

RESPONSABILITÉ

REVUE DE FORMATION SUR LE RISQUE MÉDICAL

DOSSIER

La télémédecine en dix questions

11 VIE PROFESSIONNELLE

→ Que penser du traitement de l'arthrose du genou par injection d'acide hyaluronique ?

17 PROTECTION JURIDIQUE

→ Les risques psychosociaux au travail

24 ÉTHIQUE ET SOCIÉTÉ

→ Soins palliatifs : une prise en soins plutôt qu'une prise en charge





Pour vous défendre, nous soignons votre RCP-PJ

15_355 - 05/2015 - daps&co

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.

32 33* ou macsf.fr

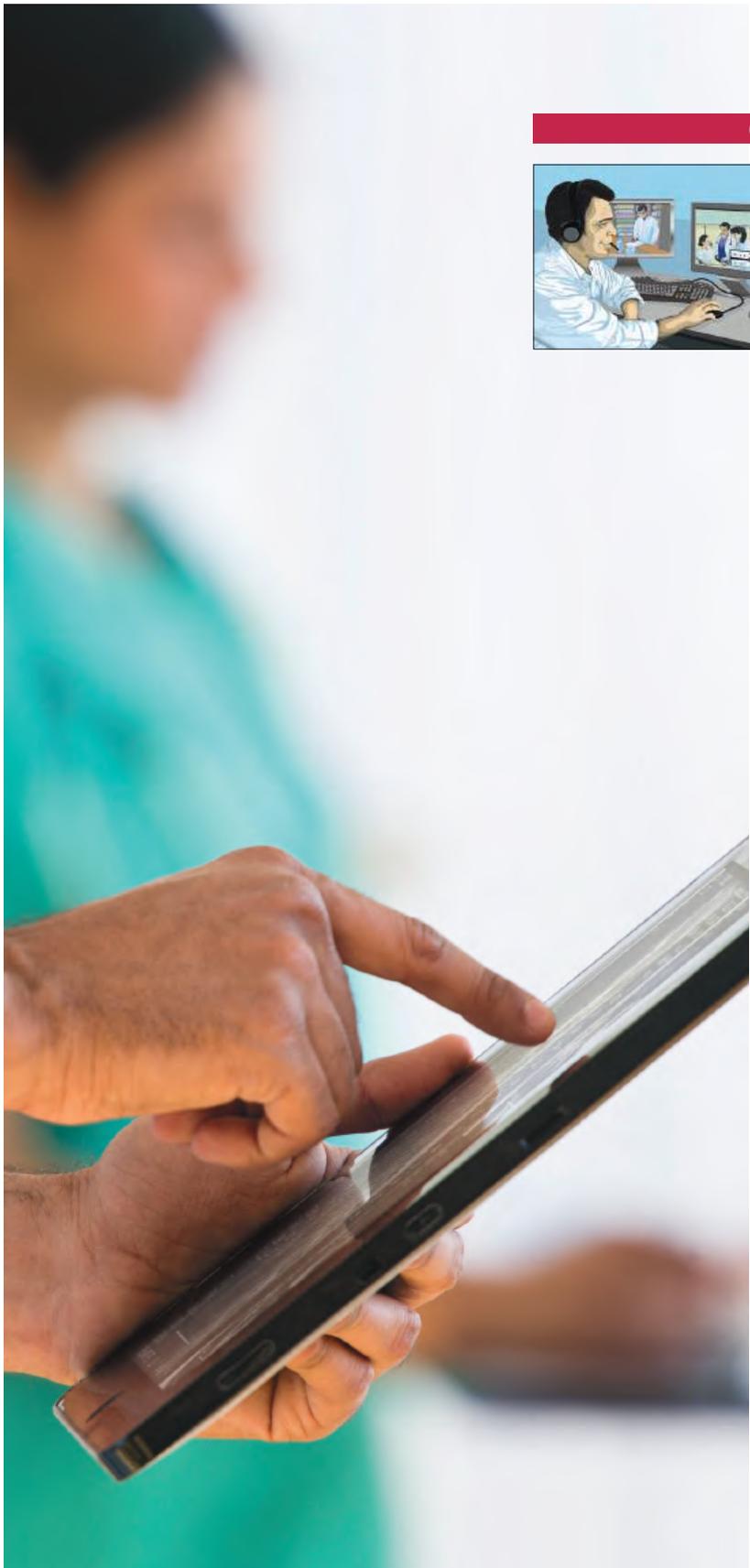
Notre engagement, c'est vous.



*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/ POINT DE VUE

Les mutuelles et Darwin !

06/10 DOSSIER



La télémédecine en dix questions

11/16 VIE PROFESSIONNELLE

11 / 13

Que penser du traitement de l'arthrose du genou par injection d'acide hyaluronique ?

14 / 15

Expérimentation du port d'un gilet d'alerte par les infirmières lors de la distribution des médicaments aux résidents d'un EHPAD

16

Responsabilité du médecin : question/réponse

17/22 PROTECTION JURIDIQUE / LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX AU TRAVAIL

17 / 19

Quels facteurs de risque et actions de prévention ?

20 / 22

Quels enjeux en pratique pour employeurs et salariés ?

23 ÉTHIQUE ET SOCIÉTÉ

Soins palliatifs : une prise en soins plutôt qu'une prise en charge

24/26 REGARD INTERNATIONAL

Télémédecine, quelques pistes internationales pour une approche comparative

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

Pr Jean-Louis Portos
Président d'honneur du Sou Médical

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

Pr Didier Sicard
Président d'honneur du Comité
consultatif national d'éthique

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 MACSF assurances

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

Dr Catherine Letouzey
Médecin interniste

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

Pr Cécile Manaouil
Professeur de médecine légale
et droit de la santé, CHU d'Amiens

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 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 : septembre 2015
ISSN : 1629-0801

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



CRÉDIT ILLUSTRATION COUVERTURE :
JIMMY PÉRE.

Notre système de santé fait aujourd'hui face à des défis d'ordre structurel et financier sans précédent. Comment les mutuelles se positionnent-elles dans ce contexte et à quels enjeux sont-elles confrontées ?



© F. PAVIOT

Les mutuelles et Darwin !

FRÉDÉRIC BIZARD, ÉCONOMISTE, SPÉCIALISTE DES QUESTIONS DE SANTÉ, ENSEIGNANT À L'IEP DE PARIS, AUTEUR DE « POLITIQUE DE SANTÉ : RÉUSSIR LE CHANGEMENT » (ÉDITIONS DUNOD, SEPTEMBRE 2015)

➤ Un environnement en profonde mutation

Notre société fait face depuis plusieurs années à un changement de son environnement d'une radicalité jamais vue dans l'histoire de l'humanité. Les systèmes sociaux et économiques qui ont prévalu au XX^{ème} siècle, dont la protection sociale et la santé, sont à réformer au sens étymologique du terme : « donner une nouvelle forme ». Nous ne sommes plus à l'heure de la correction ni de l'ajustement des modèles, mais à celle de leur transformation.

La santé est au cœur de cette nouvelle donne caractérisée par une triple transition : démographique, épidémiologique et technologique. Le passage d'un risque court (aigu) à un risque long (chronique) transforme le modèle de financement et de prise en charge de ce risque. Les progrès médicaux ainsi que le développement du numérique ouvrent de nouvelles perspectives pour mieux soigner les gens. Ils représentent aussi un formidable défi en termes de soutenabilité financière du système du fait de l'évolution démographique (la part de la population âgée de plus de 80 ans, dont la moitié souffre d'ALD (affection de longue durée), passera de 5 % à 11 % d'ici à 2050). Le défi à relever est de remettre en adéquation un système de santé pensé et conçu dans un autre monde avec la réalité d'aujourd'hui, tout en considérant l'histoire, la culture de notre pays et la pluralité des acteurs actuels.

➤ Un système de financement en question

Notre système de financement a instauré en 1945 une accessibilité financière fondée

sur un mécanisme à deux étages, aux principes de solidarité différents : des régimes de base obligatoires, qui représentent le principal financement, et des régimes complémentaires largement diffusés. Le mécanisme de solidarité ne repose pas sur la totalité de la dépense de soins : la solidarité de l'Assurance Maladie est une solidarité face aux frais de la maladie, de sorte que ceux-ci ne soient pas un obstacle à se soigner. Il n'a jamais été question de gratuité des soins, c'est un point fondamental garant de l'équilibre de notre système. La mutualisation assurantielle privée, qui finance aujourd'hui près de 14 % des dépenses de santé et couvre 96 % de la population, n'avait d'autre objectif à l'origine que de mutualiser les restes à charge.

L'arrivée des familles non mutualistes d'assurance dans les années 90 a fait doubler la part du financement privé institutionnel (passée de 6 % à 12 % entre 1990 et 1995). Si cette part a faiblement augmenté depuis 20 ans (+ 1,5 point), une évolution s'est opérée progressivement d'une logique mutualiste à une logique assurantielle pure, dont les réseaux de soins en sont une des expressions. Le contenu des paniers de soins a aussi sensiblement évolué avec une progression accélérée de la part du risque chronique dans les dépenses d'assurance maladie, doublée d'une concentration des dépenses publiques sur un nombre d'assurés de plus en plus restreint (2/3 des dépenses reposent sur 15 % de la population).

➤ Une réforme inéluctable

Les mutuelles se retrouvent affaiblies dans un système général de financement devenu

de plus en plus inefficace, inégalitaire et coûteux. Ceux qui ne sont pas convaincus par ce constat ont juste à observer objectivement les faits en matière de coûts administratifs, taux de renoncement aux soins, financement des innovations, situation des retraités et chômeurs versus celle des actifs...

Outre les colmatages du système existant (bouclier sanitaire...), les deux options « officielles » évoquées dans les hautes instances consistent en un financement public renforcé et un modèle de concurrence régulé de financement (à l'image de la Suisse). Or ces deux options sont irréalistes politiquement et économiquement. En « bricolant » sans vision un système sans avenir, les pouvoirs publics ne font que le dégrader davantage, comme le montreront les effets du plafonnement des contrats responsables et de la généralisation des contrats collectifs.

Il faut donc imaginer une autre solution d'avenir qui réponde aux nouveaux enjeux du XXI^{ème} siècle, aux spécificités des acteurs existants et au respect des valeurs de liberté, d'égalité et de solidarité de notre système de santé et de notre société. Tel est l'objet de la réflexion de notre ouvrage*. Dans ce nouveau monde, les mutuelles ont toute leur place sous réserve qu'elles s'adaptent et qu'elles favorisent l'installation d'un système global compatible avec leurs spécificités. Nous sommes dans une logique darwinienne face à laquelle (toutes) les organisations doivent s'adapter, ou mourir. ■

* *Politique de santé : Réussir le changement* - Éditions Dunod - Septembre 2015.



Si l'idée de pratiquer la médecine « à distance » n'est pas nouvelle, ce n'est qu'avec la loi HPST de 2009¹ que la télémédecine a reçu un encadrement juridique clair. Néanmoins, il n'est pas toujours aisé de s'y retrouver dans les différentes catégories de télémédecine définies par les textes.



© MICHEL LABELLE

La télémédecine en dix questions

STÉPHANIE TAMBURINI, JURISTE, MACSF

La télémédecine désigne « *les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication* »². Les pratiques relevant de la télémédecine ont été détaillées dans un décret du 19 octobre 2010³ : il s'agit de la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance médicale, la téléassistance médicale et la réponse médicale apportée dans le cadre de la régulation médicale.

Le cadre juridique de la télémédecine paraît donc clairement posé mais, tel M. Jourdain qui faisait de la prose sans le savoir, les médecins font parfois de la télémédecine sans en avoir pleinement conscience. Il est pourtant important de ne pas improviser dans ce domaine, car un projet de télémédecine implique des obligations particulières et engage la responsabilité du médecin.

Quelques cas concrets en sont l'illustration.

➤ Un projet de télémédecine peut-il être développé en tous lieux du territoire et dans n'importe quel domaine ?

Tout projet de télémédecine doit s'inscrire dans un programme national défini par arrêté des ministres, ou dans l'un des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ou l'un des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins, ou enfin dans un contrat particulier signé par le directeur

« La télémédecine doit répondre à un besoin territorial et contribuer à un meilleur accès ou une meilleure continuité des soins. »

général de l'Agence régionale de santé (ARS) et le professionnel de santé libéral ou, le cas échéant, tout organisme concourant à cette activité (art. R. 6316-6 CSP).

En effet, la télémédecine doit répondre à un besoin territorial et contribuer à un meilleur accès ou une meilleure continuité des soins. Elle n'a pas vocation à se développer si elle n'apporte pas de bénéfice particulier sur ces aspects, ou si elle est envisagée dans un secteur où l'offre de soins est déjà suffisante.

Il appartiendra à l'ARS et au Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) – à travers l'avis ordinal sur le contrat de télémédecine – de juger de l'opportunité de développer ce projet.

➤ Je suis sollicité par des confrères pour donner un avis spécialisé à partir de radiographies transmises par courriel, parfois par smartphone, hors de tout contexte d'urgence. Quels sont les risques d'une telle pratique ?

Cette pratique relève de la **téléexpertise**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient.



Le médecin sollicité pour donner un avis engage pleinement sa responsabilité dans le diagnostic qu'il pose ou par les préconisations qu'il formule, même s'il est à distance et hors la présence du patient. Il doit donc particulièrement veiller à la qualité des informations qui lui sont transmises par son confrère pour éviter toute erreur d'interprétation ou de diagnostic. À cet égard, l'usage d'un smartphone semble risqué.

Si le médecin estime que les informations communiquées sont insuffisantes pour lui permettre de donner un avis fiable, il doit solliciter des précisions. À défaut, sa responsabilité pourrait se trouver engagée en cas d'erreur.

« Les échanges permettant l'envoi des éléments médicaux entre les praticiens doivent être sécurisés. »

Le médecin demandeur peut engager sa responsabilité quant au choix et à la qualité des informations transmises à son confrère. Une fois l'avis expert rendu, il demeure responsable de l'exploitation de cet avis, et donc de ses décisions médicales.

Les échanges permettant l'envoi des éléments médicaux entre les praticiens doivent être sécurisés. Aussi, l'usage d'un smartphone ne permet ni de remplir les conditions de confidentialité requises, ni de garantir systématiquement une qualité d'image suffisante pour pouvoir poser un diagnostic fiable.

La téléexpertise étant réalisée hors la présence du patient, il n'est pas nécessaire de le recontacter pour recueillir

son accord préalable, car cela pourrait engendrer un retard de prise en charge. Mais il doit en être au moins informé *a posteriori*, lors d'une consultation ultérieure, par le médecin qui a sollicité la téléexpertise.

➤ Comment les obligations légales et déontologiques du professionnel de santé (secret médical, tenue du dossier, information du patient, etc.) se traduisent-elles dans le cadre de la télémedecine ?

La télémedecine est une modalité particulière d'exercice de la médecine, mais elle n'affranchit pas le médecin de ses obligations légales et déontologiques, qui sont les mêmes que pour la médecine pratiquée en présence du patient.

Elle implique notamment :

- le recueil du consentement du patient (art. R. 6316-2 CSP), dans des conditions diverses (cf cas de la téléexpertise évoqué précédemment, où ce consentement peut être recueilli *a posteriori*) ;
- la sécurisation des échanges pour respecter le secret médical : utilisation de la carte de professionnel de santé, chiffrement et archivage sécurisé des données, traçabilité des connexions, protection des données à caractère personnel *via* une déclaration ou une demande d'autorisation auprès de la CNIL ;
- la traçabilité des actes et soins dans le dossier médical : chaque acte doit être réalisé dans des conditions garantissant l'authentification des professionnels de santé concernés, du patient, et l'accès ■ ■ ■



■ ■ ■ des professionnels de santé aux données médicales nécessaires à la réalisation de l'acte. La date et l'heure de l'acte, ainsi que les éventuels incidents techniques survenus doivent être mentionnés (art. R.6316-3 et R. 6316-4 CSP) ;

- une garantie d'assurance spécifique pour le professionnel qui réalise un acte de télé-médecine.

LA TÉLÉMÉDECINE ET L'ASSUREUR

La MACSF garantit les activités de télé-médecine par le contrat Responsabilité Civile Professionnelle sans surprime. Mais cette modalité d'exercice doit faire l'objet d'une déclaration écrite afin qu'elle soit spécifiée dans le contrat.

L'activité de téléconseil doit également faire l'objet d'une déclaration et donne lieu pour sa part à une surprime.

➤ **Je suis neurologue hospitalier et j'exerce dans une zone sous-dotée en médecins spécialistes. Nous réfléchissons à mettre en place un système de télédiagnostic par visioconférence qui permettrait de poser des diagnostics d'AVC à distance. Un confrère radiologue serait également sollicité pour assister le manipulateur radio dans l'imagerie de l'AVC. Comment une telle organisation s'analyse-t-elle juridiquement ?**

En ce qui concerne le neurologue, cette pratique correspond à une **téléconsultation**, qui permet à un professionnel médical de donner une consultation à distance,

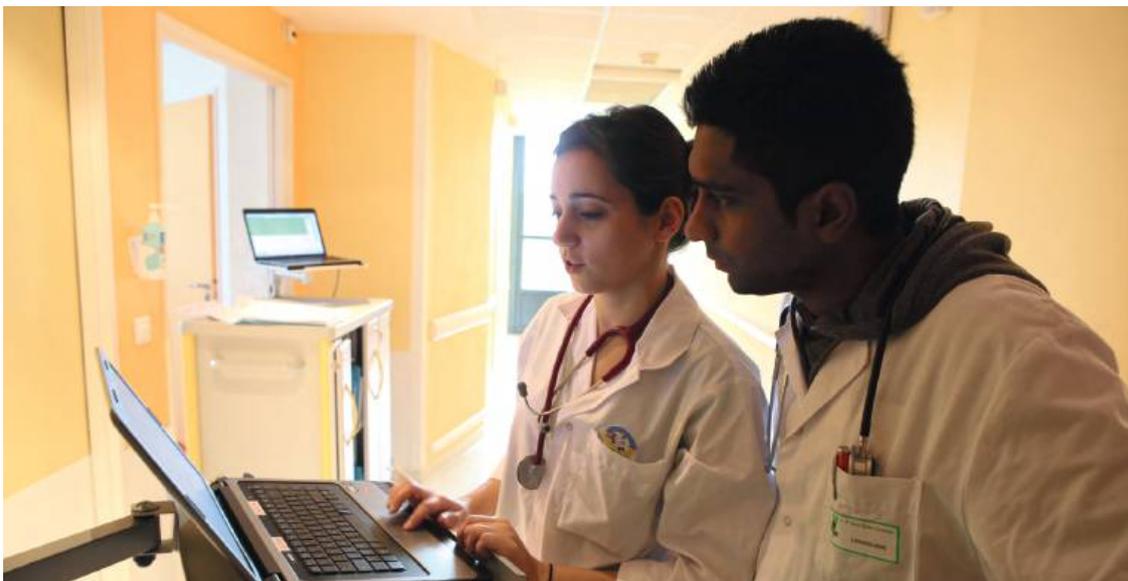
un autre professionnel de santé pouvant éventuellement être présent aux côtés du patient.

Dans ce cas, la téléconsultation permet à un neurologue, avec l'aide d'un praticien sur place, d'examiner le patient, et de confirmer le diagnostic et l'indication du traitement.

Le professionnel consulté à distance ne peut être qu'un « professionnel médical », ce qui, dans les faits, limite cette fonction aux médecins, sages-femmes et chirurgiens-dentistes. En revanche, les professionnels présents sur place auprès du patient doivent être des professionnels de santé (avec une exception pour les psychologues, admis dans cette pratique, bien qu'ils ne soient pas des professionnels de santé au sens du code de la santé publique).

Le secret est partagé entre les professionnels qui participent à la téléconsultation, dans les mêmes conditions que s'ils se trouvaient physiquement aux côtés du patient pour l'examiner conjointement. Les conclusions de l'examen doivent être notées dans le dossier du patient. Ce dernier doit être informé de l'identité, de la qualification et du lieu d'exercice du médecin consulté à distance.

En ce qui concerne le radiologue, il s'agit plutôt d'un acte de **téléassistance médicale**, permettant à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte. Le radiologue guide le manipulateur radio afin de réaliser des examens en coupe de la meilleure incidence et de la meilleure qualité possibles. Là encore, il engage sa responsabilité dans les indications qu'il donne au professionnel qu'il guide.



➤ L'un de mes patients a refusé la téléexpertise que je lui proposais. Que dois-je faire ?

Le recours à la télémédecine suppose le consentement du patient. S'il refuse, le praticien ne peut lui imposer cette pratique et doit l'orienter vers un spécialiste.

S'il en résulte une perte de chance pour le patient, le praticien ne pourra en être tenu responsable, dès lors qu'il aura bien informé le patient sur l'utilité du recours à la télémédecine, ainsi que des risques à renoncer à cette pratique.

Dans de telles circonstances, il est prudent de consigner les échanges sur cette question dans le dossier médical du patient, afin d'être en mesure d'apporter la preuve qu'il a bien été informé de la plus-value que pouvait apporter le recours à la téléexpertise, et qu'il y a renoncé en toute connaissance des conséquences possibles.

➤ Je souhaite créer un site web d'information médicale portant sur la spécialité que j'exerce. Dois-je me soumettre aux obligations posées par le décret du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine ?

La création d'un site web d'information médicale impose l'utilisation des technologies de l'information et de la communication. Mais elle ne constitue pas, pour autant, un acte de télémédecine, car le but poursuivi est étranger aux objectifs assignés à la télémédecine, consistant, selon la loi HPST, à « établir un diagnostic, assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, requérir un avis spécialisé, préparer une décision thérapeutique, prescrire des produits, prescrire ou réaliser des prestations ou des actes, ou effectuer une surveillance de l'état des patients ».

➤ Le CHU dans lequel j'exerce envisage de recourir à des outils permettant d'enregistrer, en temps réel, les constantes de patients âgés habituellement suivis en HAD. Quelle pourrait être ma responsabilité dans l'interprétation des données ?

Cette pratique relève de la **télesurveillance médicale**, qui permet à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé.

Une telle pratique suppose que la transmission des indicateurs physiologiques recueillis soit sécurisée, puisqu'il s'agit de données personnelles.

Le praticien qui interprète les données et en tire des conséquences en termes de prise en charge ou de prescription engage sa responsabilité dans les mêmes conditions que s'il recueillait les données au cours d'une consultation. Là encore, il doit bien veiller à la qualité des éléments transmis, qui vont lui permettre d'adapter la prise en charge, surtout si les données sont enregistrées par le patient lui-même.

Enfin, il ne doit pas hésiter à préconiser une consultation médicale présente s'il l'estime nécessaire au vu des données recueillies, et à modifier les paramètres de surveillance s'il les juge inadaptés.

➤ Au cours de ma consultation de médecine générale, je suis souvent contacté par téléphone par des patients qui me demandent des conseils en cas de symptômes bénins ou pour adapter la posologie d'une précédente prescription. Cette activité correspond-elle à de la télémédecine, puisque j'utilise le téléphone ?

La télémédecine correspond à une activité réglementée, qui suppose que le projet s'inscrive dans un programme national ou dans un contrat visant à améliorer la qualité et la coordination des soins. C'est une pratique encadrée, qui fait intervenir des acteurs et des moyens spécifiques.

Tel n'est pas le cas du conseil téléphonique que le médecin délivre à un patient qu'il connaît, au cours de sa consultation. C'est un acte médical de suivi, qui engage la responsabilité du praticien, mais ne peut s'inscrire dans le cadre légal de la télémédecine.

➤ On m'a proposé de devenir consultant médical sur un site Internet pour faire du « téléconseil personnalisé ». Le site en question indique qu'il ne s'agit pas de télémédecine. Est-ce exact ?

Ces sites proposent une mise en relation des internautes avec un professionnel de santé afin que celui-ci fournisse des informations, non générales mais personnalisées, généralement par téléphone, après interrogatoire du « patient ».

En dépit de la mention portée sur le site, et bien que cette activité ne figure pas, en tant que telle, dans les actes définis par le décret du 19 octobre 2010, ■ ■ ■

« Le recours à la télémédecine suppose le consentement du patient. »

sabilité dans les mêmes conditions que s'il recueillait les données au cours d'une consultation. Là encore, il doit bien veiller à la qualité des

éléments transmis, qui vont lui permettre d'adapter la prise en charge, surtout si les données sont enregistrées par le patient lui-même.

Enfin, il ne doit pas hésiter à préconiser une consultation médicale présente s'il l'estime nécessaire au vu des données recueillies, et à modifier les paramètres de surveillance s'il les juge inadaptés.

La télémédecine correspond à une activité réglementée, qui suppose que le projet s'inscrive dans un programme national ou dans un contrat visant à améliorer la qualité et la coordination des soins. C'est une pratique encadrée, qui fait intervenir des acteurs et des moyens spécifiques.

Tel n'est pas le cas du conseil téléphonique que le médecin délivre à un patient qu'il connaît, au cours de sa consultation. C'est un acte médical de suivi, qui engage la responsabilité du praticien, mais ne peut s'inscrire dans le cadre légal de la télémédecine.

Ces sites proposent une mise en relation des internautes avec un professionnel de santé afin que celui-ci fournisse des informations, non générales mais personnalisées, généralement par téléphone, après interrogatoire du « patient ».

En dépit de la mention portée sur le site, et bien que cette activité ne figure pas, en tant que telle, dans les actes définis par le décret du 19 octobre 2010, ■ ■ ■



■ ■ ■ le téléconseil personnalisé peut répondre aux critères de la télémédecine. Il règne donc un flou juridique sur l'encadrement de cette pratique, ce que déplore le CNOM, qui a sollicité les pouvoirs publics afin que cette pratique entre clairement dans le cadre de la télémédecine pour lever toute ambiguïté.

Il appelle également les praticiens à la plus grande vigilance en cas de participation à ce type d'activité, car ils engagent clairement leur responsabilité sur les « avis » donnés. Il encourage notamment à régulariser un contrat avec la plateforme de téléconseil et à le lui transmettre pour avis.

➤ Je m'apprête à signer un contrat pour m'engager dans une pratique de télémédecine et constate qu'une clause exclut toute responsabilité d'un prestataire technique. Est-ce légal ?

Les prestataires techniques engagent leur responsabilité sur les prestations qu'ils fournissent et doivent garantir la fiabilité des moyens technologiques qu'ils mettent

en œuvre. Ils ne peuvent, par avance, se dégager de leur responsabilité.

Il est important de définir clairement dans le contrat la nature des engagements de ce prestataire, et leurs conditions de réalisation (par exemple, si le prestataire a recours à des sous-traitants).

« Il règne un flou juridique sur l'encadrement du téléconseil personnalisé. »

Ce tour d'horizon en dix questions est loin de refléter la pluralité des situations rencontrées en télémédecine. Cette activité est appelée à se développer et à se préciser à l'avenir,

avec des outils technologiques de plus en plus sophistiqués, mais aussi, peut-être, une responsabilité accrue des professionnels médicaux qui y recourent.

Pour plus d'informations sur la position du CNOM sur la télémédecine : consulter le Vade-mecum Télémédecine de septembre 2014 sur www.conseil-national.medecin.fr/ ■

1. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
2. Article R. 6316-1 du Code de la Santé Publique (CSP).
3. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine.

TÉLÉMÉDECINE - PLAIES CHRONIQUES ET COMPLEXES LANCEMENT D'UNE EXPÉRIMENTATION DANS NEUF RÉGIONS PILOTES

La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a annoncé la mise en place de ce dispositif qui s'adresse à des patients « souffrant par exemple d'escarres, d'ulcères de la jambe ou de plaies du pied diabétique ». Concrètement, les patients pourront profiter soit d'une téléconsultation, soit d'une téléexpertise. La première sera réalisée depuis une structure médico-légale ou une structure d'exercice coordonné (maison ou centre de santé), alors connectée à une structure distante disposant d'une « ressource médicale experte ». La seconde correspond, quant à elle, à l'avis d'un spécialiste. Elle permet à un médecin non expert en plaies « de solliciter l'avis d'un confrère distant en raison de sa formation ou de ses compétences particulières ». L'objectif de cette expérimentation est de faciliter

l'accès à l'offre de soins « dans des délais raisonnables » mais aussi de « réduire les déplacements du patient ». Elle permettra également de pallier d'éventuels renoncements aux soins, d'améliorer l'organisation des soins dans les territoires concernés et, par extension, la qualité de la prise en charge. Un cahier des charges précisant les conditions de réalisation des téléconsultations et des télé-expertises a été publié au Journal officiel.

Arrêté du 17 avril 2015 portant cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télémédecine des plaies chroniques et/ou complexes mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014, JO 23 avril 2015, texte 30.

Traitement fréquemment utilisé en seconde intention pour soigner l'arthrose du genou, l'injection d'acide hyaluronique voit sa pertinence régulièrement remise en cause. Après avoir rappelé en quoi elle consiste, le Docteur Agnès Ulmann nous invite à comparer les bénéfices constatés en pratique au regard des risques identifiés de ce traitement.



© VALÉRIE SPADA

Que penser du traitement de l'arthrose du genou par injection d'acide hyaluronique ?

DR AGNÈS ULMANN, RHUMATOLOGUE CONSEIL, COMITÉ MÉDICAL SOU MÉDICAL, MACSF

➤ Une alternative intéressante

L'acide hyaluronique en injection intra articulaire dans l'arthrose est une option thérapeutique utilisée depuis des années, essentiellement dans le traitement de la gonarthrose.

La base théorique du traitement repose sur la présence de hyaluronate dans l'articulation, polysaccharide fait de séquences répétitives d'acide hyaluronique et de glucosamine, composant naturel du cartilage et du liquide synovial, contenu dans les quelque 2 ml de liquide synovial à une concentration de 2,5 à 4,0 mg/ml. Il possède des propriétés rhéologiques permettant de lubrifier et d'absorber les chocs. En cas d'arthrose, il est dépolymérisé, a un taux abaissé, et sa demi-vie est diminuée d'environ un facteur 2, passant de 20 heures à environ 11 heures, ce qui réduit la viscoélasticité du liquide synovial.

Il a donc été proposé d'injecter de l'acide hyaluronique dans l'articulation pour améliorer la qualité du liquide articulaire, afin de permettre une bonne lubrification intra articulaire qui améliorerait ses propriétés viscoélastiques. Ainsi est né le concept de **viscosupplémentation**.

L'effet thérapeutique obtenu se ferait par l'association de différentes actions thérapeutiques : fixation aux récepteurs spécifiques de l'acide hyaluronique sur les cellules articulaires, effet sur des médiateurs de l'inflammation et sur la production

endogène d'acide hyaluronique par les synoviocytes et les fibroblastes, qui pourraient expliquer un effet rémanent, mécanismes établis *in vivo* et *in vitro*.

➤ Une efficacité qui reste à démontrer

À partir de cette proposition séduisante, des produits ont été développés par différents laboratoires pharmaceutiques qui ont mis en place des études pour obtenir une autorisation de commercialisation, pour la plupart en tant que dispositif médical, les exigences pour valider leur effet thérapeutique et le marquage CE étant moins contraignantes.

Ces produits ont une large diffusion mondiale, mais avec les mêmes questions *in fine* concernant leur efficacité. Un seul de ces produits est un médicament disposant d'une AMM (autorisation de mise sur le marché).

Remplacer un produit déficient va-t-il améliorer un état aussi complexe que l'arthrose ? Un produit labile va-t-il permettre l'amélioration toujours décalée dans le temps de plusieurs semaines ? Sur le plan clinique, peut-on prouver l'efficacité sur les deux points d'intérêt que sont la douleur et la dégradation articulaire ?

Les études d'efficacité sont le fait de chaque laboratoire : études à effectifs variables, parfois contre placebo, ou infiltration de

corticoides, ou AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens), parfois en double aveugle, ou études de non infériorité par rapport à un produit déjà existant, avec des durées d'évaluation de l'efficacité le plus souvent limitées (de quelques semaines à six mois).

Nous disposons en France d'une dizaine de spécialités différentes.

Plusieurs méta-analyses regroupent des études de produits différents. Un effet classe est revendiqué malgré des différences importantes quant à l'acide hyaluronique

« IL A ÉTÉ PROPOSÉ D'INJECTER DE L'ACIDE HYALURONIQUE DANS L'ARTICULATION POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DU LIQUIDE ARTICULAIRE ET PERMETTRE UNE BONNE LUBRIFICATION INTRA ARTICULAIRE. »

injecté :

- son origine – produit synthétisé par fermentation bactériologique ou extrait de tissus animaux ;
- son poids moléculaire, sa demi-vie ;
- des protocoles cliniques différents, tant par le nombre d'injections que le volume et la concentration.

De ces études, il ressort, au mieux, une efficacité possible mais modeste, d'environ 1 sur 10 sur l'échelle analogique de la douleur.

Il n'en reste pas moins que diverses sociétés savantes européennes recommandent ce type de traitement après échec des mesures simples non ■ ■ ■

« COMME BEAUCOUP DE PATIENTS SONT TRÈS SATISFAITS DU TRAITEMENT, DE NOMBREUX PRATICIENS NE CONTESTENT PAS LES POSSIBILITÉS OFFERTES PAR UN TEL TRAITEMENT, MÊME SANS PREUVE OBJECTIVE. »



© BSIIP

■ ■ ■ pharmacologiques, des traitements antalgiques, puis des AINS.

➤ En pratique

• Des patients satisfaits

Sur un plan pratique, on considère l'efficacité retardée, attendue en règle générale 2 à 3 mois après les injections, à la différence des injections intra articulaires de corticoïdes dont l'effet anti-inflammatoire est très rapide. Cela étant, des patients en sont immédiatement très satisfaits, ce qui ne fait que rappeler l'importance de l'effet placebo dans le traitement des douleurs.

L'effet retardé de plusieurs semaines imposerait bien évidemment une comparaison sur un même échantillon de patients avec des injections placebo. Cette comparaison permettrait de faire la part de l'évolution naturelle des poussées d'arthrose du genou.

Cependant, comme beaucoup de patients sont très satisfaits du traitement, de nombreux praticiens ne contestent pas les possibilités

offertes par un tel traitement, même sans preuve objective.

• Des effets secondaires limités

Les effets secondaires sont sans gravité, en faveur du produit, même s'ils ont été discutés.

Des réactions inflammatoires transitoires sont possibles, connues dès les études initiales. Elles n'impliquent qu'un glaçage et un traitement symptomatique et disparaissent rapidement. Elles sont sans doute un peu plus fréquentes avec les formes réticulées en gel que linéaires solubles. Comme lors de toute infiltration intra articulaire, un sepsis est possible, ce qui implique de prendre les précautions habituelles pour l'éviter et de l'envisager par principe après toute évolution anormale sans privilégier l'hypothèse d'une réaction inflammatoire.

• Les indications

Le remboursement à hauteur de 65 % concerne une seule indication, à savoir

la gonarthrose après échec des antalgiques et échec ou intolérance aux AINS, sous réserve que la prescription et la réalisation soient effectuées exclusivement par un rhumatologue, un chirurgien orthopédique ou un médecin de médecine physique et de réadaptation, et ce dans la limite de 3 injections par an et par genou.

On considère comme indication à privilégier les arthroses modérées, à ponctionner en cas d'épanchement.

➤ Un sujet controversé

En 2012, l'émoi a été grand concernant un possible arrêt de remboursement. Un article repris dans la revue *Prescrire*, à la suite d'une méta-analyse, a rapporté des effets indésirables graves, mais dans des études qui seront ensuite reconnues comme manquant gravement d'évaluation en termes d'imputabilité.

Le 24 février 2014, la HAS est revenue sur l'avis défavorable de la CNEDIMTS,

Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé. Une réévaluation de l'intérêt médical et économique de ce traitement est en cours et les premiers résultats portant sur les six produits étudiés en 2015 sont sévères, retenant un service médical rendu (SMR) insuffisant.

D'autres articulations ont été l'objet ou sont l'objet de traitements selon les indications des divers dispositifs, avec des protocoles très variés. Des produits sont commercialisés spécialement pour de petites articulations ou, au contraire, pour la hanche, ou encore pour le genou en une seule injection.

Comment expliquer le succès remporté par ce type de traitement ?

Certes l'efficacité est sans doute modeste, mais ce traitement est appréciable dans une pathologie chronique comme l'arthrose dont la gravité n'impose pas obligatoirement à terme un geste chirurgical avec ses propres

« UNE RÉÉVALUATION DE L'INTÉRÊT MÉDICAL ET ÉCONOMIQUE DE CE TRAITEMENT EST EN COURS. »

indications et ses risques.

La viscosupplémentation, en apportant une sensation de soulagement certes retardée et dans une pathologie évoluant par crise, représente un espoir de traitement possible. Cela est d'autant plus vrai que les possibilités de traitements diminuent, que le remboursement des médicaments dits « de fond » dans l'arthrose n'est plus que de 15 %, que les antalgiques de niveau 1, même à dose correcte, sont souvent insuffisamment efficaces ou mal tolérés pour les autres, et que les AINS ne sont pas sans risque chez des patients âgés, notamment sur le plan rénal, avec des problèmes de co-prescription. La possibilité de ce traitement bien toléré est pragmatiquement intéressante et apporte un espoir hormis les classiques conseils non pharmacologiques, plus valorisant pour beaucoup de praticiens que de conseiller une perte de poids, une canne, un entretien musculaire et des orthèses. ■



© DR

De nombreuses études internationales mettent en évidence un nombre important d'erreurs dans l'administration des médicaments, de la prescription à la prise effective par le patient. Si beaucoup ne provoquent pas de dommage au patient, certaines ont, au contraire, des effets extrêmement graves, justifiant que l'on s'en préoccupe. Au-delà des erreurs ponctuelles, les organisations mises en place jouent un rôle important. Des mesures aussi simples qu'efficaces sont testées, méritant d'être diffusées.



© BR

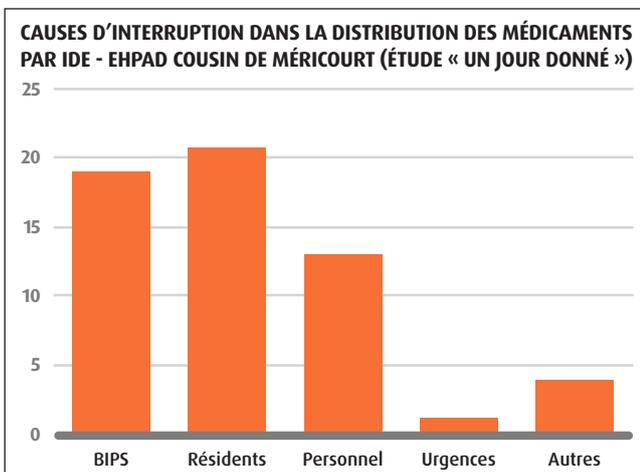
Expérimentation du port d'un gilet d'alerte par les infirmières lors de la distribution des médicaments aux résidents d'un EHPAD

FRANCINE AMALBERTI, DIRECTRICE, EHPAD COUSIN DE MÉRICOURT À CACHAN (94), GÉRÉ PAR LE CASVP

La distribution des médicaments aux résidents est la dernière étape de la prise en charge médicamenteuse. Ultime barrière de prévention, l'étape d'administration nécessite donc une grande attention de la part du personnel infirmier afin de stopper une erreur, qui se serait produite en amont du circuit mais aussi pour éviter d'en commettre une. Parmi les causes identifiées de ces erreurs l'interruption de tâche subie par le personnel soignant tient une place importante.

Conscient de ce risque, l'établissement s'est appuyé sur les retours d'expérience d'autres professionnels pour trouver une solution. À cette fin, il a mené **deux études consécutives**.

La **première étude** consistait à recenser le nombre d'interruptions de tâche au cours de la distribution des médicaments et à identifier la cause de ces interruptions. Cette enquête « un jour donné » a permis de mettre en évidence les conclusions suivantes :



À l'issue de ces résultats, l'établissement a mené une **deuxième étude** dont l'objectif était d'évaluer l'intérêt du port d'un gilet particulièrement voyant par les IDE lors de la distribution des médicaments. Le critère de jugement principal était la réduction du nombre d'interruptions de tâche (bips, téléphones, dérangement par les personnels...).

➤ Principe d'évaluation :

- Réalisation d'une étude comparative entre des IDE portant le gilet durant la distribution des médicaments et les mêmes IDE, effectuant la tâche mais sans port de gilet.

- Étude qui a été réalisée sur deux semaines :

- Semaine n°1 : mesure de l'interruption dans la tâche **avec port du gilet** ;
- Semaine n°2 : mesure de l'interruption dans la tâche **sans port de gilet**.

4 IDE du matin et 4 IDE de l'équipe d'après-midi ont participé à l'étude sur un nombre total de 19 IDE (exclusion de l'étude des 3 IDE de nuit). Les IDE ont renseigné des grilles d'évaluation d'interruption dans la tâche par d'autres professionnels (passage, appel par BIP ou téléphone par d'autres professionnels).

À noter un **critère d'exclusion** de l'étude : l'interruption dans la tâche par les résidents et/ou leur famille.



© GERMAIN DECROIX

➤ Résultats de l'étude

SEMAINE N° 1	
Nombre d'interruptions dans la tâche AVEC port de gilet	
Nombre d'interruptions par un membre du personnel	Nombre d'interruptions dans la tâche par BIP et/ou téléphone
117	62
SEMAINE N° 2	
Nombre d'interruptions dans la tâche SANS port de gilet	
Nombre d'interruptions par un membre du personnel	Nombre d'interruptions dans la tâche par BIP et/ou téléphone
131	62

Au vu des résultats, nous constatons que les IDE qui portaient le gilet durant la distribution des médicaments ont bénéficié d'une moindre interruption dans leur tâche assez significative (14 fois de moins). Ces résultats sont d'autant plus statistiquement représentatifs qu'ils ne portent que sur 42 % des IDE de l'établissement.

En ce qui concerne l'interruption dans la tâche par le BIP et/ou le téléphone, les chiffres sont identiques. Il est intéressant de noter que, contrairement au « ressenti » initial des professionnels, ceux-ci sont quantitativement plus « dérangés » et interrompus dans leur tâche par les autres professionnels, que par les BIPS et/ou le téléphone.

« LE PORT DU GILET RÉDUIT LES RISQUES »

➤ Mise en pratique

Le port du gilet durant la distribution des médicaments sera encouragé, expliqué et généralisé pour tous les IDE, dans le cadre de la sécurisation du circuit du médicament. ■

➔ POUR ALLER PLUS LOIN

Vérification et distribution des médicaments par les infirmiers

Les infirmiers sont souvent interrompus pendant la vérification et la distribution des médicaments. Peu d'interventions ont prouvé leur efficacité pour limiter ce risque. L'étude prend pour cadre la mise en route des chimiothérapies en utilisant une simulation avec des interruptions contrôlées. On vérifie par la simulation que le nombre d'erreurs croît avec les interruptions.

Les interventions d'amélioration consistent :

1. à isoler et protéger les infirmiers dans la phase de préparation à l'intérieur d'un local transparent en expliquant (aux professionnels, patients, familles) que cette position doit être protégée, la même idée étant aussi appliquée au pied du patient dans une zone protégée autour de la zone de perfusion ;
2. à aider par une standardisation tracée électroniquement les étapes de délivrance, de sorte à bénéficier d'alarmes ;
3. en l'utilisation d'une méthode de contrôle à voix haute des actions entreprises tant à la préparation assemblage, qu'à l'administration (méthode qui augmente la conscience et réduit le risque en interruption de sauter des étapes au retour à la tâche après interruption).

L'étude montre qu'après intervention, les erreurs diminuent (89 % avant, 58 % après), particulièrement pendant les phases d'injection et de programmation des perfusions électriques.

Source : PRAKASH V., KOCZLARA C., SAVAGE P., TRIP K., STEWART J., Mc CURDIE T., CAFAZZO J., TRBOVICH P., *Mitigating errors caused by interruptions during medication verification and administration: interventions in a simulated ambulatory chemotherapy setting* (2014).

Le domaine de la responsabilité médicale, en perpétuelle évolution, est parfois bien difficile à appréhender pour les professionnels de santé. Cette rubrique est destinée à apporter quelques réponses claires aux interrogations concrètes de ces professionnels.

Responsabilité du médecin : question/réponse

MARGAUX DIMA, JURISTE, MACSF

Je suis médecin généraliste libéral et j'occupe occasionnellement le poste de régulateur du SAMU dans mon département. Je m'interroge sur la responsabilité encourue en cas de dommage pour un patient consécutivement à un appel au Centre 15.

➤ Le statut du médecin régulateur du SAMU : une question réglée !

L'article L. 6314-2 du Code de la Santé Publique (CSP) indique que « l'activité du médecin libéral assurant la régulation des appels au sein d'un service d'aide médicale urgente hébergé par un établissement public de santé est couverte par le régime de la responsabilité administrative qui s'applique aux agents de cet établissement public ».

En conséquence, dans le cadre de la permanence des soins, le médecin libéral assurant la régulation au Centre 15 est considéré comme un collaborateur occasionnel du service public et bénéficie ainsi de la protection de l'État. Il ne sera donc personnellement responsable des conséquences dommageables d'une faute professionnelle que s'il commet une faute détachable de ses fonctions. En matière pénale, sa responsabilité reste entière.

➤ Le médecin effecteur, collaborateur occasionnel du service public ?

On aurait pu penser que la réponse pour le médecin effecteur aurait été la même que pour le régulateur, et ce pour plusieurs raisons. En premier lieu, car ce dernier participe également et nécessairement à une mission de service public de permanence des soins lorsqu'il se rend au chevet des malades et que les conditions requises (mission de service public, effective, demandée par l'autorité publique) pour bénéficier du statut de collaborateur occasionnel sont réunies.

En second lieu, le médecin effecteur exerce sa mission dans un cadre organisé par l'ARS (Agence Régionale de Santé) et dans des conditions définies par décret en Conseil

d'État, en fonction d'un cahier des charges régional. Ensuite, les modalités d'accomplissement de la mission de permanence des soins, telles que les horaires, sont fixées par voie réglementaire. Enfin, ce praticien libéral ne choisit pas ses patients et les patients ne choisissent pas le praticien, c'est le service public qui décide et impose.

Pour ces raisons, le médecin effecteur devrait bénéficier du même statut que le médecin régulateur. Dans son enquête de janvier 2013 sur l'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale, le CNOM a d'ailleurs dénoncé l'effet délétère qu'aurait le refus d'accorder aux médecins effecteurs la protection de l'État pour leur responsabilité mais aussi pour les dommages qu'ils peuvent subir. Pour le CNOM, le statut de collaborateur occasionnel est le seul à même d'assurer la pérennité d'un système ayant pour objectif l'accomplissement d'une mission de service public.

➤ La Cour de cassation a tranché...

Pour la première fois, la première chambre civile de la Cour de cassation, par un arrêt du 4 février 2015 (n° 14-10337), a tranché sur ce point et indiqué que le médecin effecteur n'est pas un collaborateur occasionnel du service public.

Dans cette affaire, un médecin libéral de permanence est sollicité par un médecin régulateur du SAMU pour effectuer une consultation au domicile d'une patiente souffrant d'une douleur au membre supérieur gauche avec sueurs, nausées et vomissements. Le praticien diagnostique une symptomatologie douloureuse se rapportant à une névralgie cervico-brachiale et administre un traitement anti-inflammatoire et antalgique,

« POUR LA PREMIÈRE FOIS, LA COUR DE CASSATION A TRANCHÉ SUR CE POINT ET INDICÉ QUE LE MÉDECIN EFFECTEUR N'EST PAS UN COLLABORATEUR OCCASIONNEL DU SERVICE PUBLIC. »

avant de laisser la patiente au repos à son domicile. Quelques heures plus tard, elle est victime d'un infarctus.

Assigné en responsabilité et s'estimant collaborateur occasionnel du service public d'aide médicale d'urgence, le médecin libéral soulève l'incompétence des juridictions de l'ordre judiciaire au profit des juridictions administratives.

La Cour d'appel retient l'exception d'incompétence. Après avoir énoncé que le médecin participait à une mission de service public d'aide médicale d'urgence, elle relève l'existence d'une faute de service sans que la responsabilité civile de l'agent ne puisse être engagée. Pour les juges, seule la personne publique peut être mise en cause, sauf faute détachable du service nullement alléguée dans cette affaire.

Un pourvoi est formé contre cet arrêt d'appel.

La Cour de cassation décide que le médecin effecteur n'est pas un collaborateur occasionnel du service public. Elle indique qu'« en statuant ainsi, alors que la permanence des soins constitue une mission de service public, les actes de diagnostic et de soins réalisés par un médecin d'exercice libéral lors de son service de garde engagent sa responsabilité personnelle, même lorsque son intervention a été sollicitée par le centre de réception et de régulation des appels du SAMU, la cour d'appel a violé les textes susvisés ».

Elle casse et annule l'arrêt d'appel et renvoie l'affaire devant une autre Cour d'appel.

Ainsi, dans son exercice de consultation, le médecin de garde ne peut être regardé comme un collaborateur occasionnel du service public. Ses actes relèvent donc de sa responsabilité personnelle et de la compétence des juridictions de l'ordre judiciaire. Le médecin étant obligé d'assurer son activité, c'est son assureur personnel qui devra intervenir et non celui du centre hospitalier hébergeant le SAMU. ■

L'émergence des risques psychosociaux constitue un enjeu majeur pour les entreprises, les salariés et les médecins. Grâce aux nombreuses études réalisées, l'identification de leurs causes est désormais possible, ouvrant la voie à des actions de prévention primaire. Parallèlement, aider les travailleurs à mieux y faire face et accompagner les victimes dans le cadre de leur retour au travail est devenu nécessaire. Tant la réglementation que la jurisprudence font peser de lourdes obligations sur les employeurs en termes de prévention et de prise en compte de ces risques psychosociaux.



© FRANK-HUÉRY

Quels facteurs de risque et actions de prévention ?

DR PATRICK LEGERON, PSYCHIATRE, SERVICE UNIVERSITAIRE DE L'HÔPITAL SAINTE-ANNE, FONDATEUR DU CABINET STIMULUS, AUTEUR DE « LE STRESS AU TRAVAIL : UN ENJEU DE SANTÉ », ODILE JACOB, SEPTEMBRE 2015

Pendant des décennies, voire des siècles, les risques auxquels étaient exposées les personnes au travail étaient physiques, biologiques ou chimiques. Mais les importants changements survenus dans le monde du travail ces trente dernières années ont entraîné l'émergence de risques nouveaux dans le domaine de la santé au travail, les risques psychosociaux (ou RPS)¹, comme l'illustrent les différents rapports de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail². Ainsi, depuis 2007, les consultations pour risque psychosocial sont devenues la première cause de consultation en pathologie professionnelle³.

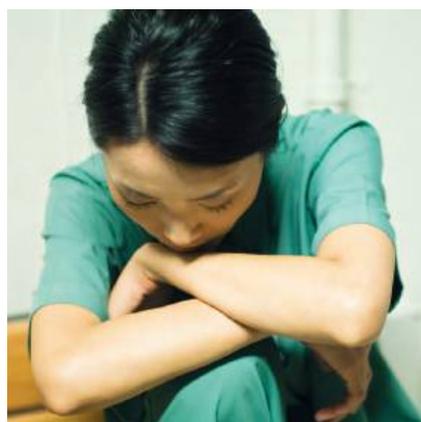
Les risques psychosociaux correspondent à de nombreuses situations (stress, harcèlement moral, violence, souffrance, suicide, dépression, burn-out, addictions, troubles musculo-squelettiques, etc.) et sont par ailleurs source d'une grande confusion⁴. Ces appellations recouvrent en effet les déterminants et les effets, sans distinguer les causes des conséquences. De nombreuses études internationales font apparaître le stress comme le plus fréquent des risques psychosociaux. On estime qu'au sein de l'Union européenne, près de 25 % des salariés souffrent de stress au travail, alors que 5 % ont subi un harcèlement et 5 % sont victimes de violence physique⁵. Le stress est ainsi

devenu le problème de santé le plus répandu dans le monde du travail et le nombre de personnes souffrant d'un état de stress causé ou aggravé par le travail va probablement augmenter⁶. D'après l'Institut de veille sanitaire (IVS), près de 500 000 salariés présenteraient aujourd'hui des manifestations pathologiques de la souffrance mentale⁷.

➤ Les facteurs de risques psychosociaux

La question méritait d'être posée depuis longtemps dans le monde du travail. Elle surgit brutalement à l'occasion de la « vague de suicides » observée à la fin des années 2000 : « Quelles sont les véritables causes du stress au travail, quels sont les éléments qui, dans l'environnement et les conditions du travail, conduisent à la souffrance psychique des salariés ? ». Pour répondre à cette question, le rapport remis au ministre du travail en 2008 a été suivi de la mise en place d'un collège d'expertise par l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques)⁸. Ce groupe

« QUELS SONT LES ÉLÉMENTS QUI, DANS L'ENVIRONNEMENT ET LES CONDITIONS DU TRAVAIL, CONDUISENT À LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE DES SALARIÉS ? »



© DR

d'experts a ainsi pu élaborer un recensement des très nombreux facteurs de risques psychosociaux⁹ et les regrouper en six grandes catégories¹⁰.

• Les exigences du travail

Le caractère stressant du travail peut provenir de son intensité ou du temps qu'il exige. Les exigences du travail recouvrent quatre grandes dimensions :

- la quantité de travail ;
- la pression temporelle au travail ;
- la complexité du travail ;
- les difficultés de conciliation entre vie professionnelle et vie familiale.

Devoir travailler vite, en étant souvent interrompu, ou subir de nombreuses ■ ■ ■

■ ■ ■ contraintes de rythme constitue un autre aspect du travail qui peut s'avérer néfaste pour la santé, tout comme pour la concentration mentale.

• Les exigences émotionnelles

Cette notion regroupe en fait plusieurs choses. Elle peut tout d'abord désigner la nécessité de maîtriser ses émotions, comme c'est le cas pour les hôtesses de l'air ou les infirmières, qui doivent se montrer sereines et détendues pour rassurer passagers ou patients. Il s'agit aussi, pour d'autres salariés, de sourire, garder son calme ou cacher ses émotions face à une personne désagréable, voire agressive. Certains métiers sont particulièrement éprouvants émotionnellement : accompagner des personnes en fin de vie, s'occuper d'enfants gravement malades, intervenir auprès de victimes d'accidents, etc. Enfin, n'oublions pas les métiers qui nous exposent à la peur : peur d'un accident matériel, d'une agression physique ou d'une violence morale.

• Le manque d'autonomie et de marge de manœuvre

Avoir très peu de liberté pour décider comment faire son travail est l'une des manifestations les plus répandues du manque d'autonomie, tout comme ne pas pouvoir interrompre momentanément son travail quand on le souhaite. Travailler avec des procédures très étroitement définies et ne pas pouvoir s'en détacher est un facteur de stress fréquemment identifié dans nombre d'activités. L'absence de marge de manœuvre dans l'exécution des tâches augmente considérablement le stress, tout comme ne pas pouvoir donner son avis ni exprimer ses attentes sur l'organisation ou les changements dans son travail. Ne pas avoir la possibilité d'employer et de développer ses compétences est également un enjeu important pour la santé mentale au travail. La monotonie et les tâches répétitives peuvent conduire à une souffrance psychique et au « bore-out », épuisement par ennui.

• Le manque de soutien social et de reconnaissance au travail

Le travail est un lieu de socialisation très important et les rapports sociaux au travail sont des éléments déterminants qui peuvent favoriser la santé au travail, ou au contraire,

l'altérer. Ces rapports peuvent prendre plusieurs formes :

- la coopération et le soutien social de la part des collègues ou de la hiérarchie ;
- le sentiment d'être aidé par les autres dans la réalisation et l'exécution de son travail ;
- la violence au travail, qu'elle soit d'ordre physique ou moral, caractérisée par des mises en situation d'agression, d'isolement ou de mépris ;
- l'absence de bienveillance, ou, dans les cas les plus extrêmes, une situation de harcèlement, qui peuvent impacter sérieusement le bien-être et la santé mentale au travail ;
- la reconnaissance et le sentiment d'utilité du travail effectué, qui représentent un autre élément essentiel de protection en santé dans le cadre professionnel. À cet égard, il faut souligner le rôle déterminant du management.

• Les conflits de valeurs

L'obligation de travailler d'une façon qui heurte sa conscience professionnelle peut aussi se révéler néfaste pour la santé mentale. Certaines situations peuvent donner lieu à des « conflits éthiques » entre les exigences du travail et les valeurs personnelles ou professionnelles. Ainsi, devoir faire dans son travail des choses que l'on désapprouve (conclure une vente abusive, lancer une procédure de recouvrement chez un démuné, réaliser un licenciement) peut induire un réel mal-être psychologique. Travailler dans certains secteurs d'activité (centre d'interruption de grossesse, industrie de l'armement) provoque chez certaines personnes, en fonction de leurs valeurs, de véritables conflits. Citons enfin une forme particulière, mais de plus en plus répandue, du conflit de valeurs : ne pas avoir les moyens d'effectuer un travail de qualité pour des raisons de productivité (c'est ce que l'on nomme la « qualité empêchée »).

• L'insécurité de l'emploi et du travail

L'insécurité de l'emploi constitue un facteur de risque pour la santé dans la mesure où elle réduit le sentiment de maîtrise

de la situation ainsi que l'estime de soi. Cette insécurité peut prendre plusieurs formes : la peur de perdre son emploi, véritable facteur de stress au quotidien pour de nombreux salariés en situation précaire dans un monde du travail fortement marqué par le chômage, ou encore l'inquiétude de devoir changer de qualification ou de métier. Citons aussi la notion de « soutenabilité » du travail, c'est-à-dire être capable de faire le même travail jusqu'à l'âge de la retraite. Enfin, autre facteur important de stress, les changements survenant dans le travail, que ce soit au niveau de l'entreprise (réorganisation, restructuration, déménagement, délocalisation) ou de l'individu (changement de poste, modifications des procédures de travail, déploiement d'un nouveau logiciel informatique). Ces changements, petits ou grands, demandent au salarié de s'adapter constamment et tout processus d'adaptation met systématiquement en jeu une réponse de stress.

➤ Les actions de prévention possibles

Au niveau international, il est admis que les interventions visant à réduire les risques psychosociaux peuvent être primaires (réduire les sources de stress), secondaires (aider les individus à développer des capacités pour mieux faire face au stress) et tertiaires (prendre en charge les individus affectés par le stress)¹¹. Aussi, une combinaison de changement organisationnel et d'aide apportée aux individus constitue souvent

l'approche la plus efficace pour réduire le stress au travail¹². Les recommandations françaises vont dans le même sens, aussi bien celles fournies par l'accord

national interprofessionnel sur le stress au travail que par l'Agence nationale d'amélioration des conditions de travail¹³.

• La prévention primaire

Elle a pour objectif l'élimination ou le contrôle des facteurs de risque présents dans le milieu du travail en agissant directement sur eux pour réduire leurs impacts négatifs sur l'individu. Il s'agit ici d'intervenir sur les causes des risques

« LES RAPPORTS SOCIAUX AU TRAVAIL SONT DES ÉLÉMENTS DÉTERMINANTS QUI PEUVENT FAVORISER LA SANTÉ AU TRAVAIL, OU AU CONTRAIRE, L'ALTÉRER. »

psychosociaux plutôt que sur leurs conséquences. Les actions varient en fonction des facteurs de stress détectés : surcharge de travail, marge de manœuvre insuffisante pour faire face à la demande, pression sur des objectifs quantitatifs et/ou qualitatifs, manque de soutien du management ou des collègues, reconnaissance insuffisante du travail, définition imprécise des tâches diluant les responsabilités...

« UNE COMBINAISON DE CHANGEMENT ORGANISATIONNEL ET D'AIDE APPORTÉE AUX INDIVIDUS CONSTITUE SOUVENT L'APPROCHE LA PLUS EFFICACE POUR RÉDUIRE LE STRESS AU TRAVAIL. »

• Les programmes de prévention secondaire

Ces programmes ont pour but d'aider les individus à gérer plus efficacement les exigences et contraintes du travail en améliorant leurs stratégies d'adaptation aux sources de stress, en augmentant leur résistance au stress ou en soulageant les symptômes associés au stress. Ces actions peuvent prendre plusieurs aspects : formation à la gestion du stress, pratique de la relaxation ou de la méditation, amélioration de l'hygiène de vie, lutte contre les addictions ou aide apportée aux salariés pour faire face à diverses contraintes de la vie personnelle (crèches, conciergerie, etc.).

• Les interventions au niveau tertiaire

Elles ont pour objet le traitement, la réhabilitation, le processus de retour au travail et le suivi des individus qui souffrent ou ont souffert de problèmes de stress ou de santé mentale liés au travail (assistance psychologique, numéro d'appel d'aide et de soutien mis à disposition des salariés, consultations spécialisées, etc.). Cette hiérarchisation des actions de prévention et de lutte contre les risques psychosociaux (primaires, secondaires et tertiaires) doit être la règle en termes de recommandations générales, même s'il appartient aux entreprises de définir les types d'actions les plus pertinentes susceptibles d'être mises en œuvre en leur sein.

Les « bonnes pratiques » incluent ces trois niveaux de prévention. À titre

de comparaison, la prévention du risque « incendie » consiste bien sûr à agir, au niveau primaire, sur les causes possibles de départ d'un feu (isolation des circuits électriques, matériaux ininflammables, etc.), mais aussi à prévoir, par ailleurs, l'installation de détecteurs de fumée, d'extincteurs, de portes coupe-feu et d'issues de secours. À l'évidence, ces démarches de prévention secondaire et tertiaire sont indissociables des premières.

➔ Des enjeux de santé mais aussi économiques

Le stress coûte cher aux personnes qui en souffrent (leur santé se dégrade), mais aussi aux entreprises pour lesquelles elles travaillent ainsi qu'à l'économie nationale. Dans un article paru dans le journal *Les Echos*, le coût du mal-être en France pour les entreprises était estimé à 13 500 € par collaborateur¹⁴ ! Ce chiffre est très discutable, mais de toute évidence, la « facture » du stress au travail est lourde pour les entreprises et la collectivité. Le Bureau International du Travail (BIT) estime que les effets négatifs du stress représentent entre 3 et 4 % du PIB des pays industrialisés, soit 60 milliards d'euros¹⁵. En Europe, le coût économique annuel du stress au travail dépasserait les 20 milliards d'euros¹⁶.

Les études françaises dans ce domaine sont rares. Dans tous ces calculs, il faut tenir compte non seulement des coûts directs (les dépenses de soins, l'absentéisme, le turn-over, les cessations d'activité, les décès prématurés) mais aussi des coûts indirects (baisse de productivité, mouvements sociaux). Il serait intéressant aussi d'y intégrer la dimension du coût du stress pour l'individu, à savoir la souffrance et la perte de bien-être (il est admis qu'ils peuvent représenter jusqu'à deux fois les coûts des soins et des pertes de richesse).

Même si les entreprises perdent beaucoup d'argent à cause du stress de leurs salariés, paradoxalement, elles n'investissent pas

énormément pour lutter contre celui-ci. Pourtant les études internationales l'affirment : il est rentable de s'intéresser au stress, ne serait-ce que par les retours sur investissement que cela fournit, estimé à 1 sur 3, voire 1 sur 5¹⁷. Ainsi, prendre en compte la réalité des risques psychosociaux au travail et mettre en place des actions de prévention est une démarche « gagnant-gagnant » : bonne pour l'individu et bonne pour l'entreprise. ■

1. Bellego M., Légeron P., Ribereau-Gayon H., *Les risques psychosociaux au travail*, Bruxelles. De Boeck. 2012.
2. European Agency for Safety and Health at Work. *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health*, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2007.
3. Source : AFSSET, Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles. www.anses.fr
4. Zawieja P. et Guarnieri F., *Dictionnaire des risques psychosociaux*, ouvrage collectif, Paris, Le Seuil. 2014.
5. Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (Dublin). 4^e enquête européenne, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities. 2007.
6. European Agency for Safety and Health at Work. *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health*, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities. 2007.
7. Khiredine I., Lemaître A., Homère J., Plaine J., Garras L., Riol M.C., et al. ; Groupe MCP 2012. *La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012, à partir du programme MCP*, Bull. Epidémiol. Hebd., 2015. N° 23 : p. 431-438.
8. Nasse P. et Légeron P., *Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail*, Paris, La Documentation française, 2008.
9. Gollac M., Bodier M. (rédacteurs), *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*, rapport du collège d'expertise sur le suivi des RPS au travail réuni à la demande du ministre du Travail et des Affaires sociales, Paris, 2011.
10. DARES Analyses. *Les risques psychosociaux au travail : les indicateurs disponibles*. Ministère du travail. N° 81, décembre 2010.
11. International Labour Organization, *Stress at work. Programme on Safety and Health at Work and the Environment (Safe Work)*, Genève, ILO. 2002.
12. *Stress at work*, U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. Centers for Disease Control and Prevention. National Institute for Occupational Safety and Health. Cincinnati 1999.
13. Sahler B., Berthet M., Douillet P., Mary-Cheray I., *Prévenir le stress et les risques psychosociaux au travail*, Lyon. Anact. 2007.
14. « La mauvaise qualité de l'organisation du travail coûterait 13 500 euros par an et par salarié aux entreprises », *Les Echos* du 29 juillet 2013.
15. *Pourquoi le stress au travail ne doit pas être négligé*, Genève. Organisation internationale du Travail (www.ilo.org). Juillet 2012.
16. *Calculating the cost of work-related stress and psychosocial risks*, European Agency for Safety and Health at Work - EU-OSHA. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2014.
17. Trontin C., Lassagne M., Boini S., Rinal S., *Le coût du stress professionnel en France en 2007*, INRS. Janvier 2010.

Les risques psychosociaux (RPS) représentent un enjeu de santé publique mais aussi une source de contentieux et de mise en cause de nos sociétés. Nos sociétés employeurs sont notamment confrontés à des facteurs de risques psychosociaux liés à l'organisation du travail avec des salariés et pour lesquels ils doivent mener une action de prévention, au risque d'engager leur responsabilité. En tant que salariés, ils sont eux-mêmes exposés à un certain nombre de ces risques et peuvent se sentir isolés quant aux moyens à mettre en œuvre face aux manifestations physiques ressenties. Phénomène multifactoriel et polymorphe, les RPS demeurent difficiles à identifier et se situent au croisement de plusieurs disciplines. Bénédicte Nasse, juriste MACSF, nous aide à mieux comprendre cette notion et leurs implications pour nos sociétés.



© FRANCK HÉRY

Quels enjeux en pratique pour employeurs et salariés ?

BÉNÉDICTE NASSE, JURISTE EXPERT, MACSF

La loi définit une obligation générale de sécurité, qui incombe au chef d'établissement - article L. 4121-1 du Code du travail (CT).

« L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ces mesures comprennent :

- 1° Des actions de prévention des risques professionnels et de la pénibilité au travail.
- 2° Des actions d'information et de formation.
- 3° La mise en place d'une organisation et de moyens adaptés.

L'employeur veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes ».

Il revient ainsi à l'employeur d'évaluer les risques, y compris psychosociaux, et de prendre les mesures nécessaires pour assurer et protéger la santé physique et mentale de ses salariés. Cette obligation générale repose sur une approche globale de prévention des risques professionnels.

Cette démarche de prévention qui incombe à l'employeur doit s'articuler autour de

3 étapes fondamentales : l'évaluation des risques avec l'élaboration du document unique, la mise à jour du règlement intérieur et la mise en place d'un plan d'actions. La démarche de prévention mise en œuvre implique l'ensemble des intervenants d'un cabinet médical et se caractérise par leurs actions interdépendantes.

« IL REVIENT À L'EMPLOYEUR D'ÉVALUER LES RISQUES, Y COMPRIS PSYCHOSOCIAUX, ET DE PRENDRE LES MESURES NÉCESSAIRES POUR ASSURER ET PROTÉGER LA SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE DE SES SALARIÉS. »

➔ La démarche de prévention

• Le document unique d'évaluation des risques (DUER)

Au titre de l'évaluation des risques, c'est le décret du 5 novembre 2001 qui régit la création d'un document unique sur les risques auxquels les travailleurs sont exposés sur leur lieu ou poste de travail. Cette obligation est applicable depuis le 7 novembre 2002 et figure dans le Code du Travail (CT). Celui-ci énonce que « quelle que soit la taille de l'entreprise et son secteur d'activité, l'employeur doit transcrire

dans le document unique le résultat de l'évaluation des risques à laquelle il a procédé dans le cadre de son obligation générale de prévention des risques professionnels » (articles L. 4121-1 et R. 4121-1 du CT).

L'employeur devra, pour établir ce document, prendre contact avec l'ensemble des intervenants de l'entreprise (délégués du personnel, médecin du travail, inspection du travail, IPRP). L'employeur peut également être aidé dans la rédaction de ce document par des contacts avec la CRAM (Caisse Régionale d'Assurance Maladie), les syndicats professionnels, les organismes de contrôle, des consultants spécialisés.

Pour chaque unité de travail, qu'il s'agisse d'une unité géographique ou d'une activité, le document unique doit dresser l'état des lieux des risques identifiés, contenir un classement ainsi qu'un programme de mise en place des actions préventives pour réduire ou éliminer les risques identifiés.

- L'inventaire doit permettre d'identifier les situations concrètes en lien avec les facteurs de risques :

- l'intensité du travail et le temps de travail (quantité de travail, complexité des tâches, responsabilité) ;



© DR

« LE DOCUMENT UNIQUE DOIT DRESSER L'ÉTAT DES LIEUX DES RISQUES IDENTIFIÉS, CONTENIR UN CLASSEMENT AINSI QU'UN PROGRAMME DE MISE EN PLACE DES ACTIONS PRÉVENTIVES POUR RÉDUIRE OU ÉLIMINER LES RISQUES IDENTIFIÉS. »

- les exigences émotionnelles (contact avec le public, avec des personnes en souffrance, peur au travail) ;
- le manque d'autonomie (procédures, prises d'initiatives) ;
- les relations sociales de travail (esprit d'équipe, reconnaissance, conflits, violence) ;
- le sens du travail demandé (conflit de valeur, éthique) ;
- les conditions et l'environnement de travail (changements, salaire, précarité, perspectives d'évolution).

- Le classement doit prendre en compte les critères de gravité des accidents, le nombre de salariés concernés et la fréquence d'apparition du risque. Une distinction selon la probabilité et le degré de gravité doit être faite. L'évaluation de la gravité des conséquences doit également être mentionnée.

- Enfin, l'employeur doit décrire les actions de prévention déjà existantes, celles à maintenir ou à améliorer ainsi que les actions nouvelles à mettre en place.

- **La mise à jour du règlement intérieur**
Le règlement intérieur doit contenir les informations concernant les règles relatives à la discipline mais également les mesures d'application de la réglementation en matière de santé et de sécurité dans l'entreprise ou l'établissement, à savoir :
 - les conditions dans lesquelles les salariés peuvent être appelés à participer, à la demande de l'employeur, au rétablissement de conditions de travail

protectrices de la santé et de la sécurité des salariés, dès lors qu'elles apparaissent compromises ;

- les dispositions relatives aux droits de la défense des salariés et aux harcèlements (moral et sexuel) ;
- les dispositions du Code du Travail qui interdisent de laisser entrer ou séjourner dans les lieux de travail des personnes en état d'ivresse, celles qui rappellent l'interdiction de posséder, d'introduire et de consommer de la drogue ainsi que de conduire sous l'emprise de stupéfiant ou dans un état d'ivresse.

• Le plan d'actions

Une fois l'évaluation des risques réalisée, l'article L. 4121-3 du CT exige que l'employeur mette en œuvre « *les actions de prévention ainsi que des méthodes de travail et de production garantissant un meilleur niveau de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs* ».

En outre, l'article L. 4121-1 du CT apporte des précisions sur le contenu du plan d'actions en indiquant que ces mesures sont triples, comprenant à la fois « *des actions de prévention des risques professionnels et de la pénibilité du travail, la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés, des actions d'information et de formation* ».

Le plan d'actions doit fixer la liste détaillée des mesures à prendre au cours de l'année à venir en matière de protection des salariés et d'amélioration des conditions de travail,

formations, changement d'équipement (article L. 4612-16 du CT). L'employeur doit reprendre pour l'élaboration de son plan d'actions l'ensemble des mesures proposées dans le document unique qui servira de base à son document.

➤ Les acteurs impliqués

• Le salarié

Le salarié informe son employeur ou le médecin du travail de toute situation présentant un risque pour sa santé au travail : il s'agit du droit d'alerte. L'alerte exercée par le salarié pourra contribuer à l'élaboration du diagnostic

et la formulation de propositions pour le plan d'actions. L'obligation d'alerte est aussi un préalable au droit de retrait qui peut être exercé par un salarié en cas de danger grave et imminent (article L. 4131-1 du CT).

Toute la difficulté réside dans le fait que le contrôle des tribunaux peut générer une incertitude quant à ce que recouvre exactement la notion de « danger grave et imminent » et de « motif raisonnable de penser ». Le contrôle opéré *a posteriori* par le juge pour vérifier si le salarié a exercé légitimement son droit portera non pas sur le caractère réellement dangereux de la situation, mais sur « le caractère raisonnable de penser que la situation présentait un danger grave et imminent ». Ce contrôle *a posteriori* du juge est source de difficulté pour l'employeur qui doit, au titre de son pouvoir de direction, réagir immédiatement face à l'exercice d'un droit de retrait ou d'alerte par son salarié.

• L'employeur

Dans le cadre de son obligation de prévention des risques, l'employeur doit intégrer les dispositions relatives à la sécurité et la santé de ses salariés au risque d'être sanctionné par les tribunaux. Pour illustrer les difficultés auxquelles un employeur peut être confronté dans cette démarche, nous retiendrons ici le cas particulier du harcèlement moral.

L'article L. 1152-1 du CT définit le harcèlement moral du salarié « par des agissements répétés qui ont pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique et mentale ou de compromettre son avenir professionnel ».

La jurisprudence a par ailleurs précisé le régime de la preuve en deux temps applicable au harcèlement moral :

1/ Il appartient au salarié d'établir la matérialité des faits qu'il évoque, les juges doivent rechercher si les faits pris dans leur totalité permettent de présumer l'existence d'un harcèlement.

2/ Dans le cas où l'existence du harcèlement est présumée, l'employeur doit établir que les faits dénoncés sont justifiés par des éléments objectifs.

L'obligation spécifique de prévention du harcèlement moral n'est qu'une déclinaison de l'obligation générale de prévention incombant à l'employeur en vertu de l'article L. 4121-1 du CT.

Cette obligation est double puisque l'employeur est tenu de prendre toutes les dispositions nécessaires en vue de prévenir les agissements de harcèlement et de faire en sorte qu'aucun salarié ne subisse des agissements de ce type. La Cour de

cassation a admis le principe pour la victime d'une double indemnisation liée au non-respect des articles L. 1152-4 et L. 1152-1 du CT. Ces articles visent respectivement l'obligation pour l'employeur de prendre toutes les dispositions nécessaires en vue de prévenir les agissements de harcèlement mais aussi l'obligation qu'aucun salarié ne subisse des agissements répétés de harcèlement moral. Au-delà du principe, reste la difficulté de la preuve de préjudices distincts. En pratique, il convient de recommander aux employeurs de ne pas méconnaître les signalements qui seraient transmis par le CHSCT, le service de santé au travail ou les salariés eux-mêmes, au risque d'être lourdement sanctionné.

Le médecin du travail

Le médecin du travail est un acteur central de la prévention des risques professionnels.

Il veille sur la santé des salariés et conseille l'employeur sur l'ensemble des problématiques liées aux conditions de travail. Son rôle est exclusivement préventif.

L'appui du médecin du travail ou du service de santé peut prendre différentes formes dans la démarche de prévention. Le médecin du travail peut aider à enrichir le diagnostic par des données ou les informations dont il dispose en respectant l'anonymat. Il peut participer à des réunions sur l'analyse de poste, du risque ou de la situation posant problème. Enfin, le médecin du travail ou l'équipe pluridisciplinaire pourront être sollicités dans la recherche de solutions ou de propositions. La loi permet aussi au médecin du travail d'élargir son pouvoir de proposition de mesure individuelle à une prévention collective. Ce dernier peut notamment faire des propositions à l'employeur concernant la prévention des risques collectifs au sein de l'entreprise.

La position du médecin du travail est délicate. Il doit conseiller l'entreprise en gardant sa mission d'alerte. Il doit souligner les difficultés qui ne sont pas suffisamment prises en compte par l'employeur, tout en veillant au strict respect du secret médical. ■

« LE SALARIÉ INFORME SON EMPLOYEUR OU LE MÉDECIN DU TRAVAIL DE TOUTE SITUATION PRÉSENTANT UN RISQUE POUR SA SANTÉ AU TRAVAIL : IL S'AGIT DU DROIT D'ALERTE. »



L'actualité législative récente nous a rappelé l'importance de la prise en charge ou plutôt de la prise en soins et de l'accompagnement d'une personne en fin de vie et de son entourage. Le docteur Valentine Madelaine, médecin de la douleur, nous expose les enjeux inhérents aux services de soins palliatifs et les difficultés rencontrées tant par les soignants que les familles dans ce cadre. La décision rendue le 5 juin dernier par la CEDH dans l'affaire Vincent Lambert illustre le caractère particulièrement sensible de ces situations et relance les discussions sur cette question, largement débattue dans le cadre du projet de loi créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

Soins palliatifs : une prise en soins plutôt qu'une prise en charge

DR VALENTINE MADELAINE, UNITÉ DE SOINS PALLIATIFS, POLYCLINIQUE DU BOIS - LILLE
GERMAIN DECROIX, JURISTE, LE SOU MÉDICAL - MACSF

Les soins palliatifs ont connu un développement important depuis leur création en 1986 avec deux plans de développement successifs et plusieurs lois.

Toute personne en fin de vie doit pouvoir bénéficier d'un accompagnement et des traitements visant à soulager ses symptômes.

Dans les centres hospitaliers où elles existent, les médecins et soignants peuvent, si besoin, faire appel à une USP (Unité de Soins Palliatifs) ou une EMSP (Equipe Mobile de Soins Palliatifs) pour les aider à soulager au mieux les patients et accompagner leur famille.

Au domicile, le médecin traitant est souvent seul et démuné pour faire face à ces situations. Car prendre soin d'un patient en fin de vie nécessite une formation à la fois technique et « humaine » au sens large :

- **formation aux thérapeutiques utilisables et à leur mise en œuvre** : prescription d'antalgiques et d'anxiolytiques le plus souvent, mais aussi prise en charge d'un syndrome occlusif, d'une dyspnée majeure, d'un syndrome confusionnel ou d'agitation. Ces thérapeutiques doivent être développées et surtout adaptées à la prise en soins à domicile, et à chaque patient au mieux de son évolution ;
- **mais aussi formation à l'accompagnement et à l'écoute**, pour pouvoir entendre les souhaits et les peurs des patients ainsi que de leur entourage, répondre à leurs interrogations, parfois difficiles à entendre, souvent déstabilisantes pour l'« homme » derrière le soignant.

Au domicile, le médecin traitant est le pivot du dispositif médical et de l'hospitalisation à domicile (HAD) quand elle est mise en place. Les possibilités de réunion et discussion pluri professionnelles sont rares et les décisions parfois lourdes à prendre, surtout lorsqu'on est seul.

C'est pourquoi il paraît nécessaire d'accentuer le développement des soins palliatifs avec un maillage non seulement des centres hospitaliers mais aussi des territoires, et diffuser largement ce savoir-faire et ce savoir-être. ■

AFFAIRE VINCENT LAMBERT

Cour Européenne des droits de l'homme Arrêt Grande chambre 5 juin 2015

Par un arrêt du 24 juin 2014, le Conseil d'État a conclu que toutes les conditions posées par la loi Léonetti étaient réunies et que la décision du médecin de mettre fin à l'alimentation et à l'hydratation artificielles de Vincent Lambert ne pouvait être tenue pour illégale. Le père, la mère, une sœur et un demi-frère du patient ont saisi la Cour Européenne des droits de l'homme (CEDH) d'un recours en violation de l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme qui stipule que « *Le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi. La mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement, sauf en exécution d'une sentence capitale prononcée par un tribunal au cas où le délit est puni de cette peine par la loi* ».

La Cour constate qu'il n'existe pas de consensus entre les États membres du Conseil de l'Europe pour permettre l'arrêt d'un traitement maintenant artificiellement la vie. Dans ce domaine qui touche à la fin de vie, il y a lieu d'accorder une marge d'appréciation aux États. La Cour considère que les dispositions de la loi du 22 avril 2005, telles qu'interprétées par le Conseil d'État, constituent un cadre législatif suffisamment clair pour encadrer de façon précise la décision du médecin dans une situation telle que celle-ci.

Pleinement consciente de l'importance des problèmes soulevés par la présente affaire qui touche à des questions médicales, juridiques et éthiques de la plus grande complexité, la Cour rappelle que dans les circonstances de l'espèce, c'est en premier lieu aux autorités internes qu'il appartenait de vérifier la conformité de la décision d'arrêt des traitements au droit interne et à la Convention, ainsi que d'établir les souhaits du patient conformément à la loi nationale.

Le rôle de la Cour a consisté à examiner le respect par l'État de ses obligations positives découlant de l'article 2 de la Convention.

La Cour a considéré conformes aux exigences de l'article 2 le cadre législatif prévu par le droit interne, tel qu'interprété par le Conseil d'État, ainsi que le processus décisionnel mené d'une façon méticuleuse.

La Cour est arrivée à la conclusion que la présente affaire avait fait l'objet d'un examen approfondi où tous les points de vue avaient pu s'exprimer et où tous les aspects avaient été mûrement pesés tant au vu d'une expertise médicale détaillée que d'observations générales des plus hautes instances médicales et éthiques.

Ces dernières années, la télémédecine a donné lieu à plusieurs études et expérimentations à l'étranger, ouvrant la réflexion dans ce domaine. Certains dispositifs pourraient offrir des réponses adaptées à la demande de soins actuelle et aux défis multiples que rencontre le système de santé. Face à l'essor pris par ces nouvelles pratiques, le Conseil Européen des Ordres des Médecins a adopté une déclaration visant à renforcer l'encadrement de ces actes et à favoriser la coordination entre les Etats membres de l'Union européenne.

Télémédecine, quelques pistes internationales pour une approche comparative

➤ Une équipe chirurgicale londonienne utilise les smartphones

Cette équipe chirurgicale londonienne utilise les smartphones et l'application WhatsApp pour améliorer la communication entre tous les professionnels d'une réanimation chirurgicale.

Données : utilisation par tous les professionnels du département pendant 19 semaines. Résultat : 1 100 heures de communication passées au bloc sur 636 patients, soit 1 495 messages.

La méthode s'est avérée sûre et efficace. Les médecins seniors donnent des instructions et les internes posent des questions, essentiellement cliniques. Les participants ont estimé que l'application permet de supprimer la hiérarchie au sein de l'équipe et que l'utilisation des smartphones peut améliorer la qualité des soins. ■

Source : Johnston M.J., King D., Arora S., Behar N., Athanasiou T., Sevdalis N., Darzi A., *Smartphones Let Surgeons Know WhatsApp: An Analysis of Communication in Emergency Surgical Teams*. The American Journal of Surgery 209, n° 1 (1^{er} janvier 2015) pp. 45-51.

➤ Consultations téléphoniques

Les consultations téléphoniques sont une réalité incontournable de par :

- la conjonction d'une augmentation du besoin (filtrage, triage téléphonique des urgences, prise de rendez-vous, connexions entre professionnels) ;
- une faisabilité et une facilité croissantes offertes par la technologie nomade qui en fait un outil naturel de consultation, à la fois pour le patient et pour le médecin ;
- une réorganisation du travail et de la permanence des soins s'appuyant sur les mobiles ;
- un usage croissant de ces mobiles comme assistant ordinateur (accès en ligne,

recommandations, thérapeutique, suivi par le praticien de cohortes de patients avec risques à partir de leur biologie – par exemple suivi en oncologie ou diabétologie – sans oublier l'usage par les grands programmes comme celui de la rémunération à la performance en Angleterre.

Reste à évaluer le danger éventuel de ces nouvelles pratiques « à distance » et le savoir-faire qu'il faut maîtriser pour ne pas prendre de risques excessifs pendant ces consultations téléphoniques.

Les bénéfices sont évidents : gains de temps, moindre charge, offres d'accès accrues pour des patients isolés. Même sur le fond, le téléphone peut s'avérer plus efficace que le face-à-face, par exemple dans le suivi des asthmatiques.

Les risques sont également bien connus : manque d'examen physique, demande de l'expérience, moindre confidentialité, coûts de la communication, phénomènes d'exclusion plus importants (personnes âgées, entendant et/ou s'exprimant avec difficulté, personnes non équipées de téléphone ou non rompues à leur usage), distance accrue, accès plus difficile au médecin si la connexion se fait par un sas de triage en main de soignants, sans parler des actions discutables (valeur des certificats médico-légaux ou des conclusions établis à distance) et du modèle économique incertain (qui paie et rembourse quoi ?).

La formation n'est pas un choix, elle est à imposer sur plusieurs points :

- les compétences non techniques spécifiques à la consultation téléphonique : écoute active, prises de notes, technique de répétition en utilisant les paraphrases

pour vérifier la bonne compréhension, capacité à percevoir un contexte non verbal à travers les éléments phonétiques de la conversation (blancs, soupirs, changement dans l'intonation) ;

- les compétences téléphoniques dans le triage et l'évaluation de l'urgence, dans le suivi du protocole de cohorte au téléphone et aussi dans l'éthique (enregistrements sans le dire au patient notamment, absence de solution d'évitement proposée) ;
- l'évaluation de la pertinence du canal pour l'objet médical à traiter et l'éventuelle capacité à écourter la conversation pour demander un examen physique direct ;
- la capacité à vérifier l'identité du patient, apprendre à le rappeler en sécurisant la procédure, éviter de donner des informations trop sensibles qui pourraient être enregistrées, ou même seulement écoutées par des personnes sur la ligne (non signalées à vous). L'idée d'un mot de passe sécurisé pourrait même être retenue. ■

Source : Pinnock H., Madden V., Snellgrove C., et al, *Telephone or surgery asthma reviews? Preferences of participants in a primary care randomised controlled trial*. (2010) Prim Care Respir J. 2005 Feb;14(1):42-6. Epub 2004 Dec 25.

Le site patient.co.uk, régulièrement mis à jour, offre une analyse assez complète de la littérature disponible sur ce sujet.

➤ Consultations téléphoniques en médecine générale vs consultations réalisées en face-à-face

Huit cabinets médicaux de généralistes écossais se sont prêtés à une observation systématique de leurs consultations en face-à-face et par téléphone. Toutes les conversations ont été enregistrées après l'accord des patients sur une période donnée.

Au total, ce sont 123 consultations (72 par téléphone et 53 en face-à-face) qui ont été retenues pour l'étude (sélection des consultations avec une qualité et un contenu suffisants pour être analysés, comparabilité des demandes initiales des patients). Finalement, l'étude détaillée a porté sur 65 consultations (32 au téléphone et 33 en face-à-face) représentant un échantillon contrôlé, équivalent par rapport aux médecins et en matière de contenu des demandes. L'analyse s'est portée sur les différentes phases attendues d'une consultation, le temps passé sur chaque phase et les transitions entre phases (qui, du médecin ou du patient, prend l'initiative et comment ?). Les phases retenues étaient l'écoute initiale, le questionnement, le tri des demandes, les orientations thérapeutiques et la partie administrative si nécessaire.

Les résultats montrent que les médecins utilisent les mêmes techniques dans les deux cas. Mais les patients expriment des demandes plus ciblées au téléphone. Les consultations téléphoniques sur des sujets nouveaux se terminent le plus souvent par une demande de consultation en face-à-face. Les périodes de silence, qui caractérisent davantage les conversations en face-à-face, autorisent plus facilement les médecins à poser des questions sur des nouveaux sujets, médicaux ou plus personnels. Enfin, les médecins au téléphone sont moins enclins à faire des demandes complémentaires, ils cèdent plus vite dans la consultation en posant moins de questions à leur patients. Ces derniers allègent leur pathologie en sollicitant en même temps un traitement.

En résumé, un modèle général de conduite de la consultation assez identique, mais avec beaucoup moins de contenu et plus d'influence du patient dans le cadre des consultations téléphoniques, ce qui peut provoquer un certain danger. ■

Source : Hewitt H., Gafaranga J., McKinstry B., *Comparison of face-to-face and telephone consultations in primary care: qualitative analysis*. Br J Gen Pract. 2010, 60(574) : 201-12.

➤ Une étude randomisée sur l'intérêt du suivi médical des patients par téléphone

Plusieurs études ont déjà montré l'intérêt du rappel des patients par téléphone après une opération chirurgicale, augmentant

leur satisfaction tout en permettant un dépistage précoce et un relevé des complications. De nombreux pays commencent à aller plus loin et envisagent un suivi téléphonique de multiples patients à risques sur des périodes longues.

On notera que ces pays occidentaux ont résolu l'approche du partage de l'information dans le cadre d'une culture différente par rapport à la France eu égard au secret médical. Ils considèrent que l'accord des patients pour le suivi vaut autorisation de partage de l'information sur le fond du dossier médical entre tous les professionnels de santé impliqués (médecins, secrétariats, etc.), tous tenus au secret médical. En bref, ils estiment que le bénéfice du partage dépasse l'inconvénient du risque lié au partage. Le résultat de cette étude est donc à relativiser chez nous compte tenu de notre culture plus exigeante sur la protection des personnes. Cette étude n'en demeure pas moins très intéressante au moment où la France publie son décret sur la télémédecine.

L'étude présentée nous vient des USA où la question du suivi téléphonique médical est plus basée sur le « comment faire » que sur le « peut-on le faire ? ». À cette fin, les 174 120 patients (volontaires) souffrant de pathologies variées à potentielle évolution sévère (diabète, maladies cardiaques, etc.) ont été répartis en deux groupes de suivi téléphonique équivalents en tous points : l'un ayant un simple suivi téléphonique d'information et l'autre un véritable coaching médical. Les deux indicateurs mesurés pendant un an sont d'une part des indicateurs d'aggravation objective des pathologies (bilan sanguin, examens complémentaires) et d'autre part le nombre d'hospitalisations. Le coaching est assuré par une équipe, dont la composante « médecin » est minoritaire, n'intervenant que pour des points réclamant l'expertise du médecin.

Résultats : le groupe coaché est significativement moins consommateur du système médical tout en ayant une meilleure santé : la consommation pharmaceutique moyenne du groupe coaché est 3,6 % inférieure au groupe non coaché, avec 10,1 % d'hospitalisations en moins, moins de complications et un profil médical global bien meilleur sur chaque pathologie. ■

Source : Wennberg D., Marr M., Lang L.M.D., O'Malley S., Bennett G., *A Randomized Trial of a Telephone Care-Management Strategy*. N Engl J Med (2010) ; 363:1245-1255.

➤ Le Conseil Européen des Ordres des Médecins (CEOM) adopte une déclaration sur la télémédecine (juin 2014)

La déclaration propose, en préambule, une définition de l'acte de télémédecine : « une des formes de l'exercice de la médecine qui utilise, au bénéfice du patient, les technologies de l'information et de la communication ».

Le CEOM précise que la télémédecine doit être strictement distinguée juridiquement des autres prestations de l'e-santé. En effet, elle relève d'un acte médical qui impose un encadrement juridique propre.

Toutefois, le CEOM considère que la télémédecine n'impose pas de dispositions spécifiques dans les codes de déontologie médicale « puisque les principes éthiques et déontologiques en vigueur demeurent et s'appliquent à cette pratique de la médecine ». Tout comme, il énonce que les droits des patients s'imposent en télémédecine de la même façon que dans le cadre habituel des soins. Mais cette pratique doit augmenter le degré de vigilance à avoir sur les contraintes de sécurité relatives notamment à la confidentialité des données médicales notamment.

En ce qui concerne les obligations des médecins, le CEOM recommande de définir le champ de responsabilité individuelle de chaque intervenant, ainsi que celui qui serait partagé par l'ensemble des professionnels participant à l'acte de télémédecine. Le CEOM insiste sur « la formation permanente des médecins dans leur adoption des technologies de l'information ».

Enfin, il recommande de mettre en place une législation nationale spécifique, au sein de chaque État membre de l'Union Européenne, sur la télémédecine. Les États devront ensuite se coordonner pour encadrer les actes transfrontaliers. ■

DÉCLARATION DU CONSEIL EUROPÉEN DES ORDRES DES MÉDECINS SUR LA TÉLÉMÉDECINE **LA DÉCLARATION DU CEOM SUR LA TÉLÉMÉDECINE A ÉTÉ FORMELLEMENT ADOPTÉE PAR SES ORGANISATIONS PARTICIPANTES LORS DE LA RÉUNION PLÉNIÈRE DU CEOM À BARI (ITALIE) LE 13 JUIN 2014**

La pratique de la télémédecine ne doit pas contribuer à une déshumanisation de la relation avec le patient. Aucune technologie ne peut venir remplacer la relation humaine, interpersonnelle et singulière, qui doit rester le fondement même de l'exercice de la médecine mais les technologies de l'information et de la communication, notamment la télémédecine, peuvent être utiles pour apporter l'expertise médicale sur des territoires où elle ne se trouve pas.

Le respect des principes déontologiques encadrant les actes de télémédecine, ci-dessous rappelés, est la condition nécessaire pour garantir la qualité de la médecine et le respect des droits des patients au sein de l'Union européenne.

1) Définition de l'acte de télémédecine

Le CEOM appelle à définir la télémédecine comme étant une des formes de l'exercice de la médecine qui utilise, au bénéfice du patient, les technologies de l'information et de la communication. Elle permet de mettre en rapport à distance un patient et un médecin ou de partager ses données médicales entre deux ou plusieurs médecins, éventuellement assistés par d'autres professionnels de santé, à des fins médicales, de diagnostic, de décision, de prise en charge et de traitement, dans le respect des règles de déontologie propres à chacune des professions médicales ou de santé.

Ils doivent être en situation d'exercice légal de leurs professions dans leur État membre d'établissement et sur le territoire de l'Union européenne.

2) La télémédecine n'est pas de l'e-commerce

Le CEOM rappelle que la pratique de la télémédecine doit être strictement distinguée juridiquement des autres prestations du domaine de l'e-santé, qui englobe d'autres aspects numériques touchant à la santé. Si des applications de e-santé peuvent, dans certains domaines, relever du champ d'application du commerce en ligne, la télémédecine n'en relève pas, puisqu'il s'agit d'un acte médical qui impose un encadrement juridique propre à garantir la compétence du médecin et le respect des droits du patient.

3) Respect des règles déontologiques

Le CEOM souligne que l'usage des technologies de l'information et de la communication dans l'exercice de la télémédecine n'impose pas de dispositions spécifiques dans les codes de déontologie médicale des États membres de l'Union ni dans la Charte européenne d'éthique médicale puisque les principes éthiques et déontologiques en vigueur demeurent et s'appliquent à cette pratique de la médecine.

4) Droits des patients et respect de la relation médecin-patient

Le CEOM rappelle que les droits des patients s'imposent de la même manière en télémédecine que dans le cadre habituel des soins en présence physique. La pratique de la médecine à distance amplifie le degré de vigilance sur les contraintes de sécurité relatives à la confidentialité des données médicales, à la robustesse et à la fiabilité des organisations techniques utilisées.

Le patient doit être informé de la nécessité, l'intérêt, les conséquences et la portée de l'acte ainsi que sur les moyens mis en œuvre pour sa réalisation et doit donner librement son consentement.

5) Obligations des médecins

Le CEOM recommande de définir le champ de responsabilité individuelle de chaque intervenant et celui qui serait partagé par l'ensemble des professionnels participant à l'acte de télémédecine.

Ces responsabilités s'exercent d'abord vis-à-vis du patient pris en charge mais sont également partagées avec des confrères, d'autres professionnels de santé et des professionnels techniques avec lesquels le médecin coopère.

Chaque professionnel doit être couvert par une assurance en responsabilité précisant le lieu de compétence juridictionnelle, en cas de dommage, sachant que l'article 3d) de la Directive 2011/24/UE sur les soins transfrontaliers¹ établit que le droit applicable est celui de l'État membre de l'Union où est établi le prestataire.

6) Compétences et responsabilité dans les usages du numérique

Le CEOM incite ses organisations participantes à soutenir la formation permanente des médecins dans leur adoption des technologies de l'information.

Chaque professionnel de santé exerce dans le champ de compétences de chaque profession dont l'exercice légal est réglementé. Dans le cadre de protocoles valides et en assurant les sécurités informatiques, il faut garantir la mise en œuvre de bonnes pratiques des professions de santé dans la communication à distance, tant pour ce qui est du recueil des données personnelles de santé du patient, leur hébergement, leur transmission et leur traitement. Il faut garantir la sécurité, la disponibilité et la fiabilité des dispositifs technologiques relevant de la responsabilité du tiers technologique.

7) Nécessité de cadres juridiques nationaux et d'une coordination européenne

Le CEOM recommande la mise en place d'une législation nationale spécifique dans chaque État membre de l'Union européenne sur la télémédecine.

Le CEOM propose que les États membres se coordonnent pour encadrer les actes de télémédecine transfrontaliers en favorisant l'interopérabilité des actes de télémédecine entre les États membres dans le respect du principe de subsidiarité des systèmes de soins de santé nationaux.

1. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32011L0024&from=FR>

**Informez-vous,
c'est sans risque !**



15-232 - 05/2015

PUBLICITÉ



Rendez-vous sur prevention-medicale.org,

- la référence scientifique sur la gestion du risque médical et paramédical,
- un site d'information et une plateforme dédiée à la formation des professionnels de la santé.

