

# RESPONSABILITÉ

REVUE DE FORMATION SUR LE RISQUE MÉDICAL

DOSSIER

## La responsabilité de l'interne



**14 VIE PROFESSIONNELLE**  
→ L'autopsie médicale et l'autopsie médico-judiciaire, deux cadres pour deux missions distinctes

**18 PROTECTION JURIDIQUE**  
→ La médiation des litiges de consommation

**21 ÉTHIQUE ET SOCIÉTÉ**  
→ Sédation et fin de vie : évolution de la loi



Retrouvez toute notre expertise  
pour vous informer et vous former  
sur **macsf-exerciceprofessionnel.fr**

## EXERCICE PROFESSIONNEL

**Le nouveau site macsf-exerciceprofessionnel.fr** met toute l'expertise de la MACSF - Le Sou Médical à votre service. A travers des contenus riches et dynamiques, il vous apportera les conseils et informations dont vous avez besoin sur les thèmes de la responsabilité civile professionnelle, du risque médical, de la réglementation ou encore de vos conditions d'exercice. Retrouvez un large choix de formations, de vidéos pédagogiques et d'articles de fond. Suivez l'actualité et les évolutions du monde de la santé grâce à nos newsletters, consultez nos foires aux questions et téléchargez nos livres blancs.

**3233**

Service gratuit  
+ prix appel

ou 01 71 14 32 33

[macsf-exerciceprofessionnel.fr](http://macsf-exerciceprofessionnel.fr)

Notre engagement, c'est vous.

 **MACSF**  
Le Sou Médical

\* Prix d'un appel local depuis un poste fixe. Ce tarif est susceptible d'évoluer en fonction de l'opérateur utilisé.

MACSF assurances - SIREN n° 775 665 631 - Le Sou Médical - Société Médicale d'Assurances et de Défense Professionnelles - SIREN n° 784 394 314 - SAM - Entreprises régies par le Code des assurances Siège social : Cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 PUTEAUX.

# SOMMAIRE



## 05/13 DOSSIER

**La responsabilité de l'interne**

## 14/17 VIE PROFESSIONNELLE

**L'autopsie médicale et l'autopsie médico-judiciaire, deux cadres pour deux missions distinctes**

## 18/20 PROTECTION JURIDIQUE

**La médiation des litiges de consommation**

## 21/23 ÉTHIQUE ET SOCIÉTÉ

**Sédation et fin de vie : évolution de la loi**

# 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<sup>e</sup> 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 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

**M<sup>e</sup> 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 - Le Sou Médical

## 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 : décembre 2016  
ISSN : 2491-4657

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



CRÉDIT ILLUSTRATION COUVERTURE :  
SOPHIE MAGNIN.



L'interne occupe une place essentielle au cœur du système hospitalier. Le décret du 8 octobre 2010 modifiant le statut des internes édicte, pour l'essentiel, les dispositions relatives au statut des internes et à l'organisation de leur scolarité au sein de l'établissement. Néanmoins, ce texte est assez peu précis sur les compétences effectives dont ils disposent. Les tribunaux ont donc peu à peu précisé les attributions des internes et défini un cadre à leur intervention.

## La responsabilité de l'interne

DAVID BARANGER, JURISTE EXPERT, MACSF - LE SOU MÉDICAL

### ➤ Une responsabilité multiple

L'interne est susceptible d'être confronté à plusieurs types de réclamation de la part d'un patient ou de sa famille en cas de décès de celui-ci :

- la responsabilité indemnitaires, à travers laquelle le plaignant cherche à obtenir une indemnisation (dommages et intérêts) ;
- la responsabilité pénale, par laquelle le plaignant recherche une sanction (peine d'emprisonnement, amende) ;
- la responsabilité ordinale, dans le cas où la plainte serait déposée devant le Conseil de l'Ordre des médecins. Toutefois, cela ne concernera l'interne que dans la situation où il serait déjà inscrit au tableau de l'Ordre.

### ➤ L'interne exerce ses fonctions par délégation

C'est un élément essentiel : l'interne est placé sous la responsabilité du praticien dont il relève. Il s'agit souvent, en pratique, du chef de service.

Il agit par délégation de ce médecin, ce qui implique :

- **le fait que l'acte doit présenter un caractère courant.** Le médecin responsable ne peut confier à l'interne qu'un acte ne présentant pas de difficulté sérieuse. Par conséquent, un geste ou une intervention d'une complexité particulière ne peut lui être délégué ;
- **une appréciation des capacités de l'interne.** En pratique, ces capacités seront évaluées en fonction de plusieurs critères, parmi lesquels l'expérience acquise, la nature de l'acte à effectuer, le nombre

d'actes déjà réalisés ou encore la proximité de la fin de sa formation.

### ➤ Une exception : l'urgence !

Dans cette situation, l'intervention de l'interne s'impose en l'absence du praticien responsable afin de sauvegarder l'intégrité du patient. Il s'agit d'ailleurs d'une obligation légale puisqu'une abstention pourrait entraîner des poursuites pénales pour non assistance à personne en péril ([article 223-6 du Code pénal](#)).

L'interne doit néanmoins tout faire pour tenter de joindre un médecin senior avant d'intervenir personnellement.

**« En situation d'urgence, l'intervention de l'interne s'impose en l'absence du praticien responsable afin de sauvegarder l'intégrité du patient. L'interne doit néanmoins tout faire pour tenter de joindre un médecin senior avant d'intervenir personnellement. »**

### ➤ L'interne : collaborateur du service public hospitalier

Il bénéficie de ce statut du fait de la participation de l'hôpital au service public hospitalier où il exerce sa mission. Il s'agit d'une véritable « protection » puisque cela conduit, en principe, à mettre l'interne à l'abri de toute condamnation à des dommages et intérêts.

### • L'interne bénéficie d'une immunité au niveau indemnitaires

Lorsqu'un patient – ou une famille en cas de décès – sollicite une indemnisation à la suite d'un acte réalisé par un interne, la demande ne peut en principe être dirigée qu'à l'encontre de l'établissement dans lequel les soins ont été dispensés.

Ce principe d'« immunité » provient du statut de l'interne, qui agit en tant qu'agent du service public. ■ ■ ■



■ ■ ■ Il bénéficie, de ce fait, de la « protection fonctionnelle » de l'hôpital.

Cette protection de l'agent en cause s'applique pour tout soignant exerçant dans le cadre du service public hospitalier. C'est le cas, notamment, lorsque l'acte a été effectué par un praticien hospitalier, un attaché ou par un chef de clinique ([loi du 13 juillet 1983, article 11, alinéa 4, modifiée par la loi du 20 avril 2016, article 20](#)).

L'action ne peut donc pas être engagée contre lui mais uniquement contre l'établissement. Par conséquent, c'est ce dernier qui devra, si la responsabilité est retenue, indemniser la victime.

• **Par dérogation, l'interne peut voir sa responsabilité recherchée pour « faute détachable »**

Il s'agit ici d'une exception à l'immunité dont bénéficie l'interne puisque, dans cette situation, la faute est d'une gravité telle qu'elle ne peut pas être rattachée au fonctionnement du service.

Cette hypothèse, très rare en pratique, permet à la victime de rechercher directement la responsabilité de l'interne,

qui devra personnellement régler les dommages et intérêts en cas de condamnation puisque – comme nous l'avons précisé – il ne bénéficie plus de la protection de l'hôpital.

Les juges ont déjà eu l'occasion de retenir la qualification de faute détachable dans les situations suivantes :

- refus du chirurgien de garde de se déplacer pour examiner un patient blessé par balle ;
- intervention chirurgicale réalisée sans vérifier au préalable la vacuité gastrique d'un patient alors que le praticien avait connaissance du fait que le patient avait dîné auparavant ;
- diagnostic erroné qualifié d'« aberrant » par l'expert au regard de la symptomatologie.

• **Les conditions de la responsabilité indemnitaires**

Hormis l'existence d'un régime dérogatoire, les dispositions de l'article L.1142-1 du Code de la santé publique précisent que la responsabilité indemnitaires ne peut être engagée que s'il est démontré la réunion de trois éléments :

- une faute, qui peut présenter de multiples aspects : retard de diagnostic, prescription inadaptée, défaut de surveillance, geste maladroit lors d'une intervention... ;



- un dommage : celui-ci peut résulter de la diminution ou de la perte d'une fonction, de l'impossibilité de poursuivre son activité professionnelle, d'une perte financière liée à un arrêt de travail, de l'atteinte morale créée par l'accident... ;
- un lien de causalité : la faute doit être à l'origine du dommage.
- la non-assistance à personne en péril, qui peut être invoquée à l'encontre d'un médecin informé directement ou par un tiers qu'un patient encourt un danger, et qui n'intervient pas alors qu'il dispose de la possibilité de le faire. Il peut s'agir, par exemple, du refus d'un interne de se déplacer lors d'une garde pour examiner un patient alors qu'il est informé que son état est préoccupant.

### ➤ La responsabilité pénale de l'interne

Souvent redoutée, la responsabilité pénale est susceptible de générer de lourdes conséquences pour l'interne, si sa responsabilité est retenue.

Cette responsabilité est toujours personnelle, ce qui implique que si celui qui a commis les faits est reconnu coupable, il devra en assumer seul les conséquences ([article 121-1 du Code pénal](#)).

Le mode d'exercice – stage en hôpital public ou au cabinet de ville du médecin maître de stage – n'a aucune incidence puisque l'interne ne bénéficie d'aucune immunité en matière pénale, et c'est là une différence fondamentale avec la responsabilité indemnitaire.

Parmi les infractions susceptibles d'être reprochées, on peut citer :

- la violation du secret professionnel, qui sanctionne celui qui divulgue une information confidentielle relative à un patient à une personne qui n'a pas à en être destinataire. Le mode de transmission de l'information est indifférent (parole, remise d'un document écrit, réseaux sociaux...);
- l'atteinte involontaire à la vie ou à l'intégrité physique, constituée par le fait d'occasionner la mort du patient par maladresse, imprudence ou négligence. On peut rencontrer cette infraction à l'occasion d'un examen superficiel, d'un geste maladroit lors d'une intervention, d'un traitement inadapté ou encore d'une décision de sortie prématurée d'un patient lorsqu'il en résulte le décès de celui-ci.

**« La responsabilité pénale est toujours personnelle. Le mode d'exercice – stage en hôpital public ou au cabinet de ville du médecin maître de stage – n'a aucune incidence puisque l'interne ne bénéficie d'aucune immunité en matière pénale, et c'est là une différence fondamentale avec la responsabilité indemnitaire. »**

À titre d'illustration, on peut retenir les exemples suivants de mises en cause d'internes.

- Prise en charge aux urgences d'une patiente de 27 ans admise pour diarrhée, céphalées, vomissements accompagnés d'une sensation de malaise sans perte de connaissance à l'occasion d'un effort physique. L'interne pose le diagnostic de gastro-entérite et décide d'un retour à domicile. La patiente décède le lendemain. L'autopsie mettra en évidence une hémorragie cérébrale à l'origine du décès. Une plainte pour homicide involontaire a été déposée.

- Admission d'un patient de 80 ans dans le service de chirurgie orthopédique pour luxation récidivante d'épaule. Celui-ci étant très algique, l'infirmière appelle l'interne qui prescrit par téléphone une injection d'Atarax et de Morphine. Une erreur de l'infirmière conduit à injecter 10 fois la dose indiquée, ce qui entraîne le décès du patient. L'infirmière conteste les faits en faisant valoir que c'est l'interne qui a commis l'erreur de prescription et qu'elle n'a fait que suivre ses instructions. Une

plainte pour homicide involontaire est déposée. La direction de l'hôpital estime que le fait d'avoir prescrit téléphoniquement est une faute détachable. Il refuse d'assurer la défense de l'interne au titre de la « protection fonctionnelle » et de le garantir.

- Hospitalisation d'une patiente de 80 ans pour suspicion d'occlusion intestinale et prise en charge par un interne en anesthésie réanimation qui réalise un examen clinique et décide d'une simple surveillance sans solliciter d'examen ■ ■ ■



■ ■ ■ complémentaire biologique ou radiologique. La patiente décède dans la nuit d'un choc septique. Une réclamation indemnitaire évoquant une méconnaissance des signes de gravité conduisant à une attitude inadaptée est formulée.

➤ **L'assurance Responsabilité Professionnelle : également pour les internes !**

En premier lieu, elle donne à l'interne mis en cause – ou qui rencontre une situation pouvant avoir des incidences juridiques – accès à des conseils sur l'attitude à adopter vis-à-vis du patient, de la famille, voire de l'administration hospitalière.

Elle lui donne également la possibilité d'être défendu à titre personnel par un avocat spécialisé, sans que

celui-ci n'ait à rendre compte à l'hôpital. En effet, l'interne a tout intérêt à confier sa défense à un conseil distinct de celui que peut lui proposer l'administration car un conflit d'intérêt peut survenir, notamment quand l'accident en cause a été rendu possible par un dysfonctionnement du service public (effectif insuffisant, absence d'encadrement ou de moyens techniques nécessaires...).

Enfin, cette assurance garantit le paiement des dommages et intérêts lorsque la responsabilité personnelle de l'interne est retenue pour faute détachable. Dans ce cas, il doit en effet de principe payer les condamnations sur ses propres deniers puisque l'hôpital n'a pas à intervenir. L'assurance réglera ici les sommes dues en lieu et place de l'interne. ■

**FOCUS : LA RESPONSABILITÉ DE L'INTERNE À L'OCCASION DU STAGE EN CABINET**

Lors de ce stage, l'interne est placé sous la responsabilité du médecin qui va, par délégation, lui confier la réalisation de certains actes dont il a la pratique quotidienne.

Il doit, cependant, s'assurer au préalable de l'accord du patient quant à l'intervention de l'interne, y compris en ce qui concerne sa participation aux visites à domicile.

Dans la mesure où l'interne reçoit délégation et agit sous la responsabilité du maître de stage, la responsabilité de ce dernier est susceptible d'être recherchée à l'occasion d'un dommage causé à un patient par l'interne.

La responsabilité du maître de stage n'exclut cependant pas celle de l'interne.

Celui-ci peut, par exemple, voir sa responsabilité recherchée à l'occasion d'un acte dont il a pris l'initiative sans en référer au maître de stage.

Sur le plan indemnitaire, l'indemnisation est susceptible d'être supportée par le maître de stage ou par le CHU dont relève l'interne.

Il convient, sur ce point, de se référer aux dispositions intégrées dans la convention de stage qui peut prévoir que les indemnités liées à la faute de l'interne seront supportées par l'hôpital de rattachement.

Enfin, la responsabilité de l'interne peut également être recherchée sur le plan pénal (violation du secret professionnel, non-assistance à personne en péril, homicide involontaire...).

Ce type de responsabilité étant personnel, l'interne ne peut en aucun cas se prévaloir de son statut pour bénéficier d'une éventuelle immunité.



## Témoignages

### Entretien avec Nicolas REINA, Chef de Clinique Universitaire – Assistant Hospitalier CHU Toulouse, Président du Collège des Jeunes Orthopédistes

#### ➤ Pourriez-vous nous faire part de l'approche de la responsabilité par les internes orthopédistes et de leur ressenti à ce propos ?

Nous vivons actuellement en France un tournant, qu'ont connu les États-Unis il y a plusieurs années et que nous n'avons pas encore pleinement intégré.

En France, les internes commencent seulement à prendre conscience qu'ils sont responsables et qu'il peut leur être reproché de ne pas avoir accompli telle ou telle tâche, tandis qu'aux États-Unis et en Grande-Bretagne, ce risque et cette dimension font partie intégrante du quotidien des internes.

Nous sommes conscients de l'importance de remplir correctement les dossiers médicaux et de respecter les données personnelles des patients. Cette notion est fondamentale ; elle nous a été enseignée, mais est, à mon sens, insuffisamment prise en considération. Actuellement, le risque médical est perçu par les internes essentiellement au travers des éventuelles erreurs qu'ils peuvent commettre (erreur de dosage ou de prescription, courbe d'apprentissage des gestes chirurgicaux...) et non par rapport au vécu du patient et au respect de sa vie privée, alors qu'aux États-Unis, la violation du secret médical, par exemple, est considérée comme une atteinte grave.

La responsabilité médicale est large et il me semble qu'il existe actuellement un fossé important entre ce que vivent les internes et leur connaissance des risques et de la responsabilité qu'ils encourent.

#### ➤ D'après vous, la tendance est-elle à l'augmentation de la responsabilité des internes ?

Oui, en sachant que l'on évolue de plus en plus vers une médecine de résultat, perçue comme un service

par une majeure partie de la population. De fait, les patients attendent des résultats fiables et reproductibles et nous devons nous adapter à cette évolution : répondre à la demande de transmission du dossier médical, être totalement transparents sur les choix médicaux qui ont été faits, faire face à un dépôt de plainte de la part d'un patient.

*« Actuellement, le risque médical est perçu par les internes essentiellement au travers des éventuelles erreurs qu'ils peuvent commettre (erreur de dosage ou de prescription, courbe d'apprentissage des gestes chirurgicaux). »*

Autant d'éléments qui posent la question de savoir jusqu'à quel point les internes, qui ne sont pas encore des médecins certifiés, peuvent entrer dans la décision et la pratique médicales. À cet égard, il existe sans doute un manque de clarté pour les internes quant à leur niveau de responsabilité et leur habilita-

tion à accomplir certains actes. Un flou subsiste en dépit des enseignements qu'ils reçoivent en faculté sur ces aspects médico-légaux.

#### ➤ Cet élément est-il important dans le choix de la spécialité ?

À mon sens non, car ce choix reste assez sacerdotal en France ; les considérations légales n'ont pas pris l'ascendant sur cet aspect. Par ailleurs, d'autres considérations entrent en ligne de compte, comme la rémunération et la gratification que l'on peut retirer de l'exercice de telle ou telle spécialité.

#### ➤ La question de la responsabilité encourue n'est donc pas un élément qui vous a freiné lorsque vous avez choisi l'orthopédie, qui est pourtant l'une des spécialités dans lesquelles les mises en cause sont les plus nombreuses ?

Aucunement. Probablement du fait d'une méconnaissance de ce risque au départ. Mais, même une fois conscient de ce risque et de l'impact psychologique que représente l'ouverture d'une procédure ■ ■ ■



■ ■ ■ de sinistre, il faut savoir que ces situations restent relativement peu nombreuses à l'échelle d'une carrière.

➤ **Vous avez évoqué l'importance de la traçabilité dans les dossiers médicaux : comment influence-t-elle la pratique de l'interne au quotidien ?**

L'interne subit, par ricochet, la pression exercée par les organismes de certification et les administrations sur les chefs de service, pour que les dossiers médicaux soient les plus exhaustifs possibles (courriers, suivi écrit, formulaires...). Ces éléments sont davantage liés à une exigence de certification de ces organismes qu'à une véritable conscience du risque médico-légal.

➤ **L'information préalable des patients sur l'impossibilité d'obtenir systématiquement le résultat escompté est-elle également intégrée à la pratique ?**

Oui. Les techniques chirurgicales ont considérablement évolué avec des résultats de plus en plus satisfaisants, une survie plus longue des implants et moins de complications. Par conséquent, une intervention pleinement

satisfaisante est faisable et même si le risque existe, il est moindre, grâce à des données scientifiques de plus en plus connues, et des internes de mieux en mieux formés, plus professionnels dans leur manière d'appréhender la médecine basée sur les preuves. Parallèlement les patients s'informent davantage et voient cette amélioration de la prise en charge. La relation médecin-patient évolue et sera certainement plus transparente à l'avenir. Nous devons justifier l'utilisation de telle technique plutôt qu'une autre, en nous appuyant sur la littérature existante.

*« La question est de savoir jusqu'à quel point les internes, qui ne sont pas encore des médecins certifiés, peuvent entrer dans la décision et la pratique médicales. »*

➤ **Le statut d'interne est-il perçu comme protecteur ?**

Les internes ont un sentiment de protection dans les hôpitaux du fait de la responsabilité administrative, qui constitue une couverture à de nombreux égards. Par ailleurs, lorsque les internes se sentent dépassés sur certaines décisions,

ils auront plus naturellement recours au senior. On leur a enseigné, de plus en plus, leurs limites et favorisé une « séniorisation » des décisions.

➤ **La question de la couverture des actes réalisés en tant qu'interne est-elle acquise par les personnes concernées ou existe-t-il des fausses informations circulant à ce propos ?**

L'internat est une sorte de cocon à l'intérieur duquel nous sommes interpellés par les assureurs sur ces risques, dans le cadre de campagnes e-mailing, de congrès ou d'offres commerciales. Mais on ne se soucie pas vraiment des garanties que contiennent ces offres et ces packages. Nous y sommes généralement plus attentifs au moment de l'installation, par exemple en clinique, où les aspects financiers et juridiques deviennent vite plus concrets et plus tangibles...

Mais cette nécessité de l'assurance professionnelle n'est pas innée chez les internes. La majorité n'a pas conscience de cela. D'où l'importance de les informer et les sensibiliser régulièrement à cet égard. ■



## Entretien avec Lucille WILDENBERG et Sarah MAKOUDI, Association des Jeunes Anesthésistes-Réanimateurs (AJAR)

### ➤ Pourriez-vous nous faire part de l'approche de la responsabilité par les internes d'anesthésie et de leur ressenti à ce propos ?

Nous ne sommes pas très bien informés à ce sujet et ne savons pas toujours clairement la responsabilité que nous engageons dans le cadre de notre pratique d'interne.

Par ailleurs, nous avons le sentiment, en tant qu'interne dans un hôpital public, d'être en formation et d'être entièrement protégé. Or, dans les faits, nous ne le sommes pas toujours ou pas de façon systématique, notamment en matière de responsabilité pénale. On peut penser que dans la majorité des cas, si nous ne commettons

pas d'erreur gravissime, nous serons toujours couverts par l'établissement. En revanche, nous avons peu d'informations sur les cas dans lesquels notre responsabilité peut être mise en cause.

### ➤ Avez-vous reçu un enseignement à ce propos avant de devenir interne ?

Non, nous n'avons suivi aucun cours ni module à ce sujet avant notre internat. Il n'existe aucun cours sur la responsabilité professionnelle des internes. Nous ne nous sentons pas réellement concernés tant que nous ne sommes pas confrontés à un cas concret et avons l'impression d'être couverts. ■ ■ ■



© BSIP



■ ■ ■ Ce sentiment correspond également à ce que nos chefs de clinique nous inculquent. En effet, ils nous incitent vivement à les tenir informés de nos faits et gestes, notamment dans le cadre des premiers stages que nous effectuons. Cependant, ils attirent aussi notre attention sur le fait que nous sommes responsables des actes que nous accomplissons. Or, nous ne mesurons pas toujours concrètement le poids de cette responsabilité ni les implications qu'elle peut avoir pour nous. Nous ne sommes pas suffisamment formés ni informés sur cette question, et nos encadrants eux-mêmes manquent d'informations précises à cet égard.

Dans la majorité des cas, tout se passe bien et nous ne sommes pas vraiment confrontés à cette question. En revanche, nous risquons d'être pris au dépourvu le jour où nous verrons notre responsabilité recherchée.

**➤ Où allez-vous chercher les informations en dehors des éléments que vous communiquent vos chefs de service ?**

Il n'est pas facile de trouver des éléments lorsque l'on effectue des recherches spontanées sur le sujet. Le site de l'AJAR en dispense peu et il n'existe aucun document officiel sur ce sujet pour les internes, si bien que nous ne disposons pas d'informations toujours très claires.

La question se pose davantage à partir du moment où nous effectuons des gardes et des remplacements. Notre responsabilité et la perception que nous en avons ne sont alors plus les mêmes. Avant cela, nous ne cherchons pas forcément à nous renseigner de manière approfondie sur le sujet.

**➤ Cet élément de la responsabilité est-il déterminant dans le choix de la spécialité ?**

Non, ce n'est pas un critère déterminant ni que nous avons en tête à l'issue de l'externat. Ce sont plutôt les personnes de notre entourage qui attirent notre attention sur la responsabilité que nous pouvons encourir dans le cadre d'une spécialité comme l'anesthésie et la réanimation.

Toutefois, ce choix n'est jamais fait par hasard et correspond à un niveau de responsabilité que nous

recherchons ou même que nous avons envie d'avoir. Cette responsabilité ne constitue nullement un frein au choix de l'anesthésie, au contraire. Les médecins de bloc opératoire ont un certain goût du risque et des situations qui peuvent sortir de l'ordinaire, et sont prêts à assumer ce risque.

Par ailleurs, plus nous avançons dans notre cursus, plus nos chefs de service attirent notre attention sur les recommandations de la SFAR (Société Française d'Anesthésie et de Réanimation), l'importance de les avoir à l'esprit et de les respecter au moment de la prise en charge du patient. Il faut également avoir en tête que le niveau d'exigence des patients est de plus en plus élevé et que les médecins sont sans doute plus exposés aujourd'hui qu'auparavant. Ils peuvent être davantage mis en cause.

**➤ Cette responsabilité influe-t-elle sur votre pratique quotidienne ?**

En tant qu'interne, nous prévenons systématiquement notre responsable de service de nos agissements et des interrogations que nous pouvons avoir dans la prise en charge d'un patient (choix du type d'anesthésie, dosage médicamenteux, identité du patient). Cette information vise à la fois à prévenir toute maladresse qui pourrait porter préjudice au patient et à nous couvrir vis-à-vis d'un éventuel dommage. Il est également important de garder une trace écrite de nos actes dans le dossier médical du patient, tant dans l'intérêt de ce dernier qu'en termes de responsabilité.

Par ailleurs, nous sommes d'autant plus attentifs lorsque nous effectuons un remplacement et qu'alors nous sommes en première ligne, tandis qu'à l'hôpital nous sommes plusieurs à intervenir (infirmier, interne, chef) et, de fait, moins livrés à nous-mêmes. La notion de responsabilité est plus prégnante et plus palpable dans le cadre de l'exercice libéral. Nous nous sentons davantage impliqués lorsque nous devons agir seuls.

**➤ Le statut d'interne est-il perçu comme protecteur et jusqu'où ?**

Oui, jusqu'à ce que nous soyons mis concrètement face à notre responsabilité dans le cadre d'un accident.

**« Cette responsabilité ne constitue nullement un frein au choix de l'anesthésie, au contraire. »**

➤ **À quoi renvoie pour vous la notion de responsabilité pénale ?**

Pour nous, elle recouvre l'idée d'une faute grave et inhabituelle, ayant des conséquences lourdes pour le patient. Tout ce qui ne relève pas du pénal peut être couvert, à notre sens, par la responsabilité de l'hôpital. En revanche, la responsabilité pénale nous engage à titre personnel ou individuel ; elle est détachée de l'hôpital. Par exemple, une transfusion sanguine intervenant trop tardivement après une hémorragie de la délivrance et entraînant le décès de la patiente relève de la responsabilité pénale.

➤ **La question de la couverture des actes réalisés en tant qu'interne est-elle acquise par les personnes concernées ou existe-t-il des fausses informations circulant à ce propos ?**

Nous savons que cette assurance Responsabilité Civile Professionnelle (RCP) est obligatoire dès

le début de notre internat mais n'avons pas davantage de précisions sur les démarches à effectuer. Nous avons quelques informations via l'AJAR et le SIHP (Syndicat des Internes des Hôpitaux de Paris), ainsi que les campagnes de publicité des assureurs, mais il n'existe aucune communication officielle à ce sujet et aucun justificatif de cette assurance ne nous est réclamé tant que nous n'effectuons pas de remplacement.

Nous avons conscience de l'importance de cette RCP mais nous ne savons pas toujours dans quels cas précisément ni dans quelle mesure notre responsabilité peut être engagée. Dans un certain nombre de situations, nous aurions besoin de clarifications (devoir d'information du patient, prise en charge de patients étrangers...). ■



Complexe, coûteuse, longue... L'autopsie fait peur, tant aux familles qu'aux praticiens. Cela est essentiellement dû à la méconnaissance de ses règles de fonctionnement et de ses apports. Maîtriser les différents types d'autopsie ainsi que leur mode de mise en œuvre permet de s'approprier ce moyen d'investigation visant à établir la vérité scientifique.

## L'autopsie médicale et l'autopsie médico-judiciaire, deux cadres pour deux missions distinctes

PR VIRGINIE SCOLAN, DR FRANÇOIS CHIRON, SERVICE DE MÉDECINE LÉGALE, CHU GRENOBLE ALPES

L'autopsie est un acte médical diagnostique, réalisé à la suite d'un décès dont les causes ou les circonstances ne sont pas précisément connues, comprenant des gestes techniques (dissection et observation systématique du corps et des organes), ainsi que divers prélèvements et examens complémentaires qui feront l'objet d'analyses spécialisées. Cet acte médical se présente sous deux facettes que sont d'une part, l'autopsie médico-légale ou judiciaire encadrée par le Code de procédure pénale, et d'autre part, l'autopsie médicale ou médico-scientifique encadrée par le Code de Santé Publique (CSP).

Cet acte, quel que soit son cadre, relève de nombreuses dispositions juridiques générales et propres nationales (article 225-17 du Code pénal condamnant les atteintes à l'intégrité du cadavre, article 16-1-1 du Code civil issu de loi n° 2008-1350 du 19 décembre 2008 relative à la législation funéraire, article 6 du décret n° 2011-121 du 28 janvier 2011 relatif au transport de corps, circulaire 2004-382 du 30 juillet 2004 concernant l'application des normes d'hygiène et de sécurité dans les lieux de prélèvements, les salles d'autopsies et les chambres mortuaires) mais aussi européennes (recommandation n° R(99) 3 du Conseil de l'Europe relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale du 2 février 1999).

Les évolutions techniques, notamment en matière de génétique et d'imagerie, ont fait progresser la démarche diagnostique du vivant de la personne et, mécaniquement, ont fait chuter ces dernières années le nombre d'autopsies médico-scientifiques pratiquées en France et en Europe<sup>1</sup>. *A contrario*, le nombre d'autopsies médico-légales est en progression en France, avec une augmentation de 15 % constatée entre 2013 et 2015, d'après les données de l'Observatoire National de la Médecine Légale.

Cependant, l'autopsie scientifique reste une pratique courante et concrète, bien que peu étudiée sur le plan qualitatif. L'INSERM ne dispose pas de statistiques récentes sur la typologie des autopsies scientifiques pratiquées aujourd'hui.

### ➔ L'autopsie médico-légale : la recherche de l'implication du tiers

L'autopsie médico-légale est un acte réalisé dans le cadre d'une « *enquête aux fins de recherche de la cause de la mort* »<sup>2</sup>. Ce type d'enquête est ouvert suite à un décès suspect ou inattendu, donnant souvent lieu à l'établissement, sur le certificat de décès, d'un obstacle médico-légal à la réalisation des opérations funéraires<sup>3</sup>.

Le service de police ou de gendarmerie responsable de l'enquête requiert, avec l'aval du magistrat du parquet, la réalisation d'une autopsie.

L'objectif principal de l'autopsie médico-légale est de rechercher l'implication d'un tiers dans le processus ayant abouti au décès.

Elle doit être pratiquée dans un institut médico-légal de la région où est survenu le décès, par un praticien titulaire d'un diplôme attestant de sa formation en médecine légale<sup>4</sup>. Depuis 2011, le nombre d'instituts médico-légaux est de 31, généralement situés dans un centre hospitalier universitaire<sup>5</sup>. D'après les recommandations de 1999 du Conseil de l'Europe, il est préférable que l'autopsie soit pratiquée par deux médecins légistes<sup>6</sup>. Cette dualité a toutefois été abandonnée par la législation française.

« L'OBJECTIF PRINCIPAL DE L'AUTOPSIE MÉDICO-LÉGALE EST DE RECHERCHER L'IMPLICATION D'UN TIERS DANS LE PROCESSUS AYANT ABOUTI AU DÉCÈS. »

L'autopsie médico-légale comporte la description minutieuse du corps, puis une dissection systématique de la cavité thoracique, de l'abdomen, de la région cervicale et de la boîte crânienne. Les viscères sont retirés des cavités naturelles et examinés.

Les prélèvements réalisés au cours de l'autopsie sont placés sous scellés aux fins d'être analysés selon accord du magistrat et sur réquisitions *ad hoc*. L'analyse toxicologique des liquides biologiques ou des cheveux et l'examen anatomopathologique d'organes entiers ou de prélèvements d'organes sont les deux examens complémentaires les plus fréquemment réalisés. Selon le contexte, des examens virologiques ou bactériologiques, la recherche de diatomées (micro-organismes dont la présence dans certains organes est évocatrice de noyade) ou une analyse génétique sont demandés.

Lorsque l'autopsie médicale est réalisée à fin d'identification de la personne décédée, l'attention est portée sur des signes physiques d'identification, comme des soins dentaires, des voies d'abord chirurgical, du matériel opératoire, des tatouages ; des prélèvements à visée d'identification génétique peuvent être réalisés.

Pendant toute la durée de l'autopsie, les enquêteurs peuvent photographier ou consigner tout élément pouvant être utile à l'enquête.

À l'issue de l'autopsie, un rapport oral est fait aux enquêteurs présents et au magistrat

responsable de l'enquête, puis un rapport écrit est rédigé. Un second rapport, incluant les résultats des analyses complémentaires, peut être rédigé plusieurs semaines après l'autopsie. Dans certains IML, un seul rapport est rédigé comprenant les résultats des expertises complémentaires.

Enfin, le médecin légiste, en sa qualité d'auxiliaire de justice, peut être amené, si l'enquête aboutit à un renvoi de l'affaire aux assises, à intervenir au procès afin de détailler ses conclusions<sup>7</sup>.

### ➤ L'autopsie scientifique : le dernier acte diagnostique

L'autopsie scientifique consiste à établir, confirmer ou infirmer le diagnostic étiologique du décès d'un malade en étudiant les lésions macroscopiques et histologiques viscérales. Dans son rapport daté du 7 avril 2015, l'Académie nationale de Médecine rappelait en préambule : « *Contribuant au progrès médical, à l'épidémiologie et à la prise de précautions indispensables, elle a été considérée comme un indice de qualité des soins et un élément de la veille sanitaire* »<sup>1</sup>.

En tant qu'acte diagnostique, elle est efficace : une étude parue en 2004 a mis en évidence que dans environ un quart des décès, le diagnostic *ante mortem* était remis en cause après autopsie<sup>8</sup>.

Elle répond à des dispositions juridiques générales et des dispositions juridiques propres à ce cadre scientifique : article 16 du Code civil, articles L. 1211-2, L. 1232-1 et L. 1232-5 et suivants CSP (Loi bioéthique du 6 août 2004) visant à l'application de la règle du consentement présumé à tous les prélèvements *post mortem*, quelles que soient leurs finalités thérapeutiques ou scientifiques, y compris les prélèvements aux fins d'autopsie médicale.

Elle est effectuée par un médecin le plus souvent anatomopathologiste, dans un centre de référence, en réponse à la demande d'un médecin, sous certaines réserves<sup>9</sup> : l'administration « *s'assure auprès de la famille ou des proches du défunt* » ■ ■ ■



© BSIP

■ ■ ■ *que celui-ci n'avait pas fait connaître de son vivant son opposition au prélèvement* ».

Elle doit être exempte de toute procédure judiciaire et est susceptible d'opposition dont l'absence devra par conséquent être vérifiée. Cette recherche d'opposition doit se faire par tout moyen (article L. 1232-1 CSP) :

registre national des refus, famille, entourage et personne de confiance. Le registre des refus est consulté avant toute autopsie scientifique d'adulte ou de mineurs de plus de 13 ans. « La demande d'interrogation du registre fait l'objet d'un document écrit, daté et signé par le directeur de l'établissement de santé dans lequel le prélèvement est envisagé ou, à défaut, par un autre responsable de l'établissement expressément habilité à cet effet par le directeur. Ce document comporte la copie du procès-verbal du constat de la mort prévu par l'article R. 1232.3 »<sup>10</sup>.

Rappelons en outre que l'autopsie scientifique chez un mineur ou une personne majeure sous tutelle ne pourra être réalisée qu'après accord écrit des deux parents ou du tuteur légal (art. L. 1232-2 CSP).

L'Agence de la biomédecine (créée par la loi de bioéthique du 6 août 2004) est avisée, réalablement à sa réalisation, de tout prélèvement à fin thérapeutique ou scientifique. L'article L. 1232-5 CSP exige que les médecins ayant réalisé l'autopsie doivent s'assurer de la meilleure restauration du corps.

L'ensemble des résultats, dont le rapport d'autopsie médicale, sera inclus dans le dossier médical de la personne décédée. Ces données pourront être communiquées aux ayants-droit selon les règles de la transmission du dossier médical régie

par l'article L. 1110-4 CSP.

En 2013, 1 011 autopsies médico-scientifiques ont été réalisées en France, dont 433 pour des enfants<sup>1</sup>. Les autopsies fœtales sont bien davantage pratiquées, avec 6 541 actes en 2013. À titre de comparaison, la même année, 7 862 autopsies médico-légales ont été réalisées.

**« EN 2013, 1 011 AUTOPSIES MÉDICO-SCIENTIFIQUES ONT ÉTÉ RÉALISÉES EN FRANCE, DONT 433 POUR DES ENFANTS<sup>1</sup>. LES AUTOPSIES FŒTALES SONT BIEN DAVANTAGE PRATIQUÉES, AVEC 6 541 ACTES EN 2013. À TITRE DE COMPARAISON, LA MÊME ANNÉE, 7 862 AUTOPSIES MÉDICO-LÉGALES ONT ÉTÉ RÉALISÉES. »**

Ces autopsies sont pratiquées dans leur grande majorité à la suite d'un décès intra-hospitalier (hôpital public et privé) ; dans ces cas, la procédure est relativement simple.

Pour un décès au sein d'un hôpital comprenant un service d'anatomopathologie réalisant des autopsies, la procédure débute par la demande du médecin en charge du patient décédé. Suivent la consultation du registre du refus (patients âgés de plus de 13 ans), l'interrogation de la famille ou des proches à la recherche d'un refus (l'accord écrit en cas de patient décédé mineur ou d'un majeur protégé) et enfin l'accord du service d'anatomopathologie qui réalisera l'acte.

Dans le cas d'un décès survenu au sein d'un établissement de santé ne comprenant pas de service d'anatomopathologie, la procédure, bien que semblable pour les étapes décrites ci-dessus, diffère sur deux points :

1/ un accord de l'administration hospitalière du centre de référence pour l'admission au sein de l'établissement de la personne décédée est requis ;

2/ une convention ou un accord financier entre les deux établissements est également nécessaire. Ainsi de nombreux services d'anatomopathologie (souvent au CHU) ont mis en place des conventions avec d'autres établissements de santé afin de réaliser les autopsies de patients décédés en leur sein. Par exemple, la convention du CHU de Grenoble avec certains établissements

de santé de la région prend en compte la partie administrative (en particulier l'accord de l'administration pour l'admission du corps du défunt) et législative indispensable mais aussi la partie financière, les actes *post-mortem* étant alors à la charge de l'établissement demandeur.

Cette partie financière ne doit pas être négligée. En effet, la pratique des autopsies n'entre pas expressément dans les missions des établissements<sup>11</sup>, hormis les cas très particuliers des autopsies des morts inattendues du nourrisson<sup>12</sup> et celles secondaires à la maladie de Creutzfeldt Jakob<sup>13</sup>. Dans ces cas précis, les admissions des corps se font via des centres de références hospitaliers, bénéficiant d'une reconnaissance scientifique et d'un budget dédié.

On retiendra que tous les services d'anatomopathologie hospitaliers ne réalisent pas d'autopsies, et que peu d'entre eux sont centres de référence.

#### ➤ La procédure pour les décès hors établissement de santé

Si le décès survient en dehors d'un établissement de santé, la réalisation de cet acte comporte de nombreuses difficultés conduisant à des demandes exceptionnelles dans ce cas de figure.

En effet, d'une part la demande ne peut émaner du seul désir de la famille mais doit faire l'objet, comme tout acte complémentaire, d'une demande médicale ; cette demande peut être formulée par le médecin ayant constaté le décès (sans obstacle médico-légal), le médecin traitant du défunt, ou tout autre docteur en médecine. Cette demande et son acceptation sont par ailleurs contraintes dans le temps (article R. 2213-11 du Code général des collectivités territoriales).

Se pose alors la question de l'indication de l'autopsie et du but recherché. En tout état de cause, seuls des arguments scientifiques peuvent fonder le recours à l'autopsie scientifique.



D'autre part, sur le plan financier, ni l'acte autopsique en lui-même ni les analyses complémentaires ne sont pris en compte par la Sécurité Sociale ; ils sont alors à la charge de l'établissement hospitalier selon l'article R. 2213-14 du Code général des collectivités territoriales. L'établissement n'ayant aucune obligation de payer le transport du corps, celui-ci est pris en charge par la famille<sup>14</sup>.

### ➤ Le cas particulier de la mort inattendue du nourrisson

La HAS, en 2007, a rappelé que pour tous les cas de mort inattendue du nourrisson, des investigations sont menées au sein d'une structure hospitalière.

Des centres de référence régionaux ont été désignés dans cet objectif de prise en charge par la circulaire du 14 mars 1986. Selon les recommandations de la HAS de février 2007, « ces centres apparaissent comme les structures les plus appropriées pour la prise en charge des cas de mort inattendue du nourrisson, après avoir adapté leur organisation aux présentes recommandations et après avoir modifié en conséquence leur dénomination en « centre de référence pour la Mort Inattendue du Nourrisson (MIN) ».

Ces recommandations définissent les examens médicaux et paramédicaux à réaliser dans les centres de référence et, en particulier, l'acte autopsique. Elles ne tranchent pas de manière précise sur la question du cadre dans lequel doivent être réalisés ces actes et en particulier les opérations autopsiques, c'est-à-dire le cadre judiciaire (obstacle médico-légal) ou le cadre scientifique (nécessitant le consentement des deux parents).

### ➤ Le cas particulier des autopsies médicales impérieuses en l'absence de consentement

L'article L. 1211-2 CSP prévoit la réalisation d'autopsie en l'absence de consentement de la personne décédée : « en cas de nécessité impérieuse pour la santé publique et en l'absence d'autres procédés permettant

*d'obtenir une certitude diagnostique sur les causes de la mort. Un arrêté du ministre chargé de la santé précise les pathologies et les situations justifiant la réalisation des autopsies médicales dans ces conditions ».*

L'arrêté du 16 juillet 2007 limite ce type d'autopsie aux cas représentant un grand intérêt pour la santé publique, notamment s'il y a risque infectieux. Ces autopsies doivent être réalisées avec des moyens de limitation du risque de contamination.

En outre en cas de maladie transmissible et en particulier la maladie de Creutzfeldt Jacob, le délai de transport de corps régi par l'article R. 2213-14 du Code général des collectivités locales est porté par l'article R. 2213-2-1 du Code général des collectivités locales « au délai maximum de transport de corps avant mise en bière, afin de permettre une autopsie médicale au sens de l'article L. 1211-2 du Code de la Santé Publique » soit 72 heures.

Cependant, force est de constater qu'aucun arrêté ministériel n'a été publié à ce jour mettant à disposition une liste officielle, tant des maladies contagieuses que des pathologies justifiant la réalisation de ces autopsies. Il faut donc se référer à la liste des maladies contagieuses interdisant certaines opérations funéraires, établie le 27 novembre 2009 par le Haut Conseil de la Santé Publique<sup>15</sup>.

**« SI LE DÉCÈS SURVIENT EN DEHORS D'UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ, LA RÉALISATION DE CET ACTE COMPORTE DE NOMBREUSES DIFFICULTÉS CONDUISANT À DES DEMANDES EXCEPTIONNELLES. »**

Malgré des disparités de cadre réglementaire selon le lieu du décès, les procédures menant à la réalisation des autopsies scientifiques sont faciles à entreprendre et doivent être connues des professionnels

de santé. La réalisation d'une autopsie scientifique doit être évoquée systématiquement lorsque les actes diagnostiques *pre mortem* n'ont pas suffi à déterminer la pathologie dont souffrait la personne. Cet acte reste, sauf exception, subordonné au non refus de la personne concernée de subir des prélèvements *post-mortem*. ■

### Références et bibliographie

1. D. LECOMTE, J. HAUW, rapporteurs. *Les autopsies médico-scientifiques sont indispensables au progrès médical*. Rapport du groupe de travail de la commission Biologie I. Académie Nationale de Médecine, 7 avril 2013.
2. Code de procédure pénale, article 74.
3. Code civil, article 81.
4. Code de procédure pénale, article 230-28.
5. O. JARDÉ, *Rapport au Premier ministre sur la Médecine Légale*, consulté le 28 juin 2016. Assemblée Nationale Paris ; 2003 ; 30 pages.
6. Recommandation no. R (99) 3, adoptée par le Comité des Ministres relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale, Conseil de l'Europe, 1999.
7. Code de procédure pénale, article 281.
8. A. COMBES, M. MOKHTARI, A. COUVELARD, et al. *Clinical and autopsy diagnosis in the intensive care unit : a prospective study*, Arch Intern Med., 2004 Feb 23 ; 164(4):389-92.
9. Loi n° 94-654 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal.
10. Code de la Santé Publique, article R. 1232-11.
11. Code de la Santé Publique, article L. 6111-1.
12. Décret n° 96-141 du 21 février 1996 relatif au transport de corps vers un établissement de santé et modifiant le Code des communes, JORF, 23 février 1996, p 2 929.
13. Circulaire DGS/5C/DHOS/E2 n° 2001-138 du 14 mars 2001 relative aux précautions à observer lors de soins en vue de réduire les risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels.
14. V. SCOLAN et al., *Obstacles à la pratique des autopsies médicales en cas de décès hors établissements de santé : mise au point procédurale*, La Presse Médicale.
15. Haut Conseil de la Santé Publique, Avis relatif à la révision de la liste des maladies contagieuses portant interdiction de certaines opérations funéraires, Avis et rapport du 27 novembre 2009.

Trop chère, trop lente, trop déconnectée, la justice n'est pas le mode de règlement le mieux adapté aux litiges de consommation, dont la masse est considérable. Même si elle ne peut être utilisée dans tous les cas et dépend de la bonne volonté des parties, la médiation constitue souvent la meilleure voie pour solutionner ce type de litige.

## La médiation des litiges de consommation

RAPHAËL ALLART, JURISTE EXPERT, MACSF

« Vous ne parvenez pas à résoudre un litige avec le professionnel qui vous a vendu un produit ou fourni un service ? Un médiateur peut vous aider gratuitement ».

Telle est la formule employée par le Ministère de l'Économie pour présenter la médiation des litiges de consommation que la Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes a mis en place depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Même si la médiation existe déjà depuis longtemps dans le domaine de la consommation, en matière d'assurance par exemple, certains secteurs n'étaient pas couverts.

De plus, dans les entreprises privées, des structures internes de médiation destinées à régler les litiges avec leurs clients ne répondaient pas toujours aux exigences de **qualité, de compétence, d'impartialité, de transparence et d'efficacité** indispensables en matière de médiation.

Cette généralisation de la médiation à tous les secteurs de la consommation résulte d'une ordonnance du 20 août 2015 qui a transposé en droit français une directive européenne du 21 mai 2013 relative au règlement extrajudiciaire des litiges de consommation.

**L'objectif est de permettre au consommateur d'avoir la possibilité de saisir un médiateur chaque fois qu'il aura un litige avec un professionnel concernant la vente d'un produit ou d'un service en utilisant une voie de recours simple, rapide, efficace, gratuite et préservant leur relation contractuelle sans avoir à saisir la justice.**

### ➤ Quels types de litiges sont concernés ?

La médiation de la consommation s'applique à un litige national ou transfrontalier entre un **consommateur** et un **professionnel** liés par un **contrat de vente** ou de **prestation de services**.

En revanche, la médiation des litiges de la consommation ne s'applique pas :

- aux litiges entre professionnels ;
- aux réclamations portées par le consommateur auprès du service clientèle du professionnel ;
- aux négociations directes entre le consommateur et le professionnel ;
- aux tentatives de conciliation ou de médiation ordonnées par un tribunal saisi du litige de consommation ;
- aux procédures introduites par un professionnel contre un consommateur.

Par ailleurs, ne sont également pas considérés comme des litiges de consommation, ceux concernant :

- les services d'intérêt général non économiques ;
- les services de santé fournis par des professionnels de la santé aux patients pour évaluer, maintenir ou rétablir leur état de santé, y compris la prescription, l'administration et la fourniture de médicaments et de dispositifs médicaux ;
- les prestataires publics de l'enseignement supérieur.

### ➤ Une obligation d'information pour le professionnel

Le professionnel est tenu de communiquer au consommateur les coordonnées du ou des médiateurs compétents dont il relève dès lors qu'un litige n'a pu être réglé dans le cadre d'une réclamation préalable directement introduite auprès de ses services.

Ces informations doivent être inscrites de manière visible et lisible **sur son site Internet, sur ses conditions générales de vente ou de service, sur ses bons de commande ou sur tout autre support adapté.**

Il y mentionne également l'adresse du site Internet du ou de ces médiateurs.

Tout manquement à cette obligation est passible d'une amende administrative dont le montant ne peut excéder 3 000 € pour

**« L'OBJECTIF EST DE PERMETTRE AU CONSOMMATEUR DE SAISIR UN MÉDIATEUR EN CAS DE LITIGE AVEC UN PROFESSIONNEL CONCERNANT LA VENTE D'UN PRODUIT OU D'UN SERVICE, EN UTILISANT UNE VOIE DE RECOURS SIMPLE, RAPIDE, EFFICACE, GRATUITE ET PRÉSERVANT LEUR RELATION CONTRACTUELLE SANS AVOIR À SAISIR LA JUSTICE. »**

une personne physique et 15 000 € pour une personne morale.

➤ **Comment saisir le médiateur ?**

Tout consommateur a le droit de recourir **gratuitement** à un médiateur de la consommation en vue de la résolution amiable du litige qui l'oppose à un professionnel.

Même si les parties doivent toujours avoir la possibilité de recourir à la médiation par voie postale, elle doit être aisément accessible **par voie électronique** à toutes les parties, consommateur ou professionnel.

Tout médiateur de la consommation doit alors mettre en place un **site Internet** consacré à la médiation permettant de **déposer en ligne une demande de médiation** accompagnée des documents justificatifs.

➤ **La recevabilité du dossier**

Dès réception des documents sur lesquels est fondée la demande du consommateur, le médiateur de la consommation notifie aux parties, par voie électronique ou par courrier simple, sa saisine.

Cette notification rappelle aux parties qu'elles peuvent à tout moment se retirer du processus.

Toutefois, un litige ne peut être examiné par le médiateur de la consommation lorsque :

- le consommateur ne justifie pas avoir tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès du professionnel par une réclamation écrite selon les modalités prévues, le cas échéant, dans le contrat ;
- la demande est manifestement infondée ou abusive ;
- le litige a été précédemment examiné ou est en cours d'examen par un autre médiateur ou par un tribunal ;
- le consommateur a introduit sa demande auprès du médiateur dans un délai supérieur à un an à compter de sa réclamation écrite auprès du professionnel ;
- le litige n'entre pas dans son champ de compétence.

Le consommateur se trouvant dans l'un de ces cas est informé par le médiateur, dans un délai de trois semaines à compter de la réception de son dossier, du rejet de sa demande de médiation.

« L'ISSUE DE LA MÉDIATION INTERVIENT, AU PLUS TARD, DANS UN DÉLAI DE 90 JOURS À COMPTER DE LA DATE DE LA NOTIFICATION. »



© FOTOLIA

➤ **Le déroulement de la médiation**

La médiation des litiges de consommation est soumise à l'obligation de **confidentialité**.

À tous les stades de la médiation, les parties ont la faculté, à leur charge, de **se faire représenter** par un avocat ou de **se faire assister** par toute personne de leur choix.

Le médiateur communique, à la demande de l'une des parties, tout ou partie des pièces du dossier.

Le médiateur peut recevoir les parties ensemble ou séparément.

L'issue de la médiation intervient, au plus tard, dans un délai de **90 jours** à compter de la date de la notification. ■ ■ ■

■ ■ ■ À défaut d'accord amiable entre les parties, il leur propose une solution pour régler le litige et leur rappelle :

- qu'elles sont libres d'accepter ou de refuser sa proposition de solution ;
- que la participation à la médiation n'exclut pas la possibilité d'un recours devant une juridiction ;
- que la solution peut être différente de la décision qui serait rendue par un juge.

Le médiateur précise également quels sont les effets juridiques de l'acceptation de la proposition de solution et fixe un délai d'acceptation ou de refus de celle-ci.

#### • Conditions pour être médiateur

Le médiateur doit satisfaire aux conditions suivantes :

- posséder des aptitudes dans le domaine de la médiation ainsi que de bonnes connaissances juridiques, notamment dans le domaine de la consommation ;
- être nommé pour une durée minimale de trois années ;

- être rémunéré sans considération du résultat de la médiation ;
- ne pas être en situation de conflit d'intérêts et, le cas échéant, le signaler.

Le médiateur ne peut recevoir aucune instruction des parties.

#### • La commission d'évaluation et de contrôle de la médiation de la consommation

Il est créé auprès du ministre chargé de l'économie une commission d'évaluation et de contrôle de la médiation de la consommation.

Cette commission a pour mission d'établir et de mettre à jour la liste des médiateurs, d'évaluer leur activité de médiation et d'en contrôler la régularité. ■

#### Sources

- *Bienvenue sur le site de la médiation de la consommation*
- Ordonnance n° 2015-1033 du 20 août 2015 relative au règlement extrajudiciaire des litiges de consommation et Directive 2013/11/UE du parlement européen et du conseil du 21 mai 2013 relative au règlement extrajudiciaire des litiges de consommation et modifiant le règlement (CE) n° 2006/2004 et la directive 2009/22/CE.



La loi Claeys-Leonetti du 2 février 2016 introduit la sédation profonde et continue jusqu'au décès sous certaines conditions pour les patients en fin de vie. Mais de quoi s'agit-il, notamment par rapport à la sédation palliative ? Sa mise en œuvre reste bien délicate et nécessite une adhésion du patient, de ses proches et des professionnels concernés.

## Sédation et fin de vie : évolution de la loi

PR GUILLEMETTE LAVAL, DR CÉCILE BARBARET, CHU DE GRENOBLE



© BSIP

La loi n° 2016-87 du 2 février 2016 dite Claeys-Léonetti apporte de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, afin de répondre aux inquiétudes majeures des Français dans ce domaine : principalement la peur de souffrir, de ne pas être écouté, de subir un acharnement thérapeutique et de ne pas être accompagné. Les principales évolutions introduites sont :

- sous conditions, le droit du patient à « une sédation profonde et continue jusqu'au décès » et « les Directives Anticipées (DA) qui s'imposent au médecin » ;
- l'insistance sur la pratique des soins palliatifs à domicile « dès lors que l'état du patient le permet » ;
- la formation initiale et continue des médecins, pharmaciens, infirmiers, aides-soignants, aides à domicile et psychologues, également nouvelle.

La présentation de la loi, accompagnée de commentaires, est disponible sur le [site de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs \(SFAP\)](#) dans l'avis 029 de son Conseil Scientifique (CS).

Rappelons enfin qu'aucune loi n'est effective si les décrets d'application et les financements ne sont pas mis en place, et soulignons le rôle majeur du comité de suivi du plan national des Soins Palliatifs (SP) 2015-2018 pour que les patients, leurs familles et les soignants impliqués « ne soient pas pris en tenaille » entre des injonctions paradoxales.

Lorsque l'on parle de sédation, il est important de bien distinguer la sédation dite « palliative » de la sédation profonde continue jusqu'au décès telle que proposée dans la nouvelle loi.

### ➤ La sédation palliative

Jusqu'à présent, les acteurs de terrain, en particulier les cliniciens des équipes mobiles (EMSP) et des Unités de Soins Palliatifs (USP), réalisaient des sédations palliatives continues ou intermittentes, lesquelles font partie intégrante de l'exercice de la médecine palliative avec un droit des patients à l'accès aux soins palliatifs, et donc à la sédation, selon que le juge nécessaire ou non l'équipe médicale et soignante engagée autour du patient ([loi n° 99/477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs](#) et [loi 2005-370 du 22 avril 2005 dite loi Léonetti relative au droit des malades et à la fin de vie](#)).

Il s'agit, conformément aux [recommandations SFAP/HAS 2009](#), de « la recherche, par des moyens médicamenteux, d'une diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience, dans le but de diminuer ou de faire disparaître la perception d'une situation vécue comme insupportable par le patient, alors que tous les moyens disponibles et adaptés à cette situation ont pu lui être proposés et/ou mis en œuvre sans permettre d'obtenir le soulagement escompté par le patient (...). La sédation est une diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience. Elle peut être intermittente ou continue ».

Les principales indications sont la présence de symptômes réfractaires tels que la douleur, l'agitation, la dyspnée majeure, l'hémorragie cataclysmique mais aussi, possiblement, une souffrance existentielle majeure. La sédation est alors proposée comme un compromis, ■ ■ ■

« LA PRATIQUE DE LA SÉDATION PALLIATIVE S'APPUIE SUR DES RÈGLES TENDANT À RESPECTER AU MAXIMUM UN POSSIBLE RÉVEIL ET UNE POSSIBLE COMMUNICATION. »



© BSIP

■ ■ ■ parfois après plusieurs mois de cheminement au cœur du questionnement existentiel, quand il est à l'origine de la souffrance. L'expérience montre qu'un traitement à visée sédative administré de façon temporaire apporte une sorte de répit à la souffrance. Au sortir de ce temps de sédation, la souffrance peut être mieux supportée. La sédation intermittente est toujours proposée au patient, en première intention, avec des périodes d'éveil qui peuvent lui permettre une communication avec son entourage. En cas de symptôme aigu, tel que l'asphyxie ou encore l'hémorragie cataclysmique, la sédation est

profonde et continue. Comme devant tout symptôme réfractaire, s'impose chaque fois la démarche diagnostique et une tentative de traitement symptomatique adapté, y compris pour la souffrance existentielle, de manière à caractériser ou non la nature réfractaire de la souffrance. Le plus souvent, il est nécessaire d'avoir recours à des équipes spécialisées, dont les équipes mobiles de soins palliatifs.

Le CS de la SFAP insiste sur deux points (*Lettre à la rédaction, à propos des recommandations sur la sédation en soins*

*palliatifs de la SFAP*, F. Guirimand, S. Dauchy, G. Laval et col, *Med. Pall* 2010, 9:214-218) :

- d'une part, celui de la recherche de la dose minimale efficace et finalement un niveau de vigilance bien différent selon chaque patient et chaque situation, sans forcément aller jusqu'à une sédation profonde. C'est aussi ce que préconise aux États-Unis la National Hospital and Palliative Care Organization (*NHPCO position statement and commentary on the use of palliative sedation in imminently dying terminally ill patients*, T. W. KIRK, M. M. MAHON, J. PAIN, *Symptom Manage* 2010 (39):914-923) ;
- d'autre part, la remise en question d'une idée reçue selon laquelle la sédation en phase terminale d'urgence influence le moment de la mort, comme si la sédation avait pour effet secondaire, non voulu (ce qu'on appelle le « double effet »), d'abrèger la vie. Ce lien peut être suggéré, renforcé, par les émotions engendrées par cette situation. Cette question, qui a été beaucoup travaillée à l'international (cf revue littérature 2010 CS SFAP), est reprise actuellement par un groupe de travail de la SFAP.

Dans tous les cas, nous voyons que la pratique de la sédation palliative s'appuie sur des règles tendant à respecter au maximum un possible réveil et une possible communication, et qu'il n'est pas certain, loin de là, qu'elle conduise au décès du patient « sédaté » comme le suggère et même le demande maintenant la loi Claeys-Léonetti dans la réalisation d'une sédation dite profonde et continue jusqu'au décès.

### ➤ La sédation profonde et continue jusqu'au décès

C'est l'article 3 de la loi de 2016, insérant l'article L. 1110-5-2 au Code de la Santé Publique, qui amène un point totalement nouveau : le droit à la sédation, à la demande du patient lui-même, droit plus large que celui apporté par le droit à l'accès aux soins palliatifs. Ce droit concerne des situations précises, à savoir « lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable et dont

*le pronostic vital est engagé à court terme présente une souffrance réfractaire aux traitements » et « lorsque la décision du patient atteint d'une affection grave et incurable, d'arrêter un traitement, engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable ».*

S'y ajoute également le cas du patient qui ne peut exprimer sa volonté et au titre du refus de l'obstination thérapeutique : « dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie, et applique alors une sédation profonde et continue ». Dans toutes ces circonstances, la loi définit la sédation comme : « profonde et continue, provoquant une altération de la conscience, maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie ».

- Notons que la sédation n'est pas ici seulement une anxiolyse, ou une proposition transitoire ou intermittente mais qu'elle est profonde et continue. La profondeur a toujours un impact majeur sur la famille par perte de la relation et elle impose un temps nécessaire, souvent long, de discussion avec le malade et ses proches afin de s'assurer de la parfaite compréhension de ces éléments.

- Rappelons aussi les limites de ce qu'on appelle « un pronostic vital engagé à court terme » avec de nécessaires travaux de recherche et la formation des professionnels. Le court terme, dans le *Rapport national 2012 de l'Observatoire National de la Fin de la Vie* (ONFV), a été défini comme suit : « les médecins ne seraient pas étonnés si le décès survient dans les 15 jours ». Cela rejoint la définition proposée dans les recommandations de la Société québécoise des médecins de soins palliatifs (Med Pall 2015 (14) :360-382). Le fait de ne pas être précis peut aussi être considéré comme une ouverture pour les patients, non en phase toute terminale de leur maladie, et demandeurs de sédation profonde continue jusqu'à leur décès, qui voient dans cette nouvelle loi la possibilité d'une mort anticipée. C'est le cas, par exemple, des patients atteints de SLA, tétraparétiques

ou tétraplégiques dont les fonctions vitales sont conservées car ils n'ont pas (pas encore) de troubles respiratoires ou de troubles digestifs sévères qui font, on le sait, le pronostic. Ces demandes-là, pour souffrance existentielle majeure et réfractaire (dépendance vécue comme insupportable, être un poids pour l'entourage...) renvoient à l'ambiguïté de la loi dans son expression « *sédation profonde continue jusqu'au décès* ».

- Associer une analgésie à la réalisation d'une sédation profonde s'appuie sur le bénéfice du doute quant à une possible souffrance d'un patient qui n'est plus évaluable par les moyens habituels.

- Selon la loi, l'« arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie », y compris une hydratation artificielle (considérée maintenant par la loi comme un traitement), doit accompagner une sédation profonde. Cela reste toujours difficile pour les équipes et de fait, doit s'inscrire, de toute façon, dans la collégialité et la dynamique du principe de bienfaisance dans les soins apportés.

- La possibilité d'une sédation à domicile apparaît, pour l'instant, comme difficilement réalisable car cela impose un travail en équipe avec de nouvelles pratiques, y compris en EHPAD. Là aussi, des professionnels travaillent cette question, les deux principaux obstacles au domicile étant encore l'accès au Midazolam (médicament de référence) et la disponibilité des professionnels experts 24 heures/24.

**« LA SÉDATION IMPOSE TEMPS ET DIALOGUE AVEC LES PATIENTS ET LEURS FAMILLES LORSQUE CELA EST POSSIBLE, LA COLLÉGIALITÉ ET L'INTERDISCIPLINARITÉ, ET L'AMÉLIORATION DES SAVOIRS DANS LE DOMAINE DE LA MÉDECINE PALLIATIVE QUI PASSE AUSSI PAR L'ENSEIGNEMENT ET LA RECHERCHE. »**

[Le décret d'application n° 2016-1066 du 3 août 2016](#), modifiant le Code de déontologie médicale et relatif aux procédures collégiales et au recours à la sédation profonde et continue jusqu'au décès prévu par la loi du 2 février 2016, apporte ce que l'on pourrait appeler des garde-fous vis-à-vis de la réalisation d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès. En effet, outre les deux critères de base (symptômes réfractaires et pronostic réservé à court terme), il y a obligation d'une procédure collégiale. Celle-ci consiste en une concertation entre le médecin référent, l'équipe paramédicale (lorsqu'elle existe) et un médecin consultant extérieur à l'équipe, sollicité pour avis et sans lien hiérarchique avec le médecin référent. La décision finale revient au médecin référent. Les motifs de la décision doivent être inscrits dans le dossier du patient. Les directives anticipées et le témoignage de la personne de confiance ou à défaut de la famille ou de l'un des proches, témoignages relatifs à la volonté exprimée par le patient, n'interviennent pas dans la sédation sauf s'il s'agit d'une question de limitation de traitement chez quelqu'un qui ne peut donner son avis.

La nouvelle loi renforce le droit des malades concernant la pratique de la sédation chez les personnes relevant de soins palliatifs, en phase terminale de leur maladie. Pour autant, la sédation reste toujours difficile à mettre en œuvre. Elle doit être réalisée, **lorsqu'elle est indiquée**, par des cliniciens formés.

Elle impose temps et dialogue avec les patients et leurs familles lorsque cela est possible, la collégialité et l'interdisciplinarité, et l'amélioration des savoirs dans le domaine de la médecine palliative qui passe aussi par l'enseignement et la recherche. Des travaux sont absolument nécessaires pour avancer encore dans les champs des compétences mises en jeu. L'utilisation de recommandations avec des règles de bonnes pratiques s'imposent. Elles sont en cours d'écriture au niveau national. Le CHU de Grenoble propose sur son [site](#) une procédure 2015 en cours de réactualisation. ■



# Pour vous défendre, nous soignons votre RCP-PJ

16-308 - 05/2016

Depuis plus de 110 ans, MACSF - Le Sou Médical est le référent sur le risque médical.

**Votre défense** est renforcée par une équipe unique en son genre :

- composée de juristes et de médecins conseils de votre spécialité,
- consultant un comité médical composé d'experts en exercice,
- en vue de vous apporter un soutien à tous niveaux : juridique, professionnel et moral.

**Prévenir le risque médical** fait également partie de notre engagement à vos côtés pour sécuriser la pratique de votre activité.

**3233** Service gratuit  
+ prix appel  
ou 01 71 14 32 33 - macsf.fr

Notre engagement, c'est vous.

 **MACSF**  
Le Sou Médical