Progrès en urologie 32 (2022) 998—1008

Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

REVUE DE LA LITTÉRATURE

Les complications en chirurgie urologique. L'urologue acteur de la gestion des risques

Complications in urological surgery. The urologist as a player in risk management

J. Irani*, S. Bart, V. Avrillon, B. Pogu, F.X. Madec, S. Doizi, K. Bensalah, R. Mathieu, V. Phé, G. Pignot, C. Lebacle, D. Legeais

Service d'urologie, CHU de Bicêtre, 94200 Le Kremlin-Bicêtre, France

Reçu le 4 août 2022 ; accepté le 11 août 2022

MOTS CLÉS
Complication ;
Chirurgie ;
Urologie ;
Gestion de la complication ;
Accréditation

Résumé La première partie de cet article traite de l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins urologues et des équipes médicales exerçant en établissements de santé publics ou privés. Il s'agit d'une démarche nationale volontaire de gestion des risques fondée sur la déclaration et l'analyse des événements porteurs de risques médicaux, l'élaboration et la mise en œuvre de recommandations. L'objectif fondamental du dispositif est la réduction de la fréquence et de la sévérité des évènements indésirables associés aux soins pour le patient. La deuxième partie a pour objectif la description des mécanismes et la gestion des complications chirurgicales. Une réflexion est menée sur leur perception par l'urologue qui peut être faussée par des biais cognitifs conduisant à des actions inappropriées. Deux points importants sont soulignés, par ailleurs : la communication avec le patient suite à un dommage, aléa thérapeutique ou complication suite à une erreur, et la bonne tenue du dossier médical. Un effort commun, pour cultiver une culture de sécurité et de qualité, dans la pratique chirurgicale urologique, devrait être encouragé. Des actions collectives des urologues à l'avenir devraient permettre d'entretenir une attitude proactive : — généralisation de l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins urologues ; — registre national : qui a démontré ses avantages dans le monde de l'aéronautique ; — création d'un module spécifique « Gestion des complications en urologie » dans l'enseignement (ECU) et la formation continue (SUC, site internet) ; — création d'un Comité « Complications » de l'AFU ; — gestion des réseaux sociaux.
© 2022 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : jacques.irani@aphp.fr (J. Irani).

https://doi.org/10.1016/j.purol.2022.08.014
1166-7087/© 2022 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS
Complication;
Surgery;
Urology;
Management of the complication;
Accreditation

Summary The first part of this article deals with accreditation of the quality of the professional practice of urologists and medical teams working in public or private health care institutions. This is a voluntary national risk management process based on the reporting and analysis of medical risk events and the development and implementation of recommendations. The fundamental objective of the system is to reduce the frequency and severity of adverse events associated with care for the patient. The second part aims to describe the mechanisms and management of surgical complications. The perception of complications by the urologist is discussed, as it may be distorted by cognitive biases leading to inappropriate actions. Two important points were also emphasized: communication with the patient following an injury, therapeutic hazard or complication following an error, and proper maintenance of the medical record. A joint effort to cultivate a culture of safety and quality in urological surgical practice should be encouraged. Collective actions by urologists in the future should help to maintain a proactive attitude: — generalization of quality accreditation of urologic physicians' professional practice; — national registry: which has demonstrated its advantages in the world of aeronautics; — creation of a specific module ''Management of complications in urology'' in teaching (ECU) and continuing education (SUC, website); — creation of an AFU ''Complications'' Committee; — management of social networks.
© 2022 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Les principaux facteurs favorisant les complications et leur aggravation en per- et postopératoires sont :

- le contexte clinique, les comorbidités du patient, les difficultés opératoires, et l'environnement humain, matériel et parfois géographique ;
- les délais de diagnostic et de prise en charge : le diagnostic de la complication est souvent retardé, l'explication étant multifactorielle. Par exemple, dans une étude du CHU de Rennes, reprenant la prise en charge des lésions iatrogènes de l'uretère, le délai moyen pour aboutir au diagnostic était de 13 jours, alors qu'a posteriori, le diagnostic semblait facilement pouvoir être porté plus tôt [1] :
  - la Haute Autorité de santé (HAS) a travaillé sur la récupération et l'atténuation de la survenue d'un événement indésirable associé aux soins (EIAS). Ces travaux explorent des barrières d'importance cruciale en termes d'identification précoce et de gestion des risques et de sécurité du patient, qui sont souvent insuffisamment développées au profit de la seule prévention https://www.has-sante.fr/jcms/p_3232640/fr/mesure-de-la-recuperation-de-5-complications-post-operatoires ;
- les défauts de communication : là aussi, le monde de l'aviation nous a précédés pour démontrer l'importance de la communication au sein d'une équipe. Le parallèle avec l'équipe du bloc opératoire a été souligné par Hardie et al. [2] :
  - importance des explications et instructions claires à la sortie du patient (hygiène de vie, contre-indications, symptômes devant alerter et susciter une consultation en urgence, coordonnées du praticien/centre à joindre à toute heure). L'article R. 4127.47 du code de santé publique nous rappelle l'importance et l'obligation d'organiser la continuité des soins, quelles que soient les circonstances,
  - importance des explications transparentes par le chirurgien en personne, données au patient et à sa(ses) personne(s) de confiance lors de la survenue de la complication et tenues à jour très régulièrement. Ces explications devraient s'intégrer dans un lien de confiance entre le patient, le chirurgien et l'équipe de soin, en particulier dans le contexte difficile d'une complication.

Un effort collectif, pour cultiver une culture de sécurité et de qualité dans la pratique chirurgicale urologique, amplifierait l'effort individuel : la démarche nationale et volontaire d'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle de gestion des risques, fondée sur la déclaration et l'analyse des événements porteurs de risques médicaux (EPR), devrait permettre la réduction de la fréquence et de la sévérité des EIAS pour le patient.

L'accréditation des urologues

Présentation, accréditation individuelle et en équipe, perspective multidisciplinaire

La réalité et le nombre conséquent des évènements indésirables associés aux soins ont été révélés par les enquêtes nationales ENEIS (Enquête nationale sur les événements indésirables associés aux soins) en 2004 et 2009. D'après ces enquêtes, il surviendrait un événement indésirable grave (EIG), tous les 5 jours, dans une unité de 30 lits en médecine et un, tous les 3 jours, en unité de chirurgie, dont 40 % seraient évitables [3,4]. Cette démarche a été initiée à partir de 2006 et proposée à l'ensemble des spécialités chirurgicales et médicales interventionnelles en y ajoutant l'échographie obstétricale [5].

L'HAS encadre ce dispositif et administre un support informatique à cet effet [6]. Elle valide la création pour chaque discipline concernée d'un organisme agréé (OA) : l'Organisme agréé — accréditation — AFU, dont le rôle est de créer un référentiel risque en urologie (RRU) pour valider le parcours d'accréditation, regrouper des experts urologues qui analyseront les dossiers de leurs collègues et gérer le quotidien de cet organisme. Les gestionnaires participent également à l'élaboration d'outils de gestion des risques, en partenariat avec les autres OA, à l'évolution de la démarche dans le futur. Certaines disciplines ont associé le travail des OA et de l'organisme de développement professionnel continu (ODPC), ce qui facilite l'objectif de reconnaissance des risques au travers des formations.

La déclaration des EIAS, qu'ils soient porteurs de risques (« presque accident » ou EPR) ou EIG, vise à prendre toute mesure utile pour prévenir la survenue d'EIAS, en limiter les effets ou éviter un nouvel évènement similaire.

À l'instar de l'aéronautique, l'analyse des EIAS au sein des revues de morbimortalité (RMM) par les professionnels de santé est primordiale à la base du retour d'expérience.

Pour atteindre cet objectif de réduction des risques en urologie, un programme annuel — le RRU — accompagne les urologues en les incitant à déclarer des EIAS, dont certains sont ciblés (risques en cours d'évaluation tels que l'utilisation de certaines énergies au bloc opératoire ou le développement de l'activité chirurgicale ambulatoire), en les aidant à mettre quotidiennement en œuvre des recommandations de bonne pratique (comités AFU) et en leur proposant de participer à plusieurs actions de formation et d'évaluation des pratiques. Le programme de la spécialité est proposé par la société savante, au travers de son organisme agréé et validé par la HAS, tous les deux ans [7].

Accréditation individuelle ou en équipe

La démarche d'accréditation peut être réalisée en individuel ou en équipe monodisciplinaire. Des équipes pluridisciplinaires sont actuellement en évaluation (ex : urologues et anesthésistes). Le travail pluriprofessionnel reste la base de notre métier. Il n'est actuellement pas encadré par cette démarche, mais évalué au sein de la certification des établissements de santé.

Pour entamer la démarche, l'urologue doit s'inscrire sur la plateforme informatique SIAM (https://accreditation-des-medecins.fr).

Lorsqu'il s'engage en individuel, chaque médecin définit son programme annuel à partir du RRU.

Dans l'accréditation en équipe, un membre de l'équipe, appelé « référent », assure la définition des tâches de l'équipe en accord avec les autres membres qu'il accompagne dans la démarche. La démarche en équipe est actuellement privilégiée.

Les médecins engagés dans l'accréditation en équipe doivent déclarer annuellement des EIAS et les analyser en réunion de morbimortalité.

En individuel ou en équipe, une synthèse annuelle est réalisée par téléphone avec l'expert de l'OA dans le cadre du bilan d'accréditation ou annuel.

Ce bilan atteste de la complète réalisation des exigences de la démarche :

- déclaration et analyse des EIAS ;
- mise en œuvre des recommandations de la spécialité ;
- réalisation des activités du programme de réduction des risques.

La démarche est continue et se déroule sur un cycle de 4 années. Il existe deux types de bilan d'accréditation : l'un en fin de première année, puis un bilan annuel. Il permet d'obtenir un certificat d'accréditation, renouvelé tous les 4 ans.

Le certificat d'accréditation

Le certificat d'accréditation est fourni par la HAS sur proposition de l'organisme agréé (OA) après validation du bilan d'accréditation par les experts de l'OA. Il est envoyé par la HAS, mais peut également être téléchargé sur le dossier SIAM du médecin accrédité.

La liste des médecins accrédités se trouve sur le site de la HAS : Haute Autorité de santé — accréditation des médecins et équipes médicales (has-sante.fr).

Les bénéfices et incitatifs pour l'urologue en individuel et en équipe sont les suivants :

- sensibilisation et amélioration du travail en équipe ;
- formation initiale des chefs de clinique et assistants à la gestion des risques dans les équipes universitaires ;
- respect des recommandations et protocolisation des pratiques professionnelles ;
- participation financière à la prime en responsabilité civile professionnelle pour les urologues ;
- validation du développement professionnel continu (obligatoire) et dans l'avenir de la certification périodique des médecins ;
- participation aux obligations de la part complémentaire variable pour les praticiens hospitaliers.

L'accréditation en urologie en chiffres au 23 juillet 2022

À ce jour, l'OA — AFU compte près de 500 engagés : 339 urologues sont accrédités et 156 sont dans leur première année de démarche. La majorité des urologues compose l'une des 73 équipes dont 52 sont accréditées. Les équipes sont constituées de 2 à 15 membres. Parmi elles, on dénombre 9 équipes universitaires, 12 hospitalières ou ESPIC, et les autres sont libérales.

L'accréditation et la certification des établissements avec la V2020 de la certification

La certification est un dispositif d'évaluation externe obligatoire pour tous les établissements de santé en France, effectuée tous les 4 ans par des professionnels mandatés et formés par la HAS.

Cette procédure évalue la qualité et la sécurité des soins et l'ensemble des prestations délivrées par les hôpitaux et cliniques en France.

Depuis le 25 novembre 2020, la HAS propose une nouvelle procédure de certification pour la qualité des soins : simplifiée, centrée sur le soin et le patient, elle donne du sens et de la clarté aux professionnels et aux usagers. Elle fixe quinze objectifs fondamentaux, clairs, reconnus et partagés [8]. Parmi ces objectifs, la coordination des

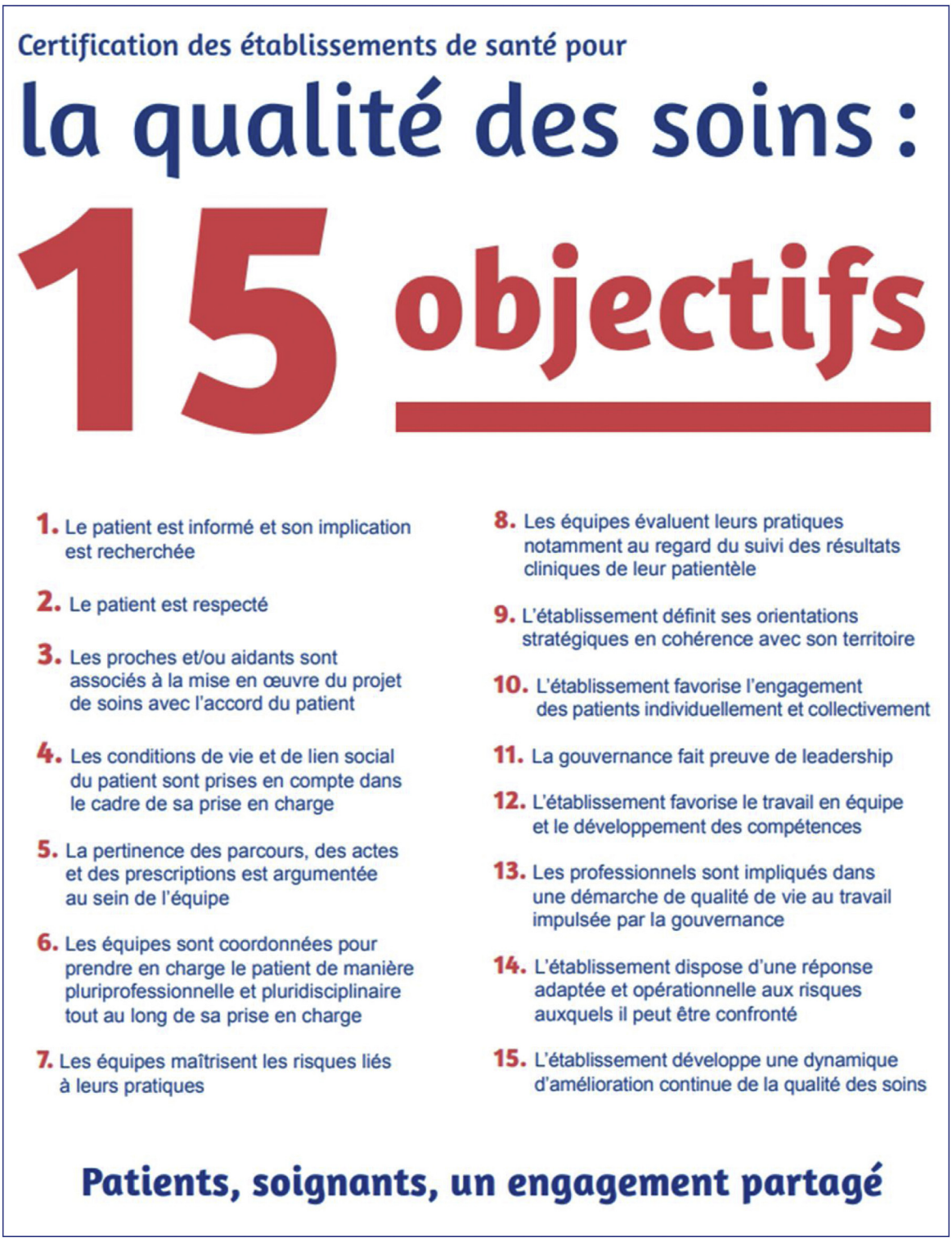

Figure 1. Quinze objectifs de la certification V2020.

équipes et la gestion des risques est un élément majeur (Fig. 1).

Un référentiel est disponible avec les objectifs, les critères évalués (standards, impératifs, avancés), ainsi que les modes et les outils d'évaluation [9].

La HAS publie sur son site Internet (QualiScope) les rapports de certification de l'ensemble des établissements de santé afin de rendre accessible, au plus grand nombre, l'information contenue dans ces rapports et de permettre aux établissements d'identifier leurs marges d'amélioration [10].

Parmi les évaluations, les experts visiteurs vont analyser 17 critères dits impératifs (Fig. 2).

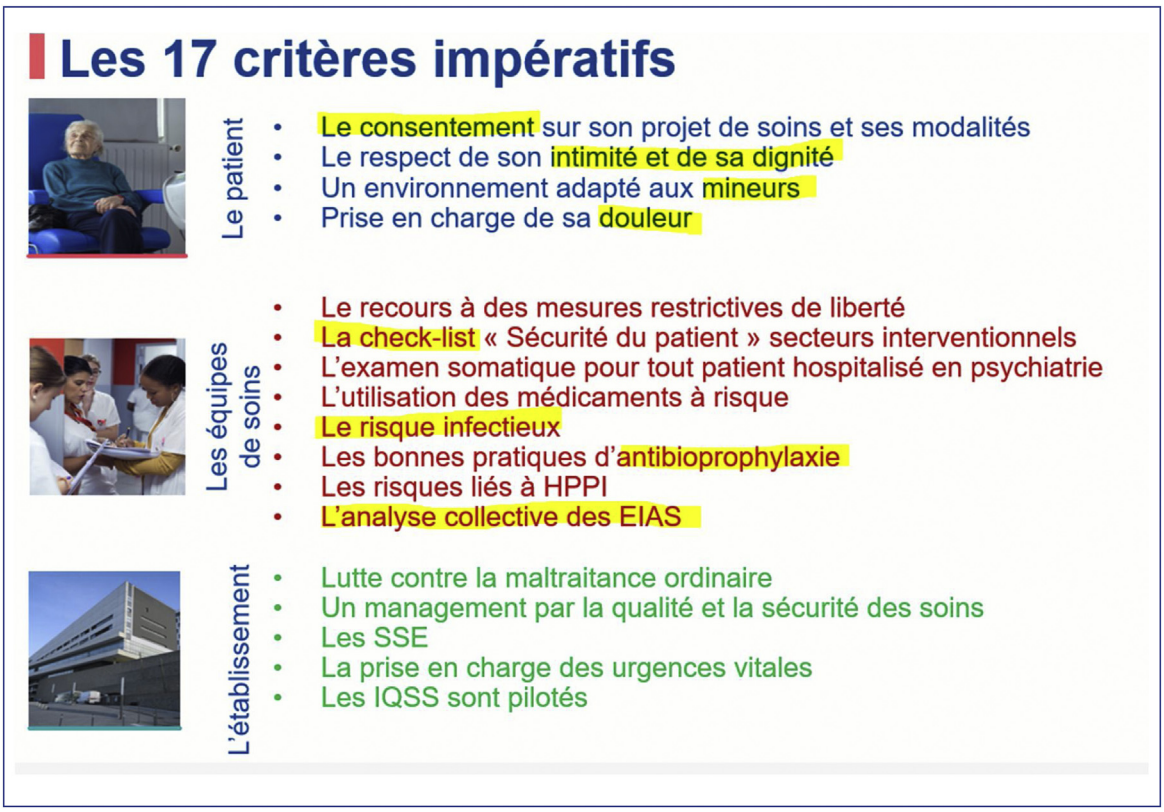

Figure 2. Dix-sept critères impératifs évalués lors de la visite de certification V2020 des experts visiteurs.

Les critères impératifs correspondent à des exigences impératives, qui peuvent empêcher la validation de la certification.

Au sein de ces critères, certains intéressent particulièrement les professionnels de santé et leurs équipes : la compréhension des modalités thérapeutiques et l'obtention du consentement du patient, le respect de la dignité et de l'intimité des patients, un environnement adapté à la prise en charge des enfants. La prise en charge de la douleur est également soulignée.

Depuis la loi du 4 mars 2022, dite loi Kouchner, le professionnel de santé se doit d'apporter la preuve de l'information et de l'obtention du consentement du patient, et sa traçabilité en est donc renforcée.

L'utilisation optimale de la *check-list* au bloc opératoire est vérifiée, ainsi que la déclaration des EIAS avec analyse en équipe.

Ces critères impératifs sont l'un des socles de la démarche d'accréditation des médecins avec la déclaration et l'analyse des EIAS.

Certains critères sont dits avancés lors de l'évaluation de la certification, ils sont considérés comme des standards pour l'avenir et sont en cours d'appropriation par les établissements de santé. L'accréditation des médecins et des équipes médicales est un critère avancé.

Cela va dans le sens de l'évaluation et de l'homogénéisation de nos pratiques chirurgicales, au travers du respect des recommandations et des protocolisations en équipes, du souci de formation continue avec l'aide de nos sociétés savantes (AFU, EAU, SIFUP PP...) et de la déclaration et l'analyse des EIAS qu'ils soient graves ou non.

Tous ces éléments sont synthétisés dans une fiche pédagogique de la HAS [11].

Identification, déclaration et analyse des EIAS, base REX avec les événements en urologie, intérêt du retour d'expérience

Un EIAS répond à plusieurs critères. Ainsi, il s'agit :

- d'un évènement défavorable survenant chez un patient ;
- associé aux actes de soins et d'accompagnement ;
- qui a ou aurait pu avoir des conséquences pour le patient ;
- qui s'écarte des résultats escomptés ou des attentes du soin ;
- qui n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie ou à l'état de dépendance du patient, c'est un évènement inattendu.

Par ailleurs, en fonction du niveau de gravité de l'EIAS, on parlera aussi :

- d'un évènement porteur de risque (EPR), lorsque l'EIAS n'a pas eu de conséquence ou lorsque les conséquences ont pu être évitées ou limitées (EIAS dit récupéré) ;
- d'un évènement indésirable grave associé aux soins (EIGS ou EIG), lorsque les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent. Ils sont de déclaration obligatoire [12].

L'analyse des EIAS doit être réalisée quel que soit le niveau de gravité. Elle est essentielle pour repérer et comprendre ces évènements, en tirer des enseignements

pour l'avenir et éviter qu'ils ne se reproduisent. Cette analyse s'inscrit dans une démarche dite de retour d'expérience : REX [13].

L'OA — AFU demande à ses engagés de déclarer pour l'accréditation individuelle 2 EIAS par an et un par membres de l'équipe par an dans la limite de 6 pour les équipes.

Ces EIAS sont analysés par les experts de l'organisme et alimentent la base de retour d'expérience du SIAM.

Ces EIAS de la base REX HAS sont un complément aux déclarations internes réalisées dans le cadre des établissements de soins et des déclaration obligatoires des EIGS auprès des agences régionales de santé [4].

Cette base est une source privilégiée pour tirer des leçons de l'expérience. Les enseignements qui en sont issus se traduisent notamment par l'élaboration de « Solutions pour la sécurité du patient » (SSP), permettant d'améliorer les pratiques, de réduire la survenue des évènements ou d'en atténuer les conséquences [14]. Une nouvelle collection de « flashs sécurité patient » a été mise en place en 2021. Il s'agit de productions courtes et pluriannuelles ciblant l'ensemble des professionnels de santé à partir de la base de retours d'expérience des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS).

Pour conclure, la HAS établit un rapport annuel de l'activité chiffrée et des perspectives futures de l'accréditation des médecins et équipes médicales [15].

La base REX de la HAS au 23 juillet 2022

Toutes spécialités confondues, on dénombre 154 601 EIAS déclarés et analysés, dont 8377 en urologie, depuis sa création, et ce qui représente une base inégalée dans le domaine médical.

Sur ces EIAS, les experts de l'OA — AFU en ont accepté 7823 et refusé 554, après analyse.

Sur l'échelle de critère de gravité (si évaluée), on dénombrait : 1355 EIAS mineurs, 704 significatifs, 195 majeurs, 81 graves à critiques, 59 catastrophiques.

Des situations à risques ciblées (SAR ciblées) peuvent être surveillées par ce dispositif à la demande de l'OA ou de l'AFU. Les dernières définies dans le RRU 2022 sont les suivantes : défaillance de la communication entre les intervenants médicaux en situation périopératoire (536 EAIS déclarés), incidents liés aux soins dans le cadre de la chirurgie ambulatoire (275), situation tunnelisante (22), incidents liés à l'utilisation de l'électrochirurgie (18), incidents liés à l'utilisation des énergies lasers (27), incidents liés aux systèmes robotisés du bloc opératoire, incidents liés à l'informatisation des données médicales.

Enseignements disponibles pour les urologues

Des retours d'expériences à partir des EIAS déclarés ont été présentés annuellement aux urologues lors du forum de l'accréditation (Congrès français d'urologie) et lors des journées Urorisq dont la première a eu lieu en 2009 [16]. Des préconisations sont proposées avec l'aide d'experts du domaine. Des intervenants d'autres disciplines sont invités lors de ces sessions.

Les sujets abordés par année ont été les suivants :

- 2009 : analyse générale, instillations endovésicales, DMI, biopsies prostatiques ;
- 2010 : anticoagulants, risque infectieux ;
- 2011 : radiologie, *check-list* ;
- 2012 : matériovigilance ;
- 2013 : ECBU, cœlioscopie et robotique, antibioprophylaxie ;
- 2014 : antibioprophylaxie, nouveaux anticoagulants oraux, tenue du dossier, anatomopathologie, hyperplasie bénigne de la prostate ;
- 2015 : antibioprophylaxie, ambulatoire, matériel ;
- 2016 : erreurs de prescription et défauts de coordination médicale ;
- 2017 : défaut d'organisation, *burn out* ;
- 2018 : erreurs médicamenteuses ;
- 2020 : laser ;
- 2021 : ECBU, installation du patient au bloc opératoire, défaillance de communication ;
- 2022 : ambulatoire, *check-list* bloc opératoire.

Des enquêtes de pratiques ont été également réalisées, notamment dans le cadre du surmenage et du *burn out*, ainsi que sur l'utilisation de la *check-list* au bloc opératoire dont les enseignements ont été également publiées dans la littérature médicale [17,18]. D'autres publications sont en cours (laser en urologie, EIAS et chirurgie ambulatoire).

Un travail collaboratif, entre les différents OA, au sein d'une commission risque interspécialités se réunissant 2 fois par an au siège de la HAS, permet la mise en commun des expériences et la réalisation de projets communs au sein des SSP.

L'OA — AFU a été promoteur ou associé aux projets suivants : coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens : mieux travailler en équipe (2015), comment sécuriser les risques du prélèvement réalisé au bloc opératoire (2017), comment gérer les risques associés à l'utilisation du bistouri électrique (2018), *no go* au bloc opératoire comment renforcer les barrières de sécurité (2018). D'autres travaux sont en projet tels que la gestion de l'effet tunnel, l'utilisation des énergies lasers en urologie, les risques liés à l'installation du patient au bloc opératoire [14].

Pendant et après la complication

Perception de la complication et action appropriée

Biais cognitif

Depuis environ 40 ans, des chercheurs en psychologie et en sciences cognitives ont identifiés et étudiés les choix ainsi que les erreurs de jugement et de décision qui peuvent y être associés [19]. La distorsion de la pensée, désignée par le terme « Biais Cognitifs », est une façon de penser qui influence le raisonnement et la prise de décisions, entraînant parfois des jugements erronés.

Les biais cognitifs et les biais affectifs (intrusion des sentiments de la personne) peuvent entraver sérieusement la capacité de poser un diagnostic ou une évaluation de la situation juste. Les biais cognitifs ne sont généralement pas conscients. Leur caractérisation est importante, aussi bien dans les domaines judiciaires que scientifiques, puisqu'ils sont néfastes dans un processus logique.

Toute décision diagnostique et de prise en charge est sensible aux biais cognitifs. Plusieurs de ces biais sont interdépendants.

Quelques exemples d'erreurs cognitives [20] :

- conclusion prématurée : accepter un diagnostic prématurément sans considérer les diagnostics différentiels possibles ;
- biais de confirmation : chercher ou reconnaître les seuls renseignements qui confirment le diagnostic désiré ou suspecté ;
- hésitation : retarder la mise en œuvre de manœuvre d'urgence, de peur d'être dans l'erreur, tendre à l'inaction ;
- ancrage : focaliser sur une question au détriment de la compréhension de la situation dans son ensemble ;
- présomption : ne pas reconnaître la nécessité de recourir à une aide, tendre à croire en son infaillibilité ;
- effet de cadrage : se laisser influencer par la présentation initiale pour les déductions ultérieures ;
- biais de réminiscence : choisir un diagnostic, car il est très présent à l'esprit en raison du souvenir d'une mauvaise expérience ;
- réticence à abandonner un diagnostic ou une décision, surtout si du temps ou des ressources ont déjà été dépensés. L'ego peut jouer un rôle aggravant. C'est la situation tunellisante décrite au paragraphe suivant.

Le fait d'avoir connaissance des biais cognitifs permet de sensibiliser et aider le praticien à repérer ceux-ci lorsque l'un d'entre eux est à l'œuvre. Les mesures qui peuvent aider :

- mettre en place une routine pour considérer les alternatives ;
- rechercher systématiquement l'information qui ne « colle » pas au tableau ;
- chercher ce qui peut contredire la première hypothèse ;
- travailler ensemble (les biais sont plus facilement repérés chez les autres que chez soi) et former les équipes à identifier et reconnaître les situations génératrices d'erreurs d'origine humaine ;
- protocoliser au lieu de mémoriser, ce qui implique une standardisation des procédures de travail et des mécanismes de *check-list* pour les procédures d'urgence (https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/cours_module_2.pdf).

Situations tunnelisantes

Une situation tunnelisante est définie comme une situation à risque pendant laquelle le praticien ne voit pas les signaux qui devraient lui faire modifier son attitude. C'est un mécanisme d'attention sélective qui survient essentiellement dans un contexte de stress intense. Malgré ses connaissances, qui auraient dû lui indiquer d'arrêter une procédure, le médecin s'entête à persévérer dans la mauvaise décision. « Tunneliser » est un mécanisme physiologique individuel d'action, parfois au point d'éteindre les stimulations externes. Cette situation peut aller de l'erreur de diagnostic à l'erreur technique chirurgicale, de l'insistance à continuer une intervention, malgré des défauts de matériel ou de préparation à la décision de ne pas reporter une intervention, alors que les constantes biologiques ou infectieuses l'exigeaient. Certaines de ces situations à fort risque de complication peuvent être récupérées par les contrôles de sécurité (information, *check-list*/*no-go*, accepter et écouter les remarques des autres membres de l'équipe) à la condition de ne pas les négliger et accepter d'aboutir si nécessaire à la décision du « no-go ». Ce dernier concept a été évalué par les orthopédistes. Il consiste à ne pas entreprendre la chirurgie prévue s'il apparaît que les conditions de sécurité et/ou de faisabilité ne sont pas réunies. Cette décision peut survenir à tout moment entre l'admission et l'incision. Un « no-go » est toujours préférable à un accident chirurgical. L'équivalent dans le monde de l'aéronautique est une procédure que peut actionner n'importe quel membre de l'équipage en prononçant le mot : FORDEC (F : faits/O : options/R : risques-bénéfices/D : décision/E : exécution/C : contrôle de l'option). Connaître et faire connaître cet effet tunnel permettent d'anticiper sa survenue, analyser préalablement les situations à risque, prendre du recul, réfléchir à haute voix à plusieurs pour trouver le chemin d'action le plus approprié.

Prise en charge de la complication

Le code pénal et le code de déontologie rappellent l'obligation de faire appel à un tiers compétent, si cela est profitable au patient, en particulier en urgence. Ils nous rappellent l'impossibilité de refuser notre aide en urgence (article R. 4127-9), chacun des intervenants assumant pleinement sa responsabilité.

La traçabilité des décisions, des informations échangées et des actes réalisés est capitale pour pouvoir informer le patient, ses proches et les équipes soignantes qui interviennent et qui interviendront auprès du patient. Ces informations sont également indispensables pour retracer, si nécessaire, le déroulement des faits et garder intact, au présent et au futur, la vérité médicale éventuellement nécessaire à une décision judiciaire.

Prise en charge par de multiples praticiens

Au cours de l'intervention

Le chirurgien, appelé en renfort par un collègue, au cours d'une intervention chirurgicale, peut être poursuivi en cas de refus conscient et volontaire pour délit d'« omission de porter secours », mais le chirurgien, appelé en renfort, est pleinement responsable de ses actes propres et il est souvent convoqué en cas de litige, car il est également tenu pour solidaire des autres membres de l'équipe (article R. 4127-56 ; article R. 4127-58 ; article R. 4127-64, article 223-6 du code pénal). Plusieurs affaires ont ainsi emporté la condamnation d'un médecin pour ne pas avoir, de façon consciente, voire intentionnelle, porté secours à un confrère en difficulté (Cours d'Appel de Lyon 28/06/2020//C.cas 03/02/1993//C.cass,crim 27/05/1991//https://www.village-justice.com/articles/assistance-personne-danger-milieu,15376.html).

Au décours de l'intervention

Une prise en charge collégiale, qui fait appel à des experts (tiers-compétent, concours appropriés) en fonction du type de la complication, est souhaitable : infectiologue/cardiologue/réanimateur/autre spécialité chirurgicale, etc. Cette prise en charge collégiale doit être idéalement faite à l'occasion d'une réunion dédiée avec

un compte rendu. L'obligation de faire appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents est prévu par les articles R. 4127-32 et R. 4127-33.

La question du transfert du patient vers un service de recours se pose également : cette éventualité est justifiée si l'expertise et/ou la logistique du centre initial sont insuffisantes comparées à celle du service de recours. L'hypothèse d'un transfert doit être argumentée ainsi que le moment optimal et le service de destination. Ce dernier endosse en cas d'évolution défavorable sa part de responsabilité.

Ré-intervention

La décision d'une reprise chirurgicale et délicate. À l'instar du transfert, la reprise peut être à double tranchant et constituer une mauvaise solution. Il faut évaluer au mieux la pertinence de l'indication, le moment optimal, la nécessité de s'entourer d'autres spécialistes. Là aussi, la décision est, au mieux, prise de façon collégiale après avoir réuni tous les arguments possibles cliniques et paracliniques qui doivent faire l'objet d'une synthèse dans le dossier médical. Le patient et la personne de confiance doivent être informés de façon claire et loyale.

La reprise chirurgicale peut être à l'origine de complications propres, voire d'un sur-accident, comme une plaie digestive ou vasculaire.

La reprise chirurgicale, par un autre opérateur par délégation, qui ne présente pas de compétences supplémentaires, peut être source d'aggravation sur le plan légal en cas de procédure judiciaire. L'exemple type est celui de la reprise par un assistant à la demande d'un chirurgien senior qui était l'opérateur initial.

Relationnel urologue-patient et personnes de confiance

Rappelons qu'en pré- ou postopératoire, le médecin doit informer le patient sur son état, les alternatives thérapeutiques, les bénéfices et les risques du soin, les complications et leur gestion (article R. 4127-35 du CSP). Il doit toujours rechercher le consentement de la personne soignée ou de sa personne de confiance (article R. 4127-36 du CSP). Le sujet de l'information du patient, suite à un dommage associé aux soins, a été traité de façon pertinente par un groupe de travail de l'HAS mené par le Dr Céline Schnebelen. Ce paragraphe reprend les idées développées par ce groupe en 2012 et remises à jour en 2019 [21].

Bien communiquer avec le patient suite à un dommage, aléa thérapeutique ou complication suite à une erreur, est une étape indispensable de la relation soignant-patient. Le patient, confronté à une évolution défavorable, par rapport à ses expectatives, va ressentir — et le plus souvent exprimer avec ses mots — diverses émotions, telles que la frustration, la tristesse, la colère et la perte de confiance, menaçant la qualité de la relation soignant-patient. Le premier objectif dans cette situation est celui de l'apaisement. Ceci passe d'abord par la reconnaissance du dommage associée à une empathie qui n'est possible que si le chirurgien arrive à trouver une sérénité souvent contrariée par son désarroi qui peut nécessiter un soutien structuré, soit au sein de son établissement, soit auprès d'une tierce partie [22]. Les établissements de santé se doivent de mettre en œuvre et diffuser, de manière concertée, une politique d'annonce d'un dommage et indiquer aux professionnels les moyens mis à leur disposition pour mener à bien cette démarche.

L'article L. 1142-4 dispose que « 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 ». La procédure de certification V2010 des établissements de santé, sur la base des textes législatifs, inscrit « l'information du patient en cas de dommage lié aux soins » comme une exigence dans la prise en charge du patient (critère 11.c). Ces dommages, liés aux soins, peuvent être physiques et/ou psychologiques, liés à la pathologie du patient, à un aléa thérapeutique ou à une erreur.

La reconnaissance de la complication doit être suivie par des explications — adaptées aux possibilités de compréhension du patient — sur les circonstances exactes en répondant aux questions pertinentes : quoi, pourquoi, comment, quel pronostic, quelles conséquences attendues et quels projets de prise en charge. Communiquer dans ces situations difficiles ne s'improvise pas et le manque de formation, à la fois initiale et continue, est un facteur de difficulté supplémentaire. Par ailleurs, un changement de culture pour certains professionnels évoluant dans le paradigme de l'infaillibilité est nécessaire.

Il est dans l'intérêt du praticien de donner des explications claires et transparentes. En cas d'erreur médicale, ceci doit être loyalement exposé en mettant en avant les actions correctives mises en place. Penser l'annonce au patient en des termes juridiques est délétère pour les deux parties. Le groupe de travail de l'HAS, ayant réfléchi sur ce sujet, a conclu sur l'absolue nécessité de différencier l'annonce d'un dommage d'une éventuelle judiciarisation de l'événement [21].

La démarche de l'annonce diagnostique devrait être structurée :

- l'annonce en elle-même s'articule autour de trois temps : la préparation à l'entretien, l'entretien et le suivi. Il est important à ce stade de considérer que la spéculation sur des faits non vérifiés est plus néfaste pour la relation soignant-patient que l'aveu de ne pas comprendre entièrement ce qui s'est passé, sous réserve que les professionnels apportent la garantie au patient qu'ils reviendront vers lui lorsqu'ils en sauront plus sur l'événement dont il a été victime ;
- l'annonce en tant que telle, qui doit légalement se dérouler dans les quinze jours suivant la détection de l'événement indésirable ou dès la demande expresse du patient, doit idéalement être programmée le plus tôt possible. L'ensemble de l'entretien doit être guidé par trois notions-clés : l'écoute, l'empathie et la transparence. Dans cette perspective, les professionnels ne doivent pas hésiter à exprimer des regrets, voire même des excuses, si erreur il y a eu (erreur de côté, oublis

de compresses...). L'expression empathique du médecin répond à une attente forte des patients ;
- il ne faut pas considérer l'annonce d'un dommage comme un point isolé dans la relation soignant-patient, mais comme un processus continu. Tout au long du processus, les professionnels seront amenés à tracer dans le dossier médical la démarche entreprise avec le patient.

Cette démarche fait partie des critères d'accréditation des établissements de santé : certification V2010 (point 11.c — page 46 du manuel) : « L'établissement doit être préparé à assurer l'information du patient dans les meilleurs délais et dans un contexte où l'équipe soignante est elle-même affectée et la confiance du patient potentiellement ébranlée. Dans ces cas, le patient attend aussi des professionnels de santé une écoute et une disponibilité particulières. Le dispositif d'information doit prévoir :
- la désignation d'un professionnel de santé senior qui délivrera l'information ;
- la présence des personnes que le patient souhaite voir informées ;
- des conditions appropriées pour établir un dialogue ;
- des explications ».

Au total, une politique bien menée d'annonce d'un dommage contribue à désamorcer les conflits et à apaiser la relation soignant-patient. Le procès n'est plus alors le moyen pour le patient d'accéder à une information qui lui manque. La littérature est claire sur ce sujet. Citons l'étude faite dans le Michigan où une démarche d'annonce très structurée a été mise en place. En quatre ans, le nombre de plaintes et réclamations a été divisé par deux [23].

Étapes médico-légales et administratives

Importance d'un dossier médical bien tenu

Continuer à renseigner de façon appropriée le dossier médical en postopératoire est capital. Par ailleurs, les expertises médicales se heurtent souvent aux problèmes de dossier égaré (ce qui devrait s'améliorer dans l'avenir avec la dématérialisation qui se généralise) ou dédoublé. Le dossier de soins infirmiers est un élément incontournable du dossier médical du patient hospitalisé. Il permet d'assurer la traçabilité des actes infirmiers, des prescriptions médicales orales ou écrites, et d'en apporter la preuve en cas de litige. En l'absence de mention au dossier, l'acte est réputé ne pas avoir été effectué. Lorsque survient un litige, le dossier constitue la base de toute la réflexion de l'expert, sollicité par une juridiction pour appuyer une décision judiciaire. À plus forte raison, quand un patient est transféré d'un établissement à un autre, comme mentionné ci-dessus (§ IV.2.1). Dans ce cas, il est également de la responsabilité du service d'accueil de s'assurer qu'il dispose des éléments nécessaires au diagnostic et à la décision de prise en charge et, si ce n'est pas le cas, les réclamer. La qualité de la tenue du dossier permettra de retrouver, de façon précise, les actions des différents intervenants et les éventuelles responsabilités. En effet, l'arrêt de « la compresse oubliée » est venu confirmer l'intangibilité de la règle selon laquelle la responsabilité d'un médecin ne peut qu'être personnelle et non pas « collective ». Simultanément, cette décision pose la question de savoir si les principes fondateurs de la responsabilité civile doivent prévaloir sur l'équité (1re Civ, 3 nov. 2016).

Que faire en cas d'assignation ou de menace d'assignation par le patient après une complication ?

Les points essentiels :
- toutes les complications ne sont pas pourvoyeuses de procédure médico-légale, mais les plus graves peuvent justifier, d'une voie judiciaire ou de conciliation, pour obtenir une indemnisation nécessaire à la reconstruction physique ou morale du patient ou à la prise en charge de son handicap ;
- l'implication juridique de l'urologue représente un traumatisme certain pour ce dernier. La tentation d'éviter le patient et sa famille doit cependant être absolument proscrite. Il faudrait, au contraire, redoubler les efforts pour maintenir au mieux le dialogue avec le patient et sa personne de confiance/famille. Ceci implique de répondre à toutes les questions, mêmes itératives, même dans un climat hostile, en évitant une attitude infantilisante et/ou méprisante et affronter la réalité avec humanité et respect sans excès ;
- il est utile de tout écrire à chaud et garder ses notes personnelles en dehors du dossier médical. Il ne faut pas hésiter à prendre un conseil extérieur ;
- réunir tous les éléments du dossier et préparer la réunion éventuelle avec un médecin expert désigné ;
- informer son assureur et si approprié le Conseil de l'Ordre.

Dans la genèse des complications la réalité médico-légale est contrastée

La faute médicale consiste dans le fait de ne pas avoir permis au patient de « recevoir 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 » (Cass .1re civ.10 déc. 2014, nº 13-21.607).

Cependant, en cas de retard ou d'erreur diagnostique, il existe un régime juridique spécifique d'appréciation des erreurs et du retard de diagnostic défini par la jurisprudence fondée sur le postulat que le diagnostic relève de l'art et reste le fruit d'une interprétation personnelle du professionnel de santé. Pour qu'elle puisse engager la responsabilité de ce dernier, l'erreur de diagnostic doit être constitutive d'une faute caractérisée, le principe étant qu'une erreur de diagnostic n'est pas une faute en soi. La Cour de Cassation rappelle ainsi régulièrement que l'erreur de diagnostic peut constituer une faute si d'après les circonstances elle est qualifiable de « grossière » (Chambre civile 1re 4 janvier 1974 nº 72-14 161 ; 12 novembre 1985 nº 83-17 061). Dans un arrêt en date du 24 novembre 1987, la Cour de Cassation a notamment rappelé que l'erreur de diagnostic :

> « *n'étant susceptible d'être sanctionnée que si elle est le résultat d'une faute du médecin compte tenu des données acquises de la science au moment où il procède, ce que l'arrêt attaqué traduit improprement mais sans violation de la loi en utilisant l'expression « erreur*

grossière de diagnostic » (Civ. I, 24 novembre 1987, D. 1989, somm. P. 61). La Cour d'appel de Paris a eu également l'occasion de trancher dans le même sens par plusieurs arrêts (CA Paris 29 octobre 1993 D. 1995 somm. 97 ; CA Paris 16 décembre 1994 — Gaz. Pal. 1996, 401 ; CA Paris 13 décembre 1996 — Gaz. Pal. 1998 somm. 68.).

Les juridictions prennent ainsi en considération les difficultés d'appréciation des éléments portés à la connaissance du médecin pour juger de l'existence ou non d'un comportement fautif du praticien (Civ. I, 26 octobre 2004, pourvoi nº 02-16.527 ; Civ. I, 3 avril 2007, pourvoi nº 05-10.515). Ainsi, pour estimer fautif un retard de diagnostic, il convient de rapporter la preuve d'une faute grossière de diagnostic.

Perspectives et voies d'amélioration

Gestion des réseaux sociaux

Cela fait plus d'une décennie que les réseaux sociaux ont commencé à bouleverser les médias traditionnels. Or, force est de constater la transition lente des médecins et des établissements de santé vers ces outils. Ils font partie de notre paysage, que l'on en soit partisan ou non. S'ils peuvent aider à faire gagner en visibilité et en notoriété, il ne faut pas sous-estimer leur pouvoir potentiel de nuisance. Nous citerons cet extrait du chapitre sur la déontologie sur le WEB dans le rapport du Conseil national de l'Ordre des médecins de 2011 : « Nous souhaitons fortement rappeler que la fascination que l'on peut éprouver pour les avancées et les prouesses technologiques ne doit pas faire perdre de vue que toute activité médicale doit être soutenue par le principe éthique de bienfaisance ».

L'urologue doit être très prudent quant au contenu des documents qu'il publie en ligne, car ils pourraient constituer une faiblesse en cas d'inexactitude qu'un patient mécontent pourrait utiliser. Citons l'article 13 (R. 4127-13 Du CSP) : « Lorsque le médecin participe à une action d'information du public de caractère éducatif et sanitaire, quel qu'en soit le moyen de diffusion, il doit ne faire état que de données confirmées, faire preuve de prudence et avoir le souci des répercussions de ses propos auprès du public. Il doit se garder à cette occasion de toute attitude publicitaire, soit personnelle, soit en faveur des organismes ouìl exerce ou auxquels il prête son concours, soit en faveur d'une cause qui ne soit pas d'intérêt général. ». L'article 14 (R. 4127-14 Du CSP) précise : « Les médecins ne doivent pas divulguer dans les milieux médicaux un procédé nouveau de diagnostic ou de traitement insuffisamment éprouvé, sans accompagner leur communication des réserves qui s'imposent. Ils ne doivent pas faire une telle divulgation dans le public non médical. »

L'autre situation délicate est celle du harcèlement d'un praticien par un patient ou une association. L'aide d'experts en communication digitale pourrait s'avérer utile dans ces deux situations. Cette aide pourrait être supervisée par l'AFU pour valider sa pertinence et son expertise réelle dans le domaine de l'urologie.

Registre national

À l'instar du monde aéronautique, un registre national prospectif — qui pourrait être anonymisé et volontaire — colligeant l'ensemble des complications avec une classification relevant le type de la complication, son niveau de gravité et le niveau de réponse aux soins, présenterait de nombreux avantages d'information et de prévention basés sur des chiffres concrets et leur évolution en fonction des nouvelles techniques.

Comité « complications » de l'AFU

À notre connaissance, il n'existe pas de site sur le Web consacré aux complications en urologie et plus spécifiquement à ceux de la chirurgie urologique. Ce site serait certainement bienvenu par les urologues français (et non français !) et trouverait naturellement sa place sur le site UroFrance. Il pourrait, à l'instar de ce rapport, traiter aussi bien des points de recherche, administratifs et juridiques que ceux des techniques chirurgicales urologiques. L'avantage de la mise en ligne est celle de pouvoir incrémenter et mettre à jour régulièrement le document en s'appuyant possiblement sur un registre national signalé ci-dessus. La gestion de ce site nécessiterait la création d'un comité ad hoc de l'AFU.

Enseignement et « Gestion des complications en urologie »

Quelle que soit l'expertise choisie par l'urologue, les complications vont faire partie des problématiques qu'il aura à affronter. L'enseignement sur la gestion des complications en chirurgie urologique pourrait être intégré aux cours de l'enseignement du Collège d'urologie et/ou être sanctionné par un diplôme inter-universitaire.

Conclusion

Lors de la survenue d'une complication chirurgicale, sa perception par l'urologue peut être faussée par des biais cognitifs, conduisant à des actions inappropriées. La gestion de ces biais passe par leur connaissance et par le travail en équipe, ces biais étant plus facilement repérés chez les autres que chez soi.

Bien communiquer avec le patient, suite à un dommage, aléa thérapeutique ou complication suite à une erreur, est une étape indispensable de la relation soignant-patient. Il est dans l'intérêt du praticien de donner des explications claires et transparentes. Une politique d'annonce d'un dommage bien menée contribue à désamorcer les conflits et à apaiser la relation soignant-patient.

Il faut insister sur l'importance de la bonne tenue du dossier médical — qui comprend le dossier infirmier —. Il est capital de continuer à le renseigner de façon appropriée en postopératoire.

Un effort commun pour cultiver une culture de sécurité et de qualité dans la pratique chirurgicale urologique devrait être encouragé. Le futur de l'accréditation des urologues (et des autres disciplines) est la poursuite du développement des équipes médicochirurgicales, la sensibilisation des jeunes en formation et l'évaluation de nos pratiques pour une prise en charge la plus sûre de nos patients. La création d'équipes multidisciplinaires et multiprofessionnelles se profile déjà avec des pilotes. L'exploitation de la base REX permet de produire des outils pratiques (en collaboration

avec les comités scientifiques de l'AFU) et des publications. Enfin, ce dispositif permet de valider, dans le même temps, le développement professionnel continu et dans l'avenir la re-certification des médecins [24], au travers des formations médicales et de l'évaluation des pratiques professionnelles. Enfin, un rapprochement avec notre organisme de DPC permettrait de créer des formations intégrant cette dimension de gestion des risques à la mise à jour des connaissances, la communication avec les patients et les autres professionnels ainsi que la santé au travail.

Déclaration de liens d'intérêts

Stéphane BART déclare réaliser des assistances conseils pour les assureurs en RCP médicale.

Les autres auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

[1] Karmouni T, Patard JJ, Bensalah K, Manunta A, Guillé F, Lobel B. Prise en charge urologique des traumatismes iatrogènes de l'uretère. Prog Urol 2001;11(4):642—6.

[2] Hardie JA, Oeppen RS, Shaw G, Holden C, Tayler N, Brennan PA:. You have control: aviation communication application for safety-critical times in surgery. Br J Oral Maxillofac Surg 2020;58(9):1073—7.

[3] Solidarité santé 2 nº 17-2010 enquête nationale sur les événements indésirables associés aux soins (ENEIS) dans les établissements de santé. [https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2010/10-07/ste_20100007_0001_p000.pdf].

[4] Moll MC, Bart S. Les événements indésirables associés aux soins, ce qu'il faut connaître. Prog Urol — FMC 2020;30:F126—30.

[5] Décret nº 2006-909 du 21 juillet 2006 relatif à l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales. [https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000266492].

[6] https://accreditation-des-medecins.fr.

[7] Pogu B, Bart S. Accréditation : nouveau référentiel risque urologie 2020—2021. Prog Urol — FMC 2020;30:F35—7.

[8] Affiche certification V9.indd (https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/affiche_certification_sans_logo_es.pdf).

[9] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/referentiel_certification_es_qualite_soins.pdf.

[10] https://www.has-sante.fr/jcms/c_1725555/en/qualiscope-qualite-des-hopitaux-et-des-cliniques.

[11] fiche_pedagogique_accreditation_medecin_equipe_medicales_certification.pdf.(has-sante.fr).

[12] https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033479591#:~:text.

[13] https://www.has-sante.fr/jcms/p_3293652/fr/l-analyse-des-evenements-indesirables-associes-aux-soins-eias-mode-d-emploi#:~:text.

[14] https://www.has-sante.fr/jcms/c_2582468/fr/comprendre-la-securite-du-patient#:~:text.

[15] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-04/196_rapport_d_activite_2020_0a_cd_2021_03_25_vd.pdf.(has-sante.fr).

[16] https://www.urofrance.org/typeevent/urorisq/.

[17] Gas J, Bart S, Michel P, Peyronnet B, Bergerat S, Olivier J, et al., AFUF (Association française des urologues en formation). Prevalence of and predictive factors for burnout among French urologists in training. Eur Urol 2019;75(4):702—3.

[18] Bart S, Abdessater M, Bardet F, et al. First evaluation of surgical safety checklist's utilisation by urological surgeons in France. BJU Int 2022, http://dx.doi.org/10.1111/bju.15840 [Online ahead of print].

[19] Kahneman Daniel: Système 1/Système 2 : Les deux vitesses de la pensée. Titre original : Thinking, Fast and Slow. Traduction: Raymond Clarinard. Editeur Flammarion. Date de parution 28/09/2012.

[20] PRAGE 2020 : les biais cognitifs en santé. Plateforme régionale d'appui à la gestion des évènements indésirables. ARS Nouvelle-Aquitaine. https://www.ccecqa.fr/sites/default/files/files/EIG/Fiches%20th%C3 %A9matiques/Fascicule%20Les%20biais%20cognitifs%20en%20sant%C3 %A9 %20PRAGE%202020.pdf.

[21] Schnebelen C. L'information du patient suite à un dommage associé aux soins. PAGE WEB—mise à jour en Juin 2019 https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974998/en/l-information-du-patient-suite-a-un-dommage-associe-aux-soins.

[22] Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. BMJ 2000;320(7237):726—7.

[23] Kachalia A, Kaufman SR, Boothman R, Anderson S, Welch K, Saint S, et al. Liability claims and costs before and after implementation of a medical error disclosure program. Ann Intern Med 2010;153(4):213—21.

[24] Rapport sur la recertification des médecins : garantir l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.[https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/rapport-sur-la-recertification-des-medecins-garantir-l-amelioration-continue-de].