

# RESPONSABILITÉ

REVUE DE FORMATION SUR LE RISQUE MÉDICAL

DOSSIER

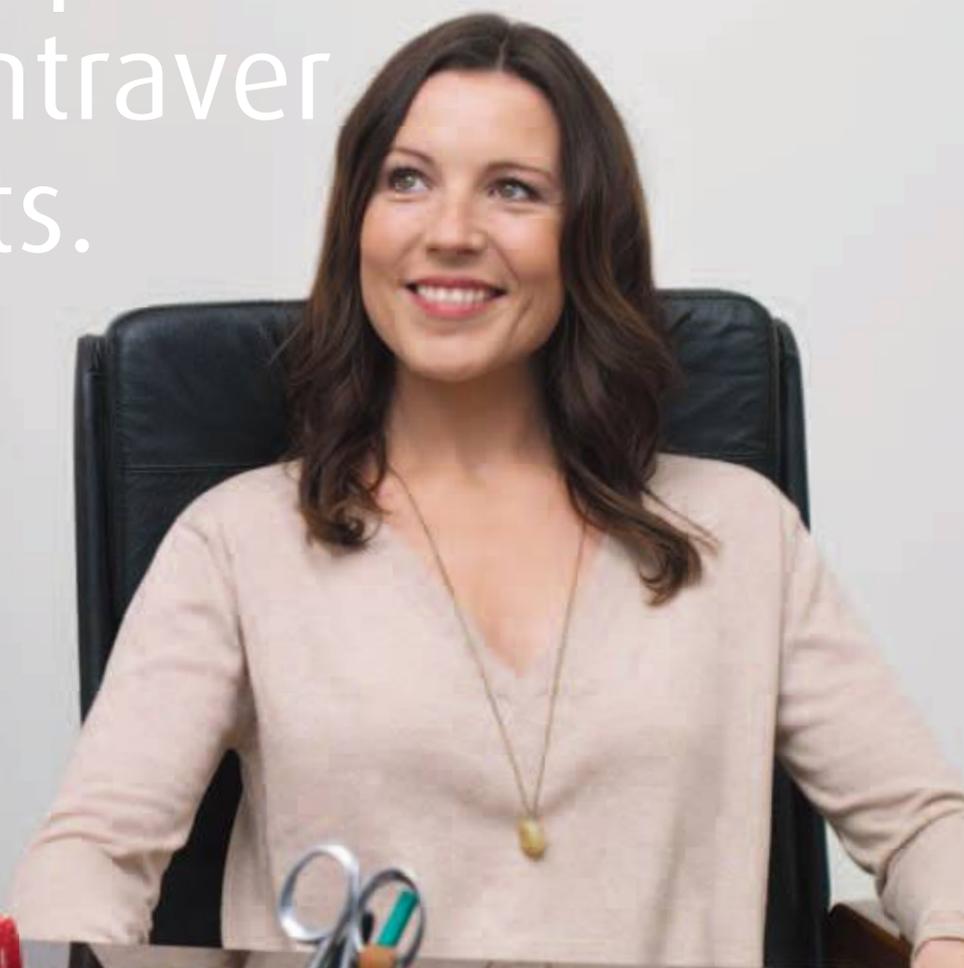
## Les CCI

pour un règlement amiable  
des accidents médicaux

- 11 VIE PROFESSIONNELLE**  
→ Une check-list en prévention des erreurs vaccinales en médecine générale
- 
- 23 PROTECTION JURIDIQUE**  
→ Le départ à la retraite du médecin libéral : les formalités incontournables
- 
- 26 ÉTHIQUE ET SOCIÉTÉ**  
→ La confiance, pivot de la relation de soin



# Nous ne laisserons pas la crise entraver vos projets.



## ÉPARGNE RETRAITE MACSF

**UN ENGAGEMENT DE PERFORMANCE.** Pour voir plus loin que la crise, la MACSF propose des contrats d'assurance vie toujours parmi les meilleurs du marché.

Découvrez l'ensemble de nos engagements sur [macsf.fr](http://macsf.fr)

3233\*

Notre engagement, c'est vous.





Informer  
tant en amont  
qu'en aval  
du risque

### ÉDITORIAL DE MARCEL KAHN

DIRECTEUR GÉNÉRAL

La confiance constitue à n'en pas douter le socle de la relation entre patients et soignants. Mais lorsque survient un accident, cette confiance peut s'en trouver altérée, *a fortiori* si les explications dispensées au patient n'ont pas été données de façon satisfaisante. Pourtant ce lien de communication s'avère essentiel. C'est souvent dans les cas de mauvaise communication qu'il existe un risque majeur de réclamation. En tant qu'assureur, la MACSF intervient aux côtés du sociétaire mis en cause tout au long de la procédure, lors des expertises, devant la CCI, devant les juridictions, pour lui assurer la meilleure défense possible ainsi que le soutien nécessaire dans ce moment particulièrement difficile de sa vie professionnelle. Si la défense des sociétaires constitue la première des activités d'un assureur, je reste convaincu que l'information tant en amont qu'en aval du risque est déterminante dans la prévention de ces risques comme des contentieux.

C'est pourquoi nous vous accompagnons au travers de nombreux dispositifs tels que l'association La Prévention Médicale, organisme de Développement Professionnel Continu (DPC), qui propose entre autre une formation à la prévention des contentieux.

Vous retrouverez dans ce numéro un dossier consacré aux Commissions de conciliation et d'indemnisation (CCI). Le fonctionnement de cette voie de recours, de plus en plus utilisée, reste mal connu des professionnels de santé. Marguerite Merger-Pélier, Présidente adjointe des CCI, vous en présente les rouages essentiels.

Je vous souhaite une bonne lecture.

**« C'est souvent dans les cas de mauvaise communication qu'il existe un risque majeur de réclamation. »**

### 06/10 DOSSIER



### 05 / POINT DE VUE

Être médecin aujourd'hui

Les CCI : pour un règlement amiable des accidents médicaux

### VIE PROFESSIONNELLE

11/14 MÉDECINE GÉNÉRALE  
Une check-list en prévention des erreurs vaccinales en médecine générale

15/18 HAD  
Hospitalisation à domicile ou autres modes de soins à domicile : quelles responsabilités ?

19/21 PRÉVENTION  
Les Grands Prix de La Prévention Médicale, pour encourager les démarches de prévention des risques

### 22 QUESTIONS/RÉPONSES

### 23/25 PROTECTION JURIDIQUE

CESSATION D'ACTIVITÉ  
Le départ à la retraite du médecin libéral : les formalités incontournables

### 26/28 ÉTHIQUE ET SOCIÉTÉ

CONFIANCE  
La confiance, pivot de la relation de soin

### 29/30 REGARD INTERNATIONAL

ALLEMAGNE  
Le législateur allemand autorise la circoncision non médicale des jeunes enfants

### 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<sup>e</sup> Muriel Bloch-Maurel

Avocat à la Cour

#### Dr Pierre-François Cambon

Chirurgien-dentiste, Président d'honneur de MACSF épargne retraite et MACSF financement

#### Pr 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 Thierry Houselstein

Directeur médical, MACSF

#### M. Jean de Kervasdoué

Professeur au Conservatoire national des arts et métiers

#### 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<sup>e</sup> Catherine Paley-Vincent

Avocat à la Cour

#### Mme Marguerite Merger-Pélier

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

#### Pr Fabrice Pierre

Professeur de gynécologie-obstétrique CHU de Poitiers

#### Dr Gilbert Pioud

Président MACSF SGAM, MACSF assurances et MACSF financement

#### 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

## RÉDACTION

Directeur de la publication  
**Marcel Kahn**

Directeurs de la rédaction  
**Nicolas Gombault et Marie-Anne Belebent**

Rédacteur en Chef  
**Germain Decroix**

Rédactrice en chef adjointe  
**Stéphanie Tamburini**

Conseil éditorial  
**Direction des communications 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 : mars 2014  
ISSN : 1629-0801

### Impression

SIEP, ZA Les Marchais, 77590 Bois-le-Roi

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

Malgré les vicissitudes de l'exercice de la médecine, le médecin conserve toute la confiance de ses concitoyens. Il doit donc, lui aussi, garder confiance et foi en l'avenir de sa profession.



© CNOAM

## Être médecin aujourd'hui

DOCTEUR PATRICK BOUET, PRÉSIDENT DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS

**Qu'est-ce qui peut encore aujourd'hui amener tant de jeunes français à se présenter à un concours aussi difficile et à envisager des études aussi longues et complexes?** Qu'est-ce qui peut faire qu'en 2014, alors que les médecins en exercice mettent en avant la pénibilité de leur profession, la judiciarisation de leur activité, l'absence de considération des acteurs publics, 278 000\* médecins soient inscrits au tableau de l'Ordre, plus de 65 000\* étudiants soient en formation dans nos universités et plus de 50 000\* bacheliers présentent chaque année le concours? Quel est donc ce paradoxe qui fait qu'en dépit de conditions d'exercice vécues comme dégradées par leurs aînés, la jeunesse de notre pays veuille encore « faire médecine »?

**« Quel est donc ce paradoxe qui fait qu'en dépit de conditions d'exercice vécues comme dégradées par leurs aînés, la jeunesse de notre pays veuille encore "faire médecine"? »**

Probablement pour une raison essentielle : la confiance. Car même si collectivement, nous sommes une profession exposée, cible de nombreuses attaques et tentatives de limitation déplacées ou partisans, nous conservons individuellement, chacun dans notre exercice, la confiance de nos concitoyens. Chaque patient, malade ou non, sait qu'il trouvera, chez son médecin

comme chez tous professionnels de santé, l'accueil, l'écoute, la compétence, la bienveillance et l'aide qu'il recherche. Aide et réponse en lesquelles il place ses espoirs face à l'adversité et la souffrance.

Cette confiance, exigeante, nous place au cœur de la vie de chacun, comme dans celui de l'organisation sanitaire de notre pays. Elle repose sur des valeurs communes, transmises entre les générations médicales. Valeurs de compétence, de connaissance, de dévouement, de disponibilité. Valeurs d'indépendance, de respect de l'autre, de liberté. Valeurs citoyennes, humanistes et scientifiques.

Celles-ci rassemblent les médecins et les professionnels de santé. Elles les identifient dans un monde en mouvance et parfois en perte de repères. La rançon en est d'être exposé, fragile face à la puissance d'une société qui se modernise, se diversifie, se complexifie, en veut toujours plus. Ces valeurs devraient être soutenues par ceux-là même qui régulent la vie sociale et politique de notre pays.

L'ensemble de ces valeurs doit nous rendre exigeants dans l'évolution des métiers de médecin, en ne campant pas sur le passé mais en s'inscrivant résolument dans l'avenir scientifique et technologique. Tout ceci est possible, car nous sommes porteurs d'une même culture éthique qui place la bienveillance et le respect de l'autre au cœur de nos préoccupations, au cœur de nos actions.

Ainsi, face à une société qui s'interroge, les médecins restent ancrés parmi les acteurs professionnels qui comptent pour chaque personne. Nous ne devons pas avoir moins de confiance dans notre métier que n'en ont tous ces jeunes qui veulent

**« L'ensemble de ces valeurs doit nous rendre exigeants dans l'évolution des métiers de médecin, en ne campant pas sur le passé mais en s'inscrivant résolument dans l'avenir scientifique et technologique. »**

s'y engager. Alors même que des milliers d'entre eux, rejetés par une sélection impitoyable, tentent de rester dans le domaine du soin et font le sacrifice d'aller faire leurs études au-delà de nos frontières.

Toutes ces raisons de défendre médecine et médecins sont au cœur de notre réflexion, base de notre volonté de poursuivre l'action et de notre conviction que les valeurs éthiques médicales et les règles déontologiques qui en découlent sont le ciment de cette profession singulière.

Il n'y avait pas de meilleure place pour cette expression que la publication d'un organe mutualiste, assureur des professionnels de santé qui, comme d'autres acteurs au service des médecins, agit dans le quotidien pour être à leurs côtés, dans l'adversité comme dans la sérénité d'une prévention pérenne.

Ayons donc confiance, pour nous et pour les plus jeunes, dans le présent. L'avenir de notre profession sera ce que nous en ferons. Agissons pour façonner son devenir et affirmer nos intangibles valeurs. ■

\* Selon les chiffres 2013.



Instaurées par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002, dite loi Kouchner, les CCI se sont affirmées comme une voie de recours de plus en plus utilisée par les patients s'estimant victimes d'un accident médical. Leur fonctionnement pratique reste cependant mal connu. Marguerite Merger-Pélier, présidente adjointe des CCI, nous en présente les rouages essentiels.



© DR

## Les CCI : pour un règlement amiable des accidents médicaux

MARGUERITE MERGER-PÉLIER, MAGISTRAT HONORAIRE, PRÉSIDENTE ADJOINTE DES CCI\*

\* Commissions de conciliation et d'indemnisation.

### PROPOS RECUEILLIS PAR STÉPHANIE TAMBURINI

#### ➤ Pouvez-vous, en quelques mots, rappeler le contexte de création des CCI ?

La création des CCI résulte de la loi Kouchner, mais dans son esprit, elle est bien antérieure à 2002. Ce projet était dans les tiroirs de la Chancellerie depuis fort longtemps, avec notamment le projet Mac Aleese<sup>1</sup>, qui tendait déjà à l'indemnisation de l'aléa thérapeutique.

Ce projet avait aussi pour objectif de dénoncer la dualité de juridictions – administratives et judiciaires – susceptibles de juger les affaires de responsabilité médicale. Par la suite, seule la loi Badinter du 5 juillet 1985 a institué un bloc de compétence, mais en le limitant aux accidents de la circulation dont le contentieux a été soumis aux seules juridictions judiciaires. Mais la réflexion n'a en revanche pas pu se concrétiser en faveur d'un traitement juridique unifié des accidents médicaux.

En matière médicale, cette dualité demeure donc, avec des jurisprudences différentes selon que le patient a été pris en charge à l'hôpital, relevant alors des juridictions administratives, ou en médecine libérale (ou dans un établissement privé),

relevant alors des juridictions judiciaires. Heureusement, cette dualité s'est peu à peu atténuée, les jurisprudences des cours suprêmes se rapprochant sur les points clés. Mais il n'en demeure pas moins que les réflexes juridiques fondamentaux ne sont pas identiques et

qu'il subsiste des différences regrettables, notamment en matière d'indemnisation.

L'objectif de la création des CCI par la loi du 4 mars 2002 est quadruple.

Il s'est agi tout d'abord pour le législateur de créer une possibilité – encadrée – de règlement amiable des litiges nés à la suite d'un accident médical. Ensuite, l'idée a été d'instaurer un « guichet unique » pour tous les accidents médicaux, en quelque lieu qu'ils se soient produits, en évitant ainsi les inconvénients de la dualité des juridictions administrative et judiciaire. La possibilité pour la victime de recourir à la voie juridictionnelle, si la voie amiable n'aboutit pas ou si elle ne lui donne pas satisfaction, est évidemment maintenue. Par ailleurs, le recours aux CCI permet d'éviter les écueils que sont la durée et le coût d'une procédure juridictionnelle : devant les tribunaux, le demandeur doit obligatoirement se faire représenter par un avocat et faire l'avance de ses honoraires ainsi que du coût de l'expertise. Devant les CCI, le délai de traitement de la demande prévu par la loi est court (six mois), bien qu'il ne soit pas toujours respecté en pratique – et la gratuité est totale : même l'expertise est prise définitivement en charge par l'ONIAM (Office national d'indemnisation des accidents médicaux), en tant que payeur du dispositif.

Enfin, l'aléa médical peut être indemnisé à la suite d'un avis de CCI selon des conditions strictes, même si la loi n'emploie jamais le mot d'« aléa », préférant recourir à une périphrase : « *accident médical non fautif dont les conséquences sont anormales eu égard à l'état antérieur du patient et à son évolution prévisible* ». Au fil des décennies, la jurisprudence avait développé des subterfuges pour justifier l'indemnisation, humainement souhaitée, de cet aléa : faute incluse, faute induite, présomption de faute, obliga-

« Le recours aux CCI permet d'éviter les écueils que sont la durée et le coût d'une procédure juridictionnelle. »



## « Les CCI ont vocation à traiter tout accident médical résultant d'un acte de diagnostic, de prévention ou de soins. »



tion de sécurité de résultat... Cette indemnisation de l'aléa, introduite par la loi Kouchner, permet d'éviter le recours à de tels subterfuges pour parvenir à une indemnisation commandée par l'équité. Le dispositif des CCI est presque unique au monde puisque, outre la France, seule la Nouvelle-Zélande a adopté un tel système d'indemnisation de l'aléa.

### ➔ Quels sont les critères de compétence des CCI ?

Plusieurs critères de compétence sont prévus dans les textes.

- Le premier tient à la nature de l'acte en cause. Les CCI ont vocation à traiter tout accident médical résultant d'un acte de diagnostic, de prévention ou de soins. La question s'est donc posée de savoir si la chirurgie ou la médecine esthétique, ou encore les actes liés à des pratiques religieuses, pouvaient être concernés par le dispositif. Si les actes de pure chirurgie esthétique ont, dans un premier temps, été écartés, certaines CCI ont fini par les admettre, car il existe le plus souvent, en annexe de l'acte principal, un accompagnement médical (techniques chirurgicales, anesthésie). Ces sujets demeurent cependant polémiques au sein des CCI, et les solutions peuvent donc être différentes d'une CCI à l'autre. En principe, la CNAMed<sup>2</sup> avait reçu légalement une mission d'unification des jurisprudences entre les diverses CCI, mais concrètement, elle n'a pas conduit les réunions et réflexions que cette mission implique. En revanche, l'ONIAM prend régulièrement l'initiative de réunir les présidents pour leur permettre d'échanger leurs points de vue et tendre à des rapprochements. Mais on ressent encore des différences de sensibilité entre les présidents issus de l'ordre judiciaire et ceux issus de l'ordre administratif.

- Le deuxième critère se mesure à la date des soins : seuls les accidents survenus après le 5 septembre 2001 peuvent être pris en charge par le dispositif.
- Le dernier critère est celui tenant à la gravité du dommage. La loi a instauré quatre seuils de gravité alternatifs.

Le premier seuil est celui d'un déficit fonctionnel permanent (DFP) supérieur à 24 % (ce qui correspond à un handicap lourd, comme par exemple la perte d'un œil), qui est assez objectif car il repose sur un barème précis.

Le deuxième seuil réside en l'existence d'une incapacité temporaire de travail de 6 mois consécutifs, ou non consécutifs sur une durée d'un an. Des divergences d'appréciation de ce critère sont apparues, certains présidents estimant qu'il ne pouvait s'appliquer qu'aux personnes en activité, d'autres l'étendant aux non-actifs, tels que les enfants, les personnes âgées, etc. Devant cette polémique, un décret a introduit la notion de déficit fonctionnel temporaire avec plusieurs classes, ce qui a réglé la difficulté.

Le troisième seuil réside en l'existence de « troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence ». Il s'agit d'un critère très subjectif, car il va dépendre étroitement de chaque individu et de sa capacité personnelle à résister à la douleur ou aux complications. Il ne doit en principe être retenu, selon les termes de la loi, qu'« à titre exceptionnel ». Enfin, le dernier seuil concerne la perte de l'activité professionnelle antérieure.

### ➔ Quels sont les types d'accidents médicaux les plus fréquemment portés devant les CCI ?

Les accidents les plus fréquemment rencontrés concernent l'anesthésie, la chirurgie orthopédique et du rachis (avec des complications neurolo- ■ ■ ■





giques ou des infections), la chirurgie des voies digestives, les malades chirurgicales, l'obstétrique, la gynécologie, s'agissant de retards de diagnostic de cancers du sein. En revanche, les CCI ont peu à connaître d'affaires mettant en cause des psychiatres, des pédiatres et des médecins généralistes.

#### ➤ Comment les CCI sont-elles composées ?

La composition a été récemment modifiée par un décret n°2014-19 du 9 janvier 2014.

Chaque commission compte désormais 12 membres et est présidée par un magistrat de l'ordre judiciaire (pour 4 d'entre elles) ou administratif (pour 3 d'entre elles).

Elle est composée, outre le Président, de :

- 3 représentants des usagers choisis parmi des associations représentatives ;
- 1 représentant des professionnels de santé exerçant à titre libéral ;
- 1 praticien hospitalier ;
- 3 représentants des établissements (un pour les établissements publics, deux pour les établissements privés) ;
- le directeur de l'ONIAM ou son représentant ;
- 1 représentant des assureurs ;
- 2 personnalités qualifiées, qui peuvent être des professeurs de droit, des anciens avocats, des professeurs de médecine. Ces personnalités ont un rôle important car elles apportent souvent un éclairage affiné sur les affaires soumises à la CCI.

#### ➤ Pouvez-vous nous dire quelques mots des modalités de saisine des CCI ?

La saisine se fait par l'intermédiaire d'un formulaire Cerfa® téléchargeable sur le site Internet de l'ONIAM<sup>3</sup>, à envoyer à la CCI par pli recommandé avec accusé de réception. Le dossier médical relatif à l'accident médical doit y être joint.

Le document est volontairement très simple à compléter, puisqu'il est destiné à des personnes qui ne sont pas forcément conseillées ou entourées. La seule difficulté consiste à résumer les faits, ce qui n'est pas toujours aisé pour un profane. Mais, dans ce cas, les juristes de la CCI lorsqu'ils sont

sollicités, n'hésitent pas à apporter une aide pour synthétiser les faits et déterminer les mises en cause nécessaires : en effet, le patient ignore parfois l'identité du praticien qui l'a pris en charge, ou son statut (libéral ou hospitalier).

**« Il reste une proportion importante de victimes qui ne sont pas accompagnées dans leurs démarches, de la saisine jusqu'à la séance de la commission. »**

La saisine s'est beaucoup professionnalisée depuis quelques années : les dossiers sont plus scrupuleusement préparés, notamment avec le soutien d'assurances de protection juridique et l'intervention de plus en plus fréquente d'avocats. Néanmoins, il reste une proportion importante de victimes qui ne sont pas accompagnées dans leurs démarches, de la saisine jusqu'à la séance de la commission.

À réception de la saisine, le président de la CCI, assisté de ses juristes, examine la demande pour se prononcer sur sa recevabilité. Depuis le décret du 9 janvier 2014, le Président peut rejeter les demandes pour lesquelles la gravité des dommages allégués apparaît manifestement inférieure au seuil légal.

En cas d'irrecevabilité manifeste, le demandeur en est informé par lettre recommandée avec accusé de réception. Cette décision – parce qu'elle fait grief au demandeur – est susceptible d'être contestée devant le Tribunal administratif. Mais ce recours n'est, en pratique, presque jamais exercé, car la procédure serait alors longue, onéreuse et compliquée, tandis que la possibilité légale de saisir le tribunal compétent reste toujours ouverte même au demandeur qui avait choisi, dans un premier temps, de se tourner vers la voie du règlement amiable des CCI.

#### ➤ Si la demande est considérée comme recevable, que se passe-t-il ensuite ?

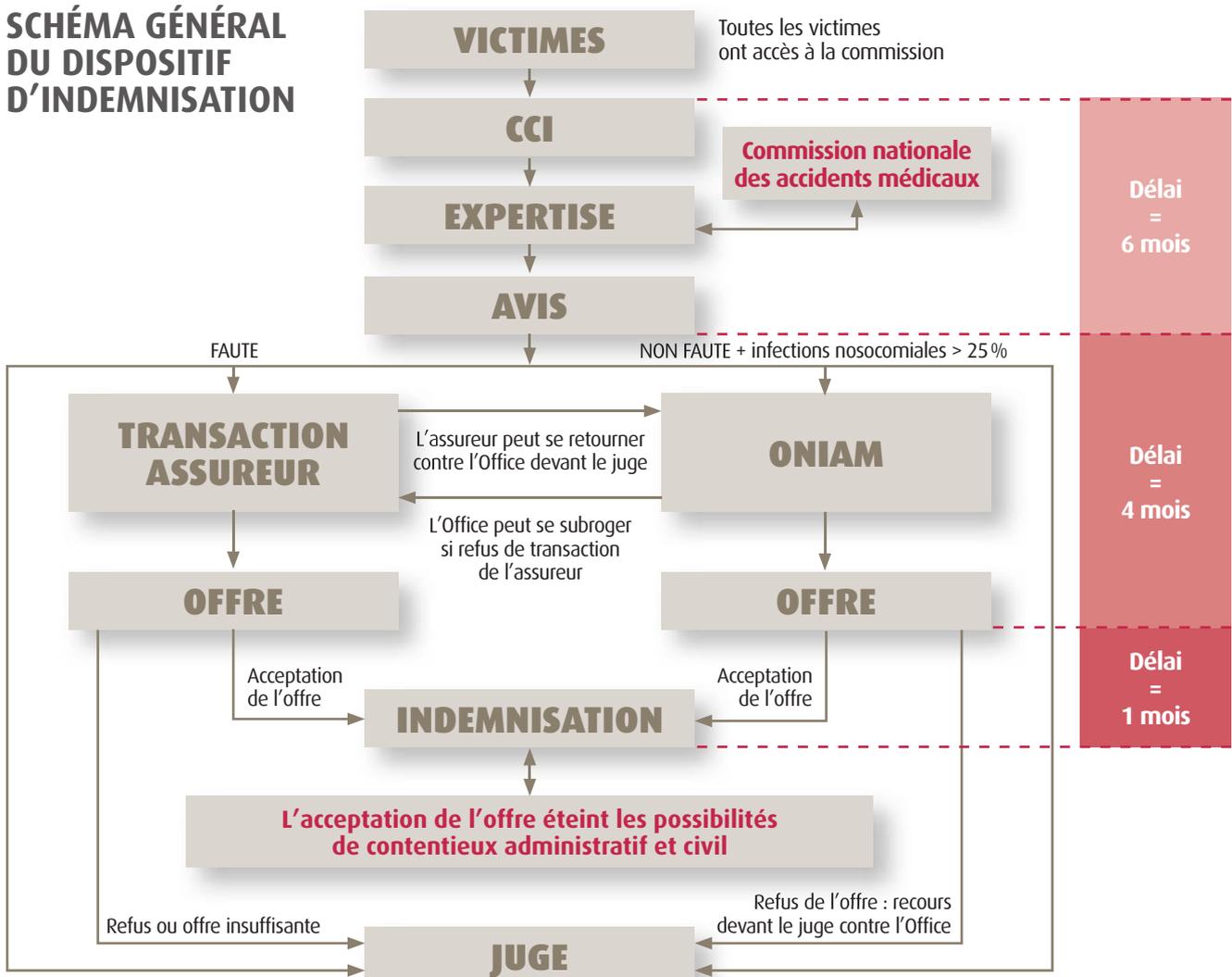
Le président désigne un expert ou un collègue d'experts de la ou des spécialité(s) concernée(s) par l'affaire. Les experts sont choisis dans une liste établie par la CNAMed. Cette liste est, en principe, propre aux CCI. Néanmoins, il s'agit souvent des mêmes experts que ceux inscrits sur les listes des tribunaux. C'est l'ONIAM qui rétribue l'expert, sur la base d'honoraires forfaitaires fixés à 700 €. L'expert n'est donc pas libre de fixer ses honoraires comme il l'est dans le cadre d'une procédure juridictionnelle. Cela peut poser la question de la qualité des expertises. Certaines sont d'une qualité exceptionnelle, d'autres sont moins argumentées. À cela s'ajoute l'obligation pour les experts de déposer leur rapport dans un délai de deux à trois mois, ce qui est un délai manifestement trop court pour les dossiers complexes. Le demandeur est informé de la désignation des experts, de même que les professionnels de santé qui découvrent, à cette occasion, leur mise en cause devant la CCI.

#### ➤ L'expertise présente-t-elle des particularités par rapport à une expertise judiciaire ?

L'expertise est contradictoire, comme dans un cadre juridictionnel, mais il y a malheureusement parfois des difficultés dans la communication des pièces. Dans beaucoup de cas, le demandeur se rend seul à l'expertise. Il peut en résulter un certain déséqui-



## SCHÉMA GÉNÉRAL DU DISPOSITIF D'INDEMNISATION



libre, car le professionnel de santé est, quant à lui, le plus souvent accompagné d'un médecin-conseil et/ou d'un avocat mandaté par sa compagnie d'assurance. Les experts veillent alors à rétablir autant que possible cet équilibre.

Je tiens à souligner l'importance de la présence à l'expertise du professionnel mis en cause : manifester son empathie à l'égard des victimes et dialoguer avec elles suffisent souvent à désamorcer le conflit.

Puis les experts envoient leur rapport à la CCI, qui le fait parvenir aux parties en même temps que la convocation pour la séance au cours de laquelle l'avis sera émis. Il s'écoule généralement un mois entre cet envoi et la tenue de la séance, ce qui laisse aux parties un délai très court pour préparer leurs défenses respectives. Ceci est d'autant plus regrettable que certains rapports sont difficiles à comprendre et à interpréter, notamment pour le demandeur, profane en droit comme en médecine.

Le dépôt par l'expert d'un pré-rapport n'est pas en cours devant les CCI, contrairement à ce qui se fait devant les tribunaux. En revanche, si des dires sont formulés par les parties, ils figurent en annexe du rapport, mais il n'y est pas nécessairement répondu par l'expert.

### ➤ Comment la séance se déroule-t-elle ?

Les parties en cause et leurs conseils éventuels sont entendus contradictoirement. Le temps d'audition est malheureusement court, de l'ordre d'une dizaine de minutes, même s'il varie d'une CCI à l'autre, car l'ordre du jour est généralement très chargé.

Même si le rapport d'expertise suffit le plus souvent à la CCI pour se prononcer, les arguments avancés en séance peuvent parfois emporter la conviction ou faire décider d'une contre-expertise. C'est la raison pour laquelle il est si important que le praticien mis en cause soit, ici aussi, présent.

Une fois les parties auditionnées, elles quittent la salle où se tient la séance et les membres présents ■ ■ ■



■ ■ ■ de la CCI délibèrent « à chaud » avant d'émettre un « avis ». Là encore, la discussion est limitée dans le temps. Le plus souvent, un vrai consensus se dégage. En cas de partage des voix, qui se produit parfois, par exemple dans des affaires où est alléguée une maladresse opératoire, la voix du président est prépondérante. En principe, si l'un des représentants des

**« Manifester son empathie à l'égard des victimes et dialoguer avec elles suffisent souvent à désamorcer le conflit. »**

assureurs appartient à la compagnie qui garantit le praticien mis en cause, il doit quitter la séance pendant le temps de la délibération, de même d'ailleurs que toute personne qui aurait un conflit d'intérêts (par exemple, un représentant des professionnels de santé qui exercerait au sein du même établissement que le praticien mis en cause).

Un mois après la séance, l'avis est notifié aux parties. Il est insusceptible de recours. Si les parties l'acceptent, une transaction a lieu. S'il existe une contestation, l'affaire peut alors être portée devant les juridictions.

#### ➤ **Quels sont les différents types d'avis qui peuvent être émis ?**

Quatre sortes de décisions peuvent être prises par la commission :

- une décision d'irrecevabilité, comme nous l'avons déjà évoquée ;
- un avis de rejet au fond, dit « avis négatif », dans l'hypothèse où la commission ne retient pas l'exis-

tence d'un accident médical, ou écarte tout lien de causalité avec le dommage ;

- un avis dit « positif d'indemnisation », fondé sur la faute du professionnel ou de l'établissement de santé mis en cause et engageant leur responsabilité, ce qui implique l'intervention du ou des assureur(s) concerné(s) ;

- un avis dit « positif d'indemnisation », fondé sur l'existence d'un aléa, impliquant l'intervention de l'ONIAM.

Il arrive enfin que certains avis positifs d'indemnisation prononcent un partage faute/aléa, dans une proportion précise, et ce par exemple, en présence d'une faute éthique, comme par exemple un défaut d'information, conjuguée à une faute de technique médicale. Les décisions d'irrecevabilité et les avis de rejet représentent, ensemble, près de 75 % des décisions prises.

#### ➤ **Pouvez-vous nous dire quelques mots de la procédure de conciliation ?**

Dans chaque cas d'incompétence au regard des critères de gravité, la conciliation est obligatoire.

Des séances de conciliation, distinctes des séances d'indemnisation, étaient initialement prévues par le dispositif.

Mais, en fait, les tentatives de conciliation ne sont pas conduites lors des séances de la commission, mais confiées à des conciliateurs désignés par chaque commission.

Leur succès – variable – dépend du charisme personnel de chaque conciliateur et de son expérience. L'échec est, le plus souvent, à imputer au fait que les défendeurs (assureurs) ne se déplacent pas.

#### ➤ **Quelles évolutions du dispositif seraient nécessaires pour le rendre plus efficace ?**

La réforme récente portant sur la diminution du nombre des membres des CCI était souhaitée et apportera un allègement fonctionnel et financier appréciable.

Mais il faut encore, sur un autre plan, réfléchir au moyen d'améliorer les expertises, notamment par un respect plus strict du principe contradictoire pendant le déroulement de la mesure, mais surtout par une qualité retrouvée des modalités rédactionnelles des rapports. Peut-être l'une des clés résiderait-elle dans l'augmentation de la rémunération des experts. Mais, dans la mesure où cette rémunération est assurée par des fonds publics, on comprend bien le dilemme auquel le législateur est aujourd'hui confronté... ■

### QUELQUES DONNÉES ISSUES DU RAPPORT 2012 DE L'ONIAM

#### ➤ **Une croissance de l'activité des CCI... qui semble se stabiliser**

L'activité des CCI a fortement augmenté de 2003 (1 719 dossiers) à 2012 (4 255 dossiers), avec un pic en 2011 avec 4 281 dossiers soumis. Les CCI semblent avoir atteint leur « vitesse de croisière », tendance qui reste toutefois à confirmer dans l'avenir.

#### ➤ **Les trois quarts des saisines aboutissent à un rejet**

En 2012, 1 348 dossiers ont été rejetés avant expertise, et 1 874 dossiers ont fait l'objet d'un avis de rejet après expertise : 75 % d'affaires n'aboutissent pas à une indemnisation.

#### ➤ **Des délais plus longs que prévu, mais qui restent acceptables**

En moyenne, le délai d'instruction d'un dossier est de 8,9 mois en 2012. Les délais se sont allongés proportionnellement au nombre de dossiers soumis, mais ils restent toujours plus favorables que ceux des juridictions.

1. Rapport Mac Aleese sur le traitement des conflits individuels entre médecins et patients, paru en juillet 1980
2. Commission nationale des accidents médicaux
3. [www.oniam.fr](http://www.oniam.fr)

La vaccination est un geste courant en médecine générale. Pourtant, peu de moyens sont investis pour prévenir les erreurs vaccinales. L'utilisation d'une check-list peut permettre d'éviter les erreurs les plus fréquentes.

## Une check-list en prévention des erreurs vaccinales en médecine générale

CLAIRE TISSOT, JOSETTE VALLÉE, RODOLPHE CHARLES\*, FRÉDÉRIC LUCHT\*\*

\* Service universitaire de médecine générale, faculté de médecine Jacques-Lisfranc, 15, rue Ambroise-Paré, 42023 Saint-Étienne Cedex 2.

\*\* Service des maladies infectieuses et tropicales-CIC-EC3, CHU Saint-Étienne, avenue Albert-Ralmond, 42277 Saint-Priest-en-Jarez Cedex.

La vaccination, geste quotidien en médecine générale<sup>1</sup>, constitue l'une des interventions de santé les plus efficaces. Si des mesures rigoureuses sont appliquées dans l'élaboration des vaccins, la sécurité de l'acte vaccinal en lui-même peut encore être optimisée.

Les conditions d'exercice en médecine générale ne favorisent pas toujours la sécurité optimale de la pratique vaccinale. Colliger les erreurs les plus fréquentes pour proposer des dispositifs de prévention efficaces est donc un enjeu d'actualité.

D'avril à juin 2013, les types d'erreurs commises par les médecins pratiquant la vaccination ont été recensés selon trois sources de recueil :

- revue de littérature d'après des sources diversifiées : moteurs de recherches, revues, blogs, sites Internet institutionnels ;
  - entretiens individuels avec 21 médecins généralistes, 2 spécialistes et 2 infirmières, sous forme de libres échanges ;
  - entretiens collectifs avec 54 internes en troisième année de médecine générale.
- Les 71 types d'erreurs<sup>2</sup> collectées ont été classées en trois catégories corres-

pondant aux trois temps de la consultation vaccinale : avant, pendant et après. Elles ont ensuite été réparties en sous-catégories rassemblant les types d'erreurs, dans l'objectif de dégager les items potentiels de la check-list.

### ➤ Les erreurs « avant » le geste

Les erreurs « avant » l'administration du vaccin concernent les étapes du début de la consultation jusqu'au moment où le médecin effectue le vaccin. Les domaines sont variés : ■ ■ ■



- **Authentification du statut vaccinal :** absence de traces écrites des vaccinations antérieures (carnet de santé ou de vaccination égaré, oublié, inaccessible en service hospitalier ou maison de retraite).

• **Date de vaccination :** erreur dans l'intervalle entre les doses pour un schéma vaccinal ou première vaccination avant l'âge indiqué par l'AMM<sup>3</sup>.

• **Indication :** BCG

à un personnel hospitalier sans contact direct avec les patients (vaguemestre, jardinier).

• **Dosage ou valence vaccinale erronés :** prescription inadaptée sur l'ordonnance, surdosage ou sous-dosage.

• **Qualité du produit :** injection d'un vaccin périmé (après exposition de plus de 24 heures à température ambiante ou plus de 4 heures après reconstitution), rupture de la chaîne du froid.

• **Consentement des parents ou du patient :** prescription ou injection des valences vaccinales recommandées mais non obligatoires, à des patients hostiles à cette vaccination.

• **Contrôles ante-vaccinaux (ou ultimes) :** absence de lecture du nom du vaccin avant injection, permettant de lever une erreur de délivrance ou de prescription survenue antérieurement, injection du vaccin prévu à un autre patient.

### ➤ Les erreurs « pendant » l'administration du vaccin

Les erreurs suivantes ont été recensées :

• **Déconcentration due à un événement extérieur :** perte du solvant du vaccin au moment de le préparer ou aiguilles introuvables, maladresses (pouce laissé sur le piston et pression inconsciente, flacon en verre échappé qui tombe au sol, traction intempestive et désinsertion du piston, ripage sur le bouchon du flacon de poudre et perte de la moitié de la partie liquide, retrait trop précoce de l'aiguille du bras du patient).

• **Absence de matériel à portée de main :** oubli de désinfection du site d'injection, utilisation d'une seringue ou d'une aiguille inadaptée, piqûre du médecin en

capuchonnant l'aiguille (erreur due à la disposition du cabinet).

• **Préparation du vaccin et de la seringue :** oubli de reconstitution ou reconstitution avec un mauvais solvant,

problèmes d'ajustement aiguille-seringue occasionnant une résistance au moment où le piston est poussé, oubli ou omission de la purge, ou purge excessive, erreur de

dose, manque de connaissances techniques ou d'expérience face à l'utilisation de certains dispositifs (système de rétraction de l'aiguille, BCG).

• **Identification des sites et voies d'injection :** injection sous-cutanée au lieu d'intramusculaire, ou intramusculaire au lieu d'intradermique, utilisation d'aiguille 25G (orange) pour une injection intramusculaire sur un adulte corpulent, réalisation de deux vaccins dans le même quadriceps chez un nourrisson, injection sur un autre site que celui prévu par l'AMM (fesse du nourrisson au lieu du quadriceps).

• **Installation du patient, technique influant sur la douleur :** BCG sans aide pour le maintien d'un nourrisson, mélange « volontaire » de vaccins (contraire à l'AMM) dans le but d'éviter des piqûres douloureuses, vitesse d'injection trop lente ou trop rapide.

### ➤ Les erreurs « après » l'administration du vaccin

• **Élimination des aiguilles :** traitement différé des déchets, utilisation de la même seringue pour deux patients successifs dans un contexte de vaccination « à la chaîne » en période d'épidémie de grippe AH1N1.

• **Surveillance du patient et de son accompagnant :** malaise vagal chez des vaccinés se relevant trop vite ou chez des accompagnants, réaction anaphylactique.

• **Traçabilité :** oubli de l'inscription sur le carnet de vaccination et le dossier médical, inscription d'un vaccin

dans le carnet avant une injection finalement repoussée, négligence de la double saisie (carnet patient – dossier médecin), confusion entre deux dossiers (homonymie) ou deux carnets (frère et sœur).

• **Information du patient :** sur la date de rappel, sur le type de vaccination, oubli du signalement du prochain vaccin à réaliser, absence de vérification de la bonne compréhension du patient quant à la maladie dont le vaccin est destiné à le protéger, sur les effets secondaires prévisibles (réaction locale avec induration ou ulcération au site d'injection et/ou adénopathie satellite infracentimétrique, douleurs, faux positifs plus probables en cas de test de dépistage du VHC ou HIV).

### ➤ L'élaboration d'une check-list : un filet de sécurité

La diversité des sources exploitées dans l'étude a permis d'appréhender au plus près la réalité de l'exercice médical et d'élaborer une check-list préventive opérationnelle, destinée aux médecins généralistes lors de leurs consultations dédiées à la vaccination.

Dans un centre de vaccination communautaire, l'organisation conduit à limiter au maximum la survenue d'erreurs : le statut vaccinal est systématiquement documenté et vérifié, les vaccins sont fournis par la structure et non apportés par le patient, le réfrigérateur de stockage est contrôlé électroniquement avec enregistrement continu de la température, le médecin vaccinateur est assisté d'une infirmière expérimentée, des fiches contenant

des informations simples en rapport avec leur vaccination sont distribuées aux consultants... Ces moyens n'étant pas tous réalisables dans

les cabinets de médecine générale, l'utilisation de la check-list est d'autant plus justifiée en soins primaires.

Elle répond à trois impératifs : être simple, applicable facilement et adaptée à la pratique. Elle a été élaborée de façon à ce que la plupart des erreurs ■ ■ ■

« LES CONDITIONS D'EXERCICE EN MÉDECINE GÉNÉRALE NE FAVORISENT PAS TOUJOURS LA SÉCURITÉ OPTIMALE DE LA PRATIQUE VACCINALE. »

« LES TROIS IMPÉRATIFS DE LA CHECK-LIST : ÊTRE SIMPLE, APPLICABLE FACILEMENT ET ADAPTÉE À LA PRATIQUE. »

### LA CHECK-LIST DES VACCINATIONS

AVANT l'administration du vaccin	PENDANT la préparation et l'administration du vaccin	APRÈS la vaccination
<b>Statut vaccinal documenté?</b> Carte de vaccination / Carnet de santé / dossier médical oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Suis-je <b>concentré</b> , ambiance calme, téléphone décroché? Est-ce la bonne date de vaccination ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>Élimination</b> des aiguilles dans le container adapté? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Est-ce la <b>bonne date</b> de vaccination ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>Matériel</b> à portée de main ? (compresse, alcool, pansements, container pour déchets médicaux) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Le patient est-il <b>assis</b> ou allongé dans les 15 minutes qui suivent le geste ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<b>Qualité du vaccin :</b> Non périmé? Conditions de stockage ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>Préparation vaccin-seringue :</b> Reconstitution Fixation de l'aiguille : Purge oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>Traçabilité assurée ?</b> Vaccin noté sur carnet et dossier médical? Prochain vaccin noté ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Absence de <b>contre-indication ?</b> (trouble neurologique non documenté, immunodépression, allergie, fièvre) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>Lieu et voie (IM/SC)</b> d'injection bien identifiés ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>Information du patient :</b> • effets indésirables prévisibles ? • date de rappel éventuel ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Contrôle du <b>conditionnement</b> en présence du patient : bon vaccin ? bon dosage ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Le patient est-il <b>détendu</b> : assis ou allongé ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>Notification</b> d'un événement indésirable s'il y a lieu ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

### LA CHECK-LIST DU BCG

AVANT au bureau	PENDANT près de la table d'examen	APRÈS la vaccination
<b>Contre-indication absolue :</b> immunodépression acquise ou congénitale; mère VIH + d'un enfant non dépisté	<b>Pas d'anesthésie locale;</b> appliquer de l'alcool modifié, et attendre l'évaporation complète	<b>Prévenir</b> de l'apparition d'une pustule bénigne au niveau du site d'injection
<b>Contre-indication temporaire :</b> dermatose infectieuse généralisée, fièvre	Patient <b>immobile;</b> présence d'un assistant si c'est un enfant	<b>Expliquer la conduite à tenir :</b> laisser le bras à l'air libre, compresse sèche, pas d'antiseptique ni de pommade...
<b>Absence de tuberculose</b> maladie	Voie : <b>intradermique</b>  Site : <b>face postéro-externe</b> <b>du deltoïde</b> exclusivement	<b>Recommander</b> de consulter si : • la pustule fait + de 3 cm ; • apparition d'une impotence du bras ; • adénopathie axillaire volumineuse et fluctuante
Absence de <b>cicatrice</b> témoignant d'une vaccination antérieure	Quantité : • <b>0,05 ml</b> pour l'enfant de moins d'un an • <b>0,1 ml</b> après 1 an	<b>Informé :</b> les signes peuvent demeurer présents pendant 3 mois, mais guérissent spontanément



© BURGER/PHANIE

■ ■ ■ collectées puissent être évitées en observant chaque critère.

Les points de vérification par colonne ont été limités à cinq, pour favoriser l'acceptabilité et la faisabilité. Le but était d'en faire un document logique, facilement mémorisable

et garant d'un gain de temps par son utilisation régulière.

La vaccination par le BCG relevant d'une procédure nettement différente, il est apparu utile d'élaborer une check-list spécifique de la technique d'injection pour ce vaccin. Les points de vérification étant succincts et cités par ordre chronologique, elle demeure facile à mémoriser et son utilisation sera amenée à devenir automatisée (rapidité).

#### ➔ Mais la check-list ne règle pas tout !

Si elle constitue un filet de sécurité pour le praticien, la check-list ne peut toutefois tout régler :

- Elle ne peut remédier à un problème de compétence, qui ne peut être corrigé qu'au prix d'une formation, ni dispenser d'actualiser ses connaissances.

- Elle s'appuie sur les erreurs les plus fréquentes. Aussi, même si la réaction

anaphylactique immédiate est une complication potentiellement mortelle de la vaccination, la disponibilité d'un traitement médical approprié à proximité

(adrénaline prête à l'emploi) n'a pas été retenue dans la check-list « vaccination », car elle est valable dans d'autres situations d'urgence.

- Certaines erreurs peuvent être liées à la fabrication et au conditionnement des vaccins. Certains vaccins présentent des problèmes d'adaptation de l'aiguille et de surpression à l'injection, ou sont trop complexes à utiliser. Ces erreurs ne pourront être résolues que par des mesures prises au moment de

leur fabrication. Cette constatation rappelle l'importance de faire remonter les incidents aux fabricants des vaccins concernés afin qu'ils puissent mettre en œuvre les corrections nécessaires.

- La check-list, si elle constitue un outil précieux pour le praticien, ne se substitue pas pour autant aux recommandations. Il est donc important de la compléter avec le calendrier vaccinal en vigueur, notamment depuis 2013 où les changements s'avèrent profonds. ■

1. Selon une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) de 2002 auprès de 922 médecins généralistes, la vaccination est le 19<sup>e</sup> motif de consultation.

2. Ont été considérés comme « erreur » tous les événements indésirables rapportés vérifiés contraires aux bonnes pratiques vaccinales selon les recommandations de l'INPES, le site Internet Infovac-France, le BEH avril 2013 détaillant les modifications profondes et récentes du calendrier vaccinal français, des articles traitant de l'influence des anesthésiques locaux transdermiques, des bonnes pratiques de l'injection vaccinale.

3. Autorisation de mise sur le marché.

**« LA CHECK-LIST, SI ELLE CONSTITUE UN OUTIL PRÉCIEUX POUR LE PRATICIEN, NE SE SUBSTITUE PAS POUR AUTANT AUX RECOMMANDATIONS. »**

L'hospitalisation à domicile répond aux aspirations des patients puisqu'elle permet, dans certaines situations bien identifiées, la mise en œuvre de soins dans leur environnement familial. Mais comme dans toute prise en charge, le professionnel de santé peut engager sa responsabilité.



© DR

## Hospitalisation à domicile (HAD) ou autres modes de soins à domicile : quelles responsabilités ?

**CLAUDINE BERGOIGNAN-ESPER,**  
PROFESSEUR HONORAIRE DES UNIVERSITÉS, FACULTÉ DE DROIT, PRÉSIDENTE DE SANTÉ SERVICE

L'hospitalisation à domicile, traditionnellement appelée HAD<sup>1</sup>, permet à un malade de recevoir à son domicile les soins nécessaires à son état. À cet effet, il bénéficie d'une prescription médicale, établie par un médecin de l'hôpital public, d'un établissement à but non lucratif ou lucratif, ou de ville. L'admission est prononcée par le responsable de la structure d'HAD. Un médecin coordonnateur met en place le fonctionnement médical. Un cadre paramédical organise et suit les interventions des personnels paramédicaux.

D'autres modes de soins permettent d'éviter l'hospitalisation. Il en est ainsi des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)<sup>2</sup>, des prestations de soins à domicile délivrés par des entreprises privées<sup>3</sup>, ou encore de certains réseaux de santé<sup>4</sup>. Tous ces modes de soins se caractérisent par l'alliance de différents professionnels de santé, au bénéfice d'un même patient.

Dès lors, la question des responsabilités encourues se pose. Cela d'autant plus que les soins à domicile, bénéficiant d'une meilleure reconnaissance ces dernières années, connaissent un développement certain et ont vocation à se développer encore<sup>5</sup>.

De manière classique, deux types de responsabilité doivent être envisagés.

La responsabilité civile correspond à la demande d'indemnité présentée par un patient ou sa famille. La responsabilité pénale a pour objectif la recherche, par un magistrat instructeur, des circonstances d'un accident et l'éventuelle poursuite au plan répressif d'un ou de plusieurs professionnels de santé.

### ➔ Au plan civil, une compétence juridictionnelle variable selon les conditions de prise en charge

Dans le cas des soins à domicile, l'originalité est d'associer plusieurs catégories de professionnels, de différents sta-

**« LA MISE EN PLACE, IL Y A MAINTENANT PLUS DE DIX ANS, DES CCI PERMET D'AMÉLIORER LARGEMENT LE TRAITEMENT DES CONTENTIEUX QUI POURRAIENT NAÎTRE DE CES MODES DE SOINS. »**

tuts : médecins hospitaliers publics et libéraux, infirmiers et infirmières exerçant en ville ou en structure d'HAD, etc.

Ce sont les juridictions administratives qui sont compétentes pour statuer sur les réparations financières résultant de l'activité médicale à l'hôpital public. Les juridictions civiles traitent, pour leur part, des suites médicales des

activités en établissement de santé privé d'intérêt collectif (Espic), en clinique privée, à but lucratif et en activité de ville.

Par ailleurs, lorsque l'exercice médical ou paramédical a lieu en hôpital public ou en Espic dont les professionnels sont salariés, ce sont les institutions qui sont mises en cause. Seuls les professionnels libéraux sont attirés directement devant la juridiction ou l'instance de règlement amiable.

La mise en place, il y a maintenant plus de dix ans, des commissions de conciliation et d'indemnisation (CCI) permet d'améliorer largement le traitement des contentieux qui pourraient naître de ces modes de soins : lorsque des professionnels de modes d'exercice différents sont concernés, les victimes ont tendance à porter leur litige devant la CCI, pour éviter une saisine parallèle des deux ordres de juridiction. La commission est alors le guichet unique, saisi de l'ensemble du litige. Elle ordonne une seule expertise. De plus, son accès est gratuit et son avis doit être rendu dans des délais fixés par la loi.

### ➔ Pas de jurisprudence spécifique : les juges décident au cas par cas

Sur le fond, il n'existe pas de jurisprudence civile ou administrative ■ ■ ■

■ ■ ■ importante, spécifique à l'HAD ou aux autres modes de soins à domicile. Quelques contentieux se rapportant à la coopération entre acteurs de santé éclairent les solutions possibles. Le juge de l'ordre administratif ou judiciaire fait une analyse précise de l'origine du dommage. Il décide de la responsabilité au terme de cette analyse. Un partage de responsabilité entre différentes institutions ou différents professionnels peut être retenu.

Les juridictions décident alors, au cas par cas, du régime de responsabilité applicable et de l'imputabilité de la faute (sur les anciennes cliniques ouvertes : Conseil d'État 4 juin 1965, Hôpital de Pont à Mousson<sup>6</sup> / sur l'activité libérale du médecin hospitalier : Tribunal des conflits, 31 mars 2008<sup>7</sup> / sur la régulation des urgences partagée entre l'hôpital public et la médecine libérale : Cour de cassation, 2<sup>e</sup> chambre criminelle, 2 décembre 2003<sup>8</sup>).

Il en a été ainsi lorsqu'un patient est transféré d'un établissement à un autre pour y subir une intervention chirurgicale (Conseil d'État, 9 décembre 2009<sup>9</sup>, Conseil d'État, 18 février 2010<sup>10</sup>). Ou encore lorsqu'un spécialiste est « *associé au traitement préconisé* » (Cour de cassation, 1<sup>re</sup> chambre civile, 9 juillet 1963<sup>11</sup>), lorsqu'une convention de mise à disposition permet à des médecins hospitaliers publics d'intervenir sur des malades d'une clinique privée (Cour administrative d'appel de Nantes, 3<sup>e</sup> chambre, 8 mars 2012<sup>12</sup>), ou encore dans le cas d'une convention entre deux établissements publics de santé pour la gestion d'un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) (Conseil d'État, 9 décembre 2009<sup>13</sup>).

Il ne fait pas de doute qu'un raisonnement identique serait appliqué dans le cas d'un contentieux lié à une activité d'HAD ou à un autre mode de soins à domicile, unissant des professionnels de divers statuts.

Par principe, la preuve de la faute incombe au patient<sup>14</sup>. Afin d'établir la



© B. BOISSONNET/BSIP

**« DANS LE CAS D'UNE FAUTE CONSTATÉE, EST RETENUE LA RESPONSABILITÉ DE CELUI OU DE CEUX DONT LES FAUTES ONT ÉTÉ LA CAUSE DU DOMMAGE. »**

réalité des faits, il est indispensable, pour le juge comme pour la CCI, d'ordonner une expertise. Ses conclusions permettent de procéder à l'analyse de l'origine du dommage. Dans le cas d'une faute constatée, est retenue la responsabilité de celui ou de ceux dont les fautes ont été la cause du dommage.

À partir d'un tel raisonnement quelques hypothèses de responsabilité peuvent être envisagées.

#### ➔ Quelques hypothèses de responsabilité

Un médecin hospitalier public décide des soins à domicile d'un malade, hospitalisé ou venu en consultation dans l'établissement où il exerce. Il pourrait lui être reproché une erreur de diagnostic fautive pour avoir pris la décision de

traiter ainsi ce malade dont l'état et l'environnement, tant familial que social, ne le permettaient pas. Sa décision, en la circonstance, ne repose pas uniquement sur des données médicales mais prend en compte les indications sociales et familiales qui conditionnent l'admission ou le refus d'admission.

Le dommage pourrait aussi être causé par un professionnel de santé libéral. Les institutions d'HAD, qui ne peuvent assurer l'ensemble des services auprès des malades, ont en effet fréquemment recours à cet exercice de ville, qu'il s'agisse de médecins ou de personnels paramédicaux. Théoriquement, ce personnel est choisi librement par le malade. Mais fréquemment, les coordonnées de l'équipe libérale sont fournies par l'institution. Une étroite collaboration s'établit alors entre tous ces professionnels. Les prestataires de soins libéraux conservent toujours leur indépendance dans l'exercice de leur art. Ils en sont responsables. Ainsi, le médecin de ville



commettrait une faute s'il manquait à son obligation de collaboration avec le médecin de l'institution d'HAD. Ou encore, l'infirmière libérale engagerait sa responsabilité en cas d'exécution défectueuse des soins prescrits par le médecin de l'HAD traitant le patient.

Il est certain que de telles hypothèses peuvent amener à des partages de responsabilité.

Il faut, dans tous les cas, insister sur la bonne information du patient. Cette information doit le mettre en situation de consentir en toute connaissance de cause au mode de traitement à domicile qui lui est proposé. Il doit être informé de la succession des acteurs de santé qui le traiteront, du mode de fonctionnement spécifique des soins, et des risques possibles<sup>15</sup>.

#### ➔ Qui est responsable au pénal ?

En matière pénale, la situation des professionnels de santé est identique, quel que soit leur statut. La responsabilité

pénale d'une personne physique est individuelle et personnelle<sup>16</sup>.

Il est également possible de retenir la responsabilité pénale d'une personne morale<sup>17</sup>. Des sanctions spécifiques sont alors prévues. Néanmoins, dans le domaine de la santé, les condamnations pénales de personnes morales restent rares.

Dans l'exercice collectif des soins que représente l'hospitalisation à domicile ou d'autres modes de traitement proches, lorsqu'une poursuite pénale est engagée, la question se pose de savoir qui est responsable et, par voie de conséquence, qui peut être condamné.

Il existe quelques jurisprudences intéressantes sur la responsabilité pénale au sein d'une équipe médicale en institutions de santé<sup>18</sup>. La faute de l'un des praticiens n'exclut en rien la faute de l'autre. Tous peuvent être déclarés coupables, chacun pour sa faute personnelle, ou au contraire un seul d'entre eux. Le juge pénal détermine le rôle de chacun et y attache les conséquences pénales nécessaires.

Il en est ainsi, par exemple, dans le cas où la responsabilité pénale d'un chirurgien et, parallèlement, celle d'un médecin anesthésiste sont en cause (Cour de cassation, chambre criminelle, 10 mai 1984<sup>19</sup>). L'existence d'une faute relevée à l'encontre du médecin anesthésiste pendant la période postopératoire n'exclut pas nécessairement l'éventualité de celle du chirurgien auquel a été confiée l'intervention. Le juge pénal doit étudier le rôle et les missions de chacun des praticiens, pour apprécier ensuite s'ils ont été respectés (Cour de cassation, Assemblée plénière, 30 mai 1986<sup>20</sup>).

Il est également possible que se cumulent des poursuites contre une institution, personne morale, avec la mise en cause de différents personnels, chacun d'eux pouvant se voir reprocher une infraction pénale (TGI Paris, 3 septembre 2003<sup>21</sup>).

#### L'HAD EN QUELQUES CHIFFRES

- ➔ 305 structures autorisées actives
- ➔ 100 100 personnes accueillies
- ➔ 150 000 séjours
- ➔ 4 000 000 de journées
- ➔ 770 millions d'euros facturés à l'assurance maladie

Chiffres 2011 – Source : Ministère des Affaires sociales et de la Santé – [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

Il s'ensuit que dans l'hypothèse de poursuites pénales liées à une activité en hospitalisation à domicile ou selon un mode de soins proche, le juge pénal examinerait les responsabilités éventuelles de chacun, en étudiant la nature des missions, les fonctions, les compétences, les pouvoirs et les moyens dont chacun dispose<sup>22</sup>. Cette analyse lui permettrait de déterminer si une infraction d'imprudence ou de négligence peut être retenue, et à l'encontre de quel professionnel.

La chambre criminelle de la Cour de cassation a ainsi eu l'occasion de se prononcer en matière d'HAD, le 14 avril 2010<sup>23</sup>.

Il s'agissait d'une patiente âgée ayant fait plusieurs séjours à l'hôpital. Son époux ayant refusé son transfert en maison de convalescence, elle est admise en hospitalisation à domicile. L'état est dégradé et les médecins considèrent que

la fin de vie est proche. Elle décède quelque temps après le retour à domicile. Une plainte pénale est déposée par l'époux, au motif que la vie de la défunte a été mise en danger et qu'il y a eu non-assistance à personne en danger.

Il remet en cause les conditions de sortie de l'hôpital, qui n'auraient pas recueilli son accord. Il soutient également avoir signé en blanc le bon d'acceptation de l'hospitalisation à domicile. ■ ■ ■

**« LA FAUTE DE L'UN DES PRATICIENS N'EXCLUT EN RIEN LA FAUTE DE L'AUTRE. TOUS PEUVENT ÊTRE DÉCLARÉS COUPABLES, CHACUN POUR SA FAUTE PERSONNELLE, OU AU CONTRAIRE UN SEUL D'ENTRE EUX. »**

■ ■ ■ L'instruction s'achève par une ordonnance de non-lieu. La cour d'appel de Versailles confirme cette ordonnance le 9 juin 2009, aux termes d'une analyse minutieuse des faits. L'opération de sortie a été prévue, préparée et organisée. L'assistante sociale, intervenue au domicile dès avant la sortie de l'hôpital, a fourni les coordonnées d'une société pouvant aider matériellement les époux à domicile. Le mari n'a, à aucun moment, fait preuve de réticences auprès des différents intervenants de l'institution d'HAD. Enfin, au plan médical, la malade a fait l'objet d'une surveillance constante et a reçu tous les soins nécessaires.

Le pourvoi, formé par l'époux à l'encontre de l'arrêt d'appel, est rejeté. « *Les énonciations de l'arrêt attaqué mettent la Cour de cassation en mesure de s'assurer que, pour confirmer l'ordonnance de non-lieu entreprise, la chambre de l'instruction, après avoir analysé l'ensemble des faits dénoncés dans la plainte et répondu aux articulations essentielles du mémoire produit par la partie civile appelante, a exposé les motifs pour lesquels elle a estimé qu'il n'existait pas de charges suffisantes contre quiconque d'avoir commis les délits reprochés, ni toute autre infraction.* »

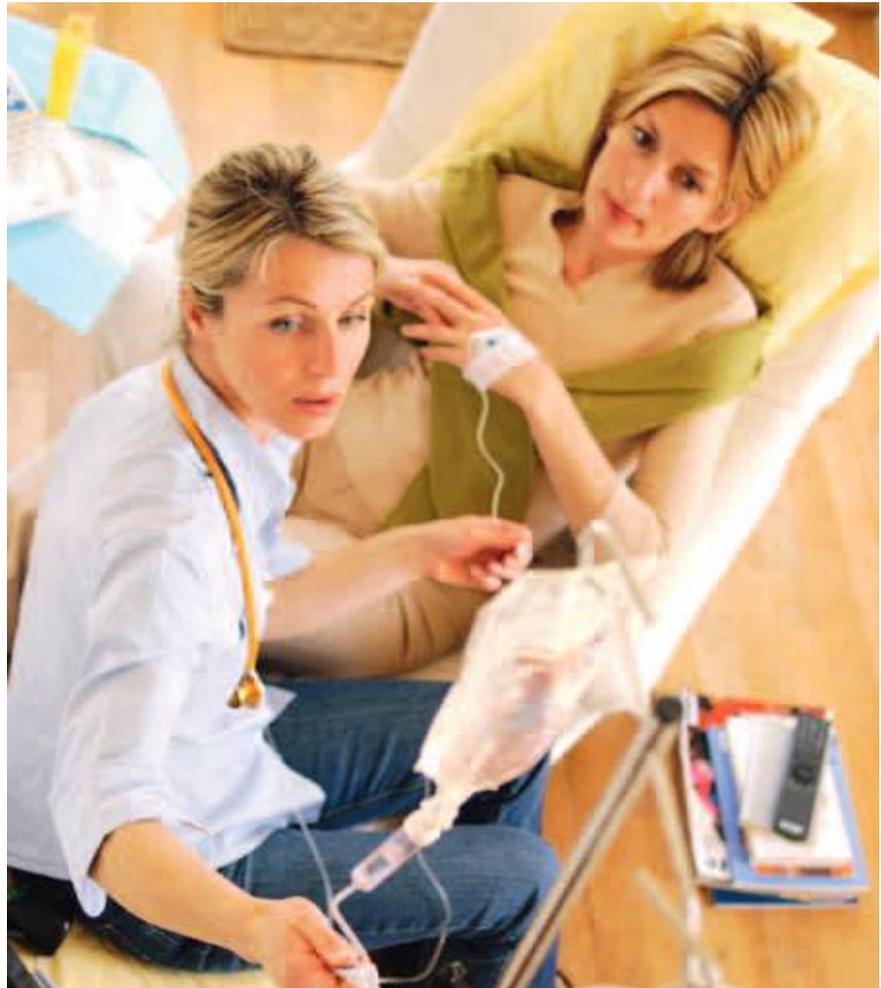
Cette décision, si elle ne revêt pas une portée majeure, n'en reste pas moins significative de la nécessaire analyse à laquelle doit procéder le juge pour retenir, ou au contraire écarter, la responsabilité pénale des intervenants en soins à domicile.

### ➔ Des précautions s'imposent !

L'hospitalisation à domicile, comme tout autre mode de soins à domicile, mêle les acteurs de santé.

Cette situation a quelquefois été qualifiée « *d'imbroglio juridique* » au plan des responsabilités.

Dans un tel exercice médical, il est impératif que les dossiers des patients soient parfaitement tenus. Les interventions de chaque professionnel doivent y être tracées de manière détaillée. Dans l'hypothèse d'une mise en cause, ce forma-



© BURGER/PHANIE

lisme permettra à l'expert, l'instance de règlement amiable ou encore la juridiction, de connaître exactement le rôle de chacun. Cette traçabilité protège les intervenants et facilite largement la preuve des différents actes accomplis par chacun au bénéfice du malade.

Dans le même temps, toute l'attention nécessaire doit être portée au respect des droits des malades<sup>24</sup>. La circulation

de données entre les intervenants médicaux et paramédicaux doit être combinée avec le respect de la confidentialité

et du secret médical. L'information la plus complète doit être fournie au patient et à sa famille.

C'est ainsi que pourront être prévenues ou traitées au mieux toutes difficultés pouvant entraîner un contentieux. ■

**« DANS UN TEL EXERCICE MÉDICAL, IL EST IMPÉRATIF QUE LES DOSSIERS DES PATIENTS SOIENT PARFAITEMENT TENUS. »**

1. Article L. 6125-2 du code de la santé publique (CSP)
2. Article D. 312-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles (CASF)
3. Article L. 5232-3 du CSP
4. Article L. 6321-1 du CSP
5. Rapport de la Cour des comptes, Sécurité sociale 2013, septembre 2013, p. 255 et s.
6. Recueil Lebon, p. 351
7. N°08-03616
8. JCP 2004, II, 10044, note Patrick Mistretta
9. N°308914
10. N°316774
11. Bulletin n°378
12. N°10NT01684
13. N°307529
14. Article L. 1142-1-1 du CSP
15. Article L. 1111-2 du CSP
16. Article 121-1 du code pénal (CP)
17. Article 121-2 du CP
18. Jean Guigue, *Responsabilité pénale, Traités Droit hospitalier et médical*, Litec, fasc. 20, 2013, n. 12 et suiv.
19. N°83-91174, JurisData n°1984-700831
20. N°85-91432, JurisData n°1986-21.
21. Affaire dite « de Trousseau », n°9926423046
22. Article 121-3 du CP
23. N°09-85139
24. B. de Lard-Huchet, *Droits du patient en HAD : la quadrature du cercle ?* Rev. Actualités JuriSanté, n° 78, juillet 2012

Chaque année, l'association La Prévention Médicale remet deux Grands Prix récompensant des initiatives innovantes en matière de sécurité, de diagnostic et de soins. Nous vous présentons les deux projets couronnés en 2013.



# Les Grands Prix de La Prévention Médicale, pour encourager les démarches de prévention des risques

La Prévention Médicale est une association loi de 1901 fondée en 2004, dont l'objet est la prévention des risques médicaux et paramédicaux. Dans ce cadre, elle entreprend des actions de sensibilisation et d'information sur le risque médical et assure la promotion de démarches qualité engagées par les professionnels de santé.

C'est pour encourager ces démarches qu'a été créé, en 2007, le Grand Prix de La Prévention Médicale, qui récompense des projets innovants sur le plan de la gestion des risques par une dotation de 6 000 € pour le premier prix et 4 000 € pour le second.

Les deux Grands Prix 2013 ont été décernés le 11 octobre 2013.

## 1<sup>er</sup> Prix : Prévention des risques liés aux hémorragies du post-partum (HPP) à l'hôpital privé d'Antony : une démarche qualité

Prix décerné à l'hôpital privé d'Antony, Dr Kathleen Dassier et Dr Nathalie Kermarrec pour le Groupe de Travail sur les HPP, Maternité de l'hôpital privé d'Antony.

L'hémorragie du post-partum (HPP) est la principale cause de mortalité maternelle d'origine obstétricale directe. Elle se définit par une perte sanguine supérieure à 500 ml/24 h après un accouchement par voie basse, et supérieure à 1000 ml/24 h après une césarienne. Si la mort maternelle est considérée comme un événement rare dans les pays à ressources développées, il n'en demeure pas moins qu'en France, son taux reste

élevé, avec 10,3 décès pour 100 000 naissances vivantes. Depuis 1995, le Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM) n'a cessé de rappeler qu'une part importante de ces décès pourrait être évitée si la surveillance et/ou les soins prodigués étaient « optimaux »<sup>1</sup>.

## Un travail collectif pour identifier les risques

Entre 2002 et 2004, quatre décès maternels, dont trois liés à une HPP et à une embolie amniotique, sont survenus dans la maternité de l'hôpital privé d'Antony. À partir de ce constat, un travail collectif réalisé par les acteurs de soins de la maternité a permis d'identifier et éradiquer certaines pratiques à risque, puis de mettre en place un algorithme de soins consensuel en s'appuyant sur les recommandations pour la pratique clinique (RPC) des sociétés savantes publiées en 2004<sup>2</sup>. En 2013, soit dix ans après ces événements graves, seul un décès par HPP a été reporté, parallèlement à une montée en charge significative de l'activité obstétricale durant cette période. L'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des HPP au sein de la maternité de l'hôpital privé d'Antony a reposé sur un enchaînement d'étapes fortement apparenté à la méthode de gestion de la qualité, dérivée de l'ingénierie. Cette méthode, dite PDCA (Plan-Do-Check-Act), est illustrée par la roue

de Deming<sup>3</sup>. Elle comporte quatre étapes successives, chacune entraînant l'autre vers la construction d'un cercle vertueux d'amélioration de la qualité d'un processus ou d'une activité.

## De la planification à la construction du projet

La première étape a consisté à « préparer et planifier ce que l'on va réaliser ». Les causes racines du problème à résoudre, qui est le « *taux élevé d'HPP mortelles* », ont été répertoriées par un groupe de travail multidisciplinaire composé de sages-femmes, d'obstétriciens et d'anesthésistes. Cet état des lieux initial a permis d'identifier plusieurs points critiques : défaut de procédure d'appel codifiée, de moyens matériels permettant une estimation précise de la perte sanguine, d'anticipation dans la mise en route des traitements, avec notamment un retard dans l'approvisionnement en produits sanguins labiles du fait de l'absence de banque du sang sur place et l'absence d'arbre décisionnel connu de tous...

À partir de ces constats, des propositions concrètes d'amélioration, adaptées aux contraintes locales de la maternité et acceptées de tous ont été rédigées, sous forme d'un cahier des charges : qui fait quoi, quand et comment ?

« L'HÉMORRAGIE DU POST-PARTUM (HPP) EST LA PRINCIPALE CAUSE DE MORTALITÉ MATERNELLE D'ORIGINE OBSTÉTRICALE DIRECTE. »

La deuxième étape, le « Do », a consisté à « développer et mettre en œuvre le projet qui a été planifié ». Les ■ ■ ■

■ ■ ■ modalités de traitement des HPP reposent avant tout sur la rapidité, l'efficacité et la rigueur des gestes d'hémostase. Celles-ci ont été formalisées conformément aux RPC de 2004<sup>2</sup> : introduction précoce d'utérotoniques (dans les 30 minutes), suivie dans l'heure selon les cas d'une embolisation (mise à disposition 24h/24 d'un plateau technique d'embolisation) ou d'une hémostase chirurgicale (ligatures vasculaires, B-Lynch, hystérectomie d'hémostase). Une procédure opérationnelle, rédigée sous forme d'un algorithme, a été affichée dans les points stratégiques du service. Elle résume les gestes de surveillance et de traitement incontournables et les numéros d'appel importants afin que tout oubli ou écart possible dans ce type de situation stressante soit évité.

Parallèlement, la diffusion d'une feuille de surveillance spécifique « HPP » et une formation aux gestes d'urgence élargie à l'ensemble du personnel de la maternité ont été réalisées. Pour la gestion des transfusions, un travail collaboratif avec l'Établissement français du sang a permis la création d'une banque de sang délocalisée au sein même de la structure de soins. Dans cette optique, le personnel soignant a été formé aux pratiques de gestion des dossiers patients et d'entreposage sécurisé des produits sanguins labiles. De

même, un stock de fibrinogène a été mis à disposition dans le service.

#### ➔ Du contrôle à l'action

La troisième étape a consisté à « *Contrôler l'aptitude des solutions mises en place au moyen d'outils de contrôle* ».

Toutes les HPP et les gestes thérapeutiques réalisés (révision utérine, embolisation, transfusion, chirurgie d'hémostase...) ont été répertoriés sur des graphes de contrôle permettant une analyse comparative des pratiques de soins, année après année, ainsi que l'élaboration de procédures correctives.

Enfin a été abordée la quatrième étape : « *Agir, mais surtout réagir, afin de corriger et améliorer la solution mise en place* ». Des réunions de morbi-mortalité ont eu lieu régulièrement dans le service afin d'analyser collectivement les dossiers sensibles et les points critiques. Ces échanges ont permis, en toute confiance, l'identification de problèmes justifiant une meilleure application du consensus et des procédures (meilleure diffusion, actions de formations), voire une modification de ceux-ci. Ainsi, en 2012, une formation des acteurs de soins du service de suites de couches a été réalisée, avec la mise en place d'une feuille de recueil de données cliniques permettant la détection précoce de complications chez les parturientes, hors salle de naissance. Ainsi,

la roue de Deming peut continuer à avancer indéfiniment.

La réduction de la morbidité et de la mortalité par HPP est un enjeu majeur de santé publique. L'expérience de la maternité de l'hôpital privé d'Antony suggère que cet objectif peut être atteint grâce à une organisation optimale de la prise en charge obstétricale et de réanimation. Elle souligne aussi que l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des HPP est un processus dynamique, impliquant à la fois l'engagement fort et consensuel des acteurs concernés, une sensibilité particulière à l'opérationnel et aux processus et enfin une forte capacité à la résilience organisationnelle. Ces caractéristiques appartiennent aux organisations à haute fiabilité (secteur nucléaire ou aéronautique par exemple), modèles dont les professionnels de santé devront s'inspirer<sup>4</sup>.

**2<sup>e</sup> Prix : Un outil de e-learning pour sécuriser l'utilisation du potassium injectable, dans le cadre du management par la qualité de la prise en charge médicamenteuse en région Centre.**

**Prix décerné à Hugues de BOUËT DU PORTAL, pharmacien hospitalier, OMÉDIT<sup>5</sup> Région Centre.**

Les erreurs lors de l'administration du potassium injectable sont à l'origine

## UNE DIVERSITÉ DE PROJETS AU SERVICE DE LA PRÉVENTION DES RISQUES

Depuis 2007, la Prévention Médicale a récompensé pas moins de 12 projets portés par des professionnels de santé de terrain, soucieux d'améliorer la sécurité des soins par des démarches qualité innovantes.

La diversité des sujets récompensés par le 1<sup>er</sup> Prix témoigne de la richesse des actions qu'il est possible d'entreprendre en matière de prévention.

➔ **2007** Pr Olivier Dupuis pour son simulateur d'accouchement.

➔ **2008** « Docteur Clean contre Mister Noso », court métrage de fiction documentaire de sensibilisation et de prévention sur les infections nosocomiales.

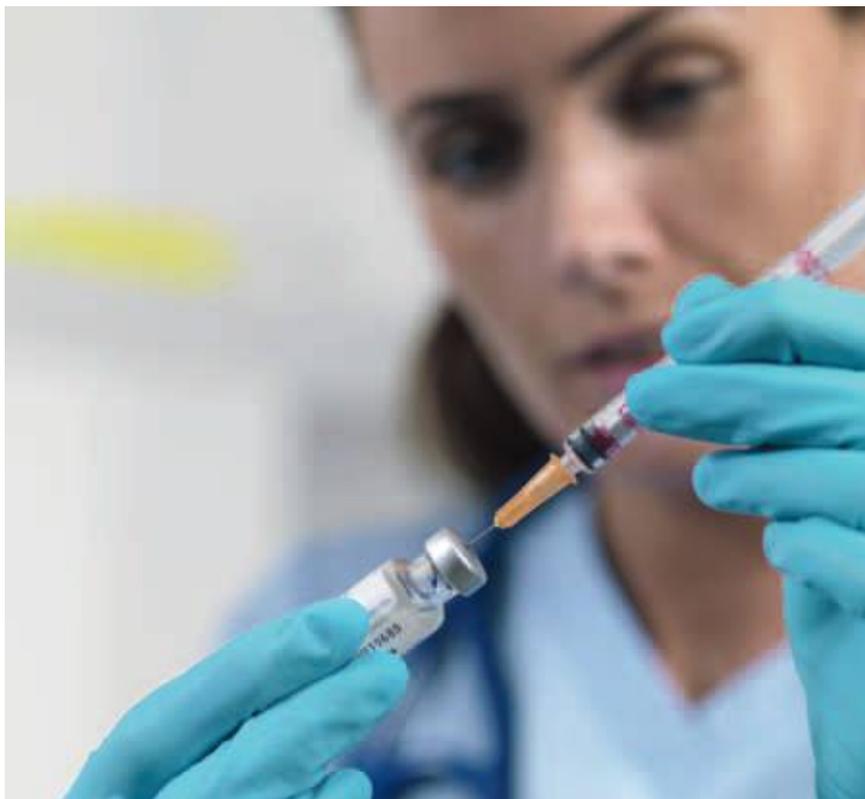
➔ **2009** Dr Patrick Courtin pour « Les alarmes informatiques permettant à des malades connus d'échapper à des accidents graves iatrogéniques lors d'une réadmission ».

➔ **2010** Mme Julie Renahy pour un logiciel automatique permettant de corriger les textes médicaux et les recommanda-

tions afin de les sécuriser et de les rendre compréhensibles par tous.

➔ **2011** Pr Jean-Louis Koek pour un calendrier de vaccination automatisé par le médecin généraliste.

➔ **2012** Dr René-Charles Rudigoz pour la création d'une application permettant la consultation en situation mobile (smartphones et tablettes) des protocoles médicaux du réseau périnatal Aurore.



© TEK IMAGE/SPL/PHANIE

de décès rapportés depuis de nombreuses années. Ces injections accidentelles sont d'ailleurs identifiées comme un des événements indésirables graves qui ne devraient jamais arriver (les « *never events* »).

Plusieurs agences de santé, dont l'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament), produisent une liste de « *never events* » et demandent la mise en place d'actions prioritaires de prévention dans les établissements de santé. Pourtant, six à dix accidents mortels liés au potassium sont encore rapportés chaque année.

### ➔ Une évaluation du risque

L'OMÉDIT Centre est une structure régionale d'appui et d'expertise auprès des professionnels de santé et de l'ARS (Agence régionale de santé) de la région Centre. Ses missions concernent l'animation coordonnée du bon usage des produits de santé et l'amélioration de la qualité et de la sécurité des pratiques. À ce titre, il a évalué la mise en œuvre de l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médica-

ments dans les établissements de santé (consultable sur [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)). Grâce à l'utilisation d'un outil régional de cartographie des risques a priori, CartoRetEx®, intégrant les notions de médicaments à risques et des « *never events* », l'OMÉDIT dispose d'un état des lieux des risques de 58 établissements de santé de la région. Les probabilités de survenue de risque d'incidents liés à l'utilisation de sels de potassium dans ces établissements sont élevées et corrélées à de fortes variabilités de pratiques.

S'est donc imposée la nécessité de proposer des solutions de minimisation pratico-pratiques des risques et des barrières d'évitabilité efficaces, issues du terrain.

### ➔ Un outil de e-learning gratuit et complet

Les professionnels de la région Centre ont exprimé le besoin d'un outil complémentaire aux documents déjà existants,

notamment ceux de l'ANSM. D'où l'idée de créer un module d'apprentissage en e-learning, pouvant servir de support d'auto-apprentissage ou de formation dirigée et facilitée. Cet outil, gratuit, est destiné aussi bien aux étudiants qu'aux professionnels de santé en activité. Son contenu est structuré : il comprend des rappels de pharmacologie, des règles et des exercices de calcul de doses. Il propose des cas cliniques et des auto-évaluations pour se situer face à ce danger. Il est enrichi par une bibliographie internationale et un rappel de la jurisprudence. Il se termine par des recommandations et des propositions de bon usage à mettre en œuvre dans les établissements de santé (diminution ou suppression des dotations de certains services, harmonisation et identification renforcée du rangement, limitation des dosages référencés, etc.) issues des référentiels nationaux existants.

Il a été soumis à des experts régionaux, puis testé dans différents établissements avant sa validation finale en mars 2013. Il reçoit, depuis cette date, un accueil positif des professionnels de santé confrontés à ce risque rare mais grave, permettant ainsi d'interroger les acteurs et de déclencher des actions de prévention.

Il est possible d'y accéder par le site [www.omedit-centre.fr](http://www.omedit-centre.fr) (onglet e-learning/never events ou par le raccourci en tapant directement dans le navigateur sans <http://www.omedit-centre.fr/potassium>). ■

**« LES PROBABILITÉS DE SURVENUE DE RISQUE D'INCIDENTS LIÉS À L'UTILISATION DE SELS DE POTASSIUM DANS CES ÉTABLISSEMENTS SONT ÉLEVÉES ET CORRÉLÉES À DE FORTES VARIABILITÉS DE PRATIQUES. »**

1. Rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM) 2001-2006. Institut de veille sanitaire : [www.invs.sante.fr/publications/2010/mortalite\\_maternelle](http://www.invs.sante.fr/publications/2010/mortalite_maternelle)
2. Collège national des gynécologues et obstétriciens français et Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2004. volume 33. Supplément au n°8 : [www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c\\_268413](http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_268413)
3. W. Edwards Deming, *Out of the Crisis*, MIT Press. 1986.
4. Weick KE, Sutcliffe KM, *Managing the Unexpected. Resilient Performance in an Age of Uncertainty*, Éditions Wiley, 2007.
5. Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques.

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



© ALEXANDRE NICOLI



© MICHEL LABELLE

## Responsabilité du médecin : questions/réponses

MARGAUX DIMA, STÉPHANIE TAMBURINI, JURISTES, MACSF

### Lorsqu'un patient a signé une autorisation d'opérer, cela suffit-il à prouver qu'il a été correctement informé ?

Dans un arrêt du 6 février 2013<sup>1</sup>, la Cour de cassation s'est prononcée sur ce point, dans une affaire dans laquelle une patiente a subi d'importantes complications suite à une lipectomie et a assigné le chirurgien pour faute technique et défaut d'information.

En première instance, le praticien est condamné à indemniser l'entier préjudice. Sur appel du médecin, la cour d'appel infirme le jugement attaqué. Se fondant sur le rapport d'expertise et sur la fiche d'information de la Société française de chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, elle considère que les complications constituent un aléa thérapeutique, et non une faute.

Sur l'information, il est relevé que la patiente a signé un document précisant : « J'accepte l'opération chirurgicale proposée par le docteur X. Je sais qu'il n'existe pas d'acte chirurgical sans risque et que des complications sont possibles, même si l'intervention est conduite normalement ; je reconnais que la nature de l'opération prévue ainsi que ses avantages et ses risques m'ont été expliqués en termes que j'ai compris, le docteur X a répondu de façon satisfaisante à toutes les questions que je lui ai posées. J'ai bien noté que toute intervention peut comporter des difficultés qui peuvent contraindre mon chirurgien à en modifier le cours, dans l'intérêt de mon état de santé actuel et futur. »

La cour d'appel considère qu'un tel do-

cument établit que le chirurgien a respecté son obligation d'information, et donc que sa responsabilité ne peut pas être engagée à ce titre. Suite à un pourvoi formé par la patiente, la Cour de cassation casse et annule cet arrêt.

Sur l'aléa, elle estime que la cour d'appel aurait dû rechercher si, devant une complication connue des plasties abdominales dont elle avait constaté la survenance, celle-ci « n'aurait pas pu être évitée par un geste médical adapté ».

**« IL PARAÎT PRUDENT DE REMETTRE, LORSQUE CELA EST POSSIBLE, UNE FICHE D'INFORMATION ÉMANANT DES SOCIÉTÉS SAVANTES. »**

Sur le devoir d'information, la Cour de cassation estime que la cour d'appel aurait dû rechercher si le chirurgien « n'avait pas failli à son obligation d'expliquer les risques précis de l'abdominoplastie, notamment par la remise d'une brochure exhaustive, telle que celle qui avait été remise à la patiente lors de la seconde intervention ». Pour la Cour de cassation, la signature par un patient d'une « autorisation » d'opérer avec reconnaissance d'avoir été dûment informé ne suffit pas à prouver que le devoir d'information a été pleinement rempli. L'affaire est désormais renvoyée devant une autre cour d'appel. Cette décision est sévère pour les professionnels de santé, car l'autorisation d'opérer comportait pourtant bien la mention selon laquelle les risques de

l'intervention avaient été exposés et compris... Dès lors, il paraît prudent de remettre, lorsque cela est possible, une fiche d'information émanant des sociétés savantes de la spécialité concernée.

### Toute infection à la suite d'une hospitalisation est-elle nécessairement qualifiée de « nosocomiale » ?

Une infection est qualifiée de nosocomiale si elle est absente lors de l'admission du patient à l'hôpital et qu'elle se développe 48 heures au moins après l'admission, avec toutefois quelques nuances en fonction de la nature de l'intervention réalisée. Cette définition signifie que l'infection doit avoir été contractée à l'hôpital et que le patient n'en était pas porteur auparavant.

La jurisprudence la plus récente, tant de la Cour de cassation que du Conseil d'État, ne fait pas de différence selon que l'infection est endogène (contamination par les propres germes du patient) ou exogène (contamination par des germes extérieurs). En revanche, le Conseil d'État rappelle, dans un arrêt du 21 juin 2013<sup>2</sup>, que « seule une infection survenant au cours ou au décours d'une prise en charge et qui n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge, peut être qualifiée de nosocomiale ». Il résulte de cet arrêt qu'une infection préexistante aux soins ne présente pas un caractère nosocomial, ce qui implique de bien déterminer l'origine précise de l'infection. ■

1. N°12-17.423  
2. N°347450

Le médecin libéral qui part à la retraite doit veiller à effectuer un certain nombre de formalités, non seulement auprès des instances professionnelles et des organismes sociaux, mais aussi vis-à-vis de sa clientèle, dont il doit se préoccuper du devenir.



© MICHEL LABELLE



© ALEXANDRE NICOLI

## Le départ à la retraite du médecin libéral : les formalités incontournables

CÉLINE CHASSANG, CLAIRE VAISSIÈRE, JURISTES, MACSF

Un départ à la retraite serein est un départ bien préparé. Pour y parvenir, le médecin libéral doit se poser les bonnes questions : quand puis-je prétendre aux droits à la retraite ? Quelles sont les formalités à accomplir en amont ? Puis-je céder ma clientèle ? Si oui, pour quel montant ? Dois-je continuer à assurer ma responsabilité civile professionnelle ? Voici quelques éléments de réponse à ces questions.

### ➔ Quand prendre sa retraite ?

Le médecin libéral peut faire liquider sa retraite du régime de base à partir de l'âge légal de départ en retraite, qui dépend de son année de naissance, le principe étant un départ entre 60 et 62 ans. Le médecin peut bénéficier de la retraite du régime de base à taux plein dès qu'il totalise le nombre de trimestres d'assurance requis. Ce nombre varie aussi selon sa date de naissance.

Dans les régimes complémentaires et ASV (Allocation supplémentaire de vieillesse), la retraite peut être liquidée à taux plein à partir de 65 ans.

### ➔ Quelles formalités accomplir pour partir en retraite ?

Ces formalités sont multiples.

#### • VIS-À-VIS DES PATIENTS

Lorsqu'il cesse son activité, le médecin doit prendre un certain nombre de me-

sures pour assurer la continuité des soins. En premier lieu, lorsque cela est possible, il convient d'informer les patients suffisamment à l'avance de la cessation d'activité, afin de permettre à ceux-ci de décider par qui et de quelle manière ils seront suivis ensuite.

S'il a un successeur, le médecin doit laisser les dossiers à sa disposition. Il doit en informer sa clientèle afin de lui laisser la possibilité de choisir entre la poursuite des soins par le successeur ou par un autre médecin traitant. Dans ce dernier cas, le dossier doit être transféré au médecin choisi par le patient.

Dans la mesure où la responsabilité civile professionnelle du médecin libéral peut toujours être mise en cause après sa cessation d'activité, il est souhaitable, en théorie, de conserver à titre personnel une copie de ses dossiers. Mais en pratique, il est bien difficile de satisfaire cette exigence...

S'il n'y a pas de successeur, la situation est plus délicate : le médecin doit en principe conserver lui-même les dossiers, les tenir à la disposition de ses patients et les transmettre, le cas échéant, au praticien que ceux-ci auront désigné pour la suite des soins.

Concernant la conservation des dossiers, il est d'usage de retenir la durée correspondant à la prescription des actions en responsabilité, soit dix ans à compter de la consolidation du dommage (article L. 1142-28 du code de la santé publique), notion imprécise puisqu'il ne s'agit pas de la réalisation du dommage. Face à cette imprécision, le Conseil national de l'Ordre des médecins recommande de les conserver pendant au moins vingt ans.

#### • VIS-À-VIS DE LA CARMF ET DE LA CPAM

Il est conseillé d'avertir la CARMF quelques mois avant la date de cessation d'activité prévue, afin de préparer son dossier et éventuellement de faire les

rachats ou achats de points possibles pour compléter le montant de la retraite. De plus, il faut prévenir par courrier le service

des relations avec les praticiens de la CPAM. Les feuilles de soins pré-identifiées, ainsi que le cachet professionnel, seront alors détruits.

#### • VIS-À-VIS DE L'ORDRE

Il est important d'informer le Conseil départemental de l'Ordre de la cessation d'activité. Il en prendra acte et en informera le Conseil national de l'Ordre. ■ ■ ■

**« LORSQU'IL CESSE SON ACTIVITÉ, LE MÉDECIN DOIT PRENDRE UN CERTAIN NOMBRE DE MESURES POUR ASSURER LA CONTINUITÉ DES SOINS. »**

### ■ ■ ■ • VIS-À-VIS DE L'URSSAF

Le médecin doit prévenir l'URSSAF de sa cessation d'activité en utilisant un formulaire demandé par courrier ou sur place (formulaire P4PL).

### ➤ **Comment céder le droit de présentation à clientèle ?**

Un cabinet se compose d'éléments corporels (matériel, mobilier, etc.) et incorporels (droit de présentation à la clientèle, droit au bail, etc.). Sa reprise suppose un accord matérialisé par la rédaction d'un contrat de présentation à clientèle, qui peut être un acte sous seing privé.

L'intervention d'un notaire n'est pas obligatoire. Il existe des modèles de contrat de cession, sur le site Internet du Conseil national de l'Ordre des médecins ([www.conseil-national.medecin.fr/](http://www.conseil-national.medecin.fr/)). Ces contrats ne doivent pas être recopiés, mais adaptés à sa propre situation. Ils devront être communiqués au Conseil départemental de l'Ordre pour avis. Il vérifiera si aucune clause n'est contraire à la déontologie.

Le médecin cédant a deux obligations essentielles :

• **Présenter son futur successeur à sa clientèle** : la période de présentation est essentielle. Quelques semaines de remplacement ou de consultations communes sont recommandées pour le candidat à la reprise.

Un communiqué dans la presse locale et une présentation aux confrères ou aux autres membres des professions de santé pourront aussi se révéler très utiles. La liste des patients et l'accès aux fichiers devront être garantis. La clientèle doit pouvoir être directement prévenue de la cession par l'envoi d'une lettre, généralement à frais communs, l'avertissant de l'intention du médecin cédant de se retirer en l'invitant à reporter sur son confrère acquéreur, son seul et unique successeur, la confiance qu'elle lui témoignait.

La validité de ce contrat de cession de clientèle est subordonnée à la sauvegarde de la liberté de choix du patient. Au cas où un malade ferait état du choix d'un autre médecin et en expri-

merait la demande, l'acquéreur devra faire parvenir le dossier de ce malade au praticien ainsi désigné.

• **Ne pas concurrencer le successeur après le départ en retraite** : l'engagement de présenter la clientèle doit être conforté par une obligation, souscrite par celui qui se retire, de ne plus exercer dans un rayon déterminé et pendant un certain temps. Cette obligation doit être expressément prévue dans le contrat ; elle ne se présume pas.

Pour délimiter le secteur interdit, il sera plutôt fait référence à la notion de circonscriptions administratives (département, arrondissement, canton, commune) afin d'éviter toute ambiguïté pouvant résulter d'une notion de rayon

ou de distance (par route, à vol d'oiseau) souvent sujette à caution et à interprétation. Si l'engagement de non-concurrence n'est pas respecté, l'acquéreur du cabinet peut obliger son confrère à exécuter le contrat lorsque cela est possible, ou en demander la résolution avec dommages et intérêts.

### ➤ **Quel devenir pour les locaux, le matériel et le personnel ?**

Si le médecin qui se retire est propriétaire de ses locaux professionnels, il pourra les vendre à son successeur ou lui consentir un bail professionnel. Si le cédant n'est que locataire de ses murs

professionnels, il faut que son bail soit cessible, sinon l'autorisation formelle et écrite de

**« CES CONTRATS NE DOIVENT PAS ÊTRE RECOPIÉS, MAIS ADAPTÉS À SA PROPRE SITUATION. »**



son propriétaire sera nécessaire. Si le bail professionnel vient prochainement à expiration, le futur successeur aura tout intérêt à se mettre immédiatement en rapport avec le propriétaire afin de connaître ses intentions quant aux conditions d'un éventuel renouvellement de bail.

Vis-à-vis du personnel du médecin cédant, le nouvel employeur a en principe l'obligation de poursuivre les contrats de travail en cours, en fournissant le travail convenu et en respectant les conditions essentielles de ces contrats. Tout licenciement pour des raisons économiques ou techniques ne pourra être envisagé qu'avec précaution, après avoir pris préalablement tous les conseils avisés. Toutes les dispositions légales et réglementaires prévues en matière de licenciement sont bien entendu applicables.

#### ➤ **Comment fixer le prix de cession de la clientèle ?**

La valeur d'un droit de présentation à clientèle est généralement fixée sur la base du chiffre d'affaires moyen des trois dernières années d'exercice du cédant. L'usage de la demi-annuité est aujourd'hui révolu, les chiffres étant plutôt à la baisse. C'est la loi de l'offre et de la demande qui doit s'appliquer. Le matériel est en principe évalué de gré à gré, en tenant compte de la date d'acquisition, de la valeur marchande, de l'état général et de sa valeur de remplacement. Si ce matériel est totalement amorti, il pourra être évalué à sa valeur vénale, alors que, s'il est en cours d'amortissement, il pourra être tenu compte de la valeur résiduelle comptable,

c'est-à-dire du prix d'achat diminué des amortissements pratiqués. La liste du matériel et du mobilier cédés sera annexée au contrat de cession.

Pour déterminer le prix de cession, il faudra aussi prendre en compte la personnalité du médecin cédant, son chiffre d'affaires, la nature de sa clientèle, son éventuelle appartenance au secteur 2, l'emplacement de son cabinet, les possibilités de développement, la démographie locale, etc.

#### ➤ **Faut-il continuer à s'assurer ?**

L'article L. 251-2 du code des assurances instaure une garantie subséquente qui permet au praticien de résilier son contrat lors de sa retraite tout en continuant à être couvert pour les faits survenus pendant la période de validité de son contrat pendant au moins dix ans. Au-delà de ces dix ans de garantie subséquente, c'est l'ONIAM qui prend en charge un éventuel sinistre.

En outre, la loi de finances n°2011-1977 du 28 décembre 2011 a créé un fonds de garantie destiné à garantir les sinistres survenus après la retraite. Ce mécanisme n'est applicable qu'aux réclamations intervenant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012.

Néanmoins, il peut être utile de conserver une couverture d'assurance destinée à garantir les conséquences des actes gratuits dispensés aux proches ou dans le cadre de l'assistance à personne en danger. Cela sera également utile si le praticien désire, par la suite, reprendre une activité.

Le maintien du contrat Protection juridique est tout aussi opportun. En effet,

il permettra au médecin libéral retraité de bénéficier d'une prise en charge des frais d'assistance amiable et/ou de

procédure en cas de litige survenu au cours de sa vie privée mais aussi au cours de sa précédente vie professionnelle (exemple : plainte ordinaire déposée à l'encontre d'un praticien retraité suite à un éventuel manquement déontologique commis en cours d'activité). ■

**« AU-DELÀ DES DIX ANS DE GARANTIE SUBSÉQUENTE, C'EST L'ONIAM QUI PREND EN CHARGE UN ÉVENTUEL SINISTRE. »**

La relation de confiance, indispensable à tout acte de soin, se manifeste d'abord par le choix, par le patient, du professionnel de santé auquel il se confie et ensuite par la proposition de traitement formulée par celui-ci. Mais ce contrat de soins peut être rompu par les deux parties quand cette confiance disparaît...



© XAVIER RENAUD

**GERMAIN DECROIX,**  
JURISTE, MACSF

## La confiance, pivot de la relation de soin

Selon un récent sondage<sup>1</sup>, plus de 70% des Français auraient confiance en l'hôpital. Cette confiance est indispensable dans la relation thérapeutique, même si elle ne fait l'objet d'aucun texte réglementaire. Elle ne peut être mesurée ou imposée. Elle résulte d'un ensemble de données (libre choix du soignant, instauration de la « bonne distance » entre soignant et soigné, contrat tacite) dont l'équilibre est fragile et peut être remis en question en cas d'accident médical.

### ➤ La première manifestation de la confiance : le choix du professionnel de santé

La première manifestation de la confiance est la demande de soin adressée à un professionnel ou à un établissement par une personne malade qui va lui confier sa personne. Cette démarche est possible dans le cadre de la liberté de choix de l'établissement de santé, mentionnée dans la charte du patient hospitalisé<sup>2</sup> ou de choix du praticien figurant dans les articles L. 1110-8<sup>3</sup> et R. 4127-6<sup>4</sup> du code de la santé publique (CSP). S'il existe des situations dans lesquelles il n'y a pas réellement de choix (intervention du Samu, consultation de médecine du travail), l'expres-

sion en est toutefois, le plus souvent, possible<sup>5</sup>.

C'est le patient qui sollicite l'intervention du soignant. Cette liberté de choix, réelle en médecine de ville, est parfois limitée en zone rurale, vu la rareté de l'offre. Elle est aussi trop souvent théorique à l'hôpital, où le patient est en fait pris en charge par l'équipe présente, sans qu'à aucun moment il puisse exprimer ses « préférences » à l'égard de tel ou tel membre de cette équipe. Or, ce choix initial est capital dans cette relation de confiance.

### ➤ Trouver « la bonne distance » avec le patient

Une fois le choix réalisé, la rencontre entre le patient et le professionnel va sceller cette confiance, et la réalisation du soin va en être la manifestation visible. Cette rencontre entre ces deux volontés ne fait l'objet d'aucun écrit. S'il existe des situations dans lesquelles il est exigé (par exemple le devis en chirurgie dentaire ou en médecine esthétique, l'accord pour la réalisation de tests génétiques...), cela reste l'exception.

Cette relation entre le soignant et son patient est qualifiée de « colloque sin-

gulier ». Elle nécessite de trouver la bonne distance avec le patient. Trop distante, elle est mal vécue par le patient et ne permet pas le recueil de toutes les données nécessaires, notamment les plus intimes. Trop proche, elle peut être mal interprétée ou conduire à un trop grand investissement du soignant dans la maladie de son patient, avec le risque de vivre comme un échec personnel la dégradation de la santé ou le décès.

La distance à adopter est variable selon la personnalité de chacun, les souhaits et l'âge du patient, le contexte de réalisation des soins, la gravité de la pathologie, la durée de l'hospitalisation...

### ➤ Un « contrat de confiance »

Sur le plan juridique, il a fallu qualifier cette relation soignant-patient. C'est le contrat qui a été choisi dès 1936<sup>6</sup>, car il s'adapte bien à l'idée d'un choix initial et est suffisamment souple pour y inclure, par la suite, les obligations des deux parties.

Le contrat de soins constitue une fiction juridique puisque les parties n'ont pas vraiment manifesté l'intention de le conclure et n'en ont pas explicitement fixé le contenu, qui a été progressivement déterminé par la jurisprudence, puis par la loi. Les juges ont ainsi inclus

« LA LIBERTÉ DE CHOIX EST CAPITALE DANS LA RELATION DE CONFIANCE. »



l'obligation pour le praticien de fournir « des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science » et d'informer le patient sur les actes et traitements proposés ainsi que sur les risques qu'ils comportent. Ne voulant pas laisser au seul juge le soin de définir l'étendue des obligations des soignants, le législateur a lui aussi apporté une définition légale des obligations des soignants, et ainsi fixé le contenu minimum de ce contrat, initialement basé sur la confiance. Par exemple, le contenu de l'obligation d'information des soignants est défini par l'article L. 1111-2 CSP<sup>7</sup> destiné à renforcer la confiance en rendant la relation soignant-soigné plus équilibrée. Cette confiance trouve une manifestation toute particulière dans la déclaration de médecin traitant, par laquelle le patient

désigne le praticien qui assurera la coordination de ses soins et le praticien accepte cette mission.

➤ **Et quand la confiance est rompue ?**

La confiance initiale peut évoluer tout au long de la relation thérapeutique, pour finalement disparaître à l'occasion d'un événement, allant de la simple incompréhension à un accident médical. Le contrat de soins peut être rompu à tout moment par les deux parties. Alors que la rupture par le patient n'est pas soumise à condition (mais a parfois besoin d'être formalisée par une attestation de refus de soins), la rupture par le soignant est plus encadrée. Par exemple, pour les médecins, l'article

R. 4127-47 CSP<sup>8</sup> permet au praticien de se dégager de sa mission, mais sous certaines conditions ayant pour but d'éviter tout dommage au patient. Cette rupture « pour des raisons professionnelles ou personnelles » peut même être recommandée, notamment en cas de non-observance fréquente des prescriptions et conseils du médecin, ou quand la relation devient malsaine, comme après un transfert dans la prise en charge psychiatrique. La jurisprudence a même retenu la responsabilité de médecins qui n'ont pas rompu assez tôt avec leur patient et ont fini par commettre des fautes professionnelles, induites, ou au moins favorisées, par l'inobservance du patient. Ces ■ ■ ■

« LA RELATION ENTRE LE SOIGNANT ET SON PATIENT NÉCESSITE DE TROUVER LA BONNE DISTANCE. »

■ ■ ■ exemples montrent combien il est important que la relation soignant-soigné reste empreinte de confiance, son maintien signifiant implicitement qu'elle est satisfaisante.

Les complications du soin peuvent, fort logiquement, entamer les bonnes relations avec le patient. Il s'agit bien de la complication et non de l'échec du soin : ce que la HAS désigne comme « *les dommages associés aux soins* », qui restent nombreux en dépit des efforts de prévention déployés.

La consultation des données publiées par la SHAM<sup>9</sup> pour l'hospitalisation publique et par la MACSF<sup>10</sup> pour les soignants eux-mêmes et l'hospitalisation privée révèle plusieurs constats intéressants :

- Le nombre de réclamations est sans commune mesure avec celui des accidents. Il y a donc, en proportion, peu de réclamations par rapport au nombre d'accidents, ce qui est de bon augure pour le maintien de la confiance.

- Ce nombre de réclamations est stable depuis 2000, alors que la crainte de la judiciarisation de la relation thérapeutique reste bien présente dans les esprits, bien que non confirmée par ces statistiques.

- Les demandes purement indemnitaires ont pris le

pas sur les procédures visant à sanctionner les professionnels. Ainsi, en 1995, on enregistrait 17 % de plaintes pénales contre 4 % en 2011, alors que les demandes amiables passaient, elles, de 39 % en 1995 à 66 % en 2011 (cette dernière augmentation étant favorisée par l'introduction, en 2002, des procédures CCI qui peuvent être qualifiées d'amiables).

- Si la réclamation est un signe de rupture entre le patient et le praticien, elle n'est pas nécessairement agressive et apparaît essentiellement motivée par la réparation du dommage subi. Il n'est pas rare qu'au cours de l'expertise, la victime déclare qu'elle n'en veut pas au professionnel qu'elle poursuit mais

qu'elle souhaite simplement une indemnisation. Plus rarement, il arrive même que le patient continue à consulter le médecin pendant la procédure...

- Enfin, le motif de la réclamation est lui aussi significatif : si la faute technique est très présente (erreur de diagnostic, thérapeutique inadaptée...), des fautes de comportement du professionnel sont également souvent invoquées (défaut d'information, refus de se déplacer, défaut de suivi après la réalisation de l'acte, etc.).

### ➔ Être créatif pour maintenir la confiance

Étudier les plaintes des patients constitue une bonne méthode pour déterminer sur quoi ils fondent leur confiance, et comment elle peut être rompue. Cela nous apprend qu'outre la qualité de la prestation, le relationnel est déterminant et qu'il faudrait parvenir à allier les deux.

Les patients souhaitent être non seulement écoutés, mais entendus, et que les professionnels y consacrent le temps

nécessaire, ce temps qui manque justement de plus en plus. La mise en place de consultations infirmières (par exemple dans la procédure d'annonce d'un diagnostic grave<sup>11</sup>,

dans l'éducation thérapeutique<sup>12</sup>) a souvent donné des résultats satisfaisants, à la fois pour les patients et les professionnels, et mériterait certainement d'être développée.

La nécessité de créer et conserver cette confiance impose d'être créatif pour contourner les obstacles. La collaboration avec les représentants des patients, comme les associations, pourrait être renforcée afin de mieux connaître leurs attentes réelles, et non supposées, et de recueillir leur avis sur les solutions envisagées. L'analyse des questionnaires de sortie, si elle doit être souvent assortie d'un sérieux coefficient de pondération, permet de se décentrer et de regarder l'hôpital du côté du lit du malade<sup>13</sup>.

**« SI LA RÉCLAMATION EST UN SIGNE DE RUPTURE ENTRE LE PATIENT ET LE PRATICIEN, ELLE N'EST PAS NÉCESSAIREMENT AGRESSIVE ET APPARAÎT ESSENTIELLEMENT MOTIVÉE PAR LA RÉPARATION DU DOMMAGE SUBI. »**

Le soignant, quand il est lui-même devenu patient, ne soigne souvent plus comme avant. Cette collaboration avec les patients est une belle manifestation de confiance, qui pourrait bien alors devenir réciproque, et donc plus pérenne. ■

1. Sondage réalisé par l'institut CSA les 5 et 6 février 2013. 71 % à 76 % (selon l'âge et le sexe) des personnes interrogées déclarent avoir confiance dans l'hôpital public.

2. Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A n°2006-90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée. Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge.

3. Article L. 1110-8 CSP : « Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire. »

4. Article R. 4127-6 CSP : « Le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin. Il doit lui faciliter l'exercice de ce droit. »

5. La charte du patient hospitalisé a néanmoins précisé que ce choix ne peut s'exercer que « sous réserve que les modalités d'organisation de l'établissement ne s'y opposent pas. Dans tous les cas, le choix de la personne concernant l'établissement et/ou le praticien doit se concilier avec certaines contraintes liées à l'urgence, l'organisation du service ou la délivrance des soins ».

6. Arrêt Mercier 1<sup>er</sup> Civ. 20 mai 1936, DP 1936.1.88, concl. Matter, rapport Jossierand, note E.P.

7. Article L. 1111-2 CSP : « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. »

8. Article R. 4127-47 CSP : « Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins. »

9. *Panorama du risque médical en établissements de santé*, consultable sur le site sham.fr

10. *Panorama des risques professionnels en santé*, Rapport d'activité de la MACSF sur la responsabilité civile professionnelle et la protection juridique, consultable sur le site www.risque-medical.fr.

11. La Mesure 40 du plan cancer 2003-2007 comprenait déjà l'amélioration des dispositifs d'annonce du diagnostic et prévoyait un « temps d'accompagnement soignant ».

12. L'article L.1161-1 CSP, issu de la loi HPST, organise l'éducation thérapeutique.

L'Ordre national des infirmiers insiste sur le fait que l'infirmier est un acteur de premier plan dans l'éducation thérapeutique.

13. Sur ce thème, voir le livre de Jean de Kervasdoué *L'Hôpital vu du lit*, Le Seuil, 2004.

Considérée par certains comme une atteinte à l'intégrité corporelle et par d'autres comme l'expression de la liberté religieuse, la circoncision rituelle reste un sujet sensible. Rares sont les pays européens qui abordent « frontalement » cette question, comme l'Allemagne vient de le faire.



## Le législateur allemand autorise la circoncision non médicale des jeunes enfants

OLIVER BERG, DOCTEUR EN DROIT, AVOCAT AU BARREAU DE PARIS, CÉDRIC KÜCHLER, AVOCAT AU BARREAU DE PARIS, CABINET BTK AVOCATS\*

\*19, boulevard Suchet - 75016 PARIS; 01 45 27 47 18

Le 7 mai 2012, le Tribunal correctionnel de Cologne a jugé que la circoncision médicalement non justifiée, pratiquée par un médecin sur un jeune enfant incapable d'y consentir, constituait un délit<sup>1</sup>. Les juges allemands ont considéré que la liberté religieuse et d'éducation des parents devait s'incliner devant le droit fondamental de l'enfant au respect de son intégrité physique. Suite aux vives réactions des communautés religieuses concernées, le Bundestag (Parlement allemand) a adopté le 20 décembre 2012 une loi portant sur « l'étendue de l'autorité parentale dans le cadre d'une circoncision sur un enfant mineur »<sup>2</sup>, qui introduit un nouvel article dans le code civil allemand, l'article 1631d, entré en vigueur le 28 décembre 2012. Selon cet article :

- (1) *L'autorité parentale comprend également le droit de consentir à une circoncision non-thérapeutique sur un enfant mineur encore irresponsable et non doué de discernement, à condition qu'elle soit pratiquée dans les règles de l'art médical. Ceci n'est pas le cas, lorsqu'elle compromet l'intérêt de l'enfant.*
  - (2) *Lors des six premiers mois suivant la naissance de l'enfant, toute communauté religieuse peut désigner un de ses membres pour pratiquer la circoncision, tel que mentionné à l'alinéa 1, à condition que ce membre soit spécialement formé pour cela et, s'il n'est pas médecin, qu'il ait une aptitude comparable.*
- Promulguée dans une extrême rapidité (moins de neuf mois après la décision

du Tribunal correctionnel), il n'est pas certain que cette loi apporte la sécurité juridique recherchée.

### ➤ Le consentement des parents

Il est communément admis que les personnes disposant de l'autorité parentale sur un enfant mineur (généralement les parents) sont autorisées à prendre des décisions qui ont une influence sur sa santé. L'article 1631d alinéa 1 du code civil allemand prévoit désormais, sans équivoque possible, qu'une telle décision peut être prise par les parents en matière de circoncision religieuse sur leurs enfants, alors que celle-ci est pratiquée par un professionnel de santé.

**« LE CONSENTEMENT DES PARENTS À LA CIRCONCISION EST LICITE, DU MOMENT QU'ELLE EST PRATIQUÉE DANS LES RÈGLES DE L'ART MÉDICAL. »**

Selon les principes du droit médical allemand, le dépositaire de l'autorité parentale doit être informé par le médecin, tant sur le déroulement de l'acte en lui-même que sur ses conséquences éventuellement préjudiciables (par exemple des complications postopératoires)<sup>3</sup>. Toutefois, le législateur n'a pas précisé si ce consentement devait émaner impérativement des deux parents, ou si le consentement de seulement l'un d'entre eux suffisait<sup>4</sup>. Il se contente de préciser que le consentement des parents à la circoncision est

licite, du moment qu'elle est pratiquée dans les « règles de l'art médical » (notion qui inclut d'ailleurs l'exigence d'éviter à l'intéressé toute « douleur inutile » pouvant justifier, si nécessaire, l'utilisation d'anesthésiants<sup>5</sup>). Ce silence est regrettable, et des précisions à ce sujet permettraient sans doute de minimiser le risque de conflits au sein d'une famille.

### ➤ Le défaut de discernement de l'enfant

Pour que l'article 1631d alinéa 1 s'applique, encore faut-il que le mineur concerné par la circoncision ne soit pas en mesure d'y consentir, c'est-à-dire qu'il soit encore « irresponsable et non doué de discernement ». S'il est incontestable que cette condition est bien remplie pour les nourrissons et les enfants en bas âge, qu'en est-il, en revanche, pour les pré-adolescents<sup>3</sup>?

À partir de quel âge un enfant a-t-il suffisamment de maturité pour choisir ou non d'être circoncis? Là encore, le législateur allemand n'a apporté aucune précision. Toutefois, en droit de la famille, la jurisprudence allemande place généralement ce curseur entre 12 et 14 ans<sup>3</sup>. L'enfant pourrait alors, sans doute, décider seul de la circoncision.

### ➤ L'exception à la circoncision : l'intérêt de l'enfant

L'article 1631d alinéa 1 prévoit que l'intérêt de l'enfant peut remettre en cause la pratique d'une circoncision médi-

■ ■ ■ cale à des fins religieuses. En effet, le législateur a dû respecter l'exigence posée par l'article 6 de la Loi Fondamentale allemande (« *Grundgesetz* »), qui prévoit que le fait d'élever et éduquer les enfants constitue certes un droit naturel des parents, mais que « *la communauté étatique veille* » sur la manière dont ils s'en acquittent. Évidemment, on pense ici avant tout à l'atteinte éventuellement portée à la santé et au bien-être de l'enfant. Néanmoins, qu'en est-il des cas où les parents exigeraient d'un médecin que leur enfant soit tout de même circoncis, alors que cela pourrait l'exposer à des risques pour sa santé? La loi n'apporte aucune réponse à cette question. La doctrine s'accorde toutefois à dire que le professionnel de santé doit pouvoir suspendre, pour un moment, l'obligation du secret médical auquel il est assujéti pour en référer à l'assistance sociale pour l'enfance (« *Jugendamt* »)<sup>3</sup>, qui analysera alors *in concreto* s'il existe des risques notables de conséquences préjudiciables sur la santé de l'enfant.

#### ➔ L'« autorégulation » des communautés religieuses

L'article 1631d alinéa 2 permet aux communautés religieuses de ne pas passer directement par un médecin et de désigner un membre de leur communauté pour procéder à la circoncision. Cette faculté est néanmoins strictement encadrée

**« QU'EN EST-IL DES CAS OÙ LES PARENTS EXIGERAIENT D'UN MÉDECIN QUE LEUR ENFANT SOIT TOUT DE MÊME CIRCONCIS, ALORS QUE CELA POURRAIT L'EXPOSER À DES RISQUES POUR SA SANTÉ? »**

puisqu'elle n'est tout d'abord possible que lors des six premiers mois après la naissance (et non au jour de la naissance de l'enfant<sup>6</sup>). Ce pouvoir d'autorégulation semble particulièrement pertinent pour le judaïsme, puisque la *britmilah* (c'est-à-dire littéralement : « *l'alliance [par la] circoncision* ») se pratique généralement à huit jours chez un garçon né de parents juifs.

Ensuite, il faut que le circonciseur appartienne à la communauté religieuse en question et qu'il soit « *spécialement formé* » pour accomplir cet acte. S'il n'est pas médecin, cette personne doit avoir une « *aptitude comparable* », formulation qui n'est pas très heureuse : en effet, qui peut prétendre avoir une aptitude comparable à celle d'un médecin, si ce n'est... un médecin?

Lors des travaux parlementaires, le législateur soulignait d'ailleurs que « *la circoncision n'est pas une intervention anodine* » et qu'elle « *suppose des compétences médicales spécifiques qui, si elles font défaut, peuvent présenter un risque pour la santé* » de l'intéressé<sup>7</sup>.

Le circonciseur qui n'est pas médecin doit pouvoir démontrer qu'il a suivi une formation lui permettant de répondre notamment aux exigences d'hygiène, de désinfection et de stérilisation lors de la réalisation de l'acte. Il doit également savoir comment porter les premiers secours dans des situations d'urgence<sup>8</sup>.

Mais qu'en est-il de la souffrance éprouvée par le jeune garçon lors de la circoncision? Le circonciseur, non professionnel de santé, serait-il en droit d'utiliser les mêmes produits anesthésiants que le médecin pour limiter la douleur? Par ailleurs, qui est habilité pour former le circonciseur et vérifier que l'acte a bien été réalisé en conformité avec les « *règles de l'art médical* »? Aucune réponse n'est apportée à ces questions...

Enfin, l'article 1631d alinéa 2 du code civil allemand soumet le circonciseur non-médecin aux mêmes exigences qu'un professionnel de santé qui doit s'assurer, préalablement à la réalisation de l'acte, que le consentement est bien libre et éclairé. N'existerait-il pas ici un risque de manque d'impartialité?

En somme, il n'est pas certain que la loi réponde efficacement aux difficultés. Aussi, il conviendra d'observer la réaction du législateur allemand face à la résolution, très remarquée, du Conseil de l'Europe du 1<sup>er</sup> octobre 2013 qui invite les États à prendre des mesures contre les circoncisions religieuses non consenties par l'intéressé, assimilées à une violation de l'intégrité physique<sup>9</sup>. Le débat ouvert par la décision du tribunal de Cologne semble donc loin d'être clos. ■

1. Tribunal correctionnel de Cologne, 7 mai 2012, Az. : 151 Ns 169/11 - commentaires en français de la décision : C. Grossholz, *La Circoncision infantile en cause. À propos de la décision du tribunal de Cologne du 7 mai 2012*, RFDA 2012, 843; O. Berg et C. Küchler, *Circoncision et responsabilité du médecin*, Médecine et Droit, Janvier-Février 2013, 12.
2. Bundesgesetzblatt 2012, I, Nr. 61, 2749.
3. En ce sens : S. Rixen, *Das Gesetz über den Umfang der Personensorge bei einer Beschneidung des männlichen Kindes*, NJW 2013, 257.
4. En ce sens également : HendrickPekarek, *Germany's Circumcision/Indecision - Anti-Semitism or Legalism?*, social science research network, Humboldt University Lawschool, March 30, 2013.
5. Travaux préparatoires, Drucksache 17/11295, 05.11.2012, 17 (b).
6. En ce sens : Article 188 alinéa 2 du code civil allemand.
7. Travaux préparatoires, Drucksache 17/11295, 05.11.2012, 18 (d) « Zu Absatz 2 ».
8. Travaux préparatoires, Drucksache 17/11295, 05.11.2012, 19 (d) « Zu Absatz 2 ».
9. Résolution adoptée par l'assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe par 78 voix pour, 13 contre et 15 abstentions; v. Conseil de l'Europe, Résolution 1952 (2013) version provisoire. Discussion par l'Assemblée le 1<sup>er</sup> octobre 2013 (31<sup>e</sup> séance), retranscrite sur le site du Conseil de l'Europe [www.assembly.coe.int](http://www.assembly.coe.int) (voir Doc13297, rapport de la commission des questions sociales, de la santé et du développement durable, rapporteur : Mme Rupprecht).

#### ET EN FRANCE ?

➔ **La circoncision rituelle sans finalité médicale est interdite sur le fondement de l'article 16-1 du code civil** qui énonce l'inviolabilité du corps humain. Toute atteinte volontaire à l'intégrité physique d'une personne, et en particulier d'un mineur, qui n'est pas médicalement justifiée, tombe sous le coup des articles 222-1 et suivants du code pénal.

➔ **Dans son rapport annuel de 2004 consacré à la laïcité**, le Conseil d'État qualifie la circoncision de « *pratique religieuse dépourvue de tout fondement légal mais néanmoins "admise"* ». Contrairement aux auteurs d'excisions, jamais la circoncision rituelle n'a été condamnée en France en tant que telle. **La MACSF accepte de garantir ces actes.**

À LIRE



## Orthopédie-Traumatologie de la personne âgée fragile

S. TERVER, F. MARTINS-CONDE, B. LEBLANC  
Éditions Springer, 140 €.

Avec le vieillissement de la population, la chirurgie pratiquée sur les personnes âgées, voire très âgées, est aujourd'hui devenue habituelle. Mais elle pose des problèmes spécifiques, que nous avons eu l'occasion d'évoquer dans le détail dans la revue *Responsabilité*<sup>1</sup> : difficulté pour poser l'indication en raison des intrications possibles avec l'état général du patient, balance bénéfices/risques parfois difficile à équilibrer, mais aussi intervention accrue des membres de la famille dans la relation médecin/patient. Cet ouvrage retrace l'expérience de praticiens – chirurgiens, médecins gériatres, rééducateurs – qui sont confrontés à ces difficiles prises de position qui peuvent avoir une influence directe sur la fin de vie des patients. Didactique et proche des situations de terrain, il trouvera naturellement sa place dans les bibliothèques référentes en chirurgie. Mais il intéressera tout autant ceux qui interviennent dans la prise en charge du sujet âgé, du directeur d'EHPAD au médecin généraliste traitant. ■

1. *Responsabilité* n°47, Octobre 2012. Jusqu'à quel âge opérer un patient ? Gilles Albrand, Jean-Pierre Mignard ; p. 15-19.

ACTU

### UN GUIDE DE DÉPLOIEMENT SUR LES MÉDECINS CORRESPONDANTS DU SAMU

Les médecins correspondants du SAMU (MCS) constituent l'un des dispositifs que le gouvernement entend déployer pour améliorer l'accès à des soins urgents, en particulier dans les territoires situés à plus de trente minutes d'un effecteur de médecine d'urgence. Rappelons que l'intervention de ces médecins est déclenchée systématiquement et simultanément à l'envoi d'un SMUR, afin de permettre une prise en charge rapide, dans l'attente de l'arrivée du SMUR.

La DGOS a publié en juillet 2013 un guide de déploiement destiné à clarifier le cadre juridique et financier de ces MCS.

Ce guide précise quels sont les modes d'exercice possibles de la fonction de MCS selon que le praticien est libéral, salarié ou hospitalier.

Sur le plan des responsabilités, il précise que le MCS est couvert par le biais de l'établissement public, siège du SAMU avec lequel le médecin a passé convention, car il s'agit d'une mission de service public, et le médecin intervient sur demande de la régulation du SAMU, avec du matériel fourni par le SAMU.

Le guide rappelle qu'un même médecin peut articuler des missions de MCS avec d'autres missions, telles que médecin sapeur-pompier volontaire, ou participant à la permanence de soins ambulatoires. Enfin, il rappelle les règles applicables à la rémunération des MCS.

Ce guide est consultable sur [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

### DU CÔTÉ DE LA HAS

#### Une aide à la pratique de la télémédecine

La télémédecine apparaît comme une ressource – parmi d'autres – pour relever les défis majeurs que sont l'amélioration de l'offre de soins et l'égal accès de tous à un système de santé de qualité.

Consciente des difficultés auxquelles les professionnels de santé peuvent être

confrontés pour s'approprier ces nouveaux outils organisationnels et techniques, la Haute Autorité de santé a publié en juillet dernier le résultat de ses travaux sous deux aspects : le cadre d'évaluation médico-économique de la télémédecine et une grille de pilotage et de sécurité d'un projet de télémédecine.

En particulier, le guide permet, en plusieurs points clés, de bâtir un projet de télémédecine en s'entourant de toutes les précautions nécessaires pour qu'au final, la qualité des soins proposés dans le cadre du projet soit au moins équivalente à des soins dispensés dans le cadre plus classique.

Conçu comme un outil pédagogique destiné à aider au déploiement de la télémédecine, ce guide est consultable sur le site Internet de la HAS [www.has.fr](http://www.has.fr).

### L'EXPÉRIMENTATION DES MAISONS DE NAISSANCE OFFICIELLEMENT AUTORISÉE

La loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance est parue au Journal officiel du 7 décembre 2013.

Définies comme un « lieu d'accueil de femmes enceintes, du début de leur grossesse jusqu'à leur accouchement, sous la responsabilité exclusive des sages-femmes, dès lors que celui-ci se présente comme normal », ces maisons, attenantes ou au sein des services d'obstétrique, nécessitent la mise en place d'un cahier des charges précis.

La loi est consultable sur [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr).

Retrouvez également l'article du professeur Roger Henrion dans *Responsabilité* n°32 de décembre 2008.

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

Voici notre  
réponse  
à la crise.

ASSURANCE VIE

3,40 %

NET POUR 2013

Pour voir plus loin  
que la crise, la  
MACSF affiche en  
2013 de solides  
performances  
toujours parmi  
les meilleures  
du marché pour  
votre assurance vie.

Notre engagement, c'est vous.

 **MACSF**

## ÉPARGNE RETRAITE MACSF

**UN ENGAGEMENT DE PERFORMANCE.** Pour voir plus loin que la crise, la MACSF affiche en 2013 de solides performances toujours parmi les meilleures du marché pour votre assurance vie.

Découvrez l'ensemble de nos engagements sur [macsf.fr](http://macsf.fr)

3233<sup>(1)</sup>

Notre engagement, c'est vous.

 **MACSF**