

SOMMAIRE



P 2

DÉONTOLOGIE



P 26

ÉTHIQUE & SOCIÉTÉ

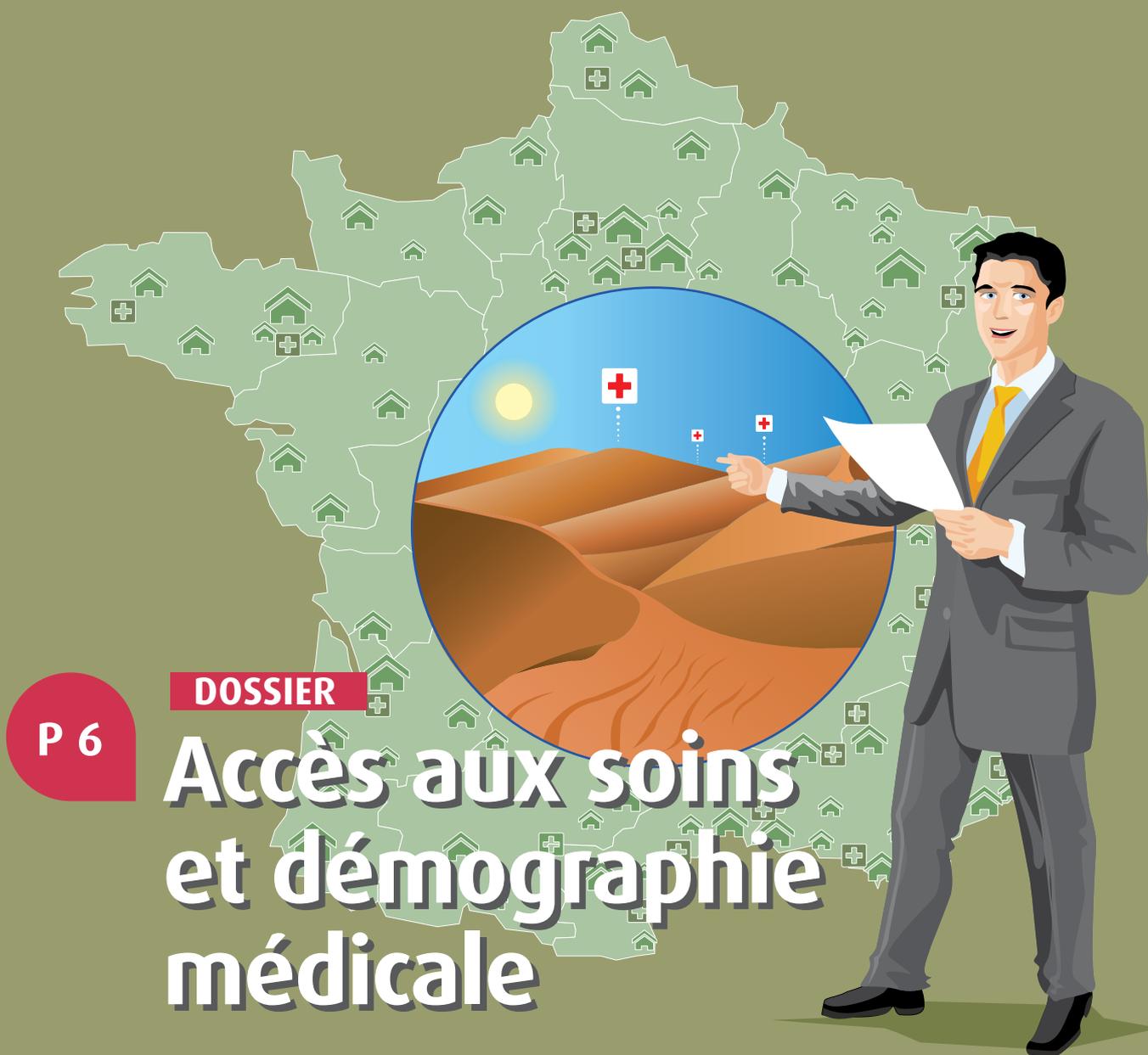


P 29

MARS 2018 / N° 69 / VOLUME 18

RESPONSABILITÉ

REVUE DE FORMATION SUR LE RISQUE MÉDICAL



DOSSIER

P 6

Accès aux soins et démographie médicale



MACSF
Le Sou Médical



SOMMAIRE



© ADOBE STOCK

POINT DE VUE

4/5

La rémunération des pratiques de télémédecine dans le droit commun de la Sécurité sociale : libération totale ou maintien d'un périmètre ?

DOSSIER

6/12

Accès aux soins et démographie médicale

VIE PROFESSIONNELLE

13/17

Praticiens à très faible sinistralité : retours d'expérience et bonnes pratiques

18/21

Le statut des prélèvements autopsiques : un cadre juridique, des problèmes persistants

22/25

La responsabilité des secrétaires médicales

DÉONTOLOGIE

26/28

Taire ou faire ? Comment réagir face au dérapage professionnel d'un confrère ?

ÉTHIQUE & SOCIÉTÉ

29/32

L'architecture des établissements de santé

REGARD INTERNATIONAL

33/35

Il était une fois... la télémédecine !

→ RETROUVEZ les articles de **RESPONSABILITÉ** sur macsf-exerciceprofessionnel.fr



RESPONSABILITÉ

REVUE DE FORMATION SUR LE RISQUE MÉDICAL

COMITÉ DE PARRAINAGE

Pr Georges David
Professeur honoraire de biologie
de la reproduction

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

Pr Roger Henrion
Membre de l'Académie
de médecine

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

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

Dr Jacques Pouletty
Président d'honneur du Sou Médical

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

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

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

CONSEIL DE RÉDACTION

PRÉSIDENT

Dr Jacques Lucas
Vice-président du Conseil National
de l'Ordre des médecins, délégué général
aux systèmes d'information

MEMBRES

Pr René Amalberti
Médecin expert gestion des risques, MACSF

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

Pr Dominique Bertrand
Professeur en économie de la santé
Université Paris 7 Denis Diderot

M^e Muriel Bloch-Maurel
Avocat à la Cour

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

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

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

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

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

Dr Jean-François Gérard-Varet
Président du Sou Médical

Dr Thierry Houselstein
Directeur médical, MACSF

Dr Xavier Laqueille
Président d'honneur de MACSF assurances

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

Dr Catherine Letouzey
Médecin interniste

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

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

Pr Guy Nicolas
Membre de l'Académie de médecine

M^e Catherine Paley-Vincent
Avocat à la Cour

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

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

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

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

Pr Virginie Scolan
Professeur de médecine légale et droit
de la santé, CHU de Grenoble

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

Stéphanie Tamburini
Juriste MACSF

RÉDACTION

Directeur de la publication
Nicolas Gombault

Rédacteur en chef
Germain Decroix

Assistante de rédaction
Sabrina Biendiné

Conception et réalisation
Studio PAO MACSF

ÉDITEUR

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

Dépôt légal : mars 2018
ISSN : 2491-4657

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



CRÉDIT DES ILLUSTRATIONS DE LA COUVERTURE, DU SOMMAIRE
ET DU DOSSIER : JIMMY PÈRE.



La rémunération des pratiques de télémédecine dans le droit commun de la Sécurité sociale : libération totale ou maintien d'un périmètre ?

DR PIERRE SIMON, ANCIEN PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TÉLÉMÉDECINE

➤ Une nécessité pour que les médecins libéraux pratiquent la télémédecine

Le financement de la téléconsultation et de la téléexpertise dans le droit commun de la Sécurité Sociale (SS) avait déjà été prévu dans la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) 2010. À l'époque, la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) n'avait pas voulu donner suite, craignant une explosion des dépenses. Elle avait préféré lancer une expérimentation dans la LFSS 2014 (art. 36) au niveau de 9 régions françaises, avec un périmètre limité aux malades atteints de plaies chroniques complexes en EHPAD. Cette expérimentation n'avait pas encore débuté lorsque l'évaluation devait être présentée par la Haute Autorité de Santé (HAS) devant le Parlement lors de la discussion de la LFSS 2017. Le Parlement prit alors la décision d'étendre l'expérimentation à tout le territoire national, d'élargir son périmètre aux 11 millions de patients en Affection de Longue Durée (ALD) et d'alléger les contraintes administratives prévues au décret du 19 octobre 2010, notamment la contractualisation avec les Agences Régionales de Santé (ARS). Le cahier des charges de la téléconsultation et de la téléexpertise fut publié par arrêté ministériel le 26 avril 2016.

L'équipe dirigeante de la CNAMTS et le nouveau gouvernement décidèrent d'interrompre l'expérimentation et de financer les pratiques de télémédecine dans le droit commun de la SS, ce que le Parlement vota dans la LFSS 2018 (art. 36). Les négociations conventionnelles sur les tarifs des deux actes de télémédecine doivent aboutir avant le 1^{er} juillet 2019. Il est

probable que cette négociation, qui a débuté le 18 janvier 2018, soit rapide, dans la mesure où un premier avenant à la convention médicale de 2016, signé le 1^{er} mars 2017, permet déjà aux médecins traitants de faire des téléconsultations dans les EHPAD, de réaliser des téléexpertises avec les anciens médecins traitants des résidents et d'être rémunérés dans le droit commun de la SS grâce à l'inscription de deux nouvelles lettres clés à la nomenclature des actes. De plus, les EHPAD qui réaliseraient au moins 50 téléconsultations par an bénéficieraient d'un forfait annuel de 25 000 € pour financer l'équipement et l'organisation nécessaires. Cette première avancée est encore trop récente pour connaître son impact sur la pratique de la télémédecine par les médecins libéraux.

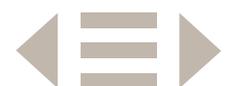
➤ La détermination du périmètre de remboursement de la téléconsultation : un choix difficile mais nécessaire

Il a été précisé dans la LFSS 2018 que seules les téléconsultations par vidéo-transmission seraient remboursées. Sont alors exclues du remboursement les téléconsultations immédiates (non programmées) réalisées jusqu'à présent par les plateformes téléphoniques mises en place par les assureurs et les mutuelles. Certaines de ces plateformes ont déjà annoncé qu'elles allaient évoluer vers des téléconsultations par vidéo-transmission pour être éligibles au remboursement. Les téléconsultations par téléphone correspondent en fait à du téléconseil médical tel que le délivre la permanence des soins du SAMU - Centre 15. La révision du décret de télémédecine devrait intégrer le téléconseil médical délivré

par ces plateformes privées. L'Assurance maladie semble vouloir privilégier les téléconsultations programmées par vidéo-transmission pour conforter un parcours de soins, notamment chez les patients atteints de maladies chroniques. Le périmètre de remboursement pourrait être ainsi limité aux 11 millions de patients en ALD, comme il le fut dans la dernière séquence du programme expérimental. C'est une première hypothèse.

Une autre hypothèse, complémentaire de la première, serait d'améliorer l'accès aux médecins de soins primaires dans les zones où 8 à 10 % de citoyens français bénéficient de moins de 2,5 consultations par an et par habitant, comme vient de le révéler le récent rapport de la DREES sur les déserts médicaux. La moyenne nationale est de 6,1/an/habitant et la moyenne européenne de 6,8/an/habitant. Pour ramener cette population à la norme nationale, environ 25 millions de consultations supplémentaires seraient nécessaires chaque année, soit un peu plus de 2 millions chaque mois, ce qui représente l'activité de 4 000 médecins supplémentaires. Il est intéressant de comparer ce chiffre aux 28 millions de consultations

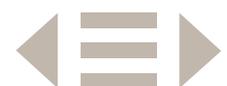
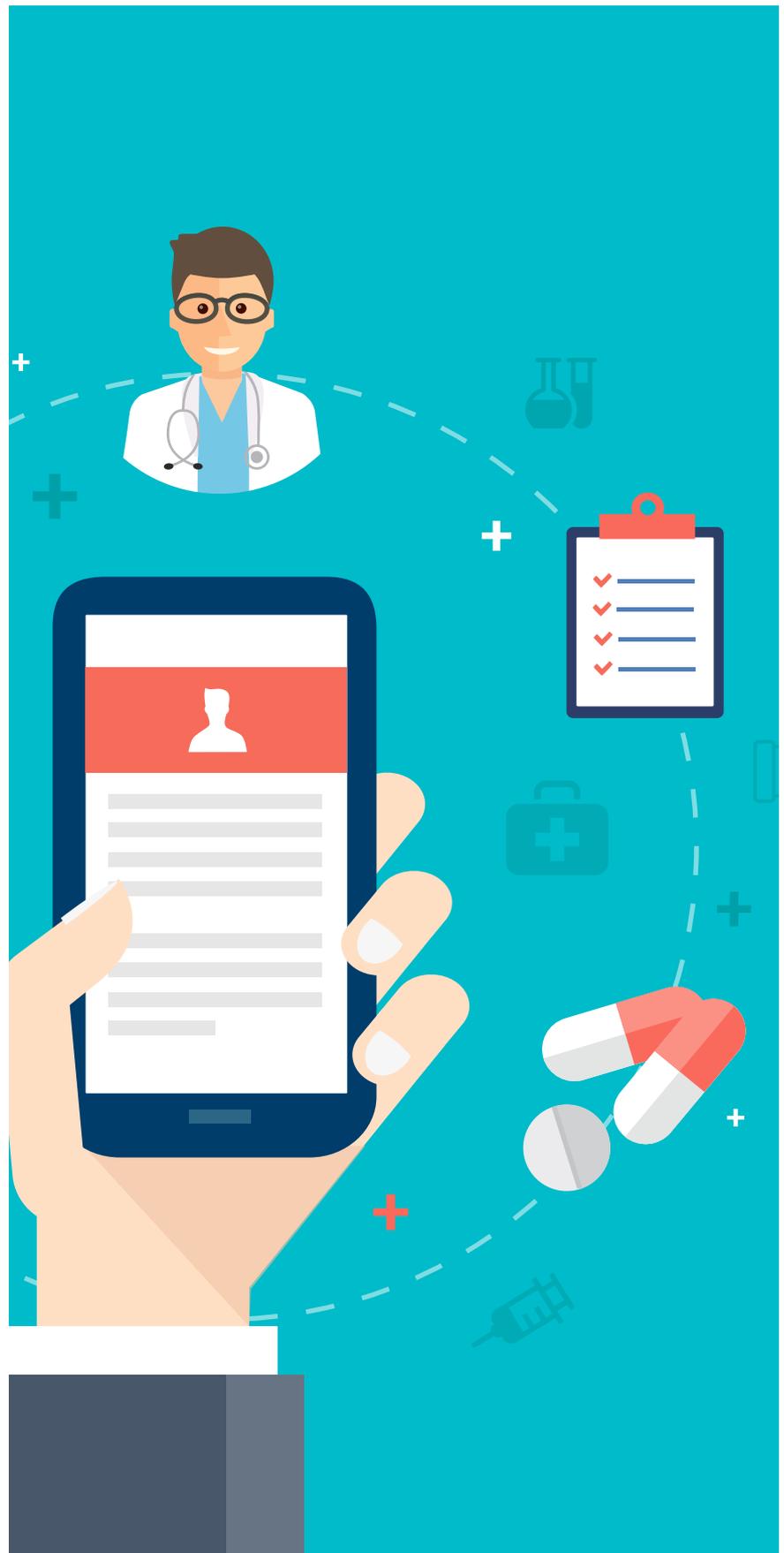
« Les pouvoirs publics pensent que la télémédecine peut contribuer à améliorer l'accès aux médecins dans les zones sous-denses grâce à la téléconsultation. »



programmées perdues chaque année pour des personnes qui ne se présentent pas à leur rendez-vous. La répartition des médecins sur le territoire est très inégale, comme l'illustrent les zones sous-denses. Les pouvoirs publics pensent que la télémédecine peut contribuer à améliorer l'accès aux médecins dans ces zones sous-denses grâce à la téléconsultation.

➤ **La téléexpertise asynchrone par messagerie sécurisée pour réduire le délai d'accès au médecin spécialiste**

La téléexpertise est l'autre pratique de télémédecine qui va bénéficier d'un financement dans le droit commun de la SS. Le but est d'améliorer l'accès aux médecins spécialistes en favorisant l'échange direct avec le médecin de soins primaires, plutôt que d'attendre une consultation en face à face dont les délais, dans certaines spécialités, sont difficilement compatibles avec la continuité des soins qu'assure le médecin de soins primaires. Cette pratique existe déjà depuis une dizaine d'années par téléphone ou par messagerie non sécurisée. Elle n'était pas jusqu'à présent rémunérée. Sa reconnaissance permet de développer l'usage de la Messagerie Sécurisée en Santé (MSS) qui garantit la traçabilité et la sécurité de l'échange, alors que l'usage du téléphone ne l'assure pas. La pratique de la téléexpertise asynchrone par MSS va permettre de réduire le nombre de consultations spécialisées en face à face pour les spécialités dont les délais de rendez-vous atteignent plusieurs mois. Elle permet de faire un premier tri de la demande et de réserver les consultations spécialisées aux patients qui doivent en bénéficier dans un délai plus raisonnable et qui réduit le risque de perte de chance lié à ce délai d'attente. Dans les zones sous-dotées en spécialistes, cette pratique améliore l'accès aux avis spécialisés. Le médecin de soins primaires et le médecin spécialiste sont tous les deux rémunérés grâce à la modification de l'article L. 4113-5 CSP, intervenue dans la LFSS 2010, qui autorise le financement de deux médecins pour un même acte médical. ■





Dans un contexte de population vieillissante, d'augmentation des pathologies chroniques et d'accroissement des inégalités territoriales, l'accessibilité aux soins est devenue un enjeu majeur de santé publique. Quelles sont les évolutions constatées en matière de démographie médicale et de besoins en santé ? Comment répondre aux défis majeurs qu'elles soulèvent ?



Accès aux soins et démographie médicale

DR JEAN-MARCEL MOURGUES, PRÉSIDENT DE LA SECTION SANTÉ PUBLIQUE ET DÉMOGRAPHIE MÉDICALE, CNOM

➤ De la démographie générale à la démographie médicale

Ces dix dernières années, soit sur la période 2007-2017, les médecins inscrits au tableau de l'Ordre ont augmenté de 15 %, mais ceux en activité régulière ont stagné (+ 0,5 %).

La population française a continué à croître, sur un rythme annuel d'abord de 0,5 % sur le début de la période considérée, rythme qui a cependant ralenti, de l'ordre, à présent, de 0,3 % l'an.

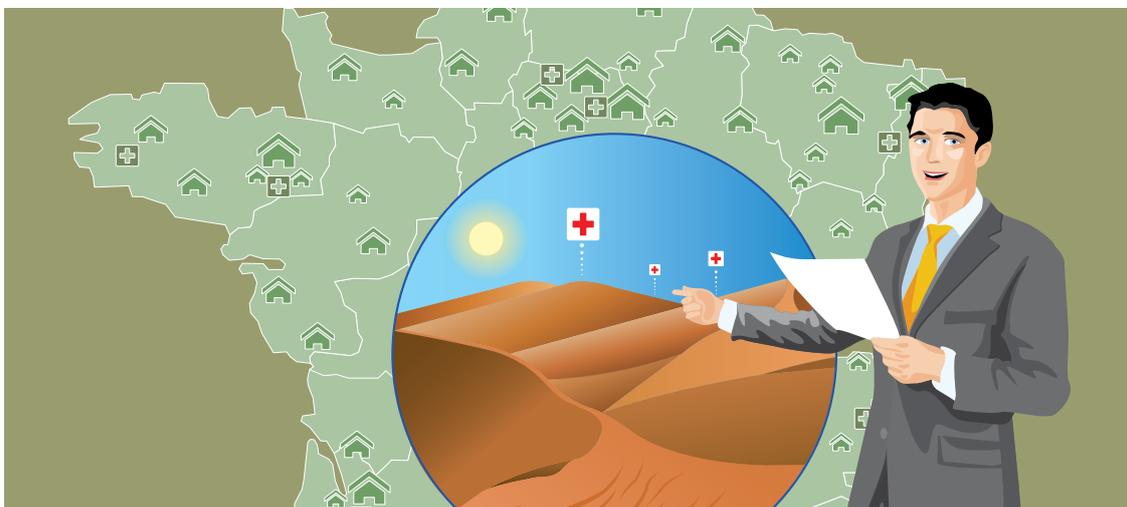
La population française a augmenté sensiblement mais elle a aussi vieilli : depuis 1990, l'espérance de vie a augmenté, sexes confondus, de 6 ans et la population a augmenté de 6,5 millions d'habitants.

Certes, l'espérance de vie stagne ces toutes dernières années et le solde naturel (différence entre naissances et décès) n'a jamais été aussi faible depuis la Seconde Guerre Mondiale (164 000 en 2017 contre 302 000

en 2006). La fécondité baisse (1,88 enfant par femme). Mais en 2005, 1/5^{ème} de la population était âgée de plus de 60 ans et en 2015, selon un scénario de croissance et de fécondité moyen, les plus de 60 ans devaient représenter 1/3 de la population.

Les études prospectives démographiques présentent peu de risques d'erreur à court terme. La classe d'âge dite du Baby-boom (1945 - 1975, les Trente Glorieuses) est tout à fait identifiée. Elle est en âge à présent de consommer des soins réguliers, dans un contexte souvent décrit comme une « épidémie des maladies chroniques », et par le vieillissement de la population, et par les progrès considérables de la médecine ce dernier demi-siècle.

Les besoins en santé ont donc considérablement évolué, et la place à présent dévolue à la prévention, tout au moins dans le texte de la dernière Stratégie Nationale de Santé, est à considérer avec le plus grand intérêt.

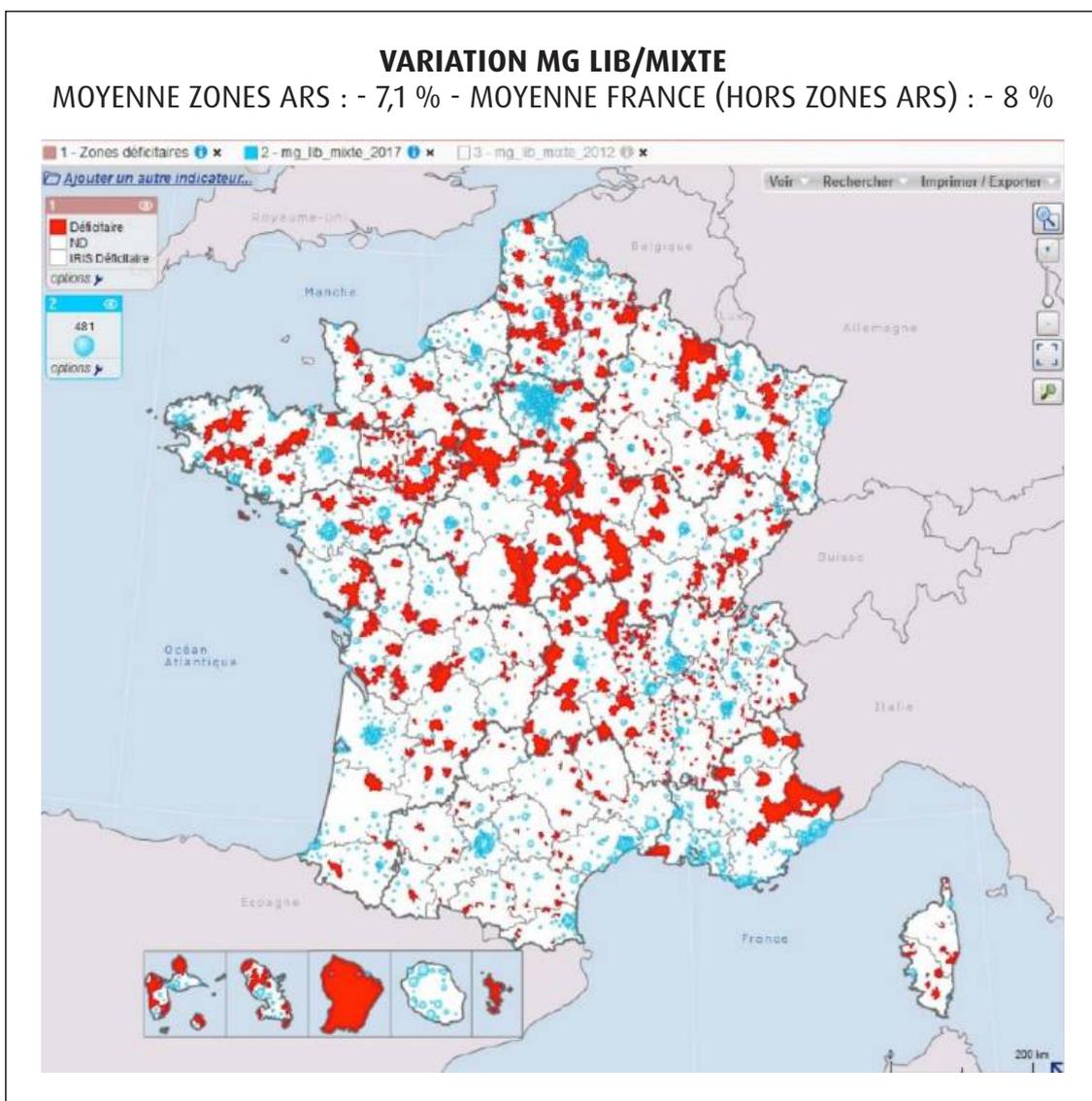


➤ Dans ce contexte de mutation lente de la démographie de la population générale, quelles sont les enseignements de l'étude rétrospective de la démographie médicale des 10 dernières années ?

Depuis le début des années 2000, le paysage sanitaire français est souvent présenté dans certains territoires sous le prisme des déserts

« Les besoins en santé ont considérablement évolué, et la place à présent dévolue à la prévention, est à considérer avec le plus grand intérêt. »

médicaux. Ce terme, non conceptualisé¹, n'est pas abordé ainsi par le CNOM. Toutefois, notre institution milite depuis de nombreuses années contre les inégalités d'accès aux soins. Des aides et des mesures incitatives ont été ainsi mises en place mais sans véritable conséquence positive mesurable sur le paysage sanitaire français et l'accessibilité aux soins primaires.





- Le nombre de médecins en exercice régulier stagne comme évoqué précédemment, mais celui des médecins généralistes baisse significativement (- 9%).

- Le renouvellement générationnel est encore incomplet, même s'il s'améliore depuis peu. Cette insuffisance actuelle de renouvellement générationnel est la conséquence directe d'un *numerus clausus* qui, dans le début des années 1990, était très sévère, avec 3 500 étudiants/an admis en 2^{ème} année de médecine (contre 8 500 en 1972, 6 000 en 1982 et actuellement 8 200, sans compter des passerelles en cours d'études supérieures).

- La féminisation du corps médical : en 2017, 47 % des médecins en exercice régulier, avec une parité qui devrait être atteinte en 2020. Toutefois, plusieurs études et enquêtes de l'Ordre ont mis en exergue le fait que la diminution du temps de travail du médecin n'était pas liée à la féminisation du corps médical mais bien davantage

à une aspiration générationnelle, avec un exercice professionnel devenu plus complexe.

- Le glissement progressif d'un exercice libéral à un exercice salarié. En 2017, les médecins, toutes spécialités confondues, avaient un exercice libéral pour 42,8 % d'entre eux (contre 53,3 % en 2007), un exercice salarié à 46,5 % (contre 35,8 % en 2007) et enfin un exercice mixte (libéral et salarié) à 10,7 %. Or, la médecine générale dite de premier recours,

avec activité dominante de soins, est encore exercée pour l'essentiel à titre libéral. À cela, il convient d'ajouter que nombre de spécialistes en médecine générale (ainsi appelés depuis 2004 pour les jeunes médecins) ont une compétence particulière (acupuncture, allergologie, angiologie...) les faisant sortir du champ habituel de l'exercice de soins de premier recours. Par ailleurs, on constate que ces dernières années des médecins généralistes ont procédé à des reconversions professionnelles vers des spécialités médicales au détriment de la médecine générale.

- L'aggravation des inégalités territoriales au détriment des territoires déjà fragilisés, avec en particulier une majoration de la baisse de la densité des médecins dans une diagonale dite du vide, du Nord-Est de l'hexagone aux départements de l'intérieur du Sud-Ouest, le littoral étant partiellement épargné. Il convient d'y ajouter aussi des territoires en tension médi-

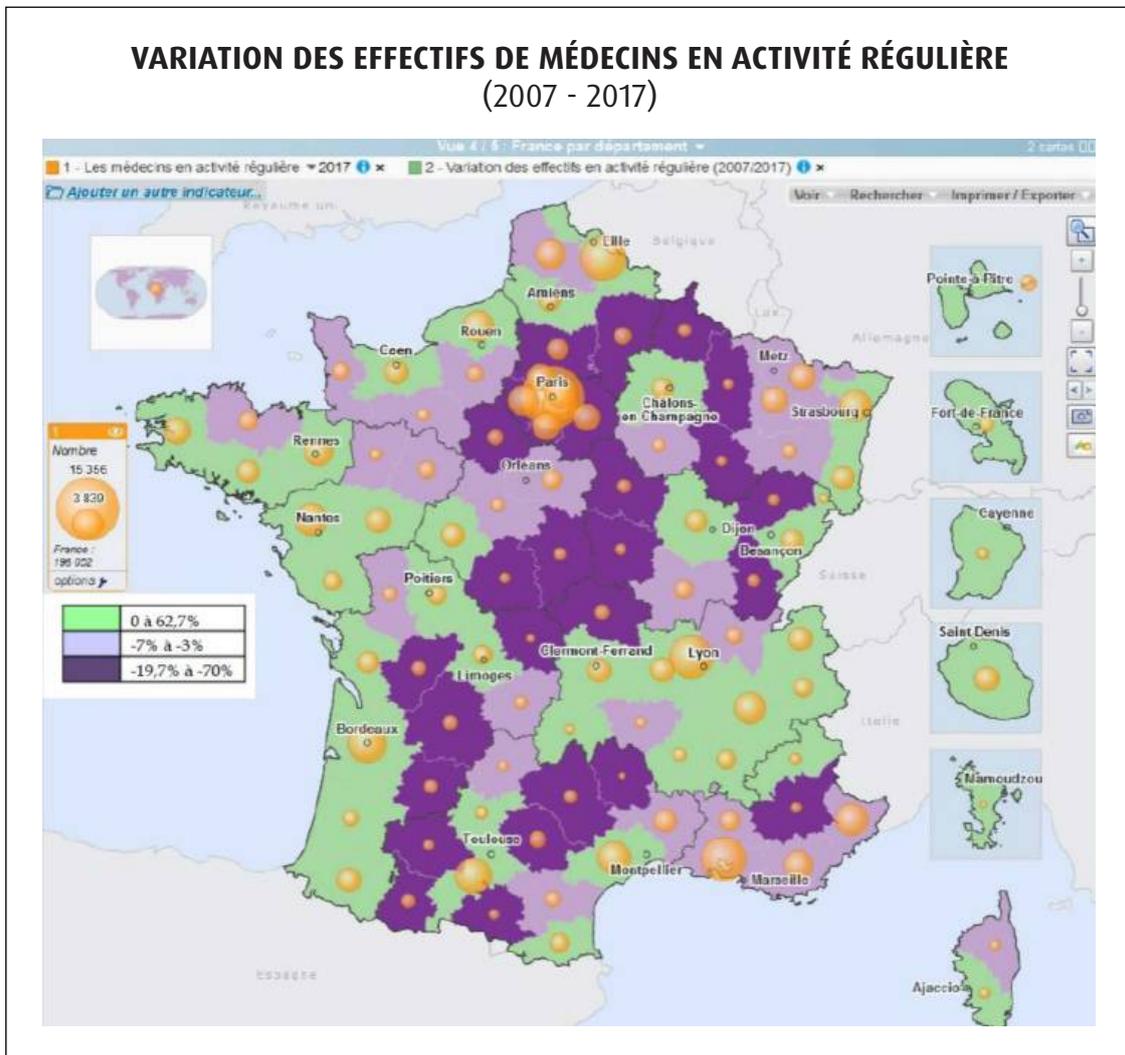
cale aussi à l'échelle infra-départementale, bassins de vie, communes, voire même quartiers répertoriés comme éligibles à des aides fléchées dans le cadre de la politique de la ville. Les grandes agglomérations ne sont pas non plus épargnées. N'oublions pas non plus la situation contrastée des COM et DOM, avec un contexte socio-sanitaire difficile en Guyane et à Mayotte remettant ainsi en cause l'accessibilité aux soins et la prise en charge efficiente des patients dans un parcours de soins coordonné.

« Le creusement des inégalités territoriales ne concerne pas la seule médecine générale à exercice libéral, porte d'entrée dans le système de santé, mais aussi les spécialités dites de second recours, notamment celles en accès direct. »





VARIATION DES EFFECTIFS DE MÉDECINS EN ACTIVITÉ RÉGULIÈRE (2007 - 2017)



- Le creusement de ces inégalités territoriales ne concerne pas la seule médecine générale à exercice libéral, porte d'entrée dans le système de santé, mais aussi les spécialités dites de second recours, notamment celles en accès direct (psychiatrie, gynécologie médicale et obstétrique, ophtalmologie...).

Ces constats, qui à eux seuls pourraient être développés à l'infini, ont incité le Conseil National de l'Ordre des Médecins à mettre en ligne, en accès libre, une cartographie interactive, outil de diagnostic et d'aide à la décision. Celle-ci permet d'étudier cette démographie médicale depuis 2007, avec des emboîtements spatio-temporels.

➤ Démographie médicale et accès aux soins

L'accessibilité aux soins est souvent envisagée sous l'angle social mais doit être également abordée sous l'angle terriorio-sanitaire.

Devenu un enjeu majeur de santé publique, l'accès aux soins est clairement identifié dans la stratégie nationale de santé comme étant une priorité dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Bien qu'il soit établi que la santé des populations est influencée et résulte de l'action des déterminants sociaux, les mécanismes complexes qui peuvent expliquer





et entraîner la distribution inégale des problèmes de santé ne trouvent pas leur origine uniquement dans la sphère sociale.

Avec une démographie médicale vieillissante, le rôle important donné aux médecins généralistes dans le parcours de soins des patients alors que la profession se désertifie, une augmentation croissante des disparités spatiales de l'offre de soins, une augmentation exponentielle des pathologies chroniques... le patient rencontre de plus en plus de difficultés dans sa prise en charge avec parfois des errances dans son parcours de soins.

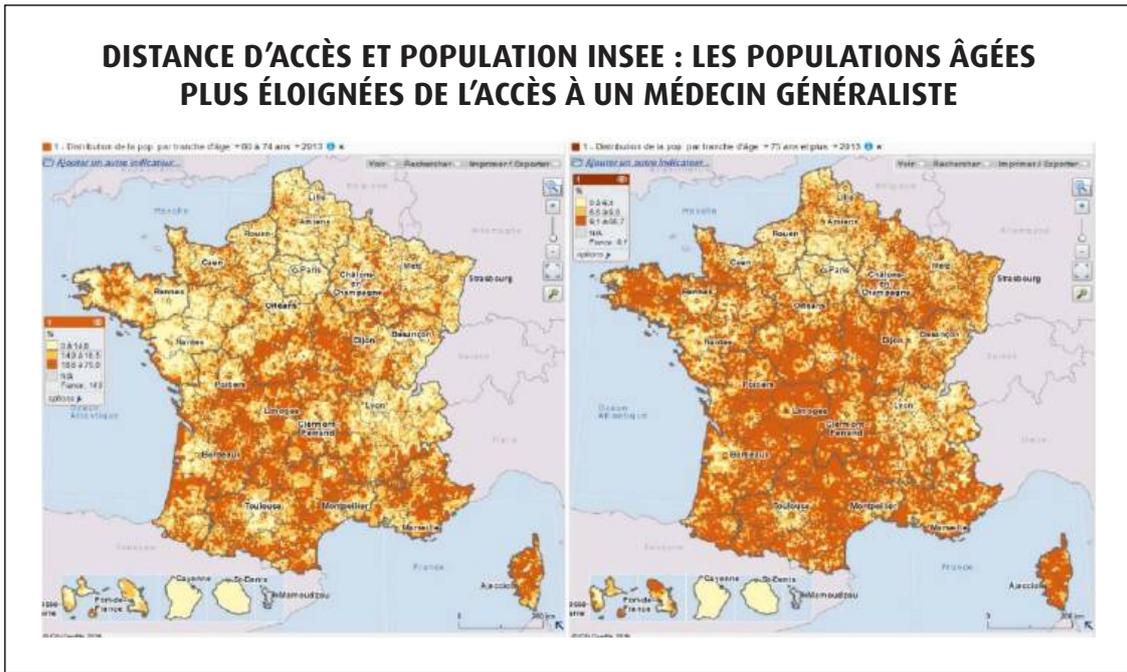
Il n'est plus rare, à la campagne comme à la ville, que des patients se retrouvent sans médecin traitant ou soient contraints de parcourir beaucoup de kilomètres pour une prise en charge.

Les distances d'accès se creusent dans des territoires qui rencontrent déjà de nombreuses fragilités tant sanitaires que sociales, culturelles et environnementales mais également économiques.

Ce sont également dans ces territoires que les populations sont vieillissantes et atteintes de pathologies chroniques remettant en cause l'accessibilité efficiente aux soins.

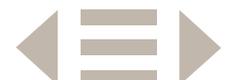
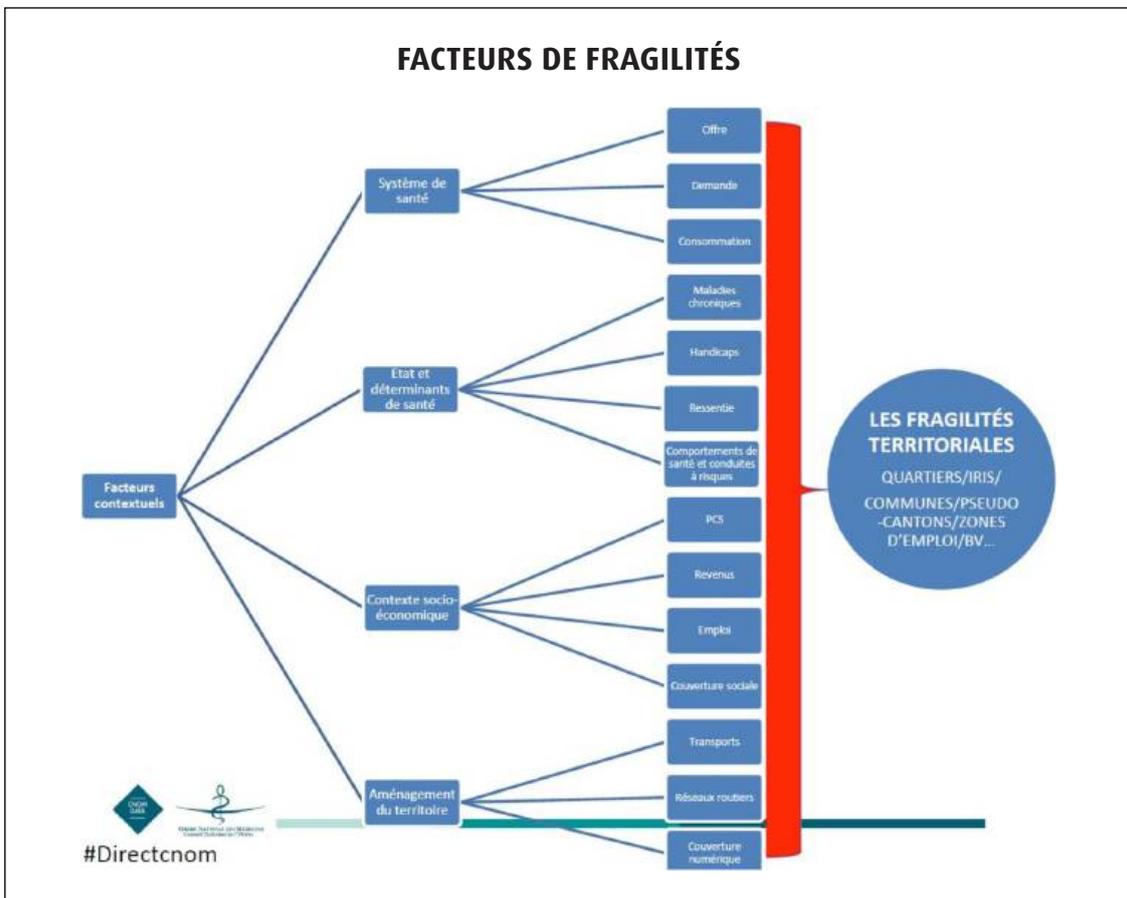
DISTANCE D'ACCÈS À UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE EN KMS





La lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé ne peut se faire, de façon efficiente, entre autres, que si la couverture numérique du territoire est homogène mais également si l'ensemble des facteurs

contextuels du système de santé, de l'état et des déterminants de santé, du contexte socio-économique et de l'aménagement du territoire sont pris en compte dans leur globalité et en transversalité.





© ADOBE STOCK

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins se préoccupe depuis fort longtemps de ces inégalités territoriales d'accès aux soins. Pour lutter contre ces disparités et assurer un accès aux soins en tout point du territoire, le CNOM propose dix pistes d'actions majeures :

1. Mettre en place un échelon territorial unique pour améliorer la coordination des soins.
2. Instaurer la démocratie sanitaire à tous les niveaux territoriaux.
3. Créer un portail d'information unique entre acteurs de santé et usagers au niveau de chaque bassin de proximité santé.
4. Redonner du temps médical aux médecins.
5. Mettre en place un système social protecteur et un mode de rémunération valorisant pour tous.
6. Promouvoir et faciliter les coopérations inter et intra-professionnelles.
7. Simplifier les relations avec les organismes gestionnaires.
8. Réformer le *numerus clausus* et la Paces pour une meilleure adaptation aux besoins des territoires.
9. Régionaliser la formation initiale et renforcer la professionnalisation du deuxième cycle à l'internat.
10. Renforcer la formation continue par la recertification.

Il est établi que la démographie médicale et la territorialité doivent être abordées de pair pour assurer un accès équitable aux soins en tout point du territoire. À cet effet, la lutte contre les inégalités doit passer inéluctablement par l'approche des spécificités socio-territoriales et sanitaires. ■



On ne s'intéresse pas ou peu aux praticiens qui ne déclarent jamais ou très rarement de sinistres. Pourtant, leurs retours d'expérience peuvent constituer une aide précieuse pour identifier des pratiques plus sûres et contribuant à de moindres réclamations des patients. Illustration à travers une étude réalisée auprès de chirurgiens orthopédistes.

Praticiens à très faible sinistralité : retours d'expérience et bonnes pratiques

VALÉRIE BERNARD, SPÉCIALISTE SOUSCRIPTION, SPÉCIALISTE EN PRÉVENTION DES RISQUES, GROUPE MACSF
BRUNO FRATTINI, CADRE SUPÉRIEUR DE SANTÉ, SPÉCIALISTE EN PRÉVENTION DES RISQUES, GROUPE MACSF
DR OLIVIER GALLAND, CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE, MEMBRE DE LA SOFCOT
DR GUY MYLLE, CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE

➤ Un retour d'expérience positif

Le rôle de l'assureur de Responsabilité Civile Professionnelle est de couvrir les dommages qu'un professionnel peut occasionner dans le cadre de son exercice. Dans le domaine de la santé, chaque fois qu'un patient estime avoir subi un préjudice, il formule une réclamation dans le but d'en obtenir réparation. Aussi, le quotidien des gestionnaires des services sinistres est de gérer ces dossiers pour le compte des sociétaires.

L'exploitation de ces données permet l'élaboration de statistiques, publiées dans de nombreux rapports, dont celui de la MACSF.

Les études de ces sinistres montrent une fréquence de 1 réclamation tous les 2 ans pour les praticiens ne pratiquant pas la chirurgie du rachis, contre 1 réclamation tous les ans pour les praticiens intervenant sur le rachis.

Mais au final, on ne s'intéresse pas ou peu aux sociétaires qui ne déclarent jamais ou très rarement de sinistres.

Cet article a pour objet de faire un focus sur ces professionnels qui présentent une sinistralité proche de zéro, et en tout cas très inférieure à celle de leurs confrères, pour éventuellement mettre en lumière des pratiques qui exposent moins le praticien aux réclamations des patients.

➤ Objectifs et méthodologie retenue

Cette étude a été réalisée sous l'égide de la Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (SOFCOT) auprès de chirurgiens orthopédistes sociétaires de la MACSF.

Les sociétaires sélectionnés devaient répondre aux critères d'inclusion suivants :

- être chirurgien orthopédiste, le rachis étant exclu ;
- exercer à titre libéral ;
- ne faire l'objet d'aucun sinistre ou avoir une sinistralité inférieure à 1 sur 10 ans.

Dès que le praticien donnait son accord, un rendez-vous était pris pour réaliser un entretien par téléphone ou de visu.

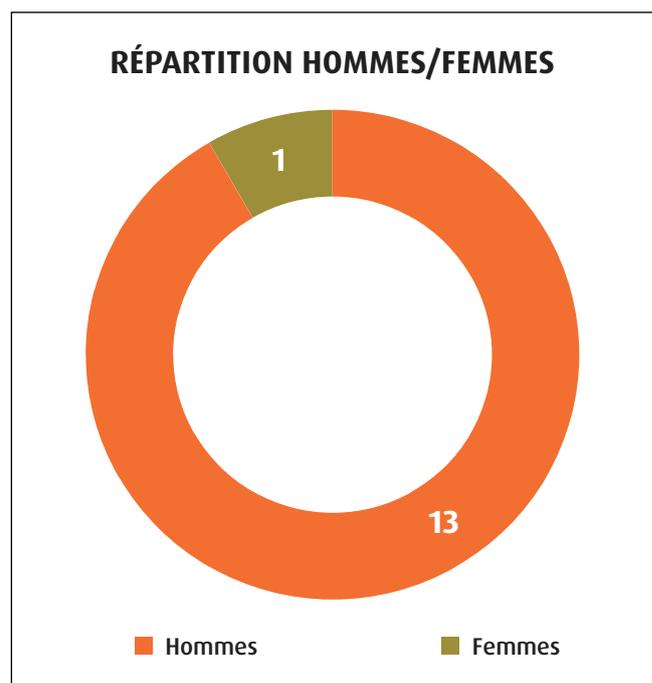
Chaque entretien se déroulait conformément au guide préalablement validé par la société savante.

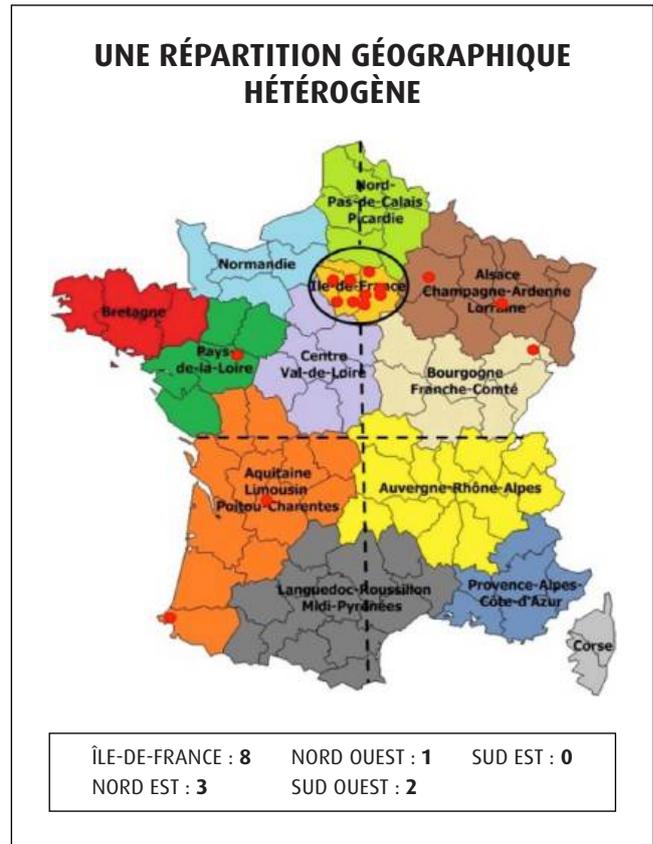
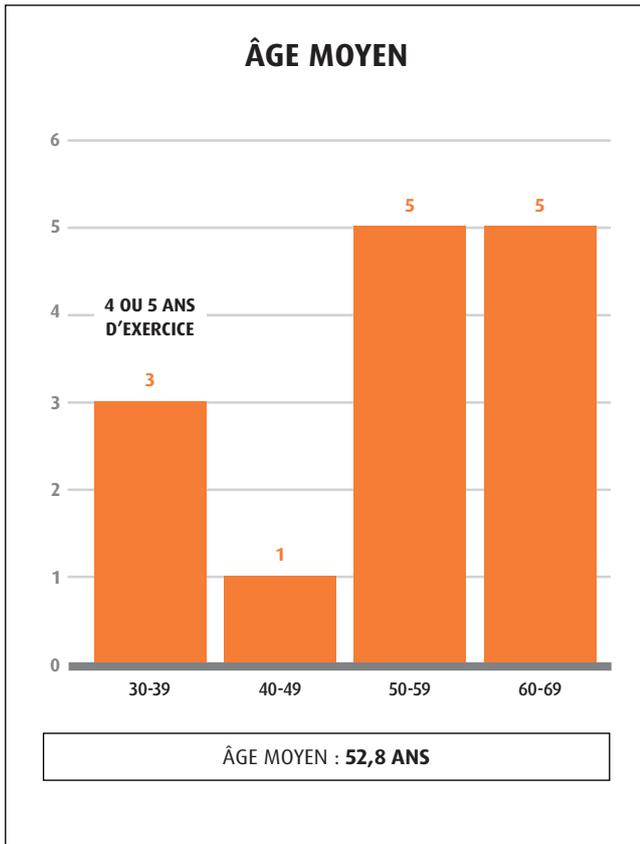
➤ Qui sont les professionnels rencontrés ?

21 praticiens sur les 378 en portefeuille à la MACSF étaient éligibles au 31 décembre 2016.

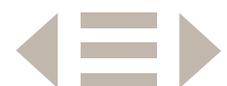
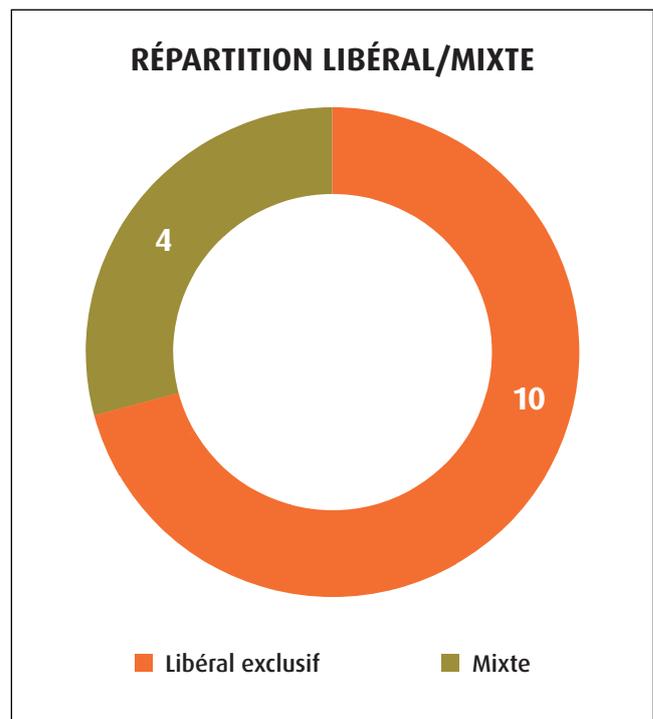
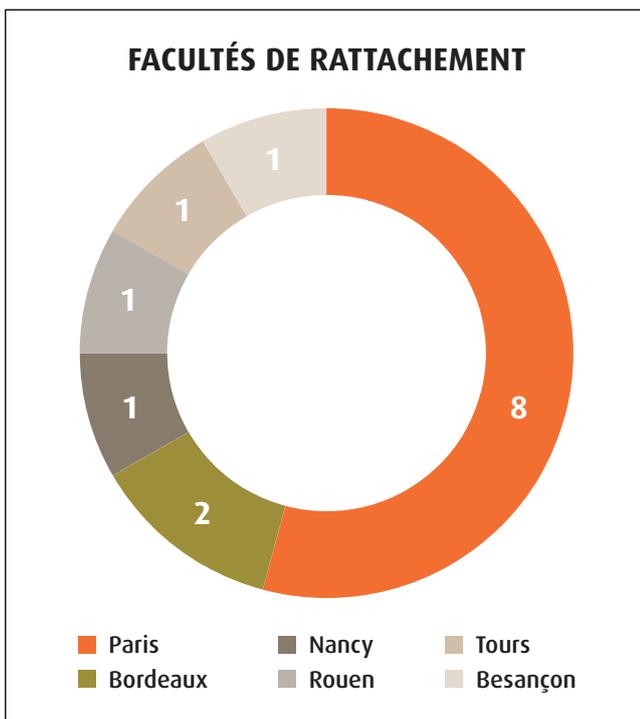
15 rendez-vous ont été pris.

14 professionnels ont pris le temps d'échanger sur leurs pratiques.

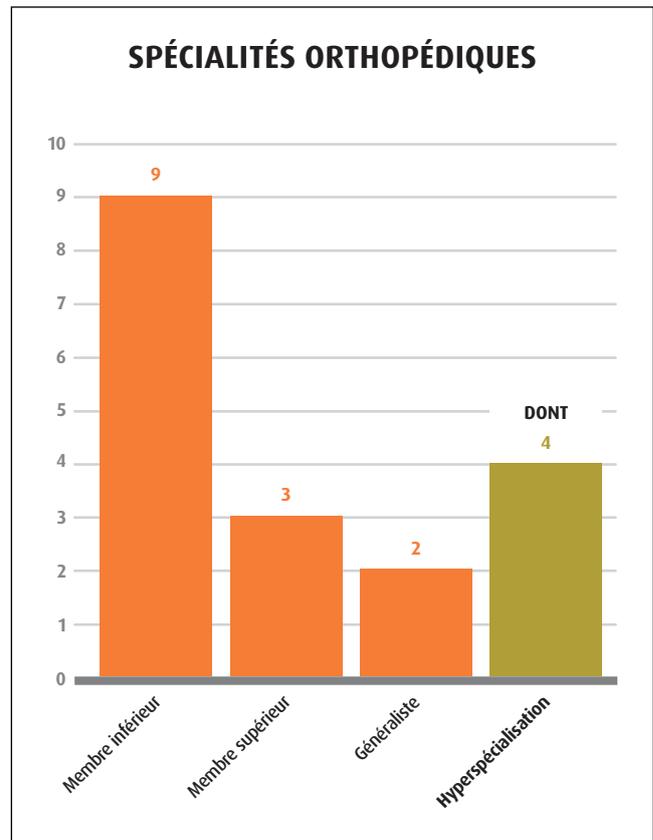
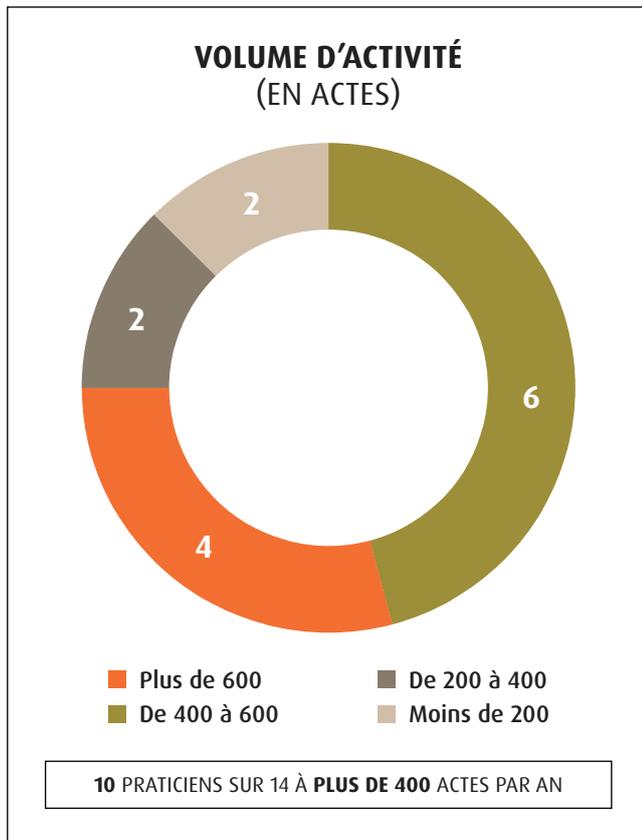




Des similitudes dans les parcours de formation et dans leur exercice professionnel : tous ont enchaîné internat – clinique et/ou assistantat. Et la plupart (11/14) ont développé leur activité professionnelle proche de leur faculté de rattachement. Tous exercent en secteur 2.



• Leur activité



➤ **Une attention particulière pour organiser la continuité des soins**

Une proximité géographique entre lieu d'exercice et domicile personnel : **12/14** résident à moins de 30 minutes de l'établissement de santé qui accueille les patients.

La continuité des soins est toujours pensée et organisée : **100 %** des praticiens sont joignables directement ou indirectement selon des modalités variables (contact de l'assistante, le chirurgien lui-même, service d'urgences...).

À cela s'ajoutent des listes d'astreinte au cas où le patient n'arrive pas à joindre le praticien en première intention. Il n'y a pas d'exercice chirurgical isolé ; même si les praticiens de la spécialité ne sont pas associés, les relais entre confrères sont naturels et organisés.

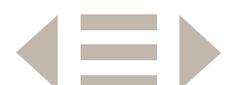
Enfin, toutes les absences sont anticipées pour tous les chirurgiens interviewés, avec les remplacements identifiés pour les congés, mais également pour les absences de courtes durées (congrès, week-end...).

➤ **Prendre le temps d'écouter pour instaurer un climat de confiance**

Le premier rendez-vous est capital selon ces chirurgiens, et conditionne les relations futures entre soigné et soignant. Il n'est jamais « expédié », et peut durer jusqu'à 45 minutes pour les cas complexes ; ce temps est nécessaire pour expliquer au patient ce qui lui est proposé, en des termes choisis et adaptés à la situation. Un point particulier : les patients sont reçus dans un bureau privatif et jamais dans un box ouvert : la confidentialité et l'intimité sont ainsi préservées.

Parfois, une seconde consultation est nécessaire : il convient de laisser le temps au patient de « cheminer », et de revoir le chirurgien pour faire un point à partir des examens complémentaires qui auront été demandés.

Autre point : **tous** les praticiens pratiquent un examen clinique complet.





© ADOBE STOCK

« LE PREMIER RENDEZ-VOUS EST CAPITAL ET CONDITIONNE LES RELATIONS FUTURES ENTRE SOIGNÉ ET SOIGNANT. »

➤ **L'information, point central de la relation avec le patient**

Les supports d'informations sont **divers** : dessins ou croquis anatomiques sur la pochette radio, explications à partir de maquettes anatomiques, spécimen de prothèse, fiches d'informations des sociétés savantes, plaquettes descriptives de certaines sociétés spécialisées ; ou **novateurs** : fiches explicatives en BD, questionnaire d'évaluation de la compréhension des informations données au patient.

Les informations sur les bénéfices et sur les risques de l'intervention proposée sont toujours données, ainsi que les suites attendues en postopératoire.

Sans oublier de parler des complications possibles, mais les attitudes diffèrent : certains évoquent des suites difficiles possibles, d'autres restent volontairement vagues pour **ne pas inquiéter**, mais insistent sur le fait qu'ils seront là pour les gérer.

La remise de documents aux patients est également hétérogène : du simple consentement à des documents plus élaborés.

➤ **Des parcours de soins anticipés et adaptés au patient**

La détection des patients à risque est systématique. Tous les patients avec des antécédents lourds bénéficient d'une attention particulière : avec un passage en soins intensifs en postopératoire

COMMENT MIEUX COMMUNIQUER AVEC LE PATIENT ?

Exemple à travers une fiche illustrée sur le traitement de l'arthrose réalisée par le docteur Mylle.

immédiat organisé si nécessaire, ou alors une réorientation vers un établissement de santé qui propose cette offre de soins spécifiques.

100 % des patients sont revus avant leur intervention, la veille s'ils sont hospitalisés ou le matin de leur intervention pour les parcours ambulatoires ou dans le cadre d'une récupération rapide après chirurgie.

100 % des dossiers complexes bénéficient d'un avis confraternel ou pluridisciplinaire.

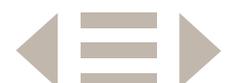
➤ **Des prises en charge en secteur bloc opératoire organisées**

Une rigueur toute particulière est de mise pour la préparation de chaque intervention, et ce bien en amont de celle-ci.

La majorité des chirurgiens interrogés salarient leur aide opératoire. Celles qui sont mises à disposition par la structure de soins sont des professionnels pérennes travaillant de manière régulière avec les praticiens. Cette bonne connaissance mutuelle semble le garant d'une prise en charge fluide et sécurisée.

En revanche, la planification et le déroulement d'une journée opératoire montrent peu de points communs. Certains planifient les interventions lourdes en première position, d'autres préfèrent commencer par des interventions moins longues et moins complexes pour se donner le temps d'une ultime vérification, d'un contrôle de la dotation en matériel par exemple. Cependant, la majorité des chirurgiens (11/14) travaille sur une seule salle, ce qui leur laisse le temps pour communiquer avec les patients, pour faire le point sur la situation du malade à partir des informations consignées dans le dossier patient.

Une autre constante forte : la plupart des chirurgiens « garde la main » sur les actes de soins porteurs de risques : l'installation



chirurgicale (le praticien ou son aide avec vérification rigoureuse systématique), la fermeture cutanée (13/14), la réalisation du pansement (11/14) et la pose d'une immobilisation par plâtre ou attelle amovible (10/14).

➤ Une rigueur de tous les instants pour les suites opératoires

Tous les chirurgiens interrogés précisent que la période post-opératoire est organisée bien en amont de l'intervention, et souvent dès que l'indication est posée. Outre une information détaillée des suites attendues, les patients reçoivent tous les documents pour anticiper et préparer le retour à leur domicile.

L'intervention réalisée, le patient est revu **systématiquement** avant sa sortie. Ce temps d'échanges permet de rappeler les consignes déjà formulées lors de la consultation. Cette visite a lieu en Salle de Surveillance Post-Opératoire pour les parcours ambulatoires (« fast tracking » notamment) ou en secteur d'hospitalisation.

Une **présence soutenue** du chirurgien est systématique pour les patients les plus fragiles, bénéficiant d'une hospitalisation complète. Cet accompagnement personnalisé permet de détecter rapidement d'éventuelles complications.

Pour les patients hospitalisés plus longuement, la stabilité des équipes paramédicales participe à la qualité et sécurité des prises en charge. Tous les chirurgiens interrogés l'attestent.

La sortie du patient suit souvent une chronologie habituelle : vérification de la compréhension des informations données pour les suites post-opératoires, de la bonne prise en compte par le patient des ordonnances de sortie, la vérification de la bonne planification de la consultation post-opératoire.

En revanche, le lien avec la médecine de ville reste fragile, et peu de contacts sont formalisés.

La consultation post-opératoire est organisée de manière précoce, au plus tard à 2 semaines de l'intervention chirurgicale, permettant d'écarter ou de détecter toutes complications et un suivi attentif de la cicatrisation. Une seconde est très souvent planifiée, plus à distance, pour juger de la bonne récupération physique du malade.

De manière générale, tous les praticiens restent très disponibles pour les patients : cette possibilité pour les malades de revoir

« LA CONSULTATION POST-OPÉRATOIRE EST ORGANISÉE DE MANIÈRE PRÉCOCE, AU PLUS TARD À 2 SEMAINES DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE, PERMETTANT D'ÉCARTER OU DE DÉTECTER TOUTES COMPLICATIONS ET UN SUIVI ATTENTIF DE LA CICATRISATION. »

leur chirurgien sur demande permet **d'éviter tout sentiment d'abandon**.

➤ La gestion des complications

Le chirurgien reste le principal interlocuteur pour le malade si ce dernier présente des suites compliquées. Il est noté qu'une prise en charge précoce de ces complications est la règle (9/14).

Tous les praticiens ont un réseau organisé pour obtenir, rapidement, des avis spécialisés (12/14) : infectiologue, service spécialisé, structure d'appui régional.

Et le pivot central de cette prise en charge reste la communication. Toujours en des termes adaptés pour une compréhension optimale, avec des informations transparentes et loyales. Un principe incontournable : **ne rien cacher au patient**.

Et si un transfert vers une autre structure s'avère nécessaire, le contact doit être préservé et le chirurgien reste disponible et joignable.

➤ En conclusion : les points importants

Un relationnel soigné semble être la base pour instaurer **un climat de confiance** entre le chirurgien et le patient.

À cela s'ajoute une disponibilité constante, annoncée et organisée. Cela est, semble-t-il, très apprécié du patient, et renforce **la relation de confiance**.

Les risques sont identifiés en amont du geste chirurgical, et les moyens pour les prévenir sont mis en œuvre, avec une **implication personnelle du professionnel** constante, proche de l'omniprésence.

Tous les chirurgiens précisent rencontrer des complications comme leurs confrères : mais leur prise en charge précoce, la mobilisation de compétences pluridisciplinaires et une communication transparente avec le patient semblent être le terreau d'une **satisfaction patient**, même en cas de dommage. ■



Malgré une clarification des règles relatives aux prélèvements lors des autopsies, des questions et des difficultés demeurent en pratique, notamment en ce qui concerne la conservation des scellés. Le point sur un sujet qui reste délicat.

Le statut des prélèvements autopsiques : un cadre juridique, des problèmes persistants

V. SCOLAN, SERVICE DE MÉDECINE LÉGALE ET MÉDECINE SOCIALE, CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE GRENOBLE ALPES (CHUGA)
 F. CHIRON, SERVICE DE MÉDECINE LÉGALE ET MÉDECINE SOCIALE, CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE GRENOBLE ALPES (CHUGA)
 F. FRANÇOIS, JURISTE, GRENOBLE

➤ Contexte

Le principe d'échange, défini par Locard¹, est la règle théorique selon laquelle tout contact laisse une trace. En matière criminelle, la présence très probable de traces pouvant aider aux recherches implique, pour l'enquêteur, de procéder à l'analyse minutieuse de tout indice utile à l'enquête. Les progrès scientifiques, d'abord dans le domaine de la microscopie, puis de l'informatisation des données, enfin liés à la possibilité de séquencer l'ADN, ont considérablement augmenté le nombre de ces traces pouvant être analysées. Par ailleurs, cet « aveu des objets » prédomine sur les aveux des personnes dans la hiérarchie des preuves juridiques², *a fortiori* lorsque les personnes mises en causes appliquent le droit au silence qui leur est reconnu³. Comme le précisent l'inspection générale des services judiciaires et l'inspection générale des affaires sociales, « les exigences de recherche de la vérité ainsi que le principe de précaution (...) conduisent les magistrats à privilégier les constatations objectives et la preuve scientifique de nature à prévenir toute contestation »⁴.

La preuve permet au demandeur, c'est-à-dire au Ministère public en matière pénale, de progresser vers la certitude de l'infraction et vers la démonstration de l'ensemble de la causalité : l'intention d'une personne de commettre un fait, son existence, l'imputabilité de celui-ci à la personne, et l'existence d'un dommage.

La force d'une preuve, lorsqu'il s'agit d'un élément scientifique de l'enquête, est liée à la qualité du recueil et de l'analyse, en vertu des données les plus récentes de la science. La qualité des experts et la formation continue de ceux-ci, ainsi que la certification des moyens de prélèvement, d'analyse et de conservation des échantillons, sont primordiales⁵. En raison du temps qui peut être long en matière pénale, la traçabilité permanente des preuves, définie dans le concept anglophone de « chaîne de conservation »

(« chain of custody »)⁶ est aussi importante, pour la forme de la procédure, que les preuves proprement dites sur le fond.

La production de la preuve étant libre⁷, toute constatation pouvant être utile à l'enquête doit être recueillie. Les traces sur le corps humain constituant des indices potentiels, le corps obéit à cette règle, et l'autopsie médico-légale participe donc à cette recherche de preuves. Le médecin légiste est, à cet égard, un auxiliaire de justice⁸. À l'instar du diagnostic médical, qui fait une place importante aux examens d'imagerie et de biologie, les conclusions médico-légales se font impérativement en tenant compte des résultats des analyses complémentaires. Elles peuvent être effectuées avant l'autopsie (imagerie, photographies) ou pendant l'autopsie, sur les prélèvements réalisés (toxicologie, anatomo-pathologie, limnologie). Le corps est donc une source d'indices et les analyses de prélèvements réalisés lors des autopsies ont un rôle central dans la recherche de la vérité, de même que la qualité de leur conditionnement, acheminement, conservation dans la forme de la procédure.

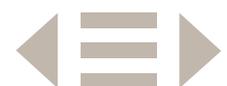
« LES TRACES SUR LE CORPS HUMAIN CONSTITUANT DES INDICES POTENTIELS, LE CORPS OBÉIT À CETTE RÈGLE, ET L'AUTOPSIE MÉDICO-LÉGALE PARTICIPE DONC À CETTE RECHERCHE DE PREUVES. LE MÉDECIN LÉGISTE EST, À CET ÉGARD, UN AUXILIAIRE DE JUSTICE. »

En introduisant quatre nouveaux articles, la réforme du Code pénal de 2011 a permis de renouveler et de préciser le cadre dans lequel les prélèvements autopsiques sont réalisés, acheminés, facturés et conservés. Ces articles prévoient que l'autopsie doit être pratiquée par un médecin formé ou expérimenté en médecine légale, et que le corps doit être restitué avec la meilleure restaura-

tion possible⁹. Cette réforme résout également, en partie, une situation floue dans laquelle un cadre épars, la jurisprudence et les pratiques locales diverses faisaient foi. Cependant, la destruction des scellés et la restitution aux familles restent problématiques¹⁰.

➤ Cas pratique à partir d'une étude transversale

En 2013, nous avons interrogé sur cette problématique, dans le cadre d'une étude descriptive transversale, 9 laboratoires



biologiques - toxicologiques (sur 17 laboratoires sollicités) réalisant des analyses sur réquisition, ainsi que 7 procureurs (sur 29 sollicités). Les questions portaient sur leur volume d'activité, la réception des prélèvements, l'analyse pour les laboratoires (délai de réalisation, tarification et restitution), l'analyse pour les parquets (critères de décision, traçabilité, information des familles), la conservation des scellés et leur restitution ou destruction.

Concernant les questions propres aux laboratoires, il était dégagé un délai entre la réception et l'analyse d'1 à 4 semaines, avec une analyse rapide à la réception de la réquisition mais pouvant être précédée, pour certains, de l'envoi et d'une acceptation préalable de devis par le Parquet. Le délai de rémunération rapporté par tous les laboratoires était supérieur à 6 mois.

Concernant les questions propres aux Parquets, les critères de décision étaient l'importance et la complexité des faits, l'avis du médecin légiste, des enquêteurs et le coût de l'analyse. Concernant la tarification, 4 Parquets avaient établi des partenariats avec un financement global forfaitaire, les trois autres émettaient des demandes de devis avant toute acceptation de la réalisation de l'expertise. Enfin, 4 Parquets précisaient informer les familles de la décision des expertises. La question d'un possible recours des familles du défunt sur ces expertises ne faisait pas l'objet d'un consensus entre les parquetiers interrogés.

Concernant la question de la conservation, 9 laboratoires indiquaient conserver dans leur laboratoire les scellés avec un problème de place, un seul laboratoire précisait renvoyer les scellés dès les analyses faites. Aucun magistrat interrogé ne semblait connaître le coût particulier de cette conservation. Enfin, concernant la restitution ou la destruction, l'ensemble des laboratoires supportait le coût de la destruction des scellés et formulait une demande systématique de destruction aux Parquets avec une périodicité comprise entre 3 mois et 2 ans. Par ailleurs, 5 laboratoires ont rapporté des demandes de restitution de scellés par des familles de défunts.

Au regard de ces réponses et de l'importance de la preuve dans les décisions judiciaires, il nous est apparu important de recenser le cadre juridique des scellés d'autopsie tout au long de la chaîne de conservation.

➤ Statut du prélèvement

• Cadre de l'enquête

La nature et le nombre de prélèvements réalisés dépend du cadre de l'enquête. Le plus fréquemment (98 % des enquêtes en 2016¹¹.) le Parquet est responsable de l'action judiciaire. Le Procureur ou ses adjoints ont la responsabilité de la recherche des preuves de la culpabilité de la personne suspectée : il s'agit d'une enquête uniquement à charge. Dans le cadre d'une enquête préliminaire conduite sous la responsabilité d'un magistrat du Parquet, le délai de 8 jours renouvelable une fois dont dispose l'enquêteur impose une rapidité d'action. En raison de l'unicité de l'autopsie ainsi que de la rapidité et de l'exhaustivité exigée pour l'enquête,

le magistrat parquetier est incité « à mettre en place, si elle n'existe pas, une politique pénale médico-légale qui ait vocation le plus souvent possible à fermer toutes les portes »¹². Cependant, les attitudes des Parquets vis-à-vis des autopsies sont très variables.

Si le demandeur est un juge d'instruction, l'enquête se fera à charge et à décharge, de plus nombreux prélèvements seront demandés afin de déterminer le degré d'implication de chacun¹³. Sa saisine étant relative, et tardive, l'information judiciaire n'est souvent pas coordonnée avec le temps de réalisation de l'autopsie. L'enjeu réside alors, pour le légiste, de réaliser des prélèvements qui auraient de l'intérêt pour une telle enquête à charge et à décharge, notamment dans les décès dans des circonstances accidentelles. C'est également dans le cadre d'une information judiciaire que sont réalisées certaines exhumations. Pour des raisons d'économie de temps judiciaire, le mode le plus fréquent d'information judiciaire est celui de la commission rogatoire, où un OPJ reçoit la délégation pour accomplir les actes que le juge estime nécessaires à la manifestation de la vérité.

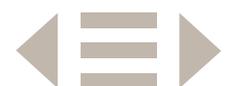
Le rapport de l'expert à la suite d'une ordonnance de commission d'expert doit être montré aux différentes parties et peut être discuté¹⁴.

• La réalisation

L'autopsie est un acte médical devant être réalisé par un, au mieux deux médecins diplômés en médecine légale. Il(s) effectue(nt) la description externe, la dissection et la description des organes internes ainsi que la reconstitution du corps en présence d'un officier de police judiciaire. Il(s) pratique(nt) l'autopsie selon un protocole de base, ainsi que des examens et prélèvements ciblés en fonction du contexte. Il(s) s'assure(nt) de la propreté et de la mise aux normes des locaux, et prévient/préviennent tout risque de contamination ou d'erreur d'identité sur les prélèvements.

Le binôme constitué du médecin et de l'OPJ présent est important, également gage de qualité. Le médecin légiste réalise tous les prélèvements que lui-même ou l'OPJ juge utile à l'enquête. L'OPJ réalise les scellés à visée d'analyse ultérieure en présence du médecin légiste. Le bon fonctionnement de ce binôme est également un facteur de rationalisation des prélèvements : l'OPJ présent renseignant au mieux le médecin légiste, celui-ci saura orienter ses prélèvements. En échange, l'OPJ obtient une compréhension en temps réel des prélèvements et pourra utilement circonstancier l'apparition d'éventuelles preuves.

« LE BINÔME CONSTITUÉ DU MÉDECIN ET DE L'OPJ PRÉSENT EST IMPORTANT, ÉGALEMENT GAGE DE QUALITÉ. LE MÉDECIN LÉGISTE RÉALISE TOUS LES PRÉLÈVEMENTS QUE LUI-MÊME OU L'OPJ JUGE UTILE À L'ENQUÊTE. L'OPJ RÉALISE LES SCÉLLÉS À VISÉE D'ANALYSE ULTÉRIEURE EN PRÉSENCE DU MÉDECIN LÉGISTE. LE BON FONCTIONNEMENT DE CE BINÔME EST ÉGALEMENT UN FACTEUR DE RATIONALISATION DES PRÉLÈVEMENTS. »



Le médecin légiste peut être amené à réaliser des prélèvements avant de savoir si ceux-ci seront scellés et analysés. L'avis du médecin légiste est subordonné à la décision du magistrat. Si un magistrat demande un prélèvement que le légiste juge inutile, celui-ci peut se voir contraint légalement de le faire, sous peine de commettre un refus de mission. Si un magistrat refuse de faire faire un prélèvement que le médecin légiste estime indispensable, celui-ci n'a pas le droit de le faire, eu égard au respect dû à la personne décédée et à son intégrité corporelle.

Une autre question se pose, d'ordre matériel et financier : les prélèvements réalisés au cours de l'autopsie avant l'entretien avec le Procureur, puis détruits, entraînent des dépenses inutiles de matériel. Parfois, l'accord oral est donné pour la réalisation des scellés, mais non suivi d'une réquisition écrite. Ces dépenses ne peuvent pas être répercutées au titre des frais de justice, le financement de la thanatologie étant dorénavant forfaitaire.

Quant aux frais de transport des scellés vers le lieu d'analyse, ils sont pris en charge par les enquêteurs si ceux-ci se chargent de les acheminer, ou par le ministère de la Justice en cas de recours à un transporteur. La question de ces frais se pose peu en pratique de routine, mais survient lorsque les analyses à effectuer (diatomées, entomologie, génétique) sont réalisées par un laboratoire éloigné.

• L'analyse

L'analyse des prélèvements doit être pratiquée au sein d'un laboratoire d'analyses agréé. La pratique médicale est régie par le principe de l'obligation de moyens. Celle-ci est appréciée de manière rigoureuse pour les laboratoires d'analyses médicales en ce qui concerne les examens ne nécessitant pas d'interprétation.

Juridiquement, deux possibilités existent : le laboratoire est une personne morale, elle-même expert judiciaire, ou le laboratoire est une structure composée d'experts individuellement inscrits. Seul un titulaire d'un diplôme ou d'une qualification en biologie médicale, reconnu par l'Ordre des médecins¹⁵, peut être responsable des analyses pratiquées.

Il doit détailler la méthode utilisée pour chaque analyse, et est tenu de faire certifier par le Comité Français d'Accréditation (COFRAC)¹⁶ ses méthodes d'analyse et de conservation. Cette exigence de qualité et de conformité confère sa force à la preuve : « *Par son objectivité et sa scientificité, elle permet de conduire à une solution ressentie par tous comme conforme à la réalité*¹⁷ ».

Le médecin ou pharmacien responsable de la conservation des scellés et des analyses ultérieures doit recevoir une réquisition *ad hoc*, en règle générale délivrée par le Parquet. Dans certaines juridictions, l'OPJ a la capacité de rédiger lui-même les réquisitions aux fins d'examens complémentaires, ce qui permet, d'une part une communication optimale entre l'enquêteur et le médecin légiste, et d'autre part de ne pas laisser le laboratoire dans l'attente de connaître le statut des prélèvements.

Les responsables des services d'anatomopathologie et des laboratoires d'analyses médicales sont, de manière plus marquée que les médecins légistes, confrontés à des problématiques matérielles et financières liées à la nature des analyses pratiquées et à leur cadre juridique.

Sur le plan matériel, le retard de réception de la réquisition retarde également le début des analyses, ce qui, notamment en biochimie et pour certains toxiques, met en jeu la qualité du résultat, en raison de la dégradation des prélèvements, même dans des conditions optimales de conservation¹⁸. Le retard de réquisition aux fins d'analyses peut amener à faire supporter la charge de la conservation par les services de police et de gendarmerie : les enquêteurs peuvent en effet être contraints de conserver les scellés en cas de refus du laboratoire de les prendre en charge, ce qui oblige les services de police ou de gendarmerie concernés à mettre en œuvre des moyens de conservation conformes aux normes.

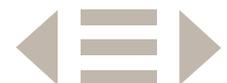
Les tarifs et les retards de paiement mettent en difficulté budgétaire de nombreux laboratoires. Certaines analyses ont un tarif prédéfini, cependant les progrès scientifiques récents rendent cette nomenclature dépassée et ne permettent pas de couvrir les frais d'équipement et d'entretien des laboratoires¹⁹. La tarification des analyses fait parfois l'objet d'un devis, mais les retards de paiement et l'avènement de la pratique de la convention entre juridictions et laboratoires rendent cette pratique obsolète²⁰. La position occupée par le magistrat constitue un autre facteur intéressant : les Procureurs étant responsables des dépenses de leur Parquet, il est plausible que les considérations financières entrent davantage en jeu, au détriment des intérêts scientifiques, que pour les substituts ou vice-procureurs. Une dernière tendance, notamment en matière génétique et limnologique, est de faire réaliser les analyses par un laboratoire public, ne tarifant pas à l'acte. Certains laboratoires, comme celui d'Ecully, pratiquent également des analyses toxicologiques.

Lorsque les analyses sont finalisées, le biologiste rend directement compte du résultat au magistrat enquêteur. Il peut également se mettre en lien avec le médecin légiste afin que celui-ci effectue un compte-rendu complémentaire de l'autopsie.

➤ La conservation et la fin de vie des scellés

Les scellés humains sont considérés comme appartenant à l'Etat ; les ayants-droit des défunts ne sont pas titulaires d'un droit de propriété en la matière. Cela s'explique par le fait que les éléments du corps sont des choses *sui generis* dont l'Homme n'est pas propriétaire : « *Les éléments du corps humain, une fois séparés de celui-ci, ne contiennent pas la personnalité de l'individu*²¹ ».

Certaines analyses fréquentes ont une durée de conservation fixée par la loi, par exemple en matière d'alcoolémie, la durée de conservation des prélèvements a été fixée à 9 mois. Pour les flacons de sang prélevés après un accident mortel ou grave de la circulation, ceux-ci doivent être congelés au minimum 12 mois²².



Pour les autres scellés, le laboratoire ne peut, en théorie, les détruire qu'à réception de l'ordre de destruction, qui est une réquisition émise par l'autorité judiciaire. Cette décision peut être prise lorsque les scellés autopsiques sont devenus inutiles à la manifestation de la vérité²³. La non-automaticité des ordres de destruction et l'absence de délai légal incite les laboratoires à demander au Parquet l'ordre de destruction.

Les laboratoires peuvent facturer les frais de conservation, et ce uniquement si une analyse a été réalisée. En effet, le ministère de la Justice n'est pas tenu de régler des frais d'actes qui n'ont pas fait l'objet de demande officielle via réquisition. Lorsque les analyses sont réalisées, la tarification de la conservation n'est pas définie avec précision.

La durée de conservation après analyse est problématique : l'absence de réponse aux demandes des laboratoires entraîne de longues durées de conservation et la nécessité d'y adapter les moyens. La révélation parfois tardive de la vérité incite les magistrats à n'ordonner que très tardivement la destruction des scellés²⁴ : certains sont donc conservés plusieurs années après analyse, et les responsables des laboratoires sont tenus de maintenir la qualité des scellés. Ce problème est partagé par les forces de l'ordre et entraîne des contraintes de place et de budget.

À l'issue des opérations judiciaires, les scellés peuvent être rendus à la famille, tel que le prévoit l'article 230-30 du Code pénal. Un formulaire est prévu pour la récupération des scellés. L'hôpital peut s'y opposer en cas de risque infectieux.

➔ Conclusion

Cette problématique de gestion des scellés demeure au cœur de l'actualité judiciaire et refait surface lors d'affaires judiciaires médiatiques ou de disparition de scellés. Aux premiers temps d'une enquête, le temps dédié restreint, le caractère à charge uniquement et les contraintes budgétaires peuvent conduire à rationaliser les demandes d'autopsie et d'examen complémentaires. Ces décisions sont la plupart du temps justifiées et ne sont pas remises en cause. Dans les autres cas, des éléments cruciaux peuvent manquer au bon déroulement de la procédure, et ces lacunes se révèlent parfois des années après l'autopsie. L'éventualité d'une procédure complexe inciterait à la prudence et à la réalisation des actes par sécurité.

Rappelons que la problématique a fait l'objet de deux missions de l'Inspection générale des services judiciaires en 2007 et 2009 et d'un débat parlementaire en 2013 (séance du 22 novembre 2013²⁵). Dans sa réponse aux députés la questionnant sur ce sujet,

Mme Taubira, alors Garde des sceaux, rappelait à propos du coût de la conservation des scellés : « la conservation des scellés fait partie des frais de justice. En exécution, ces frais se sont élevés à 447 millions d'euros en 2012, et nous avons prévu 476 millions d'euros pour l'année suivante ».

Reste donc aux directeurs de laboratoire d'obtenir des réponses au cas par cas sur la nécessité ou non de conserver les scellés.

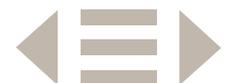
Enfin, certaines étapes de la vie d'un scellé sont réalisées sans facturation, ni estimation du coût, et constituent une zone d'ombre : certains actes de transport, certaines analyses

réalisées hors nomenclature ou avant réquisition, la conservation de prélèvements non scellés, ne sont pas quantifiables avec précision et occasionnent des coûts non recouvrables par les laboratoires.

Notre étude souligne toutes les difficultés rencontrées et de nombreuses questions restent en suspens, en particulier celle de la gestion et de la conservation des scellés. ■

NOTES

1. E. Locard, *Le Crime et les criminels*, La Renaissance du livre, 1926.
2. H. Lipietz, Séance du 22 novembre 2013 (compte-rendu intégral) relative à la loi de finance pour 2014 n° 2013-1278 du 29 décembre 2013, Sénat.
3. Loi n° 2000-516 du 15 juin 2000 renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes.
4. Inspection générale des services judiciaires et Inspection générale des affaires sociales, Mission interministérielle en vue d'une réforme de la médecine légale, janvier 2006, rapport établi par F. Desportes, R. Crosson du Cormier, P. Reitzel, F. Lorrang et S. Picard.
5. J.-P. Campana, *Principes de médecine légale*, Arnette, 2010, p. 232.
6. MM Evans, PA Stagner, *Maintaining the Chain of Custody Evidence Handling in Forensic Cases*, AORN J 78, octobre 2003, 563-569.
7. Article 427 du Code de procédure pénale.
8. Article 74 du Code de procédure pénale, créé par la loi n° 72-1226 du 29 décembre 1972 simplifiant et complétant certaines dispositions relatives à la procédure pénale, aux peines et à leur exécution, et modifié par la loi n° 2009-526 du 12 mai 2009 de simplification et de clarification du droit et d'allègement des procédures.
9. Articles 230-28 à 230-31 du Code de procédure pénale.
10. J. P. Tricon, *Vide juridique autour des autopsies judiciaires*, Réglementation, Résonance magazine, Funéraire, 2014, resonancemagazine.fr
11. Ministère de la Justice, *Les chiffres clés de la Justice 2016*, Dir. C. Chambaz, Paris, 2017, p. 14.
12. Inspection générale des services judiciaires et Inspection générale des affaires sociales, *op. cit.*
13. Article 122-1 du Code pénal.
14. Article 167 du Code Pénal.
15. Article L6213 du CSP.
16. Article L. 6221-1 du Code de la santé publique.
17. M. Marx, *La preuve par le corps humain*, thèse, Poitiers, 1997, p. 398.
18. J. P. Campana, *Principes de médecine légale*, Arnette, 2^{ème} éd., 2010.
19. Ministère de la Justice, note n° SJ-06-240-AB3 du 4 août 2006 relative à la tarification des analyses toxicologiques.
20. Inspection générale des services judiciaires et Inspection générale des affaires sociales, *op. cit.*
21. B. Lemennicier, *Le corps humain, propriété de l'État ou propriété de soi ? Droits*, Revue française de théorie juridique, n° 13, 1991, p. 114.
22. Arrêté du 5 septembre 2001 fixant les modalités du dépistage des substances témoignant de l'usage de stupéfiants, et des analyses et examens prévus par le Code de la route, JO 18 septembre 2001, modifié le 18 décembre 2013.
23. Nouvel article 230-30 du CPP.
24. H. Lipietz, séance du 22 novembre 2013 (compte-rendu intégral) relative à la loi de finance pour 2014 n° 2013-1278 du 29 décembre 2013, Sénat.
25. http://www.senat.fr/seances/s201311/s20131122/s20131122_mono.html#Niv1_SOM2



Si l'accident médical concerne en tout premier lieu le praticien, il peut également impacter l'ensemble des personnes qui l'assistent, dont les secrétaires. En effet, l'analyse des accidents montre que l'environnement des actes médicaux est au moins aussi important que la qualité de la prestation elle-même en termes de sécurité pour le patient. De la réception de l'appel à la transmission des données aux autres intervenants, en passant par la réception du résultat des examens prescrits, les missions des secrétaires sont nombreuses, même si elles ne sont pas identiques d'un cabinet ou d'une structure à l'autre. Quand le praticien n'a pas de secrétariat, il effectue lui-même ces tâches et en devient ainsi responsable.

La responsabilité des secrétaires médicales

GERMAIN DECROIX, JURISTE MACSF, RÉDACTEUR EN CHEF REVUE *RESPONSABILITÉ*

Même s'il n'y a pas un contentieux important sur la responsabilité des secrétaires, il convient néanmoins de s'en préoccuper afin de pouvoir prendre les mesures de prévention du risque qui s'imposent.

Plusieurs organisations peuvent être envisagées : secrétaire personnel(le) du praticien, secrétaire du groupement de professionnels (SCP, SCM, maison de santé...), secrétaire de l'établissement de santé dans lequel exerce le praticien ou société de secrétariat téléphonique (prestataire de service). Le point commun est le statut salarié de la secrétaire. Les différences portent sur le lien hiérarchique et économique existant entre le praticien

et la secrétaire. Quelle que soit l'organisation retenue, la secrétaire doit disposer d'une fiche de poste mentionnant (de manière plus ou moins précise) ses missions.

➤ Les différentes missions des secrétaires et les risques associés à chacune d'elles

• La réception des appels

Mission première et préalable à la plupart des consultations et actes, elle doit être encadrée par des consignes précises sur ce qu'il y a lieu de répondre. Cela nécessite tout d'abord de répondre à l'appel en laissant la ligne téléphonique la plus libre possible (pas d'appels personnels, réduire la durée des conversations (pour éviter la répétition

de « appel » à ce qui est juste nécessaire). Le paramétrage de l'installation téléphonique est ici important, comme par exemple l'orientation vers un message ou un répondeur quand la ligne est occupée. Quand il est fait le choix du message, il faut bien concevoir son contenu (en n'omettant pas d'orienter vers le 15 pour les situations d'urgence) ; quand c'est un répondeur, il faut l'écouter régulièrement pour s'assurer que le message diffusé est toujours audible et valable.

La première mission, après avoir décroché, est d'identifier l'appelant : est-ce le patient ou un tiers ? Nom, prénom, téléphone et adresse et ce avant même de le laisser décrire l'objet de son appel. L'organisation doit ressembler à ce qui est fait dans les Centres 15 par les Assistants de Régulation Médicale (ARM)¹. Ceci doit être tracé, soit dans le dossier patient une fois qu'il est identifié, soit dans un cahier d'appels (qui pourrait servir de preuve en cas de contestation).

Lors de cet entretien, des propos discriminatoires², peuvent faire l'objet de poursuites à l'encontre de la secrétaire. Dans ce genre de litige, il y aura un important problème de preuve puisque ces appels ne sont pas enregistrés, contrairement à ceux reçus par les Centres 15. Cela risque d'être la parole de l'un contre celle de l'autre, avec une impossibilité de reconstituer ce qui s'est réellement dit. À l'inverse, l'employeur de la secrétaire doit la soutenir quand elle-même est victime de ce genre d'agression verbale dans le cadre de son travail.



© ADOBE STOCK



• **L'analyse de l'appel**

Une fois l'appelant identifié, l'objet de l'appel doit être déterminé : demande de rendez-vous non urgent, demande de rendez-vous urgent, demande de renouvellement de traitement, question sur un suivi, question générale.

- Pour une **demande de rendez-vous**, la secrétaire doit déterminer s'il y a un caractère urgent en interrogeant l'appelant, et ce indépendamment de ce qu'il a déclaré initialement. La formation de la secrétaire est ici déterminante par rapport à la spécialité du praticien : quels items rechercher ? Sur quels critères faut-il qualifier la demande de rendez-vous ? Quand interroger le praticien ? Une mauvaise qualification peut être très dommageable pour le patient qui, rassuré par l'absence de réaction de la secrétaire, va attendre plusieurs semaines, voire plusieurs mois, pour être examiné.

- Pour une demande de **renouvellement de traitement** (très fréquente pour les contraceptifs), celle-ci ne peut pas être gérée uniquement par la secrétaire, même si un protocole a été établi. Elle doit donc être systématiquement transmise au praticien qui décidera, s'il y a lieu, du renouvellement sans revoir le patient et rédigera alors la nouvelle prescription que la secrétaire pourra adresser au patient.

- Les **questions sur le suivi** peuvent être très variées : « Avez-vous reçu le résultat de ma biopsie ? », « J'ai des boutons depuis que je prends le traitement, est-ce grave ? », « Mon INR est à 3, est-ce que je conserve la même dose d'anticoagulant ? ». Si les questions administratives peuvent être gérées par la secrétaire, les autres devraient être transmises au médecin. Cela amène à réfléchir, de manière générale, sur la gestion de ces interrogations qui arrivent en permanence, compte tenu de la concentration nécessaire du praticien pour la sécurité de ses consultations.

- Enfin, il y a les **questions générales** comme : « J'ai plus mal à la tête que d'habitude, est-ce qu'il faut que je vienne voir le docteur ? », « Les diarrhées de mon enfant sont fréquentes, confirmez-moi que ce n'est pas grave ». La secrétaire n'a pas à y répondre car elle n'a pas la compétence pour cela et la question peut être incomplète et cacher une situation grave. Il faudra donc décider en amont, dans le cabinet ou la structure, comment gérer ces appels (qui peuvent provenir de la patientèle

ou d'autres personnes). Il a parfois été défini un à deux créneaux dans la semaine pour les appels et les rappels des patients pour ce type de demande, ce qui a donné de bons résultats.

« **UNE FOIS L'APPELANT IDENTIFIÉ, L'OBJET DE L'APPEL DOIT ÊTRE DÉTERMINÉ : DEMANDE DE RENDEZ-VOUS NON URGENT, DEMANDE DE RENDEZ-VOUS URGENT, DEMANDE DE RENOUVELLEMENT DE TRAITEMENT, QUESTION SUR UN SUIVI, QUESTION GÉNÉRALE.** »

• **L'envoi et la réception des examens et courriers**

Nous sommes aujourd'hui bien installés dans une médecine de parcours rendant la circulation de l'information capitale. Celle-ci est, le plus souvent, confiée aux secrétaires qui envoient les courriers ou mails aux confrères d'autres spécialités ou aux laboratoires d'analyse. Il en va de même dans certaines organisations pour l'envoi des prélèvements en vue de leur analyse (quand ce n'est pas confié au personnel soignant). La rapidité et la fiabilité d'envoi de ces éléments permettent d'assurer une sécurité *optimum* pour les patients, et sont sous la responsabilité des secrétaires. Si la quantité de travail est excessive et provoque des retards dans ces envois, la secrétaire doit en faire part à son employeur afin de trouver une solution pérenne. La phase suivante est la réception de la réponse et son traitement. Le classement d'un résultat, d'une lettre de confrère sans la soumettre au praticien est susceptible de provoquer un dommage grave pour le patient. D'un autre côté, si la secrétaire peut traiter elle-même un certain nombre de courriers ou mails, cela peut libérer un temps médical bien utile. Il faut donc définir des critères précis de classement dans le dossier afin de les réserver aux cas sans risque pour

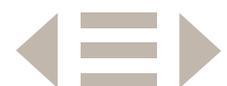
le patient, avec possibilité pour la secrétaire d'assurer une transmission au médecin au moindre doute. Par exemple, pour la réception des INR, il ne peut être envisagé un classement que si le taux obtenu se situe entre X et Y.

• **La sécurité des patients au sein du cabinet**

On dénombre un certain nombre de chutes dans les cabinets médicaux, susceptibles de provoquer de graves dommages. C'est le cas, par exemple, de patients ayant des problèmes d'équilibre, demandant où sont les toilettes et auxquels il est uniquement donné la direction, sans proposition d'assistance. C'est le cas aussi de zones dangereuses (marches non éclairées, sols glissants) sans alerte donnée au patient ou aide proposée. Cette assistance doit dépendre des besoins des patients et plus le patient est fragile, plus l'exigence des juges sera élevée. Les enfants peuvent poser un problème particulier car leur imagination débordante peut les conduire à se mettre eux-mêmes en danger. Une salle d'attente (même de pédiatre) n'est pas un lieu sécurisé. Accepter qu'une maman laisse un de ses enfants seul dans la salle d'attente pendant la consultation du frère ou de la sœur malade est imprudent, car les autres personnes présentes dans la salle d'attente n'ont pas à assurer la surveillance de cet enfant et la secrétaire peut rarement s'en occuper. Enfin, la secrétaire doit participer à la prévention de ce risque d'accident dans le cabinet en signalant systématiquement les incidents rencontrés, ou même les points dangereux qu'elle a identifiés.

• **Le respect du secret et de la confidentialité**

Dans toute son activité, la secrétaire doit veiller au respect du secret et de la confidentialité. C'est particulièrement le cas dans la réception des appels téléphoniques à côté de la salle d'attente, ce qui implique d'éviter de citer le nom des patients lors des discussions. D'autre part, quand la secrétaire va chercher les patients dans la salle d'attente, elle doit éviter de citer la pathologie ou l'acte qui va être réalisé, ces informations étant couvertes par le secret professionnel. Enfin, il a été



observé des cas dans lesquels les secrétaires ont diffusé des informations confidentielles en dehors du cabinet lors de discussions en direct ou sur les réseaux sociaux. Même s'il n'y a en général aucune intention de nuire, ces violations du secret sont graves et peuvent porter préjudice.

➤ **Les différentes responsabilités encourues**

Deux types de responsabilité existent : la responsabilité indemnitaire et l'objectif de sanction.

Pour l'aspect indemnitaire (la très grande majorité des réclamations), il va être pris en compte le caractère salarié de la secrétaire. De ce fait, la demande va être orientée vers son employeur qui doit la garantir contre toute condamnation pécuniaire³. La condition que pose la jurisprudence pour cette garantie pécuniaire de l'employeur est que le salarié reste « dans le cadre de la mission impartie ». Pour le vérifier, il sera demandé la fiche de poste, qui doit donc être régulièrement actualisée. La situation est simple quand le praticien est lui-même l'employeur : il y aura alors unité entre le bénéficiaire de la prestation, l'employeur désigné comme tel sur le bulletin de salaire, et celui qui assume *in fine* la charge financière de la rémunération. Dans les autres cas, la détermination du « pécuniairement responsable » peut se révéler complexe, même si celui qui est officiellement l'employeur (bulletin de salaire et déclaration aux organismes sociaux) est privilégié. Ainsi, la responsabilité de la SCM, SCP, clinique ou société de secrétariat à distance peut être retenue. Les demandes pécuniaires des patients (ou de leur famille en cas de décès ou si la victime est un mineur ou un incapable) peuvent être formulées amiablement (démarche directe, via un mandataire ou auprès d'une CCI) ou judiciairement (TGI).

Pour l'aspect sanction, le principe est totalement différent puisqu'il s'agit d'une responsabilité individuelle (personnelle ?), comme le prévoit l'article 121-1⁴ du Code Pénal (CP). Ici, le fait que la secrétaire soit salariée ne lui procure pas d'immunité et elle peut être poursuivie personnellement au même titre que les autres intervenants

dans la prise en charge des patients. Les infractions pénales susceptibles d'être retenues contre une secrétaire dans son activité professionnelle sont : l'homicide involontaire (article 221-6 CP)⁵, les blessures involontaires (article 222-19 CP⁶), la violation du secret professionnel (article 226-13 CP⁷) et surtout la non-assistance à personne en péril (article 223-6 CP⁸). Cette dernière infraction est particulièrement importante à connaître pour les secrétaires car elle est constituée par le simple fait de ne pas envoyer un secours sur une demande présentant un caractère grave et urgent. Cela implique donc une bonne formation permettant, dans la spécialité du (ou des) praticien(s) concerné(s), de déceler ce qui est grave et urgent afin de passer l'appel au praticien ou déclencher soi-même le secours approprié. C'est en fait une « mini régulation » de l'urgence qui est faite dans chaque cabinet médical et il convient donc d'écrire la marche à suivre en fonction des symptômes décrits par l'appelant. Il est prudent de prévoir qu'au moindre doute, l'appel doit être passé au praticien et qu'en cas d'urgence avérée, il ne faut pas se contenter de conseiller l'appel au Centre 15 ou aux urgences privées mais le faire soi-même. La jurisprudence se montre très exigeante en considérant que le professionnel doit poser les bonnes questions à l'appelant, si bien qu'il ne pourra pas invoquer un manque de critères d'urgence pour se défendre. D'autre part, les juges retiennent une culpabilité sur la base de cette infraction afin de sanctionner un comportement discutable humainement alors même que le cas était désespéré et que l'arrivée plus précoce des secours n'aurait pas permis d'éviter le dommage (décès ou lésions irréversibles).

Enfin, la répression de la violation du secret professionnel est sévère car les règles sont strictes et les exceptions très encadrées. En pratique, c'est celui qui a révélé l'information couverte par le secret (toutes celles recueillies lors de l'exercice professionnel) à une personne n'intervenant pas dans la prise en charge du patient qui commet l'infraction pénale. Cette dernière est constituée dès la première révélation, qu'elle soit faite dans le milieu professionnel ou privé.

« LA JURISPRUDENCE SE MONTRÉ TRÈS EXIGEANTE EN CONSIDÉRANT QUE LE PROFESSIONNEL DOIT POSER LES BONNES QUESTIONS À L'APPELANT, SI BIEN QU'IL NE POURRA PAS INVOQUER UN MANQUE DE CRITÈRES D'URGENCE POUR SE DÉFENDRE. »

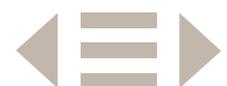
➤ **La couverture assurantielle de ce risque**

Comme nous l'avons vu, la couverture de la responsabilité pécuniaire appartient à l'employeur. Mais encore faut-il que l'employeur soit assuré et que ce risque particulier soit couvert.

L'employeur praticien libéral est, de toutes façons, obligé de souscrire un contrat couvrant sa responsabilité professionnelle (RCP)⁹. Celle-ci couvre les actes de soins et est, dans la plupart des contrats, accompagnée d'une garantie Responsabilité Civile Exploitation (RCE) qui couvre les autres situations de mise en cause de la responsabilité pécuniaire du praticien. Prenons, par exemple, la définition de cette garantie dans le contrat proposé par la MACSF : « *Sont garanties les conséquences pécuniaires de la responsabilité pouvant être encourue par l'assuré à l'occasion de son activité professionnelle et ne relevant pas d'un acte de prévention, de soins ou de diagnostic* ». Dans le descriptif de la garantie, on retrouve les « *événements accidentels dûs au fait des préposés de l'assuré* ».

Quand l'employeur est une société regroupant des praticiens (SCP, SCM, société de fait...), il n'est pas certain qu'elle ait souscrit un contrat couvrant sa responsabilité pécuniaire en cas de faute commise par un salarié. Il est nécessaire de vérifier ce point afin d'éviter de se trouver dans une situation de défaut d'assurance, avec toutes les conséquences pécuniaires que cela comporte.

Quand l'employeur de la secrétaire est une société de secrétariat à distance, il est probable qu'elle ait souscrit un contrat couvrant sa responsabilité pécuniaire en tant qu'employeur, mais ce n'est pas non plus certain. Il est donc prudent





© ADOBE STOCK

de prévoir, dans la convention liant le praticien à cette société, une clause indiquant que cette garantie a bien été souscrite afin d'éviter qu'en cas de défaut d'assurance, il ne soit recherché la responsabilité du praticien qui est, lui, assuré.

Quand l'employeur de la secrétaire est un établissement de santé, il a l'obligation de souscrire une garantie couvrant la responsabilité pécuniaire engagée du fait de tous ses salariés, y compris donc les secrétaires¹⁰.

En cas de plainte pénale, la secrétaire peut être poursuivie personnellement et devra donc se défendre personnellement. La prise en charge de sa défense n'est pas simple car le contrat d'assurance de son employeur peut parfaitement ne pas inclure la défense pénale des salariés (même pour des reproches concernant l'exercice de leur mission) et sa protection juridique privée n'a pas vocation à intervenir sur une affaire professionnelle. Par contre, elle pourra formuler une demande d'aide juridictionnelle, totale ou partielle selon ses revenus.

La meilleure prévention du risque est une solide formation des secrétaires qui prendrait en compte les différentes sources possibles de responsabilité et inciterait à mettre en place des protocoles pour les guider dans leur activité et les choix qu'elles doivent faire au quotidien. ■

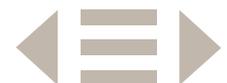
NOTES

1. Référentiel métier des assistants de régulation médicale, juin 2016, SFMU
2. Injures : article R. 621-2 du Code pénal ; discriminations : article 225-2 du Code pénal.
3. Article 1242 du Code civil : « On est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre, ou des choses que l'on a sous sa garde [...]. Les maîtres et les commettants, du dommage causé par leurs domestiques et préposés dans les fonctions auxquelles ils les ont employés... ».
4. Article 121-1 CP : « Nul n'est responsable pénalement que de son propre fait ».
5. Article 221-6 CP : « Le fait de causer, dans les conditions et selon les distinctions prévues à l'article 121-3, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement,

- la mort d'autrui constitue un homicide involontaire puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.
- En cas de violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement, les peines encourues sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75 000 € d'amende ».
6. Article 222-19 CP : « Le fait de causer à autrui, dans les conditions et selon les distinctions prévues à l'article 121-3, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement, une incapacité totale de travail pendant plus de trois mois est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende.
- En cas de violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement, les peines

- encourues sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 € d'amende ».
7. Article 226-13 CP : « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende ».
8. Article 223-6 CP : « Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.
- Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours ».

9. Article L. 1142-2 CSP : « Les professionnels de santé exerçant à titre libéral, les établissements de santé, services de santé et organismes mentionnés à l'art. L.1142-1 et toute autre personne morale, autre que l'État, exerçant des activités de prévention, de diagnostic ou de soins ainsi que les producteurs, exploitants et fournisseurs de produits de santé... sont tenus de souscrire une assurance destinée à les garantir pour leur responsabilité civile ou administrative susceptible d'être engagée en raison de dommages subis par des tiers et résultant d'atteintes à la personne, survenant dans le cadre de l'ensemble de cette activité... ».
10. Article L. 1142-2 CSP : « ...L'assurance des établissements, services et organismes mentionnés au premier alinéa couvre leurs salariés agissant dans la limite de la mission qui leur a été impartie, même si ceux-ci disposent d'une indépendance dans l'exercice de l'art médical... ».



La confraternité est une richesse déontologique fondamentale qui irrigue la vie d'une communauté médicale. Doit-elle, peut-elle céder devant l'obligation, non moins essentielle, de protéger le patient que l'on sait victime d'un comportement médical déviant ou d'une incompétence professionnelle certaine ? Qui est mieux placé qu'un praticien membre d'une équipe hospitalière, l'associé d'un cabinet de groupe, un utilisateur du bloc opératoire ou tout simplement un correspondant recevant les doléances de patients inquiets, pour suspecter, puis comprendre qu'un confrère est devenu dangereux ?

Taire ou faire ? Comment réagir face au dérapage professionnel d'un confrère ?

M^E CATHERINE PALEY-VINCENT, AVOCATE EXPERTE EN DROIT DE LA SANTÉ



© ADOBE STOCK

La situation est lourde : le principal intéressé n'est plus à même de s'en rendre compte et le plus souvent, son entourage redoute de se saisir du problème, qu'il préfère taire. Le silence, la dérobade, le déni qui s'ajoute au déni, la peur de violer le secret médical, la crainte de brocarder un confrère et peut-être de le mener à sa perte – des suicides sont intervenus dans de telles situations – vont conduire à l'abstention de toute décision.

C'est le cercle vicieux qu'il faut briser pour respecter l'obligation de compétence et de sécurité due aux malades, à tous les niveaux de sa prise en charge.

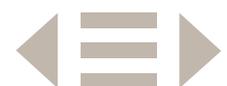
On entend souvent plaider quand survient un drame : « Tout le monde savait et personne ne disait rien. Il aura fallu un mort pour que tout le monde se réveille ! ». Insupportable. Pourtant, la mise en œuvre de moyens éprouvés et légitimes est possible quand ils sont conduits avec prudence, respect et... confraternité.

➤ L'identification du problème : comment faire le constat d'une situation critique ?

On peut avoir des doutes. On en vient à se poser des questions, puis l'inacceptable devient une évidence. Que faire ? Que dire ? À qui ? Quand ? Comment ?

Le corps médical, pas plus qu'un autre, n'est à l'abri des aléas et des déviances d'une vie professionnelle, quand, au surplus, s'y ajoutent des difficultés familiales, financières ou autres. Les conséquences en sont pourtant plus lourdes qu'ailleurs parce qu'un patient place sa confiance, sa santé, sa vie au regard d'une compétence et d'une rigueur qu'il est en droit de revendiquer, sans faille.

Or, la liste est longue de ces défaillances qui conduisent à le mettre en danger : anxiété, fatigue, baisse de vigilance, burn-out, dépression, workaholisme, alcoolisme, toxicomanie d'un médecin qui reste un homme.



Parfois, ce n'est plus un comportement ou une attitude humaine qui est en jeu mais l'incapacité avérée d'un praticien à poursuivre son exercice en toute sécurité : troubles cognitifs, somnolence, tremblements, automédications, refus de se soigner...

Enfin, toute vraie compétence peut mesurer l'incompétence de l'autre : refus de se former, prise de risques inconsidérés, prétentions à se lancer dans une nouvelle technique ou à un niveau de difficulté d'intervention qu'on ne maîtrise pas encore. Des situations qui, là aussi, peuvent conduire à l'irréversible et ce d'autant qu'elles seront habilement dissimulées, au détriment évident du patient.

Le constater est plus facile à dire qu'à faire.

Quelques règles pour une réaction appropriée :

- ne pas s'enfermer dans une relation binaire avec le confrère concerné qui pourrait vite tourner au règlement de comptes et déchaîner les passions.
Ouvrir le dialogue : à l'hôpital, consulter sa hiérarchie ; en clinique, demander à la CME de se saisir de la difficulté, en parler avec le confrère concerné avec l'aide de témoins, de médiateurs, de l'Ordre par l'ouverture d'une conciliation ;
- recueillir la parole du personnel paramédical ou d'encadrement qui est souvent « *aux premières loges* » pour comprendre et retracer les incidents qui seront consignés dans le dossier infirmier ou feront l'objet d'une note à la Direction.
- rassurer les patients qui apprécieront d'être écoutés et que leurs interrogations soient prises au sérieux et suscitent, dans la transparence, une prise en charge particulière et adaptée de la profession.
- et même, inviter l'intéressé à se protéger : cela peut vouloir dire l'inviter à se soigner et à se faire prendre en charge médicalement. La campagne du Collège Français des Anesthésistes-réanimateurs, « *Dis doc, t'as ton doc ?* », les initiatives de la Mission FIDES à l'AP-HP pour prévenir les addictions, sont particulièrement intéressantes à cet égard.

Toutes ces actions devront être menées avec bienveillance et fermeté, en ayant le souci constant de conserver la preuve des faits incriminés, sinon de la susciter : lettres échangées, témoignages écrits, comptes rendus circonstanciés, procès-verbaux de réunions, mentions dans le dossier médical du patient... Ces éléments tangibles permettront d'établir la preuve des faits avancés, sans stigmatisation.

➤ Mettre en œuvre les moyens adéquats pour faire cesser un danger

De nombreux articles* ont décrit minutieusement les procédures qui pouvaient être mises en œuvre pour combattre le danger d'un confrère qui ne veut pas entendre raison.

- L'article R. 4124-3-5 du Code de Santé Publique (CSP) prévoit qu'« *en cas d'insuffisance professionnelle rendant dangereux l'exercice de la profession* », la suspension temporaire, totale ou limitée à une activité, à une technique, peut être prononcée par le Conseil Régional de l'Ordre, pour une durée déterminée, qui peut être renouvelée.

Aucune décision n'est prise sans la mise en œuvre d'une expertise confiée à 3 experts, dont un enseignant.

- À l'hôpital, l'insuffisance professionnelle est définie par l'article R. 6152-79 du CSP : « *une incapacité dûment constatée à accomplir les travaux ou à assumer les responsabilités relevant normalement des fonctions de praticien hospitalier. Elle résulte de l'inaptitude à l'exercice des fonctions du fait de l'état physique, psychique ou des capacités intellectuelles du praticien* ».

On suggèrera alors une « *mesure de reconversion professionnelle* » ou un « *licenciement avec indemnité* » gérés par le Centre National de Gestion.

Ces deux textes ciblent essentiellement le danger que cause un état pathologique du praticien.

- L'exigence de compétence et de formation des professionnels de santé avait déjà été consacrée par la loi Kouchner du 4 mars 2002 et la loi HPST du 21 juillet 2009. Le décret du 26 mai 2014 (n° 20146545 J.O. 28 mai) apporte un éclairage nouveau sur ces questions.

Créant une procédure de contrôle administratif qu'il confie aux Ordres, le texte exige cette compétence dès l'inscription du praticien et tout au long de sa vie professionnelle. Au défaut de formation constaté répondra l'exigence d'une formation complémentaire ou d'un stage précis chez un confrère, pendant une durée déterminée.

Ainsi, sous le contrôle constant du Conseil d'État, le Conseil Régional statuant en matière administrative, peut momentanément interdire à un médecin certains domaines de sa spécialité :

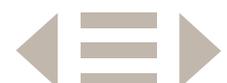
- un chirurgien s'est vu interdire pendant 2 ans le droit de pratiquer l'activité chirurgicale complexe de l'aorte thoracique

et abdominale et la chirurgie de la carotide et des vaisseaux du cou à charge pour lui d'aller se former au sein de services qualifiants en chirurgie vasculaire, 1 jour par semaine

(CE 07-06-2017 n° 403 567) ;

- un obstétricien a été suspendu du droit d'exercer des gestes chirurgicaux et d'exploration non obstétricaux pendant 3 mois, à charge pour lui d'obtenir un DU d'hystérocopie ou attestation équivalente (CE 16-10-2017 n° 402 239). Ne les ayant pas obtenus, sa mesure d'interdiction a été prolongée ;
- *A contrario*, le Conseil d'État a annulé une décision du Conseil National de l'Ordre des Médecins ordonnant une suspension

« TOUTES CES ACTIONS DEVRONT ÊTRE MENÉES AVEC BIENVEILLANCE ET FERMETÉ, EN AYANT LE SOUCI CONSTANT DE CONSERVER LA PREUVE DES FAITS INCRIMINÉS. »



d'exercice insuffisamment motivée et a indemnisé le préjudice qui en est résulté d'une somme de 200 000 € de dommages et intérêts (30 novembre 2011 n° 335 155).

Le Conseil d'État rappelle que de telles décisions n'ont pas de caractère juridictionnel et n'ont pas le caractère d'une sanction (CE 9 juin 2010 n° 329 834).

Pourtant, il est désormais prévu que la Chambre Disciplinaire de Première Instance, à l'occasion d'une plainte, puisse elle-même se saisir *proprio motu* d'une procédure d'incompétence révélée par l'examen du dossier.

- Ces procédures, bien que rapidement menées, ne répondent pas au caractère d'urgence d'une situation cruciale. C'est l'article L. 4113-14 du CSP qui régit l'intervention du Directeur Général de l'ARS, lequel peut prendre une mesure de suspension immédiate, sans saisine ni expertise préalable. Deux critères précis conditionnent cette mesure exceptionnelle : l'urgence et le risque de danger grave que crée l'activité du praticien pour les patients.

Le Directeur Général de l'ARS saisit immédiatement le Conseil Régional de l'Ordre qui met alors en place la procédure d'expertise habituelle. Là encore, des mesures de formation ciblées peuvent être imposées pendant la période de suspension.

« AINSI, SOUS LE CONTRÔLE CONSTANT DU CONSEIL D'ÉTAT, LE CONSEIL RÉGIONAL STATUANT EN MATIÈRE ADMINISTRATIVE, PEUT MOMENTANÉMENT INTERDIRE À UN MÉDECIN CERTAINS DOMAINES DE SA SPÉCIALITÉ. »

➤ **Signaler, saisir les institutions n'est pas une délation coupable**

Aller se plaindre d'un confrère auprès de qui peut le sanctionner pose un cas de conscience aigu. Faut-il protéger ce confrère au nom de la confraternité ou faut-il avoir le courage de prendre en compte un intérêt supérieur visant à protéger les patients ?

La seconde branche de l'alternative s'impose mais elle n'est pas sans risque, le médecin dénoncé pouvant transformer sa rancune en procédure disciplinaire (atteinte au devoir de confraternité), pénale (dénonciation calomnieuse) ou même civile (demande d'un dédommagement financier).

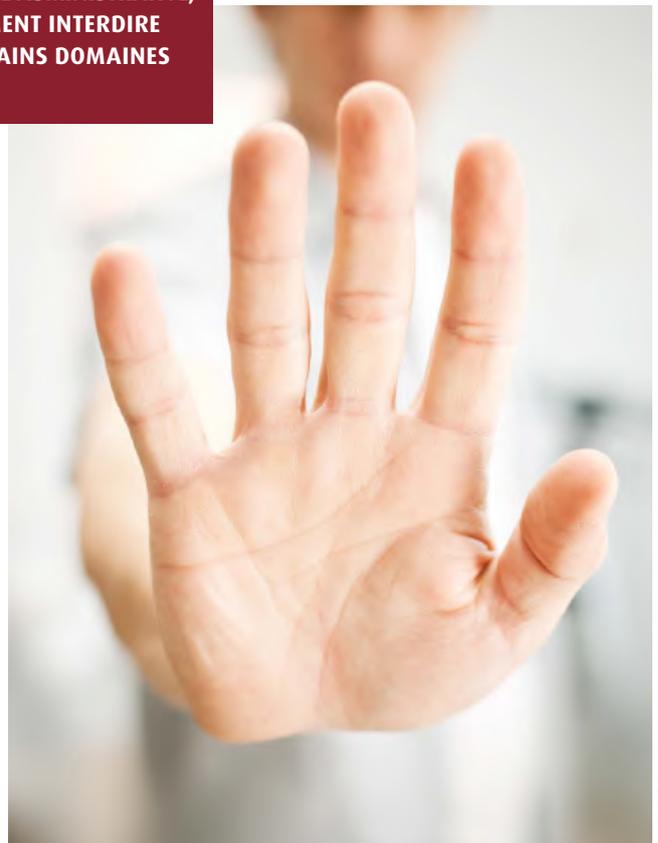
Pour être irréprochable, le médecin qui lance l'alerte doit le faire, en entourant son confrère de prudence, et de confraternité :

- **prudence** : on ne dénonce pas à la légère. Des faits, rien que des faits, sans ambiguïté ni parti pris et, si possible, étayés par des preuves solides, pour convaincre du bien-fondé de la démarche ;
- **concertation** : dans une hypothèse par principe difficile, il vaut mieux réfléchir à plusieurs, consulter ses « Maîtres », pour confronter les points de vue et tendre à la modération.

- **saisir l'autorité compétente** plutôt que de laisser s'installer des rumeurs. Ainsi, avant toute plainte, solliciter dans un premier temps, l'organisation d'une mesure de conciliation en interne ou à l'Ordre pour respecter les exigences de l'article R. 4127-56 du CSP (dans tout différend entre médecins, rechercher une conciliation) ;
- **informer le confrère de ses démarches** pour qu'il puisse se défendre et répondre aux affirmations le concernant. Le mettre en copie des lettres de saisine de l'autorité appelée à statuer : le caractère contradictoire de tout débat en renforce la pertinence ;
- **le lanceur d'alerte ne se transforme pas en Procureur**. Il décrit un comportement néfaste, il prouve une dangerosité, il établit une incompétence. Il ne requiert jamais ni sanction, ni licenciement, ni exclusion. C'est faire « *le pas de trop* » qui pourra être considéré comme une atteinte à la confraternité.

Juger reste un art très difficile ; il serait téméraire de s'y prêter sans expérience. ■

NOTE
* Nicolas Loubry, *L'insuffisance professionnelle en 10 questions*.



© ADOBE STOCK



Comment se pensent et s'élaborent les projets architecturaux relatifs aux établissements de santé ? Quelles sont leurs spécificités et quelles ont été les évolutions constatées dans ce domaine ? Nous avons rencontré Didier Gallard, architecte diplômé par le gouvernement ayant contribué à de nombreux projets de construction dans les secteurs médicaux et médico-sociaux.

L'architecture des établissements de santé

DIDIER GALLARD, ARCHITECTE DPLG



© GERMAIN PLOUVIER

« UN CERTAIN NOMBRE DE STRUCTURES SONT DEVENUES OBSOLÈTES AU REGARD DES ÉVOLUTIONS RÉGLEMENTAIRES. PAR CONSÉQUENT, LA PLUPART DES PROJETS CONSISTE AUJOURD'HUI EN DES RESTRUCTURATIONS. »

➤ Pourriez-vous présenter votre parcours et votre activité, notamment dans le secteur médico-social ?

Architecte libéral, je me suis intéressé aux établissements de santé et aux maisons de retraite de façon inopinée, au début des années 2000, pour des raisons personnelles, lorsque j'ai dû y accompagner un parent malade en vue de son placement. J'ai alors découvert un univers rassemblant des personnes aux pathologies très différentes, dans des structures vieillissantes

et assez peu pensées pour les personnes âgées dépendantes. Face à ce constat, j'ai souhaité construire un établissement différent pour ce parent.

J'ai rencontré un maître d'ouvrage privé, ancien infirmier. À cette époque, soignants et cadres de santé étaient précurseurs en matière d'EHPAD. Dans de nombreux départements, des infirmiers ont commencé à mettre en place des petites structures (de 40 à 50 lits). Tout était alors à repenser.

Le domaine public et associatif était inactif et les grands plans en matière de dépendance n'étaient pas encore en place. J'ai ainsi participé à la construction de plusieurs établissements à compter de l'année 2005, qui comportaient des chambres de qualité, mais beaucoup de chambres doubles et peu d'espaces de convivialité. La réflexion sur les projets de vie à mettre en place dans ces structures n'était pas encore aboutie.

Les directeurs porteurs de ces projets avaient eu la possibilité de racheter des petits établissements situés dans des bâtiments inadaptés et difficilement accessibles. Rappelons qu'à l'époque les personnes qui entraient en maison de retraite étaient en moyenne plus jeunes qu'aujourd'hui et n'étaient pas toutes dépendantes.

Le secteur associatif a pris les choses en main en 2007 - 2008 (associations diocésaines, Mutualité) ; des bâtiments plus grands ont alors été construits, comprenant un pôle médical, des espaces de vie et de convivialité, mais sans vraiment prévoir de distinction en fonction des niveaux de dépendance des personnes hébergées.

Le secteur public a poursuivi ces actions autour de programmes davantage réfléchis, intégrant par exemple des salles de restauration spécifiques réparties dans le bâtiment. Les établissements de ce type avaient un coût de construction plus important, mais étaient mieux conçus, capables d'accueillir des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer dans des unités spécifiques. J'ai alors contribué à la construction d'établissements publics de taille plus



importante, répondant à plus de critères de qualité.

Par la suite (2013 à aujourd'hui), les anciens maîtres d'ouvrage privés m'ont demandé de réaliser des extensions des bâtiments qui avaient été réalisés entre 2005 et 2007. Des Pôles d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) et des espaces de convivialité y ont notamment été introduits. La configuration des chambres, de par son caractère normatif, est restée assez semblable. Néanmoins, la plupart des chambres doubles ont été supprimées (les conjoints présentent rarement le même niveau de dépendance). Les chambres individuelles sont désormais privilégiées, et sont parfois conçues comme des « suites » pour les couples résidant dans un même établissement. Les extensions réalisées permettent de ne pas perdre les lits des anciennes chambres doubles.

➤ Outre ces constructions de bâtiments neufs et ces extensions, participez-vous à des projets de transformation d'anciens bâtiments existants ?

Les projets que j'ai décrits précédemment correspondaient majoritairement à des créations de lits. Mais depuis quelques années, on ne crée plus de nouveaux lits, car ils sont en nombre suffisant même s'ils ont été mal répartis à l'échelle du territoire.

Un certain nombre de structures sont devenues obsolètes au regard des évolutions réglementaires. Par conséquent, la plupart des projets consiste aujourd'hui en des restructurations. Ces opérations de réhabilitation sont difficiles, car elles requièrent des phasages compliqués pour que les résidents puissent continuer à habiter l'établissement pendant la durée des travaux. Elles représentent actuellement 90 % de mon travail, tous secteurs confondus (public, privé, associatif), et portent souvent sur des structures menacées de fermeture.

Les propriétaires des EHPAD concernés sont souvent des communautés de communes, des bailleurs sociaux ou des maires, qui ont construit des bâtiments il y a 30 ou 40 ans, aujourd'hui inadaptés.

Ce sont des chantiers complexes, mais passionnants, qui impliquent de repenser l'architecture des bâtiments, pour créer

« EXCENTRER LES ÉTABLISSEMENTS EN PÉRIPHÉRIE DES COMMUNES COMPORTE UN RISQUE ÉVIDENT D'ISOLEMENT DES RÉSIDENTS. IL EST PRÉFÉRABLE DE NE PAS ÉLOIGNER EXCESSIVEMENT CES DERNIERS DE L'ENDROIT OÙ ILS ONT VÉCU ET DE LEUR MÉNAGER UN ACCÈS AU CŒUR DE LA CITÉ. »

des espaces adaptés, sécurisés, conviviaux, et accessibles aux personnes à mobilité réduite. Ces chantiers sont, en fait, beaucoup plus longs que la construction d'un bâtiment neuf. Certains s'étendent sur cinq à six années.

➤ Comment les résidents sont-ils répartis au sein des établissements de santé pendant la durée des travaux ?

Deux résidents peuvent cohabiter au sein d'une même chambre dès lors que la surface de celle-ci est au moins égale à 23 m². C'est pourquoi nous veillons, lors des projets de réhabilitation, à atteindre cette surface pour pouvoir loger les résidents en chambre double pendant la restructuration du reste du bâtiment, au lieu de refaire des chambres de 20 m². Cela permet de réduire le nombre de phases du chantier et de transférer plus facilement les résidents avant de les réinstaller en chambre simple une fois la totalité des travaux achevée.

Les chambres deviennent ainsi plus spacieuses, d'autant que les résidents n'ont plus à apporter aujourd'hui leur mobilier. Elles sont d'autant plus accessibles au personnel soignant.

➤ Comment sont choisis les sites d'implantation des nouvelles structures ?

La tendance actuelle est de construire les établissements hors des centres villes, notamment des petites villes, ce qui constitue selon moi un non-sens. Excentrer les établissements en périphérie des communes ne me paraît pas souhaitable et comporte un risque évident d'isolement des résidents. Il est préférable de ne pas éloigner excessivement ces derniers de l'endroit

où ils ont vécu et de leur ménager un accès au cœur de la cité. Un accès adapté permettant le déplacement facile et les relations sociales, c'est important pour l'entourage et les familles. En tant qu'architecte, je préfère concevoir un bâtiment qui puisse évoluer avec la ville et offrir à ses résidents de continuer à être des habitants de la commune.

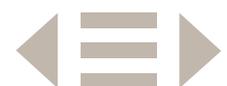
➤ Quelle est la différence de coût entre la création d'un établissement de santé et la réhabilitation d'un bâtiment existant en centre-ville ?

La différence porte plutôt sur le planning et les contraintes inhérentes à ces projets respectifs. Réhabiliter un bâtiment en centre-ville est souvent beaucoup plus long et contraignant, mais plus intéressant en termes de projet de vie pour les résidents. L'enjeu est de permettre à la vie dans l'établissement de continuer sans trop de contraintes, et aux résidents de fréquenter leurs amis, de maintenir les activités et les relations avec leur entourage.

Ce type de projet demande plus de réflexion et d'ingéniosité qu'une construction neuve. En réalité, il s'agit d'une véritable création, d'une nouvelle façon de penser un bâtiment qui a une âme et une histoire, et ce à des coûts raisonnables et supportables.

➤ Les soignants sont-ils consultés dans le processus de conception des bâtiments et leurs avis sont-ils pris en compte par rapport aux exigences du promoteur ?

Ces échanges étaient assez restreints dans les premiers projets que j'ai menés, qui constituaient davantage des terrains d'expérimentation au regard de ce qui pouvait se faire ailleurs. Aujourd'hui, le personnel s'implique dans les projets d'extension et de réhabilitation, d'autant que la plupart du temps, plusieurs établissements sont parties prenantes d'un même projet. Les bâtiments monolithiques ont laissé place à la coexistence de plusieurs structures regroupées en un même lieu. Ces entités communiquent entre elles sans qu'il soit nécessaire pour un soignant de traverser tout le bâtiment pour se rendre dans tel ou tel secteur. Les nouvelles réalisations



tiennent compte du fonctionnement des EHPAD et de leur évolution. Ainsi, il existe des pôles d'activité sécurisés pour les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer, avec différentes entités (salles d'activité, de bien-être). La réflexion menée par les professionnels du secteur amène à davantage distinguer les espaces en fonction du degré et du type de dépendance des résidents, ce qui ne se faisait pas ou très peu auparavant. Il faut reconnaître que le regard sur les maladies liées à l'âge s'est considérablement affiné et humanisé. C'est un immense progrès pour ces établissements. Le personnel s'implique davantage dès lors qu'il connaît les résidents et l'établissement, souvent depuis plusieurs années. Sur les restructurations notamment, je veille à ce qu'il participe aux visites de chantier. Les déplacements temporaires sont souvent plus perturbants pour l'équipe soignante que pour les résidents.

➤ Un travail de concertation préalable incluant l'avis des familles et des résidents ou futurs résidents est-il mené en amont de chaque chantier ? Ou les « règles » sont-elles posées par le promoteur ?

Le secteur public travaille avec des programmistes spécialisés et lance des appels d'offres dans le cadre de marchés publics. Pour les projets associatifs, il est possible de traiter directement avec les directeurs d'établissement, et pour les projets privés, avec des directeurs ou des gestionnaires souvent issus du médical.

À mon sens, il est fondamental de partir du projet de vie des résidents. Certains directeurs d'établissement souhaitent que les résidents se sentent comme à domicile et dans un environnement familial. Ils demandent que le bâtiment soit pensé en conséquence et sont attentifs à un certain nombre de détails (proximité entre les pièces, temps d'attente restreint devant les ascenseurs...).

Dans le cadre des restructurations, nous organisons des réunions de travail et des présentations à tous les stades du projet. Personnellement je veille à y participer.

Nous apprenons aussi de nos erreurs. Par exemple, j'ai participé à une restructuration d'un établissement, qui a débuté trop rapidement, les familles et les résidents n'étaient pas prêts. Il existe des règles de bonne conduite à respecter, que l'on apprend avec l'expérience.

➤ Comment la qualité de vie des résidents est-elle prise en compte ? Quelles évolutions avez-vous observées dans ce domaine ?

Une place plus importante est accordée aux espaces de convivialité, de détente et de loisirs, ainsi qu'aux espaces de rencontre avec les familles.

Pour ma part, je travaille particulièrement sur les jardins et les espaces paysagers, j'essaie d'offrir aux résidents au cœur des établissements un contact avec la nature. En centre-ville, l'aménagement d'un patio planté peut suffire. Il est important de pouvoir « briser » la relation « chambre-restaurant/restaurant-chambre » au sein des établissements, et d'y introduire des espaces autres (espace paysager, espace avec animaux), source de convivialité.

Des ouvertures sur la ville sont également possibles. Certains établissements sont dotés, par exemple, d'un salon de coiffure avec un double accès, sur la ville d'une part, et sur l'arrière pour les résidents. Cet espace devient même, dans certains cas, le salon de coiffure de la commune quand celle-ci n'en dispose plus. À titre de comparaison, certains établissements aux États-Unis ont des boutiques à double entrée, ce qui favorise l'animation, les rencontres et la possibilité de nouer ou d'entretenir des liens.

« IL EST IMPORTANT DE POUVOIR "BRISER" LA RELATION "CHAMBRE-RESTAURANT/RESTAURANT-CHAMBRE" AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS, ET D'Y INTRODUIRE DES ESPACES AUTRES (ESPACE PAYSAGER, ESPACE AVEC ANIMAUX), SOURCE DE CONVIVIALITÉ. »

➤ Des salles de conférence communes pourraient-elles être imaginées sur ce même modèle, pouvant être mises à disposition des EHPAD pour les animations et les activités, tout en étant accessibles pour l'extérieur et d'autres usages ?

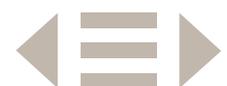
Oui tout à fait. Je travaille actuellement avec un directeur passionné de musique sur un projet incluant une salle capable d'offrir la restauration aux résidents et pouvant être converti en une salle de concert, et permettant d'accueillir des personnes extérieures.

Les établissements s'ouvrent de plus en plus. Les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) incluent désormais des chambres d'hébergement temporaire, permettant d'accueillir un membre de la famille ou le conjoint malade, pour une semaine ou un week-end. Des logements de petite taille sont également de plus en plus adjoints aux établissements et rencontrent un certain succès.

L'avenir réside dans la création de structures qui soient capables d'accueillir les personnes à tous les stades et dans toutes les configurations possibles. L'idée est de pouvoir répondre à tous les besoins de la personne en fonction de son évolution.

➤ La forme du bégainage a-t-elle été envisagée pour les EHPAD ?

On trouvait beaucoup de lieux de ce type en Belgique il y a une vingtaine d'années, avec cette idée de continuité et de déambulation, en évitant notamment les couloirs fermés, au profit de schémas circulaires. Cette notion de déambulation doit toutefois être considérée avec précaution, car elle peut entraîner, pour certains résidents, une circulation obsessionnelle. Par ailleurs, ce type de configuration peut être complexe à gérer et à vivre pour le personnel soignant, notamment la nuit, ou quand les équipes sont restreintes.



➤ **La psychiatrie inclut la surveillance des patients et la protection de la population. Existe-t-il des solutions architecturales pour préserver à la fois ces exigences et les droits des patients ?**

Je travaille sur des programmes de géro-psycho-psychiatrie, dont la difficulté est double puisque les personnes de ces établissements présentent souvent des formes de démence très importante, avec un risque élevé de suicide. L'architecture n'est plus la même, elle implique de prendre en compte un certain nombre d'éléments, qui, habituellement, pourraient paraître des détails, mais qui deviennent essentiels pour protéger les personnes et préserver leur sécurité tout en les respectant (un pommeau de douche, un radiateur).

Je veille également à favoriser le plus possible la lumière naturelle à l'intérieur des établissements.

➤ **L'une des priorités en matière de santé est le développement de maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) : quelles spécificités dans la conception cela implique-t-il ?**

Ce marché se développe de façon spectaculaire. Je m'attelle aujourd'hui au 5^{ème} projet de ce type dans des petites villes. La pire configuration est de placer ces MSP à proximité des zones commerciales, alors que ces projets de construction seraient l'occasion de préserver ou de réintroduire du lien au cœur des villes, ainsi qu'un certain nombre de services de proximité. Il faut raisonner à l'échelle de l'agglomération dans son ensemble et cesser d'ériger des bâtiments à l'extérieur, même si l'externalisation est la solution la plus facile et la moins coûteuse.

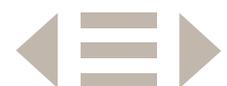
Par ailleurs, les maisons de santé offrent la possibilité de penser un projet global,

permettant de sauvegarder certains bâtiments et d'établir des relations ou des échanges nouveaux. Par exemple, j'ai participé récemment à un projet qui a permis de préserver une pharmacie menacée de disparition en l'adossant à une MSP. Cela incite en outre les soignants à venir s'installer dans ces MSP. Cette attractivité est importante, sinon on crée des coquilles vides. Il existe actuellement beaucoup de bâtiments publics en déshérence qui peuvent être récupérés et réutilisés plus intelligemment, pour recréer une dynamique plus globale, à l'échelle de la ville.

En somme, on pourrait dire que c'est presque l'établissement qui crée ou recrée la ville. La construction de nouvelles structures recouvre un enjeu majeur à cet égard, et porte une responsabilité importante dans l'évolution des communes et du paysage urbain. ■



© GERMAIN PLOUVIER



Les médias évoquent de plus en plus souvent la télémédecine. C'est nouveau, c'est un sujet qui semble plaire mais qu'y a-t-il au juste derrière ce mot qui mêle la notion de distance (télé...) et la médecine ? Ceux qui en parlent n'ont en fait que peu d'expérience en la matière et encore moins les connaissances de base pour réellement permettre à tout un chacun de comprendre ce qu'elle est. Revenons sur son origine, son contenu et en quoi elle peut servir au quotidien.

Il était une fois... la télémédecine !

DR ANDRÉ PETITET, ANESTHÉSISTE-RÉANIMATEUR, EXPERT/CONSULTANT INTERNATIONAL TÉLÉMÉDECINE, CATEL/ISF TEH

La télémédecine n'est pas une nouvelle médecine, un peu comme s'en prévalent d'autres approches et techniques qui trouvent leurs justifications dans des traditions populaires ou venant d'autres pays, d'autres cultures. La télémédecine est un ensemble de facteurs qui, réunis et régulièrement actualisés, sont de nature à améliorer le travail des médecins et le confort des patients.

➤ Quelle est l'origine de la télémédecine ?

D'abord, la télémédecine, pour exister sous quelque forme que ce soit, nécessite une collaboration étroite entre des mondes professionnels qui n'ont pas l'habitude de communiquer et de travailler ensemble : **la technologie des moyens de communication, l'informatique et l'électronique, la médecine.**

En fait, depuis la fin du XIX^{ème} siècle, chaque fois que des évolutions technologiques ont eu lieu, des médecins s'y sont intéressés, en se rapprochant des techniciens, afin de rechercher comment les progrès obtenus pourraient être de nature à les aider dans leur pratique quotidienne. Sans entrer dans trop de détails anciens, ce fut le cas avec l'électricité, le téléphone, la télévision, le belino, le télex, le téléfax, etc. Les pionniers en la matière étaient de tous pays, comme l'attestent les excellents ouvrages sur le sujet*.

Citons entre autres :

- les expériences de transmission de l'électrocardiogramme par le hollandais Willem Einthoven (Hollande, 1920) ;
- *Radio Docteur* en 1924 (USA) ;
- l'équipement en radio téléconsultation entre l'aéroport de Logan et le centre hospitalier de Boston par Kenneth Bird en 1967 (USA) ;
- le système militaire français *Syracuse* en 1980 (France).

Il s'agissait à chaque fois d'expériences limitées ou particulièrement ciblées sur un certain type d'utilisation.

Tout a basculé dans les années 1975 - 1985 et ce, grâce à trois facteurs :

- **l'exploration spatiale** pour laquelle il a fallu que les agences américaines, russes et européennes se penchent sur les moyens de connaître l'état de santé des équipages à bord des véhicules

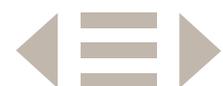


© ADOBE STOCK

en orbite et de pouvoir intervenir si besoin. La collaboration entre les équipes techniques et les médecins a été la pierre angulaire d'une forme aboutie de télémédecine dont nous sommes encore bénéficiaires aujourd'hui ;

- **l'évolution constante des moyens de communication** passant du système filaire des années 70 à tout ce que nous connaissons aujourd'hui de réseaux et de capacité croissante : GSM, GPRS, EDGE, 3G, 4G, bientôt 5G, satellites, fibre optique, etc. ;
- **l'extraordinaire miniaturisation, parallèlement à une augmentation colossale de puissance, des composants électroniques**, ceux-là même qui ont fait passer la taille des ordinateurs de plusieurs mètres cubes à quelques grammes dans nos poches.

C'est cet historique, d'abord lent et progressif au cours du XX^{ème} siècle, puis en accélération constante depuis les années 1980, qui permet aujourd'hui d'envoyer d'un bout à l'autre de la planète, en quelques secondes, le dossier complet d'un patient, avec toutes ses composantes de biologie et d'imagerie, et de recevoir quelques minutes plus tard - voire en temps



réal - l'analyse médicale et les propositions de traitement. C'est le cœur de la télémédecine.

➤ Qu'en est-il en 2018 ?

Avant d'ouvrir le « paquet surprise », il faut dire que, selon les pays et les systèmes de santé, l'installation et l'utilisation des moyens de télémédecine ont été, et restent, différents, ce qui, quelque part, est une manière d'aberration car pour la télémédecine, il n'y a pas de frontières. Alors que la grande majorité des médecins danois utilise quotidiennement la télémédecine, les médecins français n'y ont recours qu'en « traînant des pieds ». Cela provient sans doute d'un défaut d'information et surtout de formation en ce qui concerne les médecins libéraux, alors même que leurs collègues hospitaliers utilisent, pour la plupart, les moyens de télémédecine en interne, voire en externe, dans leur pratique quotidienne. L'une des explications réside sans doute dans la disparité des moyens financiers entre des budgets hospitaliers sous le contrôle et la houlette vigilante des Agences Régionales de Santé (ARS) et, jusqu'à maintenant, l'indigence, quand ce n'est pas l'absence de remboursement des actes de télémédecine, au même titre que les autres actes de la nomenclature de la CNAMTS. L'utilisation de la télémédecine recouvre deux aspects :

- la connaissance la plus complète possible de l'état d'un patient à l'instant T ;
- la transmission des données sur un patient entre médecins distants soit en « synchrone » (en temps réel), soit en « asynchrone » (en différé plus ou moins long).

Ce qui caractérise la télémédecine en France, depuis **la loi de 2009 (dite HPST – Hôpital, Patients, Santé et Territoires) dans son article 78 et son décret « télémédecine » paru en octobre 2010**, c'est qu'elle est considérée comme **de la**

médecine à distance, avec toutes les caractéristiques (y compris déontologiques) liées à l'acte médical : interrogation, dialogue, examens, compléments éventuels, diagnostic et traitement. On trouve donc dans l'« arsenal » de la télémédecine, des moyens pour **mieux connaître un patient et ses paramètres grâce à des capteurs électroniques :**

- pression artérielle ;
- fréquence cardiaque ;
- saturation en oxygène du sang ;
- température corporelle ;
- stéthoscope ;

capteurs dont la fiabilité a été scrupuleusement contrôlée et dont la caractéristique principale est qu'ils sont d'un fonctionnement autonome le plus simple possible, ne nécessitant que d'être placés au bon endroit du corps par le professionnel de santé ou le patient lui-même, les résultats pouvant être consultés sur place ou à distance. On trouve aussi des appareils plus sophistiqués comme :

- des électrocardiographes ;

- des spiromètres ;
- des analyseurs de taux de glycémie ;
- des balances électroniques ;
- des dermoscopes ;
- des otoscopes ;
- des laryngoscopes ;

autant d'outils précieux et utiles, bien souvent en nombre et en qualité supérieurs à ce dont dispose un médecin dans son cabinet de consultation. Pour ce qui est des transmissions, il y a aujourd'hui une large proposition de moyens, allant des téléphones mobiles dont on sait qu'ils sont bien souvent largement autre chose qu'un simple téléphone, des ordinateurs, des tablettes, autant de moyens qui sont aujourd'hui utilisés pour se contacter, s'entendre parler, se voir, prendre des photos et qui participent à la pratique de la télémédecine. Il est clair qu'en 2018, il n'y a plus de freins techniques, l'offre continue permettant de choisir les matériels les mieux adaptés ou encore de bénéficier de nouveaux outils comme les appareils connectés.

➤ Avec ces matériels et une législation précise, qu'est-ce que la télémédecine nous permet de faire ?

Tout ou presque tout et en premier lieu aujourd'hui, **la téléconsultation**. Celle-ci est désormais codifiée : le patient est à distance du médecin ou du système de prise en charge, à ses côtés un professionnel de santé non médecin. Ils sont dans un espace où se trouvent réunis les capteurs et matériels nécessaires. Par un simple appel téléphonique, voire un SMS, le médecin

est prévenu qu'un patient demande une consultation.

La mise en relation se fait sous protocole hypersécurisé, le patient et le médecin étant alors en relation directe par écrans interposés. La téléconsultation peut alors se dérouler, les échanges étant enregistrés,

une ordonnance est envoyée via une messagerie spéciale par le médecin pour que le patient puisse se rendre à la pharmacie pour obtenir les médicaments prescrits pour son traitement. **C'est le modèle actuellement opérationnel dans le petit village alsacien d'Oberbruck** qui était privé de médecin depuis plus de 3 ans.

Pour en arriver là, il a fallu et il faut toujours **une plateforme de télémédecine entre le patient et le médecin**, structure informatique intermédiaire reconnue par les ARS et les autorités, et sur laquelle le médecin est enregistré via son numéro d'inscription à l'Ordre et son numéro RPPS (Répertoire Partagé des Professionnels de Santé). **Les réseaux de téléconsultations se mettent progressivement en place en France**, la plupart du temps grâce à une évolution de plateformes antérieures de téléconseil téléphonique qui, au prix d'un contrôle strict par les autorités de tutelle et d'un équipement adéquat, peuvent proposer des téléconsultations sur le modèle décrit ci-dessus.

« SELON LES PAYS ET LES SYSTÈMES DE SANTÉ, L'INSTALLATION ET L'UTILISATION DES MOYENS DE TÉLÉMÉDECINE ONT ÉTÉ, ET RESTENT, DIFFÉRENTS, CE QUI, QUELQUE PART, EST UNE MANIÈRE D'ABERRATION CAR POUR LA TÉLÉMÉDECINE, IL N'Y A PAS DE FRONTIÈRES. »



« LES RÉSEAUX DE TÉLÉCONSULTATIONS SE METTENT PROGRESSIVEMENT EN PLACE EN FRANCE, LA PLUPART DU TEMPS GRÂCE À UNE ÉVOLUTION DE PLATEFORMES ANTÉRIEURES DE TÉLÉCONSEIL TÉLÉPHONIQUE. »

Ensuite, la télémédecine va faciliter beaucoup des relations entre médecins qui doivent se consulter à propos d'un patient, le dossier de ce dernier pouvant alors être échangé entre eux, quelle que soit la distance qui les sépare et sans que le patient n'ait à se déplacer.

- C'est le cas des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) essentielles pour des traitements anti-cancéreux adaptés et bien suivis. Les moyens dits de télémédecine ont complètement changé l'organisation de ces RCP, en réalisant des gains de temps et d'organisation considérables pour les médecins sollicités.

- Les équipements de télémédecine installés dans les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) qui permettent une médicalisation à distance pour les prises en charge des urgences et le suivi des résidents sans qu'ils aient à sortir de l'établissement.

- Dans un tout autre domaine, la télémédecine a complètement changé les conditions de prise en charge et de surveillance des personnels isolés dans des structures telles que les exploitations pétrolières, sur terre comme sur mer, mais aussi dans les établissements pénitentiaires, comme aux États-Unis, où les extractions pour consultation médicale ont été diminuées des 2/3.

- Il existe en France, comme dans bien des pays européens, une importante population de patients présentant une ou plusieurs pathologies chroniques, certaines particulièrement invalidantes. Ceux-ci doivent se rendre régulièrement auprès de leur médecin traitant ou du service hospitalier où ils sont

suivis, d'où de fréquents déplacements, utilisation de VSL ou d'ambulances, attente en consultation, etc. La télémédecine sous forme de télésurveillance, permet à ces patients de rester chez eux tout en étant quotidiennement voire bi quotidiennement surveillés, ce qui évite les ré-hospitalisations fréquentes ainsi que les aggravations de ces pathologies.

Voilà une liste non exhaustive qui démontre les avantages d'une mise en application de la télémédecine. Certes, cette application demande **l'investissement des hommes, des structures et des matériels avec les changements et adaptations que cela implique**, mais c'est finalement peu en regard des avantages induits à long terme. Un développement sur le terrain constitue sans doute l'une des solutions à portée de main pour améliorer la prise en charge des patients dans ce qu'on appelle à tort les « déserts médicaux ». Le gouvernement actuel en est conscient en octroyant des moyens financiers importants dans ce sens. Souhaitons que les jeunes médecins et professionnels de santé qui sortent actuellement des écoles et des facultés soient parallèlement formés pour une utilisation rationnelle de la télémédecine.

C'est cela la télémédecine. ■

NOTE

* Ouvrages consultables sur la télémédecine, son histoire et ses réalités en 2018.

BIBLIOGRAPHIE

1. *History of telemedicine, Evolution, Context and Transformation*, Rashid Bashshur, Gary W. Shannon, Mary Ann Liebert Publishers.
2. *Atlas of the telemedicine history*, Yu. V. Dumansky, A.V. Vladzimirsky, V.M.Lobas, F.Lievens.
3. *A century of telemedicine, A World Wide Overview-Part 1*, Anton Vladzimirsky, Malina Jordanova, Frank Lievens.
4. *Lessons learned from 25 years with telemedicine in Northern Norway*, Gunnar Hartvigsen, Steinar Pedersen.
5. *Du bon usage de la télémédecine*, Kamel Malek, André Thénot, Médecine-Sciences, Flammarion.
6. *Des souris et des médecins, de la télémédecine à la cybermédecine*, Hachimi Sami Yaya, Chiara Raffelini.
7. *Télémédecine en EHPAD, les clés pour se lancer*, Nathalie Salles, Éditions Le Coudrier.
8. *Télémédecine, la vraie médecine de proximité*, Jacques Cinqualbre, Éditions du Signe.



“Et si j’ai un souci
médico-légal
à 23h... qui me
conseille ?,,

**NOS MÉDECINS-CONSEILS VOUS
RÉPONDENT 24H/24, 7J/7.**
**Nous agissons toujours
dans votre intérêt.**

3233

Service gratuit
+ prix appel

macsf.fr

