

JUN 2023 / N° 88 / VOLUME 23

RESPONSABILITÉ

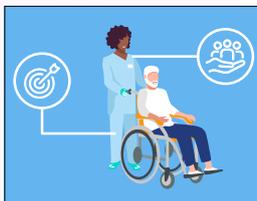
REVUE DE FORMATION SUR LE RISQUE MÉDICAL



SOMMAIRE



DOSSIER



**Prise en charge en EHPAD :
missions et responsabilité
des différents intervenants**

VIE PROFESSIONNELLE

ANALYSES DE DÉCISIONS

© ADOBE STOCK



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

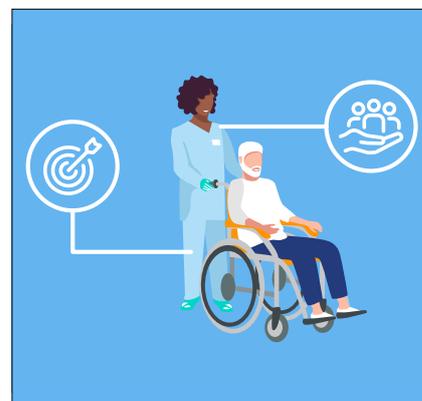
Conception et réalisation
Sophie Magnin

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 : juin 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



Médecin coordonnateur d'EHPAD/ médecin traitant : un équilibre encore difficile à trouver pour les prescriptions médicales

Le positionnement du médecin coordonnateur d'EHPAD à l'égard du médecin traitant des résidents est délicat : bien qu'en charge du projet général de soins et de la définition des bonnes pratiques gériatriques, il ne peut pour autant encadrer les prescriptions des médecins libéraux qui interviennent dans l'établissement.

Le décret du 5 juillet 2019 a apporté quelques précisions sur ce point, sans toutefois répondre à toutes les interrogations.

STÉPHANIE TAMBURINI, JURISTE, MACSF

➤ Un positionnement délicat par rapport au médecin traitant

Le médecin coordonnateur élabore le projet général de soins, et en coordonne la mise en œuvre au sein de l'EHPAD. Pour ce faire, il bénéficie d'une autorité fonctionnelle sur l'équipe soignante, majoritairement paramédicale, qui lui permet d'exercer son rôle d'encadrement et d'animation de l'équipe.

Mais il n'intervient pas qu'auprès des professionnels de l'établissement : il doit également coordonner l'intervention des médecins généralistes intervenant à titre libéral auprès des résidents, au sein de l'EHPAD.

Pour autant, il ne dispose à leur égard d'aucune autorité fonctionnelle. En effet, ces médecins sont des libéraux, dont l'indépendance professionnelle est



garantie par l'article R. 4127-5 du Code de la santé publique (CSP).

S'ils doivent adhérer au projet de l'établissement, ils conservent toutefois toute leur indépendance. Il est donc difficile pour le médecin coordonnateur de se positionner et de savoir « jusqu'où il peut aller » pour promouvoir, auprès des médecins traitants des résidents, l'adaptation des prescriptions aux impératifs gériatriques...

« Le médecin coordonnateur ne dispose d'aucune autorité fonctionnelle à l'égard du médecin traitant. »

Ceux-ci doivent se coordonner avec l'équipe de l'établissement, dans le respect de leur indépendance professionnelle. C'est un équilibre difficile à trouver...

➤ Une coordination des prescriptions qui n'est ni un encadrement, ni un contrôle !

Le médecin coordonnateur est l'interlocuteur privilégié des médecins traitants des résidents au sein de l'EHPAD.

Pour faciliter cet exercice, un décret du 30 décembre 2010 a prévu des contrats-types, conclus entre médecins libéraux et EHPAD, pour préciser les rôles et missions de chacun.

Dans ces contrats est mentionnée l'idée selon laquelle le médecin coordonnateur est chargé de l'encadrement des prescriptions médicales auprès des résidents, ce qui pourrait laisser penser qu'il dispose, en la matière, du droit de contrôler, voire d'encadrer, les prescriptions de ses confrères libéraux.

La circulaire du 7 décembre 2012 nous apprend néanmoins que cette disposition doit plutôt s'entendre, non comme un encadrement à proprement parler, mais plutôt comme une coordination de la politique générale du soin de l'établissement, pour permettre la promotion de bonnes pratiques gériatriques. Il ne saurait donc être question pour le médecin coordonnateur d'orienter les prescriptions du médecin traitant, ou de les remettre en cause.

Cet encadrement passe par deux voies :

- une politique cohérente du médicament,
- une lutte contre les iatrogénies médicamenteuses.

➤ Une liste de médicaments à utiliser préférentiellement

Si les médecins libéraux intervenant dans l'établissement restent libres de leurs prescriptions, il appartient néanmoins au médecin coordonnateur de dresser, en collaboration avec eux, une liste des médicaments à utiliser de façon préférentielle dans les prescriptions destinées aux résidents de l'EHPAD.

Cela n'empêchera pas le médecin traitant qui le souhaite de prescrire en dehors de cette liste ; mais au moins existera-t-il une sorte de référentiel commun, susceptible d'orienter la prescription et d'obtenir une certaine forme d'harmonisation pour tous les résidents.

Dans ce système, la liberté de prescription est conservée, mais « guidée » pour obtenir une politique cohérente de prescription.

➤ Un encouragement à la traçabilité dans le dossier du résident

Pour garantir la traçabilité des prescriptions, et ainsi prévenir les risques d'iatrogénie médicamenteuse, le médecin coordonnateur doit veiller à ce que le dossier médical de chaque résident soit complété et renseigné par son médecin traitant, chaque fois qu'il prodigue des soins. Même s'il s'agit d'une obligation pour le médecin traitant, elle n'est pas, en pratique, toujours respectée, par manque de temps ou par difficulté pour accéder aux dossiers médicaux des résidents.

« Des contrats-types conclus entre médecins libéraux et EHPAD précisent les rôles et missions de chacun. »

La bonne tenue du dossier permet de mieux gérer les situations d'urgence, en tenant compte des soins et prescriptions du médecin traitant.

➤ Un lieu d'échanges : la commission de coordination gériatrique

La commission de coordination gériatrique, que préside le médecin coordonnateur, est un lieu d'échanges entre l'équipe soignante de l'EHPAD et les médecins intervenant dans l'établissement à titre libéral.

Il est discuté, en son sein, des bonnes pratiques gériatriques à mettre en place. Malheureusement, il n'est pas toujours aisé de les organiser et de les faire fonctionner, pour des questions pratiques de disponibilité des praticiens. Le décret du 5 juillet 2019 ne prévoit d'ailleurs plus qu'un minimum d'une réunion annuelle, contre deux dans les textes précédents.

➤ Le droit de prescription propre du médecin coordonnateur

Le médecin coordonnateur peut, dans certaines circonstances laissées à son appréciation, réaliser des prescriptions pour les résidents :

- situation d'urgence ;
- risque vital ;
- survenue d'un risque exceptionnel ou collectif nécessitant une organisation adaptée des soins,

incluant la prescription de vaccins et d'antiviraux dans le cadre du suivi des épidémies de grippe saisonnière en établissement ;

- intervention pour tout acte, incluant l'acte de prescription médicamenteuse, lorsque le médecin traitant ou désigné par le patient ou son remplaçant n'est pas en mesure d'assurer une consultation par intervention dans l'établissement, conseil téléphonique ou téléprescription. Les médecins traitants des résidents concernés sont alors, dans tous les cas, informés des prescriptions réalisées.

Ce droit de prescription se limite donc à des situations particulières, dans un contexte où il n'est pas possible d'attendre l'intervention du médecin traitant du résident, y compris à distance. Il n'appartient donc pas au médecin coordonnateur de prescrire de manière habituelle ou régulière, en dehors de tout contexte particulier, et d'ainsi se substituer au médecin traitant.

Mais ce droit de prescription qui lui est reconnu suppose, là encore, une parfaite tenue du dossier médical par le médecin traitant, et des échanges réguliers entre celui-ci et le médecin coordonnateur. ■



« Le médecin coordonnateur peut, dans certaines circonstances réaliser des prescriptions pour les résidents. »

Mauvaise prise en charge d'escarres : responsabilité partagée entre le médecin traitant et l'EHPAD

Le médecin qui laisse l'état de sa patiente en EHPAD se dégrader jusqu'au décès, avec une fracture du pilon tibial non diagnostiquée ni soignée pendant plus de six mois, engage sa responsabilité. Il en va de même pour l'établissement en charge de la résidente, qui ne met en place aucune procédure d'information entre les professionnels de santé ni d'examen clinique régulier.

C'est ce qu'a retenu le Tribunal de grande instance dans un jugement en date du 19 février 2018.

SOPHIE LORIEAU, JURISTE, MACSF

➤ Une amputation évitable ?

Placée par ses deux nièces en résidence médicalisée pour personnes âgées, une femme de 82 ans voit son état de santé se dégrader progressivement avec l'apparition d'escarres sur les jambes.

Elle est finalement hospitalisée, cinq mois après l'apparition des escarres.

Des ulcérations importantes au niveau de la cheville et une fracture du pilon tibial d'allure ancienne sont diagnostiquées.

La nièce de la résidente saisit l'ARS qui diligente une enquête sur les conditions de prise en charge de cette patiente au sein de l'établissement.

Le rapport met en évidence des dysfonctionnements majeurs dans l'organisation et la mise en œuvre de la chaîne médicale et sanitaire, que ce soit au niveau du médecin traitant, du médecin coordonnateur, des infirmiers et des aides-soignants.

La patiente est finalement amputée d'un tiers de la jambe gauche en raison d'un syndrome septique lié à ses escarres et décède quelques temps après d'une désaturation et d'un arrêt respiratoire.

La famille assigne l'établissement et le médecin traitant, estimant que la prise en charge collective de la patiente a été défaillante.

➤ Mauvaise prise en charge d'escarres : une chaîne médicale défaillante

Concernant la prise en charge de cette résidente, l'expert de l'ARS indique dans son rapport :

• La responsabilité du médecin traitant

Devant l'évolution traînante de l'escarre dans un cadre polyartériel, un meilleur suivi était nécessaire et un avis spécialisé demandé plus tôt aurait permis une meilleure prise en charge. Des avis complémentaires simples et non invasifs auraient dû être prescrits.

- Le médecin traitant est donc resté passif face à la dégradation brutale de l'état de la patiente et la persistance de la douleur, pourtant constatée par une infirmière de l'EHPAD.
- Même en l'absence de verbalisation de la part de la patiente, la persistance des douleurs aurait dû alerter.
- L'absence de diagnostic de fracture, et donc de contention, ont favorisé la survenue des complications.

Les juges retiennent une responsabilité du médecin traitant.

• La responsabilité de l'établissement

Le Tribunal retient également une faute de l'établissement pour :

- mauvaise tenue du dossier médical (absence de notion de chute ou de traumatisme) ;

- absence de trace du passage du médecin coordonnateur ;
- absence d'information des familles sur le suivi médical.

Les juges rappellent, comme le précise le rapport de l'ARS, que :

L'escarre de Mme X, son infection et sa gravité résultent bien d'un dysfonctionnement important dans l'organisation et la mise en œuvre des soins au sein de l'établissement.

La prise en charge collective de l'équipe soignante s'est avérée défailante.

Le Tribunal partage la responsabilité à 50 % entre le médecin traitant et l'EHPAD. ■

« La patiente est amputée d'un tiers de la jambe gauche en raison d'un syndrome septique lié à ses escarres et décède quelques temps après. »



© GETTY IMAGES

Placenta : les parents peuvent-ils l'emporter après l'accouchement ?

Ces dernières années, l'utilisation du placenta après l'accouchement pour le consommer a été médiatisée par certaines personnalités, notamment outre-Atlantique. Qu'en est-il en France ? Une parturiente peut-elle réclamer son placenta à l'établissement où son accouchement a eu lieu ? Comment réagir dans ce cas ?

CORALIE MARTIN-LE DÉAN, JURISTE, MACSF

➔ La placentophagie, ou manger son placenta : entre bénéfices controversés et risques possibles pour la santé

La placentophagie consiste à consommer le placenta après l'accouchement, cru, cuit ou sous forme déshydratée puis encapsulée.

Cet organe éphémère :

- aurait des vertus nutritives et énergétiques,
- faciliterait les suites de couches (réduction de la douleur, diminution de la fatigue, prévention de la dépression du post-partum, stimulation de l'allaitement...) en raison de sa haute teneur en hormones, vitamines et minéraux dont le fer.

Plusieurs sites Internet proposent des recettes de cuisine parfois assez audacieuses...

Pourtant, aucune étude scientifique n'a démontré à ce jour les vertus de la consommation de placenta sur la santé. Les quelques études ayant analysé la teneur en hormones et minéraux dans le placenta humain encapsulé concluent que les concentrations moyennes seraient trop faibles pour espérer un bénéfice thérapeutique.

« AUCUNE ÉTUDE SCIENTIFIQUE N'A DÉMONTRÉ À CE JOUR LES VERTUS DE LA CONSOMMATION DE PLACENTA SUR LA SANTÉ. »

En revanche, certains médecins alertent sur les dangers possibles de la placentophagie :

- **risque de contamination** pour les mères (et leur bébé) suite à l'ingestion de placenta

qui n'aurait pas été suffisamment préparé pour détruire tous les virus et bactéries ;

- **risque d'infections** lors de la manipulation du placenta ;
- **risque pour la santé** en raison de l'accumulation de toxines dans cet organe.

Ainsi, aucune étude scientifique ne vient attester des bénéfices de la consommation de cet organe tandis que les risques de contamination sont, quant à eux, bien réels.

➔ Le statut juridique du placenta : la femme n'en est pas propriétaire

L'article 16-1 de notre Code civil rappelle que « le corps humain, ses éléments et ses produits ne peuvent faire l'objet d'un droit patrimonial ». Selon cet article, la femme n'est donc pas propriétaire de son placenta.

« SELON L'ARTICLE 16-1 DU CODE CIVIL, LA FEMME N'EST PAS PROPRIÉTAIRE DE SON PLACENTA. »

Après l'accouchement, il n'existe que deux possibilités :

- **soit le placenta devient un déchet opératoire** et doit suivre la procédure d'incinération prévue pour tous les DASRI (déchets d'activités de soins à risques infectieux) conformément à l'article R. 1335-1 du Code de santé publique ;
- **soit il est collecté dans un but scientifique ou thérapeutique.** En France, la collecte de produits du corps humain est encadrée par la loi de bioéthique de 1994, révisée en 2011. Selon cette dernière, le placenta ne peut être

collecté qu'à des fins thérapeutiques ou scientifiques, si la patiente ne s'y est pas opposée.

Face à ce phénomène et à la création de sociétés proposant de transformer le placenta des femmes en gélules contre rémunération, le ministre de la Santé a précisé à nouveau le statut du placenta.

La circulaire n° 2012-328 du 31 août 2012 relative aux conditions d'utilisation du placenta, du cordon ombilical et des cellules qui les constituent, rappelle le cadre réglementaire : « il est donc interdit aux parturientes de récupérer leur placenta après leur accouchement ou de confier le placenta et/ou le cordon à des organismes qui ne sont pas autorisés à les préparer, les conserver et les distribuer sous quelque forme que ce soit (médicament ou produit cellulaire) ».

À RETENIR

En France, il est ainsi strictement interdit aux différents professionnels de santé de remettre le placenta à la patiente qui en ferait la demande à des fins personnelles.

La même solution vaut pour les demandes de récupération du placenta, non à des fins de consommation, mais pour fertiliser les sols, par exemple. ■

Ouverture et fermeture d'un immeuble en copropriété : quelles sont les règles ?

Vous êtes professionnel de santé et vous avez des questions concernant vos droits et la réglementation applicable au sein de la copropriété pour l'ouverture de porte de l'immeuble ? Voici quelques éléments qui vous permettront d'y voir plus clair.

SOLÈNE WEULERSSE, JURISTE, MACSF

➤ Immeuble en copropriété : quels sont les textes applicables pour l'ouverture et la fermeture ?

Selon l'ordonnance du 10 juillet 1965 fixant le statut de la copropriété des immeubles bâtis, il convient de se référer à l'article 25 : « Ne sont adoptées qu'à la majorité des voix de tous les copropriétaires les décisions concernant (...) les modalités d'ouverture des portes d'accès aux immeubles. En cas de fermeture totale de l'immeuble, celle-ci doit être compatible avec l'exercice d'une activité autorisée par le règlement de copropriété (...) ».

Si la décision n'a pas pu être prise à la majorité de l'article 25 et si le projet a recueilli au moins le tiers des voix de tous les copropriétaires lors du premier vote, il est procédé immédiatement à un second vote et l'assemblée générale se prononce alors à la majorité simple de l'article 24 (article 25-1 de la loi n° 65-557 du 10 juillet 1965 modifié par l'ordonnance n° 2019-1101 du 30 octobre 2019).

➤ Modalités et étendue des décisions rendues en assemblée générale de copropriété

L'assemblée n'est appelée à délibérer sur les modalités d'ouverture de l'immeuble que si ce dernier est équipé d'un dispositif permettant une fermeture totale, c'est-à-dire d'un dispositif de verrouillage permanent empêchant le libre accès.

Ainsi, à partir du moment où une activité est exercée dans un immeuble, la décision de fermer totalement ce dernier doit être soumise à une décision sur les modalités d'ouverture, comme l'a précisé un arrêt rendu par la Cour d'appel (CA Versailles, 4^e ch., 26/09/2011, n° 10/05304).

Il n'est pas nécessaire de délibérer si l'activité n'est pas autorisée dans le règlement de copropriété.

Ainsi, si le règlement de copropriété vous autorise à exercer votre activité mais que vous ne parvenez pas à obtenir l'autorisation des copropriétaires en assemblée générale concernant l'ouverture ou la fermeture de la porte à certains horaires, vous avez la possibilité de saisir le tribunal judiciaire dans les deux mois à compter de la notification de la décision de l'assemblée générale.



« L'ASSEMBLÉE N'EST APPELÉE À DÉLIBÉRER SUR LES MODALITÉS D'OUVERTURE DE L'IMMEUBLE QUE SI CE DERNIER EST ÉQUIPÉ D'UN DISPOSITIF PERMETTANT UNE FERMETURE TOTALE. »

À ce sujet, il a été jugé qu'une résolution adoptée par une assemblée générale de copropriété décidant la fermeture de la porte d'entrée de l'immeuble 24/7, et dont l'ouverture n'était possible que par l'utilisation d'un digicode, était incompatible avec l'exercice d'une activité professionnelle autorisée par le règlement de copropriété.

Cette décision a donc été annulée puisque l'assemblée générale devait prévoir des jours et des heures d'ouverture compatibles avec l'exercice professionnel du médecin (TGI Paris, 8^e Chambre, 9 mars 2011). ■

Infiltrations de corticoïdes et syndrome de Cushing iatrogène

Un syndrome de Cushing après infiltrations est rare. Il peut être considéré comme un aléa thérapeutique mais le praticien doit être vigilant devant certains signes, notamment pour éviter de poursuivre les infiltrations.

DR RICHARD DEVIDAL, MÉDECIN-CONSEIL, MACSF

➤ Qu'est-ce que le syndrome de Cushing ?

Le syndrome de Cushing est un hypercorticisme endogène pouvant s'accompagner de nombreux signes cliniques :

- prise de poids ;
- répartition facio-tronculaire des graisses ;
- « bosse de bison », contrastant avec une amyotrophie des ceintures ;
- vergetures pourpres ;
- peau fine ;
- ecchymoses ;

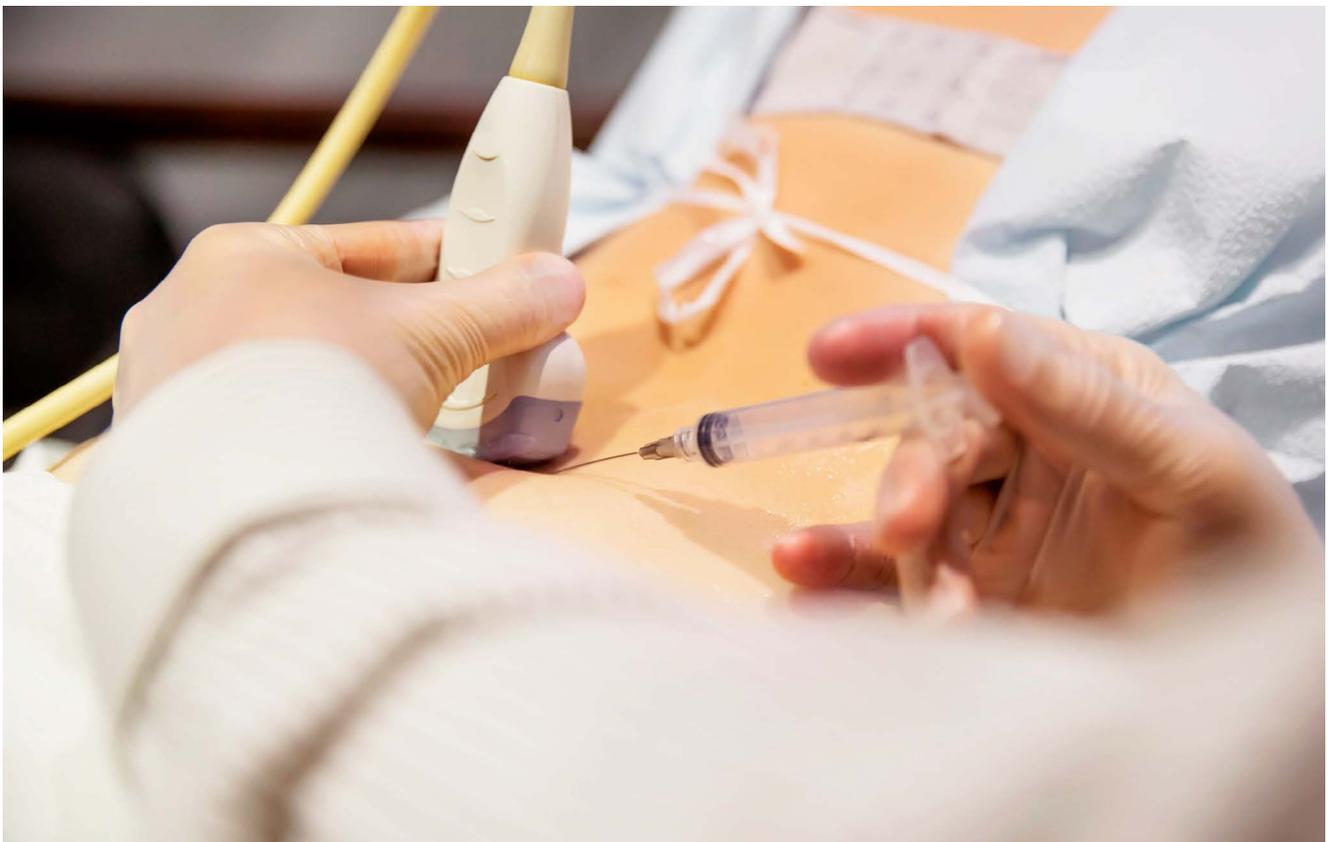
- hyperpilosité ;
- hypertension artérielle ;
- troubles de l'humeur, du sommeil ;
- fractures tassements vertébraux ;
- mycoses.

« LE TERME DE "CUSHING IATROGÈNE" DÉSIGNE UN HYPERCORTICISME EN LIEN AVEC LA PRISE DE CORTICOÏDES EXOGÈNES. »

Au plan biologique peuvent s'observer, de façon non spécifique :

- une anomalie de la glycémie à jeun ou un diabète ;
- une hypokaliémie ;
- une dyslipidémie ;
- des perturbations du bilan hépatique.

Le diagnostic positif du syndrome de Cushing repose sur l'absence de freinage du cortisol plasmatique ou salivaire dosé à 8 heures,



après la prise de 1 mg de dexaméthasone à minuit la veille.

Le terme de « Cushing iatrogène » désigne un hypercorticisme en lien avec la prise de corticoïdes exogènes, quelle que soit leur voie d'administration (per os, infiltration, injection IM, inhalés).

➤ Trois infiltrations de corticoïdes en un an

Une patiente, âgée de 19 ans au moment des faits, souffre de la région lombaire depuis l'année scolaire 2018/2019, période durant laquelle elle aurait exercé en Angleterre en tant que jeune fille au pair.

« L'INDICATION DES INFILTRATIONS LOCALES ÉTAIT PARFAITEMENT JUSTIFIÉE DU FAIT DE L'ÉCHEC DU TRAITEMENT MÉDICAL CONDUIT PRÉALABLEMENT. »

Le 30 novembre 2018, elle consulte son médecin traitant, qui prescrit 15 séances de kinésithérapie ainsi qu'un bilan radiographique du rachis lombaire. Ce bilan conclut à l'existence, à l'étage lombaire, d'une hyperlordose lombaire ainsi que d'une anomalie transitionnelle lombosacrée.

Devant la persistance des phénomènes douloureux, malgré cette prise en charge médicale et kinésithérapique, la patiente consulte un rhumatologue le 5 février 2019. Ce dernier rapporte les phénomènes douloureux à l'atteinte de la charnière lombo-sacrée et propose la poursuite d'un traitement médical par anti-inflammatoire et/ou infiltration locale.

La patiente revoit le rhumatologue le 18 février 2019. Il réalise, sous contrôle échographique, une infiltration bilatérale droite et gauche de l'anomalie transitionnelle lombo-sacrée à l'aide de deux ampoules de Diprostène®.

La persistance de ces phénomènes douloureux lombaires bas conduit le rhumatologue

à intervenir une nouvelle fois en 2019 avec infiltration bilatérale des massifs articulaires postérieurs L5 S1 droit et gauche à l'aide de deux ampoules de Diprostène®.

En septembre 2019, il pratique à nouveau une infiltration bilatérale à l'étage sus-jacent L4 L5 avec également deux ampoules de Diprostène®.

Au décours de ces infiltrations, la patiente développe un syndrome de Cushing dont le caractère iatrogène est confirmé après de nombreux bilans biologiques et paracliniques.

➤ Des doses modérées mais un effet inattendu

Dans le cadre de la procédure civile intentée à l'encontre du praticien, un collège d'experts comportant un rhumatologue et un endocrinologue est nommé. Il conclut comme suit :

«... Madame M. a développé, dans les suites d'un traitement infiltratif pour lombalgie mécanique, un syndrome de Cushing iatrogène. L'indication des infiltrations locales était parfaitement justifiée du fait de l'échec du traitement médical conduit préalablement, associant traitement médical symptomatique et kinésithérapie.

Le syndrome de Cushing iatrogène secondaire à des infiltrations de corticoïdes peut être affirmé chez Mme M. devant :

- la chronologie d'apparition du syndrome de Cushing par rapport aux infiltrations ;
- la dissociation entre le syndrome de Cushing clinique franc et la normalité du CLU/24 h et du test au Dectancyl® 1 mg ;
- l'association d'un syndrome de Cushing clinique avec une insuffisance corticotrope biologique (test au Synacthène® pathologique et ACTH non élevée) ;

- la normalité de l'IRM hypophysaire et du TDM surrénalien.

Aucune autre pathologie ou traitement n'a pu interférer avec la survenue de ce syndrome de Cushing iatrogène...

Les complications étaient inévitables pour n'importe quel opérateur normalement diligent. Le syndrome de Cushing iatrogène est en effet une complication classique mais rare, des infiltrations de corticoïdes...

L'incidence réelle des insuffisances corticotropes post injection intra-articulaire n'est pas connue...

L'incidence du syndrome de Cushing iatrogène après injection intra-articulaire de corticoïdes paraît encore plus rare...

Le syndrome de Cushing iatrogène constitue une complication connue du traitement infiltratif et doit être considéré comme un aléa thérapeutique... ».

RECOMMANDATIONS DE LA MACSF

L'éventualité d'une telle évolution (hypercorticisme, Cushing iatrogène) après infiltrations locales de glucocorticoïdes est assez rare.

Elle reste malgré tout possible et est signalée dans le dictionnaire Vidal, rassemblant les résumés des caractéristiques du produit des médicaments.

Elle doit donc être connue par le praticien à qui il pourrait être reproché de ne pas avoir tracé certains éléments cliniques (poids, TA, état général, état cutané) avant de répéter les infiltrations. ■

Syndrome de Guillain-Barré et vaccination

Quelques heures après s'être fait vacciner par son médecin traitant par le vaccin Boostrixtetra®, un homme de 39 ans présente un syndrome grippal. Six jours plus tard, l'asthénie persiste, des paresthésies des extrémités des 4 membres et une faiblesse musculaire progressive apparaissent qui entraînera une chute au 9^e jour.

DR SABINE DE SMET, MÉDECIN-CONSEIL, MACSF



© ADOBE STOCK

➤ Une paralysie ascendante symétrique...

Après sa chute, le patient sera transporté aux urgences du centre hospitalier voisin où le diagnostic de syndrome de Guillain-Barré sera posé. Il sera dans un premier temps admis en neurologie où un traitement par Tegeline® sera mis en route.

Pour autant, les troubles moteurs s'aggraveront, le patient devenant tétraparétique en 4 jours. Il sera alors transféré en réanimation, intubé et bénéficiera de 6 plasmaphérèses permettant une amélioration de son état et sa sortie au bout de 15 jours.

Il devra cependant rester encore 6 mois en service de médecine puis encore 6 mois dans un service de rééducation avant de pouvoir retourner à domicile et poursuivre sa rééducation en hôpital de jour.

Malgré cette prise en charge, la récupération sera incomplète, le patient présentant encore 2 ans après le syndrome de Guillain-Barré, un déficit incomplet moteur des deux membres inférieurs, la marche ne pouvant se faire qu'avec un steppage.

Il sera également constaté des troubles cognitifs notables (difficultés d'attention, de concentration et de mémoire) et une répercussion psychologique importante liée à cette complication. La reprise du travail ne sera alors possible qu'au prix d'un mi-temps thérapeutique.

Il engagera alors une procédure CCI à l'encontre de son médecin traitant et du laboratoire GSK, fabricant du vaccin, espérant réparation de ses préjudices au titre de l'aléa thérapeutique.

• L'avis rendu par la CCI

Reprenant les conclusions expertales :

- **la CCI écartera toute responsabilité du médecin généraliste** puisque le rappel vaccinal avec une valence coqueluche est recommandé chez l'adulte à l'âge de 25 ans et qu'un rattrapage jusqu'à 39 ans est toujours possible si le rappel n'a pas été fait à 25 ans ;
- **de même, la responsabilité du laboratoire sera écartée**, la survenue d'un syndrome de Guillain-Barré étant un effet indésirable connu, très rare avec ce vaccin (1 cas de syndrome de Guillain-Barré pour 10 000 doses de vaccin Boostrixtetra® injectées) et mentionné sur la notice du produit.

L'aléa thérapeutique sera donc reconnu et la prise en charge des préjudices supportée par l'ONIAM.

➤ Le syndrome de Guillain Barré, un effet indésirable très rare de la vaccination

Cette histoire nous donne l'occasion de rappeler que le syndrome de Guillain-Barré, également appelé polyradiculonévrite démyélinisante aiguë, est une atteinte dysimmunitaire des nerfs périphériques qui se traduit par une paralysie rapide débutant le plus souvent au niveau des membres inférieurs puis remontant vers le haut du corps, pouvant atteindre parfois des muscles respiratoires et les nerfs crâniens.

C'est une maladie potentiellement grave pouvant notamment engager le pronostic vital en cas d'atteinte des muscles respiratoires. La récupération est cependant le plus souvent complète :

- environ 5 % des patients décèdent,
- environ 10 % conservent des séquelles motrices.



© GETTY IMAGES

Le risque de séquelles apparaît d'autant moins important que la prise en charge clinique est précoce. Ce qui, en théorie, devrait amener les médecins « vaccineurs » à mettre en garde de principe leurs patients contre de potentielles complications toujours possibles même si exceptionnelles, et ce, en soulignant la nécessité de reconsulter au plus vite au moindre signe anormal au décours, en particulier sur le plan neurologique.

La grippe est d'ailleurs, tout autant que le vaccin antigrippal, considérée comme un facteur de risque possible du syndrome de Guillain-Barré. Cela peut, dans certains cas, rendre complexe l'affirmation d'une imputabilité du syndrome au vaccin ou à la maladie...

Malgré la gravité de ce type de complication, la balance bénéfique/risque reste donc en faveur de la vaccination, quelle qu'elle soit... ■

Précisons cependant que, dans la majorité des cas, près de deux tiers des cas, le syndrome de Guillain-Barré survient sans qu'aucune vaccination n'ait eu lieu, étant simplement retrouvé un épisode infectieux aigu viral ou bactérien trois semaines à un mois plus tôt.

« LE SYNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ EST UNE MALADIE POTENTIELLEMENT GRAVE QUI PEUT ENGAGER LE PRONOSTIC VITAL. »



Oui,
votre responsabilité
civile professionnelle
doit aussi vous

protéger

**dans vos nouvelles
pratiques**



Ensemble, prenons soin de demain