



# Accident en EHPAD, Qui est responsable ?

Germain DECROIX, MACSF

# Sommaire

- **Quelques données**
- **Des évolutions en perspective**
- **Refus de vaccination par un résident**
- **Covid en EHPAD, une infection nosocomiale ?**
- **Covid, une maladie professionnelle ?**
- **Vos questions**

# Quelques données

# LES CHIFFRES CLES PAR PROFESSION EN 2019

Global	Sociétaires (a)	Déclarations (b)	Sinistralité(c)
Evolution 2019/2018	503 615 (+3,3 %)	4 723 (+0,8%)	0,99 %

Détail par profession	Effectifs au 31/12/2019	Déclarations 2019 (b)	Sinistralité (c)
Médecins	152 185	2 321	1,53 %
Chirurgiens-dentistes	27 989	1 930	6,90 %
Sages-femmes	20 887	29	0,14 %
Infirmiers	120 480	158	0,13 %
Kinésithérapeutes	35 930	104	0,29 %
Vétérinaires	1675	189	11,28 %

29/09/2020

(a) Tous modes d'exercices et professions confondus

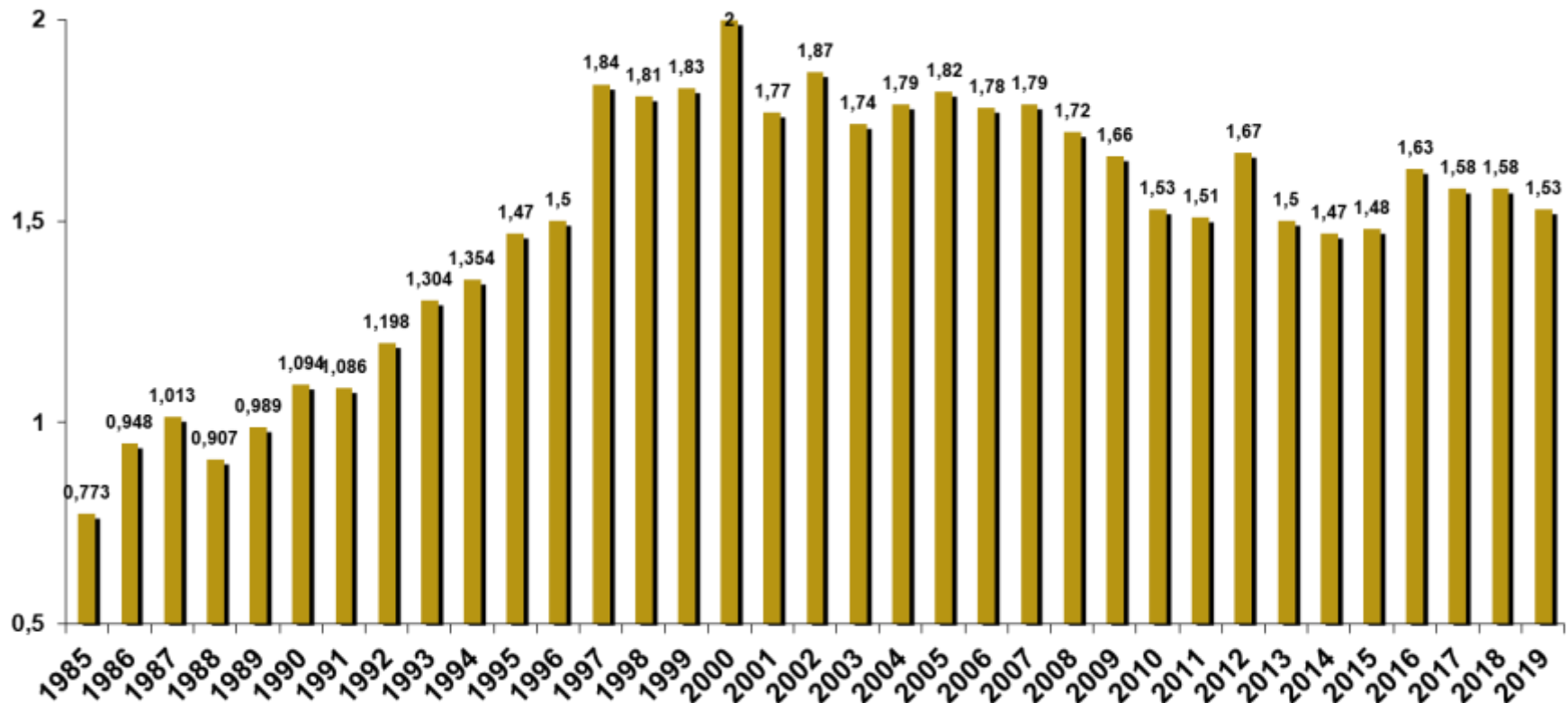
(b) Sinistres corporels (hors cliniques, CTS) et hors matériel

(c) Fréquence du nombre de déclarations pour 100 sociétaires, toutes déclarations confondues, corporel et matériel

# SINISTRALITE (1985-2019)<sup>(a)</sup>

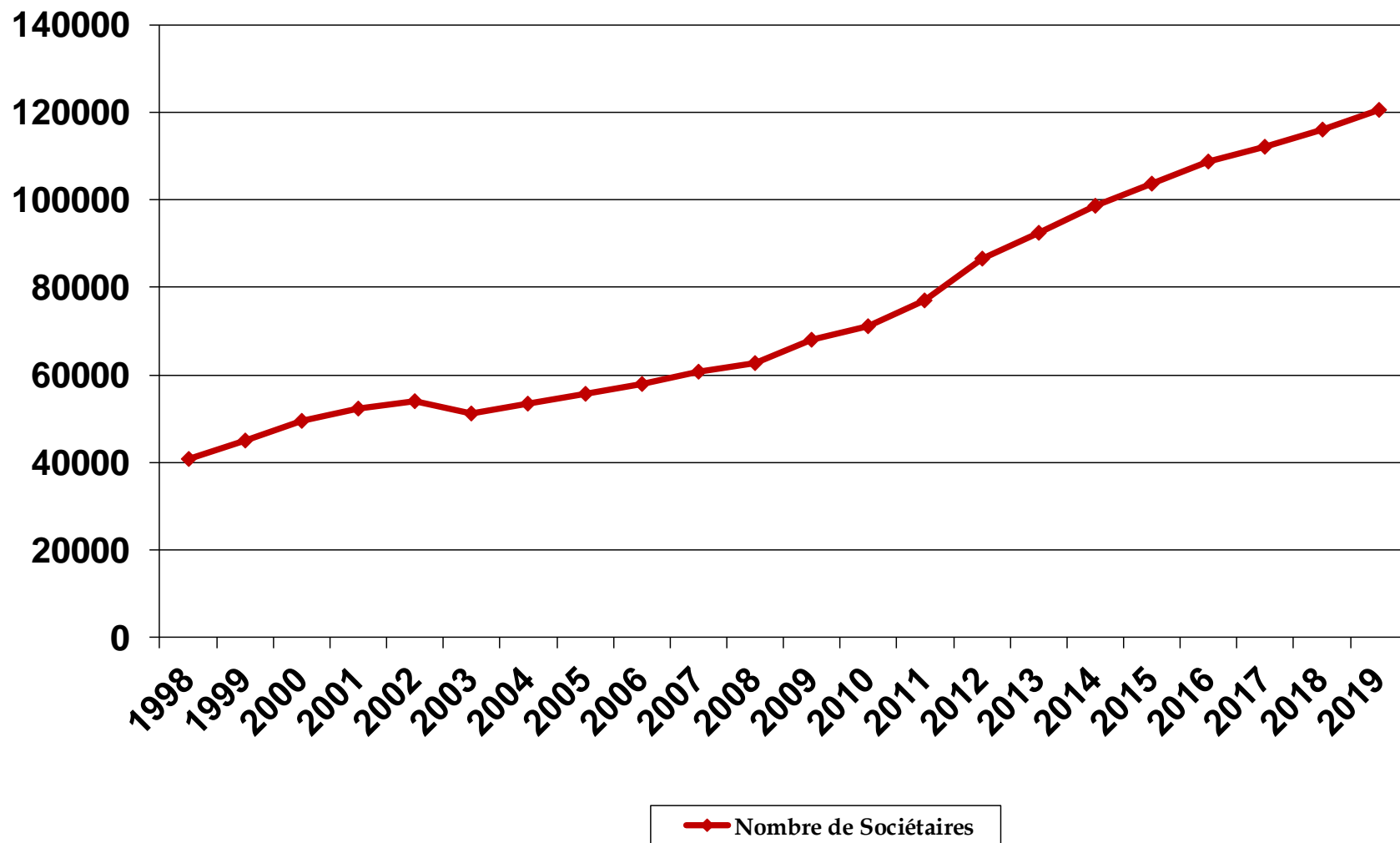
## **MEDECINS** (tous exercices et spécialités confondus)

152 185 sociétaires RCP au 31/12/2019 / 227 298 CNOM 2019 soit 67%

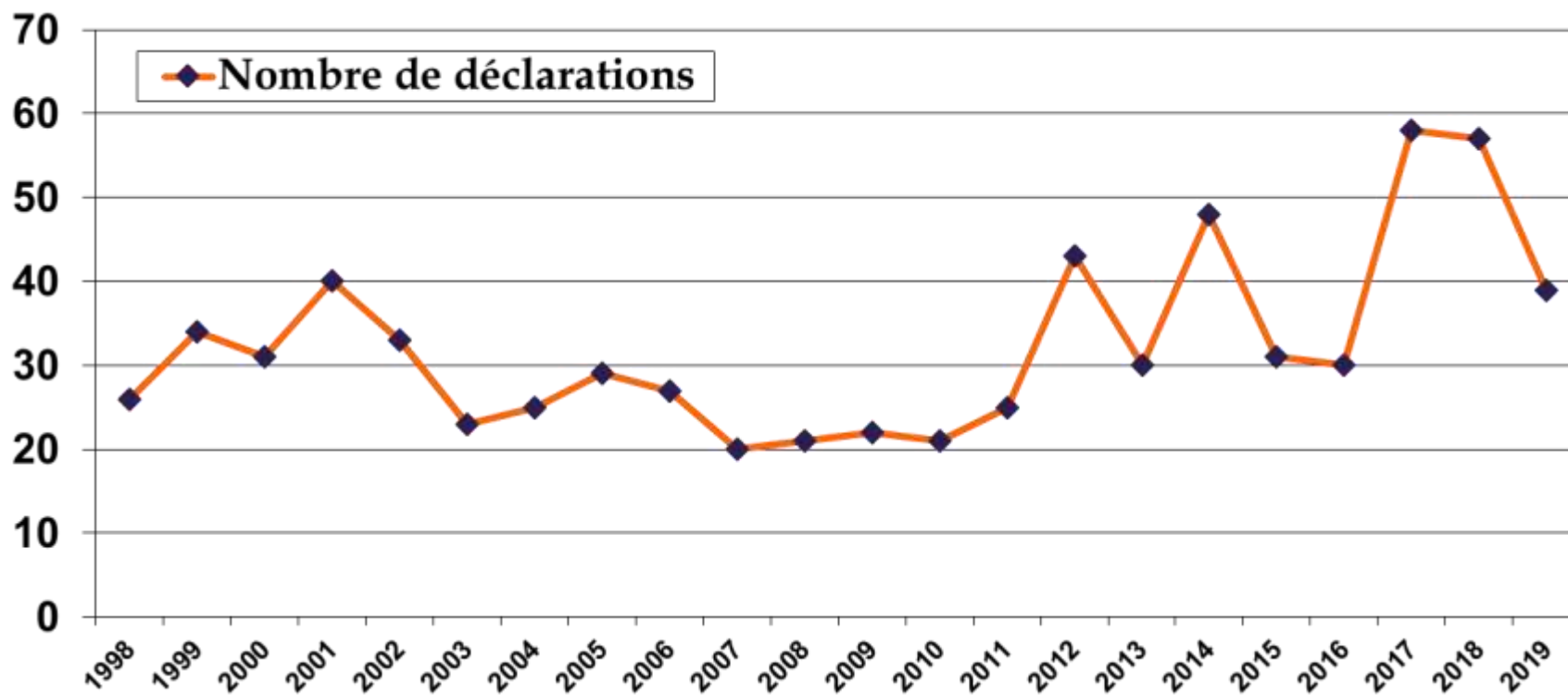


(a) déclarations accidents corporels pour 100 sociétaires

# ÉVOLUTION DU NOMBRE DE SOCIÉTAIRES IDE (120 480 sociétaires IDE au 31/12/2019)

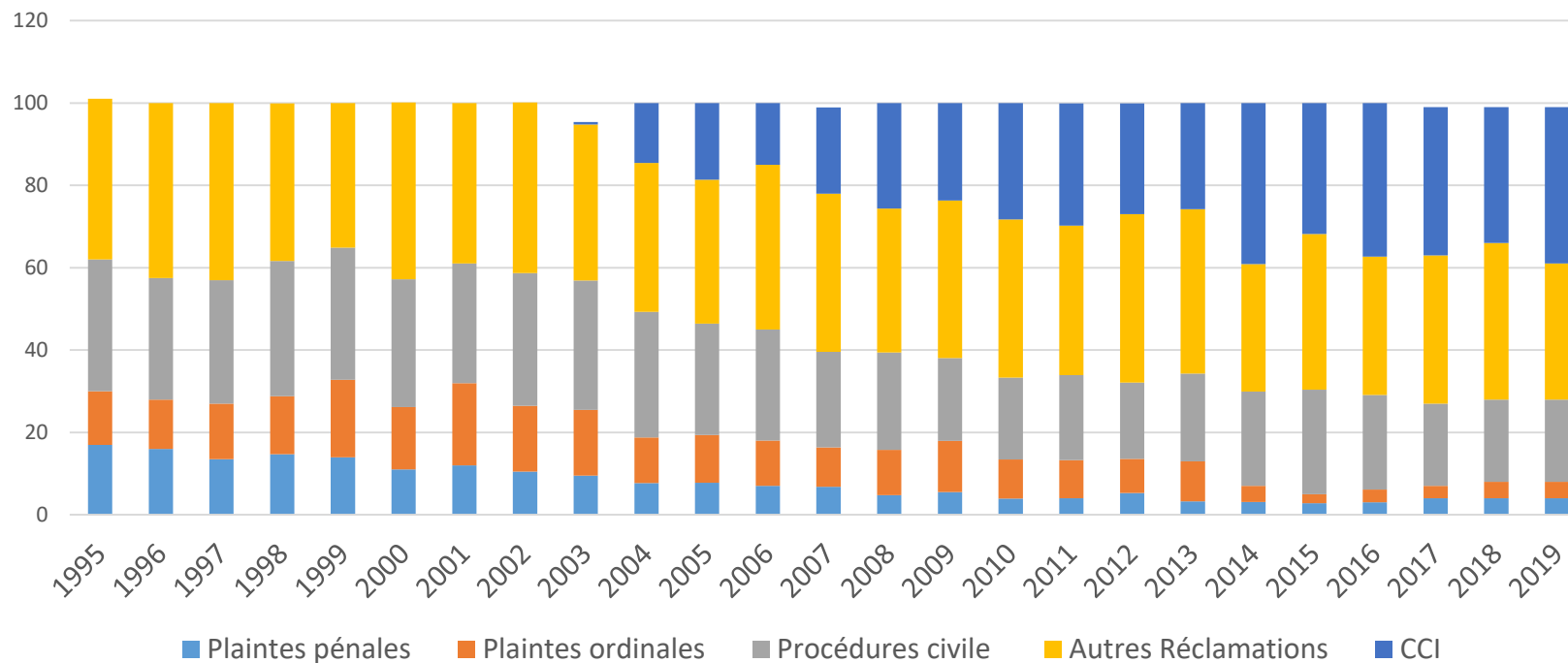


## ÉVOLUTION du NOMBRE de DÉCLARATIONS DE SINISTRES IDE pour 120 480 sociétaires en 2019

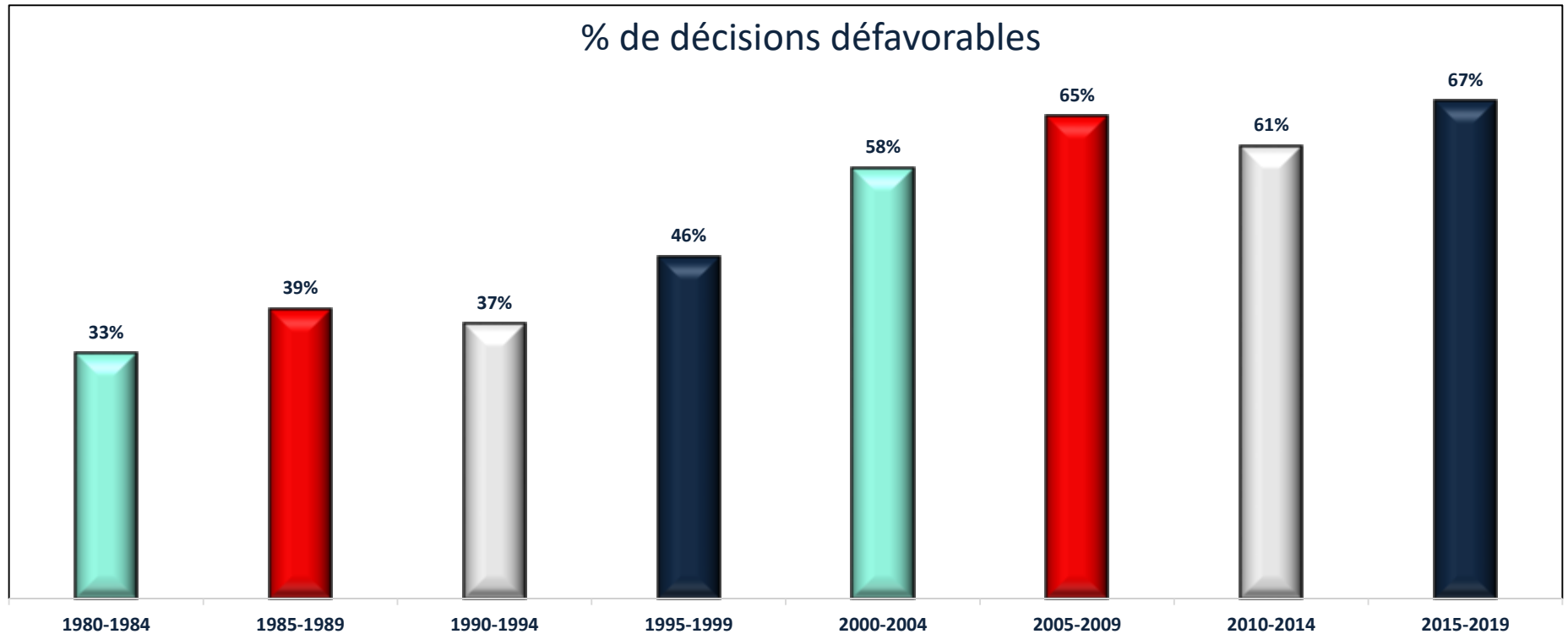


# DECLARATIONS DOMMAGES CORPORELS (1995-2019)

*% personnes non satisfaites*

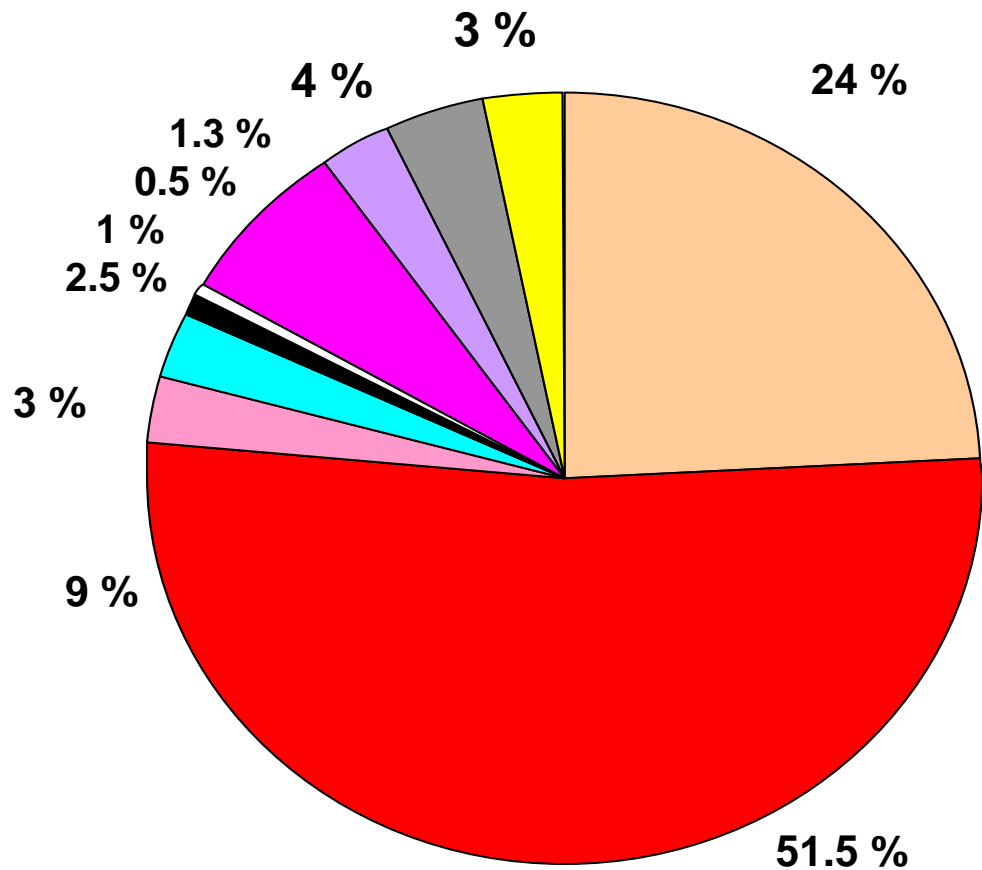


# DÉCISIONS CIVILES TAUX DE CONDAMNATION SUR 30 ANS



# MEDECINE GENERALE (3 ans)

1341 déclarations



- Conduite diagnostique (327)
- Conduite thérapeutique (690)
- Non assistance à personne en danger (44)
- Rédaction de certificat (36)
- Activité expertise/contrôle médical (16)
- Violation secret professionnel (5)
- Médecine d'urgence (88)
- SAMU-SMUR (34)
- Dommmages corporels (57)
- Divers (44)

## **Risque en gériatrie, une analyse de la base de plaintes du Sou médical pour les patients âgés de plus de 75 ans (Responsabilité mai 2010)**

- Retard de diagnostic 56 (6,1%)**
- Infection iatrogène 151 (16,5%)**
- Matérovigilance 21 (2,3%)**
- Geste maladroit (hors bris dentaire) 133 (14,6%)**
- Erreur médicaments 76 (8,3%)**
- Conduite thérapeutique 109 (11,9%)**
- Chutes 69 (7,5%)**
- Défaut info ou coordination soins 28 (3,1%)**
- Conflit patient/famille 39 (4,3%)**
- Aléa, complications jugées inévitables 232 (25,4%)**

**TOTAL 914 (100%)**

## **Risque en gériatrie, une analyse de la base de plaintes du Sou médical pour les patients âgés de plus de 75 ans (Responsabilité mai 2010)**

- **La tranche d'âge (+ de 75 ans), concentre autour de 11% du risque d'événements indésirables de la population française**
- **La fraction de plaintes des + de 75 ans représente 3,6% du volume de base (soit 3 fois moins que le volume attendu)**
- **Ce chiffre est stable (pas d'augmentation en volume des plaintes de cette catégorie au cours du temps)**
- **Un certain fatalisme par rapport aux effets de la vieillesse fait mieux accepter les erreurs médicamenteuses ou les chutes. La perte brutale d'autonomie constitue le motif principal de plainte ainsi que le handicap non réparé alors qu'il existait une certaine promesse.**

## **Risque en gériatrie, une analyse de la base de plaintes du Sou médical pour les patients âgés de plus de 75 ans (Responsabilité mai 2010)**

- **La médecine générale reste relativement protégée alors que les MG sont probablement la source de nombreux événements potentiellement indésirables chez les personnes âgées. Cette protection s'estompe avec le temps ; ce qui était excusé avant l'est moins maintenant, d'où une augmentation réelle du risque de mise en cause**
- **Les gastroentérologues se trouvent progressivement au premier plan des risques avec une attitude plus interventionnelle (endoscopies)**
- **Le pourcentage des événements indésirables considérés comme des aléas augmente en raison de l'incidence liée aux nouvelles pratiques jugées comme des aléas (endoscopies, endophtalmie post cataracte).**

# Des évolutions en perspective

# Le métier d'AS en pleine évolution

Ce 20 avril 2021, le Haut Conseil des professions paramédicales a donné **un avis favorable aux projets d'arrêtés sur les formations aides-soignants et auxiliaires de puériculture**. la révision imminente du décret infirmier se confirme.

le fameux "***passage de la barrière cutanée***" et les **actes infirmiers confiés aux aides-soignants**, suscitent l'opposition des syndicats de la profession.

l'aide-soignant ne disposera pas d'un "***rôle propre***", ce qui signifie "***pas d'exercice libéral***".

Pour **les aides-soignants déjà en exercice**, la DGOS envisage **une formation courte** — de quelques jours à deux mois selon les sources — sur les nouveaux actes de la profession.

# Les formations aides-soignants et auxiliaires de puériculture poursuivent leur mutation

- Tandis que l'arrêté modifiant les conditions d'accès aux formations des aides-soignants et auxiliaires de puériculture est paru le 14 avril au JO, les projets d'arrêtés présentant le nouveau cadre des référentiels métier et formation de ces professions se précisent.

- **Ne plus être " *un simple exécutant* »**

De nouvelles missions seront ainsi confiées à l'aide-soignant et à l'auxiliaire de puériculture.

- **Faciliter les passerelles**

les compétences des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture sont structurées en 5 blocs de compétences, et la VAE sera facilitée.

- **Les modalités d'évaluation revues**

Elles seront "*d'avantage basées sur des études de situation réalisées soit en pratique simulée, soit en stage*". "*Compte tenu de la diversité des profils et des nouvelles modalités d'accès à la formation envisagée, le projet d'arrêté introduit un dispositif d'accompagnement pédagogique individualisé et la mise en place de travaux personnels guidés pour assurer la réussite des élèves*"

# Un projet de décret ouvre la voie à un exercice libéral pour les aides-soignants

Un projet de décret en Conseil d'État, qui sera étudié par le HCPP le 17 juin, porte une autonomie des aides-soignants et auxiliaires de puériculture pour les soins dits "de la vie courante", qui seront ensuite précisés par un arrêté attendu en juillet. C'est un pas vers l'exercice libéral pour la profession aide-soignante.

Une autonomie pour les soins "de la vie courante"

Pourquoi cette évolution ? La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) s'en explique dans la fiche de présentation de ce projet : "Le rôle autonome de l'infirmier doit évoluer pour permettre la valorisation des missions et le renforcement des nouvelles compétences dévolues aux AS/AP", y indique-t-elle. L'évolution de l'exercice des AS et des AP va en effet impacter les dispositions du Code de la santé publique sur le rôle et le niveau de responsabilité des infirmiers, au regard des actes confiés à ces professionnels.

# Un projet de décret ouvre la voie à un exercice libéral pour les aides-soignants

Ainsi, la révision des référentiels d'activités et de compétences AS et AP a pour conséquence *"l'introduction de la notion de "soins" avec deux distinctions pour permettre un niveau d'autonomie jusque-là inexistant pour les soins dits "de la vie courante"*". Le projet de décret en Conseil d'État définit ainsi la base réglementaire nécessaire à la mise en œuvre des résultats de la réingénierie des AS/AP en introduisant la réalisation par ces professionnels des soins courants de la vie quotidienne, *"selon un cadre précis et défini par l'arrêté relatif à la formation des AS/AP"*, insiste la DGOS. *Ces actes pourront être réalisés à l'initiative de ces professionnels et "sans nécessairement en référer systématiquement à l'infirmier"*. Le projet de texte explicite en effet : *"L'aide-soignant ou l'auxiliaire de puériculture peut réaliser, de sa propre initiative, les soins courants de la vie quotidienne définis par arrêté du ministre chargé de la santé."* Cet arrêté serait d'ailleurs déjà en préparation, avec une publication prévue en juillet.

Enfin, concernant plus précisément l'exercice infirmier, le projet de texte modifie plusieurs des intitulés et conditions de réalisation de certains actes infirmiers relevant du rôle propre. En particulier, *le texte inscrit le recueil de glycémie capillaire dans le rôle propre infirmier.*

# Une mesure ambiguë

## [Ehpad: une formation courte pour les ASH jusqu'en juillet](#)

Pour parer aux besoins RH urgents des Ehpad, mais aussi des services à domicile et des établissements sanitaires, le ministère ouvre jusqu'à début juillet une formation de 10 jours destinée aux agents de service hospitaliers. L'objectif: leur permettre d'accompagner les résidents "sur des missions habituellement dévolues aux aides-soignants".

[GÉRONTONEWS](#)

[LIRE LA SUITE](#)

# Quand on remplace une IDE par une AS

Les chercheurs ont interrogé **13.077** infirmières et **18.828** patients, et ont examiné les données de sortie de **275.519** patients post-chirurgie. L'étude a porté sur **243** hôpitaux en Europe (Belgique, Grande Bretagne, Finlande, Irlande, Espagne, Suisse)

*Pour les chercheurs de l'Université de Pennsylvanie, de l'Université de Southampton, du Kings College de Londres, de l'Université de Louvain (Belgique), de la Technische Universitat Berlin, de l'Institut de Santé Carlos III (Espagne) et de l'Institut des sciences infirmières (Bâle), **l'objectif était de regarder les effets de la composition des personnels hospitaliers en Europe.***

BMJ Quality and Safety November 15 2016 doi:10.1136/bmjqs-2016-005567

# Quand on remplace une IDE par une AS

**Les résultats sont frappants :**

*Le personnel moyen est de 6 soignants pour 25 patients, dont 4 infirmières professionnelles.*

*1,3 décès en moyenne sont constatés pour 100 sorties d'hospitalisation après chirurgie. Pour chaque remplacement d'une infirmière par une aide-soignante pour 25 patients, le risque de décès s'accroît de 21%,*

*Une augmentation de 10 % de la proportion d'infirmières professionnelles réduit de 11% le risque de décès chez ces patients*

**Ainsi, les patients voient leur risque de décès augmenter jusqu'à 20% dans certains services ou établissements où les infirmières dûment qualifiées ont été remplacées par du personnel non formé.** *Les services et établissements qui comptent plus d'infirmières que aides-soignantes accusent des taux de mortalité plus faibles après une intervention.*

Les chercheurs indiquent que « **certaines initiatives politiques devraient être prises avec prudence en raison des conséquences parfois mortelles pour les patients** ».

4 mai 2021

## **Ehpad: la défenseure des droits pour un ratio minimal de personnels**

La défenseure des droits, Claire Hédon, se déclare favorable à un ratio minimal de 0,8 équivalent temps plein (ETP) de personnel par résident dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), dans un rapport sur "Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en Ehpad", rendu public mardi.

[#médico-social](#) [#ARS](#)

[LIRE LA SUITE](#)

# Création des « référents consentement » en EHPAD

## **Brigitte Bourguignon va créer des "référents consentement" en Ehpad**

La ministre en charge de l'autonomie a annoncé ce 6 mai, lors d'une interview à France Bleu Paris, l'arrivée de "référents consentement" en établissement. Choisis parmi les membres volontaires des CVS, ils serviront de "médiateurs" et garantiront les droits des résidents et des familles. A ce stade, elle n'a pas précisé de calendrier.

GERONTONEWS

[LIRE LA SUITE](#)

# Refus de vaccination par un résident

# Refus de vaccination par un résident

Je suis allée en stage au S3 dans l'EHPAD qui possède 3 étages, la capacité totale de l'établissement est de 84 résidents.

J'ai commencé mon stage avec les infirmiers. Il y a un infirmier le matin, un infirmier l'après-midi et un infirmier de bureau qui réalise une semaine du lundi au vendredi de 9h à 17h. L'infirmier de bureau, s'occupe de tout le côté administratif (appel famille, rendez-vous médicaux, visite de médecin, réunion pluridisciplinaire, gestion des stocks, commande pharmacie, ...) afin que l'infirmier dans les soins ne soit pas trop dérangé. Il y a aussi une infirmière coordinatrice (IDEC) qui assure les plannings des soignants, accompagne les projets individuels de formation des professionnels, assure le suivi de l'encadrement pédagogique des étudiants et assure un rôle central dans l'organisation du "prendre soin" des personnes âgées accueillies.

Le virus du covid a eu un impact sur l'établissement car 4 résidents sont décédés et une infirmière a fait un burn-out, c'est pourquoi désormais il y a deux infirmiers intérimaires dans l'équipe afin de combler le manque d'effectif.

Le 21 janvier se déroule la première journée de vaccination anti-covid au sein de cet EHPAD. Un médecin de ville a été réquisitionné pour être présent tout le long de la journée car l'EHPAD ne bénéficie pas de médecin coordinateur car ce dernier a arrêté d'exercer dans la structure.

L'équipe de vaccination est placée au 3e et dernier étage du bâtiment et se compose d'une infirmière de soins qui prépare les seringues et qui injecte le vaccin, du médecin de ville qui s'occupe du côté administratif et qui est présent en cas d'allergie ou de malaise, de l'IDEC qui gère les déplacements des résidents et pour finir la gestion des constantes et de la désinfection du mobilier se fait par une aide-soignante et moi-même.

# Refus de vaccination par un résident

Dès 8h nous sommes tous prêts, l'ordre de passage est régulé par l'IDEC. Elle me demande d'aller chercher Mr X qui est assis en cafétéria juste à côté de la salle de vaccination. **Mr X est une personne âgée de 90 ans qui présente des troubles cognitifs et sa famille a donné son accord pour la vaccination. Je m'approche de lui, je lui explique que c'est à son tour de se faire vacciner, il me répond : "Non, je suis bien ici je ne veux pas aller là-bas!"**. Je sens qu'il s'énerve, je vais voir l'IDEC et lui explique la situation de refus de soins, elle me dit qu'elle va gérer et me dit de retourner à mon poste de surveillance. Je constate qu'elle est allée le voir à plusieurs reprises afin qu'il change d'avis. Elle cherche à avoir son consentement, mais Mr X reste fermé et dit non. En fin de matinée et suite à plusieurs tentatives, l'IDEC réussit à accompagner Mr X sur un des sièges de la salle de vaccination, elle lui explique doucement, l'infirmière de soins aussi, mais rien n'y fait il refuse, se lève et part. **Ce monsieur ne sera pas vacciné ce jour là.**

## Questionnement soulevé par la situation

- Le fait d'insister auprès d'un patient pour qu'il accepte un traitement est-il juridiquement condamnable ?
- Le fait d'être IDEC (infirmière coordinatrice) aggrave-t-il la responsabilité en cas de poursuite?
- Que risque l'infirmière si elle effectue le vaccin et que le patient porte plainte car il a exprimé son refus?

# Le consentement éclairé

## Article L. 1111-4 CSP :

« **Aucun** acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué **sans le consentement libre et éclairé** de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la **personne de confiance** prévue à l'article L.1111-6 ou la famille, ou à défaut, un de ses proches, ait été **consulté** ».

# Le consentement éclairé

## Article L. 1111-4 CSP :

« Le consentement du **mineur ou du majeur sous tutelle** doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.

Dans le cas où **le refus d'un traitement** par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des **conséquences graves** pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables ».

# L'information des patients

## Article L. 1111-2 CSP :

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés , leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, **les risques fréquents ou graves normalement prévisibles** qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus ».

# L'information des patients

## Article L. 1111-2 CSP :

**Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission. »**

# **Covid en EHPAD, Une infection nosocomiale ?**

# La responsabilité indemnitaire

## Le demandeur doit prouver :

Une faute = manquement aux bonnes pratiques professionnelles

Un dommage : préjudice certain, direct et personnel

Un lien de causalité entre les deux

# Ministère de la santé Site Internet

- Une infection est considérée comme telle :

Les infections nosocomiales sont des infections qui sont acquises dans un établissement de soins.

**Lorsqu'elle était absente à l'admission**

**Lorsque l'état infectieux du patient était inconnu**

**L'infection est classiquement considérée comme nosocomiale si elle apparaît dans un délai de 48 heures d'hospitalisation.**

# **DIVERGENCE DE LA JURISPRUDENCE jusqu'en 2011**

- **Conseil d'Etat : ce ne sont que les infections exogènes**
- **Cour de cassation : ce sont toutes infections liées aux soins ou à l'hospitalisation, quelles soient exogènes ou endogènes.**

## **CE : 10 oct. 2011**

**Jeune fille de 19 ans opérée d'un neurinome de l'acoustique le 26 septembre 2001 au CHU d'Angers. Dans la nuit du 3 au 4 octobre méningite à pneumocoque dont elle est décédée le 6 octobre.**

**CE. « La circonstance, à la supposer établie, que la patiente était porteuse saine du pneumocoque lors de son admission à l'hôpital, n'est pas de nature à faire regarder l'infection comme ne présentant pas un caractère nosocomial dès lors qu'il ressort de l'expertise que c'est à l'occasion de l'intervention chirurgicale que le germe a pénétré dans les méninges et est devenu pathogène ».**

# Les infections associées aux soins

Loi du 30 décembre 2002

- Responsabilité sans faute des établissements de santé
- Prise en charge par l'ONIAM quand le préjudice est supérieur au taux fixé (25 %) ou après décès.
- Date d'application du système mis en place par la loi du 4 mars 2002 :
  - accidents postérieurs au 5 septembre 2001, sauf décisions irrévocable

# La réparation de l'aléa

## Article L. 1142-1 CSP :

« Lorsque la responsabilité d'un professionnel, d'un établissement, service ou organisme mentionné au I ou d'un producteur de produits n'est pas engagée, un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale ouvre droit à la réparation des préjudices du patient, et, en cas de décès, de ses ayants droit au titre de la solidarité nationale, lorsqu'ils sont directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins et qu'ils ont eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci et présentent un caractère de gravité, fixé par décret, apprécié au regard de la perte de capacités fonctionnelles et des conséquences sur la vie privée et professionnelle mesurées en tenant notamment compte du taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique, de la durée de l'arrêt temporaire des activités professionnelles ou de celle du déficit fonctionnel temporaire.

Ouvre droit à réparation des préjudices au titre de la solidarité nationale un taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique supérieur à un pourcentage d'un barème spécifique fixé par décret ; ce pourcentage, au plus égal à 25 %, est déterminé par ledit décret ».

# **Covid, une maladie professionnelle ?**

# Covid-19 : reconnaissance en maladie professionnelle pour les malades sévèrement atteints

Le statut de maladie professionnelle est désormais accordé automatiquement aux personnels soignants qui ont développé une forme grave du Covid-19 ayant nécessité un apport d'oxygène, ainsi que le prévoit un décret paru au *Journal officiel* le 15 septembre 2020. Les autres travailleurs doivent passer devant un comité d'experts pour bénéficier de cette reconnaissance.

La reconnaissance en maladie professionnelle permet de bénéficier d'un remboursement des soins à 100 % sur la base du tarif de la Sécurité sociale et d'indemnités journalières plus avantageuses que lors d'un arrêt maladie courant.

En cas de séquelles occasionnant une incapacité permanente, une rente viagère est attribuée, elle est calculée selon la gravité des séquelles et les revenus antérieurs à la contraction du virus.

Les ayants droit d'une personne décédée du Covid-19 peuvent également bénéficier d'une rente.

# Covid-19 : reconnaissance en maladie professionnelle pour les malades sévèrement atteints

## Qui est concerné ?

Les professionnels qui exercent dans le secteur de la santé (à l'hôpital, en Ehpad, à domicile) peuvent automatiquement bénéficier de cette reconnaissance si leur contamination :

- a eu lieu dans le cadre de leur travail ;
- a entraîné une affection respiratoire grave avec recours à l'oxygénothérapie ou toute autre forme d'assistance respiratoire, ou bien le décès.

- Il faut également que la maladie ait été confirmée par un examen biologique ou un scanner (ou, à défaut, par un compte rendu d'hospitalisation).

Dans le cas où ces professionnels de santé ont été atteints d'une affection grave autre que respiratoire, leur demande de reconnaissance est préalablement examinée par un comité d'experts médicaux.

Les professionnels de santé libéraux et les personnes qui ne travaillent pas dans le secteur de la santé peuvent aussi demander une reconnaissance en maladie professionnelle s'ils ont contracté le Covid-19 dans le cadre de leur travail et si la maladie a entraîné une affection grave.

Leur demande est examinée par un comité national d'experts indépendants composé d'un médecin-conseil de la caisse d'Assurance Maladie et d'un praticien hospitalier ou d'un médecin du travail.

# Covid-19 : reconnaissance en maladie professionnelle pour les malades sévèrement atteints

## Comment faire la déclaration ?

Le site internet [declare-maladiepro.ameli.fr](https://declare-maladiepro.ameli.fr) permet à toutes les personnes concernées d'effectuer leur déclaration en ligne.

Pour effectuer sa demande, il faut joindre les documents nécessaires à l'étude du dossier :

- **le certificat médical initial (CMI)** établi par le médecin traitant, qui pose le diagnostic de Covid-19 et qui mentionne les éléments cliniques ou les examens ayant permis de réaliser ce diagnostic ;
- **un compte rendu d'hospitalisation mentionnant le recours à l'oxygénothérapie ou à une assistance ventilatoire et le diagnostic Covid-19.** Si l'oxygénothérapie a été effectuée en dehors d'un cadre hospitalier (à domicile par exemple), le médecin traitant doit inclure cette information dans le CMI ;
- un justificatif d'activité professionnelle ;
- pour les professionnels de santé et personnes salariées exerçant dans le secteur des soins : une attestation de l'employeur mentionnant l'emploi et les périodes d'absence en 2020 ;
- pour les professionnels de santé libéraux : une attestation sur l'honneur mentionnant la réalisation d'actes de soins au cours des 15 jours précédant le diagnostic d'infection ;
- pour les personnes salariées, hors secteur des soins : une attestation de l'employeur mentionnant l'emploi et les périodes d'absence en 2020 ;
- seulement pour les ayants droit d'une personne décédée du Covid-19 : une copie du certificat de décès du proche concerné, en plus des pièces demandées précédemment.

La demande est ensuite étudiée par la caisse d'assurance maladie.

# Vos questions

# Vos questions

- **Si dans mon Ehpad je décide de mettre en place un atelier prévention des chutes avec un kinésithérapeute diplômé et que au décours d'une séance un résident tombe et se fracture le fémur. La famille porte plainte, qui est responsable?**
- **Les pharmaciens ont l'autorisation de renouveler, de modifier les prescriptions médicales.**

**Quels sont les limites de cette nouvelle disposition ?**

**Dans ce cadre que ce passera-t-il en cas de problème ?**

**(iatrogénie? non adéquation avec l'état clinique et biologique du patient?) »**

# Vos questions

- « Une aide soignante travaille en UP refuse de se vacciner et de pratiquer les tests PCR. Pas de possibilité de confiner les résidents qui est responsable en cas de cluster ? »

# Renouvellements et ajustements de traitements par le pharmacien

- L'arrêté du 28 novembre 2016 fixe les bonnes pratiques en matière de dispensation de médicaments dans les pharmacies d'officine, les pharmacies mutualistes et les pharmacies de secours minières. Ses dispositions sont applicables à compter du 1er février 2017.
- **Le renouvellement des traitements chroniques**

**Le pharmacien d'officine désigné comme correspondant par le patient peut, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement le traitement concerné, selon le protocole prévu, sachant que la durée totale de la prescription et des renouvellements ne peut excéder 12 mois.**

**Le pharmacien mentionne le renouvellement de la prescription sur l'ordonnance.**

**Dans le cadre d'un traitement d'une durée d'au moins trois mois, à titre exceptionnel et sous réserve d'informer le médecin prescripteur, lorsque la durée de validité d'une ordonnance renouvelable est expirée et afin d'éviter toute interruption de traitement préjudiciable à la santé du patient, le pharmacien peut dispenser, dans le cadre de la posologie initialement prévue et dans la limite d'une seule boîte par ligne d'ordonnance, les médicaments nécessaires à la poursuite du traitement.**

# Renouvellements et ajustements de traitements par le pharmacien

## L'ajustement des traitements chroniques

Le pharmacien peut ajuster la posologie du traitement chronique au vu du bilan de médication qu'il a effectué, selon un rythme et des modalités définis par le protocole. Ce bilan comprend l'évaluation de l'observance et de la tolérance du traitement ainsi que tous les éléments prévus avec le médecin. Il recense les effets indésirables et identifie les interactions avec d'autres traitements en cours dont le pharmacien a connaissance.

Le pharmacien précise sur l'ordonnance datée et signée, et comportant le timbre de la pharmacie, le nom du médicament qui donne lieu à un ajustement de la posologie ainsi que la nouvelle posologie ou le nom du produit concerné, associé éventuellement à une prestation.

Il informe le médecin prescripteur de l'ajustement de la posologie. Le pharmacien complète le dossier pharmaceutique lorsqu'il existe.

## Deux aides-soignantes avaient photographié une patiente polyhandicapée en dessous sexy

Par SudOuest.fr avec AFP, publié le 22/04/2021 à 21h11

Les faits ont eu lieu en 2020 dans le Nord, dans une maison d'accueil spécialisée

Deux ex-aides-soignantes d'une maison d'accueil spécialisée de Cantin (Nord) ont été condamnées à de la prison avec sursis et une interdiction d'exercer pendant cinq ans pour avoir habillé en sous-vêtements sexy puis photographié une patiente lourdement polyhandicapée, selon les avocats.

La direction de l'établissement avait licencié la plus âgée, à deux ans de la retraite, et n'avait pas renouvelé le CDD de sa collègue, âgée d'une vingtaine d'années, après la découverte des faits datant de septembre 2020, selon les avocats confirmant une information de la Voix du Nord.

## Deux aides-soignantes avaient photographié une patiente polyhandicapée en dessous sexy

Le tribunal correctionnel de Douai les a condamnées mardi à respectivement cinq et trois mois de prison avec sursis et des dommages de quelques centaines d'euros, pour violences volontaires sans incapacité sur personne vulnérable susceptible de causer un traumatisme psychologique, et captation et diffusion d'images à caractère sexuel.

Lors d'une nuit de travail en septembre, elles avaient habillé de sous-vêtements « érotiques », apportés par elles, une patiente de 38 ans dont l'âge mental est celui d'un enfant de six ans, selon les expertises médicales. Elles l'ont ensuite prise en photos, qu'elles ont montrées à des collègues.

**Et pour les médecins  
coordonnateurs ?**

# Le médecin coordonnateur décret du 27 mai 2005

- Obligatoire pour tous les EHPAD
- Titulaire du DESC de gériatrie, capacité en gérontologie, DU de médecin coordonnateur ou attestation de FMC
- Ne peut être directeur de l'établissement
- Rémunération fixée selon les barèmes du public (PH, praticien attaché, médecin territorial hors classe) ou du privé (convention collective agréée ou non)
- Délai de 6 mois de mise en conformité pour les établissements et de 3 ans pour la formation des médecins coordonnateurs

# Effectifs des médecins coordonnateurs

Art D 312-156 Code action sociale et des familles

décrets 27- 5 - 2005 & 11- 4 – 2007 & 2-09-2011 & 27-05- 2016

Pour les établissements renouvelant la convention pluriannuelle et ceux dont la valeur du groupe iso-ressources moyen pondéré est égal ou supérieur à 800 points, la présence du médecin coordonnateur, pour sa fonction de coordination, ne peut être inférieure à :

- ETP 0,25 inférieure à 44 places
- ETP 0,40 entre 45 et 59 places
- ETP 0,50 entre 60 et 99 places
- ETP 0,60 entre 100 et 199 places
- ETP 0,80 si supérieur ou égal à 200 places

# Les missions du médecin coordonnateur

Art D 312-158 Code action sociale et des familles  
décrets 27- 5 - 2005 & 11- 4 – 2007 & 2-09-2011 & 15 -12 - 2016

- Elaboration du projet général de soins et coordination de sa mise en œuvre
- Avis sur les admissions ( compatibilité patient / service )
- Organisation de la coordination des intervenants salariés et libéraux ( + permanence des soins)
- Evaluation de l'état de dépendance des résidents
- Surveillance du respect des bonnes pratiques gériatriques
- Contribution à la bonne adaptation des prescriptions aux impératifs gériatriques, élaboration d'une liste de médicaments à utiliser préférentiellement.

# Les missions du médecin coordonnateur

Art D 312-158 Code action sociale et des familles  
décrets 27- 5 - 2005 & 11- 4 – 2007 & 2-09-2011

- Mise en œuvre d'une politique de formation du personnel
- Élaboration du dossier médical et paramédical
- Rédaction d'un rapport annuel, notamment sur la dépendance
- Avis sur les conventions relatives à la continuité des soins
- Participation à la mise en œuvre des réseaux gérontologistes
- Identifie les risques pour la santé publique dans l'établissement et mise en œuvre la prévention nécessaire
- Réaliser les prescriptions médicales dans les situations d'urgence

# **Effets indésirables d'un traitement**

Patiente de 32 ans hospitalisée en CHS pour une psychose paranoïde évolutive.

Traitement par un neuroleptique dibenzodiazépine.  
Augmentation progressive de la dose jusqu'à 500 mg/jour avec uniquement NFS et contrôle de la TA.

6 jours après administration de la dose optimale, douleurs abdominales et vomissements.

Malgré un transfert rapide en CHG, décès par état de choc secondaire à une occlusion intestinale.

# Effets indésirables d'un traitement

**Plainte pénale** pour homicide involontaire.

Les experts concluent :

1 / Absence d'examen somatique bien que l'intéressé ait signalé une constipation.

2 / Absence de prescriptions relatives à la surveillance du transit, bien que la notice du médicament utilisé mette en garde sur le risque d'effets indésirables de ce type, risque accru au-delà de 450 mg/jour.

3 / Critique sur la prise en charge au CHG

Une contre-expertise conclue au surplus que l'indication n'était pas justifiée et que le décès résultait « *des suites de cet abandon thérapeutique et de surveillance* ».

# Effets indésirables d'un traitement

Non-lieu pour le chirurgien.

**Renvoi devant le tribunal correctionnel** du chef de service ayant pris en charge initialement cette patiente et du praticien ayant pris sa suite et prescrit le médicament litigieux.

**Condamnation du chef de service** à 12 mois de prison avec sursis car sa « *responsabilité personnelle était engagé en sa qualité de chef de service; qu'en donnant son accord sur la prescription d'un médicament, sans méconnaître l'indépendance professionnelle nécessaire à l'exercice de l'art de son confrère il était aussi tenu d'appeler son attention comme celle de tout autre membre de l'équipe paramédicale sur la nécessité de procéder à une surveillance clinique spécifique* »

**Condamnation du prescripteur** à 18 mois de prison avec sursis.

## Effets indésirables d'un traitement

En appel, **relaxe** du chef de service car :

*« le décès était survenu plus d'un mois après qu'il ait cessé de soigner la patiente, il n'avait participé ni à l'administration effective du produit, ni au suivi des posologies et que pendant la période considéré il n'avait plus personnellement en charge le traitement thérapeutique...et il ne lui incombait plus de rechercher le contact avec la patiente et de veiller à son état. »*

Confirmation de la condamnation du prescripteur

# Attention à...

- La détection des personnes ayant besoin d'un régime de protection de leurs biens
- La circulation dans l'établissement de personnes « spécialisées dans les veuves fortunées »
- L'information des familles sur les incidents ayant touchés leur proche
- Le respect des textes de compétence

# Un peu de « bon sens... »



La meilleure procédure est  
celle qui n'a pas lieu...

Tout repose sur une (des)  
expertise médico-légale...

Le premier aléa de l'expertise,  
c'est les experts...

Le « patron » c'est le juge!...

