

RESPONSABILITÉ

REVUE DE FORMATION SUR LE RISQUE MÉDICAL

DOSSIER

Que reste-t-il de la faute caractérisée au pénal ?



15 VIE PROFESSIONNELLE
→ Vente de lunettes en ligne : un bien ou un mal pour les patients ?

23 PROTECTION JURIDIQUE
→ Quelques rappels sur le contentieux ordinal

28 REGARD INTERNATIONAL
→ L'extension de l'euthanasie aux mineurs en Belgique : une évolution logique et prudente

Qui accompagne efficacement les libéraux qui exercent en cabinet de groupe ?



14-069 - 01/2014 - ailleursEXACTEMENT*

La MACSF, spécialiste des cabinets de groupe, finance, pérennise votre activité et protège votre patrimoine.

3233* ou macsf.fr

Notre engagement, c'est vous.





Ne tirons pas sur les sages-femmes !

ÉDITORIAL DE NICOLAS GOMBAULT

DIRECTEUR GÉNÉRAL DU SOU MÉDICAL

L'agence de presse médicale (APM) titre le 10 juillet 2014 qu'un groupe de travail constitué par l'Association pour la périnatalité de la région Île-de-France, composé de sept sages-femmes encadrées par un médecin, s'est penché sur le sujet de l'erreur médicale chez les sages-femmes à partir d'un sondage réalisé auprès des sages-femmes des maternités du réseau.

Il est conclu que les erreurs médicales des sages-femmes souffrent d'un défaut de mesures correctrices ciblées, alors que les conséquences de ces erreurs peuvent être très importantes.

En particulier, l'existence des revues de morbidité et de mortalité (RMM), outil d'amélioration des pratiques professionnelles mis en place en 2009 par la Haute autorité de santé (HAS), est décrite comme souvent méconnue des sages-femmes.

Pourtant, 22 % des participantes ont rapporté des erreurs médicamenteuses, 19 % des erreurs d'analyse ou d'interprétation du rythme cardiaque fœtal, 15 % des erreurs de diagnostic ou

retards de prise en charge, notamment des diagnostics retardés d'hémorragie de la délivrance.

Les participantes ont indiqué que dans 24 % des cas les erreurs avaient entraîné le décès du fœtus et dans la même proportion des suites de couches pathologiques.

Si l'erreur est humaine, elle pourrait être souvent évitée si des process de prévention étaient mis en place. Ne tirons pas pour autant sur les sages-femmes. Ces politiques de gestion des risques doivent nécessairement être basées sur le signalement spontané des accidents, lequel ne correspond pas encore à la culture française, les erreurs commises étant trop souvent examinées sous le prisme de la répression. Veillons au contraire à protéger les professionnels de santé qui acceptent de déclarer spontanément les accidents ou événements indésirables rencontrés dans leur activité professionnelle.

« Si l'erreur est humaine, elle pourrait être souvent évitée si des process de prévention étaient mis en place. »

06/10 DOSSIER



05 / POINT DE VUE

Les enjeux de la médecine personnalisée : pour la personne, avec la personne

Que reste-t-il de la faute caractérisée au pénal ?

VIE PROFESSIONNELLE

11/14 **CERTIFICAT MÉDICAL**

Doit-on craindre les poursuites ordinaires contre des médecins du travail déclenchées par les employeurs dans le cadre de la souffrance au travail ?

15/18 **VENTE DE LUNETTES EN LIGNE**

Vente de lunettes sur internet : un bien ou un mal pour les patients ?

19/21 **DONNÉES DE SANTÉ**

Plaidoyer pour une meilleure utilisation des données de santé

22 **QUESTION/RÉPONSE**

23/24 PROTECTION JURIDIQUE

CONTENTIEUX ORDINAL

Quelques rappels sur le contentieux ordinal

25/27 ÉTHIQUE ET SOCIÉTÉ

RELATION MÉDECIN / PATIENT

Le non-dit entre vérités, secrets et mensonges

28/29 REGARD INTERNATIONAL

BELGIQUE

L'extension de l'euthanasie aux mineurs en Belgique : une évolution logique et prudente

30/31 ACTUALITÉS

RESPONSABILITÉ

REVUE DE FORMATION SUR LE RISQUE MÉDICAL

COMITÉ DE PARRAINAGE

Pr François Chabas

Professeur émérite de l'université Paris-XII

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

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 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 honoraire 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

M. Nicolas Loubry

Directeur adjoint du Risque Médical et de la Protection juridique, responsable du département Protection juridique, 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

Monique Aubard

Conseil éditorial

Direction de la Communication MACSF

Conception et réalisation

Rampazzo & Associés

ÉDITEUR

Revue trimestrielle éditée par MACSF, société d'assurance mutuelle

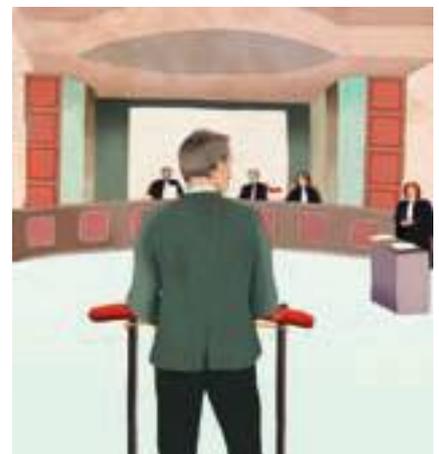
10, cours du Triangle-de-l'Arche
92919 La Défense Cedex
Tél. : 01 71 23 80 80
macsf.fr

Dépôt légal : septembre 2014
ISSN : 1629-0801

Impression

SUD GRAPHIE
Gabor, 81370 Saint-Sulpice

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



CRÉDIT DES ILLUSTRATIONS DE LA COUVERTURE ET DU DOSSIER : DELPHINE LEBOURGEOIS

Le concept de « médecine personnalisée » semble s'intéresser à nouveau au malade en tant qu'individu singulier, au prix d'un paradoxe : concilier technique et prise en charge individualisée et subjective.



© JEAN-MARC GOURDON

Les enjeux de la médecine personnalisée : pour la personne, avec la personne

PROFESSEUR DIDIER SICARD, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE RÉDACTION DE LA REVUE RESPONSABILITÉ, PRÉSIDENT D'HONNEUR DU COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE

Un paradoxe absolu réside dans la relation des apports techniques à la médecine. La capture des informations d'un corps, incarné dans des images et des chiffres, ne laisse plus place à la personne. Ces mêmes données statistiques fractionnent en autant d'unités les personnes, qui ne sont plus contraintes de s'adapter à une norme diagnostique ou thérapeutique universelle.

➔ De la maladie à la santé

Le malade chronique devient l'obligé de la médecine à vie, voire avant sa naissance par la prédiction fournie par sa cartographie génétique. La médecine est ainsi sommée de maintenir la santé et de ne pas se limiter à guérir la maladie. Le *continuum* entre maladie et santé n'a jamais été aussi poreux.

La maladie perd de son importance au profit d'une conception beaucoup plus large de la santé alliant facteurs de risques génétiques, environnement spécifique, habitudes de vie personnelle et sociale. La médecine se trouve ainsi dépossédée du monopole de ses classifications et

« La médecine se trouve dépossédée du monopole de ses classifications et contrainte de prendre en charge une personne dans son infinie complexité. »

contrainte de prendre en charge une personne dans son infinie complexité. Alors pourtant que la personne sollicite une réponse conforme à ce que dit d'elle la science.

C'est là que surgit le malentendu, entre une médecine qui voudrait rechercher de nouveau la singularité d'une personne, et une personne qui recherche l'objectivité apparente de ses symptômes et de ses comportements. La relation médecin/malade en est bouleversée.

Avec la médecine personnalisée, la médecine s'intéresse de nouveau à la personne dans sa singularité. Mais ce concept recouvre une infinité de sens : médecine stratifiée, répartissant les malades en groupes statistiques ? Médecine de précision, cible d'un traitement médicamenteux destiné à seulement quelques-uns ? Médecine adaptée à chaque personne ?

➔ Un « retour à la personne » nécessaire

La psychiatrie a été à l'avant-garde du concept de médecine de la personne. De façon subreptice, elle a mesuré l'écart entre la souffrance de la personne, les progrès de l'imagerie et de la biologie et les classifications scientifiques. Peu à peu, l'idée d'une réduction du sens du soin menaçait la spécialité elle-même, excluant par exemple progressivement la psychanalyse au profit des techniques comportementalistes, globalisantes, modélisables. Comme s'il y avait une fracture radicale fondée sur des évaluations prouvées (evidence based medicine) et la

« Chaque personne a besoin d'être reconnue dans sa vulnérabilité, son inquiétude, sa faiblesse. »

parole, toujours singulière, de celui ou celle qui y recourt (story based medicine). Chaque personne a besoin d'être reconnue dans sa vulnérabilité, son inquiétude, sa faiblesse, en un mot son ipséité indéfiniment différente des autres. La technique est en effet indifférente à l'écoute du réel, en lui substituant sa propre grille de lecture.

Il ne s'agit pas de revenir à une médecine du passé, ou à une improvisation permanente. Il s'agit d'écouter la personne, de l'observer et l'examiner dans sa virginité diagnostique avant de recourir à l'arsenal technique contemporain.

Le nouveau paradoxe est que l'usage de la technique est devenu tellement simple et évident que le retour à la personne s'est imposé, lui aussi, comme une évidence nécessaire.

Revisiter la médecine à travers une attention à la personne est le message le plus éthique qui soit. En fin de vie, la médecine personnalisée retrouve sa raison d'être, qui manque malheureusement le plus souvent. On peut alors comprendre le message de Paul Ricœur¹ : « Soigner l'autre comme soi-même pour l'autre, avec l'autre, au sein d'institutions justes. » ■

1. Philosophe français, 1913-2005



En matière d'infraction involontaire, l'article 121-3 du code pénal exige une faute délibérée ou une faute caractérisée. En l'absence de toute définition de cette faute caractérisée, les juges la retiennent de façon extensive, au point de vider les textes de leur substance...



© MICHEL LABELLE

Que reste-t-il de la faute caractérisée au pénal ?

STÉPHANIE TAMBURINI, JURISTE, MACSF – LE SOU MÉDICAL

En matière de crimes et délits involontaires, la loi distingue les auteurs directs, qui ont positivement causé le dommage et engagent leur responsabilité pour une simple maladresse, imprudence, inattention ou négligence, et les auteurs indirects qui, sans être directement à l'origine du dommage, ont néanmoins créé ou contribué à créer la situation dommageable. Ces auteurs indirects n'engagent leur responsabilité que pour deux types de fautes, dont le législateur n'a pas donné de définition précise : la faute délibérée et la faute caractérisée (article 121-3 alinéa 4 du code pénal issu de la loi du 10 juillet 2000). L'objectif de la loi était clair : renforcer les conditions de mise en cause de la responsabilité pénale des auteurs indirects, afin d'éviter qu'elle soit retenue de manière trop systématique.

La faute délibérée ne pose pas de difficulté : c'est la violation manifestement délibérée d'une obligation particulière (et non générale) de prudence ou de sécurité prévue par la loi et le règlement (loi, décret ou arrêté).

En revanche, la faute caractérisée est une notion plus vague.

- Ce ne peut être n'importe quelle faute : elle doit être « caractérisée » ;
- elle doit avoir exposé autrui à un risque d'une particulière gravité ;
- risque que l'auteur ne pouvait ignorer.

Ces trois conditions sont appréciées de façon extensive par la jurisprudence, au point que l'on peut s'interroger sur le maintien de la distinction entre faute caractérisée et faute simple, tant la reconnaissance de la faute caractérisée apparaît parfois artificielle.

➤ Une faute caractérisée : seulement une faute « grave » ?

Les débats parlementaires de la loi du 10 juillet 2000 font référence à une faute « *présentant un certain degré de gravité* »¹, « *avec un caractère bien marqué* »² ou encore « *d'une particulière évidence, une particulière intensité* »³.

La doctrine a, quant à elle, évoqué une faute « *grossière* »⁴, un « *manquement grossier à la prudence et à la diligence que la situation imposait à toute personne raisonnable* »⁵, une faute particulièrement marquée, qui présente une particulière évidence, une particulière intensité⁶.

La jurisprudence a parfois tenté une définition générale : faute dont tous les éléments sont bien marqués et d'une certaine gravité⁷, faute avec une particulière évidence, une particulière intensité, avec une constance bien établie, correspondant à un comportement présentant un caractère blâmable, inadmissible⁸, défaillance inadmissible dans une situation qui mérite une attention soutenue en raison des dangers ou des risques qu'elle génère.⁹

Ces amorces de définition n'ont toutefois pas permis de dessiner des contours suffisamment précis pour éviter toute interprétation : la faute caractérisée est donc toujours appréciée en fonction des circonstances propres à chaque affaire.

Parfois, la gravité de la faute, évidente, peut justifier que l'on retienne la faute caractérisée : c'est le cas, par exemple, lorsqu'un médecin de garde, en période de grève des praticiens libéraux, décide de passer la nuit chez son concubin, alors que celui-ci n'a pas de ligne téléphonique fixe et habite dans une zone très mal couverte par le réseau de téléphonie mobile.



« Les juges ne se donnent pas toujours la peine de justifier de la gravité de la faute, se bornant souvent à retenir l'existence d'une faute caractérisée dans des cas qui relèveraient davantage de la faute simple. »



Injoignable, le médecin a donc pris connaissance avec retard du message laissé par un enfant de 10 ans qui appelait, sur le conseil du régulateur, pour signaler des douleurs thoraciques chez son père, décédé du fait de cette absence d'intervention¹⁰.

Mais les juges ne se donnent pas toujours la peine de justifier de la gravité de la faute, se bornant souvent à retenir l'existence d'une faute caractérisée dans des cas qui relèveraient davantage de la faute simple :

- examens jugés trop sommaires ou trop rapides : par exemple un examen pour juger de la compatibilité d'une garde à vue avec l'état de santé d'un homme qui, souffrant d'asthme, est décédé pendant sa garde à vue¹¹ ;
- interrogatoire trop superficiel dans le cadre d'un appel au centre 15 : au cours d'un appel de l'épouse d'un homme ressentant une douleur thoracique, le régulateur manifeste une certaine impatience en menant l'interrogatoire et envoie sur place un médecin généraliste de garde, non pourvu des moyens nécessaires pour faire face à un accident cardiaque¹² ;
- surveillance postopératoire insuffisante : une enfant de 5 ans décède dans les suites d'une ■ ■ ■

QUE DIT L'ARTICLE 121-3 DU CODE PÉNAL ?

« Il n'y a point de crime ou de délit sans intention de le commettre. Toutefois, lorsque la loi le prévoit, il y a délit en cas de mise en danger délibérée de la personne d'autrui.

Il y a également délit, lorsque la loi le prévoit, en cas de faute d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, s'il est établi que l'auteur des faits n'a pas accompli les diligences normales compte tenu, le cas échéant, de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait.

Dans le cas prévu par l'alinéa qui précède, les personnes physiques qui n'ont pas causé directement le dommage, mais qui ont créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage ou qui n'ont pas pris les mesures permettant de l'éviter, sont responsables pénalement s'il est établi qu'elles ont, soit violé de façon manifestement délibérée une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, soit commis une faute caractérisée et qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elles ne pouvaient ignorer. Il n'y a point de contravention en cas de force majeure. »



■ ■ ■ ablation des amygdales et une paracentèse, après être restée sans surveillance pendant seize heures, depuis sa sortie de salle de réveil jusqu'à son examen par l'anesthésiste de garde, alors que la situation était déjà critique¹³, ou encore suite au décès d'une

enfant de 3 ans ayant subi une amygdalectomie sous AG, dont ni la tension artérielle ni la fréquence cardiaque ne sont surveillées, alors que l'enfant présentait une pâleur, une atonie ainsi que des vomissements noirâtres, puis de sang rouge¹⁴ ;

- sous-estimation d'une hémorragie : un enfant de 7 mois, opéré d'une craniosténose, présente d'importantes pertes sanguines préopératoires qui provoquent un choc hypovolémique entraînant des lésions ischémiques importantes et un handicap neurologique. Le neurochirurgien aurait dû donner à l'anesthésiste les informations suffisantes pour surveiller l'évolution et n'aurait pas dû déléguer la fermeture cutanée de l'incision à un médecin en formation, ni quitter le bloc opératoire alors que l'enfant était en situation précaire¹⁵.

D'autres cas sont encore plus contestables :

- la faute caractérisée consistant à prendre en charge un patient dans une spécialité étrangère à sa qualification : une personne chargée de l'entretien des sols d'une polyclinique ayant été grièvement brûlée par un décapeur thermique, le directeur de

« Une faute caractérisée peut résulter de l'accumulation, par une même personne, de négligences ou d'imprudences dont chacune, prise isolément, n'aurait peut-être pas été regardée comme suffisamment grave. »

la clinique, chirurgien viscéral, l'a prise en charge, avec le concours d'un confrère chirurgien orthopédique. Au bout de quatre jours, l'état de la victime s'aggrave et elle décède des suites de ses blessures. Les deux praticiens sont condamnés car, selon la Cour, « constitue nécessairement

une faute caractérisée pour un médecin de prendre en charge, sauf circonstances exceptionnelles, une pathologie relevant d'une spécialité étrangère à sa qualification dans un établissement ne disposant pas des équipements nécessaires ».

Là encore, la Cour ne justifie pas en quoi la faute commise par les praticiens revêtirait bien les caractéristiques de la faute caractérisée, relevant au contraire l'absence de maladresse ou de négligence. L'emploi de l'adverbe « nécessairement » semble signifier que quelles que soient les circonstances, une faute caractérisée est commise dès lors qu'un praticien effectue une prise en charge dans une spécialité étrangère à sa qualification.¹⁶

- le défaut de communication entre praticiens : une patiente décède d'un arrêt cardiaque quelques jours après une colectomie, en raison d'un cathéter central mal implanté, malgré la réalisation d'un contrôle radiographique par un radiologue. La faute caractérisée est retenue à l'encontre du radiologue pour ne pas s'être assuré de l'effectivité de la réception des informations issues de la radiographie par ses confrères. C'est ainsi la première fois que la Cour de cassation retient une faute caractérisée pour une telle défaillance, qui ne semble pas, de prime abord, réunir les critères de la faute caractérisée, notamment en termes de gravité et d'évidence.¹⁷

FAUTE CARACTÉRISÉE AU PÉNAL / FAUTE CARACTÉRISÉE EN MATIÈRE DE MALFORMATION FŒTALE : ATTENTION À LA CONFUSION !

L'article L. 114-5 du code de l'action sociale et des familles, introduit par la loi du 4 mars 2002, prévoit qu'en cas de non-détection d'une malformation fœtale, un professionnel de santé n'engage sa responsabilité qu'à la condition d'avoir commis une « faute caractérisée ».

Cette appellation identique ne doit pas créer de confusion avec la faute caractérisée au pénal.

La faute caractérisée en matière de malformation fœtale n'est pas

définie par les textes, mais la Cour de cassation en a récemment dessiné les contours, par deux arrêts du 16 janvier 2013 et du 14 novembre 2013 : il s'agit d'une faute présentant les critères cumulatifs d'intensité et d'évidence.

S'il est tentant de s'inspirer de ce début de définition pour la faute caractérisée au pénal, il n'en demeure pas moins que la Cour de cassation ne l'a pas encore consacrée en matière pénale.

➤ La faute caractérisée : une accumulation de plusieurs « petites » fautes ?

Plusieurs décisions laissent penser qu'une faute caractérisée peut résulter de l'accumulation, par une même personne, de négligences ou d'imprudences dont chacune, prise isolément, n'aurait peut-être pas été regardée comme suffisamment grave pour engager la responsabilité pénale de l'auteur indirect. Ainsi la faute caractérisée a-t-elle été retenue :

- pour une « accumulation d'imprudences et de négligences successives témoignant d'une impéritie prolongée »¹⁸ ;
- en raison d'une accumulation de plusieurs fautes successives consistant, face à une patiente pré-



sentant les symptômes d'une hypoglycémie, à prescrire par ordonnance des examens sanguins sans en mentionner l'urgence, à ne pas vérifier le taux d'acétone dans les urines et à ne pas avoir utilisé l'appareil de lecture automatique équipant le cabinet¹⁹ ;

- pour la conjonction de plusieurs fautes qui « *présente un degré de gravité certain et est le signe d'une défaillance inadmissible* »²⁰.

Dans ces affaires, c'est la conjonction de plusieurs fautes « simples » qui constitue un degré de gravité suffisant et caractérise une défaillance inadmissible. Même si d'autres décisions tranchent en sens contraire, considérant que « *la faute pénale ne saurait résulter de la somme d'événements malheureux ou même d'erreurs commises individuellement* »²¹, il semble bien que ce critère d'accumulation soit pris en compte par les juges.

➤ **Le « risque d'une particulière gravité que l'auteur ne pouvait ignorer » : encore une interprétation extensive**

Le risque d'une particulière gravité ne pose pas, en soi, de difficulté, même s'il dépend de la plus ou

moins grande probabilité de sa réalisation : en matière médicale, il est constitué de la mort ou des blessures. Plus délicate est la formulation négative : « *que l'auteur ne pouvait ignorer* », bien plus vague qu'une formulation positive consistant en une conscience ou une connaissance du risque.

Il ressort des travaux préparatoires de la loi Fauchon que « *le danger que l'on ne pouvait ignorer devra être apprécié en tenant compte du troisième alinéa de l'article 121-3, qui prévoit que la responsabilité pénale n'est engagée que lorsque l'auteur des faits n'a pas accompli les diligences normales compte tenu de la nature de ses missions* »²².

La possible connaissance du risque est donc analysée *in concreto*, en fonction de la situation de l'agent, de ses obligations, des informations et des moyens dont il disposait, de son champ d'intervention.

Mais comment la jurisprudence déduit-elle la conscience du risque ?

Certaines décisions retiennent des éléments factuels, par exemple, lorsque l'attention de l'auteur a été attirée sur le risque induit par son comportement avant que le dommage se produise. Mais la plupart des décisions retenant une faute caractérisée ■ ■ ■



■ ■ ■ ne se prononcent pas spécifiquement sur ce sujet, se bornant souvent à énoncer qu'il existe un risque d'une particulière gravité « *qu'il (l'auteur indirect) ne pouvait ignorer* ». Pourtant, les juges devraient justifier des raisons pour lesquelles l'auteur ne pouvait ignorer le risque, sauf à étendre exagérément le champ de la faute caractérisée.

L'étude de la jurisprudence fait apparaître que cette connaissance est souvent déduite des fonctions exercées par le professionnel de santé, voire directement de la profession en elle-même, comme une sorte de « présomption de connaissance » issue de l'expérience professionnelle du praticien.

La faute caractérisée a ainsi été retenue :

- au motif de la « solide expérience » du praticien²³ ;
- en raison de l'expérience de la sage-femme : alors que le règlement du service prévoyait que toute parturiente doit être accueillie par une sage-femme, celle-ci, occupée par la mise à jour de dossiers, a fait accueillir une patiente par une élève qui n'a pas détecté les anomalies du monitoring. La Cour retient que « *en tant que sage-femme, Mme Z ne peut ignorer, pour avoir procédé ainsi qu'elle l'affirme à la barre à de multiples accouchements dans sa carrière, que le retard dans la prise en charge d'une pathologie chez une femme enceinte peut avoir des conséquences gravissimes pour le fœtus* ». Plus loin, il est évoqué le risque d'une particulière gravité « *qu'en qualité de professionnelle, elle ne pouvait ignorer* »²⁴ ;
- à raison du fait que la prévenue, « *en sa qualité d'anesthésiste expérimentée ne pouvait ignorer*

« La possible connaissance du risque est analysée in concreto, en fonction de la situation de l'agent, de ses obligations, des informations et des moyens dont il disposait, de son champ d'intervention. »

qu'elle faisait courir à la patiente un risque d'une particulière gravité »²⁵ ;

• du fait de la qualité de médecin senior : « *Le Dr X, au regard de son expérience professionnelle confirmée, ne pouvait méconnaître le diagnostic du Dr D de péritonite, la nécessité des examens de touchers pelviens non réalisés par les précé-*

dents intervenants, d'une échographie ou d'un scanner abdominal. » En revanche, le jeune interne est relaxé : « *M. Z, non thésé, a effectué sa tâche au niveau de ses compétences, récentes de cinq mois, de son pouvoir et des moyens dont il disposait, sous la responsabilité du praticien dont il relève.* » On voit bien ici que la conscience du risque a été appréciée en référence exclusive à l'expérience professionnelle des praticiens, le senior étant condamné et l'interne relaxé²⁶.

En reliant systématiquement la connaissance du risque à l'expérience ou à la profession exercée, les juges en viennent à présupposer l'existence d'une faute caractérisée dès lors que le praticien est expérimenté ou exerce une profession déterminée, en ne lui laissant pas le « droit à l'erreur ».

Cette conception élargie de la conscience du risque ne cadre pas avec l'objectif poursuivi par la loi du 10 juillet 2000 : freiner les mises en cause trop systématiques d'auteurs indirects. ■

1. JO Sénat 28 juin 2000, p. 4497 / Rapport Assemblée nationale, n° 2528, p. 10

2. JO Sénat 28 juin 2000, p. 4499, JO AN du 29 juin 2000, p. 6222

3. JO AN du 29 juin 2000, p. 6220

4. F.-J. Pansier, C. Charbonneau, Commentaire sur la loi sur la responsabilité pénale des élus, Petites Affiches 2000, N° 138, p. 7

5. F. Debove, F. Faletti, Précis de droit pénal et procédure pénale, p. 96, PUF, 2006, Collection Major

6. Note Y. Mayaud, Les violences non intentionnelles après la loi du 10 juillet 2000, *Revue de Science criminelle* 2001, Chronique de jurisprudence, p. 161

7. Tribunal correctionnel de La Rochelle, 7 septembre 2000 (Dalloz 2000 ; IR p. 250)

8. Cour d'appel de Poitiers, 2 février 2001 (JCP, 2001, II, 10534, note P. Salvage)

10. Cour de cassation, Chambre criminelle, 13 février 2007

11. Cassation civile, 4 février 2003 (JurisData N°2003-018114)

12. Cour de cassation, 2 décembre 2003 (N°02-85.254)

13. Cour de cassation, 29 novembre 2005 (N°05-80.017)

14. Cour de cassation, Chambre criminelle, 13 février 2007

(N°06-82.202, JurisData n°2007-037889)

15. Cour de cassation, 29 octobre 2013 (N°12-86.233)

16. Cour de cassation, 23 octobre 2012 (N°11-85.360)

17. Cour de cassation, Ch. crim., 4 juin 2013 (N°12-84.543)

19. Cour de cassation, 12 septembre 2006 (N°05-86.700)

20. Cour de cassation, 26 novembre 2013 (N°12-86.586)

21. Cour d'appel de Rennes, 7 septembre 2012

22. Rapport de la Commission des Lois, 2^e lecture, Doc. Sénat 1999-2000, n°391, p. 15, audition de M. Fauchon

23. Cour de cassation, 4 février 2003 (JurisData n°2003-018114 RGD M 2004, p. 319)

24. Cour d'appel de Rennes, 14 octobre 2004 (N°04-00435)

25. Cour de cassation, 13 février 2007 (N°06-82.202)

26. Cour de cassation, 8 février 2011 (N°10-84.161)

QUE RETENIR ?

L'auteur indirect d'un délit involontaire ne peut engager sa responsabilité pénale qu'à la condition d'avoir commis une faute délibérée ou une faute caractérisée.

La faute caractérisée n'est définie par aucun texte mais ne peut, en principe, s'entendre comme « n'importe quelle faute ». Elle doit revêtir une certaine gravité, ou résulter de l'accumulation de

plusieurs fautes. Mais la jurisprudence développe une conception extensive de la faute caractérisée, en la retenant dans des cas où l'extrême gravité n'est pas évidente, et en considérant que l'auteur avait nécessairement conscience du risque auquel il exposait le patient, du seul fait de son expérience et de sa profession.

Ces dernières années, des plaintes ont été déposées auprès des Conseils départementaux de l'Ordre des médecins (CDOM) par des employeurs, suite à la production en justice de certificats ou de courriers médicaux les mettant en cause.

Doit-on craindre les poursuites ordinaires déclenchées par les employeurs dans le cadre de la souffrance au travail ?

CÉCILE MANAOUIL, PROFESSEUR DE MÉDECINE LÉGALE, DOCTEUR EN DROIT, SERVICE DE MÉDECINE LÉGALE ET SOCIALE CHU AMIENS.
SOPHIE FANTONI-QUINTON, PROFESSEUR DE MÉDECINE DU TRAVAIL, DOCTEUR EN DROIT, CHRU LILLE, UNIVERSITÉ LILLE
DOMINIQUE MONTPPELLIER, VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL RÉGIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS DE PICARDIE

Les enjeux juridiques et financiers d'un certificat médical sont importants pour le patient/salarié, lors d'un dépôt de plainte au pénal, d'une procédure au conseil des prud'hommes ou d'un litige autour de la reconnaissance en accident du travail ou en maladie professionnelle. En cas d'événement brutal au travail (crise d'angoisse après un entretien, tentative de suicide, pathologie aiguë cardio-vasculaire), le salarié (du régime général) va solliciter à la CPAM une prise en charge au titre d'accident du travail. En l'absence d'événement soudain, le salarié peut faire une demande de reconnaissance d'une maladie professionnelle hors tableaux.

La reconnaissance en Accident du travail ou Maladie professionnelle (AT/MP) est impérative pour faire un recours devant le Tribunal des Affaires de Sécurité sociale (TASS) pour faute inexcusable, permettant une indemnisation plus importante. Le médecin qui rédige un courrier médical ou un certificat n'est pas toujours conscient des enjeux juridiques. Qu'il s'agisse d'un échange entre médecins, d'un certificat remis au patient ou d'un formulaire d'arrêt de travail, le patient/salarié pourra l'utiliser dans le

cadre d'une action devant les tribunaux. **Tout médecin doit donc réf échir avant d'évoquer « une souffrance au travail »**. Beaucoup de médecins se justifient en arguant qu'ils utilisent le conditionnel ou des expressions telles que « *le patient déclare* », « *il signale que* », « *elle indique faire l'objet de* », « *elle se dit victime de* » mais l'oublie parfois et souvent reprennent les dires du patient à leur propre compte.

Le médecin ne peut certifier que ce qu'il a constaté et doit s'interroger sur la pertinence et l'utilité de chaque terme employé : noter que le patient n'a pas pu prendre de congés, n'a pas été payé de ses heures supplémentaires, a été remplacé par un salarié moins rémunéré ou a été écarté pour favoriser un membre de la famille de l'employeur, ne relève pas d'un courrier médical.

L'Ordre des médecins y veille. Par exemple, la chambre disciplinaire de 1^{re} instance (Paris, 17 septembre 2013) a retenu que « *les dires de la patiente ont été repris à son compte par le médecin qui les a présentés comme faisant partie des faits justifiant ses conclusions médicales* ». La psychiatre mise en cause avait noté : « *elle décrit de la part de son*

À NOTER

➤ **En termes médicaux, il est préférable d'utiliser le terme de « souffrance au travail » car le harcèlement moral constitue un délit au plan pénal et c'est au juge d'en décider. Selon l'article 222-33-2 du Code pénal, « le fait de harceler autrui par des agissements répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel, est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende ».**

employeur des brimades permanentes », puis repris des propos tenus par la patiente et retenu « *un état de détresse majeure consécutif à sa reprise du travail* ». La psychiatre a été sanctionnée par un blâme. En utilisant le terme « *consécutif* », elle retenait un lien de causalité entre les symptômes décrits et les conditions de travail rapportées par la salariée.

Les propos des patients doivent être relativisés, en particulier lorsque sont évoquées les conditions de travail, auxquelles seul le médecin du travail a accès. L'usage que fera le patient de ce certificat n'est pas connu. Les médecins sont la plupart du temps de bonne foi et répondent à la demande insistante du patient/salarié. Cependant, aux yeux du juge, un certificat médical a plus ■ ■ ■

LA COUR DE CASSATION A ESTIMÉ QU'UN SALARIÉ VICTIME D'UN ACCIDENT DE TRAVAIL, PEUT INVOQUER UNE FAUTE INEXCUSABLE DE L'EMPLOYEUR LIÉE AU STRESS AU TRAVAIL DEVANT LES JURIDICTIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE.

■ ■ ■ de valeur probante que le témoignage d'un « simple citoyen » et fait foi.

➤ Fondement des poursuites des employeurs

Le reproche le plus fréquent des employeurs porte sur le manquement à la prudence et à la circonspection dans la rédaction de certificats médicaux établissant un lien entre les conditions de travail et leurs effets sur la santé psychique des salariés.

Ces poursuites aboutissent parfois à des condamnations, notamment de médecins du travail, devant les juridictions ordinaires¹. On ne dispose pas de chiffres précis sur les plaintes, qui se règlent en « conciliation » au niveau des Conseils départementaux, ni sur les saisines des chambres disciplinaires de première instance (au niveau de l'Ordre régional) ou de la chambre disciplinaire nationale. L'Ordre des médecins² a souligné en 2013 : « *L'Ordre des médecins compte à ce jour 5 454 médecins du travail et les plaintes d'employeurs sont rarissimes ! Pour autant, c'est l'occasion de rappeler aux médecins qu'ils doivent se limiter dans les certificats qu'ils rédigent aux faits qu'ils ont personnellement constatés. Si le médecin attaqué devant la juridiction ordinaire n'a commis aucune faute déontologique, la plainte sera rejetée et son auteur s'expose au paiement d'une amende pour recours abusif comme au paiement de dommages et intérêts pour le préjudice que sa plainte injustifiée a fait subir au praticien* ». Les sanctions concernent surtout des médecins généralistes peu prudents dans la rédaction de leurs certificats³.

Par exemple, un médecin généraliste a délivré un arrêt de travail à une patiente mentionnant sous la rubrique « éléments médicaux » : « *dépression réactionnelle suite à harcèlement moral professionnel* ». La chambre disciplinaire de première instance a infirmé la peine d'interdiction

d'exercice de la médecine durant huit jours avec sursis⁴.

Dans un autre dossier, la chambre disciplinaire de première instance⁵, a infirmé un avertissement au généraliste à qui il était reproché d'avoir accusé un employeur d'une infraction pénale, sans preuve du lien entre la pathologie et les agissements de l'employeur.

➤ Les moyens de défense des médecins

Certains arguments de justification présentés par les médecins peuvent être recevables, d'autres non.

• L'exercice d'une mission de service public

Un médecin, chargé d'un service public, bénéficie d'un régime plus protecteur si les faits en cause ont été commis à l'occasion des actes de sa fonction publique⁶. Mais cette protection a été limitée par la loi HPST de 2009⁷ : désormais, un médecin chargé d'un service public peut être poursuivi directement devant la chambre disciplinaire de première instance, par le Conseil départemental de l'Ordre des médecins (CDOM).

Si la plainte n'est pas reprise à son propre compte par le CDOM, elle sera déclarée irrecevable par le président de la chambre disciplinaire de première instance. En effet, dans le cas d'une plainte d'un employeur, soit le CDOM porte lui-même plainte au niveau du régional et l'employeur n'est alors plus l'interlocuteur, soit le CDOM ne souhaite pas poursuivre le médecin et la procédure s'interrompt. Il reste alors à l'employeur la possibilité de solliciter le ministre

chargé de la Santé, le Conseil national de l'Ordre, le préfet du département, le directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) ou le procureur de la République, qui ont aussi pouvoir d'agir directement contre le médecin chargé d'un service public devant la chambre

« TOUT CERTIFICAT ENGAGE LA RESPONSABILITÉ DU MÉDECIN ET IL EST DU DEVOIR DE L'ORDRE DE VEILLER À CE QUE LES ÉCRITS MÉDICAUX NE SOIENT PAS DISCRÉDITÉS PAR QUELQUES "MAUVAIS" COMPORTEMENTS, RELEVANT AU MIEUX DE L'EMPATHIE POUR LE PATIENT, AU PIRE DU CLIENTÉLISME OU DE LA NÉGLIGENCE. »

disciplinaire de première instance au niveau de l'Ordre régional.

• La nécessité de justifier le motif de l'arrêt de travail pour les médecins soignants

L'article L 162-4-1 du Code de la Sécurité sociale impose aux médecins de mentionner sur les documents destinés au service du contrôle médical « *les éléments d'ordre médical justifiant l'interruption de travail* » pour toute prescription d'arrêt de travail donnant lieu à l'octroi d'indemnités journalières.

Cette indication, portée sur le premier volet du formulaire d'arrêt de travail, ne doit être communiquée qu'au salarié et aux services médicaux des organismes sociaux. Mais le patient/salarié peut produire ce volet en justice, notamment au pénal ou devant le conseil des prud'hommes ; l'employeur en aura finalement connaissance. Le premier volet doit donc être rédigé avec prudence et ne doit pas comporter de mise en cause



de tiers. Si le patient est fonctionnaire, seuls les volets des certificats d'arrêt de travail qui ne comportent pas de mentions médicales à caractère personnel doivent être confiés par le salarié à sa voie hiérarchique. Le fonctionnaire doit conserver le volet n° 1. Mais à l'égal du régime général, un fonctionnaire peut utiliser ces volets dans le cadre d'une procédure.

• **La nécessité de participer à la reconnaissance des AT/MP**

Le médecin doit établir des certificats en vue de la reconnaissance des AT/MP sur des formulaires spécifiques. Il ne peut pas toujours constater directement l'exposition à tel toxique ou tel risque, mais fait part de sa présomption sur la base des données acquises de la science, notamment les publications scientifiques. Il appartient à la Sécurité sociale de faire son enquête avant de statuer sur le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie⁸ et à l'employeur de contes-

ter sa décision le cas échéant⁹.

Le médecin peut ainsi établir un certificat de maladie professionnelle sur le constat objectif d'une pathologie en faisant part d'une suspicion, d'un lien éventuel avec une exposition professionnelle. La CPAM doit ensuite examiner les pièces médicales et les documents relatifs à la carrière et aux expositions professionnelles avant de se prononcer. Soit ce certificat est établi sur un formulaire CERFA S6909 d'AT/MP et le lien avec le travail est implicite, soit sur papier libre, il faut alors mentionner « *certificat établi en vue d'une déclaration en maladie professionnelle* ».

À ce jour, il n'existe pas de tableau de maladie professionnelle concernant la souffrance au travail, ce qui n'empêche pas un médecin de rédiger un certificat en vue de la reconnaissance d'une telle pathologie au titre des lésions professionnelles puisque depuis 1993¹⁰, une pathologie hors tableau peut être reconnue en maladie professionnelle par le

Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP), à certaines conditions¹¹.

Par ailleurs, la déclaration de tout symptôme et toute maladie qui présentent, à son avis, un caractère professionnel¹² est obligatoire, pour tout médecin. Il s'agit d'une déclaration anonyme faite sur un formulaire *ad hoc* et adressée au ministère du Travail, par l'intermédiaire des médecins inspecteurs régionaux du travail¹³.

• **La nécessité d'un devoir d'alerte du médecin du travail**

Le généraliste, le psychiatre, ou même le médecin de consultation de souffrance au travail dans le cadre d'un service de pathologie professionnelle hospitalier, qui n'entend que le salarié/patient doit être prudent et ne jamais affirmer un lien entre une souffrance et le comportement de l'employeur. Il en va autrement pour le médecin du travail de l'entreprise : ■ ■ ■

■ ■ ■ • il est le seul à entendre à la fois l'employeur, le salarié et les collègues de travail, à avoir accès aux conf its éventuels antérieurs et surtout, il connaît les conditions réelles de travail. Il est le seul à pouvoir s'aventurer sur le terrain du lien de causalité entre une souffrance individuelle et les conditions de travail.

Mais il faut aussi distinguer l'intervention à propos d'un individu, de celle pour le collectif. Le médecin peut effectuer des préconisations individuelles à travers la fiche d'aptitude¹⁴ en respectant le secret médical. Il doit justifier les aménagements de poste préconisés ou indiquer des restrictions sur les avis d'aptitude¹⁵ par des éléments de faits objectifs, sans donner d'informations sur l'état de santé.

Au plan collectif, l'inspecteur du travail a accès à la fiche d'entreprise, au plan d'activité, rédigés par le médecin du travail, qui peuvent attirer son attention sur les conditions de travail et les risques dans l'entreprise. Le Code du travail¹⁶ prévoit que les propositions et les préconisations du médecin du travail et la réponse de l'employeur sont tenues, à leur demande, à la disposition de l'inspecteur ou du contrôleur du travail, du médecin inspecteur du travail ou des agents des services de prévention des organismes de Sécurité Sociale et des organismes professionnels de santé, de



© TETRA IMAGES/PHOTONONSTOP

sécurité et des conditions de travail spécifiques de branches. ■

1. Cour de cassation, 2^e civile 8 novembre 2012 N° de pourvoi : 11-23855
2. Ivan du Roy, 22 janvier 2014, Souffrance au travail : de plus en plus de médecins censurés sur demande des employeurs, <http://www.bastamag.net/Souffrance-au-travail>; Francine Aizicovici, « Plaintes contre trois médecins du travail devant le Conseil de l'Ordre », Le Monde.fr 6 mai 2013
3. Communiqué de l'Ordre des médecins du 16 mai 2013, www.conseil-national.medecin.fr
4. <http://www.jurisprudence.ordre.medecin.fr/jurisprudence/index.html>
5. Décision n° 1042 du 13 janvier 2010, chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins
6. Décision n° 2010.04 du 30 août 2010, chambre disciplinaire de première instance de Rhône-Alpes
7. Article L. 4124-2 CSP

8. Loi HPST n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires, JORF n°0167 du 22 juillet 2009

9. Article R. 441-10 CSS
10. Article R. 441-14 CSS
11. Loi n°93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social, JORF n°25 du 30 janvier 1993
12. Article L. 461-1 CSS
13. Articles L. 461-6 CSS et R 441-11 CSS
14. S. Fantoni-Quinton, P. Frimat, D Choudat, *Plainte ordinaire après déclaration d'une maladie professionnelle par le médecin du travail. Une tentative d'intimidation de la part des employeurs ou des erreurs de rédaction ?*, Archives des maladies professionnelles 2014, volume 75, Issue 1 : 59-62
15. Article L. 4624-1 du Code du travail.
16. Article L. 4624-3 du Code du travail

CE QU'IL NE FAUT PAS ÉCRIRE

- syndrome anxieux en rapport avec un stress professionnel majeur
- dépression professionnelle
- harcèlement moral au travail
- il présente ce jour un état de détresse et d'anxiété majeure consécutif à sa reprise du travail datant d'hier

CE QUE L'ON PEUT ÉCRIRE

- suivi pour angoisse, troubles de l'humeur, troubles du sommeil, troubles de l'appétit
- stress réactionnel
- syndrome de stress post-traumatique
- on état n'est pas compatible avec une reprise du travail tel qu'exercé habituellement
- pris en charge depuis telle date pour un syndrome dépressif traité par antidépresseurs et anxiolytiques
- suivi par un psychologue à raison d'une consultation hebdomadaire depuis telle date

La loi relative à la consommation du 13 février 2013 instaure, entre autres, la libéralisation des ventes de lunettes et de lentilles sur Internet, pour en faire baisser le prix. Mais au-delà de cet avantage direct, les patients n'ont-ils pas à redouter des « effets pervers » ?



Vente de lunettes sur Internet : un bien ou un mal pour les patients ?

VALÉRIE AMELINE, MÉDECIN CONSEIL, MACSF-LE SOU MÉDICAL
THIERRY HOUSELSTEIN, DIRECTEUR MÉDICAL, MACSF-LE SOU MÉDICAL

Le 13 février 2014, le projet de loi relatif à la consommation, dite loi Hamon, a été adopté définitivement par l'Assemblée nationale. Grande première, elle autorise un investisseur à s'installer comme opticien, à condition d'embaucher un salarié diplômé d'optique. Elle impose par ailleurs aux ophtalmologistes d'inscrire sur l'ordonnance l'écart pupillaire du patient, en plus des corrections nécessaires pour améliorer sa vue. À cela s'ajoute une disposition qui enlève aux opticiens et aux pharmaciens l'exclusivité en matière de vente des produits d'entretien des lentilles.

➔ Un objectif clair : faire baisser le prix des lunettes

Toutes ces dispositions font suite aux critiques sur le prix élevé des lunettes : 470 euros en moyenne, soit deux fois plus qu'au Royaume-Uni, en Espagne, en Italie ou en Allemagne, d'après les calculs de la Cour des comptes publiés en septembre 2013.

Selon une étude *UFC-Que choisir* réalisée en avril 2013, chaque paire de lunettes vendue rapporte, en moyenne, 275 euros au vendeur, soit 70 % du prix de vente. Une marge que l'association de consommateurs qualifie d'« exorbitante », et qu'elle explique par le nombre croissant de magasins d'optiques, porté par l'augmentation du nombre de diplômés qui sortent chaque année des écoles d'op-

tique. Avec 11 422 points de vente en France, le nombre d'opticiens a augmenté de 47 % en douze ans, alors que le besoin, lui, n'a progressé que de 13 %. Le marché ayant progressé moins vite que les implantations, le chiffre d'affaires par magasin a baissé de 6,6 % entre 2005 et 2012. Selon *UFC-Que choisir*, en 2012, chaque magasin n'a vendu que 880 paires de lunettes, soit 2,8 équipements par jour ouvré, et les frais fixes des magasins se sont ré-

percutés sur ces seules 2,8 paires de lunettes. Selon cette étude, maintenir la rentabilité suppose donc de vendre des montures à des prix élevés.

Deuxième facteur d'inflation, selon *UFC-Que choisir* : la seconde paire de lunettes « offerte », dont les dépenses marketing représentent 60 euros par paire et plombent la facture des consommateurs. Selon le ministère chargé de la Consommation, ces tarifs élevés, conjugués à une faible prise en charge par l'Assurance maladie (entre 4,44 et 31,14 euros par monture), contraignent près de 3 millions de Français n'ayant pas d'assurance complémentaire à renoncer aux soins d'optique. D'où la volonté de faire bais-

ser les prix d'environ 25 % en introduisant une dose de concurrence avec la vente en ligne sur Internet.

« Cela va permettre de rendre plus d'un milliard d'euros de pouvoir d'achat au consommateur », s'est félicité Benoît

Hamon, ministre délégué à la Consommation et porteur de la loi. Ces déclarations ont suscité de vives réactions de la part du Syndicat des opticiens entrepreneurs (SynOpE), qui a rappelé que le rôle

« SELON LE MINISTÈRE CHARGÉ DE LA CONSOMMATION, CES TARIFS ÉLEVÉS, CONJUGUÉS À UNE FAIBLE PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE, CONTRAIGNENT PRÈS DE 3 MILLIONS DE FRANÇAIS N'AYANT PAS D'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE À RENONCER AUX SOINS D'OPTIQUE. »

d'un opticien ne se limite pas à mesurer l'écart pupillaire ; il mesure aussi la distance du verre par rapport à l'œil, et cette mesure doit être faite directement sur le porteur de montures. Le SynOpE a également déploré la menace que ces arguments purement économiques font peser sur plusieurs milliers d'emplois du secteur, qui compte 35 000 opticiens.

Selon les opticiens, les grands oubliés, dans ce débat axé sur les prix, sont les patients, la santé visuelle et la qualité des produits, et une loi sur la consommation n'est pas le bon vecteur pour modifier des textes qui relèvent du code de la santé publique. ■ ■ ■

■ ■ ■ Reste enfin une question majeure : les ophtalmologistes accepteront-ils de mesurer systématiquement l'écart interpupillaire de leur patient et de le reporter sur l'ordonnance de verres prescrits ? Cela entre-t-il dans le champ médical ?

➤ Centrage des verres : une étape délicate

À l'heure actuelle, il existe deux types de lunettes vendues sur Internet : les lunettes montées et les lunettes en kit (verres et montures séparément), le montage se faisant ensuite en magasin. La plupart des sites fournit les mêmes montures, les mêmes verres et les mêmes garanties que ceux distribués dans les magasins d'optique. Le critère le plus important en termes de qualité devient alors la prise de mesures et le parfait centrage des verres en face des pupilles. Le centrage des verres de lunettes nécessite la prise de deux mesures : les demi-écarts pupillaires et la hauteur entre le bas de la monture et la pupille.

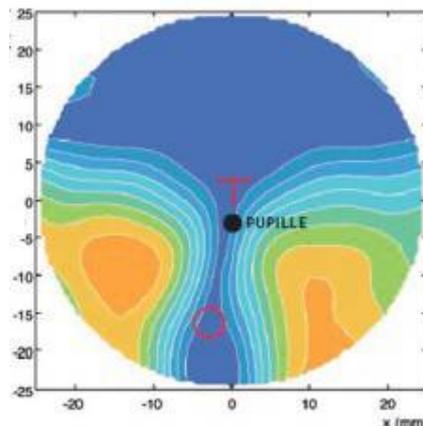
« UN MAUVAIS CENTRAGE DES VERRES A NÉCESSAIREMENT DES CONSÉQUENCES. »

Un mauvais centrage des verres a nécessairement des conséquences.

Pour des verres unifocaux, un décentrement va engendrer un effet prismatique. Pour un décentrement de 1 cm et une correction de 6 (correction vendue sur la plupart des sites), l'effet prismatique sera de 6 d'après la règle de Prentice (prisme induit en = décentrement en cm * x ? puissance en). L'effet prismatique va engendrer des hétérophories. Si les réserves fusionnelles ne sont pas suffisantes, le patient peut ressentir des maux de tête occipitaux, des douleurs derrière les yeux, des yeux qui tirent. L'acuité binoculaire est inférieure à la meilleure acuité monoculaire, et la vision stéréoscopique est mauvaise. Dans le plan horizontal, le couple ocu-

laire peut compenser jusqu'à 3 dioptries prismatiques. Par contre, dans le plan vertical, une différence de hauteur binoculaire induisant un effet prismatique supérieur à 1 peut ne pas être toléré par le patient et lui créer, dans de nombreux cas, un inconfort ou une diplopie. Les tolérances de la norme ISO NF EN ISO 21987 sont donc tout à fait justifiées.

Pour les verres progressifs, en plus des effets prismatiques, il y a un risque de réduction du champ de vision et d'adaptation. Sur ces verres, le couloir de progression entre la vision de loin et la vision de près est étroit, de 4 à 5 mm de large. Un décentrement horizontal de 3 mm peut alors réduire les champs de vision jusqu'à 40 %.



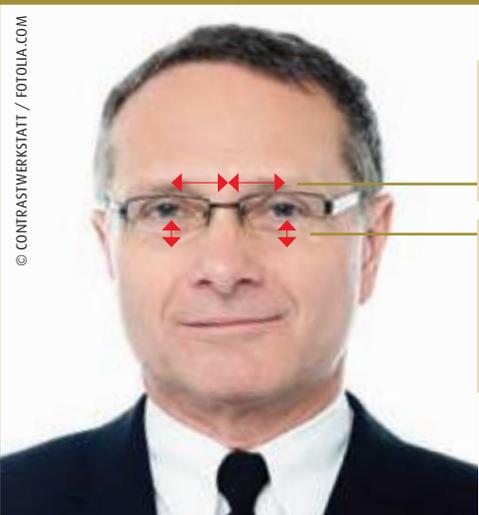
Courbe d'iso-astigmatisme d'un verre progressif courant plan add +3.00

Le décentrement vertical est beaucoup plus sensible. En effet, la puissance varie le long du couloir de progression : 3 sur 20 mm, soit 0.15 /mm. Un décentrement de 5 mm va donc modifier la puissance de 0.75 . Or, un écart de 0.75 en sphère n'est pas acceptable. Là encore, la norme est tout à fait justifiée.

➤ Quelle qualité pour les centrages réalisés sur Internet ?

Pour les lunettes montées

Pour les écarts pupillaires, la plupart des sites de lunettes montées demande une photo du sujet avec un étalon (règle posée sur le front, par exemple). La



Les demi-écarts pupillaires, distance entre l'arête du nez et chaque pupille, ne dépendent pas de la monture.

Les hauteurs entre le bas de la monture et la pupille ne peuvent être mesurées qu'avec la monture ajustée et posée sur le nez du porteur.

La norme ISO NF EN ISO 21987 définit des tolérances maximales pour les verres montés, données en prisme induit ou en mm.

Tolérance sur les écarts pupillaires	Tolérance sur les hauteurs
Pour les puissances de 0,00 à 3,25 dioptries un <i>max</i> de 0,67 Δ de prisme induit	Pour les puissances de 0,00 à 5,00 dioptries un <i>max</i> de 0,50 Δ de prisme induit.
Pour les puissances > 3,25 dioptries 2,0 mm	Pour les puissances > 5,00 dioptries 1,0 mm

SOURCE : ISO NF EN ISO 21987



© BURGER/PHANIE

précision est alors d'environ 3 mm. En effet, lors de la prise de la photo, le patient peut regarder à l'infini ou fixer son appareil photo (ou sa webcam) en vision de près. La convergence binoculaire en VP n'est pas prise en compte. Si on se réfère à la norme ISO NF EN 21987, il en découle (pour un prisme nul) que la puissance maximale que ces sites devraient proposer est $0,67 / 0,3 \text{ cm} = 2,25$ (règle de Prentice). Or, ces sites proposent tous des puissances allant jusqu'à 6, voire plus. Ils ne respectent donc pas la norme et sont à proscrire.

La hauteur est la distance entre le bas de la monture et la pupille. Cette mesure

« LA MESURE EN HAUTEUR EST IMPOSSIBLE À PRENDRE SUR INTERNET. »

hauteur est impossible à prendre sur Internet. Il faudrait pour cela pouvoir ajuster une monture à distance!

Ces sites prennent donc des mesures de hauteur statistiques ou standards, ce qui pose un problème de santé publique, plus encore pour les verres progressifs. La norme n'est pas respectée. Ces sites sont donc à proscrire formellement pour les verres progressifs.

En conclusion, les sites de lunettes complètes conviennent uniquement pour les unifocaux de faible puissance (max 2.25).

dépend de la monture et de la façon dont elle est ajustée sur le visage du patient. Il en découle que la mesure en

Pour les lunettes en kit

Comme nous venons de le voir, les limites des lunettes montées sur Internet viennent de l'absence de contact physique entre le patient et l'opticien. C'est seulement via ce contact qu'un centrage rigoureux peut être assuré, aussi bien en écart qu'en hauteur. Les sites de lunettes en kit résolvent ce problème : les clients achètent les lunettes en kit (verres + montures), le centrage se fait ensuite chez un opticien partenaire du site. La norme ISO NF EN 21987 peut ainsi être respectée.

La vente de lunettes en kit sur Internet permet donc d'équiper les patients en unifocaux et en progressifs sans risque de décentrage. Le contact physique entre le patient et l'opticien est ■ ■ ■



© BURGER/PHANIE

■ ■ ■ indispensable, au moins lors de l'achat de verres progressifs. Les sites d'achat de lunettes montées sont à déconseiller afin d'éviter des insatisfactions de patients inconfortables, qui penseront que l'ophtalmologiste n'a pas réalisé une prescription correcte. Les sites de vente de lunettes en kit semblent en revanche offrir davantage de garanties pour assurer une bonne

qualité de confort visuel. Ces sites sont très peu nombreux, contrairement aux précédents, puisqu'ils nécessitent un réseau d'opticiens partenaires.

Quand un patient se déclarera insatisfait de ses verres, il ne faudra pas omettre de lui demander le mode d'achat de ses lunettes, les lunettes livrées toute faites et choisies sur Internet pouvant déboucher sur quelques déconvenues. ■

BIBLIOGRAPHIE

- Association française de normalisation, Norme ISO NF EN ISO 21987 ; 27 pages
- Code de santé publique, article L. 4362-9 modifié par la loi n°2005-102 du 11 février 2005-art 81 JORF 12 février 2005.
- Valérie Ameline. *Pratiques en Ophtalmologie*, juin 2012 « Que penser de la vente en ligne des lunettes ? Le contact patient-opticien indispensable ? »
- Valérie Ameline. *Réalités ophtalmologiques*, janvier 2013. « Lunettes sur internet : quelles solutions pour nos patients ? »

CONSEIL DE LA MACSF : INFORMER SES PATIENTS

Afin de se prémunir contre d'éventuelles mises en cause en cas d'insatisfaction d'un patient suite à l'achat de lunettes sur Internet, la MACSF conseille à ses sociétaires ophtalmologistes d'informer le patient par le message suivant :

« Votre ophtalmologiste a indiqué votre écart pupillaire sur cette ordonnance, mesure nécessaire mais insuffisante pour garantir une adaptation satisfaisante et bon confort visuel avec vos nouveaux verres. Il recommande un contact physique avec un opticien. Le centrage des verres correcteurs nécessite au minimum deux mesures : écart pupillaire et hauteur entre le bas de la monture et votre pupille, qui ne peut se réaliser qu'avec une

monture posée et ajustée sur le nez du patient, de même que la distance verre-œil. Acheter des lunettes sur Internet est possible mais alors, privilégier les lunettes en kit (achat des verres et de la monture sur Internet qui seront montés en magasin par un opticien partenaire du site Internet près de votre domicile, après mesures directement sur vous). Les lunettes toutes montées, achetées sur Internet et livrées directement à votre domicile sans intervention d'un opticien, peuvent être source d'inconfort et d'insatisfaction malgré une parfaite prescription de votre ophtalmologiste. Ce risque est majoré pour les verres progressifs afin de respecter la norme ISO NF EN 21987 ».

Dans certains pays d'Europe, il existe une véritable culture des données de santé pour établir des stratégies régionales ou nationales. En France, ce n'est qu'avec la loi du 13 mai 2004 que l'accès à ces données a été facilité, avec la création de l'Institut des Données de Santé.



© JEAN-MARC GOURDON

Plaidoyer pour une meilleure utilisation des données de santé

ENTRETIEN AVEC LE PROFESSEUR DIDIER SICARD, PRÉSIDENT DU COMITÉ D'EXPERTS DE L'INSTITUT DES DONNÉES DE SANTÉ (IDS)
PROPOS RECUEILLIS PAR MONIQUE AUBARD

➤ Pouvez-vous nous présenter l'IDS ?

Nous devons sa création à Xavier Bertrand, qui a, avant son accès au ministère de la Santé, pris conscience que les données de santé n'étaient accessibles, en France, qu'à quelques grands laboratoires de recherche et a encouragé le législateur à créer l'IDS dans le cadre de la loi de 2004.

Or, la plupart des pays occidentaux construisent de façon permanente leurs stratégies de santé sur les données de santé.

La France est le pays du monde qui en a probablement le plus grâce à une centralisation des données de santé remarquable (le PMSI), mais la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS), qui gère les plus grandes bases comme le SNIIRAM (Système national d'informations interrégimes de l'Assurance maladie), considère être le seul juge de leur accès, même si elle a créé une structure d'aide au décryptage et organise des formations chaque année.

L'IDS est un Groupement d'intérêt public (GIP) qui regroupe un très grand nombre de structures, telles que la CNAMTS, les mutuelles, les compagnies d'assurances (UNOCAM), les professionnels de santé, les fédérations hospitalières, les représentants du ministère des Affaires sociales et le collectif inter associatif des usagers de la santé. Les intérêts en jeu sont donc divergents : les assurances et les mutuelles ont un marché, la CNAMTS est

un organisme indépendant qui a une responsabilité d'État.

« L'IDS A UNE FONCTION DE MÉDIATEUR ENTRE LES ACTEURS DE LA RECHERCHE POUR QUE LA MISE À DISPOSITION DES DONNÉES DE SANTÉ GLOBALES ANONYMISÉES PERMETTE D'AVOIR DE MEILLEURES STRATÉGIES, DANS TOUS LES DOMAINES DE SANTÉ, ET DE FAIRE DE LA RECHERCHE. »

Les questions de santé publique qui pourraient trouver des réponses dans ces données sont pourtant essentielles : les 50 % de femmes qui ne font pas de mammographie de dépistage ont-elles une morbidité et une mortalité supérieures à celles qui le font ? Que deviennent à l'âge adulte les enfants qui ont une cardiopathie congénitale à la naissance ? Est-ce que les usagers d'alcool ont une morbidité et une prise en charge différente d'un département à l'autre ? Quelle serait la meilleure adéquation entre les besoins exprimés dans les données et la présence des spécialistes ? Quelle serait la cible de la chirurgie ambulatoire en fonction du réel et non des vœux ? Pourquoi de telles différences dans la pose de stents ou de prothèses de hanche ?

L'IDS a réalisé depuis six ans un travail considérable de cartographie de l'existence de ces données. Mais il n'a pu que modérément faciliter l'accès, alors que c'était sa finalité première.

➤ Quelles sont les raisons de ces difficultés d'accès aux données ?

La CNAMTS considère que sa fonction n'est pas d'évaluer les données de santé pour en tirer des stratégies ; elle est un organisme payeur qui n'a pas à juger de l'efficacité de telle ou telle pratique ou médicament.

Elle ne veut pas transmettre les données en raison du risque de désanonymisation et du risque de permettre à des laboratoires à but lucratif de faire des campagnes de promotion sur certains départements et d'en tirer des stratégies contraires à son intérêt.

On a pu le constater pour le Médiateur® : il a fallu que certains membres de l'IDS, surtout le collectif associatif et quelques mutuelles, somment juridiquement et judiciairement la CNAMTS de révéler les régions de prévalence de prescription, d'indication et la pyramide d'âge concernée pour constater que l'usage avait été totalement détourné.

Cette vision de la CNAMTS de « diabolisation » de la mise à disposition des données de santé est surprenante, car cette question ne pose aucun problème dans les pays étrangers. Il n'y a pas de dévoiement, personne ne cherche à savoir qui a telle ou telle maladie. Ce procès d'intention de la divulgation est spécifique à la France.

La conséquence en est que la France est un pays extraordinairement vulnérable sur le plan de l'évaluation. Les effets secondaires des médicaments ■ ■ ■

■ ■ ■ ont tous été découverts à l'étranger, parce que nous n'avons pas l'évaluation de cet usage, par des organismes indépendants de la CNAMTS.

La même question se pose pour le recours excessif aux chimiothérapies palliatives qui coûtent excessivement chères et qui ne sont pas évaluées. Il est donc fondamental d'avoir des cohortes fondées sur des données de santé qui permettent de construire l'avenir de façon lucide.

Si la CNAMTS n'a pas pour mission d'évaluer, elle devrait avoir celle d'aider ceux qui ont pour mission de le faire mais qui n'ont pas accès aux données de santé. Depuis vingt ans se sont créés quelques organismes privés d'analyse de données de santé, comme l'IMS (Intercontinental Marketing Services) ou

Celtipharm, qui collectent des données de santé par l'intermédiaire de pharmaciens et de médecins volontaires. Toutes ces structures souhaiteraient pouvoir accéder aux données de santé de façon plus libre, sans être accusées d'être des organismes de marketing.

➤ **Les médecins sont-ils eux aussi « lésés » par l'absence d'accès aux données de santé ?**

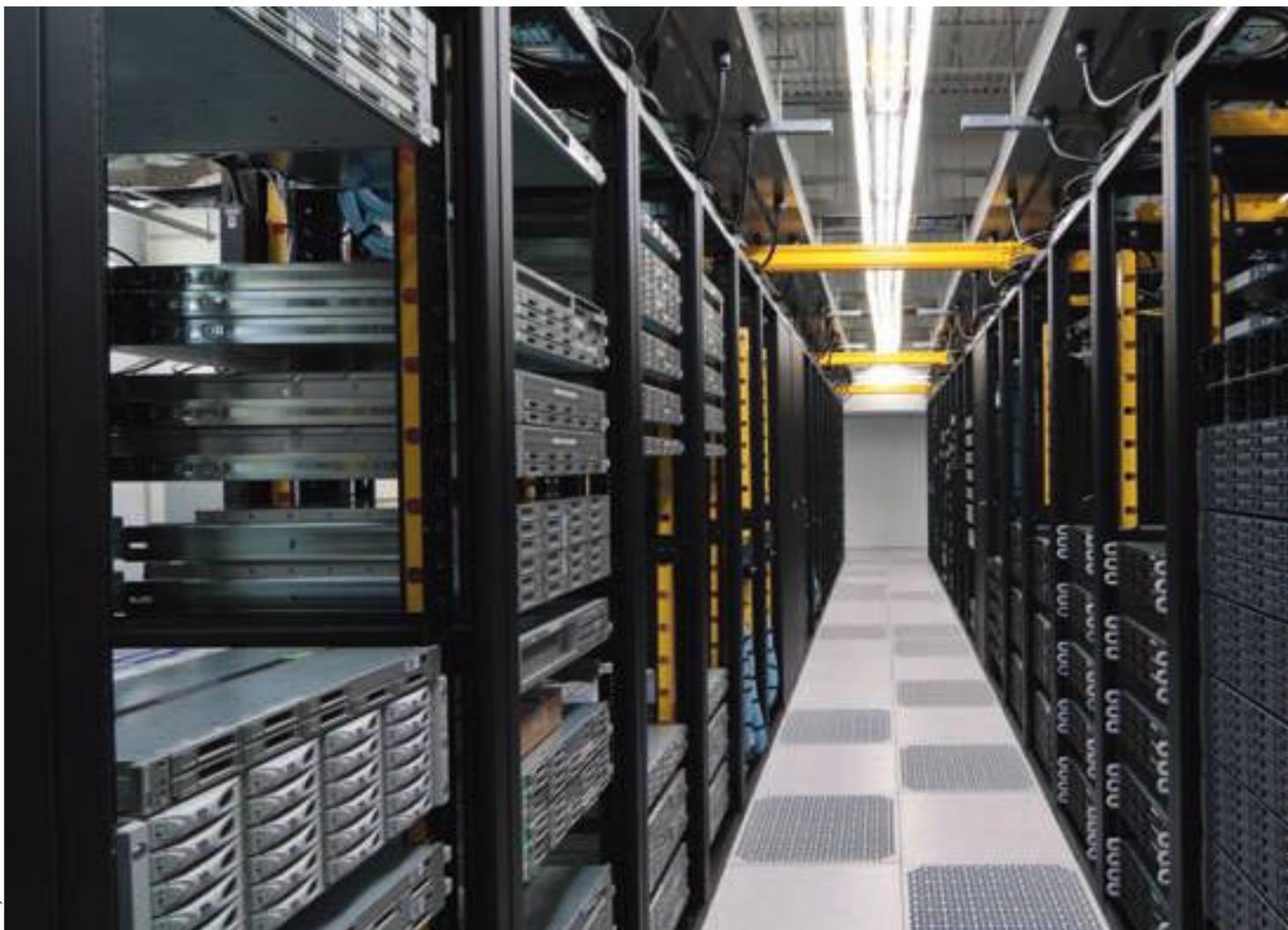
Les médecins français sont « culturellement » habitués à ne pas avoir de données. Le médecin qui fait une ordonnance ne sait absolument pas si le médicament est largement prescrit et quelles en seront les répercussions. La tendance est de donner un médicament plus en fonction des prescriptions du marché que dans l'intérêt réel du malade.

Le médecin n'est donc pas immergé dans des données de santé lui permettant d'être un médecin averti, alors que ce serait un moyen de formation permanente remarquable. La médecine est une culture, et pas seulement une prescription désincarnée.

➤ **Sur quels critères l'IDS décide-t-il de donner l'accès aux données dont il dispose ?**

L'IDS a un rôle de médiateur entre les demandeurs publics ou privés et les hébergeurs. Dans cette optique, il a réalisé un travail de réflexion considérable pour juger de la recevabilité des demandes d'accès.

L'IDS reçoit la demande d'un organisme d'État ou de chercheurs. La politique est de ne pas accepter de demandes venant



du secteur privé, ce qui amène celui-ci à contourner le problème en passant par un organisme tel que l'INSERM qui, lui, a un accès. Cela pose aussi un problème de fond : en 2008, un grand laboratoire avait demandé d'accéder aux données de santé pour savoir si les personnes qui prenaient des statines depuis plus de cinq ans avaient une mortalité et une morbidité inférieures aux personnes qui en avaient pris pendant une durée plus courte ou celles qui avaient cessé le traitement pour effet indésirable. Il a été considéré très choquant que le laboratoire pose cette question, car il risquait d'en tirer un intérêt pour alimenter ses campagnes de promotion de statines. C'est peut-être vrai, mais il n'y a rien de pire que de cacher la réalité sous prétexte qu'elle peut rendre service à

« LORSQU'IL EST SAISI D'UNE DEMANDE, L'IDS DONNE SON AVIS SUR SA LÉGITIMITÉ EN TERMES DE SANTÉ PUBLIQUE À CELUI QUI HÉBERGE LES DONNÉES. »

un laboratoire ! Si l'hébergeur refuse de transmettre les données, l'IDS n'a pas de pouvoir régaliens.

➔ L'IDS ne devrait-il pas être le dépositaire des données de santé ?

Le coût (un milliard d'euros par an) ne serait pas supportable. Le volume d'information qui arrive tous les jours est considérable et nécessiterait beaucoup de personnel, alors que l'IDS est une petite structure, composée de quelques personnes.

➔ Des données de santé bien utilisées pourraient-elles participer aux 10 milliards d'économie souhaités dans la santé ?

C'est évident.

Prenons quelques exemples :

- dans le cadre de la dégénérescence rétinienne, il existe deux médicaments, l'Avastin® et le Lucentis® produits par deux laboratoires différents. L'un coûte 50 € et l'autre 1 050 € pour une même efficacité. L'Avastin® a été interrompu dans les hôpitaux publics depuis deux ans, en raison d'effets secondaires rares et bénins. N'aurait-il pas été judicieux de comparer les effets entre les patients prenant l'un ou l'autre médicament ?
- dans le cas du vaccin contre l'hépatite B, on aurait pu prendre les données de santé et s'interroger sur l'ensemble des scléroses en plaques françaises et l'ensemble des sujets vaccinés.
- on sait aujourd'hui que le PSA est un examen qui ne sert pas au dépistage du cancer de la prostate et qu'il est même délétère. Mais on continue de faire cet examen parce que les données de santé concernant l'usage du PSA sont inaccessibles.

➔ Y a-t-il des leçons à tirer auprès d'autres pays ?

En Angleterre, les dépenses de santé sont de l'ordre de 3 points du PIB (Pro-

duit intérieur brut), inférieures à la France. Il faut peut-être plus de temps pour avoir une prothèse de hanche, mais ce n'est pas pour autant que les Anglais viennent en nombre se faire opérer en France. Le système public anglais est probablement le meilleur du monde, malgré un excès dans la façon impitoyable de considérer qu'après un certain âge, on n'a pas le droit à tel médicament.

La France pourrait être le référent en matière de données de santé grâce à notre système de santé centralisé. Depuis 1947, la CNAMTS propose à 500 000 Français, tous les cinq ans, de faire un examen complet et gratuit. On aurait pu recueillir et exploiter une mine d'informations. Mais rien n'a été fait en ce sens.

La CNAMTS n'est pas responsable de cette situation. Elle est simplement complice d'une *omerta*. Que les ARS n'aient eu accès aux données qu'en fin 2013 laisse songeur !

Dans une situation où nous avons dix milliards d'économie à faire, les données de santé pourraient contribuer à faire ces économies.

➔ Quel est l'avenir de l'IDS ?

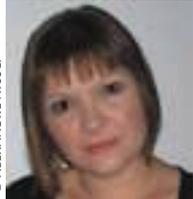
Après les événements du Médiateur®, la CNAMTS a demandé et obtenu la limitation de l'action de l'IDS à une fonction « éthique », et la création d'un autre GIP rassemblant seulement la CNAMTS, la Haute Autorité de santé (HAS) et l'Agence du Médicament, excluant ainsi les mutuelles, les assurances et le collectif associatif. Fort heureusement, cela n'a pas abouti. L'IDS a été maintenu, mais reste impuissant à réellement changer en profondeur une politique libérale d'accès.

L'IDS doit être une structure indépendante, avec un directeur qui engage sa responsabilité. C'est une garantie pour avoir des données de santé fiables.

Alors qu'elle a d'excellents épidémiologistes, la France est peu présente dans les grandes études épidémiologiques européennes. En se privant de ses données de santé, elle a accumulé des crises sanitaires parce qu'elle ne « sait » pas. ■



Le domaine de la responsabilité médicale, en perpétuelle évolution, est parfois difficile à appréhender pour les professionnels de santé. Voici quelques réponses concrètes aux interrogations de ces professionnels.



© ALEXANDRE NICOLI

Responsabilité du médecin : question/réponse

DELPHINE ROUSSEL, JURISTE, MACSF-LE SOU MÉDICAL

Quelle est la validité d'une signature électronique en matière médicale (certificat, compte rendu)? Quelle serait la valeur d'un document de consentement éclairé scanné?

L'usage de nouvelles technologies ne pose pas de difficultés aux professionnels de santé dans la pratique médicale. Davantage de questions se posent pour l'usage « administratif » de ces technologies, notamment en raison des risques médico-légaux qu'elles pourraient induire.

➔ La validité des signatures électroniques

L'article 1316-4 du code civil reconnaît la validité de ce mode de signature : « Lorsqu'elle est électronique, elle consiste en l'usage d'un procédé fiable d'identification garantissant son lien avec l'acte auquel elle s'attache. La fiabilité de ce procédé est présumée, jusqu'à preuve contraire, lorsque la signature électronique est créée, l'identité du signataire assurée et l'intégrité de l'acte garantie. »

Dans un arrêt du 14 février 2013, la Cour d'appel de Nancy a confirmé la validité de ce procédé de signature, dans une affaire rendue en matière de crédit.

Le décret n°2001-272 du 30 mars 2001 a apporté des précisions. L'article 1 définit la signature électronique sécurisée comme satisfaisant aux exigences suivantes :

- « être propre au signataire;
- être créée par des moyens que le signataire puisse garder sous son contrôle exclusif;
- garantir avec l'acte auquel elle s'attache un lien tel que toute modification ultérieure de l'acte soit détectable ».

L'article 3 de ce décret ajoute que le « dispositif sécurisé de création de signature électronique doit :

1. garantir par des moyens techniques et des procédures appropriés que les données de création de signature électronique :

- ne peuvent être établies plus d'une fois et que leur confidentialité est assurée;
- ne peuvent être trouvées par déduction et que la signature électronique est protégée contre toute falsification;
- peuvent être protégées de manière satisfaisante par le signataire contre toute utilisation par des tiers;

2. n'entraîner aucune altération du contenu de l'acte à signer et ne pas faire obstacle à ce que le signataire en ait une connaissance exacte avant de le signer ».

D'autres précisions se trouvent dans les recommandations établies par l'Ordre des médecins en juin 2010 sur la dématérialisation des documents médicaux, concernant plus généralement le dossier médical dans son ensemble. Elles rappellent la réglementation sur la signature électronique et envisagent son utilisation par les professionnels de santé.

Les implications juridiques de cette signature sont identiques à celles d'une signature manuscrite. Elle engage son auteur et, en termes de preuve, sa valeur est identique, sous réserve qu'un procédé fiable d'identification garantissant le lien avec l'acte auquel elle s'attache soit utilisé. Le moyen utilisé doit permettre de déterminer sans hésitation possible l'auteur et le valideur du document.

Il revient au professionnel mettant en œuvre ce procédé, de s'assurer de la sécurité attachée au dispositif et de l'absence d'altération de la confidentialité du document.

« IL NE FAUT PAS CONFONDRE SIGNATURE ÉLECTRONIQUE ET SIGNATURE SCANNÉE »

Il ne faut pas confondre signature électronique et signature scannée, principe rappelé dans l'arrêt récent de la Cour d'appel de Fort-de-France¹. L'apposition de la signature scannée sur un document est insuffisante pour s'assurer de l'authenticité de l'engagement du demandeur car plusieurs personnes ont pu avoir accès au document scanné.

➔ La validité d'un document de « consentement éclairé » scanné

L'article 1316-1 du code civil relatif à l'écrit électronique dispose que « l'écrit sous forme électronique est admis en preuve au même titre que l'écrit sur support papier, sous réserve que puisse être dûment identifiée la personne dont il émane et qu'il soit établi et conservé dans des conditions de nature à en garantir l'intégrité ».

Le CNOM reconnaît l'utilité de numériser un dossier médical dont « le consentement écrit du patient » est une composante (article R. 1112-2 du code de la santé publique). Ces dispositions ne concernant que le dossier en établissement de santé, le Conseil recommande aux praticiens libéraux de s'en inspirer pour concevoir la fiche du patient. Il conclut que « le contenu du dossier ainsi constitué sera identique, qu'il soit conservé sous une forme "papier" ou qu'il soit informatisé ».

La Cour de cassation admet, par un arrêt du 4 décembre 2008, que les documents électroniques valent preuve à condition que leur conservation soit réalisée dans des conditions propres à identifier leurs auteurs, à garantir leur intégrité et leur exploitabilité dans le temps. Le CNOM préconise un système de stockage horodaté garant de l'intégrité du document numérique. ■

1. CA Fort-de-France, 14 décembre 2012

Le contentieux ordinal représente chaque année un volume important et stable de déclarations auprès de la MACSF. Ainsi, en 2012, 900 dossiers ont concerné des poursuites disciplinaires devant les Ordres, avec une augmentation constante des plaintes relatives à des certificats médicaux.



© MICHEL LABELLE

Quelques rappels sur le contentieux ordinal

CÉLINE CHASSANG, JURISTE, MACSF- LE SOU MÉDICAL

« Il est de mon intérêt de défendre le vôtre. » Alain.¹

Telle pourrait être la maxime de tout membre d'un Ordre professionnel à l'égard de ses usagers. Le professionnel inscrit auprès d'institutions ordinales est en contact direct avec le patient, qui place en lui sa confiance. S'il est de son devoir d'honorer cette confiance, il revient aux institutions ordinales d'en garantir les moyens à la collectivité, en rendant la profession identifiable et crédible.

En France, il existe huit institutions ordinales regroupant des professions de santé : l'Ordre national des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des pharmaciens, des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes, des pédicures-podologues et des vétérinaires. Le Conseil de l'Ordre peut être saisi d'une plainte relative à la violation d'une obligation déontologique, indépendamment et/ou cumulativement avec d'autres poursuites, et sans délai de prescription.

➤ Les types de plaintes

Les relations professionnels-patients

Dans le cadre des relations entre professionnels et patients, le Conseil de l'Ordre peut être saisi d'une plainte relative à la rédaction d'un certificat médical litigieux, pour violation du secret professionnel ou immixtion dans les affaires de famille, ou pour un défaut d'information ou un manquement aux règles de l'art. Un refus de se déplacer, des

« LES CHAMBRES DISCIPLINAIRES SONT DES JURIDICTIONS ADMINISTRATIVES. »

signalements de maltraitance non faits ou mal faits ou encore des affaires de mœurs peuvent également donner lieu à saisine de l'Ordre.

Les relations entre professionnels

Les plaintes les plus fréquentes concernent l'exercice en groupe (droit des sociétés et des contrats), contrats d'exercice libéral comme collaboration ou remplacement. De nombreux litiges sont liés à la violation de l'obligation de confraternité, de non-concurrence. D'autres sont relatifs au détournement de clientèle suite à une installation litigieuse, des problèmes de publicité...

➤ Les professionnels concernés

Médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes disposent des mêmes règles :

- praticiens inscrits au tableau de l'Ordre, qu'ils exercent ou non ;
- praticiens appartenant aux cadres actifs du service de santé des armées et ceux qui, ayant la qualité de fonctionnaire de l'État ou d'agent titulaire d'une collectivité locale, ne sont pas appelés, dans leurs fonctions, à exercer la médecine ;
- praticiens autorisés par le ministre de la Santé à exercer sous contrat dans

certain établissements de santé et inscrits au tableau de l'Ordre, comme les médecins ressortissants des États membres de l'UE ou parties à l'Accord sur l'Espace économique européen, effectuant une prestation de service en France ;

- étudiants effectuant un remplacement et ceux exerçant momentanément en qualité d'adjoint lors d'épidémies ou d'aff ux de population.

Les Chambres disciplinaires sont des juridictions administratives.

➤ Qui peut saisir la chambre disciplinaire ?

- le Conseil national de l'Ordre ;
- le Conseil départemental de l'Ordre au tableau duquel le praticien poursuivi est inscrit à la date de la saisine de la juridiction ;
- le ministre chargé de la Santé ;
- le préfet du département au tableau duquel est inscrit le praticien intéressé ;
- le directeur général de l'Agence régionale de santé dans le ressort de laquelle exerce le praticien intéressé ;
- le procureur de la République du TGI dans le ressort duquel le praticien est inscrit au tableau ;
- un syndicat ou une association de praticiens.

Un particulier, même praticien, ne peut pas saisir lui-même la chambre disciplinaire. ■ ■ ■



© CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS

■ ■ ■ → La procédure

Les plaignants doivent, au préalable, saisir le Conseil départemental de l'Ordre au tableau duquel le praticien poursuivi est inscrit à la date de saisine de la juridiction².

Peuvent saisir le Conseil départemental :

- les patients, les ayants droit de patients décédés ;
- les autres praticiens ;
- les associations de défense des droits des patients ;
- les employeurs des patients ;
- le Trésor public ;
- les organismes locaux d'Assurance maladie obligatoires ;
- les médecins-conseils chefs ou responsables du service du contrôle médical placé auprès d'une caisse ou d'un organisme de Sécurité sociale ;
- ou toute autre personne ou organisme ayant un intérêt direct à agir.

Le président accuse réception de la plainte, en informe le praticien mis en cause et convoque dans un délai d'un mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte en vue d'une conciliation.

Le Conseil départemental nomme une commission de conciliation composée d'au moins trois de ses membres. Le plaignant, personne physique non médecin, peut se faire assister par un avocat. Au terme de cette conciliation peut être signé, soit un procès-verbal de conciliation (auquel cas la procédure s'arrête),

soit un procès-verbal de carence (si une des parties est absente lors de la conciliation), soit un procès-verbal de non-conciliation.

En cas d'échec de la conciliation et de maintien de la plainte, le Conseil départemental doit la transmettre à la Chambre disciplinaire de première instance, avec avis motivé.

→ Notification de la plainte et décision

Dès son enregistrement, la plainte est notifiée au praticien ainsi qu'au Conseil départemental de l'Ordre dont il dépend. Il fixe un délai d'au moins un mois pour produire un mémoire en défense et toutes pièces utiles, qui peut être réduit à quinze jours lorsque la chambre est saisie par le représentant de l'État dans le département. Les décisions sont prises à la majorité des voix et en cas de partage, celle du président est prépondérante.

« L'APPEL A UN EFFET SUSPENSIF ET DOIT ÊTRE MOTIVÉ EN FAIT ET EN DROIT. »

Les peines qui peuvent être prononcées sont :

- l'avertissement ;
- le blâme ;
- l'interdiction temporaire, avec ou sans sursis qui ne peut excéder trois années ;
- l'interdiction permanente d'exercer ;
- la radiation du tableau de l'Ordre.

→ Quels recours ?

Le délai d'appel est de 30 jours à compter de la notification de la décision. L'appel a un effet suspensif et doit être motivé en fait et en droit.

Ne peuvent faire appel que :

- l'auteur de la plainte et le professionnel sanctionné ;
- le ministre chargé de la Santé ;
- le représentant de l'État dans le département ;
- le directeur général de l'Agence régionale de santé ;
- le procureur de la République ;
- le Conseil départemental ;
- le Conseil national de l'Ordre intéressé.

La Chambre disciplinaire nationale rend des décisions motivées en formation collégiale, selon la même procédure que devant la Chambre disciplinaire de 1^{re} instance. Elles sont susceptibles de recours devant le Conseil d'État.

Le législateur a accordé aux institutions ordinaires un rôle essentiel en matière de déontologie, dans l'intérêt des professions concernées et des patients.

Le maintien de la confiance des patients dans le système de soins est un défi majeur à relever. C'est le rôle des institutions ordinaires de faire la synthèse entre des règles strictes et la dimension humaine de la réalité de terrain. ■

1. Philosophe, 1868-1951

2. Article R. 4126-1 du Code de la santé publique (CSP)

Alors que l'information du patient occupe aujourd'hui une place prépondérante dans la relation thérapeutique, les « non-dits » ont aussi leurs vertus...



© D.R.

Le non-dit entre vérités, secrets et mensonges

DR FRANÇOIS BAUMANN, MÉDECIN GÉNÉRALISTE, COFONDATEUR DE LA SOCIÉTÉ DE FORMATION THÉRAPEUTIQUE DU GÉNÉRALISTE, MEMBRE DU COMITÉ SCIENTIFIQUE INTERNATIONAL DE L'UNESCO (CHAIRE DE BIOÉTHIQUE)

➤ Entendre entre les mots

« C'est à travers les mots, entre les mots, qu'on voit et qu'on entend. »

Cette phrase de Gilles Deleuze¹ ne résume pas à elle seule les caractéristiques du non-dit mais elle en est une forme de définition qui, par essence, est difficile à établir et à cerner.

Non dire, ne pas dire ou encore mal dire, ne sont pas synonymes. Pas plus que le secret, qui pourtant s'en rapproche à bien des égards, ne peut résumer à lui seul le fait de ne pas dire, de « non dire ».

Quelles motivations peuvent autoriser une telle attitude? Quel rôle a le non-dit dans la relation médecin/patient? Et qu'attendre de cette attitude, qu'on pourrait aussi qualifier de demi-mensonge ou de demi-vérité? Ne pas tout dire, ou bien dire

un peu mais surtout pas tout, n'est-ce pas finalement faire un choix dans le type de message que l'on veut transmettre?

On trouve de la manipulation dans le non-dit. Manipulation de l'autre, puisqu'il ne possédera pas tous les éléments qui peuvent lui permettre de juger une situation donnée, mais aussi manipulation de soi par le mensonge auquel on veut croire soi-même. Parce qu'à force de cacher une part des choses que l'on a à dire, on finit par brouiller les pistes des autres, mais également par se perdre soi-même dans le dédale

des vérités à moitié dites et à moitié évoquées.

Ne pas tout dire est souvent associé à l'éthique du médecin et plus généralement de ceux qui souhaitent garder une distance avec les autres, avec la réalité ou avec leur histoire.

Enfin, il peut s'agir de ceux qui ne savent pas ou ne veulent pas mentir. On peut mentir – comme le fait parfois le médecin – pour préserver l'autre, lui permettre de façon temporaire d'accepter un jour une réalité difficile à reconnaître, voire tout à fait indicible en l'état.

Pensons à une personne fragile à laquelle il faut faire l'annonce, toujours difficile, d'une maladie grave ou mortelle à court terme. Le rôle et la responsabilité du

soignant n'est-il pas alors de présenter les choses avec distance, joignant le « tact » et

la mesure? Le non-dit peut prendre sens dans de telles circonstances.

Savoir qu'on doit avant tout ne pas nuire peut conduire à adopter une telle attitude. La vérité sera annoncée plus tard, plus calmement et à distance des émotions inutiles.

Comment considérer la place du concept, tout puissant dans nos sociétés, de « la transparence » à la limite parfois de ce qui est humainement recevable? Qu'est-ce qui nous autorise, dans ces cas, à ne pas exprimer une vérité entière et directe? Le non-dit est pourtant un instrument du discours. Il permet d'atténuer les

chocs, de diminuer l'impact brutal d'une nouvelle qui peut être inacceptable.

➤ Quand la vérité dérange

Le non-dit peut être un moyen de défense et d'attaque à la fois.

De défense d'abord, car ne pas montrer la totalité de son jeu est une façon d'en rester maître et de continuer à imposer sa propre vérité. Une vérité qui, distillée avec douceur, sera plus utilisable par celui qui souffre, une particularité du non-dit étant précisément d'empêcher l'autre, par une forme de manipulation directe et évidente, de se positionner avec certitude et de réaliser alors la fin de tout espoir.

Mais ce peut être aussi un moyen d'attaque : l'absence de données complètes interdit tout jugement réel et concret, laissant dans l'inachevé par la force même des omissions et des mensonges auxquels il est impossible d'échapper. On ne dispose pas de tous les éléments permettant de juger de la gravité éventuelle de la situation.

Une demi-vérité, un non-dit, ne sont-ils pas alors pires qu'un mensonge, puisqu'ils n'en possèdent ni la clarté, ni l'évidence? ■ ■ ■

« LE NON-DIT NE POSSÈDE DONC PAS LA CLARTÉ PARADOXALE DU MENSONGE, NI LE CÔTÉ DIRECT, AVEUGLANT ET ÉVIDENT DE LA VÉRITÉ. »

■ ■ ■ ↗ Plus pervers que le mensonge ?

Ne pas tout dire n'est pas ne rien dire, et l'on pourrait même avancer que laisser l'autre interpréter les gestes, les mouvements du corps accompagnant la parole, sont un choix dangereux puisqu'ils autorisent l'interprétation.

On sait que toutes les vérités ne sont pas bonnes à dire. Ne peut-on tout au contraire constater que, mise à part la mort elle-même, les vérités sur un même sujet peuvent être multiples, en fonction du lieu, du moment, de l'humeur du jour, de la relativité des témoignages et de la qualité des sens ?

Le non-dit n'obéit pas à ces règles rigides. Il provoque la pensée, peut engendrer la colère, et dans tous les cas, par le doute, il devient pourvoyeur de réflexion et d'interrogation.

On va peut-être, comme l'évoquait Gilles Deleuze dans la citation, chercher à nous égarer, mais également à nous mettre sur la voie d'une indicible vérité. Le non-dit laisse libre cours aux interprétations les plus variées.

↗ La parole est d'argent, mais le silence est d'or

La vérité n'est pas aveuglante comme le soleil reçu en pleine face. Elle est une lumière progressive dans le non-dit.

Que dire alors de ces silences « éloquents » ? De ces gestes de muets dont on s'entoure parfois, tant la gêne est grande d'annoncer « ce qui nous semble » insupportable pour l'autre ? L'annonce d'un choix que l'on fait à la place de l'autre que l'on juge incapable de faire face, d'accepter une parole, un fait, un événement donné. Qui nous dit alors que ce transfert d'opinion n'est pas notre fait même et que nous devrions nous méfier de nous-même, plutôt que de cet interlocuteur qui semble ne pas mériter notre considération ?

Ainsi, ne pas tout dire, dire en partie, oublier plus ou moins volontairement le déroulé du

« IMPOSSIBLE À DIRE, DIFFICILE À ENTENDRE, LA VÉRITÉ, SURTOUT POUR LE MÉDECIN, PEUT-ÊTRE PARCE QU'IL Y EST QUESTION DU CORPS, DEVRAIT TOUJOURS POUVOIR ÊTRE REPENSÉE DANS LE SILENCE ET LA RÉFLEXION. »

réel pour le remplacer par un récit tronqué est peut-être la meilleure définition que l'on puisse donner du non-dit.

Françoise Dolto² écrit sur ce thème : « *On traumatise par le silence, on traumatise par le non-dit, beaucoup plus que par le dit.* » Cette vérité qui semble d'une grande évidence et frappée au sceau du bon sens est-elle toujours applicable ? N'importe où ? N'importe quand ? Avec n'importe qui ? Quelles sont les limites d'une telle assertion, en admettant que l'on puisse l'appliquer de façon systématique ? Ne se heurterait-on pas à l'humanisme le plus élémentaire, en oubliant ainsi la règle d'éthique qui nous assujettit au respect de l'autre. Il est alors question de dignité.

↗ L'humour permet-il de mieux utiliser le non-dit ?

Non-dit et humour entretiennent des relations étroites. Il est plus adroit, et souvent plus efficace, d'utiliser la plaisanterie et les traits d'humour que le sérieux et la gravité pour « dire ».

Même si les personnes visées ne sont que rarement dupes d'un tel procédé, l'humour permet au moins de donner à nos propos le recul nécessaire.

« *C'était pour rire* », pourra-t-on entendre, et l'on peut même accuser l'autre de ne pas comprendre la plaisanterie, et, tout en mettant les rieurs de son côté, faire passer une vérité que l'on n'aurait pas pu avouer autrement.

« *Vous avez l'air en meilleure forme aujourd'hui !* » peut s'interpréter, chez un malade grave, comme une vérité mais aussi comme un encouragement, voire comme une mauvaise plaisanterie ; d'autant plus que la personne qui reçoit cette remarque sait pertinemment, comme c'est parfois le cas de nos patients, qu'elle n'est pas en forme et ne va pas bien.

La personne concernée pourra faire son choix, même si elle sait parfaitement – ce qui n'est pas sûr – qu'il s'agit peut-être d'un encouragement plus que

d'une réalité objective. Le non-dit contenu dans cette phrase a un rôle ambigu. On croit ce qu'on veut bien croire.

Ainsi, dire avec humour à un patient obèse : « *il faudrait peut-être arrêter de manger les chocolats que vos enfants ont reçus pour Pâques* » est une position humoristique, mais qui sous-entend par un non-dit qu'il serait plus que temps de manger moins de sucreries. Pour faire passer un message important ou grave, le non-dit est utile au médecin. Sous cette forme, le message passe mieux.

Il permet d'ébaucher un sourire pour aborder un sujet grave, et donne du recul et une chance à l'interlocuteur de se positionner par sa réponse. Répondre à son tour avec humour, ou bien avouer que de toute façon la réalité ou la vérité du propos est évidente, incontournable

« AVEC PLUS D'HABILITÉ QUE LA MOQUERIE, L'HUMOUR LAISSE PERSISTER LE DOUTE SUR LES INTENTIONS DE L'INTERLOCUTEUR. »

permet finalement de tenir compte de la suggestion en l'utilisant au mieux.

Plutôt que de demander à un patient s'il continue à fumer, sentir l'odeur qui se dégage de ses vêtements peut déjà donner une réponse. Et lorsque le médecin affirmera : « *Il me semble que vous continuez à fumer !* », le patient qui n'a rien dit devra subir le choc d'une vérité non dite et survenue par surprise. Le non-dit de l'intoxication tabagique, ici trahie par l'odeur, interroge et est plus efficace qu'un long sermon.

↗ Bien dire, mal dire, redire, non dire...

« *Écoutez ce que je ne vous dis pas, je vous en prie...* » Ce propos pourrait se poser comme une antinomie au principe même de la cure analytique, la « *talking cure* » de Sigmund Freud³, dont l'un des objets est de soigner par la parole. Antinomique, paradoxal, le non-dit, s'il est synonyme d'absence de parole et s'il est accepté dans son sens littéral de « rien dire », annule le sens même de la



© AMÉLIE-BENOIST / BSIP

cure analytique. En rompant les sens transportés par la parole, il permet d'entrer dans un monde plus secret, mais sans doute plus difficile encore à cerner. Cependant le « non-verbal », qu'on peut interpréter comme un non-dit, possède dans la compréhension de l'autre et de soi-même, une place essentielle. On peut dire autant ou plus de vérités par ses gestes, et donc en laissant son corps s'exprimer, que par une parole qui reste contrôlée par le mental, et donc sujette à toutes les péripéties possibles. On ment difficilement avec ses gestes, surtout inconscients et involontaires. L'impatient qui remue inconsciemment la jambe, alors qu'il est assis, aura beau jurer qu'il ne s'ennuie pas, tout montrera au contraire qu'il ne pense qu'à partir. Ne pas dire, ou bien mal dire, sont encore une autre version, qui peut être volontaire ou non, de la déclinaison du non-dit.

« LA PAROLE PERMET DE MENTIR. LES GESTES SONT SOUVENT SOURCES DE VÉRITÉ. »

Le non-dit est moins que « ce qui est dit », mais davantage que le secret et les mensonges, lesquels d'ailleurs peuvent marcher main dans la main. Ne pas dire, non dire, est donc proche de l'euphémisme, cette figure de style qui consiste à atténuer l'expression de faits ou d'idées considérés comme désagréables, dans le but d'adoucir la réalité. On pourra ainsi parler d'« euphémisme de bienséance » lorsqu'il y a déguisement d'idées désagréables. Entre vérité et mensonge, vérité et sous-entendu, vérité et aussi secret, existe une infinité de nuances. Le médecin, comme tout un chacun, doit savoir en jouer comme d'un instrument délicat. Le non-dit n'a pas la force et la clarté de la vérité. La discrétion s'en rapproche davantage. On le sentira plus approximatif et moins présomptueux, et surtout plus tolérant, que le mensonge. Il ne comporte pas

non plus le charme vénéneux du secret, mais interroge en permanence sur les limites, sur nos limites. Le non-dit ressemble à l'intuition, dans la mesure où il met en jeu l'attention et le regard. Pas de théorie dans le non-dit, mais une pratique toujours renouvelée. On peut dire, avec Claude Olievenstein⁴, que « *le non-dit se comporte un peu comme ce fou qui doit dissimuler au psychiatre qu'il continue à délirer s'il veut sortir de l'asile* ». Prenons le non-dit comme il nous vient, bouée de sauvetage, instrument de défense toujours dans le réel, dans l'action et dans le respect de l'autre. ■

1. Gilles Deleuze (1925-1995), philosophe français - *L'Anti-Œdipe*
 2. Françoise Dolto (1908-1988), pédiatre et psychanalyste française qui s'est consacrée à la psychanalyse des enfants - *La Difficulté de vivre*, Le Livre de Poche, 1988.
 3. Sigmund Freud (1856-1939), neurologue autrichien, fondateur de la psychanalyse.
 4. Claude Olievenstein (1933-2008), psychiatre spécialisé dans le traitement de la toxicomanie.

La loi belge du 28 février 2014 autorise désormais le patient mineur à formuler une demande d'euthanasie pour peu qu'il soit doté de la capacité de discernement et qu'il soit conscient au moment de la demande.



© D.R.

L'extension de l'euthanasie aux mineurs en Belgique : une évolution logique et prudente

GILLES GENICOT, MAÎTRE DE CONFÉRENCES À L'UNIVERSITÉ DE LIÈGE, AVOCAT AU BARREAU DE LIÈGE, MEMBRE DE LA COMMISSION DE CONTRÔLE ET D'ÉVALUATION DE L'EUTHANASIE

Depuis une loi du 28 mai 2002, l'euthanasie est admise en Belgique pour toute personne majeure se trouvant dans une situation médicale sans issue (ce qu'il ne faut pas confondre avec « maladie en phase terminale ») et qui éprouve une souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable.

La loi du 28 février 2014 étend cette possibilité aux patients mineurs, sous certaines conditions strictes.

➔ Ouverture de l'euthanasie aux mineurs : un impératif de cohérence de droit

La loi du 28 mai 2002 relative aux majeurs précise que le patient doit être capable et conscient au moment de sa demande, qui doit être formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée, sans pression extérieure. Le médecin doit informer le patient de son état de santé et de son espérance de vie, évoquer les possibilités thérapeutiques encore envisageables et les possibilités offertes par les soins palliatifs.

Il doit arriver, avec le patient, à la conviction qu'il n'y a aucune autre solution raisonnable dans sa situation et que la demande du patient est entièrement volontaire, et s'assurer de la persistance de sa souffrance physique ou psychique et de sa volonté réitérée. À cette fin, il mène avec lui plusieurs entretiens, espacés, au regard de l'évolution de son état. Un autre médecin, indépendant, doit être consulté pour, après examen du patient,

confirmer dans un rapport écrit le caractère grave et incurable de l'affection et le caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance.

La loi permet également à toute per-

sonne de rédiger une déclaration anticipée dans laquelle elle consigne sa volonté qu'un médecin pratique une euthanasie si ce médecin constate qu'elle est atteinte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable et qu'elle est irréversiblement inconsciente.

Cette loi ne consacre pas un « droit à l'euthanasie », mais elle contribue, conjointement avec la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, à garantir pleinement l'autodétermination du malade.

Elle permet au patient d'aborder en toute franchise sa fin de vie et de *formuler une demande*, selon les critères légaux prévus¹. Un cheminement humain se met alors en place entre patient et médecin, intégrant pleinement la dynamique (distincte) des soins palliatifs, qu'il est capital de promouvoir sans les imposer.

La loi du 28 mai 2002 n'exige aucun « filtre palliatif » avant qu'il puisse être accédé à une demande lucide d'euthanasie, dès lors que le malade puise dans la loi du 22 août 2002 le droit absolu de refuser tout traitement, fût-il palliatif.

Le droit belge vise à promouvoir une culture de transparence et de franchise,

« LA LOI BELGE NE CONSACRE PAS UN "DROIT À L'EUTHANASIE", MAIS ELLE CONTRIBUE, CONJOINTEMENT AVEC LA LOI DU 22 AOÛT 2002 RELATIVE AUX DROITS DU PATIENT, À GARANTIR PLEINEMENT L'AUTODÉTERMINATION DU MALADE. »

remettant le patient au centre du processus. En conférant leur véritable portée aux notions d'autonomie, de liberté, de confiance, de respect et de dignité, il redonne ainsi à

l'individu une prérogative essentielle : la réappropriation et la maîtrise de sa destinée de personne libre et responsable, jusqu'au bout de son chemin.

En 2002, le législateur a fait le choix de ne pas considérer les mineurs comme pouvant apprécier raisonnablement leurs intérêts face à une décision aussi importante, bien qu'on leur reconnaisse une capacité naturelle, effective, d'exercer seuls, moyennant une information complète et adaptée, les prérogatives relatives à leur santé.

La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient prévoit en effet (article 12) que les droits du patient mineur sont certes exercés par ses parents (ou son tuteur), pourvu que, suivant son âge et sa maturité, le patient mineur soit associé à l'exercice de ses droits, mais aussi et surtout qu'il peut exercer ses droits de manière autonome s'il peut être estimé apte à apprécier raisonnablement ses intérêts². L'autonomie décisionnelle des mineurs suffisamment mûrs est reconnue pour toute décision médicale (y compris, par exemple, le prélèvement d'organes *in vivo*)³. Un adolescent condamné peut ainsi refu-

ser un traitement pénible retardant l'issue inéluctable, et se détourner des soins palliatifs. Il y avait là un paradoxe difficilement compréhensible et admissible en fin de vie. La loi du 28 février 2014 met fin à ce paradoxe en se fondant non sur une limite d'âge, mais sur l'existence d'une maturité suffisante pour apprécier ses intérêts en fin de vie.

➔ Une évolution limitée, cohérente et raisonnable

En modifiant l'article 3 de la loi du 28 mai 2002, la loi du 28 février 2014 autorise le patient mineur doté de la capacité de discernement et qui est conscient au moment de sa demande à formuler une demande d'euthanasie s'il se trouve dans une situation médicale sans issue de souffrance physique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui entraîne le décès à brève échéance, et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable.

Le médecin recevant cette demande doit consulter un pédopsychiatre ou un psychologue, en précisant les raisons de cette consultation, lequel prend connaissance du dossier, examine le patient, s'assure de la capacité de discernement du mineur, et l'atteste par écrit. Le médecin traitant informe le patient et ses représentants légaux du résultat de cette consultation et s'entretient avec les parents du mineur, en leur apportant toutes les informations requises par la loi, afin de s'assurer qu'ils marquent leur accord sur la demande. Cet accord et celui du patient sont actés par écrit. Dans tous les cas, un accompagnement psychologique est offert aux personnes concernées.

Cinq aspects essentiels sont à retenir⁴.

- seuls sont visés les mineurs jouissant d'une capacité de discernement et conscients au moment de leur demande : au-delà de l'âge, il faut examiner *in concreto* si le mineur est à même d'apprécier raisonnablement les conséquences de sa demande pour faire un choix éclairé.
- il est requis que le décès du mineur intervienne à brève échéance, autrement dit qu'il soit en phase

terminale.

- seule la souffrance physique constante, insupportable et inapaisable est prise en considération, à l'exclusion de la souffrance purement psychique.
- les parents doivent marquer leur accord sur la demande du patient mineur, dérogation à l'article 12, § 2, de la loi du 22 août 2002 qui est justifiée par l'importance de cette décision très spécifique.
- outre le second médecin qui doit toujours être consulté, un pédopsychiatre doit confirmer la capacité de discernement du mineur.

Au cours des débats, l'importance d'un développement des soins palliatifs pédiatriques, spécialement à domicile, a été soulignée, la question de l'euthanasie chez le mineur devant être intégrée dans la problématique globale de l'accompagnement de la fin de vie de l'enfant. Il importe, bien entendu, que l'accès aux soins palliatifs, tant en milieu hospitalier qu'extrahospitalier, soit optimisé et bénéficie d'un financement adapté. Mais il s'agit d'un enjeu distinct, qui ne doit pas conduire à instaurer un « filtre palliatif ».

➔ Un choix de société

Selon le professeur Bourguignon⁵, il était indiqué qu'une législation pose un cadre pour une décision aussi délicate, par le positionnement nécessaire de trois pôles à la décision : le jeune patient, les parents et le médecin avec l'équipe soignante. Le partenariat construit entre ces pôles permettra de prendre du recul pour que chacun se détermine et que les parents se sentent parties prenantes d'un choix, et non porteurs d'une décision qui pourrait se muer plus tard en culpabilisation. À côté de la délivrance que la loi signifie pour le jeune, elle est aussi un choix de société qui pourrait contribuer à l'apaisement des parents lorsque ceux-ci auront pu dépasser le deuil.

« PLUS QUE L'ÂGE, IL FAUT EXAMINER IN CONCRETO SI LE MINEUR PEUT RAISONNABLEMENT APPRÉCIER LES CONSÉQUENCES DE SA DEMANDE. »

La loi du 28 mai 2002 pousse jusqu'au bout la logique d'autodétermination du malade que la loi

relative aux droits du patient consacre, replaçant ce dernier au centre du processus décisionnel et le rendant plei-

nement acteur des soins de santé qu'il requiert. La loi du 28 février 2014 en confirme et affine les concepts-clés, à la lumière des droits fondamentaux du malade, vulnérable certes, mais libre avant tout.

Toute demande n'aboutira pas nécessairement, mais au moins aura-t-elle été formulée, et devra-t-elle être entendue. Les cas d'application du texte aux patients mineurs seront forcément extrêmement rares, mais sa vertu est, sur le plan des principes, d'affirmer que l'autonomie décisionnelle et la maîtrise corporelle n'attendent pas le nombre des années. Quelle qu'en soit la brièveté, notre vie est entre nos mains, jusqu'au bout et nous en sommes maîtres. ■

1. Pour une description détaillée de l'encadrement par le droit belge de la fin de vie médicalisée (euthanasie selon la loi du 28 mai 2002, assistance au suicide, soins palliatifs), je me permets de renvoyer à mon ouvrage de synthèse : G. GENICOT, *Droit médical et biomédical*, Bruxelles, Larcier, collection de la Faculté de droit de l'Université de Liège, 2010, pp. 634-674. Voir également les statistiques et explications contenues dans les rapports bisannuels établis par la Commission de contrôle et d'évaluation de la loi du 28 mai 2002, disponibles sur <http://www.health.belgium.be/euthanasie>.

2. Sur l'exercice de leurs droits par les patients mineurs, voir G. GENICOT, *Droit médical et biomédical*, précité, pp. 190-201 ; A. NOTTET, *Le mineur en droit médical*, in *Nouveaux dialogues en droit médical*, G. GENICOT (dir.), Limal, Anthemis, collection CUP, 2012, vol. 136, pp. 149-213.

3. Voir à cet égard, pour une approche éthique approfondie, l'avis du Comité consultatif de Bioéthique belge n° 50 du 9 mai 2011 concernant certains aspects éthiques des modifications apportées par la loi du 25 février 2007 à la loi du 13 juin 1986 relative au prélèvement et à la transplantation d'organes (<http://www.health.fgov.be/bioeth> et *Bioethica Belgica*, décembre 2011, n° 38). Dans toutes ces hypothèses, le consentement des parents n'est exigé que lorsque l'enfant n'a pas encore la maturité voulue ; sinon, leur voix ne doit être que consultative, bien qu'ils seront naturellement toujours étroitement associés au processus décisionnel.

4. Pour une étude plus approfondie, voir notamment C. ROMMELAERE, *Euthanasie des "enfants" et des "déments"... Réflexions sur les propositions de loi*, *Revue de droit de la santé*, 2013/2014, n° 2, pp. 77-100, spéc. pp. 81-89.

5. J.-P. BOURGUIGNON, *L'euthanasie des mineurs*, *Le 15^e jour du mois, mensuel de l'Université de Liège*, mars 2014, n° 232, p. 12 (http://le15jour.ulg.ac.be/jcms/c_46253/fr/jean-pierre-bourguignon).

« LE GESTE EST CONFORME AU RÔLE THÉRAPEUTIQUE DU MÉDECIN, LORSQUE PLUS AUCUNE AUTRE POSSIBILITÉ N'EXISTE. »

À LIRE



La simulation en santé

S. BOET, J.-C. GRANRY, G. SAVOLDELLI

Éditions Springer

65 €

La simulation est aujourd'hui devenue quasi-incontournable dans la formation initiale et continue des professionnels de santé. Cette méthode pédagogique est un outil indéniable d'amélioration de la prise en charge, en permettant au professionnel de se confronter à la réalité de l'acte technique, dans toutes ses dimensions. C'est aussi un moyen supplémentaire de limiter les risques inhérents à telle ou telle pratique.

Conçu en quatre grandes parties (les aspects théoriques de la simulation, le déroulement pratique de l'enseignement, la recherche et le management d'un centre de simulation), l'ouvrage fournit de très nombreux exemples pratiques, par spécialités, de l'apport de la simulation. ■

ACTU

LE CONSEIL DE L'ORDRE DES MÉDECINS SUR TOUS LES FRONTS

Tous les travaux du CNOM cités peuvent être consultés sur www.conseil-national.medecin.fr.

Le CNOM publie un état des lieux de la permanence des soins (PDS)

Pour la 11^e année consécutive, le Conseil national de l'Ordre des médecins a publié en février 2014 son rapport annuel sur la permanence des soins en médecine générale.

Plusieurs tendances s'en dégagent :

- Une diminution du nombre de territoires de PDS et un allègement du dispositif en nuit profonde : 61 % des territoires n'assurent plus d'effectif au-delà de minuit.
- Une érosion du volontariat, due à la fois à l'âge moyen des praticiens, à la trop grande étendue géographique des territoires d'effectif et à une reconnaissance insuffisante de cette mission, au regard des risques qu'elle peut induire et des difficultés assurantielles qu'elle peut poser.
- Une prise en charge de tâches qui ne relèvent pas de la PDS : établissement des certificats de décès et examen médical de personnes placées en garde à vue.

Face à ces constats, le CNOM formule des recommandations allant de la professionnalisation de l'effectif au développement de la télémédecine et des coopérations entre professionnels de santé. Il rappelle également l'importance d'informer le grand public sur le fonctionnement de la PDS, pour en assurer une meilleure compréhension.

Une charte de conformité déontologique applicable aux sites Web professionnels des médecins

Dans le prolongement de la publication en 2011 du Livre blanc relatif à la déontologie médicale, le CNOM a établi une Charte de conformité déontologique applicable aux sites Internet professionnels des médecins, le 30 janvier 2014.

Il demande aux médecins d'insérer en page d'accueil de leur site un lien diri-

geant vers l'annuaire public et la page e-santé du site du CNOM, afin de permettre aux internautes de vérifier la qualité de médecin du propriétaire du site et d'avoir accès aux recommandations déontologiques ordinaires.

Il est également rappelé l'importance de ne donner sur ces sites que des informations médicales régulièrement mises à jour, en indiquant les sources, en s'abstenant de toute publicité directe ou indirecte et en assurant le respect du secret médical, notamment en respectant une stricte confidentialité des données personnelles recueillies.

Le CNOM formule enfin des recommandations sur l'agenda de prise de rendez-vous en ligne, ou encore sur la façon de présenter le cabinet.

Une plateforme stratégique pour la relation médecin/patient

Le CNOM a défini pour 2014 une plateforme stratégique, à partir de quatre axes d'action :

- Les valeurs du métier de médecin qui déterminent sa place dans la société
- L'expertise mise au service des débats avec les autres partenaires sur les questions de santé.
- L'engagement solidaire envers les professionnels.
- Une ouverture de l'Ordre vers les patients.

UN GUIDE SUR LES DROITS DES USAGERS DE LA SANTÉ

Douze ans après la loi du 4 mars 2002, les usagers du système de santé restent mal informés sur leurs droits.

C'est la raison pour laquelle le ministère de la Santé et le Défenseur des Droits ont publié un guide des droits des usagers de la santé, qui fait l'objet d'un consensus certain puisqu'il a été relu par tous les principaux acteurs de santé publique : Conférence nationale de santé, CNOM, Haute Autorité de Santé (HAS), Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) et le collectif interassociatif sur la santé (CISS).

Décliné en cinq thématiques (« J'ai besoin de soins », « Je suis un acteur de ma santé »,

ACTU

« Je m'informe sur la qualité des soins », « Je m'informe sur la fin de vie », « Je fais valoir mes droits ») et vingt-six fiches pratiques, ce guide est accessible sur le site Internet du ministère de la Santé (www.sante.gouv.fr) et du Défenseur des Droits (www.defenseurdesdroits.fr).

UNE INFORMATION COMPRÉHENSIBLE DU PUBLIC EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS

Devant le constat du foisonnement et de la diffusion incontrôlables dans les médias et sur Internet d'informations souvent contradictoires sur les médicaments, y compris les vaccins, l'Académie de Médecine et l'Académie de Pharmacie craignent une perte des repères et de confiance du public dans les messages des institutions officielles.

Dans leur rapport conjoint *Pour une information du public scientifiquement fondée, impartiale, facilement accessible et compréhensible dans le domaine du médicament*, elles émettent donc un certain nombre de recommandations pour aboutir à la diffusion d'une information objective et scientifiquement fondée. Ces recommandations sont destinées aux pouvoirs publics, aux autorités de santé, à l'assurance maladie, aux sociétés savantes et, bien entendu, aux professionnels de santé, qui restent les sources principales d'information du public. Des messages sont également destinés aux associations de patients et aux patients eux-mêmes, qui peuvent parfois être tentés d'accorder du crédit à des documents ou messages peu fiables diffusés sur Internet ou de modifier leurs traitements sans en parler préalablement à leur médecin ou leur pharmacien.

Ce rapport peut être consulté sur www.academie-medecine.fr

DU CÔTÉ DE LA HAS

Des recommandations sur la sortie de maternité

La Haute autorité de santé (HAS) a publié en mars dernier des recommandations

sur la sortie de maternité après accouchement, destinées à organiser les conditions du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés.

Elles préconisent d'identifier un « référent de maternité » au sein de l'établissement, chargé de répondre aux demandes d'information et d'avis du professionnel assurant l'accompagnement en post-partum. Un second référent « du suivi », sage-femme ou médecin choisi par la femme et/ou le couple, sera l'intervenant principal après la sortie de maternité, aura la responsabilité du suivi et de l'accompagnement post-natal de la mère et/ou de l'enfant dans les jours suivant le retour à domicile, et coordonnera les différents professionnels impliqués.

La HAS recommande de privilégier le travail en réseau ville-hôpital et le recours aux réseaux de périnatalité existants, et cite plusieurs outils à utiliser pour améliorer le parcours de soins des femmes après la sortie de maternité :

- identification d'un numéro téléphonique direct, accessible 7 jours sur 7 en maternité pour chaque femme et nouveau-né, afin que le professionnel de ville puisse l'appeler si nécessaire ;
- une fiche de liaison maternité/ville facilitant la circulation de l'information entre les deux parties ;
- le compte rendu du suivi en post-partum immédiat permettant le retour d'informations vers l'établissement ;
- des conventions locales permettant la ré-hospitalisation conjointe de la mère avec son nouveau-né.

Ces recommandations sont consultables sur le site Internet de la HAS : www.has-sante.fr.

PRÉVENTION

Grand Prix de La Prévention Médicale 2014

L'association la Prévention Médicale organise chaque année le Grand Prix de la prévention. Ce concours ouvert à tous les

professionnels exerçant dans le domaine de la santé et aux internes récompense des initiatives innovantes en matière de sécurité, de diagnostic et de soins. Deux prix d'une valeur respective de 6 000€ et 4 000€ sont à gagner. Cette année, un prix spécial d'une valeur de 2 000€ est dédié aux jeunes professionnels de santé nouvellement en activité. Les trois prix seront remis lors du Congrès des Médecins Conseils organisé par la MACSF qui se tiendra le 5 décembre 2014 à l'espace Marceau, Paris 8^e. **Pour participer, rendez-vous sur le site prevention-medecale.org pour télécharger le dossier de candidature. Vous avez jusqu'au 26 septembre pour le retourner complété par mail à contacts@prevention-medecale.org ou par voie postale à l'adresse suivante : La Prévention Médicale, 11, rue Brunel, 75017 Paris.**

DPC

Nouvelle offre de formation de La Prévention Médicale

Soucieuse d'accompagner les professionnels de la santé dans l'exercice serein de leur activité, La Prévention Médicale développe une offre de formation dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC). Ces formations indemnisées par l'OGDPC s'articulent autour de deux thèmes : « maîtriser la gestion des risques au sein des équipes (pluri)professionnelles » et « gérer la transparence sur les accidents, les erreurs et les plaintes des patients ». Chaque formation comprend trois étapes, dont deux en présentiel, recouvrant une période de quatre mois. Les professionnels qui en font la demande peuvent bénéficier d'un coaching expert personnalisé tout au long de la formation. Ils seront accompagnés dans la mise en pratique sur le terrain des solutions apprises pendant le séminaire. **Pour retrouver les programmes détaillés et télécharger le bulletin d'inscription, rendez-vous sur le site prevention-medecale.org, rubrique « Formation ».**

→ RETROUVEZ les articles de **RESPONSABILITÉ** sur macsf.fr et l'analyse des décisions civiles, pénales et avis CCI par spécialité sur www.risque-medical.fr

ASSURANCE VIE



ODDO ASSET MANAGEMENT



THEAM
GROUPE BNP PARIBAS

Amundi
ASSET MANAGEMENT

CARMIGNAC

J.P.Morgan
Asset Management

Deutsche Asset
& Wealth Management



Dynamisez votre épargne
avec notre gamme
de fonds⁽¹⁾ sélectionnés
par nos experts.

Notre engagement, c'est vous.



ÉPARGNE RETRAITE MACSF

UN ENGAGEMENT DE CONSEIL. Définissez avec votre conseiller la stratégie qui convient parfaitement à votre profil d'épargnant : sécuritaire, équilibré ou dynamique.

3233⁽²⁾ ou macsf.fr

Notre engagement, c'est vous.



(1) Supports en unités de compte disponibles au sein du contrat RES Multisupport. Le RES Multisupport est un contrat d'assurance vie de groupe à adhésion facultative souscrit par l'Association Médicale d'Assistance et de Prévoyance (AMAP) auprès de la MACSF épargne retraite. L'assureur ne s'engage que sur le nombre d'unités de compte et non sur leur valeur. La valeur des unités de compte qui reflète la valeur d'actifs sous-jacents, n'est pas garantie mais est sujette à des fluctuations à la hausse comme à la baisse dépendant en particulier de l'évolution des marchés financiers. Le fonctionnement des unités de compte est décrit dans la notice d'information du contrat.

(2) Prix d'un appel local depuis un poste fixe. Ce tarif est susceptible d'évoluer en fonction de l'opérateur utilisé. MACSF épargne retraite - Société Anonyme d'Assurances sur la Vie régie par le Code des assurances, au capital social de 58 737 408 €, entièrement libéré - Enregistrée au RCS de Nanterre sous le n° 403 071 095 - Siège social : cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 PUTEAUX - Adresse postale : 10 cours du Triangle de l'Arche - TSA 60300 - 92919 LA DEFENSE CEDEX/France.