



# Sommaire n°24

Janvier - Mars 2012

*Interview*

*page 3 – Philippe Auzimour*

*Théma*

*page 5 – La chirurgie de convenue*

*Jurisprudence*

*page 16 – La chirurgie de convenue*

*Agenda*

*page 20 – Les journées ASSPRO*

## Edito



Vincent Travers et Antoine Watrelot  
Simulateur St Exupéry

Chers Amis,  
Voici le premier numéro d'ASSPRO Info pour l'année 2012.

Cette année qui s'achève aura été une année charnière pour la Cabinet Branchet et par conséquent pour le partenaire privilégié qu'est ASSPRO.

En effet après le départ de son fondateur François Branchet, la société de courtage a été rachetée par le groupe Verspieren, le plus important courtier indépendant français.

Ce groupe a souhaité pérenniser le modèle et a demandé à Jean Pierre Milanese de présider à la destinée de la société tandis que Philippe Auzimour prenait la direction générale du cabinet, Michel Olivé en ayant assuré l'intérim pendant 6 mois.

Pour ASSPRO et donc pour tous ceux qui sont assurés au travers de la Société de courtage Branchet, ce rachat est gage de **continuité et de solidité** puisque dans le même temps la Medical Insurance Company (MIC) filiale de MMA reste l'assureur de référence.

Votre association a continué son travail tourné vers la défense du praticien et la prévention des accidents médicaux. **Ainsi, plus de mille médecins ont participé à une journée ASSPRO en 2011.**

Un nouveau module, «simulateur» pour la prévention du stress aigu, a vu le jour et est en train de remporter un vif succès. En 2012, à côté des journées maintenant «traditionnelles» **une nouvelle formation d'aide à l'installation** plus spécialement orientée vers nos jeunes confrères verra le jour. Nous répondons ainsi à une attente plusieurs fois exprimée.

Parallèlement, ASSPRO Scientifique est en train de **parachever les premières fiches d'information aux patients** qui seront disponibles en ligne avant la fin du premier trimestre.

Nous vous ferons part tout au long de l'année 2012 de l'avancement des différents chantiers entrepris. Je tiens également à remercier très sincèrement les Assistants Conseil ainsi que les intervenants des journées de prévention pour leur compétence et leur implication. Ils œuvrent avec dévouement à la défense de vos intérêts et leur contribution est précieuse.

Toute l'équipe d'ASSPRO se joint à moi pour vous souhaiter une bonne année. Puisse 2012 vous apporter à vous et aux vôtres bonheur et prospérité!

Bien amicalement et confraternellement à tous.  
Dr Antoine WATRELOT, Président



## EN CAS D'URGENCE A VOTRE SERVICE 7J/7 - 24 H/24 ASSPRO ASSISTANCE

En cas d'urgence médico-légale ou de problème au bloc **un médecin est à votre écoute pour vous conseiller** et vous indiquer les premières mesures à prendre.

C'est un service unique: n'hésitez pas à appeler le **04.76.18.13.07** qui vous orientera sur le **téléphone mobile du praticien d'astreinte**.



# L'INTERVIEW

## M. Philippe Auzimour



**Philippe Auzimour, après 11 années chez un leader mondial du courtage où vous avez dirigé les activités d'assurances et la gestion des risques dans le secteur de la santé pour la France puis pour l'Europe, vous venez de prendre la Direction Générale du cabinet Branchet ; quelles spécificités voyez-vous à ce cabinet par rapport à votre expérience passée ?**

**Philippe Auzimour :** «Le Cabinet Branchet est le seul courtier sur le marché de la RC médicale à être spécialisé exclusivement dans l'assurance des praticiens du Plateau Technique Lourd et uniquement pour leur responsabilité civile professionnelle.

Cette spécialisation permet une connaissance approfondie du marché et évite tout conflit d'intérêt avec les établissements de soins notamment. Cette spécialisation permet aussi de détenir une part de marché significative (environ 70 %, avec près de 7 000 assurés sur les 10 000 praticiens du plateau technique lourd)

Cette taille critique présente deux avantages: D'abord celui de pouvoir mettre en place un système de défense unique dans sa spécialité, car organisé autour de ce seul risque médical. Le cabinet dispose d'une équipe performante de près de 20 juristes, fait appel à plus 30 avocats spécialisés regroupés au sein de quatre cabinets référents et au réseau des 70 Assistants Conseils d'ASSPRO qui permet de détacher un praticien de la même spécialité que celui mis en cause. Le second avantage réside dans une connaissance très fine de la sinistralité grâce au grand nombre d'expertises traitées chaque année (environ 1 700). Je connaissais la réputation du Cabinet, alors que j'étais un confrère de François Branchet, mais je dois reconnaître que j'ai été frappé à mon arrivée, par le niveau de compétence et d'implication de tous les intervenants du processus de défense.

C'est donc cette spécialisation qui rend le Cabinet Branchet unique, sur ce marché très spécifique de la RC médicale.»

## **L'année 2011 a été riche en évènements, départ de François Branchet, fondateur du cabinet, acquisition de ce dernier par le Groupe Verspieren, ... que doivent en attendre nos adhérents ?**

**Ph.A :** «C'est évidemment une bonne nouvelle que le cabinet Branchet ait rejoint le Groupe Verspieren, premier courtier indépendant Français.

La solidité financière du courtier et sa motivation à maintenir la qualité du service du cabinet Branchet sont des signes forts. Nous n'insisterons jamais assez sur l'importance du courtier pour nos adhérents : au-delà de la maîtrise des procédures pour le compte du praticien, il a l'obligation de retrouver un assureur autant que de besoin en cas de défection des compagnies. L'histoire a montré combien le courtier fut utile, puisque nous avons du replacer 6 fois la RCP des praticiens en 30 ans d'existence.

En ce qui concerne la compagnie d'assurance MIC (Medical Insurance Company) basée en Irlande, qui assure nos praticiens depuis 2002, elle est filiale du Groupe MMA depuis 2005 et présente de ce fait une solvabilité et une sécurité dans la durée. C'est une position enviable qui ne peut que rassurer les clients.»

**Du point de vue réglementaire, le plafond minimum des couvertures d'assurance RCP passe de 3 à 8 millions d'euros et le risque de ruine qui pesait sur nous semble avoir enfin été écarté par la constitution d'un fonds qui viendrait en garantie en cas de sinistres supérieurs à 8 millions d'euros ou alors que la garantie du contrat est expirée. Comment cela va-t-il se passer pour les assurés du cabinet Branchet ?**

**Ph.A :** «En ce qui concerne les dispositions réglementaires, le gouvernement a pris la mesure du risque médical du plateau technique lourd, de l'augmentation de la sinistralité et de la complexité de la gestion de ces risques longs. Rappelons à toutes fins utiles qu'en moyenne les sinistres sont réglés 7 ans après l'ouverture d'un dossier, et que les nouveaux entrants sur ce marché ne peuvent appréhender le coût réel du risque du plateau lourd sans avoir ce recul.

La solution retenue, consistant à augmenter la capacité d'assurance en portant le plafond de 3 à 8 millions d'euros par sinistre et 10 millions par année d'assurance a un coût mais apporte incontestablement, sécurité et sérénité aux praticiens, dans leur exercice professionnel.

Par ailleurs, le fonds de garantie interviendra si besoin au-delà des 8 millions d'euros et en cas de plainte tardive, mettant ainsi à l'abri les praticiens et leur famille d'éventuels risques de ruine.

Sa collecte sur l'ensemble des professionnels de santé (230 000 personnes environ), revient aux assureurs et aux courtiers. Le cabinet Branchet s'est mobilisé pour collecter cette contribution (25€ pour les chirurgiens, anesthésistes et obstétriciens), dès les premiers appels de cotisation de janvier. En effet, la garantie du fonds sera acquise, à partir de 2012, aux seuls praticiens qui auront effectivement cotisé.»

## **Quelles sont vos priorités pour 2012**

**Ph.A :** «Tout d'abord, nos clients, qui sont au cœur de nos préoccupations. Nous allons nous attacher à les conserver et continuer de leur apporter la qualité du service qu'ils apprécient.

Le cabinet Branchet a toujours «tenu le cap», il est resté présent, alors qu'en 2002 tous les assureurs désertaient le marché risqué de la RC, laissant du jour au lendemain, les professionnels que vous êtes sans couverture d'assurance.

On constate aujourd'hui le retour de certaines compagnies sur les risques les moins «aggravés», mais pour combien de temps ?

Nous allons également renforcer la prévention. Asspro Assistance, est à ma connaissance le seul service répondant 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 aux praticiens pour leurs urgences médico-légales. Le partenariat que nous entretenons avec votre Association depuis 1993 permet une plus grande maîtrise des risques tant par les actions mises en place après sinistres que pour la prévention en amont, afin d'éviter qu'ils surviennent.

Enfin, nous allons soutenir les jeunes praticiens et ceux qui décident de se lancer dans l'exercice libéral.

Nous proposons de les accompagner sur les 3 premiers exercices avec des tarifs progressifs (50% de réduction de la prime d'assurance la première année d'installation, 40% la deuxième et 30% la troisième). Je constate avec satisfaction qu'ASSPRO propose cette année une journée spécialement dédiée à la première installation en libéral. Cela correspond je crois, à une vraie demande et il est de notre mission d'être à l'écoute des praticiens. L'année 2012 sera une année de transition qui devrait ouvrir sur un avenir plus serein et plus stable pour la RC médicale.»

**Philippe Auzimour, merci et bonne chance pour ce beau challenge !**



T  
HEMA

La chirurgie de convenance

# Un autre regard sur la chirurgie de convenance

Par les Docteurs Jean-Pierre REYNAUD,  
Vincent FRERING,  
Jean-Michel DREYFUS,  
Vincent TRAVERS,  
Patrick-Georges YAVORDIOS.

## La chirurgie de convenue et actes conventionnés

Jean-Pierre REYNAUD

La première spécialité confrontée à une demande de **chirurgie de convenue est bien entendu la Chirurgie Plastique Réparatrice et Esthétique**, essentiellement dans le domaine «esthétique». Mais croire que seule la chirurgie «conventionnée» entre dans ce cadre est une erreur.

En effet, les tutelles, en dressant la liste des actes de la CCAM, ont un peu au petit bonheur (des patients..!) établi le caractère conventionné (donc pris en charge par l'assurance maladie) ou non conventionné (donc à la charge des patients) des actes de chirurgie. Dans les mises en cause et pour leur défense, nombre de collègues excipent du caractère conventionné de l'acte pour éviter l'éventuel reproche du défaut d'information au sujet d'une complication exceptionnelle ou rarissime. **La loi et la jurisprudence exigent en effet que l'information soit complète et en chirurgie esthétique évoque ces fameuses complications exceptionnelles.** Et on peut, par tendance, établir une équivalence acte esthétique égale toujours acte non conventionné. Rien n'est plus hasardeux, et l'étude de la CCAM apporte des exemples illustrant cette assertion.

Prenons la chirurgie des oreilles décollées... CAMA013 (non soumis à demande d'AP) Elle est prise en charge dans la condition suivante : «déformation entraînant une gêne sociale importante»... Quelle subtilité dans le jugement requis! Tout le monde connaît des personnages célèbres, ayant même exercé des responsabilités nationales au plus haut niveau (politiques, syndicales, économiques...), dont les pavillons valgisés ne leur ont jamais procuré de trouble quelconque. C'est typiquement un acte de convenue destiné à améliorer l'esthétique du patient, mais telle qu'il la conçoit lui-même. Soyons clairs, l'acte ne vise pas à traiter une maladie, mais un certain mal être. Et même si la charte de l'OMS déclare que tout le monde a droit au bien être, cet acte sera déclaré «esthétique» par les hommes de loi, juges et surtout avocats.

Or, nous sommes maintenant confrontés, outre l'obligation d'information renforcée, au devoir de conseil, comme l'a bien démontré J. SABOYE dans un article des Annales de Chirurgie Plastique et Esthétique (2011-56.216.218). Il va donc falloir adopter une véritable culture de cette obligation, passant par une formation basée sur l'expérience transmise, l'étude de dossiers de mises en cause et leurs divers attendus et résultats, et sur une approche nouvelle de la chirurgie de convenue.



Reprenons l'exemple de la Chirurgie des oreilles décollées... Imaginons que la démarche du patient fasse apparaître une souffrance psychique, un complexe, qu'il rend responsable d'un échec scolaire, d'un échec sentimental, d'une difficulté sociale et qu'il place dans la seule intervention la solution à ses problèmes...

Le praticien, en pensant que l'acte est conventionné, peut éluder quelque peu l'information renforcée et son devoir de conseil. Que se passera-t-il si le patient n'est pas très satisfait du résultat, si ses espoirs personnels ne sont pas réalisés, et pire s'il est victime d'une malfaçon ou d'une complication? En l'absence de faute purement technique, la procédure peut puiser des arguments dans de possibles insuffisances des deux obligations, information renforcée et conseil. Et elle établira toujours, même pour cet acte «conventionné» qu'il s'agissait d'une **chirurgie ESTHETIQUE et de convenue**.

Il serait facile de trouver d'autres exemples comme dans les suites de la chirurgie bariatrique. **Le patient est guéri de son obésité mais la correction de ses séquelles morphologiques est à l'évidence une chirurgie de convenue.** Il en sera de même pour les remodelages mammaires : mastopexie si moins de 300g retirés, mastoplastie de réduction si plus de 300g... Entre 290g et 310g la limite de la réduction est d'une estimation très délicate comme chacun le sait, et il est évident que dans les deux cas c'est une vraie chirurgie de convenue.

**Il faut donc nous préparer à ce nouveau challenge** dans la gestion de notre responsabilité, et sans ce but, nos instances diverses feront bien de préparer une formation spécifique et évolutive.

ASSPRO, quand à elle, a bien compris la spécificité de la chirurgie de convenue et insère déjà dans ses projets de formation et d'accompagnement les outils nécessaires à sa bonne gestion pas ses adhérents.

## Chirurgie de l'obésité : d'une chirurgie fonctionnelle à une chirurgie vitale

Vincent FRERING

*« Cette spécialité était jusqu'à très récemment peu considérée par la majorité des chirurgiens. »*

La chirurgie bariatrique a connu un essor considérable ces dernières années en relation avec la conjonction de l'augmentation de la prévalence de l'obésité dans les pays dit développés, et l'émergence de techniques chirurgicales qui apportent une réelle solution face à un traitement médical totalement impuissant. **Le pendant de tout traitement efficace est un risque réel de complications tant opératoires que post-opératoires.** Ces complications bien connues des équipes rodées à cette chirurgie entraînent un risque médico-légal non négligeable.

Cet article a pour but d'exposer la gestion du risque médico-légal dans la chirurgie bariatrique au sein d'une équipe qui opère plus de 1 300 patients obèses par an, et réalise plus de 10 000 consultations annuelles en obésité. La gestion du risque médico-légal découle d'une organisation de l'équipe de chirurgie bariatrique qui va être exposée ci dessous.

La chirurgie bariatrique, était, il y a quelques années, une chirurgie pratiquée par quelques pionniers et de façon épisodique. Cette spécialité était jusqu'à très récemment peu considérée par la majorité des chirurgiens. Cette attitude peut s'expliquer par l'approche de la personne obèse que tout un chacun peut avoir.

L'engouement pour cette chirurgie s'est accompagné d'un regain de procédures comme le rappelait le Dr. Timsit dans cette même revue en Juin 2004. Son article, quelque peu alarmiste, rappelait certaines règles pour la réalisation de cette chirurgie.

Ces règles restent d'actualité, mais méritent d'être mieux formalisées et affinées au regard de l'expérience qu'a acquis cette spécialité.

**Le but de cet article est de mieux se prémunir du risque médico-légal afférent à cette spécialité.** En cas de mise en cause d'un chirurgien, seront abordées son expérience dans la pratique, l'indication opératoire, et l'origine de l'accident et du préjudice. Nous aborderons les moyens à mettre en oeuvre pour obtenir une expertise favorable. Cet article ne reflétera pas les tendances actuelles qui pourraient avoir un risque médico-légal comme la chirurgie de l'adolescent par exemple. Nous aborderons uniquement la pratique habituelle.

### Justifier d'une activité en chirurgie bariatrique:

C'est la première question d'un expert en cas de litige. **Il est important de montrer que vous avez une activité organisée** pour le traitement de l'obésité. Cela implique un environnement médical et matériel dédié. A titre d'exemple, il faut avoir vérifié la capacité de la table d'opération, l'adéquation des appareils pour ces patients (tensiomètre, pèse personne, lit, fauteuil...).

L'équipe anesthésique doit coopérer pour cette chirurgie, et il est important de ne pas débiter cette activité sans leur coopération. **Une équipe soudée et prête pour cette activité, aura de bien meilleurs résultats** et minimise ainsi le risque médico légal.

**L'activité de chirurgie bariatrique ne se résume pas à la seule intervention chirurgicale.** Il faut organiser et formaliser les activités complémentaires. Cela implique, hormis l'équipe anesthésique, un médecin nutritionniste, un psychologue ou psychiatre, un endocrinologue, une diététicienne,...

Cette organisation définit les protocoles pour l'indication opératoire, mais aussi pour l'organisation du suivi. De ce dernier découle le succès de la chirurgie et également un risque médico-légal moindre. Cet aspect capital de la formalisation des relations entre spécialistes et de l'organisation des soins sera récurrent dans tous les chapitres suivants. Pour débiter en chirurgie bariatrique dans un centre qui n'en a pas l'expérience, il est préférable de se faire accompagner pour initier cette activité.



La SOFFCO (Société Française de Chirurgie de l'obésité) a une liste de membres prêts à vous guider pour débiter cette activité en toute sécurité et propose un diplôme inter-universitaire de chirurgie bariatrique. Un chiffre ressort régulièrement, issu de l'enquête de la CNAM qui a démontré que les équipes opérant plus de 30 malades par an ont de meilleurs résultats. Il est admis aussi qu'une équipe se doit de proposer différentes interventions de chirurgie bariatrique. Même si la mise en place d'un anneau est relativement aisée pour un chirurgien laparoscopiste, et qu'il est préférable de commencer par ce type d'intervention, il faut justifier du fait que toutes les techniques aient été proposées en s'adressant par exemple à un centre qui propose les techniques plus risquées telles que le by-pass gastrique par exemple.

Aucun critère ne peut définir actuellement quel type d'intervention doit être choisie, mais **il est nécessaire de justifier le choix de l'intervention dans le panel des indications**, et de démontrer qu'il n'y a pas eu perte de chance en n'effectuant qu'un seul type d'intervention dans votre activité. La solution pour éviter cet écueil reste de formaliser un accord avec un centre effectuant toutes les interventions et qui vous assiste dans les débuts.

### Justifier l'indication opératoire:

La chirurgie de l'obésité est bien codifiée. Les indications sont reconnues par l'IFSO (International Federation Surgery Obesity) et rappelées par l'HAS. Il est indispensable de se conformer à ces recommandations. **Chaque patient doit être vu par le chirurgien, le médecin nutritionniste et par un psychologue ou psychiatre.** A l'issue le dossier doit être discuté en réunion de concertation. Il est important à nouveau de formaliser les relations entre les différents spécialistes pour une meilleure sécurité du patient.



### *«Les équipes opérant plus de 30 malades par an ont de meilleurs résultats»*

Un dossier standard peut rentrer dans des référentiels reconnus, mais il est important d'avoir défini auparavant ces référentiels. Un dossier qui n'entre pas dans les recommandations peut tout à fait être opéré mais la discussion devra porter durant la réunion de concertation sur le problème spécifique qui justifie l'indication. Le compte rendu de concertation doit être établi dans tous les cas, pour justifier du parcours du patient. Sur le site de l'HAS il est possible de télécharger ces recommandations.

L'argumentaire de l'indication opératoire porte sur l'histoire du patient et de son obésité. Doivent être inventoriés l'ancienneté de son obésité, les moyens qu'il a mis en oeuvre pour le traitement de celle-ci, ses co-morbidités dont l'appréciation se fait au cas par cas. Par exemple des douleurs articulaires pourront être invalidantes pour un travailleur manuel et moins pour un travailleur sédentaire. **Au risque de me répéter, aucun consensus ne définit encore l'indication** sur la technique chirurgicale. Il est cependant nécessaire de justifier une expérience dans cette technique, et des moyens pour gérer les complications propres à chacune.

### Prévention du risque opératoire:

Si le risque de la mise en place d'un anneau est à la limite du négligeable pour une équipe entraînée, il peut être majeur pour une équipe débutante. Il est capital de bien se former et surtout de former l'ensemble de l'équipe à cette technique. Ne négliger aucun intervenant. **Lors d'une formation, il est préférable de la faire en binôme chirurgien-anesthésiste.** Chacun pourra se concentrer sur les risques spécifiques inhérents à sa spécialité, ce qui sécurisera d'autant le geste ultérieur.

Une intervention bariatrique ne peut se concevoir comme la réalisation du seul chirurgien. Si certaines chirurgies peuvent s'abstenir d'une parfaite coopération du binôme chirurgien-anesthésiste, ce n'est pas le cas de la chirurgie bariatrique, que ce soit dans la réalisation du geste ou dans les suites immédiates. Lorsque la maîtrise d'une intervention simple comme l'**anneau gastrique** est acquise, on peut se tourner vers des interventions plus complexes telles que le **by pass gastrique**.

La **sleeve gastrectomie**, de description récente en chirurgie bariatrique mérite une attention particulière. **Cette intervention réputée aisée a tendance à se diffuser largement, parfois sous la pression de l'industrie pharmaceutique** et présente au premier abord bien des avantages : technique semblant simple pour un chirurgien digestif, suivi ne nécessitant pas d'organisation comme pour le réglage des anneaux, absence de risque théorique de carences en nutriments comme pour le by pass. La sleeve gastrectomie est grevée d'une mortalité et d'une morbidité non négligeables. Il s'agit d'une intervention complexe dans sa réalisation, avec de multiples détails qui peuvent alourdir facilement le résultat.

Penser que l'on peut débiter en chirurgie bariatrique par la sleeve gastrectomie après avoir vu un ténor de la technique est une grave erreur. Ces ténors ont organisé leurs indications, ont affiné leur technique au fruit de l'expérience et des échanges, et ont un suivi rodé. **Cette intervention a d'excellents résultats grâce au professionnalisme des équipes mais présente de grands risques si elle n'est pas abordée avec sérieux.** Elle ne doit pas être réduite à une simple réduction de l'estomac!

Une fois le malade opéré, la surveillance est capitale. Il faut là aussi l'organiser. Qui fait quoi? Qui voit le malade? Qui gère les anticoagulants? La complication post opératoire chez le malade obèse est insidieuse et rapidement dramatique. En post opératoire immédiat tout examen paraclinique est source de retard et peut rapidement entraîner votre patient dans une spirale infernale. Une fistule gastrique peut tout à fait se présenter avec un TOGD, un scanner et une biologie normaux!

La tachycardie du patient pourra être le seul signe qui devra faire réaliser une laparoscopie dans les meilleurs délais. Rien ne pourra justifier devant un expert le délai pour la reprise chirurgicale, en revanche une laparoscopie «blanche» ne sera jamais retenue contre le chirurgien. Afin de bien organiser son activité, il peut être utile d'éviter de faire cette chirurgie une veille de week-end. **Un patient obèse se complique en règle générale dans les 48h.** Un patient opéré par laparoscopie se lève le soir ou au pire le lendemain de son intervention. S'il reste alité, la vigilance doit être redoublée. Le taux de complication reste très bas comparativement aux autres chirurgies de même type. Ceci s'explique certainement par l'extrême prudence des chirurgiens bariatriques dans le traitement d'une pathologie que beaucoup considéraient comme fonctionnelle.

### Prévention des complications tardives:

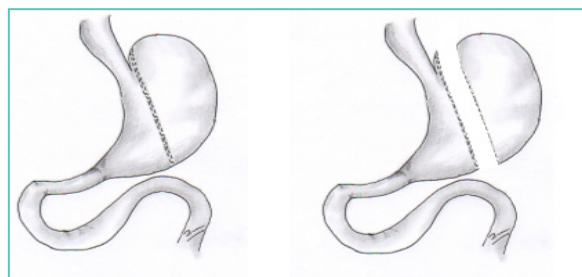
Les complications tardives sont multiples et doivent être connues d'un chirurgien bariatrique. L'AGA a comme principale complication le glissement et implique une prise en charge chirurgicale rapide. L'érosion gastrique est très rare actuellement et ne relève pas de l'urgence. La dénutrition est exceptionnelle. Le BPG a des complications spécifiques, comme les hernies internes, les dénutritions. La sleeve gastrectomie, une fois passé le risque de fistule, qui peut néanmoins apparaître jusqu'à trois mois après l'intervention, a peu de complications. **Toutes ces techniques nécessitent néanmoins l'organisation des soins et du suivi.**

Il faut sensibiliser le patient au suivi. Dans l'euphorie de l'amaigrissement, le patient a tendance à vouloir sortir du système de soins, pas forcément par vice mais souvent parce qu'il se considère comme guéri et ne ressent pas la nécessité de consulter régulièrement alors qu'il se sent en parfaite santé.

L'obésité est une maladie chronique qui reste tapie dans l'ombre et réapparaît dès la moindre défaillance. Il faut accompagner les patients en permanence pour consolider leur rémission.

Certains ne consultent pas tout de suite de peur qu'on leur enlève leur anneau et replongent ainsi dans l'obésité. Il faut établir une relation de confiance, expliquer qu'il s'agit d'une maladie chronique et que l'équipe est là pour les aider tout au long de leur parcours.

Le suivi doit là encore être formalisé, et organisé. Il est idéalement confié à un médecin nutritionniste qui a une meilleure connaissance des carences et déficits. Il est plus facile de sensibiliser un médecin nutritionniste aux complications chirurgicales, que d'apprendre à un chirurgien les carences en vitamines.



En dehors de son manque de compétence en nutrition, on conçoit aisément qu'un chirurgien ne puisse pas suivre tous ses patients opérés. En revanche il est illusoire de penser que l'on peut se passer de proposer un suivi en faisant une sleeve gastrectomie. **Le succès de la chirurgie bariatrique passe par l'accompagnement du patient.**

La gestion des urgences doit être organisée et le patient doit être informé des recours en cas de problème. Que doit-il faire en cas de vomissements? En cas de douleur?

*«Il faut accompagner les patients en permanence pour consolider leur rémission.»*

L'information du patient est capitale sur les effets secondaires, et les signes alarmants. L'ignorance médicale et chirurgicale sur ces patients est vaste. Souvent ils se présentent dans un service d'urgence avec soit une douleur soit des vomissements. En raison de leurs antécédents de chirurgie bariatrique, les patients ressortent régulièrement avec un diagnostic péremptoire se résumant en une phrase «c'est normal de vomir avec ce que vous avez fait comme intervention» et finissent par arriver dans le service de chirurgie bariatrique avec une péritonite appendiculaire. Un obèse a le droit de faire une appendicite, une cholécystite...

L'organisation de la prise en charge des urgences est capitale. Bien des procédures peuvent être évitées si le patient peut faire appel directement à votre service, plutôt que d'atterrir dans un service ayant une maigre expérience de la chirurgie bariatrique et qui va réaliser sur votre patient une intervention compliquée chargée de sous entendus, alors qu'une simple ablation d'anneau gastrique par laparoscopie aurait suffi.

La chirurgie bariatrique est actuellement reconnue. Elle implique une grande rigueur dans sa pratique, et une organisation à tous les niveaux. Historiquement cette spécialité était délaissée par beaucoup de chirurgiens, et considérée avec une complaisance péjorative par les médecins nutritionnistes et endocrinologues. **Actuellement il s'agit d'une spécialité essentiellement pilotée par les chirurgiens.** Par leur rigueur et leur professionnalisme, les chirurgiens doivent démontrer qu'ils sont capables d'organiser une activité dans son ensemble et ne pas être seulement des exécutants à qui l'on demande d'enlever une tumeur ou de mettre un anneau.

Le rôle de l'équipe reste fondamental pour garantir la qualité de la prise en charge. **La communication entre les membres de l'équipe et la formalisation des relations est essentielle** pour assurer une bonne qualité des soins et ainsi mieux contrôler le risque médico-légal.

### En résumé

Organiser son équipe et formaliser le rôle de chaque intervenant (nutritionniste, psychologue, diététicienne, anesthésiste, infirmière, secrétaire...).

Communiquer avec l'ensemble des intervenants.

Laisser à chaque intervenant la possibilité d'exprimer une crainte sur un patient.

Rappeler le risque différé de l'obésité.

Définir ce que l'intervention peut apporter. Insister sur le fait qu'elle ne résout pas tout.

Rappeler les risques de l'intervention.

Impliquer le patient dans la démarche. C'est son choix, et il est pleinement acteur.

## Césarienne de convenance: mythe ou réalité

Jean-Michel Dreyfus

Au 20ème siècle, la césarienne de convenance pouvait s'apparenter à une question iconoclaste. Au 21ème siècle, l'évolution des mentalités, rend cette interrogation très actuelle. En France, en 1981, 10,9 % des accouchements s'effectuaient par voie haute. **En 2009, le taux a dépassé 20%**. Le taux dépasse actuellement 50% dans certains pays (Brésil, USA...).

La question de la césarienne de convenance (CDC) pose une double question médico-légale.

### Avantages pour la femme et l'enfant?

On sait que le taux de morbi-mortalité de la voie haute est multiplié par 3,5 par rapport à la voie basse.

L'inflation du taux de césarienne induit une inflation du risque chirurgical et anesthésique. A terme, on sait que les risques pour les grossesses ultérieures d'une insertion basse du placenta, d'une rupture utérine, d'hémorragie et de complications sont majorés. Statistiquement, la césarienne ne diminue pas le risque d'incontinence urinaire, réduit le risque d'incontinence anale et de prolapsus, mais réduit la sécurité maternelle, et **ne présente par conséquent pas d'avantage objectif pour la femme.**

L'inflation du taux de césarienne ne s'est pas accompagnée d'une diminution nette des infirmités motrices d'origine cérébrale. Elle augmente de façon importante la fréquence de survenue des maladies des membranes hyalines, et n'élimine pas les traumatismes fœtaux (0,5%). **Il n'y a donc pas d'avantage objectif pour l'enfant à naître.**

- La césarienne de convenance pour le médecin est-elle légitime ?

Elle permet une meilleure organisation de la salle d'accouchement, en particulier dans les maternités de Niveau I, et pourrait être considérée par certains comme une protection médico-légale. Dans ce cas l'indication sera examinée «à la loupe» en cas d'expertise et/ou de complications. Elle ne peut être raisonnablement défendue. Il s'agit là d'actes non conformes aux bonnes pratiques médicales et considérés en cas d'expertise comme fautifs.



- Césarienne de convenance à la demande de la patiente : Dans le cas d'une indication relative (utérus cicatriciel, siège, âge maternel, grossesse multiple...), l'indication nous paraît acceptable.
- Demande de césarienne sans indication médicale : cette indication doit être discutée. Elle se heurte à un antagonisme : le code civil interdit tout acte médical non justifié, la loi Kouchner interdit tout acte médical sans consentement (dans le cas présent, accouchement par voie basse).
- Les enjeux éthiques et médico-légaux ne sont pas négligeables : Si l'on accepte la CDC, la patiente risque de stigmatiser l'absence d'indication véritable, en cas de complication. Si l'on refuse, une complication d'accouchement par voie basse (maternelle ou fœtale), sera immédiatement critiquée.

**Conduite à tenir en cas de demande de césarienne de convenance** : chaque situation est un cas d'espèce, il n'est pas possible de retenir des protocoles.

Pour répondre à ces demandes, quelques pistes peuvent être proposées :

- **Demande «psychologique»** : peur de l'accouchement. Elle doit être dépistée le plus précocement possible. Une prise en charge psychologique doit suivre, et la décision doit être prise à l'issue d'un bilan concerté.
- **Si la demande trouve une justification médicale discutable** : il est nécessaire d'informer la patiente sur les inconvénients de la césarienne, de laisser un temps de réflexion aussi long que nécessaire, et de poser l'indication, à la suite du renouvellement de la demande après information exhaustive.
- **Une demande de CDC pure ne doit pas faire l'objet d'un refus d'emblée** : la décision doit faire l'objet d'une demande mûrement réfléchie, après une information aussi large que possible, relatée par écrit dans le dossier médical de la patiente. Si l'accoucheur refuse la CDC, il devra motiver ce refus auprès de la patiente par écrit, en délivrant des solutions alternatives, en détaillant les arguments de son refus.

La preuve de l'information doit être apportée dans le dossier médical, par une lettre au médecin traitant et/ou par un courrier adressé à la patiente. Celle-ci doit recevoir une information complète pour expliquer la décision de l'accoucheur. Si la demande est maintenue, la patiente doit être dirigée, auprès d'un confrère ou d'un autre établissement.

**Il n'est pas possible de refuser en 2011 de façon dogmatique la CDC.** Dans ce cas, l'indication devra être renouvelée au terme de la grossesse. La décision sera conclue en présence d'une tierce personne, et sera validée par la signature d'une demande motivée reconnaissant une information complète.

### **Les conséquences médico-légales imposent un certain nombre de précautions :**

Un consentement sera utilement signé en début de grossesse (si possible) avec information complète sur la césarienne. Il sera utile si une indication urgente survient. Le compte rendu opératoire devra être précis et détaillé, mentionnant l'indication, la traçabilité (matériel, identification des intervenants...), durée de l'intervention, volume des pertes, compte des compresses, aspect des urines... Enfin, une information complète est nécessaire sur les complications à long terme d'une césarienne, en particulier pour les grossesses ultérieures.



### **En conclusion**

S'il n'est pas souhaitable d'accéder à toutes les demandes de CDC, il n'est pas possible de refuser systématiquement ces requêtes.

Il faudra dès lors s'entourer de toutes les précautions médico-légales afin d'éviter des recours toujours possibles dans ce type d'indication limite.

## Chirurgie de convenance en chirurgie de la main

Vincent Travers

En chirurgie de la main comme pour l'ensemble de la pratique chirurgicale, **les demandes des patients ont évolué**, et on assiste bien fréquemment à une demande qui est plus liée à une convenance qu'à une atteinte fonctionnelle réelle et importante.

La limite entre chirurgie «de convenance» et chirurgie «nécessaire» est parfois floue, si on regarde un simple canal carpien, il est sûr que les «anciens» acceptaient de perdre force, voire sensibilité. Et pourtant nul ne conteste l'intérêt et la nécessité d'opérer ces canaux carpiens.

On est donc dans le problème de l'acceptabilité par le patient d'une affection qui, à nos yeux, est du domaine de la convenance.

Ainsi il nous arrive que des patients se présentent avec une affection qui, fonctionnellement, ne les gêne pas: ainsi en est-il d'un nodule simple de Dupuytren, d'un kyste indolore et non gênant, de nodosités d'heberden, d'une arthrose IPD. **Pas de douleur, mobilité force et fonction normales.**



### Que faire alors ?

Il semble logique, d'un point de vue strictement médical, de commencer par essayer de dissuader au maximum le patient de l'intervention. En tout cas, il faut en premier lieu être très à l'écoute du ressenti qu'a le patient de son affection.

Utilisant comme toujours la balance bénéfice risque, il faut, me semble-t-il, «gonfler» les risques, et notamment celui de syndrome algodystrophique, mais aussi de lésion nerveuse iatrogène ou de raideur séquellaire. En tout cas il faut faire comprendre au patient que ces risques, même s'ils sont faibles, risquent d'aboutir à une situation fonctionnelle aggravée par rapport à l'état actuel.

En ce qui me concerne, ayant par moi-même un nodule de Dupuytren familial depuis 16 ans sur ma main droite, je leur montre et leur dit que, ne me faisant pas opérer moi-même, je ne vois pas pourquoi je l'opérerais chez eux ! mais certains vont me répliquer que eux, ils se sentent gênés, qu'ils ne veulent pas garder ce nodule, bref ils insistent !!

Si le patient persiste dans son désir de se faire opérer, deux possibilités : soit «se défausser» en refusant le geste chirurgical, mais nous sommes pourtant là pour répondre à une demande, à une gêne d'un patient, soit décider l'intervention, **en inscrivant bien sur le dossier et la lettre au médecin traitant que cela correspond à une gêne physique mais non fonctionnelle.** Et bien sûr et surtout, faire valider dans les règles le dossier d'information et le consentement éclairé !

Et alors, outre l'information qui doit être parfaite, **écrire, écrire, toujours écrire, consentement éclairé, courrier.** Il faut doublement se protéger, car, si un problème survient, le patient et surtout l'expert seront intraitables !

# Anesthésie et chirurgie de convenance. Quelle spécificité pour la chirurgie plastique et esthétique ?

Patrick-Georges Yavordios



## 1 : La procédure d'anesthésie

La pratique de l'anesthésie est encadrée par le décret de décembre 1994. Tout est écrit sur l'information, la consultation, la visite, le matériel et la surveillance. **Le décret s'applique intégralement quelle que soit la nature de l'acte médical envisagé.** Il en est de même pour les recommandations professionnelles issues de la SFAR.

## 2 : La relation avec le patient

L'information sur le bénéfice attendu versus les risques encourus doit être précise, complète et correctement tracée sur le dossier.

La relation médecin-patient peut être différente, ce dernier se considérant davantage comme un client avec un niveau d'exigence supérieur.

Si la personnalisation de l'ensemble de la procédure n'est pas possible, il est nécessaire de l'expliquer et de donner les noms des médecins qui interviendront dans la prise en charge.

Le délai de réflexion doit être suffisant.

**Un devis doit être remis et accepté.**

## 3 : La relation avec l'établissement

**L'encaissement et la gestion des honoraires doivent être définis :** Assurance maladie, honoraires complémentaires, honoraires libres du secteur 2 et honoraires esthétiques non remboursés coexistent et sont souvent source de complications et de malentendus.

## 4 : L'équipe chirurgien- anesthésiste réanimateur

La nature précise de l'intervention, les positions et le temps opératoire prévus doivent être communiqués par le chirurgien afin qu'un devis précis puisse être établi par l'anesthésiste.

La période post opératoire est la source d'une morbidité 500 à 1000 fois supérieure à celle du bloc opératoire et le partage des rôles dans le péri opératoire doit faire l'objet d'un protocole entre anesthésistes et chirurgiens.

Le nom du médecin référent doit apparaître clairement sur le dossier du patient.

## 5 : Protocole de partage des actes thérapeutiques entre les Chirurgiens Plasticiens (CP) et les Anesthésistes Réanimateurs (AR)

### Prérequis

Les recommandations éditées par l'Ordre National des Médecins de Décembre 2001 :

«recommandations concernant les relations entre anesthésistes réanimateurs et chirurgiens et autres spécialistes ou professionnels de santé»

La référence de la HAS : manuel d'accréditation HAS V2 référence 37 : «le fonctionnement des secteurs d'activités interventionnelles fait l'objet d'une organisation formalisée par les professionnels concernés validée par les instances de l'établissement et connue de tous»

### Objectifs et champ d'application

Définir le rôle de chaque praticien dans la prise en charge d'un patient.

Optimiser la coordination des soins.

Eviter les prescriptions contradictoires.

Identifier le médecin concerné par l'acte, interlocuteur du personnel paramédical.

Concerne tous les secteurs d'hospitalisation.

### Principaux thèmes abordés par le protocole

Prise en charge de la douleur post opératoire (DPO).

Douleur chronique et aiguë pour un patient non opéré.

Prévention de la maladie thromboembolique.

Gestion de l'anémie.

Gestion des AVK, des antiplaquettaires et de tous les médicaments anti thrombotiques ou hémostatiques.

Hydratation et réalimentation post opératoire.

Prescription des traitements personnels des patients dans le cadre du circuit du médicament, notamment via logiciel informatique.

Suivi post opératoire en service d'hospitalisation.

## 6 : Conclusion

La procédure d'anesthésie n'est pas modifiée par le contexte de chirurgie de convenance. Il convient toutefois d'être extrêmement vigilant dans l'analyse du bénéfice risque, et de tracer la compréhension et l'accord du patient.

En effet, le patient devenu «client» acceptera plus difficilement la survenue d'un évènement médical indésirable. La prise en charge optimale nécessite un protocole formalisé et opposable entre chirurgien et anesthésiste afin que la notion d'équipe soit réelle.

D'un point de vue administratif, le recouvrement et la gestion des honoraires doivent être clairement définis.

# La lettre ASSPRO est aussi la vôtre !



## ■ Transmettez-nous votre avis :

Nous serions très heureux de recueillir vos suggestions sous forme de **courrier des lecteurs**, N'hésitez pas à nous écrire par mail.

## ■ Participez au partage d'expérience entre praticiens :

**Nous vous invitons à nous proposer**

- soit un article scientifique**, en rapport avec le principe du journal, c'est-à-dire centré sur la notion de risque et de prévention des risques,
- soit une expérience vécue ou des réflexions, à nous faire partager.**

Le journal ASSPRO.Info.com est un vecteur potentiel pour faire diffuser des articles, des informations, réflexions ou expériences personnelles.

Instructions aux auteurs :

Un article en français clair, synthétique, d'une à trois pages en format A4, police Arial 10/11, proposant un résumé, un paragraphe «en pratique» et la bibliographie des 5 articles clés.

2 à 3 QCM seront proposés sur les points clés : questions à choix multiple avec pas plus de 5 possibilités de réponses et plusieurs bonnes réponses possibles.

L'article sera ensuite validé par notre comité scientifique.

**Pour tout renseignement complémentaire merci de nous contacter à :**  
**[travers\\_vincent@yahoo.fr](mailto:travers_vincent@yahoo.fr) ou à [valerie.evenou@asspro.asso.fr](mailto:valerie.evenou@asspro.asso.fr)**



par Me Véronique ESTEVE Avocat au Barreau de NICE

La chirurgie de confort donne lieu à une importante Jurisprudence ; on peut définir ce type de chirurgie comme un acte souhaité par le patient sans nécessité médicale qui relève de la convenance personnelle. C'est la raison pour laquelle la solution adoptée par la Jurisprudence n'est pas totalement transposable à celle de la chirurgie conventionnelle (notamment au niveau de l'information et de la justification de l'acte).

La chirurgie esthétique reste le terrain de prédilection de ce type d'acte, mais pas uniquement...

## Chirurgie esthétique

Cour d'Appel DOUAI 25 novembre 2010

Une patiente est opérée d'un lifting cervico-facial. Elle n'est pas satisfaite du résultat du lifting. Elle diligente un procès.

Une expertise conclut que le geste chirurgical est conforme aux règles de l'Art, la patiente ne présentant aucune contre-indication. Même si le résultat est insuffisant, il n'existe aucune faute technique.

La patiente se plaint d'un **défaut d'information**. Pour sa défense, le praticien invoque avoir remis un document d'information que **la patiente a omis de lui rapporter signé, mais il l'a néanmoins opérée.**

La Cour d'Appel a estimé que le praticien ne rapportait pas la preuve de l'information, précisant : *«il ne peut s'en prendre qu'à lui même, s'il n'a pas exigé la remise du document le couvrant de son obligation d'information».*

La Cour rajoute : *«S'agissant d'une opération de pur confort, non indispensable, mais destinée à satisfaire la coquetterie de la patiente, il ne peut être soutenu qu'avertie des inconvénients possibles, cette dernière aurait néanmoins fait procéder à cette opération»*

**La Cour d'Appel a ainsi condamné le praticien à une perte de chance d'avoir pu décider en toute connaissance de cause de faire ou ne pas faire l'opération que la patiente avait fixée, et au vu des éléments du dossier, a fixé la perte de chance à 50 % des dommages.**

## AVIS DE L'AVOCAT

Il est désormais acquis pour toutes les juridictions en France, que **seul un document de consentement** contenant une information exhaustive sur tous les risques même exceptionnels, **constitue un moyen de preuve quasiment indiscutable** de l'information donnée, à **condition qu'il soit complet et...signé !** mais aussi daté (**attention également au délai pour le devis qui ne doit pas être inférieur à 15 jours**)

## AVIS ASSPRO

Cette décision illustre parfaitement la nécessité de **tenir un dossier médical complet avant toute intervention**, les juges ayant sanctionné à la fois l'absence de preuve de l'information et la désorganisation du praticien ! Et pour la chirurgie de convenance les modalités d'information, aussi bien orale qu'associée à un support, doivent être parfaites avec notamment un consentement éclairé détaillé, daté, signé, la signature ne doit être ni du jour de la consultation (le patient pouvant reprocher au praticien de l'avoir fait signer «sur un coin de table») ni du jour de l'intervention (idem).

**Attention, le délai de réflexion de 15 jours est IMPERATIF pour le devis.** Si le patient omet de rapporter le document, il faut surseoir à l'intervention. 50% de responsabilité pour un simple papier non rapporté, c'est cher payé mais c'est ainsi !

Vos secrétaires doivent être particulièrement briefées car ce sont elles qui peuvent et doivent veiller au grain. **Elles comme vous devez être intransigeants!**

## Chirurgie réfractive

Cour d'appel AIX EN PROVENCE 30 juin 2009

---

Le cas est le suivant : une patiente atteinte de myopie et astigmatisme bilatéraux est opérée des deux yeux par la technique de Lasik. Le résultat est bon dans un 1<sup>er</sup> temps puis dégradation de l'œil gauche nécessitant une réintervention qui n'a pas empêché la dégradation de la vue au niveau des deux yeux. Ectasie – Décompensation d'un kératocône. - Bilan : 2/10 à droite - 1/10 à gauche - Nécessité d'une greffe.

La patiente diligente une procédure - l'Expert désigné conclut que l'indication n'est pas critiquable, la technique utilisée non plus - Soins donnés conformes aux règles de l'Art - la survenue d'un kératocône n'est pas prévisible.

Tout semble parfait puisqu'il est rajouté que le suivi post op est conforme.

L'Expert commente toutefois que l'intervention bilatérale est pratique, raison pour laquelle elle est répandue mais mentionne laconiquement «*en chirurgie ophtalmologique, la prudence recommande de n'opérer qu'un œil à la fois*».

**La Cour d'Appel se saisissant de cette observation, rappelle que le principe de précaution destiné à réduire les risques est particulièrement de règle dans ce type de chirurgie de confort, et condamne le praticien.**

### AVIS DE L'AVOCAT

Dans ce dossier, l'information avait été donnée. L'appel au principe de précaution rappelle la règle de proportionnalité bénéfices/risques en ce sens que le patient ne doit pas courir un risque supérieur au bénéfice escompté.

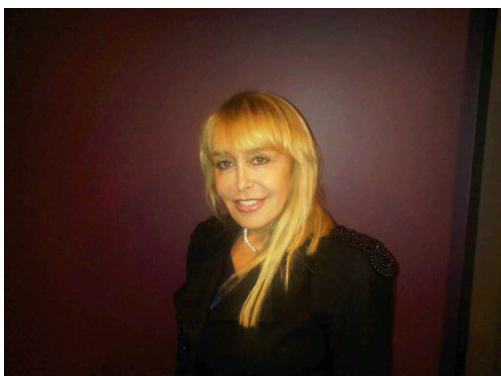
### AVIS ASSPRO

Deux observations :

1°) Pour les Tribunaux, une pratique médicale répandue n'est pas forcément appropriée et adaptée et peut être jugée fautive.

2°) La sévérité des juges s'explique par le fait que **ce type de chirurgie reste classé dans la chirurgie esthétique**, destinée à apporter un confort pour la vue, alors que dans de nombreux cas, la frontière est limitée notamment en cas d'intervention pour nécessité professionnelle.

Le choix d'opérer de manière bilatérale (quel que soit l'endroit, pied, main, etc..) est quelque part une convenance adaptée aux souhaits d'un patient, et donc qui doit être manipulée avec une grande prudence : le fait même d'opérer deux côtés dans le même temps peut accroître la morbidité par le fait même de faire deux cotés en un temps. Notre conseil : **n'opérer deux côtés dans le même temps que le plus rarement possible !**



## Chirurgie maxillo-faciale Cour d'Appel GRENOBLE 2 novembre 2010

Un patient consulte un chirurgien dentiste pour corriger une édentation importante, ancienne et mal compensée par le port d'une prothèse mobile. Il lui est proposé une réhabilitation par implants avec nécessité de greffe osseuse. Le patient est orienté vers un chirurgien maxillo-facial, qui procède au niveau du maxillaire supérieur à une greffe osseuse d'apposition avec prélèvement crânien. Le patient fait l'objet d'une complication post opératoire ayant entraîné à moyen terme, la perte d'une partie des greffons osseux et une nouvelle greffe osseuse d'origine iliaque est entreprise avec succès.

Le patient invoque un **défaut d'information** sur les conséquences et risques d'une greffe osseuse notamment les risques d'échec et les complications fréquentes et de ne pas avoir invoqué l'existence d'une cicatrice sur le crâne, estimant que s'il avait été bien informé il aurait choisi le prélèvement osseux à la hanche et non sur le crâne.

Il invoque le fait que cette **chirurgie de confort** s'apparente aux principes dégagés en chirurgie esthétique.

Une expertise judiciaire conclut : les suites de l'intervention ont été marquées par une désunion de la cicatrice endobuccale, entraînant une petite infection localisée au niveau du greffon sous-jacent, complication classique selon l'Expert et extrêmement fréquente après ce type de greffe.

Sept mois plus tard, le bilan scannographique a montré qu'il existait une résorption assez nette d'une partie importante de la greffe osseuse rendant impossible la mise en place des implants prévus. L'Expert souligne que la résorption correspond à un aléa thérapeutique. L'Expert a souligné que le risque d'échec quel que soit le site de prélèvements se situe entre 15 et 20 %.

L'Expert a rajouté que si les deux sites de prélèvements étaient envisageables, soit le crâne, soit la tête iliaque, qui était toutefois très douloureuse alors que l'intervention sur le crâne donnait de meilleurs résultats car l'os crânien est un os qui se résorbe beaucoup moins.

Selon la Cour, le praticien avait bien indiqué à son patient les deux sites de prélèvements envisageables, mais avait informé que la crête iliaque était très douloureuse alors que l'intervention sur le crâne donnait de meilleurs résultats, ce fait étant confirmé par des publications scientifiques.

Par conséquent, pour la Cour il n'y a **pas eu de défaut d'information** à ce titre.

Concernant la cicatrice sur le crâne, la Cour a considéré que malgré les inconvénients avérés, liés à toute greffe osseuse, le patient a néanmoins entrepris cette nouvelle intervention à la hanche, preuve qu'il était de toute façon décidé à se faire opérer et à courir le risque opératoire dont il se plaint de ne pas avoir été averti.

En outre le patient - directeur d'école - avait largement les capacités intellectuelles permettant de savoir, pour autant qu'on ne lui ait pas dit, qu'une ponction osseuse effectuée dans le crâne laisse une cicatrice dans le crâne de la même façon qu'une ponction à la hanche laisse une cicatrice à la hanche, sans compter qu'il a bénéficié de 4 mois de réflexion et que la greffe pariétale était considérée scientifiquement comme préférable.

**La Cour a considéré que le patient n'avait pas perdu de chance de refuser l'intervention litigieuse.**

**Toutefois dans la droite ligne de la Jurisprudence découlant de l'arrêt de la Cour de Cassation du 3 juin 2010 - la Cour a estimé que le non respect du devoir d'information cause à celui auquel l'information était légalement due, un préjudice distinct, en vertu de l'article 1382 du Code Civil.**

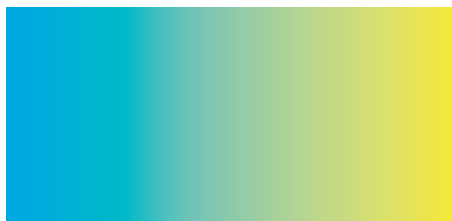
**Le patient a obtenu 1 000 € de dommages intérêts pour son préjudice moral.**

### AVIS DE L'AVOCAT

L'arrêt de la Cour de Cassation du 3 juin 2010 marque **une évolution défavorable pour les praticiens en cas de défaut d'information** dans la mesure où la Cour de Cassation considère que le défaut d'information constitue un préjudice autonome permettant au patient de solliciter des dommages intérêts, non pas par rapport au contrat médical, mais **par rapport au respect de la dignité auquel tout être humain peut prétendre**. Cette Jurisprudence a trouvé à s'appliquer en matière de chirurgie de confort.

### AVIS ASSPRO

La défense du praticien passe par l'étude des publications scientifiques qui permet d'argumenter utilement sur l'option choisie par le praticien entre différentes techniques. Ce cas met particulièrement **en exergue la place incroyable qu'a prise la preuve de l'information** à donner dans nos professions. Il faut donc être systématique, soigneux et vigilant en ce domaine. Il faut se donner la plage de temps nécessaire à cette information. Il faut «verrouiller» par des documents types, vérification de l'information donnée telle qu'ASSPRO vous l'a proposée.



## CM ASSPRO-INFO



### La chirurgie des oreilles décollées est prise en charge (CAMA 013) dans les conditions suivantes :

- Gêne fonctionnelle importante
- Gêne sociale importante
- Gêne psychologique importante

### Dans la chirurgie de l'obésité, si l'on suspecte en post opératoire une fistule gastrique, il faut

- Réaliser un TOGD en urgence
- Attendre 48 heures
- Effectuer une laparoscopie au moindre doute

### Le patient obèse se complique généralement

- Dès les premières 48 heures
- Dans l'intervalle 5.7 jours
- A la fin de la première semaine

### Le taux de césarienne en France en 2009 était de :

- Entre 10 et 15%
- Entre 15 et 20%
- Supérieur à 20%

En répondant à ces QCM:

- Vous remplissez vos obligations de DPC
- Vous faites une économie de 36€, et au total sur l'année en cumulant avec les journées ASSPRO, vous pouvez économiser jusqu'à 250€ d'impôt personnel.

Pour ce faire, inscrivez-vous sur le site [www.da3p.fr](http://www.da3p.fr) ou récupérer vos login et mot de passe par mail.

Au moindre problème contactez-nous par mail : [assistravers@cliniquesaintcharles.fr](mailto:assistravers@cliniquesaintcharles.fr)

### Le taux de morbi-mortalité par voie haute :

- Est équivalent à celui par voie basse
- Est légèrement moindre que celui par voie basse
- Est nettement supérieur à celui par voie basse

**NOUVEAUTE 2012**

## Formation Aide à l'installation et à la gestion du cabinet médical

C'est sous ce titre que démarrera le **24 mars la nouvelle formation proposée aux confrères en cours d'installation** ou qui viennent de le faire mais également **aux confrères en cours d'association ou de déménagement**.

En effet, cette journée sera orientée vers le cabinet médical, son organisation, la fiscalité et le mode d'exercice du médecin, l'informatisation et l'archivage des dossiers médicaux, enfin la gestion de crises au sein du cabinet, tant dans les rapports avec le personnel qu'avec la clinique, les patients etc..

**De nombreux intervenants tous spécialistes de leur sujet** communiqueront sous la coordination d'Anne Gounot particulièrement expérimentée sur le sujet et conjointe d'un confrère plasticien que nous remercions ici d'avoir bien voulu organiser cette session.



# A GENDA

## 2012 - Programme des journées Asspro

### JOURNÉES PÉRINAT, RACHIS, ORTHO, CHIRURGIES

- > Le 21 janvier 2012 à LYON
- > Le 31 mars 2012 à PARIS
- > Le 15 septembre 2012 à MARSEILLE
- > Le 1 décembre 2012 à PARIS

### JOURNEES ASSPRO/PLASTI

- > Le 31 mars 2012 à PARIS
- > Le 30 juin 2012 à NICE + atelier Plastirisq

NOUVEAU

### JOURNEE INSTALLATION ET GESTION DU CABINET MEDICAL

- > Le 24 mars 2012 à Paris

### JOURNEES ASSPRO/ARRES

- > Le 14 janvier 2012 à PARIS
- > Le 24 mars 2012 à BORDEAUX
- > Le 12 mai 2012 à NICE
- > Le 8 septembre 2012 à TOURS
- > Le 10 novembre 2012 à GENEVE

### ASSPRO IRCAD (cœlioscopie)

- Strasbourg
- > Le 11 mai 2012
- > Le 14 décembre 2012

### WEEK-END GESTION DU STRESS

- Relais et Châteaux Le vieux Castillon  
Castillon du Gard
- > Les 8,9, 10 juin 2012
- > Les 21, 22, 23 septembre 2012

### JOURNÉES PRATICIENS/PATIENTS

- > Le 17 mars 2012 à LYON
- > Le 6 octobre 2012 à LYON
- > Le 24 novembre 2012 à PARIS

### SIMULATEUR

- Aéroport Lyon St-Exupéry
- > Le 14 janvier 2012
- > Le 4 février 2012
- > Le 17 mars 2012

### Inscriptions et renseignements

N'hésitez pas à vous inscrire dès maintenant aux différentes journées proposées directement sur **notre site: [www.asspro.fr](http://www.asspro.fr)** ou par mail : **[contact@asspro.asso.fr](mailto:contact@asspro.asso.fr)**