

MARS 2023 / N° 87 / VOLUME 23

RESPONSABILITÉ

REVUE DE FORMATION SUR LE RISQUE MÉDICAL



SOMMAIRE



DOSSIER

VIE PROFESSIONNELLE

ANALYSES DE DÉCISIONS

© GETTY IMAGES



RETROUVEZ les articles de **RESPONSABILITÉ** sur
www.macsf.fr/Nos-publications/A-la-une/revue-responsabilite

RESPONSABILITÉ

REVUE DE FORMATION SUR LE RISQUE MÉDICAL

COMITÉ DE PARRAINAGE

Pr René Amalberti
Médecin expert gestion des risques

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

Pr Roger Henrion
Membre de l'Académie de médecine

Pierre Joly
Président de la Fondation pour la recherche
médicale

Dr Jacques Pouletty
Président d'honneur du Sou Médical

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

Gérard Vincent
Délégué général de la Fédération
hospitalière de France

CONSEIL DE RÉDACTION

PRÉSIDENT

Dr Jacques Lucas
Président de l'Agence du Numérique
en Santé (ANS)

MEMBRES

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

Pr Dominique Bertrand
Professeur émérite de santé
publique Université Paris 7 Denis
Diderot

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 de MACSF
SGAM

Dr Jean-François Gérard-Varet
Président d'honneur du Sou Médical

Dr Thierry Houselstein
Directeur médical, MACSF

Dr Xavier Laqueille
Président d'honneur de MACSF assurances

Dr Catherine Letouzey
Médecin interniste

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

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

M^e Catherine Paley-Vincent
Avocat à la Cour

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

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

Stéphanie Tamburini
Juriste MACSF

RÉDACTION

Directeur de la publication
Nicolas Gombault

Rédacteur en chef
Germain Decroix

Assistante de rédaction
Sandrine Layani

Conception et réalisation
Sophie Magnin

ÉDITEUR

Revue trimestrielle éditée par MACSF,
société d'assurance mutuelle
10 cours du Triangle de l'Arche
92919 LA DEFENSE CEDEX
Tél. : 01 71 23 80 80
macsf.fr

Dépôt légal : mars 2023
ISSN : 2491-4657

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



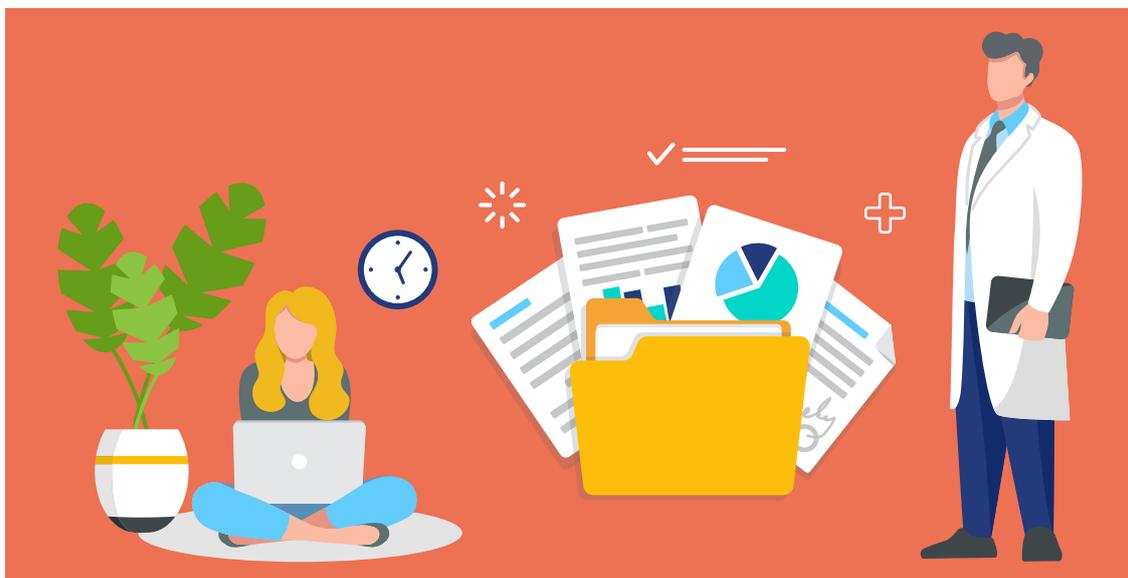
CRÉDIT ILLUSTRATION : SOPHIE MAGNIN



Réforme du 3^e cycle des études médicales : de la formation initiale à l'ouverture aux médecins en exercice

Portée par les deux ministères de tutelle, Ministère de la Santé et Ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche, et effective pour les étudiants depuis la rentrée universitaire 2017, la réforme du 3^e cycle des études médicales, c'est-à-dire de la formation aux spécialités à travers l'internat, est issue d'une gestation prolongée. Elle se poursuit avec l'ouverture prochaine des formations aux médecins en exercice, comme la loi de santé de 2016 et ses textes d'application l'avaient laissé entendre. Elle concernera donc bientôt un certain nombre de professionnels, dans un objectif de réorientation professionnelle ou de diversification de l'exercice.

PR BENOÎT SCHLEMMER, PROFESSEUR ÉMÉRITE, DOYEN HONORAIRE, FACULTÉ DE MÉDECINE ET UNIVERSITÉ PARIS CITÉ - ANCIEN CHARGÉ DE MISSION « RÉFORME DU 3^e CYCLE DES ÉTUDES MÉDICALES » (2015-2020) - CHARGÉ DE MISSION « ACCÈS DES MÉDECINS EN EXERCICE AU 3^e CYCLE DES ÉTUDES MÉDICALES », MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION - MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE



➤ Pourquoi une réforme du 3^e cycle ?

• Mieux répondre aux besoins de santé

Il s'agissait d'abord de mieux prendre en compte les évolutions de la médecine et le progrès médical ; ensuite de satisfaire aux exigences de lisibilité et de qualité de la formation, au regard notamment des standards internationaux, qui privilégient dans un très grand nombre de pays des formations axées sur l'acquisition des compétences de chaque métier et l'usage de modalités pédagogiques modernes.

Ce que les « anciens » ont connu était à certains égards anachronique : avec pour certaines spécialités (par exemple chirurgicales), la nécessité de valider un DES (Diplôme d'études spécialisées), puis un DESC (Diplôme d'études spécialisées complémentaires) pour accéder à la spécialité et obtenir sa qualification.

Le DESC se déroulait pour partie pendant l'internat et pour partie, au moins un an, en post-internat, par exemple sur un poste de Chef de clinique-Assistant (CCA)

ou d'Assistant des hôpitaux ; si bien que l'on pouvait avoir été nommé enseignant (CCA) dans une spécialité dans laquelle on n'était pas encore qualifié... ! Dans bien des spécialités, et alors même que le DES avait été validé, un post-internat était usuel pour accéder aux compétences de la spécialité, abordées parfois tardivement et incomplètement dans le cursus de l'internat.

Désormais, au terme de la formation de troisième cycle, les DES délivrés aux étudiants, parfois assortis de la validation d'une option complémentaire, attestent de l'acquisition de l'ensemble des compétences nécessaires à l'exercice professionnel usuel de la spécialité.

La délivrance du DES, au terme d'un cursus appuyé sur une maquette de formation en lien avec le référentiel de chaque spécialité, confère la qualification professionnelle, et après inscription définitive à l'Ordre des médecins, l'autorisation d'exercice. Le post-internat, qui n'est pas obligatoire, devient un « post-DES », selon des modalités variées, comme autant de modes d'entrée dans la vie professionnelle.

- **Réguler la formation et la démographie de toutes les spécialités**

Le second objectif a été de familiariser l'ensemble des spécialités médicales, c'est-à-dire d'en fixer par avance les effectifs, un impératif pour les pouvoirs publics, en charge de répondre à des besoins de santé et de décider combien de professionnels doivent être formés dans chacune des 44 spécialités, comme dans chaque région du territoire national.

Les DESC ont disparu, et un certain nombre de DESC ont été transformés en DES (DES chirurgicaux, gériatrie, médecine d'urgence...).

- **Rénover les modalités de la formation et de suivi des étudiants**

Le troisième objectif a été de mieux préciser, au travers de maquettes plus prescriptives et opposables, les contraintes de la formation, tant théorique que pratique, et de s'appuyer sur l'usage de modalités pédagogiques modernes (e-learning, simulation, auto-apprentissage et auto-évaluation...).

« Les DES délivrés aux étudiants attestent de l'acquisition de l'ensemble des compétences nécessaires. »

« L'accès à la spécialité est plus précoce et plus dense que par le passé. »

Il est de plus prévu d'assurer un accompagnement rapproché de l'étudiant au travers d'un contrat de formation, d'un portfolio étudiant et de modalités d'évaluation précises de l'acquisition des connaissances et compétences nécessaires à l'exercice de la spécialité.

Le suivi de l'étudiant est également appuyé sur la désignation d'un référent enseignant au sein de la spécialité, qui sert de « coach » et contribue à l'évaluation régulière et personnalisée du parcours de formation, et à l'orientation de l'étudiant vers son exercice professionnel futur.

- **Une dynamique de formation progressive aux compétences de chaque métier**

L'organisation de la formation a donc prévu trois phases dans l'apprentissage (« socle », « approfondissement » et « consolidation »), témoignant d'une gradation dans l'acquisition des compétences de la spécialité.

L'accès à la spécialité est plus précoce et plus dense que par le passé. Les étudiants de 3^e cycle accèdent en effet à leur spécialité dès la première année de DES, ce qui n'était pas toujours le cas par le passé, et la pratiquent en stage un plus grand nombre de semestres obligatoires que précédemment.

Ils sont sous statut universitaire d'étudiant pendant toute la durée de leur formation, ce qui présente l'intérêt de rappeler aux universités et aux enseignants leurs responsabilités à leur égard.

En stage, ils sont sous le **statut d'interne** durant les trois ou quatre premières années (phases 1 et 2), et sous un **statut de Docteur Junior**, qui remplace celui d'interne à la fin de la formation (phase 3), durant une année dans les spécialités médicales (hors médecine générale) et deux années dans les spécialités chirurgicales et interventionnelles.

Cette dernière phase, dite de consolidation, est une étape « pré-professionnelle » en « autonomie supervisée », comme cela était déjà connu dans le DES de médecine générale. Il faut, pour y accéder, avoir

soutenu sa thèse de médecine et être inscrit sur une liste spéciale à l'Ordre des médecins.

La qualification dans la spécialité n'est cependant octroyée qu'en fin de parcours, par la validation du DES, et permet l'entrée dans la vie professionnelle en pleine responsabilité.

Le passage d'une phase de formation à une autre est subordonné à la validation de l'acquisition des connaissances et compétences propres à la phase écoulée.

Chaque discipline universitaire a dû réfléchir au référentiel de compétences de sa spécialité et le décliner selon les trois phases prévues. Des références à un ensemble de compétences transversales (de santé publique, de sécurité des soins, de relation avec les patients, de conduite de la recherche clinique, etc.) sont également prévues dans les textes généraux et dans les maquettes des différentes formations.

« La qualification dans la spécialité permet l'entrée dans la vie professionnelle en pleine responsabilité. »

Certains DES comportent des options accessibles à une fraction des étudiants de la spécialité. Lorsque les options de certains DES sont partagées par plusieurs spécialités, elles sont appelées formations spécialisées transversales (FST).

Options et FST sont « qualifiantes » pour un ensemble de compétences complémentaires exercées dans le cadre de la spécialité d'origine, mais ne créent pas de nouvelle spécialité à exercice exclusif.

Il y a pour ces options ou FST une régulation démographique analogue à celle des DES.

Les durées totales de formation sont à ce jour :

- de 3 ans en médecine générale, et probablement bientôt 4 ans, dans le cadre d'une révision complète de la maquette de formation de cette spécialité ;
- de 4 ou 5 ans dans les spécialités médicales et la biologie médicale ;

- de 6 ans dans les spécialités chirurgicales et interventionnelles.

La durée des DES de 3 et 4 ans est prolongée d'une année pour les étudiants autorisés à poursuivre une formation complémentaire au titre d'une option ou d'une FST.

Les lieux de stage ouverts aux étudiants doivent être sélectionnés sur un ensemble de critères qui garantissent la qualité de la formation et de l'encadrement, et ce, phase par phase du parcours de formation.

La procédure d'agrément des lieux de stage, ou des maîtres de stage pour les stages ambulatoires (MSU), dont le déroulé est sous la responsabilité des universitaires, est donc dévolue au coordonnateur universitaire du DES et à la Commission de coordination de la spécialité, œuvrant sous l'autorité du doyen de la faculté.

Les agréments des lieux de stage sont différenciés selon les phases de formation : une même structure produit ainsi des projets pédagogiques différents pour les phases initiale, intermédiaire et de consolidation, selon le type d'agrément souhaité.

Ils devront inclure des critères concernant les activités médicales, l'encadrement et le nombre de DES pouvant être pris en charge.

Le périmètre des activités de soin qui seront déléguées aux étudiants en autonomie supervisée (phase III, de consolidation) doit notamment être précisé, en application des textes réglementaires.

Non seulement les CHU et les centres hospitaliers publics, mais aussi des centres et maisons de santé et certaines structures privées peuvent accueillir des étudiants en formation, éventuellement en ambulatoire, le tout bien sûr, sous réserve du dépôt d'un projet pédagogique et d'agrément de la structure (ou des MSU) par les Commissions prévues à cet effet.

Des Commissions de coordination de spécialité, sous la responsabilité d'un coordonnateur universitaire, assurent pour chaque DES l'organisation de la formation conformément aux maquettes officielles ainsi que le suivi des étudiants et la validation de leur parcours.



« Des Commissions de coordination assurent l'organisation de la formation, le suivi des étudiants et la validation de leur parcours. »

➤ Conduite du parcours et accompagnement de l'étudiant

La réforme de « l'internat », ou du 3^e cycle des études médicales, est exigeante. Elle l'est pour les étudiants mais également pour tous ceux qui sont leurs partenaires dans leur parcours de formation. C'est le cas des universitaires - prioritairement responsables du suivi des étudiants - mais pas seulement. Car c'est aussi le cas de l'ensemble des formateurs - et donc des professionnels - appelés, à travers l'agrément des lieux de stage, à former l'ensemble des étudiants, sur tout le territoire national, à l'exercice de leur spécialité. Mais également pour certains d'entre eux à des activités plus spécialisées, ou de recours, nécessitant des compétences spécifiques ou des plateaux techniques adaptés.

Le cursus offert aux étudiants dans le cadre de la réforme du 3^e cycle vise, d'une manière générale, à rapprocher la formation de l'exercice du futur métier, à travers l'acquisition des connaissances et des compétences propres de la spécialité et la découverte des différentes modalités d'exercice du métier.

Il est rappelé à cet égard que les responsables universitaires (directeurs d'UFR, coordonnateurs de la spécialité), en lien avec les Agences Régionales de Santé (ARS) et avec les organisations représentatives des internes, doivent assurer une certaine diversité de lieux de stages dans l'offre de formation pratique (stages en CHU, stages dans les autres établissements de santé, hôpitaux publics

et ESPIC, mais également établissements privés – sous couvert de l'obtention de l'agrément pour l'accueil des internes, structures ambulatoires, y compris libérales).

Le suivi des étudiants est assuré de façon plus collégiale que par le passé. C'est le rôle dévolu pour toutes les spécialités à la Commission de coordination de la spécialité.

Les commissions :

- Assurent la préparation des dossiers d'agrément des lieux de stage en lien avec les responsables de ces mêmes lieux, et également en lien avec les représentants des internes.
- Statuent d'une manière générale sur la complétion par l'étudiant du parcours prévu par la maquette du DES, et plus particulièrement sur la validation de chaque phase de formation, permettant l'accès à la phase de formation suivante.
- En fin de phase III, elles statuent sur l'opportunité de délivrer le DES, conférant la qualification dans la spécialité.

Les maquettes de formation et les textes généraux relatifs à la conduite du 3^e cycle permettent d'adapter le parcours de l'étudiant à l'évaluation régulière dont il bénéficie : ainsi ont été prévues les possibilités de stage supplémentaire, de façon à assurer l'acquisition des compétences du métier, voire de réorientation, dans les cas d'inaptitude à l'exercice de la spécialité.

➤ La réforme du 3^e cycle est une chance

Avec un parcours de formation densifié, modernisé, exigeant, appuyé sur des outils pédagogiques modernes, sur un renforcement de la formation pratique aux compétences du métier, tant cliniques que techniques, avec un accompagnement mieux codifié de l'étudiant et un engagement plus marqué de l'ensemble des formateurs, avec la possibilité de découvrir de façon élargie les différentes modalités d'exercice de la profession, les parcours de DES doivent répondre de façon plus adaptée aux besoins médicaux de la population, au développement plus marqué de la prévention et aux évolutions des métiers, largement impactés par les innovations médicales.

Il ne faut pas omettre d'y intégrer la nécessaire sensibilisation des jeunes professionnels au décroisement des modes d'exercice (ville/hôpital) et aux

coopérations professionnelles entre spécialités et entre professions de santé, largement appelées toutes à s'impliquer dans la prévention, dans le suivi des maladies chroniques et la réadaptation.

➤ Une nouvelle dimension : l'ouverture des formations de 3^e cycle aux médecins en exercice

Prévu par la loi depuis 2016, puis par un décret de 2017, et par un arrêté de 2022, l'accès des médecins en exercice aux formations de 3^e cycle des études médicales vise à mieux répondre aux besoins de santé, notamment dans des spécialités en tension démographique.

Il vise également à répondre à certaines situations individuelles nécessitant une réorientation professionnelle, ou aux vœux de certains praticiens de pouvoir évoluer dans l'exercice de leur métier de médecin, dans le cadre d'un changement de spécialité ou dans l'exercice de leur spécialité d'origine.

Cette procédure se met en place en 2023.

• Cet accès peut se faire

- Soit vers un « 2^e DES », dans le but d'obtenir une qualification dans une spécialité qui n'était pas la spécialité d'exercice initiale ; dans ce cas, et au terme du parcours de formation, la spécialité initiale sera abandonnée au bénéfice de celle dans laquelle on aura été nouvellement qualifié (l'exercice concomitant de deux spécialités est impossible en France).
- Soit vers une formation complémentaire, option d'un DES ou formation spécialisée transversale (FST), dans le but d'élargir son champ de compétences au sein de la spécialité exercée et de permettre une modulation dans l'exercice de cette spécialité.

« La réforme du 3^e cycle confère un parcours de formation exigeant qui s'appuie sur des outils pédagogiques modernes. »

Dans les deux cas (DES ou option/FST) le référentiel de formation est celui du 3^e cycle des études médicales, notamment celui prévu par la maquette de formation du DES ou de l'option/FST.

• Régulation

Cet accès est néanmoins fortement régulé par les pouvoirs publics sur la base d'un arrêté ministériel



annuel (à paraître au printemps) fixant par DES, par option ou FST, et par région ou par subdivision (CHU), le nombre de places ouvertes à la formation, dans le cadre de ce qui est en quelque sorte une nouvelle voie de qualification par la formation continue.

En vue de la préparation de cet arrêté, c'est aux ARS qu'il revient de faire remonter vers l'ONDPS (Observatoire national de la démographie des professions de santé), à la fois les besoins de santé des territoires et les vœux de réorientation de professionnels, transmis par les spécialités, par les UFR de médecine ou par les Conseils départementaux de l'Ordre des médecins.

Cette voie de qualification « secondaire » ne se substitue pas aux voies de qualification existantes (qualification ordinale, VAE universitaire) ; elles viennent les compléter, en offrant à des professionnels déjà qualifiés des possibilités de réorientation professionnelle plus ou moins marquée, sous responsabilité universitaire et sur la base des référentiels de compétences sur lesquels les maquettes de formation de 3^e cycle ont été bâties.

• **Modalités de candidature et de sélection des candidats**
Après parution de l'arrêté d'ouverture des places à la formation, par spécialité (DES) ou par formation

complémentaire (option de DES ou FST), et par subdivision/région, les candidatures seront à déposer auprès de l'UFR de médecine de son choix, à raison d'une seule candidature par an, dans une seule UFR.

Il n'y a pas de limite d'âge. Il n'y a pas de limite au nombre de candidatures, qui peuvent être renouvelées chaque année, le cas échéant.

La constitution du dossier de candidature est prévue par la réglementation et donne une large place à la motivation du candidat, à son parcours professionnel et à l'expérience accumulée, de même qu'à son projet professionnel et d'insertion.

La sélection des candidats est assurée par la commission régionale de coordination de la spécialité, dont la composition a été étendue à un représentant de l'ARS, à un représentant de la spécialité (autre que ceux qui y figurent au titre de l'université) et à un représentant du Conseil départemental de l'Ordre des médecins du département siège de l'ARS, enfin, lorsque la candidature à une FST le justifie, à un représentant des enseignants de la FST considérée.





Les candidats présélectionnés sont ensuite auditionnés par la commission. Les candidats retenus figurent sur une liste d'admission ; une liste complémentaire est possible lorsque le nombre de candidatures retenues excède le nombre de places ouvertes à la formation.

La même commission, dont les décisions ont un caractère définitif, fixe pour chaque candidat retenu le programme de formation qui lui est imposé, au regard à la fois de la maquette de formation et de son parcours, autorisant éventuellement une part de validation des acquis (VAE) et un aménagement de la durée et du contenu de la formation, sans pouvoir excéder le seuil de 50 % de ce qui est prévu par la maquette.

La durée de formation varie donc de 6 mois à 2 ans pour les options de DES et les FST, de 18 mois à 6 ans pour les DES, compte tenu de leur durée de formation fixée par les maquettes de 3^e cycle et des aménagements éventuels dont bénéficie le candidat retenu à l'issue du processus de sélection.

• Déroulé du parcours

La formation des candidats retenus, tant au plan théorique que pratique, débute au 1^{er} novembre suivant. Une inscription universitaire est obligatoire. La formation en stage a lieu dans les lieux de stage (ou chez les MSU) agréés au titre des formations de 3^e cycle des études médicales.

Le coordonnateur de la spécialité, éventuellement assisté du responsable de la FST, est en charge du suivi du professionnel en reformation. Les modalités de validation du parcours sont les mêmes que pour les étudiants de 3^e cycle en formation initiale.

• Position statutaire et rémunération

Ce sont des points, ici développés sous réserve, pour lesquels les arbitrages ministériels sont en effet encore attendus pour le printemps 2023.

Le statut universitaire est celui d'étudiant, soit en formation initiale, soit en formation continue. Il impacte le montant des droits universitaires. Des précisions sont également attendues à cet égard.

Le statut « fonctionnel » sera assez différent, selon que l'on est entré dans un parcours de formation à une nouvelle spécialité (2^e DES) ou dans un parcours de formation complémentaire (option ou FST).

Un statut administratif commun devrait être défini, situant ce professionnel en reformation entre le statut des internes et celui des assistants, probablement guère éloigné de celui de Docteur junior.

Dans le cas d'une formation à une option de DES ou à une FST, le praticien en formation reste dans sa spécialité et y développe son champ de compétences.

« La commission fixe pour chaque candidat retenu le programme de formation qui lui est imposé. »

Par exemple, un cardiologue souhaitant acquérir par cette voie une qualification complémentaire en cardiologie interventionnelle reste un cardiologue et son intégration dans des structures agréées pour la cardiologie interventionnelle ne pose guère de problème. Il devrait pouvoir continuer à prendre des gardes, ou à exercer sa spécialité, par exemple en remplacement, à côté de ses obligations de formation en stage.

Même chose pour un généraliste accédant à la FST d'addictologie ou à celle de médecine du sport.

Dans le cadre de la formation à une nouvelle spécialité (2^e DES), avec un programme plus long et plus dense, cela apparaît en revanche plus difficile. Quoique Docteur en médecine « l'étudiant » ne possède évidemment pas d'emblée les compétences de la spécialité à laquelle il se forme, si bien que l'accès à une certaine autonomie, but de la formation, ne se fera que de manière décalée et de façon progressive.

Les profils des professionnels accédant à un 2^e DES ou à une formation complémentaire (option ou FST) seront sans doute assez variés, en fonction de leur parcours préalable et de leur spécialité de destination, avec des programmes pédagogiques différenciés qui conduiront à leur dessiner un profil de fonctions en stage taillé sur mesure et évoluant au cours de leur formation.

La rémunération en stage de ces médecins en reformation n'est pas encore arrêtée ; elle sera déclinée de celle qui existe en formation initiale, sans doute étoffée de primes. S'y ajouteront peut-être pour certains des aides à la reconversion, notamment en cas de réorientation de nécessité, ou en lien avec certains besoins de santé, et selon des modalités propres à leur statut initial, libéral ou salarié (notamment du secteur public).

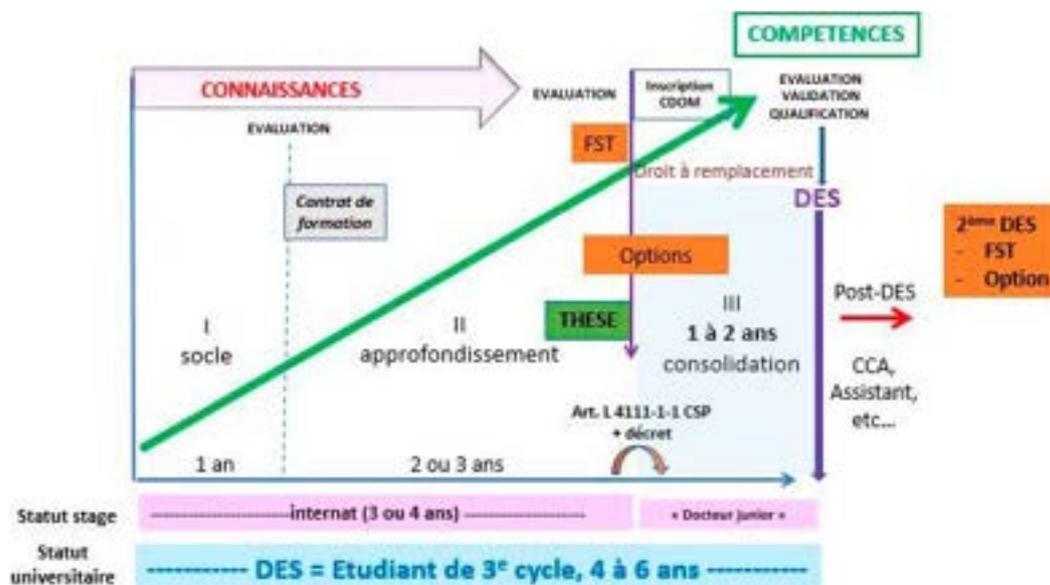
PERSPECTIVES

La réforme du 3^e cycle a bouleversé la formation des spécialistes. Certains de ses points ont déjà subi des évolutions, dans la durée de formation ou dans leur contenu pédagogique. Il y en aura sans doute d'autres, pour mieux répondre aux enjeux de formation et aux besoins de santé, de même qu'à l'évolution des métiers en lien avec le progrès médical.

Son déploiement depuis 2017 appelait, par souci de cohérence, une refonte de la formation de 2^e cycle, également appuyée sur la notion d'un accès progressif aux compétences nécessaires à l'exercice médical. Elle assurera l'orientation progressive des étudiants vers des groupes de spécialités, au nombre de treize, isolées ou partageant des champs de compétences communs ou adjacents, par exemple deux groupes dans les spécialités chirurgicales. Ces réformes constituent une véritable révolution et nécessiteront sans doute des ajustements dans l'avenir.

L'ouverture des formations de 3^e cycle aux médecins en exercice peut permettre un ajustement des effectifs de médecins au regard de certains besoins de santé, de même que la prise en compte de la nécessaire évolution des métiers ou du souhait de professionnels de vouloir évoluer dans leur parcours. Le processus prévu par la réglementation, ouvert pour la première fois en 2023, devra sans doute être rôdé, évalué, peut-être ajusté, de même que la réglementation qui s'y applique, en cherchant l'équilibre entre les besoins de santé, la planification qui en résulte, et les souhaits des professionnels, séduits par la possibilité de parcours professionnels moins rigides que par le passé. ■

DYNAMIQUE DE FORMATION/STATUT - TOUTES SPÉCIALITÉS (HORS MG*)



Objectifs :

- professionnalisation de la formation,
- médecins opérationnels dès le post DES.

* MG : DES de médecine générale ; depuis 2017, 3 ans : pas de phase III ; 4^e année en discussion.

Coordination des médecins spécialistes : un nouvel outil

Les équipes de soins spécialisés (ESS) ont été introduites par la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (2019). Elles permettent la coordination des médecins spécialistes avec les professionnels du territoire, au service d'une meilleure accessibilité et qualité des soins pour la population. De quoi s'agit-il exactement ?

M^E ARTHUR DECOSTANZI, AVOCAT AU BARREAU



© GETTY IMAGES

« L'ÉQUIPE DE SOINS SPÉCIALISÉS CONSTITUE UN NOUVEL OUTIL DE GROUPEMENT DES MÉDECINS SPÉCIALISTES. »

➤ Les équipes de soins spécialisés, quelle composition ?

La composition des équipes de soins spécialisés est précisée par l'article L. 1411-11-1 du Code de la santé publique qui prévoit « qu'une équipe de soins spécialisés est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins spécialistes d'une ou plusieurs spécialités hors médecine générale (...) ».

L'équipe de soins spécialisés constitue ainsi le pendant spécialisé des équipes de soins primaires définies à l'alinéa 1^{er} du même article.

Le cadre fixé est très souple en ce qu'il permet la constitution d'équipes spécialisées d'une ou plusieurs spécialités, ce qui peut notamment permettre les regroupements de compétences par

complémentarité à l'instar des pôles au sein des établissements de santé.

➤ Quels objectifs pour les équipes de soins spécialisés ?

L'équipe de soins spécialisés constitue un nouvel outil de regroupement des médecins spécialistes, hors spécialité de médecine générale dont les objectifs sont multiples, tant pour les

professionnels y participant que pour les usagers du système de santé.

• **Pour les médecins spécialistes**

La coopération interprofessionnelle et l'échange permis par ces regroupements entraîneront :

- une amélioration des pratiques professionnelles ;
- un recentrage sur leur domaine spécialisé ;
- un accès favorisé à différents plateaux techniques grâce à une meilleure coordination avec les acteurs de santé du territoire.

Cette structuration est d'autant plus appréciable que plusieurs spécialités médicales rencontrent aujourd'hui des carences démographiques importantes dans de nombreux territoires, y compris urbains.

• **Pour les patients**

Cette structuration permettra une amélioration de :

- l'accessibilité aux soins spécialisés en fluidifiant les parcours de soins ;

- la qualité des soins par une meilleure coordination des équipes de soins spécialisés avec les acteurs du territoire.

➤ **Quelle place dans le système de santé pour les équipes de soins spécialisés ?**

Les ESS viennent compléter les dispositifs déjà existants en matière de coordination de l'offre de soins sur les territoires (Equipes de Soins Primaires, Maisons de Santé Pluri-professionnelles, Centres de Santé, Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, etc.).

Ce nouvel outil à la disposition des médecins spécialistes s'inscrit dans la volonté du législateur d'améliorer la structuration des parcours afin d'offrir le bon soin, au bon moment, au bon endroit.

« LES ESS VIENNENT COMPLÉTER LES DISPOSITIFS DÉJÀ EXISTANTS EN MATIÈRE DE COORDINATION DE L'OFFRE DE SOINS SUR LES TERRITOIRES. »

Ces équipes deviendront, de manière certaine, des interlocuteurs privilégiés des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et des établissements de santé.

➤ **Quels financements pour les équipes de soins spécialisés ?**

La question des modalités de financement des équipes de soins spécialisés constituera une condition essentielle de leur déploiement et de leur pérennisation.

L'avenant n° 2 à l'accord interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé prévoit l'observation des expérimentations engagées en la matière par une commission paritaire nationale afin « d'identifier au mieux les missions et les organisations pertinentes, et définir les modes de rémunération ».

Pour l'heure, l'exemple le plus abouti d'ESS a pu bénéficier d'un budget d'amorçage pour les 18 premiers mois de son action, par l'ARS Île-de-France, de 80 000 €.

➤ **Quelle structure juridique pour porter l'équipe de soins ?**

Bien que le législateur n'ait pas précisé le véhicule juridique susceptible de porter les équipes de soins spécialisés, l'association apparaît, pour l'instant, comme la structure à privilégier.

La souplesse de son organisation permettra l'ajustement de son cadre au fur et à mesure des précisions qui seront apportées.

À NOTER

La fixation du cadre juridique définitif de ces structures dépendra des orientations qui seront données dans le futur et notamment des financements qui pourront leur être alloués. A moins que le législateur ne décide de créer à l'instar des SISA, une forme juridique spécifique. ■



© ADOBE STOCK

Votre cabinet médical et paramédical est-il aux normes d'accessibilité ?

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, prévoit une accessibilité pour tous les Etablissements Recevant du Public (ERP). Ces établissements doivent permettre à toute personne de pouvoir y accéder, y circuler et recevoir les informations transmises. Les cabinets médicaux sont-ils soumis à cette obligation d'accessibilité ? Quelles en sont les règles ?

MARION GACHIGNAT, JURISTE, MACSF

➤ Qu'est-ce qu'un établissement recevant du public ?

Constituent des établissements recevant du public tous bâtiments, locaux et enceintes dans lesquels des personnes [extérieures] sont admises, soit librement, soit moyennant une rétribution. « *Sont considérées comme faisant partie du public toutes les personnes admises dans l'établissement à quelque titre que ce soit, en plus du personnel.* » (article R143-2 code de la construction et de l'habitation).

Le cabinet médical est donc bien un ERP, de 5^e catégorie (recevant au maximum 300 personnes).

Votre cabinet ne sera en revanche pas considéré comme un ERP s'il est situé dans votre lieu d'habitation, à la condition que l'entrée et les cheminements du cabinet soient communs à ceux de votre habitation.

Au contraire, si votre cabinet est indépendant de votre habitation (même situé dans le même bâtiment), et que vous disposez de deux entrées distinctes pour le cabinet et l'habitation, il sera considéré comme un ERP et devra satisfaire aux règles d'accessibilité.

➤ Quelles sont vos obligations pour que votre cabinet soit considéré comme accessible ?

Votre cabinet doit être accessible à toute personne, quel que soit son handicap : moteur, visuel, auditif, mental...

Le cabinet en lui-même, mais également ses abords, doivent être accessibles : place de stationnement adaptée, cheminements extérieurs, accès au bâtiment, accès à la salle de soins...

« VOTRE CABINET DOIT ÊTRE ACCESSIBLE À TOUTE PERSONNE, QUEL QUE SOIT SON HANDICAP. »

Ainsi, pour qu'il soit accessible à tous vos patients, et notamment à ceux porteurs de handicap, il faudra une absence de marches ou la mise en place d'une rampe pour s'y substituer, un ascenseur accessible, des portes suffisamment larges pour qu'un fauteuil roulant puisse passer, une signalétique lisible par tous, un éclairage adapté, des interrupteurs et poignées à hauteur, etc.

Il est possible de ne rendre accessible aux personnes en situation de handicap qu'une partie du cabinet, à condition que l'ensemble des prestations de celui-ci puisse y être assuré.

Si votre cabinet dispose de toilettes ouvertes au public, celles-ci doivent également être accessibles à tous vos patients. Il n'existe toutefois aucune obligation de mettre des toilettes à disposition de vos patients, auquel cas, si celles-ci restent privées, vous n'avez pas à les mettre aux normes.

➤ Comment savoir si mon cabinet est aux normes ?

Vous pouvez savoir si votre cabinet remplit les normes d'accessibilité en faisant votre [auto diagnostic ERP](#).

Cet auto diagnostic vous permettra d'avoir une idée du niveau d'accessibilité de votre bâtiment et des solutions pour améliorer celui-ci (sans passer par un architecte, et donc éviter des coûts supplémentaires).

« VOUS POUVEZ SAVOIR SI VOTRE CABINET REMPLIT LES NORMES D'ACCESSIBILITÉ EN FAISANT VOTRE AUTO DIAGNOSTIC ERP. »

➤ Quelle procédure pour réaliser les travaux d'accessibilité ?

Si vous devez faire des travaux pour rendre votre cabinet accessible, il convient de faire valider les travaux, aménagements et dérogations auprès de la mairie de votre lieu d'exercice. La réponse peut être longue, jusqu'à 4 mois. Si l'administration garde le silence pendant 4 mois à compter de la réception du dossier, cela vaut accord.

Si les travaux nécessitent une autorisation préalable de travaux, un volet de celle-ci concerne l'accessibilité. Si l'autorisation de travaux est accordée, cela signifie que la partie sur l'accessibilité est validée.

➤ Quelle procédure pour déclarer l'accessibilité de votre cabinet ?

Si votre cabinet est aux normes, vous devez adresser une attestation d'accessibilité à la préfecture. Cette attestation peut être complétée en ligne.

Si votre cabinet est un ERP de catégorie 5 (ce qui sera majoritairement le cas en cas de cabinet médical), une déclaration sur l'honneur est suffisante.

Il conviendra également d'adresser une copie de cette attestation d'accessibilité à la mairie de la commune où se trouve votre cabinet.

➤ Les dérogations aux obligations d'accessibilité

Si votre cabinet est une nouvelle construction, aucune dérogation ne peut être demandée, les normes d'accessibilité doivent obligatoirement être intégrées dans le projet.

Pour les bâtiments existants, il est possible de solliciter des dérogations, qui peuvent être de 4 types :

- Impossibilité technique (caractéristiques du terrain, présence de constructions existantes, ERP donnant sur trottoir trop petit pour apposer une rampe...).
- Préservation d'un patrimoine architectural : bâtiments classés ou situés dans le champ de visibilité de ce type de bâtiment.
- Lorsque les copropriétaires du bâtiment s'opposent à la réalisation de mise en conformité. La cause de refus la plus courante est le refus de rendre accessibles les parties communes.
- Disproportion manifeste entre les améliorations apportées et leur coût ou leurs effets sur l'usage du local : coût des travaux tel qu'il pourrait entraîner le déménagement de l'activité ou une réduction importante de celle-ci et de son intérêt économique.

Les demandes de dérogation sont adressées au préfet du département qui rend sa décision après avis conforme de la commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité.

Les dérogations sont souvent partielles, il convient de mettre aux normes tout ce qui est possible et la dérogation ne sera que ponctuelle. Par exemple, si votre cabinet se trouve dans un immeuble classé avec un ascenseur trop petit pour accueillir un fauteuil roulant, la dérogation ne concernera que ce point, et vous devrez tout de même être aux normes s'agissant des autres handicaps (signalétique, identification et signalement des marches...).

Pour chaque demande de dérogation, vous devez rédiger une fiche détaillée précisant :

- les règles d'accessibilité handicap et PMR auxquelles vous souhaitez déroger ;
- les éléments du projet auxquels ces règles s'appliquent, en les localisant sur les plans ;
- les motifs qui justifient la demande de dérogation ;
- les mesures de substitution proposées.

Dans le dossier de dérogation pour impossibilité technique, il convient de fournir une attestation d'un professionnel (généralement un architecte) attestant de l'impossibilité technique de la mise aux normes.

Il vous faut également préciser les solutions envisagées pour pallier cette mise aux normes (rendez-vous à domicile pour les patients qui ne peuvent être reçus par exemple).

Il vous faudra présenter autant de demandes de dérogation que de points techniques ciblés.

➤ Si vous reprenez un cabinet, la dérogation obtenue par votre prédécesseur est-elle transmissible ?

Les dérogations aux règles d'accessibilité des établissements recevant du public accordées pour les 3 premiers cas de dérogation sont pérennes, car ces dérogations sont attachées au local et non à la personne qui les demande.

En revanche, la dérogation accordée pour raison financière, est, quant à elle, attachée à la personne qui la sollicite et peut



© GETTY IMAGES

être réévaluée. Il vous faudra donc effectuer une nouvelle demande de dérogation si vous reprenez un cabinet.

➤ Le registre public d'accessibilité

Vous devez rédiger un registre public d'accessibilité pour informer vos patients des conditions d'accessibilité de votre cabinet.

Il permet de mettre à leur disposition les documents que vous avez transmis à l'administration et les réponses que vous avez reçues de celle-ci.

« POUR CHAQUE DEMANDE DE DÉROGATION, VOUS DEVEZ RÉDIGER UNE FICHE DÉTAILLÉE. »

Une fiche de synthèse du registre doit être accessible à tous, simple et compréhensible et sera habituellement affichée à l'accueil de votre cabinet. Il existe des [supports pré remplis](#) pour vous faciliter la tâche.

➤ Vous êtes locataire de votre cabinet, qui doit effectuer les travaux de mise en conformité ?

Rien n'est prévu dans la Loi. Il convient donc de se référer au contrat de bail.

C'est pourquoi il est essentiel d'en discuter avant la signature du bail et de bien préciser, par écrit, dans le contrat, qui du bailleur ou du locataire devra prendre en charge les travaux de mise aux normes d'accessibilité, afin d'éviter toute mauvaise surprise.

➤ Quelles sanctions en cas d'absence de mise aux normes d'accessibilité ?

Si votre cabinet ne respecte pas les normes d'accessibilité et que vous n'avez pas obtenu de dérogation, vous risquez :

- La fermeture de l'ERP pour non-respect des règles d'accessibilité.
- Le remboursement de la subvention qui aurait été admise, ou refus d'une subvention.
- Une amende de 45 000 €.
- Une interdiction d'exercice.
- Une peine d'emprisonnement en cas de récidive. ■

Acidocétose diabétique : une urgence parfois trompeuse en médecine de ville

Nous vous présentons un cas d'acidocétose non diagnostiquée chez un diabétique de type 1 connu et assimilé à une gastroentérite. L'occasion de rappeler l'importance d'évoquer ce diagnostic devant tout diabète décompensé et de rechercher la présence d'acétone.

DR BRUNO LISSAK, MÉDECIN-CONSEIL, MACSF

➤ **Hyperglycémie, nausées, vomissement chez un diabétique : évoquer l'acidocétose**

Un médecin généraliste est appelé auprès d'un patient diabétique de type 1 âgé de 21 ans, dont la maladie évolue depuis 7 années, traitée par 4 injections d'insuline quotidiennes (une d'action lente et trois d'action rapide) : il se plaint depuis environ 30 heures de nausées, vomissements.

L'insulinothérapie a été interrompue par le patient, la dernière injection d'insuline date de 24 heures.

Notre confrère évoque une gastroentérite ayant la notion d'un contage familial 3 jours plus tôt et prescrit un traitement symptomatique : il ne mesure pas la glycémie capillaire, n'établit pas de prescription écrite de l'insulinothérapie et conseille oralement de ne pas reprendre l'insuline tant que l'alimentation est impossible avec vomissements.

Le médecin rappelé le lendemain, découvre son patient dans un état léthargique, avec une hyperglycémie au-dessus des possibilités de mesure du lecteur et appelle le 15 : le médecin urgentiste constate un Glasgow à 7, une TA à 9 avec une fréquence cardiaque à 100/minute.

À l'hôpital est diagnostiquée une acidocétose diabétique sévère avec coma vigil, glycémie à 4,6 g/l, pH à 6,8.

Malgré une prise en charge réanimatoire immédiate, l'évolution sera marquée par 2 arrêts cardio-circulatoires, 9 jours de coma avec un handicap neurologique lourd : troubles dystoniques (oro-mandibulaires,

des deux membres supérieurs et parfois du membre supérieur droit par diffusion), une bradykinésie, une malvoyance, des troubles de communication ainsi qu'une hémiparésie droite.

➤ **Ne pas évoquer l'acidocétose : une erreur diagnostique considérée comme fautive**

Le spécialiste en endocrinologie a considéré les soins médicaux donnés comme inadaptés,

les manquements étant nombreux dans le cas présent :

- défaut d'examen clinique ;
- défaut de contrôle de glycémie capillaire ;
- défaut de recherche d'acétonurie ;
- défaut de prescription et réalisation d'injection d'insuline ;
- défaut d'évaluation de la gravité.

Concernant l'imputabilité, il sera considéré qu'une prise en charge conforme

par le médecin aurait évité l'évolution de cette acidocétose aboutissant à deux arrêts cardiaques aux séquelles neurologiques gravissimes.

➤ **Quels enseignements tirer de cette affaire ?**

- **Le risque d'acidocétose chez le diabétique de type 1 est élevé**

multiples sont les circonstances où elle peut apparaître :

- une infection ou une maladie intercurrente (infection urinaire, pneumonie, gastroentérite) ;
- un événement stressant ou un

traumatisme, une crise cardiaque, un accident vasculaire cérébral ou une intervention chirurgicale ;

- un traitement à l'insuline inadéquat (omission d'une injection d'insuline ou dose insuffisante).

« UNE PRISE EN CHARGE CONFORME PAR LE MÉDECIN AURAIT ÉVITÉ L'ÉVOLUTION DE CETTE ACIDOCÉTOSE ABOUTISSANT À DEUX ARRÊTS CARDIAQUES AUX SÉQUELLES NEUROLOGIQUES GRAVISSIMES. »



© GETTY IMAGES



© GETTY IMAGES

« LA PERSONNE DIABÉTIQUE DOIT CONTINUER À PRENDRE SON INSULINE SELON LES DOSES HABITUELLES PRESCRITES EN L'AJUSTANT SELON LES RÉSULTATS DE GLYCÉMIE CAPILLAIRE »

- **Les signes d'alerte pour le patient et le médecin qui le prend en charge**
- Une douleur abdominale.
- Des nausées et des vomissements.
- Une asthénie.
- Une confusion, une léthargie, faiblesse, somnolence prononcée.
- Une respiration rapide puis profonde et difficile.
- Une peau sèche et froide ; une diminution de la transpiration.
- Une soif et une évacuation de l'urine excessives.
- Un taux de glucose sanguin élevé.
 - La présence d'acétone dans le sang ou les urines.
 - Une perte de poids rapide.
 - Une odeur particulière de l'haleine, dite cétonique : sucrée et fruitée sont les signes de l'urgence.

Le défaut d'apport d'insuline par rapport aux besoins du moment fait apparaître cette complication aiguë gravissime du diabète.

Même si la personne diabétique s'alimente sensiblement moins durant les jours de maladie, elle doit continuer à prendre son insuline selon les doses habituelles prescrites en l'ajustant selon les résultats de glycémie capillaire.

L'arrêt de l'insuline qui entraîne une carence majeure en insuline, ou le fait de diminuer les doses d'insuline en cas de maladie sous prétexte que l'on n'a pas faim sont les « erreurs à ne pas commettre » qu'on apprend aux diabétiques.

- **Les conseils habituels lors d'une maladie chez un diabétique de type 1**
- Mesurer la glycémie plus souvent : toutes les 2-4 heures ou plus souvent, si nécessaire.
- Prendre l'insuline comme d'habitude, en adaptant la dose à la glycémie.
- Mesurer la température et prévenir la déshydratation par transpiration causée par la fièvre.
- Si la glycémie est supérieure à 14 mmol/L, mesurer les corps cétoniques dans le sang ou l'urine toutes les 2 à 4 heures ou plus souvent, si nécessaire.
- Maintenir les apports de glucides et l'hydratation.
- Contacter un médecin ou se rendre aux urgences en cas de glycémie supérieure à 20 mmol/L avec présence de corps cétoniques ou de vomissements continus et incapacité de boire.

➤ **Point d'attention : la traçabilité**

Le praticien consultant un diabétique de type 1 décompensé devra préciser dans son observation qui sera horodatée :

- les signes cliniques (perte de poids, TA, fréquence cardiaque, vigilance, température, état d'hydratation) ;
- la mesure de la glycémie et le résultat de la recherche d'acétone (dans le sang ou les urines).

En l'absence de traçabilité de ces éléments, sa responsabilité pourra être retenue. ■

SOURCES
 A1D n° 8 - Diabète de type 1 chez l'adulte
 GUIDE MALADIE CHRONIQUE - Mis en ligne le 24 avril 2014.

Perforation gastrique : un dîner mémorable...

L'ingestion d'un corps étranger peut présenter des risques importants si elle n'est pas correctement diagnostiquée et prise en charge. Un médecin urgentiste l'a appris à ses dépens, dans une affaire que nous vous présentons.

DR CAROLE GERSON, MÉDECIN-CONSEIL, MACSF

➤ Une perforation œsophagienne à la suite d'un dîner

Vers 19h, un urgentiste en clinique reçoit une patiente de 60 ans, sans antécédent particulier, qui consulte pour une impression de « blocage alimentaire » depuis le dîner de la veille où elle a mangé avec appétit une côte de porc...

L'examen est sans particularité, la « gêne » est mal précisée mais tolérable, la patiente disant ne pas pouvoir s'alimenter mais pouvoir boire. Un TOGD (transit œsogastroduodénal) est prescrit à faire en externe. Celui-ci, réalisé le lendemain, se révèle normal. Il est conclu à l'absence de corps étranger intra-œsophagien et à l'absence de stagnation du produit de contraste.

Sur demande du service de radiologie, la patiente est revue aux urgences où un autre urgentiste lui prescrit un traitement symptomatique avec pansements gastriques, son retour à domicile étant décidé. Des consignes de nouvelle consultation en cas de persistance ou d'aggravation sont données.

Le lendemain, la patiente se plaint cette fois de violentes douleurs dorsales et de l'hypochondre droit ainsi que de sueurs et de palpitations. Elle est conduite par son mari aux urgences du centre hospitalier voisin où une TDM (tomodensitométrie), réalisée en urgence, met en évidence un pneumomédiastin et, en regard de T5, une perforation œsophagienne par une probable esquille...

Une fibroscopie confirme une perforation œsophagienne (double) et une probable fistule oesobronchique et permet le retrait de l'esquille. Une prothèse œsophagienne est mise en place et sera retirée un mois après.

Les suites sont marquées par l'apparition d'une collection hydroaérique pleurale gauche qui est drainée puis, à distance, par une thrombose de la veine jugulaire interne et de la veine cave supérieure imposant une héparinothérapie curative.

Après deux mois d'hospitalisation, la patiente regagne son domicile, mais est arrêtée pendant encore 8 mois, avant de faire valoir ses droits à la retraite.

➤ Une perte de chance retenue par la CCI

Lors de l'expertise, la patiente dit être plus fatiguée depuis cet accident et ressentir régulièrement des douleurs basi thoraciques gauches. Pour autant, les séquelles s'avèrent mineures en pratique, évaluées à hauteur d'un déficit fonctionnel permanent de 4 % avec un préjudice esthétique de 3/7 du fait de la cicatrice de thoracotomie et de drainage. L'état de la patiente ne justifie ni une inaptitude ni une tierce personne.

L'expert chirurgien viscéral rappelle que devant un tel tableau, l'examen de référence à demander était une fibroscopie gastrique, examen dont la patiente, en l'absence d'urgence clinique ressentie, n'aurait pu bénéficier avant 24 heures.

Ainsi, le choix fait par le premier urgentiste de demander en première intention un TOGD peut être considéré comme une alternative « valable », même si « *non strictement conforme aux recommandations du SNFGE* ». Le premier urgentiste est donc dédouané de toute responsabilité. Ce d'autant que, d'après l'expert, la symptomatologie initiale, marquée par une « gêne » plutôt que par des douleurs intenses, permettait de penser que la perforation était initialement « bouchée », donc peu symptomatique. C'est d'ailleurs ce qu'a confirmé la normalité du TOGD réalisé le lendemain.

La relecture des clichés lors de l'expertise n'objectivant aucune anomalie, et en particulier aucune extravasation de produit de contraste, le radiologue est également mis hors de cause. Son interprétation des clichés n'est pas critiquable.

Enfin, le second urgentiste, devant une dysphagie et des douleurs irradiant dans le dos, aurait pu demander une TDM plutôt que de temporiser. Néanmoins, il a pu être rassuré par la normalité du TOGD et, compte tenu des difficultés habituelles du diagnostic de perforation de l'œsophage, rien ne peut lui être reproché...

L'expert conclut son rapport de manière un peu ambiguë : il précise que si le dommage, consistant en l'évolution d'une médiastinite avec pleurésie purulente gauche et thrombose veineuse profonde, est bien en rapport avec la pathologie initiale (la perforation œsophagienne), le retard de diagnostic et donc de prise en charge thérapeutique a pu indirectement majorer le dommage...

Tel ne sera cependant pas l'avis de la CCI. Elle estime que le dernier urgentiste a manqué de prudence au regard des troubles cliniques persistants, ce qui a fait perdre une chance de subir des complications moindres. La perte de chance est évaluée par la Commission à 20 %. ■



© GETTY IMAGES

N'OUBLIEZ PAS...

Cette histoire nous donne l'occasion de rappeler que si la grande majorité des corps étrangers (alimentaires ou pas) sont éliminés naturellement, le recours à une endoscopie s'avère nécessaire dans 10 à 20 % des cas. La nécessité d'une exérèse par voie chirurgicale est heureusement exceptionnelle, de l'ordre de moins de 1 % des cas.

Toute suspicion, clinique ou d'interrogatoire, d'impaction d'un corps étranger ingéré, visible ou pas par un simple cliché radiographique, impose la réalisation d'une TDM dans les meilleurs délais.

En fonction du type d'objet ou d'aliment ingéré, de sa localisation dans le tractus digestif haut et de la symptomatologie (obstruction partielle ou complète), le délai maximal pour espérer l'absence de complication et l'évacuation sous endoscopie ne doit pas excéder :

- 6 heures pour certains corps étrangers impactés dans l'œsophage (pile, objet pointu, tranchant, tableau d'obstruction),
- 24 heures pour ceux non sténosants.

Le risque de complications graves du fait d'un corps étranger œsophagien serait en effet multiplié par 14 au-delà de 24 heures : outre le risque de perforation et d'hémorragie, il existe alors un risque d'inhalation en cas d'obstruction complète de l'œsophage.

La localisation gastrique permet de temporiser davantage et de prévoir une endoscopie :

- au maximum dans les 24 heures pour les objets ou aliments tranchants ou pointus, ceux de plus de 6 cm de long ou de plus de 2,5 cm de large ;
- jusqu'à 72 heures pour les autres.

À noter enfin* que du fait d'un risque de perforation œsophagienne lors du traitement sous endoscopie des corps étrangers localisés au niveau œsophagien, il était souvent conseillé de les « pousser » dans l'estomac plutôt que de tenter leur extraction. Il semblerait que désormais, ces risques n'ayant pas été démontrés comme étant supérieurs, l'extraction soit préconisée dès le premier échec d'une tentative d'évacuation vers l'estomac.

Sur le plan médico-légal, comme nous l'avons vu ici, la CCI, pas plus que les magistrats, n'est tenue par les conclusions expertales, même si, paradoxalement, ni la CCI ni les magistrats ne peuvent se dispenser d'une expertise médicale pour pouvoir trancher les questions de responsabilité !

NOTE

* Corps étrangers du tractus digestif supérieur chez l'adulte.



Oui,
votre responsabilité
civile professionnelle
doit aussi vous

protéger

**dans vos nouvelles
pratiques**



Ensemble, prenons soin de demain