

RESPONSABILITÉ

REVUE DE FORMATION SUR LE RISQUE MÉDICAL

DOSSIER

La prise en charge des personnes âgées en France : un défi majeur

29 VIE PROFESSIONNELLE

→ Les nouveaux anticoagulants : un risque émergent ou l'impérieuse nécessité d'un ajustement des pratiques médicales ?

34 PROTECTION JURIDIQUE

→ L'accessibilité du local professionnel aux personnes handicapées

40 REGARD INTERNATIONAL

→ Prise en charge des personnes âgées, quelques pistes internationales





Pour vous défendre, nous soignons votre RCP-PJ

15_355 - 05/2015 - dpps&co

Depuis plus de 110 ans, MACSF - Le Sou Médical est le référent sur le risque médical.

Votre défense est renforcée par une équipe unique en son genre :

- composée de juristes et de médecins conseils de votre spécialité,
- consultant un comité médical composé d'experts en exercice,
- en vue de vous apporter un soutien à tous niveaux : juridique, professionnel et moral.

Prévenir le risque médical fait également partie de notre engagement à vos côtés pour sécuriser la pratique de votre activité.

32 33* ou macsf.fr

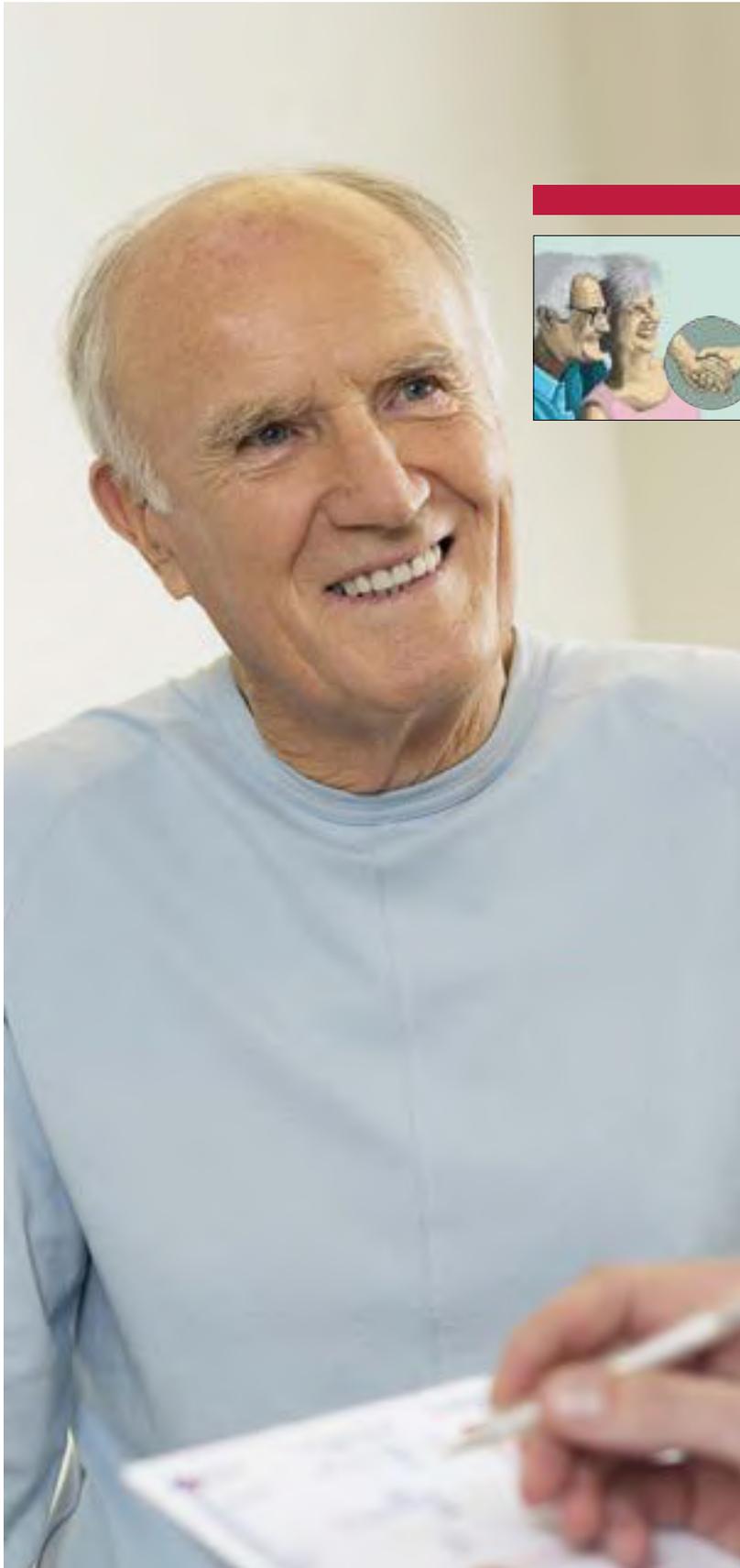
Notre engagement, c'est vous.



*Prix d'un appel local depuis un poste fixe. Ce tarif est susceptible d'évoluer en fonction de l'opérateur utilisé.

MACSF assurances - SIREN n° 775 665 631 - Le Sou Médical - Société Médicale d'Assurances et de Défense Professionnelles - SIREN n° 784 394 314 - SAM - Entreprises régies par le Code des assurances Siège social : Cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 PUTEAUX.

SOMMAIRE



© DR

05/ POINT DE VUE

Le rôle du médecin en économie de la santé: du bon usage des ressources économiques par les professionnels de santé

06/13 DOSSIER



La prise en charge des personnes âgées en France: un défi majeur

VIE PROFESSIONNELLE

14/18

Des recommandations actualisées pour le diagnostic et le traitement des infections en urologie

19/21

Réflexion éthique sur la photographie en dermatologie: pour une photographie respectueuse des patients

22/24

L'enseignement par la simulation: exemple de l'anesthésie au CHU de Nantes

25/28

Pourquoi et comment réduire l'irradiation en imagerie diagnostique?

29/32

Les nouveaux anticoagulants: un risque émergent ou l'impérieuse nécessité d'un ajustement des pratiques médicales?

33

Indemnisation des accidents médicaux résultant d'un aléa lors d'un acte de médecine ou de chirurgie esthétique: questions/réponses

34/35 PROTECTION JURIDIQUE

L'accessibilité du local professionnel aux personnes handicapées

36/39 ÉTHIQUE ET SOCIÉTÉ

Les pathologies addictives: aspects cliniques et principes thérapeutiques

40/41 REGARD INTERNATIONAL

Prise en charge des personnes âgées, quelques pistes internationales

42/43 ACTUALITÉS

RESPONSABILITÉ

REVUE DE FORMATION SUR LE RISQUE MÉDICAL

COMITÉ DE PARRAINAGE

Pr Georges David
Professeur honoraire de biologie
de la reproduction

Pr Bernard Guiraud-Chaumeil
Ancien membre du collège
de la Haute Autorité de santé

Pr Roger Henrion
Membre de l'Académie
de médecine

Pr Jacques Hureau
Président d'honneur de la Compagnie
nationale des experts médicaux

M. Pierre Joly
Président de la Fondation pour la recherche
médicale

Pr Jean-Louis Portos
Président d'honneur du Sou Médical

Dr Jacques Pouletty
Président d'honneur du Sou Médical

M. Jerry Sainte-Rose
Avocat général à la Cour de Cassation

Pr André Vacheron
Ancien président de l'Académie
de médecine, président du Conseil médical
du Sou Médical

M. Gérard Vincent
Délégué général de la Fédération
hospitalière de France

CONSEIL DE RÉDACTION

PRÉSIDENT

Pr Didier Sicard
Président d'honneur du Comité
consultatif national d'éthique

MEMBRES

Pr René Amalberti
Médecin expert gestion des risques, MACSF

Dr François Baumann
Fondateur de la Société de formation
thérapeutique du généraliste

M^e Muriel Bloch-Maurel
Avocat à la Cour

Dr Pierre-François Cambon
Chirurgien-dentiste, président d'honneur de
MACSF épargne retraite et MACSF financement

Pr Anne-Claude Crémieux
Professeur de maladies infectieuses,
Hôpital Raymond Poincaré

Pr Claudine Esper
Professeur de droit à l'université Paris-V

Pr Brigitte Feuillet
Professeur à la Faculté de droit
et de sciences politiques de Rennes

Dr Pierre-Yves Gallard
Président d'honneur du Sou Médical

Dr Jean-François Gérard-Varet
Président du Sou Médical

Dr Thierry Houselstein
Directeur médical, MACSF

Dr Xavier Laqueille
Président MACSF assurances

M. Yves-Henri Leleu
Professeur de droit à l'université de Liège

Dr Catherine Letouzey
Médecin interniste

M. Nicolas Loubry
Responsable du département
Protection juridique et du bureau d'études
juridiques, MACSF

Pr Cécile Manaouil
Professeur de médecine légale
et droit de la santé, CHU d'Amiens

Pr Paul-Michel Mertès
Professeur d'anesthésie réanimation
à l'hôpital universitaire de Strasbourg

Pr Guy Nicolas
Membre de l'Académie de médecine

M^e Catherine Paley-Vincent
Avocat à la Cour

Mme Marguerite Merger-Pélier
Magistrat honoraire,
présidente adjointe des CCI,
vice-présidente du Comité d'indemnisation
des victimes des essais nucléaires français

Pr Fabrice Pierre
Professeur de gynécologie-obstétrique,
CHU de Poitiers

Pr Claude Piva
Professeur de médecine légale
à l'université de Limoges

Mme Suzanne Rameix
Philosophe, département Éthique
médicale de l'université Paris-XII

Pr Claude Sureau
Ancien président de l'Académie
de médecine, membre du Comité
consultatif national d'éthique

Stéphanie Tamburini
Juriste MACSF - Le Sou Médical

RÉDACTION

Directeur de la publication
Nicolas Gombault

Rédacteur en chef
Germain Decroix

Assistante de rédaction
Sabrina Biendiné

Conception et réalisation
Studio PAO MACSF

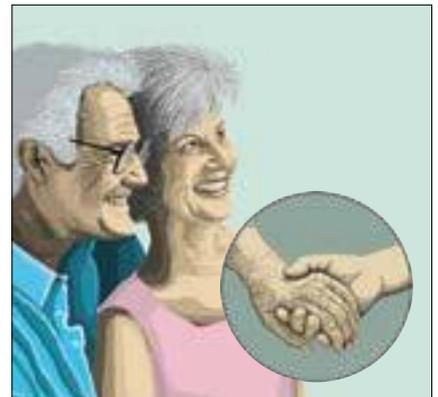
ÉDITEUR

Revue trimestrielle éditée par MACSF,
société d'assurance mutuelle

10, cours du Triangle-de-l'Arche
92919 La Défense Cedex
Tél. : 01 71 23 80 80
macsf.fr

Dépôt légal : juin 2015
ISSN : 1629-0801

Les opinions émises dans les articles
publiés dans cette revue n'engagent que
la responsabilité de leurs auteurs.



CRÉDIT ILLUSTRATION COUVERTURE :
JIMMY PÉRE.

La maîtrise des dépenses de santé est devenue l'un des principaux objectifs poursuivis par les pouvoirs publics. Tandis que les débats sur la santé se sont resserrés autour des enjeux économiques de l'assurance maladie, le rôle du médecin dans la rationalisation des dépenses et la consommation de soins apparaît de plus en plus primordial.

Le rôle du médecin en économie de la santé : du bon usage des ressources économiques par les professionnels de santé

PR DOMINIQUE BERTRAND, SANTÉ PUBLIQUE, UNIVERSITÉ PARIS 7 DENIS DIDEROT

➤ Une répartition inégale des dépenses de santé

Trois éléments de contexte importants caractérisent la France en 2013.

Les dépenses de santé, définies comme l'agrégat de la consommation de soins et de biens médicaux, représentent en moyenne 2 800 euros par an et par habitant.

La prise en charge de ces dépenses se répartit actuellement entre :

- l'assurance maladie obligatoire (75 %) ;
- l'assurance maladie complémentaire (14 %) ;
- l'État et les collectivités locales (2 %) ;
- les ménages (9 %).

Toutefois, la part de l'assurance maladie obligatoire varie selon le type de soins, de l'ordre de 90 % pour les hôpitaux à 68 % pour la médecine de ville. Cette différence est essentiellement due au montant du ticket modérateur et à la part des dépenses restant à la charge de l'assuré (prise en charge à 100 % des affections de longue durée par exemple).

Enfin, il est à noter que les dépenses de santé se concentrent chaque année sur un faible pourcentage de la population : environ 1 % de la population consomme 40 % des dépenses de l'assurance maladie.

➤ La responsabilité du médecin dans la consommation de soins et de biens médicaux

Le médecin est un producteur de soins, aussi bien directement par les consultations qu'il dispense et les actes qu'il pratique, qu'indirectement au travers de ses prescriptions

Des procédures de bon usage des soins sont en permanence élaborées pour favoriser la prescription la plus juste possible.

L'équilibre de l'assurance maladie obligatoire (sécurité sociale, branche maladie) dépend de deux facteurs essentiels : le premier concerne les dépenses de santé mutualisées et leur évolution, le second dépend des recettes, elles-mêmes liées à la conjoncture économique (plus la croissance est forte, plus les recettes sont importantes). Un troisième facteur, plus marginal, entre en jeu : l'externalisation de certaines dépenses hors du champ de l'assurance maladie obligatoire (par exemple certains médicaments dont le service médical rendu est moindre) et le report du coût de ces soins sur un autre acteur (ménages et assurances santé complémentaires).

« Si l'État et l'assurance maladie s'efforcent de limiter la croissance des dépenses de santé sur un plan macroéconomique, les producteurs et prescripteurs de soins doivent veiller à cet équilibre à chaque décision. »

Les médecins sont concernés uniquement par le premier facteur, qui relève de leur responsabilité. En effet, si l'État et l'assurance maladie s'efforcent de limiter la croissance des dépenses de santé sur un

plan macroéconomique, les producteurs et prescripteurs de soins doivent veiller à cet équilibre en favorisant à chaque décision :

- l'efficacité des soins, c'est-à-dire les soins qualitativement les meilleurs ;
- l'utilité des soins, c'est-à-dire les soins servant directement l'intérêt du patient ;
- l'efficacité, c'est-à-dire des moyens dispensés par le patient avec rigueur de façon à obtenir le meilleur résultat aux meilleurs coûts.

La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) repose certes avant tout sur un mécanisme de rétribution. Toutefois elle s'inscrit dans une démarche associant efficacité, utilité, efficacité, dans le double objectif d'améliorer la couverture des besoins individuels nécessaires en fonction des données scientifiques disponibles, et de diminuer les actes inutiles ou trop coûteux pouvant être remplacés par des alternatives moins onéreuses ayant un résultat similaire.

L'excès ou le manque de soins nécessite en permanence une réflexion rigoureuse de la part de l'ensemble des professionnels de la santé, encadrée notamment par la Haute Autorité de Santé.

La prescription pertinente est d'autant plus nécessaire que les facteurs de demande et d'offre de soins augmenteront de façon légitime et imposeront de mutualiser les moyens financiers. Utilisons déjà au mieux les moyens alloués. C'est le chemin obligé pour permettre à chacun de bénéficier des meilleurs soins dans une société aux ressources forcément contraintes. ■



Le vieillissement démographique caractérisant la plupart des pays occidentaux représente un défi majeur, auquel la France n'échappe pas. David Causse, responsable du pôle santé-social à la FEHAP, nous éclaire sur les mutations constatées aujourd'hui, les orientations prises et les solutions à imaginer pour répondre aux problématiques du grand âge.



© DR

La prise en charge des personnes âgées en France : un défi majeur

DAVID CAUSSE, COORDONNATEUR DU PÔLE SANTÉ-SOCIAL ET DIRECTEUR DU SECTEUR SANITAIRE DE LA FEHAP (FÉDÉRATION DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS ET D'AIDE À LA PERSONNE), PERSONNALITÉ QUALIFIÉE DU COMITÉ NATIONAL DE BIENTRAITANCE (CNDB)

➤ Quels sont les principaux enjeux posés par le vieillissement de la population française ?

De nombreuses études et projections issues de la DREES (Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques), de la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie), ou encore du HCAAM (Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie) mettent en évidence une accélération du vieillissement démographique. L'augmentation la plus spectaculaire devrait concerner les 75 ans et plus, dont la part serait amenée à doubler d'ici à 2030 et tripler à l'horizon 2050. Dans le même temps, le nombre de personnes âgées dépendantes atteindrait 1,5 million en 2030 et dépasserait les 2 millions en 2050.

Au-delà des chiffres et des prévisions, la progression de la démographie des sujets âgés en France doit être considérée selon un double mouvement. Une première « vague » démographique se distingue depuis quelques années, correspondant au redémarrage des naissances constaté après la Première

Guerre Mondiale. Nous avons vécu pendant des années, y compris récemment, avec un « déficit » de personnes âgées, et nous commençons seulement à voir, 85 à 90 ans plus tard, les effets de la reprise des naissances intervenue à partir de 1925. Un second pic démographique de personnes âgées interviendra beaucoup

plus tard, dans les années 2040, résultant des générations nombreuses des années 60 issues du baby-boom.

Naturellement, les échéances et les enjeux diffèrent selon qu'il est question de la viabilité des régimes de retraite ou de l'impact du vieillissement sur l'offre hospitalière et médico-sociale.

La DREES a conduit plusieurs études sur la demande de soins à laquelle est confronté le système de protection sociale. La progression mécanique de la demande de soins induite par le vieillissement de la population et la structure de consommation des personnes âgées est aujourd'hui estimée à 0,5 % par an. Par ailleurs,

les générations d'avant-guerre « *savaient vivre pauvrement pour mourir riches* », selon l'expression connue, et transmettre un patrimoine, fût-il modeste. Le progrès technique et le développement de solutions de plus en plus sophistiquées en matière de protection sociale ont induit des exigences plus fortes

vis-à-vis du système de soins et de l'accompagnement médico-social. Cette évolution culturelle amplifie, aujourd'hui et encore plus demain, la progression mécanique de la demande de soins liée au vieillissement de la population.

« La prise en charge des sujets âgés peut être facilitée dans le cadre d'une pratique collégiale associant médecin, masseur-kinésithérapeute, infirmier et réseau médico-social, HAD et dialyse hors centre. »



➤ Quelles sont les évolutions constatées aujourd'hui dans la prise en charge des personnes âgées ?

Une première mutation doit être mise en avant : le développement des logiques de prévention, d'éducation thérapeutique et d'apprentissage du bien vieillir. C'est tout l'objet du programme PAERPA (Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie), expérimenté sur huit territoires en France. Il s'agit, grâce à une détection précoce et un accompagnement adapté des personnes âgées lorsqu'elles ne sont pas encore en situation de dépendance aiguë, de leur éviter une hospitalisation et de leur permettre de profiter de l'allongement de leur espérance de vie sans incapacité.

La deuxième évolution importante réside dans la priorité donnée, depuis dix ans, aux interventions à domicile et aux accompagnements sans hébergement ni hospitalisation à temps plein, conformément à la demande exprimée par nos concitoyens de pouvoir rester aussi longtemps que possible chez eux. Cet aspect est renforcé dans le projet de loi de santé, qui prévoit la constitution d'équipes libérales pluri-professionnelles visant à composer un maillage de proximité. La prise en charge des sujets âgés, qui peut s'avérer complexe pour un professionnel libéral isolé, peut être facilitée dans le cadre d'une pratique collégiale associant médecin, masseur-kinésithérapeute, infirmier et réseau médico-social, hospitalisation à domicile (HAD) et dialyse hors centre. Cette réponse de proximité permet d'éviter une dégradation sévère de l'état de santé d'un sujet âgé fragilisé conduisant alors à son hospitalisation. Faute de réponse précoce et intermédiaire,

le risque est de devoir prendre des mesures beaucoup plus lourdes et coûteuses, pouvant ensuite conduire à des pertes d'autonomie importantes voire irréversibles.

➤ Est-il démontré que la prise en charge des personnes âgées à domicile donne de meilleurs résultats qu'en EHPAD ? L'absence de prise en charge permanente peut-elle constituer une « perte de chance » ?

Plusieurs études ont clairement démontré que les personnes âgées préfèrent, dans la mesure du possible, être maintenues dans leur lieu de vie habituel et leur « écosystème » (voisinage, entourage, environnement familial). Toute la difficulté est de savoir jusqu'à quel moment ce maintien à domicile est possible. Tant que les fonctions cognitives ne sont pas atteintes, ce maintien reste possible, même en cas d'invalidité ou de handicap physique sérieux, moyennant un accompagnement adapté et des soins suffisants, ainsi qu'un aménagement du domicile. Des progrès considérables ont été accomplis dans ce domaine au cours des quinze dernières années, tant sur le plan pratique que culturel.

En revanche, dès que la lucidité s'estompe et que la confusion s'installe, la personne peut se mettre en danger ou exposer ses proches. La situation peut également devenir trop difficile à gérer pour l'entourage, pratiquement et psychologiquement. Une prise en charge différente s'impose alors. Huit demandes d'admission en maison de retraite sur dix sont aujourd'hui motivées par des troubles de ce type.

Cependant, il est démontré depuis longtemps, dans le secteur du grand âge comme dans d'autres, ■ ■ ■



■ ■ ■ que « *l'autonomie est comme un muscle : plus on la sollicite et mieux elle fonctionne* ». Par définition, dans un environnement où l'autonomie est peu ou moins mobilisée – en l'occurrence un établissement ou un institut – la personne aura plus de mal à se mobiliser. Mais il ne faut pas idéaliser le domicile non plus : tout dépend dans quelles conditions !

➤ **Quelle est la différence de coût existant entre un maintien à domicile et un hébergement en EHPAD ?**

Le reste à charge dans le cadre d'un maintien à domicile, au titre de l'hébergement, est évidemment moindre qu'en maison de retraite, qui suppose des frais d'hébergement et de restauration plus élevés. Il faut compter entre 70 et 120 euros par jour en EHPAD selon la localisation et le type d'offre proposée, soit un coût mensuel conséquent, qui peut en outre induire des tensions avec les descendants (enfants et petits-enfants, neveux et nièces) amenés à prendre en charge une partie de ces frais lorsque la pension de retraite du résident ne suffit pas.

En revanche, lorsque la perte d'autonomie s'aggrave et qu'un accompagnement professionnel renforcé s'avère nécessaire afin d'assurer une présence continue, le coût d'un maintien à domicile peut devenir exorbitant. Les prestations sociales et les interventions financées dans ce cadre ne sont pas conçues pour le niveau d'accompagnement et de soins nécessaires à la prise en charge de situations sévères. Par conséquent, dès lors que les actes de la vie quotidienne deviennent trop difficiles ou que les troubles des fonctions cognitives s'aggravent et que la sécurité des personnes est mise en jeu, une admission en maison de retraite doit être envisagée, pour autant que cette solution soit supportable sur le plan financier. L'hébergement est alors la seule solution pour préserver non seulement la personne mais également la santé et le projet de vie de l'entourage.

La nécessité d'intégrer un établissement ne se présente pas au même âge pour tous les individus. Néanmoins, il arrive un moment où, compte tenu du poids moral

et financier que peut représenter le maintien à domicile, la question de la maison de retraite doit pouvoir être envisagée naturellement, de façon à obtenir une place à un coût abordable dans un établissement de proximité, en dehors d'une admission « à chaud », en urgence. Le fait est que beaucoup de personnes renoncent à cette orientation en raison d'un reste à charge trop élevé. Or l'approche du reste à charge à domicile est un peu faussée car il repose aussi sur une économie domestique et une aide informelle (parents, voisins, amis). Le reste à charge en établissement, apparemment plus lourd, est ainsi plus explicite que le coût d'un maintien à domicile. Plus nettement lisible, il sera plus choisi que subi.

➤ **L'offre actuellement proposée en matière d'accueil et d'hébergement des personnes âgées est-elle adaptée ?**

Deux tendances se dégagent actuellement. D'une part, dans un cadre budgétaire et tarifaire extrêmement contraint, des regroupements sont opérés pour mieux mutualiser un certain nombre de fonctions et accroître le niveau de qualité des prestations délivrées sans en majorer le coût. Cette tendance au regroupement ne consiste pas à fabriquer de grandes unités qui dépersonnaliseraient l'accompagnement des résidents. Il est tout à fait possible d'imaginer des structures rassemblant plusieurs établissements, abritant une centaine de lits et comptant plusieurs unités de 15 à 20 personnes. Nous savons conjuguer la nécessité du lien de proximité au sein d'un établissement, qui relève d'un travail de conception et d'organisation, avec un effet de mutualisation entre plusieurs sites. Cette logique de mutualisation augmente les chances de présence d'un médecin coordinateur et de professionnels motivés par un projet.

« Dès lors que les actes de la vie quotidienne deviennent trop difficiles ou que les troubles des fonctions cognitives s'aggravent et que la sécurité des personnes est mise en jeu, une admission en maison de retraite doit être envisagée. »

D'autre part, il s'agit de regrouper des lignes d'activités présentant des synergies de métiers ou des complémentarités de compétences pour prendre en charge les personnes âgées : regroupement d'EHPAD à l'échelle régionale voire nationale, rapprochement de maisons de retraite autour d'une unité de soins de

suite et de réadaptation gériatriques, juxtaposition avec des structures pour adultes handicapés, notamment vieillissants ; gestion parallèle d'un service de soins



infirmiers à domicile... Les fédérations hospitalières et médico-sociales se concertent actuellement pour promouvoir l'hospitalisation à domicile (HAD) en EHPAD, dispositif encore trop méconnu, lancé en 2007 et qui concerne aujourd'hui plusieurs milliers de résidents en EHPAD. L'HAD permet, lorsque la situation d'un résident se détériore, de mettre en place un dispositif de proximité avec l'intervention d'une équipe spécialisée au sein de l'EHPAD lui-même, plutôt que d'orienter le résident vers les services d'urgence. Cette solution répond à la volonté de sortir d'une logique de silo au profit d'une approche plus transversale.

➤ Les EHPAD accueillent des personnes de plus en plus dépendantes. Certains gestionnaires affirment que leurs établissements ne sont pas toujours adaptés pour prendre en charge ces personnes présentant des pathologies lourdes.

De fait, de par la politique de soutien du maintien à domicile développée ces dernières années, les personnes qui entrent en établissement aujourd'hui sont majoritairement des sujets présentant des capacités cognitives amoindries, nécessitant un accompagnement et des soins beaucoup plus importants qu'autrefois, c'est certain.

Certaines unités de soins de longue durée (USLD) ont été maintenues pour répondre aux situations des résidents ou patients avec les besoins de soins médico-techniques les plus importants. Il existe cependant un problème de répartition territoriale et d'accessibilité à ces structures qui permettent d'accompagner de manière adaptée les personnes âgées requérant des soins de ce type. Sauf dispositif exceptionnel d'infirmiers de nuit mutualisés entre plusieurs établissements, comme ceux mis en œuvre en Île-de-France, les EHPAD n'ont pas les moyens aujourd'hui d'offrir davantage que la présence continue d'une aide-soignante, sur le 7 jours sur 7 et le 24 h/24.

Par ailleurs, la mission du gériatre consiste à hiérarchiser les problèmes et à distinguer l'essentiel de ce qui est secondaire dans les polyopathologies et besoins de soins, pour un programme de soins cohérent, global et non dispersé dans une approche par organes. Il ne s'agit pas de guérir les personnes âgées du fait d'être âgées...

mais de déterminer les soins nécessaires sans imposer des traitements curatifs lourds, aux résultats improbables. Toute la difficulté – ou le talent – est de définir une stratégie de prise en charge et d'accompagnement qui engendrera le maximum d'effets bénéfiques tout en limitant les effets indésirables – tâche d'autant plus délicate lorsqu'il s'agit d'organismes usés et fatigués.

« Les fédérations hospitalières et médico-sociales se concertent actuellement pour promouvoir l'hospitalisation à domicile (HAD) en EHPAD, dispositif encore trop méconnu. »

➤ La cohabitation intergénérationnelle peut-elle constituer une solution durable ? Y a-t-il de nouvelles formes de solidarité à imaginer ?

C'est tout l'objet du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement que d'envisager de nouveaux modes résidentiels. Nous allons sans doute retrouver ou réinventer des solidarités familiales. Mais force est de constater qu'aujourd'hui, les familles ne vivent plus regroupées comme autrefois dans une même maison ou à proximité. Les exigences professionnelles et affectives font qu'elles sont beaucoup plus éclatées géographiquement. Et le courriel et Skype ont leurs limites, même s'ils ont bien des mérites. Nous avons observé un phénomène de dissémination des familles dans la phase de la vie active. Cependant, il existe aussi un resserrement des liens au moment du grand âge. Au sein d'une fratrie, il y a fréquemment une personne, le plus souvent une femme, la fille aînée ou la cadette selon les cultures régionales, qui, à 60-65 ans, se trouve de fait ou par choix à proximité de ses parents plus âgés et assure une présence familiale de proximité.

Les difficultés économiques rencontrées par les familles vont sans doute conduire à de nouvelles stratégies, à la fois pour bien vivre ensemble et pouvoir s'organiser pour venir en aide à un membre en situation vulnérable. Une étude mériterait d'être menée sur les stratégies affectives et organisationnelles développées par les familles lorsque les enfants arrivent eux-mêmes à la retraite et que leurs parents atteignent l'âge de 85-90 ans. En tout état de cause, il nous faut penser les sujets sur des binômes ou trinômes aidé-aidants, à l'instar de ce que vient de faire le Groupe Pro BTP avec ses résidences de vacances adaptées, le fameux VRF (Village Répit Familles). ■ ■ ■



■ ■ ■ Par ailleurs, un militantisme associatif important promeut la cohabitation intergénérationnelle de façon intelligente. Ainsi, les personnes âgées qui disposent d'une chambre libre peuvent la mettre à disposition d'un étudiant à des conditions avantageuses, moyennant un peu d'aide et de compagnie. Ce système s'est fortement développé dans les grandes villes comme Paris ou les métropoles régionales, sans toujours être très visible.

L'enjeu, pour les pouvoirs publics, réside dans la modernisation et la rénovation de l'habitat et du réseau de transport, de manière à le rendre accessible à des personnes âgées et permettre à celles présentant des difficultés motrices ou des capacités sensorielles réduites de se maintenir et se mouvoir dans leur lieu de vie naturel (maison, appartement, immeuble, quartier...). Le rapport de Luc Broussy met ainsi l'accent sur les politiques publiques à fédérer pour l'adaptation de la société au vieillissement (cf résumé). Il n'existe probablement pas de solution unique mais plutôt une pluralité de réponses ; il revient aux pouvoirs publics comme à la société civile d'en imaginer de nouvelles pour faire progresser le niveau d'efficacité et de solidarité du système de protection sociale. Parallèlement, chacun d'entre nous sera appelé

« Les difficultés économiques rencontrées par les familles vont sans doute conduire à de nouvelles stratégies, à la fois pour bien vivre ensemble et pouvoir s'organiser pour venir en aide à un membre en situation vulnérable. »

à faire preuve de créativité et d'imagination avec ses frères et sœurs, ses parents, ses enfants ou ses petits-enfants pour trouver les solutions les mieux adaptées.

➤ Quels sont les financements possibles pour prendre en charge la dépendance ? Allons-nous vers un cinquième risque assurable et faut-il développer la prévoyance individuelle ?

Il me paraît difficile d'opposer les logiques de prévoyance individuelle et de solidarité collective. C'est bien l'existence d'un régime d'assurance maladie obligatoire qui fait

que nous pouvons nous offrir une complémentaire santé et que nous sommes en mesure de proposer une aide de type CMU aux personnes qui n'ont pas les moyens de se l'offrir. De même, il est difficilement concevable, dans notre modèle social et notre contexte politique,

de promouvoir des choix radicaux. Quel que soit l'opérateur et son talent, aucune stratégie d'assurance en matière de santé ou de dépendance ne peut prospérer sans être elle-même adossée à un dispositif de mutualisation déjà fortement structuré. Par définition, la nation toute entière impose des prélèvements sociaux assez larges comme la CSG (contribution sociale généralisée), qui sont des dispositifs de mutualisation extrêmement efficaces permettant d'éviter un phénomène



© DR



d'anti-sélection. D'aucuns peuvent dire qu'il n'y a qu'à rendre l'assurance obligatoire. Mais quelle différence y aurait-il alors entre une cotisation sociale obligatoire et une assurance obligatoire hormis celle de l'opérateur assurant techniquement la mutualisation et sa gestion ? Du point de vue des concitoyens aux ressources limitées, le problème de gestion budgétaire sera le même, qu'ils doivent verser une cotisation ou une assurance obligatoire.

➤ De nombreux établissements ne disposent pas de secteurs fermés et les patients atteints de la maladie d'Alzheimer sont souvent mêlés avec les autres résidents, posant des difficultés de gestion. Comment les EHPAD sont-ils contrôlés et pourrait-on imaginer qu'ils soient chapeautés par le contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) ?

Les EHPAD sont aujourd'hui soumis à un ensemble de règles, d'inspections et de contrôles émanant à la fois des autorités de contrôle et de tarification, de l'ARS (Agence Régionale de Santé), du Conseil départemental et de la Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes (DGCCRF). À ceux-là s'ajoutent des contrôles plus ciblés (qualité de la cuisine par exemple). Des corps de contrôle assermentés peuvent donc diligenter une inspection à l'encontre des EHPAD faisant l'objet d'une plainte de la part d'un résident ou d'un proche.

L'idée que les EHPAD puissent être chapeautés par le CGLPL fait débat. Certains y sont favorables, comme Jean-Marie Delarue, contrôleur général des lieux de privation de liberté de 2008 à 2014, expliquant que de fait, des personnes fragiles ou désorientées ne peuvent aller et venir selon leur gré dans les EHPAD. Pour Jean-Marie Delarue – une personnalité exceptionnelle de hauteur de vues, de talents et de simplicité – il serait logique dans ces conditions que cette autorité administrative indépendante dédiée à cette problématique puisse intervenir au sein des EHPAD. Une autre approche, tout aussi légitime, rappelle que le contrôleur général a été désigné pour des lieux de privation de liberté où des personnes se trouvent hébergées du fait d'une décision d'une autorité publique (préfet, juge), dans un contexte de transgression des règles ou de mise en danger de soi-même

« L'article 22 sur la loi de l'adaptation de la société au vieillissement stipule clairement que la liberté d'aller et venir doit rester au cœur des projets personnalisés dans les EHPAD. »

ou d'autrui. En cela les EHPAD diffèrent fortement d'une prison, d'un hôpital psychiatrique ou encore d'un centre de rétention administrative.

La FEHAP quant à elle s'est positionnée différemment sur le sujet et a souhaité mettre en avant deux points.

D'une part, les professionnels de la psychiatrie ont accueilli favorablement les visites de Jean-Marie Delarue lorsqu'il occupait la fonction de CGLPL, dans la mesure où ses équipes ne se positionnaient pas en « donneurs de leçons » vis-à-vis des soignants s'attachant à gérer des pathologies très lourdes. D'après la FEHAP, ce regard extérieur et cette vision nuancée étaient bienvenus et pourraient être utiles pour les EHPAD, mais plutôt de manière volontaire. Ce n'est pas nécessairement le point de vue partagé par toutes les organisations de directeurs de maisons de retraite.

D'autre part, la FEHAP a récemment proposé au contrôleur général ayant succédé à Monsieur Delarue, Madame Adeline Hazan, de visiter des maisons de retraite afin de se forger sa propre opinion *in situ* et de constater les différences et les similitudes que ces établissements peuvent présenter avec les lieux de privation de liberté. Ces problématiques peuvent être appréhendées dans une réflexion globale et transversale, sans pour autant être confondues.

Il est à noter, par ailleurs, que l'article 22 sur la loi de l'adaptation de la société au vieillissement comporte des dispositions sur la liberté d'aller et venir, rappelant que les EHPAD sont des lieux de soins et d'accompagnement mais aussi des lieux de vie à l'intérieur desquels les personnes louent une chambre. Cet article stipule clairement que la liberté d'aller et venir doit rester au cœur des projets personnalisés dans les EHPAD. Lorsque des mesures particulières de sécurité doivent être observées, une annexe sera jointe au contrat de séjour en EHPAD et réévaluée régulièrement avec les différentes

parties prenantes. Elle permettra d'accroître la traçabilité des orientations qui auront été prises pour trouver un compromis entre le respect du principe de liberté d'aller et venir et la nécessité, à titre préventif, de ne pas exposer une personne désorientée aux risques de se blesser ■ ■ ■



■ ■ ■ ou de se perdre dans l'établissement ou son environnement.

Rappelons enfin que beaucoup d'établissements ont été conçus avec une capacité de 80 lits en moyenne, dont 15 à 20 dédiés à des personnes désorientées. Or aujourd'hui, la dynamique des admissions conduit à une proportion quasiment inverse. Les personnes en possession de leurs moyens cognitifs sont devenues minoritaires au sein des EHPAD, contrairement aux conceptions architecturales qui avaient prévalu lors de la création de ces établissements. La FEHAP et la Fédération Hospitalière de France (FHF) insistent depuis dix ans sur la rénovation de l'architecture et la conception des locaux. De nombreux efforts ont été déployés par les pouvoirs publics pour reconfigurer les établissements et les rendre à la fois plus accueillants et plus sécurisants. Un prix est notamment décerné par la Fondation Médéric Alzheimer pour récompenser la qualité des conceptions et des organisations des structures dédiées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. À cet égard, l'évolution du parc immobilier constitue un élément de progrès considérable depuis une dizaine d'années, même si cet effort a un peu fléchi sous la pression budgétaire.

➤ Que penser des dispositifs de vigilance et de suivi permettant de localiser les personnes âgées égarées dans l'établissement ou ayant fugué ?

Il existe aujourd'hui de nombreux dispositifs et outils de ce type : puces « RFID » (radio frequency identification), dispositifs radio, GPS... Les outils de première génération avaient un fonctionnement limité ou très binaire. Certains, comme les GPS, fonctionnaient correctement à l'extérieur des bâtiments mais étaient très peu fiables à l'intérieur, ce qui n'était pas sécurisant pour les équipes. Inversement les puces RFID étaient très efficaces à l'intérieur des bâtiments mais très médiocres en dehors. Par ailleurs, ces appareils étaient dotés d'une faible autonomie de batterie. De nouveaux outils mixtes se développent désormais, avec une banalisation des usages sociaux et de la géolocalisation dans tous les domaines, soulevant la question de la bonne utilisation des dispositifs de vigilance et de suivi.

Ces outils doivent être mis pleinement au service des personnes âgées vulnérables, dans un projet global

« De nouveaux outils mixtes se développent désormais, soulevant la question de la bonne utilisation des dispositifs de vigilance et de suivi. »

de bonnes pratiques, dans le cadre d'une éthique et d'une supervision médicale rigoureuses. On ne peut qu'en penser du bien dès lors qu'ils sont au service des personnes souffrant d'un

début de maladie d'Alzheimer et pouvant avoir des absences ponctuelles tout en étant autonomes par ailleurs. Il est également sécurisant pour un aidant de pouvoir géolocaliser à tout moment son compagnon ou sa compagne parti(e) en promenade, et qui commence à avoir du retard pour le retour à la maison. Cela contribue à la qualité de vie du patient et de son entourage. Si, en revanche, l'utilisation de ces dispositifs s'inscrit dans une logique de contrôle déployée à l'insu des personnes concernées ou imposée contre leur gré, en refusant de voir les signes de rejet qu'elles peuvent manifester à l'égard de ce type d'outil (arrachage répété d'un bracelet ou d'un pendentif), alors ce dispositif doit être proscrit. C'est le sens de la charte de bonnes pratiques diffusée par le Ministère de la santé en février 2014 après un avis favorable de la CNIL.

➤ Quid du suivi médical des résidents, souvent assuré par le médecin coordonnateur de l'EHPAD ? Comment ce suivi, souvent source de difficultés, est-il accueilli par les personnes âgées et comment s'articule-t-il avec le suivi du médecin traitant (connaissance du patient, relation de confiance, coordination des soins) ?

Ce dernier a-t-il toujours sa place en EHPAD ?

Un résident peut souhaiter que le médecin traitant qui l'a suivi durant des années puisse continuer de le faire en EHPAD, dans un souci de proximité et de cohérence. Cette option est possible dans les établissements qui prévoient ce projet et dont le budget n'intègre pas la rémunération du médecin traitant, laquelle sera assurée par le résident, ensuite remboursé par la Caisse d'assurance maladie. Ces établissements d'hébergement, au tarif dit « partiel », ont un médecin coordonnateur qui s'assure de l'évaluation et de l'admission des résidents, de la cohérence et de la continuité des soins avec ses confrères libéraux, les infirmiers et aides-soignants, ainsi que de la formation des personnels.

Le résident et son entourage peuvent aussi choisir de s'adresser à des établissements qui disposent d'une équipe médicale et soignante entièrement salariée, sous une autre enseigne : « *ici, on s'occupe de tout ce qui vous préoccupe* ». L'important est que cette décision soit prise sereinement et de manière suffisamment



réfléchi en amont. L'existence d'une équipe soignante intégrée salariée peut constituer un gage de sécurité supplémentaire et présenter des avantages pour le résident, qui sera dispensé d'avance de frais et de ticket modérateur. On parle alors d'établissement à tarif « global », la rémunération des médecins étant intégrée dans les budgets de soins de ces structures.

La diversité des attentes des usagers doit donc être considérée au regard de la diversité des établissements, qui offrent des projets variés, mais aussi en fonction des territoires. Dans les zones désertées par les médecins libéraux, il sera difficile d'envisager une organisation de proximité si l'établissement ne dispose pas d'une équipe

médicale salariée intégrée. Par ailleurs, compte tenu du tarif très élevé de certaines maisons de retraite parisiennes, une partie des Parisiens se déporte vers les établissements de la petite couronne, plus abordables, conduisant alors les résidents de ces banlieues à se déplacer eux-mêmes jusque, par exemple, dans le Loiret pour trouver des établissements adaptés à leurs portefeuilles. La proximité d'un proche peut également être un élément déterminant. Certaines personnes préfèrent, pour leur placement en maison de retraite, quitter l'endroit où elles ont passé la majeure partie de leur vie pour se rapprocher d'un parent ou d'un enfant. ■

Propos recueillis par G. DECROIX et S. BIENDINE.

POUR ALLER PLUS LOIN

- Conclusions des rapports AQUINO, BROUSSY et PINVILLE en vue de la loi d'adaptation de la société au vieillissement : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_Vieillessement.pdf
- Rapport de Luc BROUSSY sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000173.pdf>
- Rapport FRAGONARD sur la couverture de la dépendance des personnes âgées : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_du_groupe_n_4_vdefinitive.pdf
- Droits et libertés des âgés - Lancement de l'expérimentation de la charte de géolocalisation - Dossier de presse Ministère des affaires sociales et de la santé, mars 2014 : http://www.lamaisondelaautonomie.com/wp-content/files/charte_de_geolocalisation.pdf



Vieillir, risques et chances : petit traité de psycho-gérontologie

Jean-Claude MONFORT
Éditions Lavoisier, Médecine sciences,
Coll. Progrès en sécurité des soins.
Mars 2015 - 672 pages.

Écrit par un praticien à la fois neurologue, psychiatre et gériatre, cet ouvrage présente les connaissances actuelles sur le vieillissement sans dramatisation ni angélisme. Étayés par une solide bibliographie, les 20 chapitres regroupés en 5 parties abordent des sujets aussi variés que le risque de perte d'autonomie locomotrice et le risque de chutes, les risques liés aux psychoses chez les personnes âgées, les risques liés à son statut d'homme ou de femme et la vie affective et sexuelle,

ou enfin, les risques liés aux dispositifs diagnostiques et thérapeutiques et ceux liés aux professionnels et aux dispositifs d'hébergement. Les thématiques sont illustrées par des exemples de la vie quotidienne des personnes âgées ou des histoires de vie de personnalités connues. Les avis des nombreux experts sollicités sont présentés sous forme d'encart dans les différents chapitres de cet ouvrage à la fois original et complet.

La prise en charge des patients atteints d'infection urinaire bactérienne, bien que fréquente, n'en reste pas moins délicate. Les deux sociétés savantes concernées ont réactualisé leurs recommandations en 2014, qui constituent une aide précieuse pour les praticiens devant établir un diagnostic et décider du traitement à suivre.



© VALÉRIE SPADA

Des recommandations actualisées pour le diagnostic et le traitement des infections en urologie

DR JEAN-DOMINIQUE DOUBLET, UROLOGUE, CENTRE HOSPITALIER DE VERSAILLES, RESPONSABLE DU COMITÉ D'INFECTIOLOGIE DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

En mai 2014, les recommandations concernant le diagnostic et l'antibiothérapie des infections bactériennes urinaires communautaires (IUC) de l'adulte, initialement rédigées en 2008 par la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF), ont été actualisées en collaboration avec l'Association Française d'Urologie (AFU).

➤ Des changements importants

Ce texte introduit des modifications substantielles, tant sur le plan sémantique qu'en matière d'antibiothérapie. La résistance accrue des germes responsables d'IUC aux antibiotiques, de plus en plus préoccupante, impose des choix précis et hiérarchisés. La réduction des examens complémentaires systématiques dans certaines situations cliniques, et la gestion des colonisations urinaires asymptomatiques, constituent d'autres points forts de ce texte.

Ces recommandations, rédigées conformément à la méthodologie préconisée par la Haute Autorité de Santé (HAS), ont été élaborées par un groupe de travail composé d'experts en infectiologie, microbiologie, urologie, médecine générale, gériatrie et radiologie, puis soumises à un groupe de lecture. Une revue systématique de la littérature existante a été réalisée

afin de tenir compte des données les plus récentes et de vérifier leur fiabilité.

La diffusion des recommandations issues de ce travail, consultables sur le site de la SPILF (<http://www.infectiologie.com>), revêt un double enjeu : celui du traitement individuel optimal des patients et de la limitation de la progression des résistances bactériennes, notamment par l'arrêt des traitements antibiotiques injustifiés.

Sur le plan de la terminologie, les recommandations émises comportent plusieurs nouveautés :

- définition d'infections urinaires à risque de complication plutôt qu'infections urinaires compliquées ;

- concept d'infections urinaires masculines (IUM) ;

- nouvelle définition du sujet âgé.

Les facteurs et personnes à risque de complication des infections urinaires sont les suivants :

- toute anomalie organique ou fonctionnelle de l'arbre urinaire ;
- le sexe masculin ;
- la grossesse ;
- l'immunodépression grave (immunosuppresseur, cirrhose, transplantation) ;
- l'insuffisance rénale chronique sévère (DFG < 30 ml/min) ;
- le sujet âgé.

Il est à noter que le diabète, même insulino-requérant, n'est plus considéré comme un facteur de risque de complication.

Le sujet âgé est défini comme suit :

- plus de 75 ans ;
- plus de 65 ans ET présentant au moins trois critères de fragilité de Fried :
 - vitesse de marche lente ;
 - faible endurance ;
 - faiblesse, fatigue ;
 - activité physique réduite.

Les infections urinaires graves sont les pyélonéphrites aiguës (PNA) et les IUM associées à :

- un sepsis grave ;
- un choc septique ;
- une indication de drainage chirurgical ou interventionnel des voies excrétrices.

Une attention particulière a été portée à la colonisation urinaire (bactériurie asymptomatique), définie par la présence d'un micro-organisme dans les urines sans manifestation clinique spécifique associée. Aucun seuil de bactériurie n'a été fixé, sauf pour la femme enceinte (10⁵ UFC/ml). La leucocyturie n'est pas prise en compte. Seules deux situations justifient le dépistage et le traitement des colonisations urinaires :

- avant une procédure invasive programmée sur les voies urinaires ;
- chez la femme enceinte à partir du 4^{ème} mois.

« LES RECOMMANDATIONS ÉMISES INTRODUISENT DES MODIFICATIONS SUBSTANTIELLES. »

En dehors de ces situations, les examens cyto-bactériologiques des urines (ECBU) systématiques sont à proscrire, et si une colonisation urinaire est malgré tout constatée, elle ne doit pas nécessairement être traitée.

➤ La résistance accrue des bactéries

L'évolution permanente des résistances des bactéries aux antibiotiques, particulièrement aux fluoroquinolones (FQ) et aux céphalosporines, impose des choix tenant compte de la situation clinique du patient, de la population cible, mais aussi de l'impact sur le microbiote intestinal.

Le seuil admissible du taux de résistance en vue d'une antibiothérapie probabiliste est de 20 % pour les cystites simples et de 10 % dans les autres situations. Le taux de résistance de *E. coli* aux FQ est désormais de 3 à 25 %, mais reste proche de 5 % chez la femme entre 15 et 65 ans. Un traitement par FQ dans les six derniers mois expose cependant à un risque de sélection et conduit à ne pas utiliser les FQ en traitement probabiliste dans une telle situation.

« L'ÉVOLUTION PERMANENTE DES RÉSISTANCES DES BACTÉRIES AUX ANTIBIOTIQUES IMPOSE DES CHOIX TENANT COMPTE DE LA SITUATION CLINIQUE DU PATIENT ET DE L'IMPACT SUR LE MICROBIOTE INTESTINAL. »

Le taux de résistance de *E. coli* aux céphalosporines de 3^{ème} génération (C3G) dans les IU communautaires est actuellement d'environ 5 %. La production potentielle d'une bêta-lactamase à spectre étendu (BLESE), qui constitue le principal mécanisme de résistance, doit être prise en compte dans les IU graves et les chocs septiques. Les facteurs de risque de survenue d'une IU à EBLSE suivants ont été proposés :

- colonisation urinaire ou IU à EBLSE dans les six mois précédents ;
- antibiothérapie par pénicilline + inhibiteur, C2G ou C3G ou FQ dans les six mois précédents ;
- voyage récent en pays d'endémie d'EBLSE ;
- hospitalisation dans les trois mois précédents ;
- vie en établissement de long séjour.

Cependant, il faut épargner les carbapénèmes et, chaque fois que possible, privilégier les alternatives.

La fosfomycine trométamol, la nitrofurantoïne, les aminosides, la céfoxitine, la pipéracilline-tazobactam et le pivmécillinam sont actifs sur les souches d'*E. coli* productrices de BLESE.

Rappelons qu'*E. coli* est responsable d'environ 90 % des IU communautaires.

• Sensibilité actuelle d'*E. coli* aux antibiotiques

ANTIBIOTIQUE	POPULATION SPÉCIFIQUE	SENSIBILITÉ
Fosfomycine trométamol		97 %
Nitrofurantoïne		98 %
C3G		95 %
Aztréonam		95 %
FQ	Cystite simple < 65 ans	95 - 98 %
	IU à risque de complication	75 - 90 %
Pivmécillinam	Cystites aiguës simples	97 %
	Toutes IU confondues	85 - 88 %
Amoxicilline		65 %
Amoxicilline + AC (acide clavulanique)		75 - 85 %
TMP - SMX (triméthoprime-sulfaméthoxazole)		77 %

➤ Des outils diagnostiques affinés

Les outils diagnostiques des infections urinaires ont été précisés dans leurs indications et leur valeur diagnostique.

L'examen cyto-bactériologique des urines (ECBU) est indispensable devant toute suspicion clinique d'IU, à l'exception de la cystite simple. Il n'est pas recommandé de réaliser d'ECBU de contrôle en cas d'évolution satisfaisante d'une IU.

Le seuil de leucocyturie est inchangé à 10⁴ UFC/ml. Le seuil de bactériurie dépend de l'espèce bactérienne et du patient.

« LES OUTILS DIAGNOSTIQUES DES INFECTIONS URINAIRES ONT ÉTÉ PRÉCISÉS. »

• Seuils de bactériurie significative

ESPÈCE BACTÉRIENNE	SEXE	SEUIL DE SIGNIFICATIVITÉ
<i>E. coli</i> ; <i>S. saprophyticus</i>	Homme ou Femme	10 ³ UFC/ml
Entérobactéries autres que <i>E. coli</i> , entérocoque, <i>C. urealyticum</i> , <i>P. aeruginosa</i> ; <i>S. aureus</i>	Homme	10 ³ UFC/ml
	Femme	10 ⁴ UFC/ml

La bandelette urinaire est un examen d'orientation caractérisé par :

- une valeur prédictive négative (VPN) > 95 % chez la femme présentant des symptômes évoquant une IU en l'absence simultanée de leucocytes et de nitrites ;
- une VPP > 90 % chez l'homme présentant des symptômes évoquant une IU en présence de leucocytes ou de nitrites. Par contre une BU négative n'élimine pas une IU.

➤ Trouver la réponse adaptée

• Particularités des infections urinaires du sujet âgé (tel que défini plus haut)

La symptomatologie de l'IU du sujet âgé peut être fruste ou trompeuse (chute, confusion, décompensation d'une comorbidité) et la colonisation urinaire est fréquente.

Chez le sujet de moins de 75 ans non fragile, les critères diagnostiques et les principes de traitement retenus sont les mêmes que chez le sujet plus jeune. Chez le sujet de plus de 75 ans ou de plus de 65 ans avec au moins trois critères de fragilité présentant des symptômes atypiques et une bactériurie, le diagnostic d'infection urinaire peut être retenu après élimination d'autres étiologies potentielles.

Les effets secondaires des antibiotiques doivent être particulièrement surveillés, et les posologies particulièrement adaptées au terrain.

• Prise en charge des cystites de la femme adulte

La prise en charge des différentes situations cliniques est résumée dans les deux tableaux suivants.

Le traitement probabiliste de la cystite aiguë simple est la fosfomycine ■ ■ ■

■ ■ ■ trométamol en dose unique, qui présente de nombreux avantages :

- très peu de résistance acquise ;
- bons coefficients d'efficacité clinique et microbiologique ;
- bonne tolérance ;

- bonne observance ;
- effet négligeable sur le microbiote.

Il convient cependant de bien informer les patientes que ce traitement ne garantit pas l'absence de récurrence ultérieure et

que ces éventuelles récurrences ne sont pas la conséquence d'un traitement inadapté.

PRISE EN CHARGE DE LA CYSTITES SIMPLE			
DIAGNOSTIC	TRAITEMENT	NON RECOMMANDÉS	SURVEILLANCE
- Bandelette urinaire - Pas d'autre examen - Pas d'ECBU	1. Fosfomycine Trométamol Prise unique	- Amoxicilline - Amoxicilline + AC - TMP-SMX - C3G	- Pas de surveillance - Pas d'ECBU
	2. Pivmécillinam 5 jours		Si évolution défavorable 3 jours ECBU et traitement adapté 5 jours
	3. FQ prise unique 3. Nitrofurantoïne 5 jours		EBLSE et sur antibiogramme TMP-SMX 3 jours Amoxicilline + AC 5 à 7 jours

PRISE EN CHARGE DE LA CYSTITES AIGÜE À RISQUE DE COMPLICATION Anomalie urinaire, grossesse, sujet âgé, immunodépression, insuffisance rénale (DFG < 30)			
DIAGNOSTIC	TRAITEMENT	PROBABILISTE SI INDISPENSABLE	SURVEILLANCE
- Bandelette urinaire (si négative, sans doute pas une cystite) - ECBU	Différé pour adapter à l'antibiogramme	1. Nitrofurantoïne 2. Céfixime ou FQ	- Pas de surveillance - Pas d'ECBU
	Par ordre de préférence : 1. Amoxicilline 7 j 2. Pivmécillinam 7 j 3. Nitrofurantoïne 7 j		Si évolution défavorable 3 jours ECBU de contrôle
	- Amoxicilline + AC 7 j - Céfixime 7 j - FQ 5 j - TMP-SMX 5 j		EBLSE et sur antibiogramme TMP-SMX 3 jours Amoxicilline + AC 5 à 7 jours
	Fosfomycine Trométamol sur avis d'expert		

Une cystite aiguë est considérée arbitrairement comme récidivante à partir de quatre épisodes sur douze mois.

Un ECBU est indiqué lors des premières récurrences et les investigations complémentaires ne sont pas recommandées chez la femme non ménopausée dont l'examen clinique est normal. Le traitement curatif est celui d'une cystite simple par un traitement auto-administré après réalisation d'une bandelette par la patiente.

Une antibioprofylaxie ne doit être proposée qu'aux femmes ayant au moins un épisode par mois, et après constatation d'un ECBU pré-thérapeutique négatif.

Si les rapports sexuels sont le facteur déclenchant, un comprimé de TMP-SMX 400/80 ou une prise de fosfomycine trométamol peuvent être proposés deux heures avant ou après le rapport.

En l'absence de facteur déclenchant identifié, il est possible de proposer un comprimé de TMP-SMX par jour ou 3 grammes de fosfomycine trométamol une fois par semaine, pendant au moins six mois, à réévaluer au moins deux fois par an.

• Prise en charge des pyélonéphrites aiguës de la femme adulte

La prise en charge des différentes situations cliniques est résumée sur les trois tableaux suivants. Le traitement d'une PNA simple sans signe de gravité est ambulatoire, sauf dans des cas très particuliers :

- PNA hyperalgique ;
- doute diagnostique ;

- vomissements imposant un traitement parentéral ;
- conditions socio-économiques défavorables ou doute sur l'observance du traitement ;
- antibiotiques à usage hospitalier (patients polyallergiques).

Les FQ permettent d'emblée un traitement par voie orale, de courte durée (sept jours),

avec un moindre effet de sélection d'EBLSE que les C3G. Elles sont toutefois contre-indiquées en traitement probabiliste

en cas de traitement par FQ dans les six mois précédents.

Il est à noter qu'une PNA obstructive est à considérer d'emblée comme

« UNE CYSTITES AIGÜE EST CONSIDÉRÉE ARBITRAIREMMENT COMME RÉCIDIVANTE À PARTIR DE QUATRE ÉPISODES SUR DOUZE MOIS. »

une PNA grave. Les principes décrits sur le tableau s'appliquent également à l'homme atteint d'une PNA obstructive. Les PNA non obstructives sont rarissimes chez l'homme. ■ ■ ■

PRISE EN CHARGE DE LA PNA SIMPLE NON GRAVE DE LA FEMME			
DIAGNOSTIC	TRAITEMENT DE 1 ^{ÈRE} INTENTION	RELAIS SELON ANTIBIOGRAMME*	SURVEILLANCE
<ul style="list-style-type: none"> - Bandelette urinaire - ECBU - Leuco 10⁴ - <i>E.coli</i> 10³ - Autres germes 10⁴ 	C3G injectable : - cefotaxime [®] - ceftriaxone [®] OU FQ (per os d'emblée si possible) : - ciprofloxacine [®] - levofloxacine [®] - ofloxacine [®]	<ul style="list-style-type: none"> - Amoxicilline - Amoxicilline + AC - Céfixime - FQ (ciprofloxacine, levofloxacine, ofloxacine) - TMP-SMX 	Durée de traitement : - C3G injectable 7 j - C3G puis FQ 7 j - FQ per os 7 j - SMP-TMX per os 7 j - autres 10 à 14 j
Autres examens NON RECOMMANDÉS sauf doute : - hémocultures - CRP, NFS, créatininémie	Allergie : aminoside aztréonam	Traitement ambulatoire sauf exception	
Échographie rénale si PNA hyperalgique : - non systématique si évolution favorable - si évolution défavorable sous traitement 72 h, Echo ou TDM	Non recommandés : - Amoxicilline - Amoxicilline + AC - TMP-SMX	EBLSE Si possible : - FQ - TMP-SMX - autres selon CMI Même durée de traitement	Évolution défavorable après 72 heures : - ECBU - TDM

PRISE EN CHARGE DE LA PNA À RISQUE DE COMPLICATION NON GRAVE DE LA FEMME Anomalie urinaire, grossesse, sujet âgé, immunodépression, insuffisance rénale (DFG < 30)			
DIAGNOSTIC	TRAITEMENT DE 1 ^{ÈRE} INTENTION	RELAIS SELON ANTIBIOGRAMME*	SURVEILLANCE
<ul style="list-style-type: none"> - Bandelette urinaire - ECBU - Leuco 10⁴ - <i>E.coli</i> 10³ - Autres germes 10⁴ - CRP, NFS, créatininémie 	C3G injectable : - cefotaxime [®] - ceftriaxone [®] OU FQ (per os d'emblée si possible) : - ciprofloxacine [®] - levofloxacine [®] - ofloxacine [®] Mais résistance aux FQ plus élevée dans ce contexte	<ul style="list-style-type: none"> - Amoxicilline - Amoxicilline + AC - Céfixime - FQ (ciprofloxacine, levofloxacine, ofloxacine) - TMP-SMX 	Réévaluation clinique à 72 h Durée de traitement 10 à 14 j En cas d'abcès rénal, 21 j ou plus
Hémocultures non systématiques			
Uro TDM recommandé dans les 24 h ou échographie si contre-indication	Non recommandés : - Amoxicilline - Amoxicilline + AC - TMP-SMX	EBLSE Si possible : - FQ - TMP-SMX - autres selon CMI Même durée de traitement	Évolution favorable : pas d'ECBU de contrôle

* Ordre alphabétique.

PRISE EN CHARGE DE LA PNA AIGUË GRAVE Sepsis grave, choc septique ou nécessité de drainage (pyélonéphrite obstructive)			
DIAGNOSTIC	TRAITEMENT DE 1 ^{ÈRE} INTENTION	RELAIS SELON ANTI-BIOGRAMME*	SURVEILLANCE
- Bandelette urinaire - ECBU - CRP, NFS, créatininémie - Hémocultures systématiques	En l'absence de facteur de risque d'IU à EBLSE C3G injectable : - cefotaxime - ceftriaxone + Amikacine	- Amoxicilline - Amoxicilline + AC - Céfixime - FQ (ciprofloxacine, levofloxacine, ofloxacine) - TMP-SMX	Durée de traitement 10 à 14 j Pas de prolongation en cas d'EBLSE En cas d'abcès rénal, 21 j ou plus
	Allergie : amikacine + aztréonam Sepsis grave ou drainage ET colonisation ou IU à EBLSE < 6 mois Carbapénème + Amikacine		Évolution favorable : pas d'ECBU de contrôle
- Uro TDM en urgence - Échographie si contre-indication	Choc septique ET au moins un facteur de risque d'IU à EBLSE : Carbapénème + Amikacine	EBLSE Si possible : - FQ - TMP-SMX - autres selon CMI Même durée de traitement	Évolution défavorable : - ECBU - Uro TDM

* Ordre alphabétique.

■ ■ ■ • Prise en charge des infections urinaires masculines

Les IU masculines sont très hétérogènes, mais aucun test diagnostique ne permet d'éliminer une atteinte prostatique. Les hémocultures ne sont recommandées qu'en cas de fièvre. Le dosage de PSA n'est pas recommandé. Une prise en charge hospitalière est recommandée en cas de signes de gravité, de rétention aiguë d'urines

ou d'immunodépression grave. L'âge du patient, une uropathie sous-jacente, une insuffisance rénale grave peuvent

« LES INFECTIONS URINAIRES MASCULINES SONT TRÈS HÉTÉROGÈNES. »

également être des indications justifiant une hospitalisation, en plus des facteurs décrits au chapitre PNA

simple. Dans les autres cas, une prise en charge ambulatoire est possible. Les PNA obstructives constituent un cas particulier et leur prise en charge chez l'homme est identique à celle décrite dans le tableau relatif à la prise en charge de la PNA grave chez la femme.

Si l'IU est révélatrice d'une uropathie, la réalisation d'un bilan urologique est indiquée.

PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS URINAIRES MASCULINES			
DIAGNOSTIC	TRAITEMENT PROBABILISTE	RELAIS SELON ANTI-BIOGRAMME	SURVEILLANCE
- Bandelette urinaire VPP d'une positivité des leucocytes et/ou des nitrites > 85 % - ECBU - Leuco 10 ⁴ - Bactéries 10 ³ UFC/mL	IUM sans fièvre ni rétention ni immunodépression grave : attendre si possible le résultat de l'ECBU	- FQ (ciprofloxacine, levofloxacine, ofloxacine) : molécules de référence - TMP-SMX - autres selon antibiogramme	Durée de traitement FQ ou TMP-SMX : 14 j Discuter 21 j en cas de facteurs de risques ou d'utilisation d'autres molécules
	Si impossible ou IUM fébrile, rétention d'urine ou immunodépression grave : C3G ou FQ		Évolution favorable : pas d'ECBU de contrôle
Hémocultures seulement en cas de fièvre	Si signes de gravité, idem PNA graves	Non indiqués : - Amoxicilline + AC - Céfixime - Fosfomycine Trométamol - Nitrofurantoïne	Évolution défavorable après 72 h : - ECBU - Échographie - IRM prostatique
- Échographie rénale et sus pubienne en urgence si lombalgies, suspicion de rétention d'urine, antécédents lithiasiques ou sepsis grave - Échographie transrectale contre-indiquée - Uro TDM en cas de PNA obstructive			Prévoir un bilan urologique

Ces recommandations sont le fruit d'un important travail d'analyse des données scientifiques récentes et de synthèse adaptée aux différents tableaux cliniques particuliers, ainsi qu'à l'écologie bactérienne

actuelle. Comme toutes les recommandations, elles ne prétendent pas offrir une solution à toutes les situations mais sont néanmoins adaptées à l'immense majorité des cas rencontrés. Leur application

permettra d'apporter aux patients les soins les plus adaptés. Il ne fait pas de doute que l'évolution des connaissances et de la flore microbienne conduira ultérieurement à de nouvelles actualisations. ■

Les photographies, de plus en plus utilisées en dermatologie, permettent d'optimiser le suivi des patients et favorisent l'échange d'informations entre confrères sur les maladies et leur traitement. Leur usage pose toutefois un certain nombre de questions sur le plan éthique, notamment lorsque cet usage intervient en dehors du dossier médical du patient. Le Groupe de Réflexion Ethique en Dermatologie (GED) a formulé des recommandations concernant la présentation de photographies dans le cadre de réunions et de publications à caractère scientifique.



© DR - © XAVIER RENAULT

Réflexion éthique sur la photographie en dermatologie : pour une photographie respectueuse des patients

MICHELINE MOYAL-BARRACCO, SECRÉTAIRE DU GROUPE DE RÉFLEXION ÉTHIQUE EN DERMATOLOGIE (GED), GROUPE THÉMATIQUE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE EN DERMATOLOGIE (SFD)
GERMAIN DECROIX, JURISTE, LE SOU MÉDICAL – MACSF

La photographie fait partie intégrante du dossier médical en dermatologie. Les progrès technologiques permettent désormais à tout dermatologue de photographier une lésion pour en suivre l'évolution, prendre l'avis de confrères, partager ou faire évoluer les connaissances. Cependant, si la photographie fait partie du quotidien des dermatologues et constitue pour nombre d'entre eux une étape naturelle et nécessaire, voire obligatoire de la consultation, elle n'est pas pour autant un acte anodin. La photographie qui « capture » ce que le patient donne à voir d'« anormal » constitue une intrusion dans son intimité qui peut être diversement ressentie en fonction de sa personnalité, son histoire ou sa culture. La crainte de « contrarier » le médecin qui détient les clés du diagnostic et du traitement peut conduire le patient à taire sa gêne et ses appréhensions. En effet, la technologie actuelle, qui permet une divulgation de l'information sans l'assurance d'une parfaite confidentialité, suscite bien souvent la peur du patient de voir son image diffusée et son identité reconnue.

À l'instigation de la Société Française de Dermatologie (SFD), les membres du Groupe de réflexion Ethique en Dermatologie (GED) se sont interrogés sur la façon dont il est possible de concilier l'intérêt du patient (respect de sa personne, de son image et de son anonymat) et celui de la médecine (soigner au mieux et faire progresser les connaissances). Au terme de cette réflexion, des propositions, présentées ici, ont été élaborées concernant la présentation de photographies et d'observations cliniques au cours des réunions scientifiques organisées par la SFD.



© DR

➤ Les apports de la photographie digitale en dermatologie

La photographie dermatologique, autrefois réservée à des photographes professionnels ou à des dermatologues « éclairés », est désormais un outil accessible à tous : les smartphones, appareils numériques peu coûteux, permettent de réaliser facilement des images de bonne qualité.

« LA PHOTOGRAPHIE DIGITALE A CONSTITUÉ UN PROGRÈS DÉCISIF QUI BÉNÉFICIE À LA FOIS AUX PATIENTS ET À LA COMMUNAUTÉ DERMATOLOGIQUE. »

La photographie digitale a constitué un progrès décisif qui bénéficie à la fois aux patients et à la communauté dermatologique. Elle aide au diagnostic (grossissement des lésions sur l'écran d'ordinateur, demande d'avis à un confrère spécialiste, confrontation anatomo-clinique à réception des ■ ■ ■

■ ■ ■ examens complémentaires). Elle permet de discuter avec des confrères des meilleures options thérapeutiques en se basant sur une représentation précise de la problématique dermatologique ou esthétique. Elle contribue, mieux que la mémoire, à évaluer précisément l'évolution des lésions ou les résultats d'un traitement. La photographie permet aussi d'enseigner plus efficacement la dermatologie aux étudiants et aux professionnels de santé ainsi que d'échanger, au sein de la communauté scientifique, des informations précises sur les maladies et leurs traitements.

Actuellement, les dermatologues utilisent la photographie à des degrés divers. Certains en font un usage quasi systématique (dermatologie très spécialisée, esthétique) tandis que d'autres l'utilisent de façon plus sélective, pour demander un avis à des confrères, pour le suivi de certaines pathologies ou dans la perspective d'une publication.

L'ajout de photographies dans un dossier n'est pas une obligation. En cas de plainte, la photographie s'avère cependant généralement utile à la défense du praticien, notamment en dermatologie esthétique.

« SI L'ANONYMAT EST STRICTEMENT RESPECTÉ, IL N'Y A AUCUN OBSTACLE JURIDIQUE À CE QUE LES PHOTOS SOIENT PUBLIÉES DANS UN CADRE SCIENTIFIQUE. »

➤ La photographie, instrument de suivi du patient

Comme pour un examen complémentaire, le patient doit être informé des raisons pour lesquelles des photographies sont prises dans le cadre de son suivi (surveillance de l'évolution, demande d'avis). Il lui sera précisé que ces photographies font partie de son dossier médical.

Dès lors qu'aucune disposition réglementaire n'indique qu'un consentement écrit est obligatoire, la demande d'autorisation de prise de photographies destinées exclusivement à la prise en charge médicale du patient (et entrant donc dans le cadre du secret professionnel) peut être faite verbalement.

Si un praticien prévoit de montrer les photographies du patient à des confrères pour avis diagnostique ou thérapeutique, il est souhaitable que le patient soit alors informé de cet échange d'informations et il est conseillé de mentionner l'accord du patient dans le dossier.

➤ L'utilisation des photographies en dehors du dossier médical : enseignement, communications orales ou affichées, publications sur tout support

Avant toute utilisation d'une photographie en dehors du dossier médical, il convient de se poser systématiquement la question de la pertinence scientifique de publier une photographie et de savoir si elle apporte une information indispensable à la compréhension du message.

En l'absence d'autorisation écrite de diffuser la photographie, il est impératif de respecter et préserver l'anonymat du patient,

c'est-à-dire que celui-ci **ne doit être reconnaissable ni par lui-même ni par un tiers**.

Le floutage des yeux ne suffit pas à anonymiser un visage. Il convient de cadrer les lésions au plus près afin d'éliminer tout signe de reconnaissance périphérique. Ainsi, un bijou, un vêtement, un tatouage, peuvent constituer des signes d'identification. L'anonymat concerne non seulement la photographie mais également toutes les informations qui peuvent lui être rattachées lors d'une publication ou d'une communication orale (nom – y compris les seules initiales – profession, lieu d'apparition de la dermatose etc.).

Si l'anonymat est strictement respecté, il n'y a aucun obstacle juridique à ce que les photos soient publiées ou fassent l'objet d'une communication à objet scientifique, sans l'autorisation du patient.

Cependant, sur le plan éthique, il semble nécessaire que le patient soit informé, au minimum verbalement, de l'utilisation possible de ses photographies en dehors de son suivi médical. Actuellement, nombre d'hospitaliers font systématiquement signer un consentement à la prise et à l'utilisation des photos en dehors du dossier médical

tandis que les médecins libéraux se contentent, pour la plupart, d'un accord verbal, ou font signer un consentement écrit uniquement lorsqu'ils envisagent d'utiliser les photos en dehors du suivi du patient. On pourrait également envisager de mettre à la disposition des patients - en salle d'attente par exemple ou sur le site Internet du praticien ou de l'établissement - une fiche d'information sur l'utilisation de la photographie en dermatologie.

Si l'anonymat ne peut être strictement respecté et que le patient est reconnaissable par lui-même ou par un tiers, la diffusion de la photographie dans un cadre scientifique ne peut être envisagée qu'avec l'accord préalable du patient ou de son représentant légal. Le médecin doit formellement mentionner le mode de diffusion envisagé ou une diffusion par plusieurs modes. Ceci respectant alors l'article R. 4127-73 CSP prévoyant que « [...] Le médecin doit faire en sorte, lorsqu'il utilise son expérience ou ses documents à des fins de publication scientifique ou d'enseignement, que l'identification des personnes ne soit pas possible. À défaut, leur accord doit être obtenu ».

Ainsi, publier la photo d'un patient reconnaissable doit être envisagé avec la plus grande prudence. Si toutefois des auteurs établissent la nécessité de publier des photos reconnaissables parce qu'elles sont essentielles pour transmettre des connaissances ou faire progresser le savoir, il leur est conseillé de s'entourer de certaines précautions tant éthiques que juridiques. Sur le plan éthique, le médecin devra informer le patient des motifs de sa démarche tout en s'efforçant d'évaluer avec



© DR

lui les conséquences que pourraient avoir pour lui la diffusion de son image. Il faudra prendre en compte non seulement sa personnalité mais aussi le type de dermatose dont il est porteur. Ainsi, la publication de la photographie d'une disgrâce faciale peut avoir des conséquences plus graves pour le patient que celle d'un tatouage du bras. Sur le plan juridique, il est nécessaire de recueillir un consentement écrit et d'être en mesure de prouver que l'on s'est efforcé de rendre le patient aussi peu reconnaissable que possible (floutage, cadrage serré des lésions, schéma plutôt

que photo, voire modélisation). À terme, l'attention portée par la communauté scientifique sur le problème de l'anonymisation, ainsi que les avancées technologiques devraient permettre de rendre l'essentiel des photos non reconnaissable.

Même si le patient a initialement donné son consentement écrit pour la prise de photos et leurs diverses utilisations en dehors de son suivi, il est en droit, à tout moment, de se « rétracter », ce qui peut poser problème si la photographie a déjà été diffusée. ■

ANNEXE :

FICHE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR L'UTILISATION DES PHOTOGRAPHIES EN DERMATOLOGIE

J'ai été informé par mon médecin que les photographies prises à l'occasion des soins ou d'une consultation font partie intégrante de mon dossier médical et sont nécessaires pour le diagnostic et le suivi des pathologies. L'usage de ces photographies est à ce titre couvert par le secret médical.

Toutefois, si le médecin souhaite utiliser ces photographies dans un but et un cadre strictement scientifiques, c'est-à-dire pour l'enseignement, la recherche, la progression du savoir médical (communication au cours d'un congrès, publication dans un journal médical), il s'engage à utiliser tous les moyens techniques à sa disposition pour rendre anonymes ces photographies.

Si après avoir mis en œuvre tous les moyens techniques à sa disposition, il ne parvient pas à rendre ces photographies parfaitement anonymes (photographie d'un visage par exemple) il ne peut, sans mon accord préalable, publier une photographie sur laquelle je serai reconnaissable.

Dans ce cas,

j'autorise je n'autorise pas
le médecin à les utiliser.

IDENTIFICATION DU MÉDECIN

Nom : Prénom :

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Date :

Signature (du patient ou de son représentant légal*) précédée de la mention « Lu et approuvé. »

* Parent pour un mineur ou tuteur pour un patient sous tutelle.

Outil devenu incontournable de la formation des professionnels de santé dans bon nombre de filières, la simulation connaît un développement important en France. Que ce soit en formation initiale ou continue, elle a su démontrer sa pertinence. Le centre de simulation de l'université de Nantes a créé de nombreux partenariats afin d'assurer son fonctionnement et faire bénéficier le plus grand nombre de son expertise.



© DR

L'enseignement par la simulation : l'exemple de l'anesthésie au CHU de Nantes

PR CORINNE LEJUS, CHEF DE SERVICE, ANESTHÉSIE ET RÉANIMATION, HÔTEL DIEU CHU DE NANTES

« *Jamais la première fois sur le patient* » préconise la Haute Autorité de Santé (HAS). La simulation haute-fidélité (HF) est un outil de formation initiale qui répond à cette recommandation en autorisant l'immersion clinique précoce des étudiants sans désagrément pour le patient. Elle constitue également un formidable outil pédagogique, qui s'intègre pleinement dans le dispositif de Développement Professionnel Continu (DPC), pour une formation continue pragmatique ayant pour but l'amélioration des pratiques cliniques dans une perspective de gestion du risque. Sur le modèle de l'industrie aéronautique, les mises en situation, aussi réalistes que possible, ont pour objectif d'optimiser la gestion de situations critiques, d'autant plus difficiles à traiter qu'elles sont peu fréquentes. Les mannequins inertes permettent l'apprentissage individuel ou collectif de gestes techniques ou de procédures, comme l'intubation ou la mise en place d'accès veineux centraux. Les mannequins HF sont des systèmes hybrides pilotés par informatique. Ils expriment des fonctionnalités physio-pathologiques (ventilation spontanée, larmes, sueurs, bruits cardiaques, respiratoires, physiologiques ou pathologiques, clignement palpébral, fermeture oculaire, réflexe photomoteur, œdème lingual, pharyngé, fermeture des cordes vocales, cyanose, saignements, etc). Il est également possible de mener un dialogue interactif avec les participants. La simulation HF élargit

donc considérablement les perspectives pédagogiques en intégrant connaissances, savoir-faire et savoir-être.

➤ Du concept de simulation à la création d'une structure dédiée

L'équipe nantaise a abordé le concept de simulation dans le cadre de l'apprentissage de la gestion des voies aériennes supérieures et de l'intubation difficile avec l'organisation annuelle de la Formation des Référénts aux Techniques d'Intubation Difficile (FRTID). Le projet d'un centre structuré est né dès 2004. Le financement par l'Université de Nantes a permis, avec l'aide du Conseil Général, l'ouverture du Laboratoire Expérimental de Simulation de Médecine intensive de l'Université (LE SiMU) de Nantes en septembre 2011. LE SiMU comportait initialement un simulateur adulte (SimMan3G™), un simulateur nourrisson (SimBaby™) et un simulateur nouveau-né (NewBy™) ainsi que deux salles de simulation, équipées de systèmes audio-vidéo avec enregistrement et retransmission dans deux salles de débriefing de 12 et 24 personnes, et possibilité de streaming sur internet.

« LA SIMULATION HAUTE-FIDÉLITÉ ÉLARGIT CONSIDÉRABLEMENT LES PERSPECTIVES PÉDAGOGIQUES EN INTÉGRANT CONNAISSANCES, SAVOIR-FAIRE ET SAVOIR-ÊTRE. »

Un atelier d'une journée de gestion de situations critiques comporte généralement sept scénarios en temps réel d'une durée de vingt minutes chacun. Le simulateur est placé dans un environnement accessoirisé de façon à reproduire le plus fidèlement possible l'environnement de travail habituel des professionnels mis en situation. Le script de chaque scénario est élaboré sur la base d'un nombre limité de messages pédagogiques simples mais forts, en référence aux recommandations de bonnes pratiques, élaborées par la HAS ou les sociétés savantes. Le comportement du mannequin en réponse aux actions des participants fait l'objet d'une programmation préalable à l'aide du logiciel de pilotage du simulateur. L'instructeur affecté au poste de pilotage observe attentivement la scène pour déclencher les séquences informatiques adaptées en fonction des actions des participants. Ces derniers sont habituellement mis en situation par équipe de deux. Ils sont équipés de micro-casques pour la retransmission audio-vidéo sur écrans dans une salle où est installé le reste du groupe, qui n'excède pas douze participants. Un ou plusieurs instructeurs exercent une facilitation par le biais

de jeux de rôles. Chaque scénario est suivi d'un temps au moins équivalent de débriefing. Tous les participants sont invités à exprimer leur ressenti voire leurs émotions puis à décrire le déroulement des événements. L'instructeur, chargé de coordonner cette phase essentielle, veille à ce que les participants eux-mêmes analysent et identifient les actions correctes, les éléments d'optimisation de la prise en charge et les messages importants à retenir. Le débriefing porte non seulement sur les aspects techniques et stratégiques mais aussi sur les performances comportementales (reconnaissance et compréhension du problème, gestion et priorisation des actions, identification des moyens disponibles, travail en équipe, leadership, échange d'informations, prise de décisions, etc.). À l'issue de l'atelier, les participants ont accès en ligne à une valise pédagogique contenant les référentiels des thèmes abordés. Selon la thématique, l'atelier est mono ou pluri-disciplinaire et mono ou inter-professionnel.

➤ Un outil de mise en situation réaliste

En formation initiale, il s'agit d'immerger les étudiants dans une pratique clinique la plus réaliste possible sans risque ni désagrément pour le patient. En 4^{ème} année de médecine, un stage d'anesthésie « découverte » d'une semaine au bloc opératoire et en consultation, a pour objectif de faire découvrir aux étudiants une discipline méconnue. Il s'agit de susciter des vocations ou, à défaut, d'en faire des interlocuteurs avertis. Après la découverte du matériel de ventilation et d'intubation et des exercices sur mannequins inertes, la première demi-journée leur donne l'occasion de pratiquer par eux-mêmes une induction anesthésique simple ou en urgence sur un patient non à jeun. Les étudiants infirmiers anesthésistes de l'école du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nantes bénéficient aussi d'une journée entière d'initiation à l'anesthésie sur simulateur HF avant de débiter les stages au bloc opératoire. En fin de cursus, une seconde journée au SiMU est consacrée à la gestion de situations critiques (choc anaphylactique, hyperthermie maligne, intubation et ventilation impossible, etc.).

Les étudiants sages-femmes y apprennent aussi les bases de la réanimation du nouveau-né durant les premières minutes de vie. Les étudiants en chirurgie dentaire mettent en application les gestes de premiers secours appris au cours de l'enseignement de l'AFGSU (Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence) dispensé par le CESU (Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence), en attendant les secours médicalisés (crise d'asthme, malaise vagal, douleur thoracique, obstruction des voies aériennes par inhalation d'un corps étranger, arrêt circulatoire, etc.). Les internes nantais du DES d'anesthésie réanimation valident au cours de leur cursus 11 ateliers de simulation. Les après-midi de leur première semaine d'internat se déroulent aux SiMU où, après avoir

« IL S'AGIT D'IMMERGER LES ÉTUDIANTS DANS UNE PRATIQUE CLINIQUE LA PLUS RÉALISTE POSSIBLE SANS RISQUE OU DÉSAGRÉMENT POUR LE PATIENT. »

appris à ventiler, intuber, perfuser des mannequins inertes, ils réalisent leurs premières anesthésies générales. Les ateliers suivants sont focalisés sur la gestion de situations critiques dans les différents domaines d'exercice de la spécialité (anesthésie adulte et enfant, obstétrique, réanimation et urgences pédiatriques, réanimation du nouveau-né en salle de naissance, urgences obstétricales, urgences préhospitalières, déchocage, réanimation). Les internes du DES de chirurgie infantile appréhendent la stratégie de prise en charge des enfants victimes d'un traumatisme sévère et les internes de pédiatrie s'approprient les procédures de prise en charge des urgences médicales de l'enfant et du nourrisson. Les internes en stage en réanimation ■ ■ ■



© DR



© DR

■ ■ ■ médicale et chirurgicale se familiarisent avec la gestion des voies aériennes, l'intubation en séquence rapide, la réanimation d'un arrêt circulatoire ou la pose d'un cathéter veineux central avant leur première garde.

Des programmes de **formation continue** spécifiques ont été élaborés pour les chirurgiens-dentistes, les infirmières exerçant en SSPI (salle de surveillance post-interventionnelle), en réanimation adulte, pédiatrique, aux urgences adultes et pédiatriques, les IADE (infirmiers anesthésistes diplômés d'État), les anesthésistes-réanimateurs, les pédiatres, les urgentistes et, en partenariat avec le Réseau Sécurité Naissance de Loire-Atlantique, pour l'ensemble des professionnels exerçant en salle de naissance pour la prise en charge du nouveau-né pendant les premières minutes de vie et les détresses maternelles vitales.

➔ Une structure autonome en constant développement

Le centre, sous la responsabilité du Pr Corinne Lejus, anesthésiste-réanimateur, est entièrement autofinancé. L'organisation de formations continues, soit de façon autonome, soit en partenariat avec l'industrie pharmaceutique, finance les dépenses de maintenance,

de matériel consommable, de personnels ainsi que les investissements. Le centre a pu ainsi s'équiper de deux nouveaux simulateurs (une femme enceinte SimMom™, un enfant de 6 ans SimJunior™), d'un simulateur d'échographie et d'une troisième salle de simulation. Les ressources humaines comptent un chargé de projets à temps plein, un chef de clinique en anesthésie-réanimation à mi-temps, un équivalent temps plein

infirmier anesthésiste (à 20 %), des sages-femmes en vacances ainsi que des praticiens hospitaliers (notamment le Dr Didier

Péan, Directeur Opérationnel) que le CHU de Nantes met à disposition du SiMU en contrepartie de formations pour ses professionnels de santé. Le partenariat comporte aussi la contribution du SiMU à la reconstitution d'événements indésirables, à l'aide à la réinsertion professionnelle après une interruption d'activité prolongée, au choix et à l'apprentissage de nouveaux matériels ou de procédures (station d'anesthésie, respirateurs, jet-ventilation, méthode d'oxygénation de sauvetage, traitement de la douleur liée aux soins), ainsi qu'à des activités de recherche portant sur l'ergonomie de matériels et sur les modifications des pratiques induites par l'apprentissage par simulation.

« OUTIL PÉDAGOGIQUE DÉSORMAIS PLEINEMENT INTÉGRÉ AU DPC, LA SIMULATION OCCUPE UNE PLACE CROISSANTE DANS LA PRÉVENTION ET LA GESTION DU RISQUE. »

C'est aussi un outil de communication auprès du grand public. Lors de la journée « portes ouvertes » organisée à l'occasion de l'inauguration du nouveau plateau technique médico-chirurgical du CHU de Nantes, plus de 2 000 personnes ont pu, deux jours durant, rentrer dans une salle d'opération et assister en direct à une coelioscopie pour appendicectomie sous anesthésie générale sur le simulateur HF adulte. Le SiMU a également accueilli deux classes de collégiens qui ont pu mettre en pratique leurs connaissances en matière de gestes de premier secours. Enfin, un partage de connaissances a contribué à l'ouverture du centre de simulation de l'École Vétérinaire de Nantes.

En attendant le campus universitaire sur l'île de Nantes, qui fera une large place à la simulation dans tous ses états en intégrant dans une structure mutualisée simulation procédurale, patient standardisé, haute-fidélité, école de chirurgie, laboratoire d'anatomie et des grands animaux, le projet à moyen terme du SiMU consiste en la création d'une unité mobile de simulation (UMS) visant à réaliser des ateliers pluriprofessionnels *in situ* dans l'environnement habituel des participants. Il s'agit aussi de contribuer à la promotion de la simulation en participant aux travaux menés au niveau régional par l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Pays de la Loire et au niveau inter-régional par le groupe des Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest (HUGO).

Avec un peu de retard sur nos collègues nord-américains et anglo-saxons, la simulation prend donc son essor à Nantes, comme dans beaucoup d'autres centres hospitaliers ou universitaires de l'Hexagone. Outil pédagogique incontournable désormais pleinement intégré au DPC, il occupe une place croissante dans la prévention et la gestion du risque pour les spécialités à risque. Car comme disait déjà Confucius plus de 400 ans avant JC, « *Dis-moi, j'oublierai, montre-moi, je comprendrai, implique-moi, je me souviendrai* ». ■

Retrouvez l'ensemble du programme des formations 2015 sur le site internet du SiMU : <http://www.lesimudenantes.univ-nantes.fr/>



L'imagerie, et tout particulièrement le scanner, délivrent une irradiation qui inquiète les patients. Le médecin prescripteur et le radiologue doivent soigneusement en mesurer les indications et privilégier les techniques non irradiantes.



© DR

Pourquoi et comment réduire l'irradiation en imagerie diagnostique ?

DR CATHERINE VINIKOFF-SONIER, RADIOLOGUE, CLINIQUE SAINT-GATIEN, TOURS

Le recours de plus en plus fréquent à l'imagerie médicale et l'exposition aux rayonnements ionisants qu'elle induit ont fait naître une inquiétude chez certains patients, obligeant les praticiens à justifier la prescription des explorations radiologiques. Une communication claire et compréhensible sur ce sujet est essentielle.

➤ Rappels sur les effets biologiques des radiations

Ces radiations sont dites ionisantes car elles possèdent suffisamment d'énergie pour arracher un électron à un atome et le transformer en ion.

À l'échelle cellulaire, les effets biologiques sont de deux types :

- destruction de l'ADN par ionisation des atomes dans leur structure moléculaire, aboutissant à la mort cellulaire ;
- création de radicaux libres, en particulier d'ions possédant des électrons non appariés qui, prenant part à des réactions chimiques, endommagent l'ADN.

Il en résulte deux types d'effets à l'échelle tissulaire :

- les effets déterministes, survenant de façon certaine, pour des niveaux d'exposition élevés durant une période limitée, qui ne concernent pas l'imagerie diagnostique (altération de la formule sanguine, alopecie, cataracte, brûlures cutanées) ;

- les effets stochastiques, aléatoires, pour des niveaux d'irradiation plus faibles, par accumulation de doses et résultant d'un échec du processus d'autoréparation cellulaire. Certaines modifications non létales de l'ADN se transmettant lors des divisions cellulaires ultérieures, des pathologies de type cancers ou leucémies peuvent apparaître des années après l'irradiation. C'est pourquoi il convient d'être vigilant quant à l'irradiation répétée des patients à des fins médicales.

Le terme « dose » recouvre plusieurs notions :

- la dose absorbée « D », qui représente la quantité d'énergie divisée par la masse du tissu exposé. Elle s'exprime en joules/kg ou en Gray (Gy) ;
- la dose équivalente « H », exprimée en Sievert (Sv), qui prend en compte le type de rayonnement ionisant, tous les rayonnements n'ayant pas la même « nocivité » potentielle quant à la survenue d'effets stochastiques. Entre alors en ligne de compte un facteur de pondération radiologique W_r . Celui-ci est égal à 1 pour les rayons X, gamma et bêta et les positons, et à 20 pour les rayons alpha, les neutrons et les protons ;
- la dose efficace « E », également exprimée en Sievert, tient compte de la radiosensibilité de chaque tissu à la cancérisation. Elle est la somme des doses

équivalentes reçues par organe, multipliée par le facteur de pondération tissulaire de cet organe. Ces facteurs sont publiés par la Commission internationale de protection radiologique (CIPR).

« IL CONVIENT D'ÊTRE VIGILANT QUANT À L'IRRADIATION RÉPÉTÉE DES PATIENTS À DES FINS MÉDICALES. »

➤ Les dispositions légales

La transposition de la directive 97/43 Euratom du Conseil de l'Union européenne du 30 juin 1997 a rendu obligatoires :

- la maintenance et le contrôle de qualité des installations ;
- l'obtention d'une « qualification en radioprotection des patients » pour tous les radiologues, effective depuis 2009 (article L.1333-11 du Code de Santé Publique (CSP)) et devant être renouvelée tous les dix ans (arrêté du 18 mai 2004) ;
- la comparaison des doses délivrées pour chaque type d'examen aux niveaux de référence diagnostiques (NRD) prévus à l'article R.1333-68 du CSP (arrêté du 24/10/2011 paru au JO du 14/01/2012) ;
- la mention des doses délivrées pour chaque examen sur le compte-rendu, obligatoire depuis l'arrêté de septembre 2006 et dont l'absence peut engager la responsabilité du praticien. ■ ■ ■

■ ■ ■ Pour les actes de radiologie conventionnelle, on emploie soit la dose d'entrée (en mGy) calculée, soit le produit dose x surface (PDS) exprimé en Gy.cm² mesuré à la sortie du tube à rayons X. Pour le scanner sont indiqués l'index de dose scannographique (IDS) - en anglais CTDI (computed tomography dose index) - et le produit dose x longueur (PDL).

Le CTDI est l'index d'exposition quantifiant la dose délivrée pour une coupe. Il dépend de la tension (kilovoltage) et de la charge (milliampère seconde) du tube. Pour les acquisitions en mode hélicoïdal, on doit, en outre, prendre en compte le pas d'hélice ou « pitch ». Les appareils indiquent alors le CTDI volumique exprimé en mGy qui correspond au CTDI divisé par le pas d'hélice. Le PDL, exprimé en mGy.cm, correspond au CTDI multiplié par la longueur explorée et indique la dose totale reçue pour une acquisition. Ces grandeurs sont affichées automatiquement à la console en fonction des constantes d'acquisition choisies.

Reste ensuite à déterminer la dose efficace, grandeur permettant de comparer l'exposition aux niveaux de référence diagnostiques, en appliquant un facteur de conversion variable en fonction de la région anatomique explorée. En utilisant les coefficients établis par la CIPR, on peut estimer cette dose efficace en divisant le PDL par 500 pour la tête, 65 pour la cavité abdomino-pelvienne, 60 pour le thorax chez l'homme, 50 pour le thorax chez la femme.

➤ Des guides pour aider les professionnels

Selon le rapport conjoint de l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN) et de l'Institut de veille sanitaire (IVS) sur l'exposition de la population française aux rayonnements ionisants, publié en 2002, l'irradiation diagnostique se situe, en France, aux alentours de 1 mSv par an et par habitant, quand l'exposition annuelle moyenne d'origine naturelle, liée à l'inhalation de radon, aux rayons cosmiques et aux expositions d'origine tellurique est de 2,5 mSv, et parfois

« LA PRESCRIPTION ET LA RÉALISATION DES EXPLORATIONS UTILISANT LES RAYONNEMENTS IONISANTS DOIT RÉPONDRE AUX PRINCIPES FONDAMENTAUX DE JUSTIFICATION ET D'OPTIMISATION DU CODE DE SANTÉ PUBLIQUE. »



© DR

plus dans certaines régions¹ et qu'un vol Paris-Tokyo expose à une dose de 0,13 mSv². Le scanner représente à lui seul près de 50 % de l'irradiation due à l'imagerie médicale (médecine nucléaire incluse). Un scanner cérébral équivaut à 40 radiographies du thorax et à 300 jours d'irradiation naturelle. Ces chiffres doivent être multipliés par 3 pour un scanner du thorax et par 5 pour un scanner abdomino-pelvien (source : site IRSN).

La prescription et la réalisation des explorations utilisant les rayonnements ionisants doivent obligatoirement répondre aux principes fondamentaux de justification et d'optimisation du code de santé publique :

- « toute exposition d'une personne à des rayonnements ionisants dans un but diagnostique [...] doit faire l'objet d'une analyse préalable permettant de s'assurer que cette exposition présente un avantage médical direct suffisant au regard du risque qu'elle peut présenter et qu'aucune autre technique d'efficacité comparable comportant de moindres risques ou dépourvue de tels risques n'est disponible » (article R.1333-56 du CSP) ;

- l'utilisation préférentielle des techniques non irradiantes de type échographie, Doppler ou IRM.

Afin d'aider les prescripteurs généralistes ou spécialistes, les sociétés françaises de radiologie (SFR) et de médecine nucléaire (SFBMN) ont édité un « Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale », disponible sur le site de la SFR, qui propose des recommandations en fonction de la situation clinique ou du diagnostic suspecté. Toutefois, les praticiens restent entièrement responsables de la justification des actes prescrits ou réalisés, la responsabilité du choix final de la technique incombant au médecin réalisateur de l'acte, même en cas de désaccord avec le praticien demandeur (article R.1333-57 du CSP).

D'autres guides, également disponibles sur ce site (« Guide pratique d'imagerie diagnostique », « Les procédures radiologiques : critères de qualité et d'optimisation des doses »), sont une aide à la réalisation des actes d'imagerie et au choix des paramètres influençant la dose délivrée au patient.

➤ Professionnels de santé et industriels, tous acteurs de l'optimisation des doses

L'optimisation des paramètres d'acquisition permet de diminuer l'irradiation

du patient sans compromettre la fiabilité diagnostique de l'examen.

Le rôle des manipulateurs radio à cet égard est fondamental :

- interrogatoire systématique du patient avant l'examen afin de rechercher une éventuelle contre-indication ;
- positionnement correct du patient, qui influe sur la dose reçue (exemple : lors d'une exploration crânio-cérébrale, la dose délivrée au cristallin varie de 1 à 10 en fonction de la flexion de la tête du patient ;
- choix des paramètres d'acquisition (KV et mAs) et recours éventuel à des protocoles « low dose » en fonction de l'indication de l'examen, en accord avec le radiologue;
- mise en place éventuelle d'une protection plombée abdominale.

En supprimant presque totalement la contrainte liée au temps d'acquisition, la technologie hélicoïdale a rendu possible l'obtention de séries d'images multiples. Le radiologue doit donc limiter les séries au strict nécessaire, dès lors

que l'information utile au diagnostic est obtenue.

« LE RADIOLOGUE DOIT LIMITER LES SÉRIES AU STRICT NÉCESSAIRE, DÈS LORS QUE L'INFORMATION UTILE AU DIAGNOSTIC EST OBTENUE. »

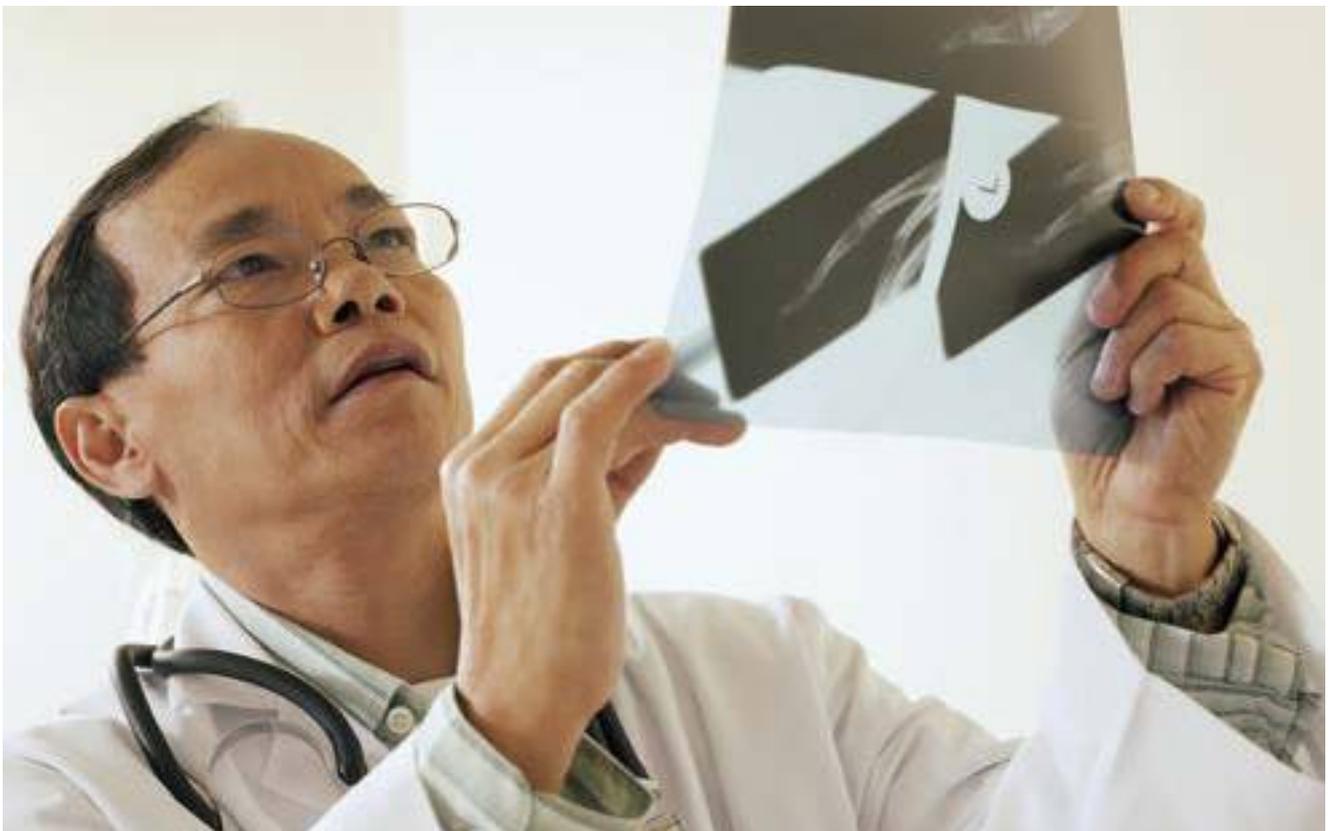
Les industriels ont cherché à développer des systèmes permettant la réduction de doses en scanner : modulation automatique du courant du tube suivant le profil du patient, filtres de réduction de bruit, protocoles faibles doses, adjonction de bouclier pour le mode hélicoïdal, interruption de l'émission de rayons X pour épargner certains organes... Les progrès considérables de l'informatique autorisent de nouvelles modalités de traitement des données que génère le scanner. Les acquisitions volumiques et le développement des consoles de traitement d'images fournissent des reconstructions multiplanaires. Les algorithmes de reconstruction itérative permettent désormais de diminuer le « bruit » sans altérer la résolution spatiale d'où la possibilité

d'étendre l'utilisation des protocoles « low dose ». L'archivage des examens et la télétransmission évitent, dans certains cas, la répétition inutile des examens.

➤ Quels risques ?

Diverses publications ont fait état d'un accroissement du nombre de cancers, qui serait imputable au scanner. En appliquant la relation linéaire sans seuil, à partir de doses moyennes sur un large échantillon de la population, elles créent en fait une confusion dans l'évaluation statistique du véritable risque. Il s'avère en effet que l'essentiel de la dose est distribué sous forme d'explorations répétées, à une population ciblée, assez âgée et souffrant de pathologies lourdes³.

En 1990, la CIPR a estimé à 5 % par Sievert (Sv) le risque additionnel de mortalité par cancer. Un scanner délivrant 10 mSv, la surmortalité par cancer serait de 0,05 %. Dans les pays occidentaux, le risque de mortalité par cancer passerait, avec la réalisation d'un scanner, de 25 % à 25,05 %, équivalent de 450 jours d'exposition à la pollution pour une personne vivant dans le centre de Londres ou 540 ■ ■ ■



© DR

■ ■ ■ jours d'exposition au tabagisme passif⁴.

La rigueur s'impose cependant pour limiter au maximum l'exposition des patients, en particulier les enfants et les jeunes adultes, plus sensibles aux radiations ionisantes⁵.

« RÉDUIRE AU MAXIMUM L'IRRADIATION TOUT EN CONSERVANT LE BÉNÉFICE DIAGNOSTIQUE. »

Au patient inquiet quant aux prétendus méfaits du scanner, il faut rappeler que cet examen n'est jamais prescrit à la légère mais que son apport est tel, dans nombre de pathologies, qu'il

est souvent indispensable. Les techniques non irradiantes, à rendement diagnostique comparable, seront toujours préférées. Si le scanner s'avère néanmoins justifié, il sera réalisé de façon à réduire au maximum l'irradiation tout en conservant le bénéfice diagnostique, les acteurs de l'imagerie médicale étant parfaitement conscients des risques et responsables de la radioprotection de leurs patients. ■

1. Billion S and al.: *French population exposure to radon, terrestrial gamma and cosmic rays.* Radiat.Protect. Dosimetry 2005; 113: 314-20.
2. Bottolier-Depois JF and al: *Exposure of aircraft crew to cosmic radiation: onboard intercomparison of various dosimeters.* Radiat.Protect. Dosimetry 2004; 110: 411-5.
3. Cordoliani Y. S. : *Les enjeux de la radioprotection en imagerie médicale.* J. Radiol 2010 ; 91 : 1184-5.
4. Smith JT: *Are passive smoking, air pollution and obesity a greater mortality risk than major radiation incidents.* BMC Public Health 2007 apr 3; 7-49.
5. Brenner DJ and al: *Computer tomography an increasing source of radiation exposure.* N Engl J Med. 2007 nov 29; 357 (22) 2277-84).

POUR EN SAVOIR +

- Société Française de Radiologie : www.sfnr.org/
 - Institut National de Radioprotection et de Sécurité Nucléaire : www.irsn.fr/
 - Société Française de Radioprotection : sfrp.asso.fr/
- (voir « L'irradiation médicale en 10 épisodes » - Y. S. CORDOLIANI, G. KALIFA et coll.).



Les nouveaux anticoagulants oraux, récemment apparus sur le marché, apportent un bénéfice certain dans le traitement et la prévention des accidents thromboemboliques. Toutefois ils peuvent, comme les anticoagulants classiques, être à l'origine de complications hémorragiques graves. Face à leur prescription croissante, l'objectif est de renforcer le bon usage de cette nouvelle classe d'anticoagulants.



© MICHEL LABELLE

Les nouveaux anticoagulants : un risque émergent ou l'impérieuse nécessité d'un ajustement des pratiques médicales ?

DR CÉDRIC GAULTIER, CARDIOLOGUE CONSEIL, COMITÉ MÉDICAL MACSF - LE SOU MÉDICAL, CARDIOLOGUE INTERVENTIONNEL, HÔPITAL EUROPÉEN DE LA ROSERAIE, GROUPE VILLA MARIA (93)

En l'espace de dix ans, les indications des anticoagulants ont été significativement élargies du fait de leur bénéfice net dans la prévention des accidents thromboemboliques. Avant l'arrivée des nouveaux anticoagulants ou Anticoagulants Oraux Directs (AOD), la prescription des anti-vitamines K (AVK) était déjà à l'origine de nombreux accidents médicaux, et, par conséquent, de plaintes des patients.

Derrière l'apparente simplicité de ces nouvelles molécules se cache un certain nombre de pièges pouvant occasionner

des accidents tout aussi graves que ceux provoqués par les AVK.

Rappelons les accidents survenant sous AVK, avant d'analyser les circonstances nouvelles qui occasionnent les accidents avec les AOD afin de déterminer de nouvelles règles pour prévenir ces accidents.

➤ Les risques inhérents aux anticoagulants classiques

Dans la prévention des accidents thromboemboliques artériels ou veineux, les indications des anticoagulants ont été

élargies par les sociétés européennes et nord-américaines de cardiologie, en particulier chez les sujets âgés, réticents à les utiliser.

Cet élargissement s'est traduit par un doublement des ventes d'anticoagulants entre 2002 et 2012. En 2013, près de trois millions de patients ont ainsi reçu au moins un anticoagulant¹.

Quelle que soit la nature du traitement anticoagulant, les risques inhérents à l'utilisation de ces molécules sont soit les hémorragies (par surdosage ou méconnaissance d'une pathologie sous-jacente susceptible de saigner) soit les accidents thromboemboliques (en cas de dose insuffisante ou d'interruption prolongée de traitement).

Ces accidents font l'objet de nombreuses plaintes contre les médecins (*Panorama des risques professionnels en santé*²). En 2013, sur 85 déclarations de sinistres adressées par des cardiologues, six concernaient des accidents liés à la prise d'anticoagulants. Trois accidents similaires ont été répertoriés chez les anesthésistes, et quatre chez les médecins généralistes.

Par ailleurs, 13 % des hospitalisations secondaires consécutives à des effets ■ ■ ■



© DR

« EN 2013, PRÈS DE TROIS MILLIONS DE PATIENTS ONT REÇU AU MOINS UN ANTICOAGULANT. »

■ ■ ■ indésirables médicamenteux sont liées à une hémorragie sous AVK (17 000 hospitalisations, dont plus de la moitié serait évitable, selon une étude conduite en 1998 par les centres de pharmaco-vigilance)¹.

Face à l'importante variabilité individuelle de la réponse au traitement par AVK et au difficile dosage à effectuer pour obtenir un INR (International Normalized Ratio) à l'équilibre, plusieurs Anticoagulants Oraux Directs (AOD) ont été développés et mis sur le marché à partir de 2009.

Jusqu'en 2012, peu de plaintes en rapport avec ces nouvelles molécules ont été rapportées. C'est en 2013, moment de basculement

important vers ces nouveaux traitements, qu'apparaissent les premiers accidents liés à l'usage de ces AOD, qui représentent alors 30 % des anticoagulants oraux, contre 70 % pour les AVK¹.

Les études multicentriques internationales ont globalement démontré que les AOD permettaient d'accroître l'efficacité contre les accidents thromboemboliques sans pour autant augmenter le risque d'hémorragie voire en le diminuant. Cela étant, ces études ont été réalisées dans un cadre très contrôlé avec des médecins ayant une parfaite connaissance de ces molécules.

C'est essentiellement la méconnaissance des nouvelles règles de prescription qui induira les premiers accidents liés aux AOD.

➤ Les accidents liés aux anticoagulants oraux

• Gestion des INR

Avant l'apparition des AOD, le problème le plus fréquemment rencontré concernait la gestion des résultats d'INR. Une certaine confusion est souvent constatée pour savoir qui gère le traitement, du médecin généraliste, du cardiologue ou des autres praticiens intervenant à titre occasionnel (anesthésiste, chirurgien). De par son statut de « médecin traitant » et sa plus grande

disponibilité, le médecin généraliste est souvent désigné comme l'interlocuteur privilégié.

La prévention des accidents repose avant tout sur l'éducation du patient et la tenue de son carnet de résultats. Il est important de conseiller une parfaite traçabilité des modifications de doses et des résultats d'INR sur ce carnet. À défaut, il est difficile de pouvoir ajuster les doses sans connaître la réactivité biologique du patient à ce traitement.

Lorsque les doses sont modifiées à l'occasion d'une consultation, il est important d'assurer la traçabilité sur ordonnance des rythmes de contrôle de l'INR, surtout dans

le cas d'une modification substantielle consécutive à un surdosage ou un sous-dosage.

Dans une procédure civile, un généraliste avait, à la suite d'un surdosage, prescrit une diminution de dose et conseillé verbalement un contrôle de l'INR quelques jours après. Mais la patiente n'effectuera pas ce contrôle et présentera une hémorragie fatale. Le défaut de production d'une ordonnance ou d'une mention dans son dossier

médical a entraîné la condamnation du généraliste.

Pour prévenir ce risque d'errance des patients, il convient également de les inviter à reprendre contact avec leur médecin après avoir récupéré leurs résultats.

• Anticoagulants et période péri-opératoire

Les règles de prescription en la matière ont profondément changé.

À l'occasion d'une chirurgie parfois hautement hémorragique, il n'est pas inutile de s'interroger sur le bienfondé de l'indication des anticoagulants. En effet, ces traitements ont parfois été prescrits sur une indication temporaire, sans remise en cause ultérieure, et ont pu être renouvelés de manière automatique.

Par ailleurs, il faut savoir qu'un certain nombre de gestes chirurgicaux n'imposent plus comme auparavant un arrêt impératif des anticoagulants, surtout s'il existe une indication robuste aux anticoagulants (prothèse de valve, fibrillation auriculaire...).

Si la chirurgie, de par les risques d'hémorragie qu'elle comporte, impose un arrêt des anticoagulants, le médecin traitant, comme les anesthésistes et les chirurgiens, doivent s'accorder avec le cardiologue

« LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS REPOSE SUR L'ÉDUCATION DU PATIENT ET LA TENUE DE SON CARNET DE RÉSULTATS. »





© DR

sur la nécessité ou non d'une substitution par une héparine ou un anticoagulant de courte durée.

Une stratégie péri-opératoire claire doit être définie de façon collégiale : arrêt ou non des anticoagulants ? Combien de temps avant la chirurgie, substitution ou non, par quelle molécule, date de la reprise avec héparine en attendant un INR efficace ?

• **Autres circonstances de déstabilisation du traitement anticoagulant**

Chez des sujets âgés, la survenue d'une insuffisance rénale ou d'un trouble métabolique peut perturber l'anticoagulation.

La survenue d'une infection, la prescription d'une antibiothérapie ou encore des troubles du transit, peuvent déséquilibrer le traitement anticoagulant.

L'apparition de troubles mnésiques peut également compromettre la fiabilité de la gestion des anticoagulants.

Enfin, les pertes d'autonomie et le risque de chutes peuvent rendre de plus en plus délicate la poursuite des anticoagulants classiques.

➤ **Les précautions requises dans l'usage des AOD**

Il est indiscutable que l'absence de nécessité d'un suivi en lien avec l'INR a grandement favorisé la diffusion des AOD.

Cette apparente simplicité a peut-être fait oublier aux prescripteurs que ces molécules avaient une pharmacologie différente des AVK.

C'est d'ailleurs ce que l'Agence nationale de la sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM) a rappelé lors d'un communiqué de septembre 2013, en précisant que « *tous les prescripteurs ne sont pas suffisamment informés de la prise en charge des risques hémorragiques*

telle que recommandée dans les résumés des caractéristiques du produits (RCP) ».³

Précédemment, l'ANSM avait établi un rapport complet sur les anticoagulants, synthétisant les données disponibles sur le sujet : « *Les anticoagulants en France en 2012 – État des lieux et surveillance – Rapport thématique (ANSM, juillet 2012)* »¹.

« A L'OCCASION D'UNE CHIRURGIE HAUTEMENT HÉMORRAGIQUE, UNE STRATÉGIE PÉRI-OPÉRATOIRE CLAIRE DOIT ÊTRE DÉFINIE DE FAÇON COLLÉGIALE. »

La première des précautions consiste à se souvenir que ces molécules n'ont pas toutes les mêmes indications que les AVK et n'offrent pas toutes, selon la Haute

Autorité de Santé (HAS), un bénéfice équivalent⁴. La HAS recommande que les AVK soient prescrits en première intention et que les AOD soient réservés aux patients dont le contrôle des INR est difficile ou qui refusent le contrôle biologique de l'INR⁴. ■ ■ ■



© DR

■ ■ ■ Un dossier a fait l'objet d'une procédure en 2013, dans lequel un médecin généraliste avait remplacé les AVK par un AOD chez un patient porteur d'une valve mécanique mitrale en fibrillation auriculaire, ce qui constitue une contre-indication formelle à ces molécules. Moins de quinze jours plus tard, le patient a présenté une thrombose de valve ayant nécessité une intervention en urgence pour remplacer celle-ci. Cette réintervention s'est compliquée d'une septicémie heureusement jugulée.

Dans plusieurs dossiers, c'est la non prise en considération de la fonction rénale qui est à l'origine de complications hémorragiques. Selon les molécules (essentiellement le Pradaxa®/dabigatran etexilate), il est nécessaire de diminuer la dose ou de ne pas utiliser ces molécules selon la clairance de la créatininémie.

Dans un autre dossier, le patient avait initialement une fonction rénale au-dessus de la valeur seuil autorisée. Puis lors d'une poussée d'insuffisance cardiaque, traitée par des diurétiques, et d'un épisode infectieux, la fonction rénale s'est dégradée et le patient a présenté une hémorragie cérébrale. Face à ce patient âgé, avec une fonction rénale

limite et le risque connu de dégradation (insuffisance cardiaque, diurétique...), il a été reproché au généraliste de ne pas avoir contrôlé la fonction rénale pour adapter la dose d'AOD.

Dans un dossier de gestion péri opératoire d'un patient prenant des AOD, il n'avait pas été intégré que ces molécules pouvaient avoir une demi-vie variable en fonction

« LA PREMIÈRE DES PRÉCAUTIONS CONSISTE À SE SOUVENIR QUE CES MOLÉCULES N'ONT PAS TOUTES LES MÊMES INDICATIONS QUE LES AVK ET N'OFFRENT PAS UN BÉNÉFICE ÉQUIVALENT. »

de la clairance de la créatinine. Ainsi, lors d'une chirurgie d'hernie inguinale, un traitement par AOD avait été interrompu 24 heures avant l'intervention, alors que le laboratoire préconisait trois jours dans ce cas de figure. Le patient a été victime d'une hémorragie péri opératoire fatale.

Dans plusieurs dossiers, c'est la méconnaissance du nom des nouvelles molécules

anticoagulantes par les urgentistes qui est à l'origine de la gravité des accidents. De ce fait, le traitement par AOD a été poursuivi alors que des patients avaient été admis dans des services d'urgence soit pour des hémorragies, soit pour d'autres motifs médicaux, qui imposaient l'arrêt du traitement.

Si les AOD ont apporté un bénéfice thérapeutique certain, il n'en reste pas moins que face à des hémorragies ou des situations nécessitant une chirurgie urgente, il est préférable d'adresser ces patients vers des centres experts (ou au minimum de prendre conseil). Même si aucun antidote n'a encore été commercialisé, il existe un nombre important de mesures thérapeutiques permettant d'enrayer l'hémorragie et les complications inhérentes.

L'élargissement des indications des AOD à des populations plus fragiles impose davantage de précautions et une parfaite coordination entre les professionnels de santé. Sans mettre en cause le bénéfice de ces nouveaux traitements, il est impératif d'intégrer que ces molécules ont des indications différentes des AVK et qu'elles se manient différemment (importance de la fonction rénale, demi-vie variable, interactions médicamenteuses différentes par rapport aux AVK).

Il faut remarquer par ailleurs le coût très supérieur du traitement par AOD à celui par AVK, non compensé par la réduction du coût de suivi des patients sous AOD (INR et consultations médicales d'adaptation de la posologie).

Au vu de ces éléments, la HAS demande que les AVK demeurent les anticoagulants prescrits en première intention, même si cela peut parfois aller à l'encontre de certaines recommandations de sociétés savantes européennes ou nord-américaines. ■

LIENS UTILES

1. http://ansm.sante.fr/content/download/42641/553644/version/1/file/Rapport_Anticoagulants_Juillet2012.pdf
2. <http://www.risque-medical.fr>
3. <http://ansm.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Lettres-aux-professionnels-de-sante/Nouveaux-anticoagulants-oraux-Eliquis-apixaban-Pradaxa-dabigatran-Xarelto-rivaroxaban-mise-en-garde-sur-les-facteurs-de-risques-hemorragiques-Lettre-aux-professionnels-de-sante>
4. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2008955/fr/les-naco-anticoagulants-daction-directe-nont-pas-tous-demontre-la-meme-efficacite



Le domaine de la responsabilité médicale, en perpétuelle évolution, est parfois bien difficile à appréhender pour les professionnels de santé. Cette rubrique est destinée à apporter quelques réponses claires aux interrogations concrètes de ces professionnels.



© MICHEL LABELLE

Indemnisation des accidents médicaux résultant d'un aléa lors d'un acte de médecine ou de chirurgie esthétique : questions/réponses

STÉPHANIE TAMBURINI, JURISTE, MACSF

En cas d'accident médical résultant d'un aléa lors d'un acte de médecine ou de chirurgie esthétique, les dommages sont-ils pris en charge par l'ONIAM au titre de la solidarité nationale, comme c'est le cas pour les autres actes médicaux ?

Cette question de l'indemnisation d'un accident médical non fautif (aléa) survenant lors d'un acte sans finalité thérapeutique a fait l'objet de nombreux débats depuis que la loi Kouchner du 4 mars 2002 a instauré le mécanisme de prise en charge de ce type d'accident par la solidarité nationale.

L'article L. 1142-1 II du Code de la Santé Publique (CSP) n'ouvre droit à indemnisation au titre de la solidarité nationale, entre autres conditions (et notamment tenant à la gravité des conséquences pour la victime), qu'aux dommages directement imputables à un acte de prévention, de diagnostic ou de soins. Le texte de donne aucune définition de ces actes. La question a donc été très vite débattue par la doctrine, qui s'est interrogée sur l'application des principes posés par cet article aux actes et interventions sans finalité thérapeutique, parmi lesquels les interventions de chirurgie esthétique non réparatrice ou les actes de médecine esthétique.

L'ONIAM, organisme « payeur » en cas d'accident médical non fautif, a longtemps plaidé qu'il n'avait pas à intervenir au titre de l'aléa pour tout dommage résultant d'un acte sans finalité thérapeutique, et ce même pour les « actes préparatoires » à ce type d'acte.

La Cour de cassation a tranché la question par un arrêt récent, du 5 février 2014 (pourvoi n° 12-29.140) : « *Les actes de chirurgie esthétique, quand ils sont réalisés dans les conditions prévues aux articles L. 6322 1 et L. 6322 2 du Code de la Santé Publique, ainsi que les actes médicaux qui leur sont préparatoires, constituent*

des actes de soins au sens de l'article L. 1142 1 du même code ». Ces actes étant pratiqués par des médecins et réglementés par le Code de la Santé Publique, ils doivent être considérés comme des actes de soins, indépendamment de leur finalité.

Cette décision a connu un fort retentissement, car elle ne se limitait pas aux seuls actes de chirurgie ou de médecine esthétique ; étaient aussi visées, par exemple, la procréation médicalement assistée et l'IVG, dont on sait qu'elles peuvent être source de dommages.

Alors que la solution semblait acquise, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a tout remis en question. En effet, l'article 70 de cette loi introduit dans le Code de la Santé Publique un nouvel article L. 1142-3-1, I, qui dispose : « *Le dispositif de réparation des préjudices subis par les patients au titre de la solidarité nationale n'est pas applicable aux demandes d'indemnisation des dommages imputables à des actes dépourvus de finalité préventive, diagnostique, thérapeutique ou reconstructrice, y compris dans leur phase préparatoire ou de suivi* ». Cette disposition

nouvelle s'applique à toute demande d'indemnisation présentée postérieurement au 31 décembre 2014.

Il est ainsi pris l'exact contrepied de la jurisprudence de la Cour de cassation, dont il conviendra d'attendre l'interprétation de cette réforme.

Dans les travaux préparatoires de la loi, il apparaît qu'il n'était pas dans l'intention du législateur d'exclure de l'indemnisation par l'ONIAM les accidents médicaux non fautifs survenant à l'occasion d'une IVG. Mais au vu de la formulation laconique retenue dans la loi, qui n'exclut pas expressément l'IVG (ni d'ailleurs la PMA), il est probable que la jurisprudence aura à se prononcer encore sur ce sujet dans l'avenir. ■

« LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2015 A TOUT REMIS EN QUESTION. »

La loi de 2005 sur les droits des personnes handicapées prévoit de faciliter l'accès de ces personnes aux locaux, notamment professionnels. Applicables à compter du 1^{er} janvier 2015, les aménagements nécessaires ont tardé à être mis en œuvre et des délais supplémentaires sont accordés via un « agenda d'accessibilité programmé ». Ceci implique des démarches particulières, qui peuvent donner lieu à des sanctions si elles ne sont pas réalisées.

L'accessibilité du local professionnel aux personnes handicapées

ELVIRE CASSAN, JURISTE, MACSF

« L'accès à tout pour tous » : telle est l'ambition de la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées qu'il convenait de mettre en œuvre au plus tard le 1^{er} janvier 2015.

➤ Une définition élargie du handicap et de l'accessibilité

12 millions de Français seraient concernés par l'accessibilité, qui, avec cette loi, est devenue l'affaire de tous.

Ainsi, la loi a pris en compte tout type de handicap : moteur, auditif, visuel, mental, psychique, cognitif, et toute situation de handicap : personnes âgées, personnes ayant des problèmes de santé, personnes désavantagées par leur taille, personnes avec charges, poussettes...

Le cadre bâti, les transports, la voirie, l'école, l'entreprise, l'emploi, l'administration, le sport, la culture, les loisirs, les cabinets médicaux, tout l'environnement de la vie du citoyen devait être rendu accessible aux personnes handicapées.

La définition de l'accessibilité fournie par la loi du 11 février 2005 est également très vaste puisqu'elle considère comme « accessible aux personnes handicapées tout bâtiment ou aménagement permettant, dans des conditions normales de fonctionnement, à des personnes handicapées, avec la plus grande autonomie possible, de circuler, d'accéder aux locaux et équipements, d'utiliser les équipements, de se repérer, de communiquer et de bénéficier des prestations en vue desquelles cet établissement ou cette installation ont été conçus ».

Dès lors, les personnes handicapées doivent pouvoir, avec la plus grande autonomie possible, détecter, accéder, circuler et utiliser les équipements et services des établissements recevant du public (ERP).

➤ Une loi partiellement appliquée : la mise en place d'agendas d'accessibilité programmée

La mise en accessibilité des établissements existants devait intervenir dans un délai de dix ans.

Toutefois, en mars 2013, à moins de deux ans de l'échéance, un rapport de la sénatrice Claire-Lise Campion montre que seulement 40 % des ERP du pays sont accessibles aux personnes handicapées.

Dès lors, afin d'éviter la multiplication des contentieux et d'« enjamber » l'échéance de 2015, l'ordonnance du 26 septembre 2014 a décidé la mise en place d'agendas d'accessibilité programmée (Ad'AP). À ce dispositif peuvent être jointes des demandes de dérogations qui exonèrent le praticien d'une partie des travaux de mise aux normes.

L'ad'AP fixe un échéancier obligatoire détaillant la programmation et le montant des travaux à engager dans un délai maximum de 3 ans.

« EN MARS 2013, SEULEMENT 40 % DES ERP DU PAYS SONT ACCESSIBLES AUX PERSONNES HANDICAPÉES. »



© DR

Ainsi, tout propriétaire ou gestionnaire d'un ERP de 5^{ème} catégorie qui ne sera pas aux normes au 31 décembre 2014 doit déposer un dossier d'Ad'AP auprès de la mairie d'implantation de l'ERP avant le 27 septembre 2015.

Le propriétaire est exonéré de l'obligation de rentrer dans le dispositif de l'Ad'AP s'il prévoit de fermer l'établissement, ou s'il sollicite un changement de sa destination ayant pour effet de ne plus y recevoir du public, au plus tard le 27 septembre 2015.

Le dossier, très technique, contiendra : le descriptif du bâtiment, la demande d'autorisation de travaux avec les éventuelles demandes de dérogation, les différentes phases des travaux ou des actions concourant à la mise en accessibilité sur chacune des années ainsi que les moyens financiers mobilisés.

Le projet d'Ad'AP devra être validé par le préfet dans un délai de quatre mois,

après examen par la commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité (composée de représentants d'associations de personnes handicapées et d'exploitants d'ERP, entre autres) dont l'avis, obligatoire, n'est plus « liant » : c'est le préfet qui décide en dernier ressort. L'absence de décision expresse vaudra approbation.

Les ERP auront ensuite 3 ans maximum pour se mettre aux normes.

➤ Des sanctions étendues en cas d'absence de mise aux normes

À défaut de dépôt du projet d'agenda d'accessibilité programmée dans le délai d'un an à compter de la publication de l'ordonnance, soit jusqu'au 27 septembre 2015, une amende forfaitaire de 1 500 € pour un agenda portant sur un seul ERP de 5^{ème} catégorie, et de 5 000 € dans les autres cas, peut être infligée.

Par ailleurs, la loi du 11 février 2005 avait prévu trois types de sanctions en cas de non respect de l'échéance du 1^{er} janvier 2015. Ces sanctions seront à nouveau applicables en l'absence de dépôt d'un Ad'AP dans le délai imparti.

Ainsi le maire, qui a autorisé l'ouverture de l'établissement, dispose du pouvoir de fermeture administrative si les obligations d'accessibilité ne sont pas satisfaites. La non délivrance d'une prestation du seul fait du handicap du patient est passible d'une amende maximale de 75 000 € et de cinq ans d'emprisonnement pour discrimination. En cas de non-respect des règles de construction, des sanctions pénales prévoient une amende maximale de 45 000 € et de 6 mois d'emprisonnement en cas de récidive.

Il est ainsi possible qu'une personne en situation de handicap qui n'a pas pu accéder au local médical porte plainte

contre un professionnel de santé qui ne respecte pas la loi.

« AFIN D'ÉVITER LA MULTIPLICATION DES CONTENTIEUX, L'ORDONNANCE DU 26 JANVIER 2014 A DÉCIDÉ LA MISE EN PLACE D'AGENDAS D'ACCESSIBILITÉ PROGRAMMÉE (AD'AP). »

En revanche, aucune sanction ne pourra être prononcée contre le praticien si une dérogation a été obtenue.

➤ Des aménagements et motifs de dérogation possibles

L'obligation d'accessibilité porte sur les parties extérieures et intérieures des établissements, et concerne les circulations, une partie des places de stationnement automobile, les ascenseurs, les locaux et leurs équipements. Les aménagements sont donc multiples et semblent plus compliqués dans les zones urbaines les plus denses, qui disposent de peu de place pour des transformations et dont les bâtiments sont parfois des copropriétés où l'idée même d'un ascenseur peut s'avérer inconcevable.

Certaines URPS (Unions Régionales des Professions de Santé) soulèvent l'éventualité du départ des médecins des centres villes vers les zones périphériques, ce qui pourrait entraîner une forme de désertification médicale.

Roger Rua, Président du syndicat des médecins libéraux, considère que cette loi va à l'encontre de l'idée de maintenir les praticiens en activité après l'âge de la retraite.

Dès lors, conscient que l'aménagement de certains bâtiments pourrait s'avérer difficile et coûteux, le législateur a prévu des dérogations.

Plusieurs motifs de dérogation sont établis par la loi du 11 février 2005 et par l'ordonnance du 26 septembre 2014.

Par exemple, des dérogations peuvent être accordées par le préfet au titre de l'impératif de préservation du patrimoine architectural ou au titre de la disproportion manifeste

entre les améliorations apportées, d'une part, et leurs coûts et effets sur l'usage du bâtiment et de ses abords, d'autre part.

Cette dérogation est accordée lorsqu'au regard de seuils définis par arrêté, les travaux sont impossibles à financer ou si leur réalisation porte atteinte à la viabilité économique de l'ERP.

L'ordonnance n° 2014-1090 du 26 septembre 2014 a prévu une nouvelle dérogation aux règles d'accessibilité : le refus par l'assemblée générale des copropriétaires des travaux de mise en accessibilité.

Lorsque les copropriétaires d'un bâtiment à usage principal d'habitation existant, réunis en assemblée générale, s'opposent à la réalisation des travaux de mise en accessibilité d'un ERP existant ou créé dans le bâtiment, la dérogation est accordée de plein droit pour les parties communes. Des travaux de mise aux normes doivent, cependant, être réalisés, dans les parties privatives de l'ERP. En revanche, le praticien n'est pas tenu de mettre aux normes son local pour la personne dont le handicap ne lui permettrait pas déjà d'accéder à son cabinet. Il n'est donc pas obligé de rendre accessible des sanitaires à un étage qui, de toutes façons, ne le serait pas.

L'objectif de la loi du 11 février 2005 est d'accueillir des personnes, le plus largement possible, quelles que soient leurs capacités et leurs déficiences. À ce jour, près de 600 000 ERP ne sont pas aux normes et ont donc jusqu'au 27 septembre 2015 pour rentrer dans le dispositif de l'Ad'AP.

Il est donc conseillé de recourir le plus rapidement possible aux services d'un professionnel pour déterminer la nature des travaux à exécuter et aider à déposer l'agenda.

Rester inactif pourrait conduire à de bien fâcheuses conséquences. ■

« CONSCIENT QUE L'AMÉNAGEMENT DE CERTAINS BÂTIMENTS POURRAIT S'AVÉRER DIFFICILE ET COÛTEUX, LE LÉGISLATEUR A PRÉVU DES DÉROGATIONS. »

Les conduites addictives se définissent par le besoin impérieux et répétitif d'utiliser une ou plusieurs substances, en dépit des efforts du sujet pour tenter de s'y soustraire. Elles regroupent des pathologies diverses (alcoolisme, toxicomanies, tabagisme, addictions comportementales), pouvant engendrer des difficultés d'ordre physique, psychique, relationnel et/ou social, et dont la prise en charge peut varier en fonction de plusieurs facteurs (type de dépendance, environnement et motivation du patient, troubles psychiatriques ou de la personnalité associés, présence de facteurs aggravants).



© T. PAVIOT

Les pathologies addictives : aspects cliniques et principes thérapeutiques

DR XAVIER LAQUEILLE, PSYCHIATRE DES HÔPITAUX, CHEF DU SERVICE D'ADDICTOLOGIE, C.H. SAINTE-ANNE, 75014 PARIS, UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES, PRÉSIDENT DE MACSF ASSURANCES

Discipline émergente issue de la psychiatrie, de la santé publique et des autres spécialités médicales, l'addictologie s'impose comme une spécialité autonome. Tandis que les approches classiques étaient centrées sur les produits (alcool, drogue, tabac, médicaments), leur parenté clinique, neurobiologique et thérapeutique ainsi que les addictions sans drogue ont fait émerger le concept global d'addiction. Ce terme, issu du bas latin « *addictere* », désignait sous l'Ancien Régime une sanction qui consistait à donner son corps en gage pour réparation. Cette définition permet d'éclairer les enjeux inhérents à toute forme d'addiction, sorte de contrainte de consommer ou d'agir, quel que soit le produit ou l'activité, qui engage le corps.

➤ Les classifications internationales

En 1968, les drogues étaient définies par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) selon leur potentialité à entraîner :

- une tolérance à des doses de plus en plus élevées ;
- une accoutumance avec nécessité d'augmenter les doses pour retrouver les effets recherchés ;
- une dépendance physique avec syndrome de sevrage à l'arrêt ;
- une dépendance psychique avec nécessité de consommer à nouveau une substance pour en retrouver les effets ou apaiser le malaise psychique lié à la privation de cette substance.

En 1957, les psychiatres Jean Delay et Pierre Deniker proposent une classification des drogues distinguant :

- les psycholeptiques, qui dépriment le fonctionnement psychique ;
- les psychoanaleptiques, qui le stimulent ;
- les psychodysleptiques, qui en modifient le fonctionnement.

Dans les années 60, le Docteur Pierre Fouquet définit l'alcoolisme comme la perte de la liberté de s'abstenir de boire ou la perte de contrôle, et en 1972, le Professeur Léo distingue les toxicomanies socio-culturelles des toxicomanies psychopathologiques.

Depuis 1987, les éditions successives du DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), de l'APA (American Psychiatric Association) et les Classifications internationales des maladies de l'OMS (CIM), décrivent les différents modes et stades de consommation des substances psychoactives (SPA) engendrant

des tableaux d'intoxication ou d'ivresse, des syndromes de sevrage, des phénomènes d'abus, d'usage nocif ou de dépendance.

Pour le DSM, le diagnostic de dépendance repose sur la présence d'au moins trois critères parmi sept, dont un critère de perte de contrôle. La dépendance est dite avec ou sans dépendance physique selon l'existence d'une tolérance ou d'un syndrome de sevrage à l'arrêt. Toujours selon le DSM, une dépendance est dite en rémission « précoce » entre un mois et un an d'abstinence, en rémission « prolongée » au-delà. Cette notion est essentielle dans la conduite du traitement à suivre, la prévention des risques de rechute et l'importance de l'encadrement thérapeutique au cours de la première année. Le DSM-V, publié en mai 2013, propose un diagnostic de dépendance fondé sur un gradient de sévérité en fonction du nombre de critères présents.

LES CRITÈRES DE LA DÉPENDANCE SELON LE DSM4TR

Utilisation d'une substance avec **altération du fonctionnement et souffrance clinique et présence de 3 critères ou plus parmi les suivants** :

1. Une tolérance manifestée par :
 - a - le besoin d'accroître les doses consommées pour obtenir **une intoxication ou un effet désiré** ;
 - b - une diminution des effets à dose consommée constante.
2. Des symptômes de sevrage à la suite d'une période d'abstinence évités ou améliorés par une nouvelle prise de la substance.
3. Une prise de la substance en quantité ou sur une durée plus importante que prévue.
4. Un désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler de la consommation.
5. Beaucoup de temps passé à se procurer, utiliser ou récupérer des effets de la substance.
6. L'abandon ou la réduction des activités sociales, professionnelles ou de loisir à cause de l'usage de la substance.
7. La poursuite de la consommation malgré la connaissance des risques pour la santé.



© DR

Il n'existe pas de corrélation entre le diagnostic de dépendance et le niveau de consommation d'une substance, le diagnostic de dépendance étant établi sur la base de critères cliniques et non quantitatifs. En matière de consommation d'alcool par exemple, l'usage à risque, estimé à plus de 21 verres par semaine chez l'homme et plus de 14 chez la femme, ne permet pas de poser un diagnostic de dépendance.

La dépendance est une pathologie autonome des autres pathologies mentales au même titre que les troubles anxieux, de l'humeur ou schizophréniques. Les troubles psychiatriques et les difficultés psychologiques ou existentielles constituent des facteurs de renforcement ou de gravité. Cette typologie permet de clarifier le concept de comorbidité en distinguant :

- les troubles induits par la consommation de substances, survenant au cours ou au décours immédiat de l'intoxication avec des liens de causalité établis, par exemple les états dépressifs induits par l'alcool ;
- les comorbidités sans lien de causalité direct, qui, en cas de forte co-occurrence posent des questions spécifiques, comme le cannabis et les troubles schizophréniques.

➤ La clinique de la dépendance

La dépendance à une substance est une psychopathologie évolutive débutant habituellement à l'adolescence ou à l'entrée dans l'âge adulte. Extensive, elle envahit progressivement l'ensemble de la

vie psychique. Ce trouble au long cours est sous-tendu par un attrait majeur pour les produits et des envies de consommation élevée – le « craving » –, une ambivalence face à l'abstinence et un manque de motivation thérapeutique. Les premières demandes de soins sont tardives et apparaissent lors des complications. L'évolution est émaillée de rechutes. De fait, le sujet « addict » est attiré par son addiction : le joueur aime jouer, le fumeur aime fumer...

Sur le plan clinique, le niveau de consommation et ses conséquences sont sous-estimés tant par les patients que par les soignants. Une verbalisation insuffisante ainsi qu'une banalisation de la consommation sont également constatées : « *tout le monde prend de l'alcool, tous les jeunes fument du cannabis, partout il y a de la cocaïne ou de l'héroïne* ».

« LA DÉPENDANCE EST UNE PATHOLOGIE AUTONOME DES AUTRES PATHOLOGIES MENTALES. »

➤ Une neurobiologie de la dépendance

Comme toutes les pathologies mentales, la dépendance à une substance répond à des mécanismes neurobiologiques. Les premiers travaux ont mis en évidence, par des expériences d'autostimulation électriques, le rôle central du noyau *accumbens*, au niveau du diencephale, centre du système dit de récompense ou de la motivation, et des voies dopaminergiques afférentes. Toutes les substances addictives interfèrent, de façon directe ou indirecte, avec ce système, en stimulant la transmission dopaminergique du neurone issu de l'aire tegmentale ■ ■ ■

■ ■ ■ ventrale, et en inhibant le rétrocontrôle préfrontal de cette transmission.

➤ Des facteurs de vulnérabilité aux addictions

Les facteurs étiopathogéniques, ou facteurs de vulnérabilité, permettent de comprendre pourquoi certains sujets ont une consommation contrôlée et d'autres une consommation pathologique. Ces facteurs sont d'ordre :

- biologique et génétique, par leur capacité à activer la transmission dopaminergique du noyau *accumbens* ;
- psychologique : recherche de sensations, personnalités pathologiques (particulièrement les personnalités antisociales, évitantes et borderline), pathologies mentales évolutives ;
- social, avec la place des substances toxiques dans les familles, l'influence des pairs et l'accès aux produits ;
- sociétal, ces pathologies émergeant dans une société en perte de repères, caractérisée par la dépendance, la mauvaise acceptation des contraintes et une vision disqualifiée de l'autorité.

L'adolescence constitue une période de vulnérabilité particulière sur les plans psychologiques et neurobiologiques.

➤ La prise en charge addictologique

La prise en charge addictologique s'effectue sur deux à cinq ans, voire plus. Le phénomène de craving constitue le symptôme-cible. Le suivi du patient se déroule essentiellement en mode ambulatoire. Les hospitalisations sont préconisées en cas de dépendance physique marquée ou de complications. Le maintien dans les soins est primordial.

• L'évaluation et le travail sur la motivation

Les thérapeutiques médicamenteuses ne sont efficaces qu'en cas de motivation minimale à s'abstenir de substance. Les premiers temps permettent d'évaluer la motivation et sa progression.

Les entretiens dit « motivationnels » utilisent des instruments tels que les calendriers de consommation et la balance motivationnelle entre les effets attendus et les complications induites par la consommation. Les approches cognitivo-comportementales permettront, après le sevrage, le maintien de l'abstinence.

« LA PRISE EN CHARGE ADDICTOLOGIQUE S'EFFECTUE SUR DEUX À CINQ ANS, VOIRE PLUS. LE SUIVI DU PATIENT SE DÉROULE ESSENTIELLEMENT EN MODE AMBULATOIRE. »

• La stratégie de sevrage et post-sevrage

Le principe est l'arrêt de la consommation de tout produit. Les traitements du sevrage sont essentiellement symptomatiques, associant anxiolytiques et antalgiques. Le sevrage est suivi



« CE TROUBLE AU LONG COURS EST SOUS-TENDU PAR UN ATTRAIT MAJEUR POUR LES PRODUITS ET DE FORTES ENVIES DE CONSOMMATION, UNE AMBIVALENCE FACE À L'ABSTINENCE ET UN MANQUE DE MOTIVATION THÉRAPEUTIQUE. »

d'un traitement préventif des rechutes pendant au moins un an en vue d'une rémission prolongée. Les médicaments les plus utilisés sont :

- pour l'alcool : l'acamprosate et la naltrexone, le disulfirame, qui, avec son effet aversif, suppose un maniement prudent ;
- pour les opiacés : la naltrexone, un anti-morphinique de longue durée d'action qui bloque les effets des morphiniques ;
- pour le cannabis et la cocaïne, aucun traitement n'a été validé.

• **La stratégie substitutive**

Cette modalité thérapeutique n'est possible qu'en cas de dépendance au tabac ou aux opiacés. L'objectif de la substitution nicotinique est une détoxification, tandis que celui de la substitution opiacée vise un maintien dans un cadre de soins pour la prise en charge des troubles de la personnalité. Les médicaments de substitution se caractérisent par :

- une même classe pharmacologique que la substance toxique ;
- une demi-vie longue et une absence d'effet euphorisant ;
- une action spécifique sur le symptôme-cible, le craving.

Les gommes, sprays et cigarettes électroniques présentent des risques de néo-dépendance et sont à réserver aux patients les moins motivés. Les risques de mésusage nécessitent un cadre d'utilisation cohérent et le respect des modalités de prescription décrites dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP).

➤ **Les prises en charge psychiatriques**

Les troubles de la personnalité et les pathologies mentales constituent des facteurs de résistance à la prise en charge addictologique et nécessitent une prise en charge parallèle et intégrée.

Le traitement des troubles de la personnalité repose essentiellement sur des approches psychothérapeutiques. Elles sont indiquées pour des sujets stabilisés capables de s'intégrer dans ce cadre thérapeutique. Les psychothérapies d'inspiration analytique gardent leur place. Les approches cognitivo-comportementales s'adressent à des sujets moins intéressés par une réflexion introspective, dans les situations de perte de l'estime de soi, en présence de symptômes anxieux ou dépressifs résiduels. Les entretiens avec les familles, voire les thérapies familiales systémiques, sont utiles et même indispensables chez l'adolescent. La gravité de certains troubles nécessite une prise en charge institutionnelle dans les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) par une équipe



© DR

« LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ ET LES PATHOLOGIES MENTALES CONSTITUENT DES FACTEURS DE RÉSISTANCE À LA PRISE EN CHARGE ADDICTOLOGIQUE ET NÉCESSITENT UNE PRISE EN CHARGE PARALLÈLE ET INTÉGRÉE. »

associant médecins, infirmiers, psychologues et assistants sociaux.

Les troubles psychiatriques constituent des facteurs aggravants. Les ruptures thérapeutiques et les rechutes sont alors fréquentes, le pronostic plus réservé. Leur prise en charge complexe est réservée à des équipes de soins spécialisées.

➤ **La réduction des risques ou prévention tertiaire**

La réduction des risques, ou prévention tertiaire, est une alternative pour les sujets peu motivés par une abstinence totale. Elle a pour objectif de réduire les complications médicales et sociales à travers des propositions telles que la vente libre de seringues, les traitements substitutifs à faible niveau d'exigence, les substituts nicotiniques à libération rapide comme

les sprays et les gommes, les prescriptions de baclofène ou nalméfène pour l'alcool. Ce projet est une première proposition d'action intégrée dans un cadre de soins associant une réflexion sur la consommation de substances et ses conséquences.

La clinique et la prise en charge des dépendances ont largement évolué. Spontanément, les soignants avaient une attitude moralisatrice, parfois sous-tendue d'un rejet, ou affichaient au contraire une trop grande proximité face à des patients difficiles. Reconnaître le caractère pathologique du trouble est essentiel. Les prises en charge doivent être structurées et menées sur le long cours, sur un mode ambulatoire, en intégrant une vision psychopathologique. La place de l'hospitalisation reste modeste. ■

Il n'y a pas qu'en France que la prise en charge des personnes âgées interpelle voire inquiète. Si la situation n'est pas toujours comparable, certaines pistes proposées à l'étranger méritent d'être envisagées. Ainsi en est-il de la certification des services à domicile, de l'amélioration de la coordination interprofessionnelle, de la prévention des hospitalisations par une planification des soins et de l'apport de la domotique.

Prise en charge des personnes âgées, quelques pistes internationales



© DR

➤ **Le futur du programme de soins à domicile aux USA**

La majorité des Américains veut vieillir chez eux. En 2012, Medicare a consacré 18,2 milliards de dollars à ce programme dont 3,5 millions d'Américains ont profité. Mais de nombreuses difficultés émaillent le programme : fraudes, hétérogénéité territoriale de l'offre, défaut de coordination avec les soins primaires.

Ces questions sont centrales si l'on considère que 70 millions d'Américains sont susceptibles de rejoindre le programme d'ici 2030. Le programme actuel procure une couverture pour les soins infirmiers incluant les soins, l'éducation thérapeutique, et les soins de suite et de rééducation. L'aide sociale (ménage, appui à domicile) peut être obtenue en complément, mais pas isolément des soins infirmiers. L'Affordable Care Act (ACA) a ajouté l'obligation d'une

procédure de certification en face-à-face exigeant une rencontre entre un médecin de l'organisme payeur et le patient. Les services agréés de soins à domicile reçoivent, pour chaque patient, un forfait de 60 jours de soins ajusté sur la sévérité et la complexité des soins nécessaires.

En 2013, la marge de ces services est en moyenne de 13,6 %, mais cela ne couvre pas tous les frais et notamment les actions sur les patients non assurés. Les ACA devraient réduire leur subvention en 2014-2017 (effet du relatif échec de l'Obamacare) et les patients seront alors appelés à payer la différence. Les recherches sur le sujet restent modestes, notamment sur les échanges de coût à l'échelon de la nation entre payer un service de qualité à domicile et éviter des hospitalisations très coûteuses. Une des limites du programme est représentée par les cas

pas trop sévères de besoins, sans doute les plus utiles à aider pour empêcher l'aggravation, mais qui n'atteignent pas le seuil d'éligibilité du programme (en quelque sorte la prévention ne fonctionne pas). Tout le schéma de paiement est à repenser, et c'est un grand chantier. ■

Source : Landers S., *The future of the medical home health program*, JAMA, 2013, 310, 14; 1442-44.

➤ **Coordonnations interprofessionnelles pour la prise en charge médicale des personnes âgées**

Les (mauvaises et multiples) transitions interprofessionnelles entre établissements et domiciles aggravent les risques d'événement indésirable grave (EIG) chez les personnes âgées. Les progrès sont lents, mais il existe de nombreux guides et référentiels pour améliorer ces transitions. La littérature met l'accent sur le rôle mieux

établi de chaque professionnel dans cette coordination, les stratégies d'équipe, les aides technologiques, particulièrement informatiques. L'amélioration de ces transitions réduit la fréquence des ré-hospitalisations et le coût global de prise en charge. Dans tous les cas, la formation continue apparaît nécessaire. Quelques pistes complémentaires : ré-inclure plus fortement dans le parcours de soins le rôle du patient et de son entourage/aidants dans le ciment de cette communication ; faire des efforts particuliers pour les patients âgés les plus démunis socialement et les plus vulnérables à ces défauts de coordination ; faire évoluer le rôle des généralistes (encore souvent trop isolé) dans ces équipes pluridisciplinaires de prise en charge gériatrique pour mieux le coupler au travail et à la compétence spécifique des équipes de soins spécialisés dans le grand âge. ■

Source : Allen J, Ottmann G, Roberts G. *Multi-professional communication for older people in transitional care : a review of the literature, International Journal of Older People Nursing*. 2012 Feb 7. Doi : 10.1111/j.1748-3743.2012.00314.x.

➤ Hospitalisation évitable par prévention à la maison

22 % des Britanniques auront plus de 65 ans en 2020, avec leur cortège de pathologies, comorbidités et fins de vie plus nombreuses. L'étude introduit le concept de planification de soins (anticipatory care planning) en le définissant comme un projet de soins résultant d'une discussion entre patients, professionnels, et souvent familles et amis. L'étude porte sur une cohorte de patients identifiés comme à risque d'hospitalisations par les bases écossaises médicales (SPARRA, Scottish Patients at risk of Readmission and Admission). Une visite était faite à ces patients avec un questionnaire évaluant 6 points et construisant un plan d'aide personnalisé : évaluation de l'état immédiat, compréhension des risques, compréhension des pathologies, préférences dans la prise en charge, souhaits de réanimation ou pas en cas d'événements gravissimes. Les résultats de ce questionnaire étaient mis à disposition des soignants et médecins, et gardés aussi au domicile. Cent dix patients ont été inclus entre avril 2007 et novembre 2008, en utilisant aussi une cohorte test

équivalente. Le nombre d'admissions dans la cohorte étudiée a été spectaculairement réduit (52 %) sans augmenter le nombre de décès et avec moins de décès survenant à l'hôpital. ■

Source : Baker A., Leak P., Richie L. Lee A., Fledging S., *Anticipatory care planning and integration, British Journal General Practice*, 2012, e112-e120.

➤ Le nouveau marché des domiciles adaptés aux soins des personnes

L'idée de domiciles conçus pour mieux vivre en tant que personne âgée fait son chemin, avec une assistance 24 h/24 disponible grâce à l'intelligence de la maison. La maison est domotisée, avec des senseurs et des capteurs reliés à un centre à distance fonctionnant 24 h/24 capable d'analyser la demande médicale et la demande d'urgence ; la technologie peut être étendue à l'équipement de la personne, avec des capteurs implantés ou posés sur la personne âgée en externe (caméra).

La difficulté actuelle n'est plus dans la disponibilité des techniques, mais dans la sélection de la technique pertinente,

la compréhension réelle des besoins de la personne et la résolution des barrières qui restent nombreuses en matière légale, éthique (immixtions dans la sphère de l'intime) et financière (les sécurités sociales dans les différents pays n'ayant pas encore tarifé le niveau de prise en charge de ce service d'aide qui peut être assez coûteux à installer et à maintenir). *A priori* le modèle smart home devrait pouvoir abaisser les coûts de la dépendance (résultats de plusieurs études pilotes en Australie, Nouvelle Zélande). Ce type de maison domotique, spécialisée dans la dépendance, peut évidemment aussi offrir toute la gamme des services de télémédecine, consultations, HAD, etc.

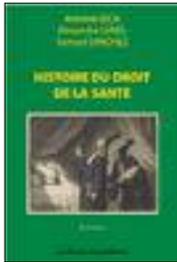
Il est certain que la technologie permet et permettra rapidement ce saut qualitatif. Reste à organiser globalement le système de santé pour avoir un dispositif cohérent. ■

Source : Chan M., Campo E., Estève D., Fourniols JY. *Smart homes — Current features and future perspectives, Maturitas* 64 (2009) 90-97.



© DR

À LIRE



Histoire du droit de la santé

Antoine LECA, Alexandre LUNEL, Samuel SANCHEZ.

S'il existe de nombreux ouvrages sur l'histoire de la médecine, ceux traitant de l'histoire du droit de la santé sont beaucoup plus rares.

Histoire du droit de la santé propose un voyage dans le temps, de l'époque romaine au « modèle français » actuel, en passant par le Moyen-Âge et surtout la Révolution, qui s'est traduite par la réorganisation de l'institution hospitalière et la réforme de la profession médicale.

Si le 20^{ème} siècle a été marqué par l'ingérence croissante de l'État dans la sphère de la santé, il a aussi, paradoxalement, vu le développement d'un droit spécifique, axé sur une logique d'autonomisation du patient.

Cet ouvrage didactique permet de mieux comprendre la construction du droit de la santé et de mieux cerner quelles pourraient en être les évolutions à l'avenir. ■



© DR



Les déserts médicaux

Avec la contribution de : Jean-Philippe AGRESTI, Yvon BERLAND, Antoine LECA, Hervé MAUREY, Guylène NICOLAS
Sous la direction de Caroline BERLAND-BENHAIM, Urbain NGAMPIO-OBÉLÉ-BÉLÉ.

Grande préoccupation des pouvoirs publics au cours de ces quinze dernières années, le phénomène des « déserts médicaux » n'est pourtant pas confirmé par les statistiques, qui, au contraire, font apparaître que la densité médicale de la France est supérieure à celle de la plupart de ses voisins européens.

L'ouvrage *Les déserts médicaux* apporte un éclairage différent sur cette problématique, en l'abordant en termes de santé publique. Il traite notamment de la question de la liberté

d'installation, fondement de la médecine libérale « à la française », mais également des futures évolutions de la démographie médicale dues aux concepts nouveaux de délégation, de transfert de compétences et de coopérations entre professionnels de santé.

Enfin, il présente le modèle anglais, qui fait la part belle à la planification de l'offre de soins par les pouvoirs publics, par l'intermédiaire du National Health Service. ■

ACTU

**DES RECOMMANDATIONS
CONJOINTES DE L'ACADÉMIE
DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
POUR ENCADRER LE RECOURS
AU « HORS-AMM »**

En novembre 2014, les Académies de Médecine et de Pharmacie ont publié des recommandations conjointes, destinées à encadrer le recours au hors-AMM (autorisation de mise sur le marché) et à renforcer l'information sur cette pratique.

Les deux institutions constatent que du fait des réticences à lancer de nouveaux essais cliniques pour des extensions d'indication de médicaments anciens, les situations de non-respect strict de l'AMM de certains médicaments sont de plus en plus nombreuses, de même que les situations dans lesquelles le médicament est purement et simplement prescrit hors de son AMM.

Dans ce cas, les deux Académies rappellent que la prescription hors-AMM doit prendre

**MALTRAITANCE CHEZ L'ENFANT :
REPÉRAGE ET CONDUITE À TENIR,
UNE FICHE MÉMO DE LA HAS**

Réalisée dans la continuité des travaux de la Haute Autorité de Santé sur la question des violences interpersonnelles et leur impact sur la santé, cette fiche mémo, publiée en octobre 2014, vise à repérer les enfants maltraités, ou ceux en passe de l'être, ainsi qu'à les protéger par des mesures adéquates.

Elle s'adresse à tous les professionnels de santé susceptibles de faire ce repérage, notamment les médecins (généralistes, pédiatres, psychiatres) et les personnels des structures d'accueil de la petite enfance et des structures médico-sociales. Dans ce contexte délicat, dans lequel protéger

appui sur des publications scientifiques de « bons niveaux de preuve », telles que des conférences internationales ou nationales, des recommandations de sociétés savantes, etc.

Les deux institutions appellent à limiter ces prescriptions hors-AMM à des cas spécifiques, et dans des conditions particulières telle que, par exemple, une mise en œuvre du traitement si possible à l'hôpital pour les traitements ambulatoires, et en dehors des cas particuliers de grossesse ou d'allaitement.

Le patient doit impérativement être informé des raisons du recours à la prescription hors-AMM et une surveillance renforcée doit être mise en œuvre afin de signaler au plus vite tout effet indésirable.

Les deux Académies recommandent de recourir plus largement aux recommandations temporaires d'utilisation (RTU), créées par la loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des

l'enfant est une obligation légale, ces professionnels sont souvent désarmés et isolés.

La fiche mémo vise à rompre cet isolement et à fournir aux praticiens des outils clairs et efficaces. Elle se présente en trois parties distinctes :

- le repérage de la maltraitance (signes aussi bien physiques que psychiques, indices comportementaux, situation des parents, anamnèse, etc.) et la conduite à tenir (avec une distinction selon qu'il s'agit ou non d'une situation d'urgence) ;
- les cas particuliers tels que la mort inattendue du nourrisson, le syndrome du bébé secoué ou encore les maltraitances sexuelles intrafamiliales, sujets sur lesquels

produits de santé du 29 décembre 2011, afin de mieux encadrer ces pratiques hors-AMM en cas d'absence d'alternative thérapeutique.

Enfin, constatant le déficit de connaissance des recommandations professionnelles par les professionnels de santé, les Académies recommandent la mise en place d'une campagne destinée à souligner l'importance du respect de l'AMM, du résumé des caractéristiques du produit (RCP) et des recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) et de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM). De même, les médecins doivent être informés des éventuelles répercussions sur leur responsabilité lorsqu'ils prescrivent hors-AMM, par le biais de la formation initiale ou du développement professionnel continu (DPC).

Ces recommandations sont consultables sur <http://www.academie-medecine.fr/articles-du-bulletin/publication/?idpublication=100366> ■

des points spécifiques doivent être recherchés ;

- une annexe comportant une partie consacrée aux aspects législatifs et réglementaires, et un modèle de signalement établi conjointement par le Conseil de l'Ordre des médecins, le ministère de la Justice, le ministère de la Santé et les associations de protection de l'enfance.

Si cette fiche ne règle pas toutes les situations, elle a le mérite d'apporter une aide aux professionnels, souvent démunis face à ces situations difficiles et inquiets des éventuelles répercussions de leur signalement.

Elle est consultable sur le site Internet de la HAS : www.has.fr ■

→ RETROUVEZ les articles de **RESPONSABILITÉ** sur responsabilite-medicale.fr et l'analyse des décisions civiles, pénales et avis CCI par spécialité sur www.risque-medical.fr

Informez-vous, c'est sans risque !



15-232 - 05/2015

PUBLICITÉ



Rendez-vous sur prevention-medicale.org,

- la référence scientifique sur la gestion du risque médical et paramédical,
- un site d'information et une plateforme dédiée à la formation des professionnels de la santé.

