

La souffrance du médecin mis en cause par un patient

Tout médecin en est conscient : au cours d'une carrière professionnelle, le risque existe, avec une variabilité importante selon les spécialités, d'être un jour mis en cause par un patient. Cette mise en cause, surtout lorsqu'elle s'exerce devant la justice, peut avoir des effets dévastateurs pour le professionnel de santé, et générer une vraie souffrance, qui mérite d'être prise en compte.

Comme la vie, la médecine n'est pas parfaite. Aucun raisonnement ou argument ne peut atténuer la compassion due à ceux qui souffrent. Et si la recherche d'un coupable peut permettre d'obtenir réparation financière ou symbolique, elle est aussi génératrice, à la fois de souffrances pour les personnes mises en cause, et de conséquences pour la communauté des soignants et la collectivité toute entière.

Une réflexion nécessaire et une frayeur contenue

Je parle ici de ma place de généraliste, particulièrement fragile mais encore relativement protégée. J'ai passé quelques nuits blanches en pensant à des patients qui n'allaient pas bien. J'ai eu à assumer plusieurs situations de reproches, assorties de menaces plus ou moins voilées. Surtout, après 28 ans d'exercice, j'ai vu mourir nombre de patients, avec parfois le sentiment que j'aurais peut-être pu les sauver. Ici, plus qu'ailleurs, la neutralité de l'observateur et de l'analyste n'est pas de mise. Au moment où j'écris ces lignes, mon avenir professionnel n'est pas en cause. Je n'ai jamais été poursuivi devant les tribunaux. Je peux évoquer librement les risques potentiels qui hantent mon exercice, sans qu'ils soient cristallisés sur des gens ou des faits précis, sans avoir l'impression de ressasser un cauchemar devenu réalité impérieuse et menaçante.

Tous les médecins, tous les soignants sont concernés. La médecine n'est pas une science exacte [1]. Elle induit toujours une prise de risques, et aucun de nous n'est à l'abri de développements péjoratifs ou de mécontentements plus ou moins haineux des patients ou de leurs proches. Pour ma part, je considère a priori les soignants comme des personnes compétentes et consciencieuses et non comme des truands ou des nuls qu'il suffirait de ne pas imiter. J'ajoute que je m'exprime aujourd'hui avec une frayeur contenue et la conscience que pour moi, tout peut basculer à tout instant. Dans le même temps, j'ai le sentiment de la nécessité de lever des tabous, d'éclairer les juristes et de reconforter mes confrères qui sont ou ont été embarqués dans ce traumatisme professionnel et humain qu'est la mise en cause de sa responsabilité.

Tabou et légitimité

La souffrance du soignant mis en cause est d'une nature foncièrement différente de celle à laquelle est confronté le patient. Mais, et c'est ici qu'il faut le souligner, si les patients vivent leurs vies et leurs maladies et viennent chercher auprès de nous aide et compétence, nous vivons aussi nos propres vies, avec une place très importante pour la vie professionnelle. La souffrance du soignant mis en cause ou qui craint de l'être ou "simplement" qui pense avoir mal fait est telle qu'elle peut conduire jusqu'au suicide [2]. En ce sens, la confrontation à une erreur et à ses conséquences judiciaires éventuelles est bel et bien, pour le soignant, un véritable "accident du travail" [3] qui doit être accompagné et soigné comme tel.

La souffrance du soignant relève d'un véritable tabou. D'ailleurs, très peu d'auteurs se sont penchés sur la question [4]. D'abord, le vécu du soignant n'intéresse personne, encore moins si on estime qu'il n'a pas été à la hauteur et qu'il a occasionné des troubles à ceux qu'il était censé aider. Ensuite, même si on se préoccupe de gestion des risques et de recueil des événements indésirables liés aux soins, on se focalise le plus souvent sur l'analyse des faits. On part du postulat que le médecin n'est qu'un élément parmi d'autres et que, comme la médecine, il se doit d'être parfait. S'il ne l'est pas, c'est qu'il est coupable. De plus, l'analyse des événements indésirables est plutôt concentrée dans les établissements hospitaliers qui ont le mérite d'avoir une structure plus facilement repérable que celle des soins ambulatoires qui constituent pourtant la majorité des soins. Pourtant, il faut noter une évolution culturelle récente majeure, marquée par le rapport "to err is human" [5], et la recherche de la prévention plutôt que la sanction. Enfin, c'est bien aussi la fonction de l'assureur que d'informer, de former et d'accompagner ses sociétaires dans les méandres de leur vie, et il est heureux que *Responsabilité* ne limite pas ses publications à la litanie d'une sinistralité, certes utile mais quelque peu inquiétante, et parfois neutralisante pour les soignants. Aider le médecin à se positionner de manière lucide face à ses faiblesses est plus utile que de le stigmatiser pour tétaniser sa réflexion et ses décisions.

forces au lieu de les disperser ». D'où la réunion au sein des ARS de différents services de l'Etat et de l'assurance maladie. Cette union a pour objectif de réduire les « déserts » médicaux dans certaines régions de France, ainsi que les inégalités territoriales.

De plus, « en additionnant les forces de l'Etat et de l'assurance maladie », les ARS visent à organiser l'offre de

santé sur tout le territoire, dans une perspective d'amélioration de l'accès aux soins.

Espérons que cette réforme puisse répondre de façon pérenne à son objectif principal : l'accès à la même qualité de soins pour tous, quel que soit son lieu de vie ou ses moyens financiers ■

La ministre de la santé Roselyne BACHELOT-NARQUIN a dévoilé le 1^{er} octobre dernier la liste des directeurs nommés en Conseil des ministres à la tête des 26 régions françaises et d'Outre-Mer.

Alsace	Laurent HABERT	Chef de service à la DSS
Aquitaine	Nicole KLEIN	Préfet des Hautes-Alpes
Auvergne	François DUMUIS	DARH d'Auvergne
Basse Normandie	Pierre-Jean LANCRY	Directeur de la santé, CCMSA
Bourgogne	Cécile COURREGES	IGAS, chef adjointe de projet ARS auprès du secrétaire général des affaires sociales
Bretagne	Alain GAUTRON	Directeur de l'URCAM Champagne-Ardennes
Centre	Jacques LAISNE	Ancien préfet du Var
Champagne-Ardennes	Jean-Christophe PAILLE	DARH des Pays de la Loire
Corse	Dominique BLAIS	DARH de Basse-Normandie
Franche-Comté	Sylvie MANSION	DGA UCANSS
Guadeloupe	Mireille WILLAUME	DRASS de Lorraine
Guyane	Philippe DAMIE	DARH de Guyane
Haute-Normandie	Gilles LAGARDE	Sous-préfet du Havre
Ile de France	Claude EVIN	Ancien ministre, président de la FHF, avocat
Languedoc-Roussillon	Martine Aoustin	Responsable T2A à la DHOS
Limousin	Michel LAFORCADE	DDASS de Dordogne
Lorraine	Jean-Yves GRALL	DARH de Lorraine
Martinique	Christian URSULET	DDASS de Martinique
Midi-Pyrénées	Xavier CHASTEL	Comité de direction, ERAMET
Nord-Pas de Calais	Daniel LENOIR	DG de la Mutualité Française
Pays de la Loire	Marie-Sophie DESAULLE	DARH Poitou-Charentes
Picardie	Christophe JACQUINET	Directeur de Santéalliance Conseil
Poitou-Charentes	François-Emmanuel BLANC	Directeur de la CPAM de Marseille
Provence-Alpes-Côte d'Azur	Dominique DEROUBAIX	DARH du Nord-Pas de Calais
Réunion	Chantal de SINGLY	Directrice de l'Institut du management de l'EHESP
Rhône-Alpes	Denis MORIN	Conseiller-maître à la Cour des Comptes

Nous ne sommes pas des héros !

Il n'est pas question ici de nous plaindre à notre tour, voire de chercher à susciter la compassion pour des soignants dont tout le monde voudrait qu'ils soient "admirables". De même, il n'est plus question d'accepter une relation où le médecin professionnel serait infiniment responsable, tandis que le patient serait, lui, infiniment libre et n'aurait que des droits sans aucun devoir [6]. Si nous estimons légitime de rendre compte de nos actes dès lors qu'ils incluent les différentes dimensions de notre exercice et non pas simplement celles qui sont décortiquées par le système judiciaire, nous souhaitons aussi une relation adulte avec nos patients et la collectivité. Notre propos est ici d'analyser dans quelle mesure la mise en cause d'un soignant est emblématique des rapports d'une société à ses soignants. En quoi elle est juste et utile. En quoi elle permet aux soignants de mieux travailler, et aux patients d'être pris en charge avec une sécurité et une qualité accrues.

La prise de risque, entre précaution et perte de chance

La pratique médicale s'appuie sur ce qu'il faut bien appeler une prise de risque. L'une des fonctions du médecin n'est-elle pas justement de voiler et d'assumer cette incertitude pour apaiser l'angoisse de l'autre par le spectacle de son apparente assurance ? Tout le monde lui sait gré d'assumer cette part de responsabilité, quitte à le lui reprocher si les choses ne se passent pas comme il le faudrait. La médecine étant toute puissante, si elle ne gagne pas, c'est à cause du médecin [6]. Et comme dans le fameux feuilleton au titre particulièrement explicite de "mission impossible", il nous est rappelé, au moment de la mise en cause, que nous ne n'étions pas "couverts" pour la mission.

Des frontières à géométrie variable

Les registres concernant le médecin et ceux qui intéressent plutôt ses patients sont allégrement confondus dans certains cas, et totalement dissociés dans d'autres. Si je ne peux pas recevoir un patient supplémentaire parce que je suis submergé, c'est à moi de m'assurer qu'il reçoit des soins adaptés, de prendre le temps pour cela alors que justement je n'en n'avais pas ! Le médecin à exercice ambulatoire est considéré comme un professionnel libéral. A ce titre, il jouit en principe d'une liberté d'entreprise et d'une responsabilité individuelle et totale, tant pour gérer sa protection sociale que pour assumer les conséquences de ses activités. Pourtant, en tant que soignant, ce professionnel libéral est de plus en plus soumis à des règles imposées par la société, qu'il s'agisse des tutelles d'Assurance maladie ou des nécessités de santé publique. Il est également confronté à des enjeux existentiels majeurs (la vie, la mort, la souffrance, l'intimité, ...) et soumis à une déontologie.

La possibilité d'attaquer le soignant au pénal est aussi extrêmement inquiétante. D'une part parce que la responsabilité pénale étant personnelle, il ne peut plus se retrancher derrière son assureur, d'autre part parce qu'il est mis en cause en tant que personne, et non plus "simplement" en tant que professionnel.

De la relation d'aide au conflit : un changement qualitatif radical

La "judiciarisation" [7] rappelle incidemment aux médecins que le registre juridique peut toujours s'inviter dans leur pratique, parfois bien longtemps après. Ainsi l'importance de ce registre varie-t-elle selon les situations comme le curseur d'un halogène : de quasi-inexistant au quotidien, il peut devenir proportionnellement plus important dans les situations à risque (médical ou relationnel), voire dominant ou exclusif lorsqu'une procédure est engagée contre le médecin. Le potentiel juridique est présent à tout instant, mais tout le monde fait en sorte de l'oublier pour travailler sereinement et ne pas fonctionner de manière "défensive". Nous avons vu [8] que les situations d'échec, de reproches et de fautes sont fondamentalement différentes. Lorsque la mise en cause est avérée, la relation au patient censée s'exercer au mieux des intérêts de ce dernier et des compétences du soignant change radicalement de registre. Non seulement elle devient conflictuelle, mais alors le soignant est aussi impliqué. Ce passage traduit un changement qualitatif radical dans la relation du médecin à son patient qui devient ainsi un « adversaire ». Façonné à préserver le plus longtemps possible la relation d'aide, centré sur le patient voire le client, le soignant a souvent du mal à la quitter pour entrer dans le domaine du conflit et de sa défense. De plus, il lui est interdit, par décence, "d'attaquer" ce patient qui lui reproche, à raison ou pas, de l'avoir mal soigné.

Un pour tous ?

Le médecin qui devient justiciable se retrouve seul mis en cause, ce qui est légitime mais réducteur, puisque d'une part il incarne le docteur dans un contexte donné et que d'autre part, il est tributaire du dispositif de soin, notamment dans ses contradictions et ses insuffisances. Même si elles sont pertinentes en terme de gestion collective et de prise de risque, les statistiques ne sont pas humainement "opposables" à une personne blessée. De même, par rapport aux innombrables décisions prises par un médecin pour un patient, une seule, inadaptée et aux conséquences graves, suffit pour remettre en question toutes les autres. Peu importe que vous m'ayez déjà bien soigné tant et tant de fois. Si aujourd'hui vos décisions sont erronées, j'ai toute légitimité à vous en vouloir. Peu importe pour la collectivité que ce même médecin ait soigné tant et tant de personnes sans qu'elles aient à s'en plaindre. Une situation est analysée, un point c'est tout. Lorsqu'un médecin est mis en cause, c'est bien lui qui est concerné, et pas un autre. Même si cette mise en cause a aussi une fonction sociale pour inciter les médecins à travailler de manière responsable et rassurer la population sur le contrôle effectué sur eux. Enfin, même lorsqu'il est évoqué dans ses imperfections ou ses fonctionnements défectueux, le "système" n'est condamné qu'à travers ses protagonistes.

Analyser le torrent du passé au microscope

Lors du processus judiciaire, l'analyse devient prioritaire sur l'action et s'exerce dans un cadre atemporel et sans contrainte, en quelque sorte "in vitro". D'autre part, en déroulant les événements à l'envers à partir du point précis représenté par l'événement indésirable, on en atténue la complexité et on en décrit un développement particulier, parmi tant d'autres initialement possibles. Il s'agit là d'un

biais de rétrospection induit par la connaissance de l'évolution. On a aussi tendance à privilégier une lecture "parfaite", gommant ainsi nombre d'éléments contextuels effectivement pris en compte par les protagonistes mais non prioritaires, voire hors sujet, pour la lecture juridique. En particulier, en raison de leur caractère subjectif et souvent fugace, les caractéristiques culturelles, relationnelles ou pragmatiques des décisions effectivement prises sont rarement intégrées dans l'analyse qui est infiniment plus complexe qu'il n'y paraît. Le recours aux experts est à ce titre légitime, mais fausse les données s'il ne s'agit pas d'un expert exerçant au quotidien la discipline du médecin mis en cause. Il ne faut pas juger si l'attitude du soignant a été correcte en fonction des conditions idéales, mais s'il a fait au mieux en fonction des conditions auxquelles il était effectivement confronté. A ce titre, lorsqu'un médecin généraliste est mis en cause, le recours à des experts médecins généralistes d'exercice ambulatoire est indispensable mais malheureusement exceptionnel.

Un rôle à tenir malgré un sentiment d'injustice

Dans le cas exploré à la loupe et avec une rigueur exigeante, tout aurait dû être parfait. On ne peut pas s'appuyer sur les circonstances spécifiques de la situation puisque le jugement est basé sur des critères généraux. La confrontation du mythe et de la réalité induit ainsi non seulement un biais de fonctionnement, mais aussi une double peine. En effet, fondée notamment sur le pragmatisme, l'adaptabilité et la qualité des échanges médecin/patient, la fluidité des décisions est gage de réalisme. Pourtant, le médecin mis en cause n'a plus droit à aucune prise de risque, aucun faux pas. L'occultation de la réalité est marquée par la non prise en compte des éléments spécifiques de la prise en charge, telles que les défaillances du dispositif de soin. La nécessaire fluidité du fonctionnement quotidien intense et varié est également effacée. On entre ainsi dans les détails d'une lecture des événements en ne tenant compte que du registre spécifiquement médical, sans tenir compte de tout ce qui rend la médecine vivante.

Un professionnel souffrant, délégitimé et perturbé

La mise en cause judiciaire frappe le médecin en tant que personne, professionnel et soignant. Elle se traduit essentiellement par des peurs, des tracasseries, et la perspective avérée ou potentielle de perte de légitimité professionnelle et sociale.

- Une personne en souffrance : porté par le désir de soigner, le médecin est confronté à la culpabilité, liée non seulement à l'échec mais aussi au fait d'avoir nui plutôt qu'aidé. Investi d'une fonction d'aide, valorisée socialement, il peut avoir un sentiment d'injustice devant une mise en cause qui vient relativiser toutes ses activités. Il ressent aussi des craintes pour sa réputation et donc la pérennité de son entreprise, avec une incertitude sur sa subsistance et ses équilibres. Peuvent aussi apparaître des perturbations de sa sérénité personnelle, familiale et professionnelle [4] ;
- un professionnel ayant perdu sa légitimité : qu'elle soit notoire ou non, la mise en cause du médecin retentit sur son appartenance au groupe professionnel dont il sait bien qu'il ternit l'image, et auprès duquel il peut recevoir

critiques, stigmatisation, indifférence ou au mieux compassion, mais rarement un accompagnement, et encore plus exceptionnellement un soutien affirmé ;

- un soignant perturbé au quotidien par une double peine. L'intrusion, les questions et analyses approfondies et non bienveillantes, parfois bien longtemps après les faits, l'introspection liée à la procédure, viennent s'ajouter au temps nécessaire à la constitution du dossier et aux échanges avec les juristes, voire les patients ou leurs proches. Les menaces et les peurs retentissent peu ou prou sur l'exercice professionnel dans son ensemble, comme la relation au soin qui devient fragile et moins sûre, ne serait-ce que parce que le soignant prend une conscience aiguë et de tous les instants, de tous les risques possibles, non seulement pour lui en tant que justiciable, mais aussi pour ses patients. Il sait qu'il peut être mis en cause, et il sait également que chacune de ses journées présente de multiples occasions de questionnements, étant donné le caractère non-exact de la science médicale.

Une identité professionnelle contrainte et bouleversée

On attend du médecin qu'il ne soit impliqué que de manière professionnelle dans les soins qu'il dispense. Humain certes, mais pas trop, en tout cas toujours "centré sur le patient". Mettre en cause un médecin revient en fait à l'obliger à être personnellement concerné par les faits qui lui sont reprochés. Ainsi, loin de l'éloigner des soins, la mise en cause l'y implique avec force, même si c'est dans un contexte de récriminations, de plaintes et d'exigences de réparation, voire de sanction.

L'identité professionnelle des médecins s'exprime non seulement dans leurs fragilités et leurs erreurs, mais aussi dans leur manière de les percevoir et de les gérer. Que nos vies professionnelles et personnelles soient bouleversées ou non par une mise en cause judiciaire, nous devons continuer à travailler comme si de rien n'était, avec cette douleur qui fait de nous une « seconde victime » [9]. Il y a une vie professionnelle et privée pendant la mise en cause. De même, il y a une vie après et nous devons la préserver. Certains d'entre nous construisent leurs pratiques à l'aune du risque médico-légal, tandis que d'autres n'y pensent jamais, estimant que cela n'arrive qu'aux autres. Lorsqu'elle survient, chacun métabolise la procédure comme il peut, et continue son activité à sa manière avec ou sans cicatrices. Chacun réagit avec sa personnalité et son histoire, notamment sa position vis-à-vis du reproche, sa confiance en sa pratique et ses conceptions de la médecine, des patients, de sa fonction et de la nature et l'étendue de sa responsabilité. Enfin, certains vont s'en remettre aveuglément aux juristes [10] tandis que d'autres s'investiront avec beaucoup d'affect et d'énergie dans une affaire qui questionne non seulement leur responsabilité, mais aussi l'image qu'ils ont d'eux-mêmes.

De l'insécurité professionnelle au burn out

Nombre de praticiens ont le sentiment de travailler "sous le feu", en situation de sous effectif, et d'être littéralement "maltraités" par une société et des patients de moins en moins respectueux, de plus en plus exigeants, avec beaucoup de demandes relevant de registres loin d'être toujours strictement médicaux. La sinistralité, et en particulier la crainte qu'elle inspire aux médecins, est l'un

des facteurs favorisant le très fameux syndrome d'épuisement professionnel (burn out) qui frappe près de 40% des médecins libéraux [11]. Le risque suicidaire [12] est 2 fois et demie plus élevé chez les médecins que chez les autres professionnels. L'un des facteurs de ce risque est l'implication dans un processus juridique. La sinistralité, comme le burn out, concernent autant le médecin que la collectivité. Elles participent toutes deux à l'insécurité professionnelle dans laquelle baignent les médecins. L'une et l'autre peuvent faire basculer des praticiens qui travaillent déjà à la corde. L'une et l'autre sont marqués du sceau du tabou, à la fois dérangeant, occulte, dénié, stigmatisant et délicat. L'une et l'autre sont importants pour la sécurité des patients, la qualité des soins et la sérénité des soignants. Enfin, ils se gèrent avec les mêmes contraintes : délicatesse, nécessité d'un soutien social, gestion simultanée des plans collectif et personnel. L'erreur médicale est le résultat d'une défaillance, réelle ou alléguée. La mise en cause des soignants ne doit pas faire oublier qu'ils ne sont pas des techniciens infaillibles, mais des humains qui font au mieux. Les médecins représentent un investissement social considérable. Les terroriser en en « dégommant » quelques-uns ne peut que pousser encore plus les autres vers une désespérance déjà bien présente.

Ce n'est pas forcément un bien pour les patients, ni pour la collectivité. Ils ne sont pas des ennemis à surveiller et punir, mais des auxiliaires de nos vies que nous devons aider à mieux nous soigner. On a les médecins qu'on mérite ■

Références :

- [1] Grenier B, Evaluation de la décision médicale Ed Masson 1999
- [2] Libération 22 Fev 2008
- [3] Galam E, Dédramatiser et travailler nos erreurs, Rev Prat Med Gen Tome 19 N 686 21 Mars 2005 p 377-80
- [4] Schwappach DL et Boluarte TA, « The emotional impact of medical error involvement on physicians : a call for leadership and organisational accountability » *Swiss Med Wkly* 2009 ; 139 (1-2) : 9-15
- [5] To err is human, Committee on Quality of Health Care in America Institute of Medicine 1999
- [6] Galam E, Du devoir d'information au besoin de croire, Le Quotidien du Médecin 14 juin 2000
- [7] Plu I et al, Le médecin et la peur du procès, Rev Prat Med Gen 2007; 21: 295-7
- [8] Galam E, L'erreur médicale en médecine générale, Revue *Responsabilités* 2007, N 26 5-8
- [9] Wu AW « Medical error : the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too » *BMJ* 2000 ; 320 (7237) : 726-727
- [10] Galam E, Et si j'étais mis en cause en justice ? Rev Prat Med Gen Tome 21 N 788-789 20 Nov 2007
- [11] Galam E, Souffrir de soigner, Une pathologie du travail et de la relation, Le Concours médical Tome 130 N 8 17 Avril 2008 p 394-7
- [12] Leopold Y, Suicide des médecins : Un risque 2 fois plus élevé, Le Concours médical Tome 130 N 8 17 Avril 2008 p 398-9

Appel à témoignage

Un travail qualitatif et confidentiel est en cours pour mieux connaître l'impact sur le soignant de l'erreur avérée ou crainte, qu'elle ait ou non donné lieu à reproches, voire à procédure. Si vous acceptez de témoigner de votre expérience et de son ressenti, merci de bien vouloir contacter Eric GALAM à l'adresse mail suivante : egalam@hotmail.com, en précisant comme objet de votre message "Impact de l'erreur sur le soignant".

Que faire face à une colique néphrétique fébrile ?

Depuis quelques années, le Sou Médical – Groupe MACSF a recensé quelques dossiers dramatiques concernant des accidents de migration lithiasique chez des patients jeunes et sans antécédents particuliers. Leur étude a permis de pointer les problèmes récurrents dans la prise en charge et de lister un certain nombre de questions.

Nous avons demandé au Professeur Anne-Claude Crémieux et au Docteur Aurélien Dinh, infectiologues, au Docteur Jean-Dominique Doublet, urologue, et au Docteur Eric Lopard, anesthésiste, de nous préciser leur point de vue et de répondre aux questions que l'analyse de ces dossiers soulève.

Dans ces affaires, les praticiens appelés en cause sont souvent nombreux : l'urologue et les anesthésistes le sont systématiquement, mais aussi parfois le ou les urgentistes qui accueillent le patient, les radiologues, le personnel infirmier qui surveille le malade et également l'établissement de soins pour défaut d'organisation.

Trois éléments sont constants :

- Les conseils téléphoniques sollicités par les uns ou les autres sont mal documentés, et non horodatés. Or, dans ces dossiers, le drame se noue très rapidement, en moins de 48 heures, et les experts vont reconstituer minute par minute la prise en charge du patient.
- Ces patients sont admis en urgence entre 23 h et 3h du matin. L'organisation du service des urgences et l'insuffisance des transmissions entre les urgentistes font perdre un temps précieux.
- La multiplication des examens, et notamment l'imagerie, retarde dangereusement la levée de l'obstacle.

Devant une colique néphrétique fébrile, le temps est pourtant compté.

Est-il raisonnable de surveiller en ambulatoire une colique néphrétique avec stase urétéro-pyélique ?

Pr AC. Crémieux, Dr A. Dinh (infectiologues) : Non. Le risque d'évolution vers un sepsis est permanent et imprévisible. Une levée d'obstacle est nécessaire dans les plus brefs délais.

Dr JD. Doublet (urologue) : Par définition, une colique néphrétique comporte une stase urinaire dans les voies excrétrices en amont de l'obstacle, dans l'immense majorité des cas un calcul. Ceci ne constitue pas en soi un facteur de gravité. Une colique néphrétique non fébrile, sans signes

d'infection urinaire (pollakiurie, brûlures mictionnelles, urines troubles, pas de nitrites à la bandelette) et qui répond bien au traitement initial (antalgiques, anti-inflammatoires) sort généralement des urgences avec une prescription médicamenteuse et un rendez-vous rapide pour prise en charge urologique. La taille du calcul, le degré de dilatation des cavités excrétrices, ne sont pas des facteurs pronostiques de la crise à court terme. Par contre, il est impératif d'informer le patient de la nécessité absolue de consulter un urologue en urgence si des signes d'infection urinaire ou une fièvre apparaissent.

Hospitaliser en urgence une colique néphrétique fébrile est une obligation indiscutable. Quelles sont les conditions de sa prise en charge correcte (confirmation du diagnostic, bilan, avis urologique, prise en charge thérapeutique en précisant la place des anti-inflammatoires non-stéroïdiens et celle des antibiotiques) ?

Pr AC. Crémieux, Dr A. Dinh (infectiologues) : Les coliques néphrétiques fébriles correspondent à des rétentions d'urines infectées en amont d'un obstacle sur les voies urinaires, d'origine lithiasique. Cette situation entraîne une infection systémique avec bactériémies fréquentes. Il s'agit d'une urgence médico-chirurgicale car en l'absence d'antibiothérapie adaptée et de drainage des urines, l'évolution peut se faire en quelques heures seulement vers un sepsis sévère et le décès du patient.

Ce tableau est loin d'être exceptionnel. Une série rétrospective dans un service d'urologie Japonais [1] a évalué que 12% des patients hospitalisés pour le traitement d'une lithiase étaient pris en charge pour drainage en urgence des urines sur urosepsis. Parmi eux, un quart avait nécessité une hospitalisation en unité de soins intensifs pour traitement d'un choc septique et 2% étaient décédés. L'analyse des dossiers des patients décédés publiés dans la