

SOMMAIRE



POINT DE VUE



ÉTHIQUE & SOCIÉTÉ



SEPTEMBRE 2019 / N° 75 / VOLUME 19

RESPONSABILITÉ

REVUE DE FORMATION SUR LE RISQUE MÉDICAL

DOSSIER

P 5

Santé au travail : quels enjeux aujourd'hui ?



SOMMAIRE



POINT DE VUE

4

Urgences : le symptôme n'est pas la maladie

DOSSIER

5/10

Santé au travail : quels enjeux aujourd'hui ?

VIE PROFESSIONNELLE

11/12

Céphalées : recommandations pour une prise en charge en urgence

13/14

Céphalées chez un enfant : la prudence s'impose !

DÉONTOLOGIE

15/16

Le non-respect d'une obligation de non-concurrence

ÉTHIQUE & SOCIÉTÉ

17/20

Mineurs en danger et signalement : mode d'emploi !

21/23

Avis 130 du CCNE : données numériques et santé

© ISTOCK

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



RESPONSABILITÉ

REVUE DE FORMATION SUR LE RISQUE MÉDICAL

COMITÉ DE PARRAINAGE

Pr René Amalberti
Médecin expert gestion des risques

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

Pr Roger Henrion
Membre de l'Académie de médecine

Pierre Joly
Président de la Fondation pour la recherche
médicale

Dr Jacques Pouletty
Président d'honneur du Sou Médical

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

Gérard Vincent
Délégué général de la Fédération
hospitalière de France

CONSEIL DE RÉDACTION

PRÉSIDENT

Dr Jacques Lucas
Ancien premier vice-président et délégué
général au numérique du Conseil national
de l'Ordre des médecins

MEMBRES

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

Pr Dominique Bertrand
Professeur émérite de santé publique
Université Paris 7 Denis Diderot

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

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

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

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

Dr Pierre-Yves Gallard
Président d'honneur de MACSF Sgam

Dr Jean-François Gérard-Varet
Président d'honneur du Sou Médical

Dr Thierry Houselstein
Directeur médical, MACSF

Dr Xavier Laqueille
Président d'honneur de MACSF assurances

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

Dr Catherine Letouzey
Médecin interniste

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

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

M^e Catherine Paley-Vincent
Avocat à la Cour

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

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

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

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

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

Stéphanie Tamburini
Juriste MACSF

RÉDACTION

Directeur de la publication
Nicolas Gombault

Rédacteur en chef
Germain Decroix

Assistante de rédaction
Sandrine Layani

Conception et réalisation
Studio PAO MACSF

ÉDITEUR

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

Dépôt légal : septembre 2019
ISSN : 2491-4657

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



CRÉDIT ILLUSTRATION : JIMMY PÉRÉ.



La situation dans les services d'urgence en France est inquiétante. Le personnel soignant dénonce les conditions de travail actuelles, qui comportent de nombreux risques pour les patients. C'est dans ce contexte que nous avons recueilli le sentiment du Dr François Braun, urgentiste du secteur public, qui nous donne son point de vue sur la situation actuelle et les solutions qui pourraient y remédier.

Urgences : le symptôme n'est pas la maladie

DR FRANÇOIS BRAUN, URGENTISTE

➤ Urgences : le constat

C'est l'une des premières choses que l'on apprend en médecine : c'est l'association de symptômes qui fait le tableau clinique et permet de diagnostiquer la maladie.

La surcharge des services d'urgence et les 180 000 patients qui ont passé la nuit sur un brancard des urgences l'année dernière, faute de lit d'hospitalisation, est un symptôme, grave¹ : la fièvre.

Le *No bed challenge* qui recense ces patients est un indicateur : le thermomètre.

La maladie, elle, touche l'ensemble de notre système de santé. Traiter le symptôme seul ne permettra pas de guérir de la maladie. Vouloir résoudre isolément la surcharge des urgences en se focalisant sur le chiffre du thermomètre serait une erreur. Faute de traitement adapté, d'autres symptômes se sont développés : la grève actuelle qui touche l'ensemble des services d'urgence témoigne du désarroi de professionnels qui ont perdu le sens de leur métier, de leur engagement.

Notre système de santé est malade, tous s'accordent à le dire, mais les politiques successives n'ont fait que traiter les symptômes, les uns après les autres, sans chercher à comprendre la maladie. Chacun se fourvoie en ne voyant que par le petit bout de sa lorgnette, qui en défendant de prétendus privilèges, qui en caressant l'électeur dans le sens du poil, qui en cherchant à satisfaire des exigences financières absurdes car contre productives, qui enfin en agressant l'autre, toujours responsable de tous les maux... La responsabilité de la situation actuelle est

partagée : médecins hospitaliers et libéraux, directeurs « managers », ARS et ministres aveuglés par la rentabilité à tout prix², patients exigeant le « *tout, tout de suite* »...

➤ Quelles solutions proposer alors pour « réanimer » notre système de soins d'urgence ?

« *Avant de vous déplacer, appelez* » : devant tout problème de santé urgent, c'est-à-dire ressenti urgent par le patient et/ou son entourage, le réflexe doit être d'appeler une plateforme polyvalente de régulation médicale, par un numéro unique santé comme

« Nos décideurs doivent sortir de la logique de l'hôpital-entreprise pour remettre la qualité, la sécurité des soins et la bienveillance au centre de leurs préoccupations. »

le 15. Là, un médecin urgentiste et un médecin généraliste, partenaires, pourront construire le parcours de soins le plus adapté à votre problème de santé. La réponse ne doit pas être systématiquement d'aller aux urgences. Nous, urgentistes, devons traiter les cas les plus graves et les plus complexes : c'est la base de notre formation.

L'entrée des urgences, véritable « sas » de l'hôpital, doit pouvoir, là aussi, construire le parcours de santé adapté et vous renvoyer vers la médecine générale lorsque votre problème de santé ne requière pas nos compétences et nos ressources.

Les services hospitaliers doivent s'organiser pour accepter les patients issus des urgences mais aussi ceux adressés directement par la régulation médicale ou le médecin traitant.

Nos décideurs doivent sortir de la logique de l'hôpital-entreprise pour remettre la qualité, la sécurité des soins et la bienveillance au centre de leurs préoccupations.

Nos concitoyens enfin doivent apprendre à utiliser notre système de santé, performant et envié par de nombreux pays, en sortant de la logique du « *J'y ai droit !* ».

➤ Dans l'attente de solutions...

La maladie de l'hôpital est là, les traitements sont connus, mais le « malade » refuse de se soigner. Nous attendons de nos responsables politiques la volonté d'appliquer la « purge » indispensable pour maintenir une médecine de qualité : tous nos concitoyens doivent bénéficier d'un traitement équitable, pas seulement les plus « rentables ».

Notre système de santé est aujourd'hui en réanimation. Arrêtons de tergiverser et de traiter les symptômes pour se concentrer sur la maladie. Gageons que le président de la République et son équipe ont été bien formés et qu'ils sauront faire le bon diagnostic pour délivrer le bon traitement, même s'il est difficile à supporter. ■

NOTES

1. E. Thibon, X. Bobbia, B. Blanchard, *Association entre mortalité et attente aux urgences chez les adultes à hospitaliser pour étiologies médicales*, Ann. Fr. Med. Urgence, 2019, DOI 10.3166/afmu-2019-0151.
2. P. A. Juven, F. Pierru, F. Vincent, *La casse du siècle. À propos des réformes de l'hôpital public*, éd. Raison d'agir, Paris 2019.





Après avoir présenté la réforme de 2016 concernant la médecine du travail, nous avons interviewé le Dr Locher, Directeur médical de l'ACMS, le plus important service interentreprises de médecine du travail de France.

Qu'en est-il de la mise en œuvre de cette réforme ? Quelles ont été les difficultés rencontrées ? Quelles sont les missions des différents membres de l'équipe pluridisciplinaire ? Quel avenir pour la médecine du travail ? Voici quelques-uns des thèmes abordés lors de cette rencontre.

Santé au travail : quels enjeux aujourd'hui ?

DR FABRICE LOCHER, DIRECTEUR MÉDICAL DE L'ACMS

➤ Qu'est-ce que l'ACMS ?

L'Association des Centres Médicaux et Sociaux (ACMS) est le plus important service de santé au travail interentreprises français et a été créé en 1945 par l'Union des Industries Métallurgiques et Minières (UIMM). Dans le cadre de son projet de service, elle emploie :

- près de 200 médecins du travail assistés de 200 infirmiers ;
- des professionnels de la prévention ;
- des techniciens et ingénieurs de différents domaines tels que l'ergonomie, la toxicologie, la psychologie du travail, l'hygiène/sécurité...

- des assistants techniques en santé au travail ;
- des Intervenants en Prévention des Risques Professionnels (IPRP) ;
- des assistants sociaux.

C'est au total 1 200 salariés qui composent l'ACMS.

Les assistants sociaux sont présents depuis la création de l'ACMS en 1945. Ils épaulent nos équipes et œuvrent au service des salariés qui rencontrent des difficultés sociales, notamment dans le cadre de la prévention de la désertion professionnelle et du maintien de l'emploi.





Les infirmiers sont les derniers à être entrés dans notre système et ont été introduits dès 2010 pour effectuer des entretiens infirmiers. Suite au [décret n° 2016-1908 du 27 décembre 2016](#) relatif à la modernisation de la médecine du travail, leur rôle a été consacré dans le cadre d'une délégation et d'une coopération avec les médecins du travail.

La gouvernance de l'ACMS est pilotée par :

- un conseil d'administration, présidé par un représentant des employeurs adhérents ;
- une commission de contrôle, présidée par un représentant des salariés des entreprises adhérentes ;
- une assemblée générale d'adhérents, qui prend un certain nombre de décisions ;
- une Commission Médico-Technique (CMT), qui est un peu l'équivalent de la CME des hôpitaux et qui est constituée d'élus et de personnels de l'ACMS (médecins, infirmiers et autres métiers). Elle est en charge de la fixation des objectifs de prévention, des méthodes de travail... et ses membres sont élus par des collègues par métier.

« Le rôle des infirmiers a été consacré dans le cadre d'une délégation et d'une coopération avec les médecins du travail depuis la réforme de 2016. »

➤ Comment est répartie votre activité ?

L'ACMS est implantée sur l'ensemble des bassins d'emploi de tous les départements du territoire régional.

Nous suivons un peu plus d'un million de salariés franciliens du secteur privé très préférentiellement, ce qui représente un tiers des salariés franciliens de tous secteurs d'activité, essentiellement en TPE/PME mais nous avons également en charge un certain nombre de grosses sociétés.

Un quart de notre activité s'effectue en centres mobiles pour être au plus près de nos adhérents. Il s'agit de camions neufs, parfaitement équipés avec informatique embarquée, dans lesquels les infirmiers travaillent avec la secrétaire.

Le reste de l'activité s'effectue soit en centre fixe (nous avons actuellement 75 implantations sur l'ensemble de l'Île-de-France, soit 46 secteurs comprenant chacun une ou deux implantations de proximité et éventuellement des centres mobiles). Un certain nombre de nos collaborateurs travaillent également

en cabinet d'entreprise ; cela concerne essentiellement les grosses entreprises.

➤ Comment est réparti le suivi des travailleurs au sein des différents services de santé au travail ?

L'ensemble du territoire français est couvert par 240 Services de Santé au Travail (SST) plus ou moins importants allant de 5 000 à 1 100 000 salariés suivis.

En tout, 4 200 médecins du travail (qui représentent 3 400 médecins en équivalent temps plein) assurent le suivi de 15 millions de salariés.

Pour l'Île-de-France, ce sont plus de 25 SST qui se partagent le suivi d'un peu plus de 3 millions de salariés.

Il existe également des services de santé au travail autonomes qui assurent le suivi de près d'1 million de travailleurs avec 980 médecins du travail.

L'agrément de ces services de santé au travail, autonomes ou non, est fixé par la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE).

➤ Qu'est-ce qui conduit une entreprise à faire le choix d'un SST autonome ?

Les services de santé au travail autonomes sont créés par de grosses sociétés.

Cela peut être un choix stratégique, répondre à des questions de coût ou bien lorsque le domaine d'activité est très particulier (par exemple le transport). Il est parfois intéressant pour des entreprises qui font face à des risques spécifiques, sur des lieux de travail particuliers, d'avoir une équipe de santé au travail dédiée, formée de longue date à un certain nombre de problématiques.

➤ Cela a-t-il un impact en termes d'indépendance du médecin du travail ?

Quelle que soit la structure, l'indépendance du médecin du travail est garantie par le Code du travail depuis 1946.





Le médecin du travail prend ses décisions médicales en toute indépendance, indépendamment de la pression et du poids de l'employeur d'un côté, des salariés et de leurs représentants de l'autre.

Il a, par ailleurs, le privilège d'avoir le libre accès aux lieux de travail et aux entreprises. Il partage ce privilège avec l'Inspecteur du travail. À cette différence près que l'Inspecteur du travail est un fonctionnaire d'État à pouvoir coercitif alors que le médecin du travail est un salarié protégé qui a un rôle de conseil auprès des salariés et des employeurs.

Il peut arriver que le médecin du travail soit sollicité à tort pour des situations qui relèvent de la responsabilité de l'employeur (salarié alcoolisé sur son lieu de travail, par exemple). Dans ce cas, le médecin du travail doit simplement rappeler que cela ne relève pas de ses compétences et que c'est à l'employeur de prendre les mesures nécessaires.

➤ Quelle est l'évolution de la réglementation sur la médecine du travail ?

Il y a eu de nombreuses réformes qui ont ponctué la réglementation de la santé au travail et de la médecine du travail en particulier, depuis la loi fondatrice du 11 octobre 1946.

La pluridisciplinarité a notamment permis que le médecin puisse s'entourer d'un certain nombre de compétences techniques, en particulier d'IPRP (toxicologues, ergonomes, techniciens hygiène/sécurité, psychologues du travail, etc.).

Parmi les réformes les plus récentes, la [loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011](#) relative à l'organisation de la médecine du travail a introduit une réforme de missions.

Les missions qui étaient portées jusqu'alors par les médecins du travail sont transférées vers le service de santé au travail. Le médecin devient, au sein de ce service, l'animateur, le coordonnateur de l'équipe pluridisciplinaire. Il a un rôle de pivot et porte personnellement les objectifs de prévention fixés par l'équipe médicale.

La réforme de 2011 acte également la présence des assistants sociaux au sein des équipes. Ils sont à la disposition des salariés qui en ont besoin (travailleurs

pauvres par exemple) et les accompagnent dans leurs démarches ou leur apportent conseil.

Le [décret n° 2016-1908 du 27 décembre 2016](#) relatif à la modernisation de la médecine du travail introduit pour sa part le suivi individuel de l'état de santé et distingue trois types de salariés :

- Suivi Individuel Simple (SIS) ;
- Suivi Individuel Renforcé (SIR) ;
- Suivi Individuel Adapté (SIA).

Une nouvelle réforme est annoncée, dont nous ne connaissons pas encore la teneur. Elle vient à la suite du [rapport de la députée Charlotte Lecocq](#) qui a fait un certain nombre de constats, notamment d'insuffisance de cohérence des structures entre elles, de l'organisation...

Actuellement, il y a des départements qui n'ont qu'un seul Service de Santé au Travail alors que d'autres en ont plusieurs. Certains SST sont très bien dotés en pluridisciplinarité, structures d'appui, etc. – ce qui est le cas de l'ACMS –, là où d'autres services ne bénéficient que de quelques médecins, trois infirmiers et deux IPRP, par exemple. C'est pourquoi il y a nécessité de mettre en cohérence les structures pour que le service rendu au salarié soit à peu près comparable d'un territoire à un autre, quel que soit le Service de Santé au Travail qui œuvre.

Si les constats sont partagés entre les représentants syndicaux des salariés, le MEDEF, l'État... les solutions à y apporter ne le sont pas forcément et nous attendons cette nouvelle réforme pour savoir ce qu'elle apportera.

➤ Quel est l'apport du suivi individuel introduit par la réforme de 2016 sur la santé au travail ? Cela a-t-il résolu les difficultés précédentes ?

Depuis le décret de 2016, le médecin du travail peut déléguer à l'infirmier le suivi des salariés SIS. Ils représentent 80 % des salariés et font l'objet de visites quinquennales sans nécessité de formuler une aptitude.

C'est le médecin du travail qui a la main sur la méthode de travail qu'il souhaite mettre en œuvre avec l'infirmier. Il établit un protocole de délégation avec l'infirmier, qui prend en charge les salariés de cette catégorie sous l'autorité du médecin du travail.



« L’infirmier prend en charge les salariés en suivi individuel simple sous l’autorité du médecin du travail, avec qui il a établi un protocole de délégation. »



© ISTOCK

À l’ACMS, nous avons un protocole qui a fait l’objet d’un travail en groupe validé par la Commission Médico-Technique (CMT) et qui confère la garantie requise de qualité. Ce protocole peut être adapté par le médecin du travail à la réalité des emplois et des risques professionnels de la collectivité suivie.

Il peut déléguer l’infirmier sur toute une série de missions, qui peuvent aller au-delà du suivi individuel, comme par exemple des missions de prévention collective dans les entreprises, de participation à des réunions de Comité Social et Economique (CSE)/ Commission Santé Sécurité et Conditions de Travail (CSSCT)...

L’infirmier jouit alors des mêmes garanties que le médecin du travail et se substitue à lui.

Le rôle des infirmiers est donc de décharger le médecin du travail d’un certain nombre de tâches et donc de présence dans l’entreprise.

Les SIR déclarés par l’employeur (qui nécessitent une aptitude à l’embauche ainsi que dans le cadre du suivi périodique) et SIA (femmes enceintes, travailleurs handicapés, travailleurs de nuits ou en équipes

alternantes...) restent à la main du médecin du travail, seul habilité à formuler une aptitude.

Cependant, la démographie médicale est une vraie problématique dont souffrent également les services de santé au travail.

En effet, les médecins du travail, de moins en moins nombreux, sont désormais confrontés à beaucoup de visites complexes dont la consultation prend 30 à 45 mn en fonction des difficultés rencontrées. C’est là qu’ils ont le plus de valeur ajoutée, certes, mais cela alourdit leur charge de travail.

Pour l’ensemble du territoire, ce ne sont que 60 médecins formés chaque année, dont 12 pour l’Île-de-France, qui rejoignent les SST.

Ce manque de jeunes médecins du travail est compensé par la formation de médecins dits collaborateurs. Ce sont des médecins qui se reconvertisent en suivant une formation de quatre années avec des cours théoriques et un mémoire.

Je salue le gros effort de certains de nos confrères qui se reconvertisent mais cela reste insuffisant face au manque de formation des jeunes.



➤ Pensez-vous que cela est dû à un manque d'attractivité pour cette discipline ?

Parfois méconnue, la médecine du travail souffre effectivement d'un problème d'attractivité. Les réformes successives ont sans doute contribué à démotiver un peu les jeunes qui se demandent quel est l'avenir de la santé au travail.

Il s'agit pourtant d'un domaine passionnant pour qui s'intéresse aux problématiques sociales, économiques et aux relations de travail.

De plus, il est souvent méprisé, bien à tort, par les usagers. Un métier peut facilement être dévalorisé quand on a le sentiment d'y avoir recours par obligation réglementaire.

Le médecin du travail est en général reconnu quand on va le voir pour une problématique bien précise, qu'il vous écoute et vous apporte des solutions. Mais si l'on vous impose d'aller voir le médecin pour des raisons strictement réglementaires alors que vous n'avez pas de besoin particulier, il peut être difficile de voir la logique du système pour l'utilisateur.

On peut faire le parallèle avec l'assurance dont on ne voit pas l'intérêt de régler les cotisations tant qu'aucun sinistre n'est survenu.

➤ Pensez-vous qu'une délégation d'une partie de la mission du médecin du travail vers le médecin traitant serait envisageable pour pallier ce problème de démographie ?

Les médecins traitants sont déjà submergés.

De plus, les 4 déterminants principaux du travail (contenu du travail, conditions de travail, organisation du travail, relations de travail) ne peuvent valablement être évalués que si du temps est dégagé pour se rendre dans les entreprises et connaître les milieux et postes de travail, échanger avec les employeurs pour co-construire la prévention, spécificités propres à la médecine du travail.

Lorsqu'un des déterminants du travail pêche, c'est la qualité de vie au travail dans son ensemble qui en pâtit.

➤ Qui est l'employeur de l'infirmier qui travaille sous la délégation du médecin du travail ?

Au-delà de 500 salariés, les entreprises sont tenues de disposer d'un service infirmier. Il s'agit des infirmiers de cabinet d'entreprise.

Une entreprise de 3 000 salariés peut avoir 2 ou 3 infirmiers d'entreprise. Elle fait appel à un service interentreprises qui délègue un médecin.

L'ACMS propose à ses mandants d'organiser une formation pour les infirmiers de cabinet d'entreprise qui n'auraient pas été formés à la réalisation de Visites d'Information et de Prévention Initiales (VIPI) et de Visites d'Information et de Prévention Périodiques (VIPP) pour les salariés SIS, ainsi qu'à l'utilisation du dossier médical informatisé.

Si les infirmiers de cabinet d'entreprise ne souhaitent pas bénéficier de cette formation, l'ACMS délègue alors également un infirmier ACMS pour assister le médecin du travail dans ses missions.

Nos infirmiers sont dûment formés par le DIU Santé au Travail (DIUST) ou par une formation Afometra (formation de l'approche professionnelle : 156 heures de formation spécifique), en plus de nos formations internes.

Nous incitons de plus en plus nos sociétés adhérentes à former leurs infirmiers à la VIP.

➤ Un infirmier peut-il voir sa responsabilité recherchée pour ne pas avoir réorienté un salarié vers le médecin du travail ?

Cette question mérite effectivement clarification.

Le rôle de l'infirmier est en général de prodiguer des soins. Cependant, au sein d'un service de santé au travail, l'infirmier réalise des consultations.

D'une part, l'infirmier met en œuvre son obligation de moyen en fonction de ses compétences et attributions et, d'autre part, il travaille sous la responsabilité du médecin du travail et est donc couvert par

« Nos infirmiers sont dûment formés par le DIU Santé au Travail (DIUST) ou par une formation Afometra en plus de nos formations internes. »





le Service de Santé au Travail dans le cadre de ses missions.

Par contre, il est évident qu'on pourrait reprocher à un infirmier de ne pas avoir suivi le protocole établi avec le médecin du travail.

➤ **Quid du secret médical auquel est soumis le médecin du travail ?**

Le médecin du travail est soumis au secret médical comme tous les médecins, ni plus ni moins.

Il faut être prudent et éviter d'aborder des problématiques individuelles, par exemple lors de réunions de CSSCT, afin de ne pas malencontreusement divulguer certains éléments couverts par le secret médical (handicap, pathologie chronique...).

Le médecin du travail, comme l'ensemble de l'équipe, est également soumis au secret de fabrique, qui correspond au secret de *process*, de procédure, d'organisation d'une entreprise... Il est aisé de se faire « piéger » en comparant des conditions de travail chez des concurrents d'un même domaine.

Cela est différent dans le cadre des échanges avec le médecin traitant, qui relèvent du secret partagé avec un confrère dans l'intérêt du salarié/patient.

D'une manière générale, la bonne méthode est de ne pas prendre d'initiative sans en informer le salarié. Si nous souhaitons orienter un salarié vers un spécialiste ou un médecin traitant quel qu'il soit (cardiologue, rhumatologue, médecin traitant, etc.), il suffit d'écrire un courrier que nous remettons sous enveloppe non cachetée au salarié, qui est alors porteur de l'information.

Si un médecin traitant appelle un médecin du travail pour lui donner des informations sur un salarié (arrêt de travail non respecté, par exemple), le médecin du travail pourra tout au plus demander à voir le salarié en consultation mais ne pourra pas indiquer à l'employeur le motif de cette convocation.

➤ **Le médecin du travail bénéficie-t-il d'un temps dédié pour réaliser ses missions sur les lieux de travail ?**

On l'appelle l'action sur le milieu du travail. Cela est une nécessité pour le médecin du travail qui doit dégager du temps pour toute une série de missions : faire de la prévention collective primaire sur le milieu de travail, échanger avec l'employeur, animer et coordonner son équipe, participer à des réunions pluridisciplinaires, réaliser des actions sur le milieu de travail comme des études de poste, rédiger des fiches d'entreprise...

➤ **Selon vous, quelle serait la solution pour encore améliorer le suivi des salariés ?**

En 1946, un salarié signait un à deux contrats de travail dans une carrière. Ce qui n'est plus le cas de nos jours compte tenu de la précarité et du renouvellement des contrats et du fait que le monde du travail a changé.

Cependant, pour pallier ce phénomène, un système de parcours de prévention pourrait être mis en place pour l'ensemble des salariés dans une logique de maintien en emploi.

Bien évidemment, l'universalité d'accès au système serait maintenue.

J'ajoute que l'aptitude délivrée dans le cadre de parcours à risque pour les salariés en suivi individuel renforcé a du sens et doit continuer à faire l'objet de visites réalisées par le médecin du travail.

Cela nécessiterait la création d'un identifiant unique, d'une base de données nationale, avec interopérabilité des systèmes d'information des différents acteurs.

Il s'agit de prospective mais il est clair que tracer convenablement la prévention mise en œuvre en faveur des salariés tout au long du parcours serait de nature à en améliorer l'efficacité. ■



Les céphalées sont un motif relativement fréquent de consultation aux urgences et souvent source de difficultés diagnostiques et de procédures médico-légales.

Toute céphalée brutale ou inhabituelle ou s'accompagnant d'un déficit neurologique doit être considérée comme une céphalée secondaire jusqu'à preuve du contraire et impose la réalisation en urgence d'une imagerie cérébrale et d'un bilan biologique.

Céphalées : recommandations pour une prise en charge en urgence

DR CAROLE GERSON, MÉDECIN-CONSEIL, MACSF



© ISTOCK

➤ Cas clinique : des céphalées dues à un hématome intracérébral lobaire

Dans les suites d'une infiltration épidurale lombaire, une patiente de 62 ans est victime le 7 janvier sur son lieu de travail d'un malaise s'accompagnant de nausées l'amenant à rentrer plus tôt chez elle. Dès son retour, elle vomit à plusieurs reprises et commence à se plaindre de céphalées totalement inhabituelles. Elle décide donc de se faire conduire le même jour vers 13 h aux urgences de la clinique proche de son domicile.

Elle est alors prise en charge par un premier urgentiste notant la normalité de son examen, l'absence de syndrome méningé et décidant de sa sortie vers 18 h avec une prescription associant un antalgique et un antiémétique. Les jours suivants, l'état de la patiente ne s'améliore pas, les céphalées, violentes, deviennent même insomniantes de telle sorte qu'elle finit par reconsulter aux urgences le 10 janvier. Après s'être assuré de la normalité de l'examen neurologique, le nouvel urgentiste consulté décide de son retour à domicile, évoquant « une migraine



atypique nécessitant un scanner cérébral rapidement sans argument en faveur d'un syndrome post-PL ».

La patiente ne sera finalement admise que le lendemain dans le même établissement pour cette fois une hémiparésie droite avec troubles du langage. Une IRM demandée en urgence retrouvera un hématome intracérébral lobaire occipito-pariétal gauche de 7 cm de grand axe associé à un œdème péri-lésionnel et une hémorragie intra-ventriculaire avec déplacement du septum intra-ventriculaire vers la droite. La patiente sera transférée à l'unité neurovasculaire du CHU voisin où l'évacuation chirurgicale de cet hématome sera finalement refusée. Le bilan réalisé ne permettra pas de retrouver de lésions ou de malformations ou d'hypertension pouvant expliquer cet hématome.

Malgré la rééducation entreprise, la récupération sera très incomplète, la patiente hémi parétique présentant en outre des troubles cognitifs et une hémianopsie séquelle.

➤ Les conclusions de l'expert

L'expert neurologue missionné par le tribunal conclura à des soins non conformes de la part des deux urgentistes au motif qu'ils se devaient, devant ce tableau de céphalées inhabituelles s'accompagnant de vomissements, de demander une imagerie cérébrale en urgence qui aurait pu mettre en évidence d'emblée la présence d'un hématome intracérébral.

Le fait que le second urgentiste ait tout de même proposé la réalisation rapide d'un scanner cérébral ne modifiera pas l'avis de l'expert quant à sa responsabilité.

Pour autant, considérant que l'hématome intracérébral était constitué dès le 7 janvier, l'expert conclura que le retard de prise en charge en découlant n'est responsable d'aucune séquelle imputable, une prise en charge plus précoce ne pouvant modifier le pronostic fonctionnel de cette patiente. Il retiendra pour seul préjudice en rapport un *pretium doloris* de 2,5/7 lié à ces 4 jours d'errance diagnostique.

➤ Discussion : prise en charge des céphalées et recommandations

Ce cas concret nous amène à rappeler que les céphalées sont un motif relativement fréquent de consultation aux urgences (2 %) et souvent source de difficultés diagnostiques et de procédures médico-légales. De nouvelles recommandations pour la prise en charge d'une céphalée en urgence ont été publiées en février 2018 par la Société Française d'Etude des Migraines et des Céphalées (SFEMC) et la Société Française de Neurologie (SFN) permettant d'aider le praticien dans sa démarche diagnostique.

Outre l'algorithme de prise en charge proposé*, il y est rappelé que si 95 % des patients présentent une céphalée dite primaire bénigne, le rôle principal du médecin urgentiste est de repérer les céphalées potentiellement graves justifiant d'un éventuel traitement en urgence. Pour ce faire, le médecin doit interroger

le patient sur ses antécédents, ses traitements, le contexte de survenue (post-partum, immunosuppression, exposition à des toxiques, au CO...), les éventuels signes d'accompagnement et modalités d'installation de sa céphalée.

Ainsi, le médecin urgentiste devra déterminer si le patient consulte pour une céphalée brutale récente ou progressive récente (moins d'une semaine) ou paroxystique récurrente ou chronique quotidienne. L'examen clinique doit systématiquement rechercher de la fièvre, une HTA, un trouble de la vigilance, un déficit neurologique focal, une pathologie de l'œil, des sinus, de l'oreille ou de la cavité buccale pouvant expliquer les céphalées. Ces éléments doivent selon nous être consignés dans le dossier de telle sorte qu'ils ne laissent planer aucun doute quant à leur recherche en cas de plainte.

« EN CAS DE CÉPHALÉE BRUTALE, LA PRÉSENCE D'UN DES 6 CRITÈRES D'OTTAWA IMPOSE DES EXPLORATIONS À LA RECHERCHE D'UNE HÉMORRAGIE MÉNINGÉE. »

Il faut également retenir que toute céphalée brutale ou inhabituelle ou s'accompagnant d'un déficit neurologique doit être considérée comme une céphalée secondaire jusqu'à preuve du contraire et impose la réalisation en urgence d'une imagerie cérébrale et d'un bilan biologique. Enfin, l'efficacité du traitement antalgique administré aux urgences n'autorise pas le praticien à considérer ce type de céphalée comme potentiellement primaire.

En cas de céphalée brutale, la présence d'un des 6 critères d'Ottawa (âge ≥ 40 ans / douleur ou raideur nucale / perte de connaissance constatée par un témoin / début durant un effort physique / céphalée en coup de tonnerre [intensité > 7/10 en moins d'une minute) / limitation de la flexion nucale) impose des explorations à la recherche d'une hémorragie méningée chez les patients de plus de 15 ans présentant une céphalée sévère, non traumatique ayant atteint son intensité maximale en moins d'une heure. Ce du moins, en l'absence de déficit neurologique, d'antécédent d'anévrisme, d'hémorragie méningée, de tumeurs cérébrales ou de céphalées récurrentes. Le bilan d'imagerie doit comporter au minimum un scanner cérébral (sans et avec injection) en cas de non obtention en urgence d'une IRM. La réalisation d'une angio-IRM est systématique afin d'explorer les réseaux artériels et veineux.

Enfin, un avis neurologique ou spécialisé (vasculaire, neurochirurgical) doit conclure la prise en charge de l'urgentiste, avis à propos duquel on ne peut que conseiller qu'il soit évidemment consigné mais également horodaté. ■

NOTE

* Xavier Moisset, Jérôme Mawet, Évelyne Guegan-Massardier, Éric Bozzolo, Vianney Gilard, Éléonore Tollard, Thierry Feraud, Bénédicte Noelle, Claire Rondet, Anne Donnet, *Recommandations pour la prise en charge d'une céphalée en urgence (French guidelines for the emergency management of headaches)*, Douleurs 2018 ;19 :4-16.



Les céphalées chez l'enfant sont souvent bénignes. Néanmoins, elles peuvent être le signe d'une pathologie plus profonde et nécessitent une démarche diagnostique appropriée pour permettre une prise en charge adaptée dans les meilleurs délais. Ce cas clinique illustre un retard de diagnostic manifeste ayant entraîné tant une réclamation indemnitaire qu'une procédure pénale.

Céphalées chez un enfant : la prudence s'impose !

DR MARION FRATI, MÉDECIN URGENTISTE CONSEIL, MACSF

➤ Cas clinique

Un enfant de 13 ans sans antécédent particulier est amené en consultation par ses parents pour céphalées. Il est évoqué une migraine ophtalmique et l'enfant est réorienté vers un ophtalmologue sans urgence.

Trois mois après, l'enfant consulte à nouveau à deux reprises pour céphalées associées à des vomissements. Cette fois-ci, il est évoqué une origine psychogène.

Devant l'aggravation des symptômes, l'enfant est hospitalisé au centre hospitalier de secteur. Il sera gardé en surveillance durant 48 h. Le diagnostic retenu est un trouble psychologique réactionnel à la puberté dans un contexte familial particulier, difficile.

À la sortie d'hospitalisation, une consultation ophtalmologique retrouve une baisse d'acuité visuelle bilatérale prédominant à l'œil gauche, ne conduisant pas à un bilan complémentaire.

À l'issue d'une consultation programmée en psychiatrie, le praticien demande un scanner cérébral en urgence qui mettra en évidence une volumineuse tumeur de la région pinéale avec hydrocéphalie. L'enfant est immédiatement transféré au CHU pour ventriculocisternostomie

en urgence avec biopsies. L'anatomopathologie des biopsies ne permet pas de conclure mais les marqueurs tumoraux semblent en faveur d'une tumeur germinale mixte.

Devant l'amélioration clinique et la régression de la taille des ventricules à l'IRM, l'enfant est autorisé à regagner son domicile. Très rapidement, l'enfant est revu en consultation pour réalisation d'une ponction lombaire afin d'établir le protocole thérapeutique. Le lendemain, l'enfant devient somnolent. 48 h plus tard, l'état de l'enfant se dégrade progressivement.

Les parents contactent le SAMU qui conseille de se rendre en ambulance au centre hospitalier le plus proche. À son arrivée à l'hôpital, l'enfant présente un coma Glasgow 6 avec hémiplégie et mydriase. L'enfant est secondairement transféré au CHU. L'imagerie met en évidence un engagement cérébral et une majoration de la masse tumorale avec hémorragies. Malgré la dérivation ventriculaire externe et la chimiothérapie en urgence, l'enfant décède.

➤ Expertise CCI

Les parents débutent une procédure CCI, l'expertise étant confiée à un neurochirurgien qui rappelle quelques bases dans ce domaine :

- une hypertension intracrânienne peut se révéler par des vomissements isolés ;
- le diagnostic de céphalées d'origine « psychiatriques » est un diagnostic d'élimination ;
- la présence d'un œdème papillaire et une baisse d'acuité visuelle relèvent d'une urgence chirurgicale ;
- l'œdème papillaire est une contre-indication formelle à la ponction lombaire ;
- la présence de mydriase signifie engagement cérébral et constitue une urgence vitale.

« LES CONCLUSIONS DE CETTE EXPERTISE CCI AYANT ÉTÉ CONTESTÉES PAR DES ÉTABLISSEMENTS MIS EN CAUSE, LES PARENTS ONT DÉBUTÉ UNE PROCÉDURE PÉNALE. »

L'expert considère que la prise en charge n'a pas été conforme d'une manière globale, à tous les niveaux (retard au diagnostic, défaut de surveillance au décours de la ponction lombaire, défaut d'information, défaut de prise en charge articulation SAMU, etc.) retenant la responsabilité de tous les intervenants médicaux et des établissements de santé avec une perte de chance d'éviter l'évolution telle qu'elle s'est produite.



Les conclusions de cette expertise CCI ayant été contestées par des établissements mis en cause, les parents ont débuté une procédure pénale, conduisant cette fois-ci à la mise en cause pénale de tous les intervenants, y compris les praticiens hospitaliers, très surpris de voir leur responsabilité recherchée de cette manière.

➤ Conclusion

Fréquentes et fort heureusement le plus souvent bénignes, les céphalées, notamment chez l'enfant, ne doivent pas conduire à un diagnostic de « facilité » mais conduire à une démarche diagnostique habituelle, notamment lorsqu'il existe des signes de gravité désormais bien codifiés. Un diagnostic de céphalées « psychogènes » ne peut être qu'un diagnostic d'élimination, surtout chez un enfant.

Au travers de l'exemple ci-dessus, on notera de plus des difficultés de concertation ou de coordination entre professionnels de santé pouvant conduire à un errement diagnostic, avec à l'issue une perte de chance de mettre en place plus rapidement un traitement adapté.

Enfin, cet exemple rappelle malheureusement qu'une réclamation indemnitaire visant un établissement de santé, peut conduire à une procédure pénale pour les praticiens y exerçant leur art, autrement plus contraignante pour un professionnel de santé, y compris si celui-ci est hospitalier, avec parfois de réels divergences de vues avec l'établissement. ■



© ISTOCK



Sans avoir à démontrer l'existence d'un quelconque préjudice, le professionnel de santé victime du non-respect d'une obligation de non-concurrence par l'un de ses confrères, a droit à des dommages et intérêts.

Que ce soit dans le cadre d'un remplacement ou d'une présentation à la clientèle, ou bien encore en cas de départ d'une association, la jurisprudence admet la validité des clauses de non-concurrence insérées dans les contrats, même si ces clauses sont interprétées de manière restrictive.

Le non-respect d'une obligation de non-concurrence

NICOLAS LOUBRY, JURISTE



« COMME TOUTE CLAUSE RESTREIGNANT LA LIBERTÉ D'INSTALLATION DES MEMBRES DES PROFESSIONS LIBÉRALES, ELLES NE SAURAIENT PORTER ATTEINTE, DE MANIÈRE EXCESSIVE, À LA LIBERTÉ D'EXERCICE OU D'INSTALLATION. »

© ISTOCK

➤ Espace et temps

Destinée à protéger l'activité d'un ou de plusieurs praticiens, et donc sa clientèle, la clause de non-concurrence a pour objet d'éviter qu'un remplaçant ou un praticien cédant son cabinet ou encore un ancien associé puisse être tenté de continuer à voir sa clientèle en s'installant ou en se réinstallant à proximité.

Comme toute clause restreignant la liberté d'installation des membres des professions libérales, elles ne sauraient porter atteinte, de manière excessive, à la liberté d'exercice ou d'installation.

Elles doivent ainsi être équilibrées et justifiées par un intérêt légitime.

Les clauses de non-concurrence doivent ainsi être rédigées avec précision, et, pour ne pas prêter à confusion, le secteur interdit doit être suffisamment large sans l'être trop, et la durée d'interdiction assez longue.

Une clause de non-concurrence ne peut ainsi être générale et absolue : elle doit être limitée dans le temps et dans l'espace, même si certains tribunaux ont pu se contenter d'une simple limitation alternative.

L'obligation de non-concurrence ne se présume pas : elle doit être prévue expressément dans un contrat. Cette clause doit délimiter l'espace interdit, qui pourra varier selon le lieu (ville, campagne...) ou la spécialité.

La notion de circonscription administrative (département, arrondissement, commune) sera plus volontiers adoptée pour éviter toute ambiguïté pouvant résulter d'une notion de rayon ou de distance (par route, à vol d'oiseau), souvent sujette à caution et donc à contestation.



Si la clause est limitée dans le temps, la durée de l'interdiction ne doit pas placer le professionnel de santé concerné par cette obligation dans l'impossibilité d'exercer.

➤ Comment faire respecter ses droits ?

En cas de non-respect d'une obligation de non-concurrence et donc de violation d'une disposition insérée dans un contrat de remplacement, de présentation à clientèle ou bien encore en cas de départ d'une association, le contrat peut prévoir le versement d'indemnités, qu'un juge peut toujours modérer ou augmenter.

« EN CAS DE NON-RESPECT D'UNE OBLIGATION DE NON-CONCURRENCE, LE CONTRAT PEUT PRÉVOIR LE VERSEMENT D'INDEMNITÉS, QU'UN JUGE PEUT TOUJOURS MODÉRER OU AUGMENTER. »

En l'absence d'une telle clause, il est possible de demander au juge des référés de condamner, dans des délais très rapides, le contrevenant à cesser d'exercer dans le secteur interdit, sous peine d'une condamnation sous astreinte, par jour de retard ou par infraction constatée.

Cette procédure, lorsqu'elle aboutit, est la plus efficace, et surtout la plus rapide. Le juge des référés peut toutefois se déclarer incompétent s'il estime qu'il existe une sérieuse contestation quant à la validité de la clause de non-concurrence.

Une procédure dite « au fond » devant le Tribunal de Grande Instance pourra alors être engagée, pour tenter d'obtenir des dommages et intérêts, lesquels seront fonction du préjudice subi (baisse de clientèle à la suite d'un départ d'associé, baisse de chiffre d'affaire à la suite de l'installation d'un remplaçant, chiffre d'affaire insuffisant par rapport à l'indemnité versée lors d'une reprise de clientèle).

Pour les professions relevant d'un Ordre, une conciliation pourra être demandée afin de tenter de régler ce différend.

Si l'Ordre n'est pas qualifié pour prononcer une éventuelle sanction pécuniaire en cas de non-respect d'une obligation de non-concurrence, une action devant le Conseil Régional peut aboutir au prononcé d'une sanction disciplinaire (avertissement, blâme, voire suspension d'exercice) pour détournement de clientèle et manquement à la confraternité.

La décision ordinaire est malheureusement rendue plusieurs mois après le dépôt de la plainte, et peut être frappée d'un appel devant la Chambre disciplinaire du Conseil national, ce qui allongera d'autant la procédure, alors que la sanction devrait être immédiate, le dommage étant imminent.

➤ En l'absence de préjudice

Préalablement à la réforme du Code civil, la jurisprudence antérieure prévoyait que le seul non-respect d'une clause de non-concurrence permettait d'obtenir des dommages et intérêts sans qu'un préjudice n'ait à être démontré.

Désormais, l'article 1231 du Code civil requiert une mise en demeure préalable d'exécuter ses obligations dans un délai raisonnable pour que des dommages et intérêts soient dus.

L'article 1231-2 ajoute que ces mêmes dommages et intérêts sont « *en général, de la perte qu'il a faite et du gain dont il a été privé...* ».

La jurisprudence antérieure de la Cour de cassation admettant l'indemnisation du préjudice résultant de la seule violation de la clause de non concurrence, sans avoir à démontrer l'existence d'un préjudice réel (perte de chiffre d'affaires notamment) n'aura donc pas nécessairement vocation à être maintenue.

La rédaction de l'article 1231-3 du même code en ajoutant que « *le débiteur n'est tenu que des dommages et intérêts qui ont été prévus ou qui pouvaient être prévus lors de la conclusion du contrat, sauf lorsque l'inexécution est due à une faute lourde ou dolosive* », permet d'apporter une solution en prévoyant une clause pénale dès la conclusion du contrat.

Il conviendra donc désormais de prévoir dans la rédaction même du contrat que le non-respect d'une clause de non concurrence sera indemnisée par une sanction financière chiffrée.

Le juge pourra réévaluer le montant de cette pénalité, uniquement si elle est manifestement excessive ou dérisoire (article 1231-5 du même code). ■



Mineurs en danger : dans quels cas et à qui effectuer un signalement ? Comment graduer le niveau de danger ? La situation relève-t-elle de la protection de l'enfance ou d'un signalement à l'autorité judiciaire ? Autant de questions auxquelles sont confrontés les médecins et les autres professionnels de terrain (assistantes sociales scolaires, animateurs de centres de loisirs, éducateurs spécialisés...). C'est précisément le rôle de la Cellule de Recueil d'Informations Préoccupantes (CRIP) que d'y répondre, d'orienter les professionnels et de centraliser toutes les alertes. Explications avec Louis Merlin, responsable de la CRIP 75.

Mineurs en danger et signalement : mode d'emploi !

LOUIS MERLIN, RESPONSABLE DE LA CRIP 75



© ISTOCK

➤ Comment est née la CRIP et quel est son rôle ?

Faute d'interlocuteur identifié, les professionnels de terrain s'adressaient bien souvent directement à l'autorité judiciaire. La conséquence principale a été l'engorgement du parquet des mineurs qui était destinataire de signalements de « qualité » et de gravité variables, dont il ne pouvait pas toujours se saisir faute d'éléments caractérisés. Les parquetiers sollicitaient alors le Président du conseil départemental,

chef de file de la protection de l'enfance, chargé de mettre en œuvre des actions de repérage, de prévention et de protection.

C'est pour pallier ce défaut d'articulation entre protection sociale et protection judiciaire que la [loi n° 2007-293 du 5 mars 2007](#) a réorganisé les procédures de signalement et décidé la création au sein de chaque département d'une CRIP dépendant de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).

ARTICLE L. 226-2-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

« Sans préjudice des dispositions du II de l'article L. 226-4, les personnes qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance définie à l'article L. 112-3 ainsi que celles qui lui apportent leur concours transmettent sans délai au président du conseil départemental ou au responsable désigné par lui, conformément à l'article L. 226-3, toute information préoccupante sur un mineur en danger ou risquant de l'être, au sens de l'article 375 du Code civil. Lorsque cette information est couverte par le secret professionnel, sa transmission est assurée dans le respect de l'article L. 226-2-2 du présent code. Cette transmission a pour but de permettre d'évaluer la situation du mineur et de déterminer les actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier. Sauf intérêt contraire de l'enfant, le père, la mère, toute autre personne exerçant l'autorité parentale ou le tuteur sont préalablement informés de cette transmission, selon des modalités adaptées ».



Il s'agit d'un pôle de ressources, de conseils techniques et d'évaluation des informations préoccupantes mettant en danger des mineurs.

La CRIP centralise toutes les alertes sur un seul et même service et les professionnels n'ont désormais qu'un seul interlocuteur. Elle reçoit des appels émanant du milieu médical (infirmières, médecins hospitalier, médecins libéraux...), du milieu périscolaire, des professionnels de terrain, d'associations et de particuliers.

Elle identifie et filtre en amont les informations préoccupantes reçues. Suivant qu'elles relèvent de mesures contraignantes ou non, elle les oriente vers l'autorité judiciaire ou le président du Conseil départemental pour une prise en charge par l'ASE.

La présence d'un médecin référent Protection de l'enfance dans chaque département a quant à elle été initiée par la loi de protection de l'enfant du 14 mars 2016. Le médecin contribue au repérage des enfants en danger ou en risque de l'être, à l'articulation entre les services départementaux intervenant dans le dispositif de protection de l'enfance et est un interlocuteur départemental des médecins libéraux, hospitaliers ou de santé scolaire.

Ce dispositif simplifie le travail des professionnels, qui peuvent se concentrer sur la mission qui est la leur et laisser le soin à la CRIP de se saisir de l'information et de l'orienter ; charge à elle de ne pas donner suite à une information si elle ne rentre pas dans ses critères de traitement.

➤ Comment est composée une CRIP ?

La CRIP 75 est composée :

- d'un responsable ;
- d'une équipe d'agents gestionnaires administratifs ;
- d'une équipe pluridisciplinaire de travailleurs sociaux, composée tant d'éducateurs

spécialisés que d'assistantes sociales. Cette équipe est encadrée par mon adjointe, Cécile Orsoni, qui est conseiller socio-éducatif ;

- d'un médecin, le Docteur Anne Ozouf-Testas, présente à mi-temps sur la cellule, qui exerçait précédemment des missions de médecin responsable de territoire de PMI à Paris (XVIII^{ème} arrondissement).

Certains départements reçoivent également le concours d'un psychologue au sein de leur cellule, ce qui n'est pas le cas à Paris.

Cette pluridisciplinarité nous permet d'avoir un regard croisé sur les situations qui nous sont adressées.

Le médecin est un élément essentiel de cette équipe. Il est le traducteur des enjeux médicaux aussi bien pour la CRIP que pour le magistrat du parquet, qui peuvent ainsi se saisir plus facilement des situations transmises pour contraindre le suivi médical d'un mineur.

➤ Comment est articulé votre partenariat avec les différents services de protection de l'enfance ?

Il a fallu entre un et deux ans pour que le dispositif se mette en place et que les différents intervenants soient repérés.

Quatre grands acteurs du territoire : l'hôpital, la CRIP, la protection de l'enfance, le parquet des mineurs, se réunissent régulièrement et mettent en

place des pratiques communes permettant de déterminer ce qui relève ou non du signalement.

Cela permet de se connaître, de débriefer sur des situations, d'avoir des échanges plus fluides et de se faire confiance. Nous constatons d'ailleurs une augmentation des signalements émanant des hôpitaux car nous sommes de mieux en mieux identifiés comme étant leur interlocuteur en protection de l'enfance. Ils connaissent notre fonctionnement, ce qui lève les

inquiétudes sur le devenir des situations que nous prenons en charge.

Enfin, diverses instances partenariales territoriales se sont développées et se réunissent mensuellement. Elles débattent et déterminent les informations préoccupantes qui doivent être transmises à la CRIP.

« LE MÉDECIN EST UN ÉLÉMENT ESSENTIEL DE CETTE ÉQUIPE. IL EST LE TRADUCTEUR DES ENJEUX MÉDICAUX AUSSI BIEN POUR LA CRIP QUE POUR LE MAGISTRAT DU PARQUET. »

➤ Dans quel cas un médecin doit-il contacter la CRIP ?

Si un médecin a des doutes, des inquiétudes sur la situation d'un mineur, il doit contacter la CRIP de son département. Il ne faut pas se dire que la CRIP ne doit être sollicitée que dans des situations lourdes.

Notre rôle est de ne laisser aucun professionnel face à ses doutes, d'autant plus lorsqu'il travaille en libéral et qu'il n'a pas la possibilité d'échanger en équipe sur une situation d'enfant de danger. Au pire, le professionnel sera conforté dans ses inquiétudes, au mieux, il sera rassuré.

Dès lors que l'on commence à s'interroger sur la situation d'un enfant, c'est qu'on peut légitimement s'en inquiéter et notre réponse sera graduée selon la situation constatée, voire sera sans suites.

➤ Recommandez-vous aux médecins de vous signaler les refus des vaccinations obligatoires ?

Tout à fait. Une analyse de chaque situation est faite pour graduer le niveau de danger en l'absence de tout ou partie des 11 vaccins obligatoires.

En accord avec l'autorité judiciaire, que nous avons interrogée sur ce sujet, nous ne déclarons bien évidemment pas systématiquement tout refus vaccinal au parquet des mineurs.



Nous préférons agir de manière préventive et pédagogique vis-à-vis des familles. En général, un courrier leur est adressé pour les informer que la CRIP a été saisie et que l'information a été transmise au service de PMI du ressort de leur domicile. La PMI proposera alors un rendez-vous à la famille.

Il en est de même pour les parents végétalistes ou vegans, pour qui nous privilégions la prévention par un rappel des fondamentaux en termes de besoins nutritionnels essentiels à la bonne santé de leur enfant.

Lorsqu'une situation est plus inquiétante, nous déclenchons une évaluation.

➤ Le médecin doit-il faire un signalement lorsqu'il est saisi d'une demande de certificat dans le cadre d'un conflit parental ?

Nous recevons un certain nombre d'informations de plus en plus complexes relatives à des conflits parentaux qui resurgissent sur l'évolution de l'enfant.

Si un enfant se retrouve être l'enjeu d'un conflit parental autour de sa garde, cela constitue un signe d'alerte. Il n'en découlera pas pour autant une mesure de protection systématique.

➤ Quel est le déroulé d'un appel à la CRIP ?

L'appel est reçu par une secrétaire de la cellule. Elle pose un certain nombre de questions sur l'objet de cet appel et l'identité de l'enfant (ce qui nous permet de vérifier si le mineur est connu et/ou suivi par nos services).

Ce premier filtre permet de diriger l'interlocuteur vers le médecin référent, un travailleur social ou un responsable de la cellule pour analyser ensemble la situation.

« LA CRIP N'ENREGISTRE PAS LES APPELS ET NE TRACE LES SITUATIONS QU'À RÉCEPTION D'UN ÉCRIT, PROTOCOLE QUI SE DÉCLINE JUSQU'AU MOMENT OÙ UNE SOLUTION EST TROUVÉE. »

Un regard croisé entre ce qu'a pu constater le médecin et les attendus de la CRIP confirme ou infirme les inquiétudes signalées.

S'il s'agit d'une information préoccupante, nous sollicitons alors un écrit.

➤ La production d'un écrit ne constitue-t-il pas un frein ?

La CRIP n'enregistre pas les appels et ne trace les situations qu'à réception d'un écrit, protocole qui se décline jusqu'au moment où une solution est trouvée.

Je n'ai pas en tête de cas préoccupant qui n'ait pas fait l'objet d'une déclaration écrite.

Lors de l'appel, nous posons un certain nombre de questions que ne se pose pas forcément le professionnel de terrain ou le médecin. Cela constitue un préalable au passage à l'écrit. Notre rôle est de l'accompagner en lui demandant de préciser tel ou tel point qui permettra de se saisir plus facilement de la situation.



© DR



➤ **Quelles sont les suites données à un signalement ?**

Différentes suites peuvent être données après avoir évalué le degré d'urgence d'une situation transmise :

- le classement en l'absence d'éléments de danger ;
- la communication auprès de l'aide sociale à l'enfance pour la mise en œuvre de mesures de soutien et d'actions de prévention auprès de la famille ;
- le signalement à l'autorité judiciaire pour la mise en place de mesures contraignantes.

Certaines situations, parmi les moins préoccupantes, peuvent être orientées vers le CMP, l'infirmière de l'établissement scolaire, une médiation ou encore une structure de soins...

Depuis la loi du 5 mars 2007, s'est développé un panel encore perfectible de solutions qui peuvent être proposées aux familles.

L'évaluation d'une information préoccupante doit être perçue comme un soutien apporté aux familles et aux mineurs. Il ne s'agit pas d'une délation à l'encontre des parents mais d'un acte citoyen de protection de l'enfant. Même des parents qui éduquent bien leur enfant peuvent avoir besoin à un moment de conseils, de soutien. Car l'apprentissage à devenir parent n'est pas toujours évident !

➤ **Qu'en est-il du secret médical lorsque le médecin ne peut pas s'adresser directement au médecin référent ?**

Le médecin référent est présent à mi-temps au sein de la CRIP de Paris. Cependant, en son absence, les professionnels de santé peuvent contacter les travailleurs sociaux.

Il reste en effet certains blocages, et pas uniquement pour les professionnels de santé. Pourtant, le Code de l'action sociale et des familles est assez clair sur le partage du secret professionnel entre les personnes concourant à la protection de l'enfance (toute personne qui,

de près ou de loin, est en lien avec des mineurs).

ARTICLE L. 226-2-2 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

« Par exception à l'article 226-13 du Code pénal, les personnes soumises au secret professionnel qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance définie à l'article L. 112-3 ou qui lui apportent leur concours sont autorisées à partager entre elles des informations à caractère secret afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier. Le partage des informations relatives à une situation individuelle est strictement limité à ce qui est nécessaire à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance. Le père, la mère, toute autre personne exerçant l'autorité parentale, le tuteur, l'enfant en fonction de son âge et de sa maturité sont préalablement informés, selon des modalités adaptées, sauf si cette information est contraire à l'intérêt de l'enfant ».

« LES ÉQUIPES DE LA CRIP TRAVAILLENT MAIN DANS LA MAIN ET TOUT PROFESSIONNEL DE SANTÉ PEUT ÉCHANGER SUR LE CAS D'UN MINEUR AVEC LES DIFFÉRENTS ACTEURS DE LA CELLULE. »

Les équipes de la CRIP travaillent main dans la main et tout professionnel de santé peut échanger sur le cas d'un mineur avec les différents acteurs de la cellule.

➤ **En-dehors des créneaux d'ouverture de la CRIP, qui puis-je contacter ?**

La CRIP 75 est ouverte du lundi au vendredi de 9 h à 19 h.

Le site solidarites-sante.gouv.fr propose un document Pdf répertoriant les [coordonnées CRIP de chaque département](#).

En dehors de ces créneaux, il est possible de contacter le Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger (SNATED) au 119. Ce numéro est ouvert 24 h/24, 7 j/7 et est prioritairement destiné aux appels des enfants.

Les appels au 119 aboutissent au SNATED, situé à Paris, et sont décrochés par des professionnels écoutants qui sont psychologues, juristes, éducateurs spécialisés...

Le 119 peut trouver une solution d'urgence, contacter un service de police, se mettre en lien avec le magistrat de permanence du parquet, même s'il est 4 h du matin. Pour certains départements, qui n'ont pas les moyens humains de le faire, le 119 assure aussi la permanence (en Île-de-France, des cadres, dont je fais partie, sont d'astreinte ASE et nous pouvons à tour de rôle être sollicités à toute heure du jour ou de la nuit).

➤ **Quel est le volume d'informations préoccupantes reçues par la CRIP sur une année ?**

En 2017, la CRIP 75 a reçu un peu plus de 4 100 informations. 3 531 ont été qualifiées d'informations préoccupantes qui concernaient un peu plus de 4 650 mineurs.

- 1 702 signalements ont été adressés à l'autorité judiciaire (concernant plus de 2 300 mineurs), dont près de 400 ont fait l'objet d'une enquête de police.

- 652 situations ont été classées sans suite.

- Plus de 1 091 informations préoccupantes ont fait l'objet de suites administratives (accompagnement des familles dans le cadre d'un suivi social ou scolaire, aide éducative à domicile, accueil provisoire ou accueil de jour éducatif, etc.). ■



Le CCNE a rendu public le 29 mai 2019 son Avis 130 sur *Données massives et santé : État des lieux, prospective et nouvelles questions éthiques*¹. La démarche était double : analyser pourquoi les mutations induites par les données massives et leur exploitation risquent d'affaiblir la mise en œuvre des principes qui fondent l'éthique médicale ; formuler des recommandations afin de tenter de concilier le respect de ces principes et le développement de ces technologies nouvelles.

Avis 130 du CCNE : données numériques et santé

LAURE COULOMBEL, MEMBRE DU CCNE, RAPPORTEUR DE L'AVIS 130
 PIERRE DELMAS-GOYON, MEMBRE DU CCNE, RAPPORTEUR DE L'AVIS 130
 PIERRE-HENRI DUEE, PRÉSIDENT DE LA SECTION TECHNIQUE DU CCNE
 JEAN-FRANÇOIS DELFRAISSY, PRÉSIDENT DU CCNE

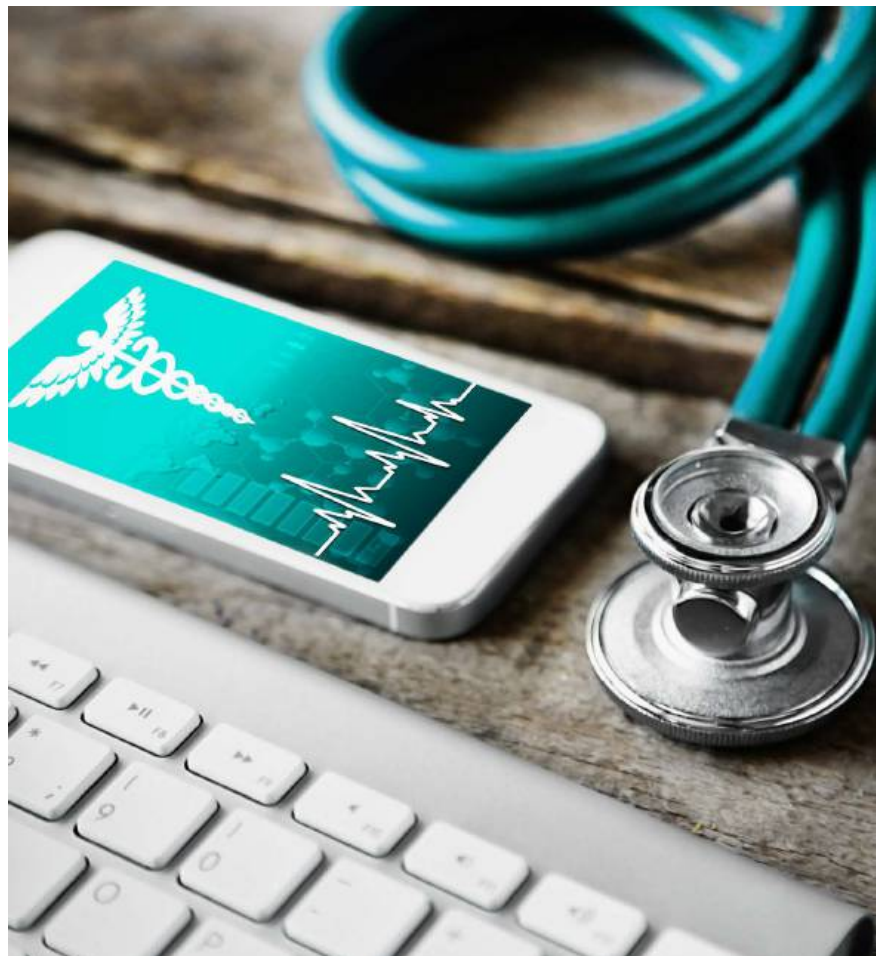
➤ Le CCNE fait, comme d'autres précédemment, plusieurs constats

- L'évolution très rapide, majeure et irréversible des technologies du numérique a déjà un impact considérable dans le domaine de la santé. On ne saurait les refuser à raison des risques dont elles sont porteuses, car il serait contraire à l'éthique de ne pas favoriser leur développement lorsqu'elles bénéficient à la prise en charge des patients et aident à la rationalisation des coûts. Citons l'individualisation de la prédiction du risque grâce aux données génomiques, la précision du choix et de la réponse thérapeutiques (médecine de précision), la détection précoce de signaux d'alerte, l'aide au diagnostic, l'automatisation et l'affinement de l'interprétation en matière d'imagerie, la classification plus précise de maladies, l'aide à la gestion des flux de patients. Les perspectives dans les domaines de la santé publique et de l'organisation du système de santé sont tout aussi importantes.

- Les caractéristiques inhérentes aux données massives obligent à reconsidérer la définition même de ce qu'est une « donnée de santé ». Le changement d'échelle oblige à automatiser leur traitement grâce à la programmation d'algorithmes, la pérennité des données les rend réutilisables à l'infini, leur diffusion rapide permet leur partage, y compris au-delà de l'équipe médicale et des frontières nationales, et leur croisement possible avec de multiples autres données

génère de nouvelles informations. Toute information primaire, prise isolément, apparemment anodine et sans lien avec la santé, doit être aujourd'hui considérée comme pouvant contribuer – par son croisement avec d'autres données – à une

nouvelle information sur la santé, donc à une donnée personnelle sensible et parfois identifiante. Les efforts d'anonymisation des données initiales ne suffisent plus à garantir la protection des droits de la personne.



© ADOBE STOCK



- Cette rupture qu'induit l'exploitation des données massives oblige à reconsidérer la mise en œuvre des principes éthiques qui fondent le respect de la personne et de son autonomie, en particulier le consentement. Elle estompe en effet les distinctions qui servaient de repères à la réflexion éthique – vie publique et vie privée, individualisme et solidarité, marché de la santé, logique économique et finalité du soin. Interviennent également les bouleversements culturels et sociétaux : la notion même de santé répond à une définition élargie pour s'étendre au bien-être, les personnes elles-mêmes diffusent des informations les concernant, obligeant à repenser la notion de vie privée. La « matière première » que forment les données massives est utilisée par des opérateurs dont les motivations sont très variées. Ils peuvent poursuivre un objectif de soin (professionnels de santé), de conception de nouveaux médicaments ou dispositifs (firmes pharmaceutiques, start-ups), d'amélioration des connaissances (chercheurs), d'exploitation commerciale (start-ups et multinationales de l'Internet), de meilleure performance économique ou de santé publique (institutions publiques). Le CCNE estime essentiel que ces opérateurs bénéficient tout au long de leur carrière d'une formation adaptée aux technologies numériques et soient avertis des questionnements éthiques que soulèvent ces technologies. (Recommandation 5).

➤ Le CCNE analyse les nouveaux équilibres qui doivent accompagner le développement des sciences et technologies du numérique

Celles-ci ne doivent pas affaiblir les principes éthiques qui fondent la qualité d'être humain et la relation humaine : la protection de la personne, le respect de la liberté individuelle, la justice et la solidarité, la non-nuisance. Pour chacune des situations concernant la santé – soin, recherche, gestion des soins, vie personnelle – qui utilise les données massives,

le CCNE identifie des enjeux éthiques spécifiques et propose des réponses.

1. La protection des droits individuels est nécessaire afin de ne pas laisser s'opérer une appropriation sans limite des données personnelles et admettre la menace d'une société de surveillance et de contrôle des individus, par de multiples opérateurs publics ou privés, agissant aux fins les

« LES CARACTÉRISTIQUES INHÉRENTES AUX DONNÉES MASSIVES OBLIGENT À RECONSIDÉRER LA DÉFINITION MÊME DE CE QU'EST UNE "DONNÉE DE SANTÉ". »

plus diverses, qu'elles soient commerciales, politiques ou sécuritaires.

L'objectif d'un consentement individuel libre et éclairé, fondement du respect de la personne et de son autonomie, est très difficile, voire impossible, à atteindre lorsqu'on ne connaît ni l'usage qui sera fait de données massives, ni ceux qui les exploitent. Dès lors, c'est une logique d'intervention et de contrôle a posteriori fondée sur une recherche d'intelligibilité et de responsabilisation, qui est recherchée (voir encadré). Elle exige des responsables du traitement des données une loyauté de comportement qui doit être vérifiable. Cette confiance nécessaire pour répondre à l'exigence éthique du respect de la dignité du titulaire des données personnelles impose de se doter des moyens d'assurer (1) une large information de nos concitoyens sur les engagements pris par celui qui fait la demande d'utilisation, (2) les contrôles pouvant être exercés pour vérifier le sérieux de ces engagements, et (3) une évaluation périodique de l'effectivité de ces principes protecteurs (Recommandations 1 à 3). La diversité des contextes spécifiques d'utilisation des données massives oblige à engager une réflexion sur la notion de consentement et sur de nouvelles manières de le recueillir.

2. L'exploitation des données massives révèle un conflit de valeurs et d'intérêt entre la société et les individus. Ceux-ci en espèrent des bénéfices pour eux-mêmes – l'amélioration de leur santé – au risque d'une rupture dans l'égalité des soins, alors que la collectivité recherche une

meilleure rationalité économique par une approche qui peut connaître une dérive si elle devient intrusive (surveillance délibérée, par exemple à l'aide d'objets connectés pour imposer la prévention d'un risque), voire discriminatoire par le profilage des personnes. Il y a un risque d'atteinte à deux principes éthiques majeurs : la liberté des choix de vie des individus et leur droit de savoir ou de ne pas savoir, la mutualisation et la solidarité dans la prise en charge de la maladie. Ce conflit entre logique économique et intérêt individuel d'une part, exigences du vivre ensemble et de la solidarité d'autre part, ne peut être arbitré que par l'action politique, ce qui requiert une vigilance accrue de tous les acteurs (Recommandation 8).

3. La généralisation probable du recours à l'usage d'algorithmes d'aide à la décision fondés sur un processus d'apprentissage reposant sur le traitement de données massives entraîne le risque de biais ou d'erreurs (involontaires ou par malveillance) lors des étapes de ce traitement. La prise en compte d'une information inexacte ou biaisée pourrait entraîner une décision erronée ou une discrimination, nuisibles pour le patient. La Recommandation 4 préconise une « garantie humaine » afin de pouvoir vérifier la qualité des données et le résultat obtenu et de contrôler le cheminement qui a conduit à ce résultat. Cette garantie humaine doit s'appuyer sur une triple action : formation (à la fois technologique et éthique), recherche scientifique de haut niveau sur les algorithmes, évaluation qualitative des sites d'information médicale et des dispositifs connectés. Il faut insister sur ce dernier point, compte tenu de l'utilisation banalisée des réseaux sociaux et d'Internet comme source d'accès à des informations médicales ou à des services de santé, et de la multiplication des objets connectés comme incitation des personnes à être acteurs de leur propre santé (Recommandation 6).

4. Face au défi technologique que posent, pour la souveraineté nationale et européenne, le stockage, le partage et le traitement des données massives dans le domaine de la santé, le CCNE



préconise le développement de plateformes nationales mutualisées et interconnectées. Celles-ci doivent permettre à notre pays et à l'Europe de préserver leur autonomie stratégique et de ne pas perdre la maîtrise de la richesse que constituent les données, tout en privilégiant un partage contrôlé qui est indispensable à l'efficacité du soin et de la recherche médicale (Recommandation 10).

➔ **Le CCNE a distingué plusieurs contextes posant des enjeux éthiques spécifiques**

• **Le soin**

Trois principes éthiques peuvent être fragilisés : le secret médical par la multiplication des informations partagées, la responsabilité de la décision médicale, par le risque d'automatisation que crée la multiplication des logiciels algorithmiques ; la relation personnelle entre le médecin et son patient, menacée d'appauvrissement si le patient est réduit à un ensemble de données à interpréter. Aussi utile qu'elle puisse être pour aider au diagnostic et guider le traitement, la donnée ne saurait remplacer le dialogue.

• **La recherche**

« TROIS PRINCIPES ÉTHIQUES PEUVENT ÊTRE FRAGILISÉS : LE SECRET MÉDICAL, LA RESPONSABILITÉ DE LA DÉCISION MÉDICALE, LA RELATION PERSONNELLE ENTRE LE MÉDECIN ET SON PATIENT. »

Le partage des données (ou l'accès aux données) est au fondement même de l'exploitation des données massives que certains considèrent comme « un bien commun » relevant de l'intérêt général et d'une protection collective. Le processus de gouvernance

des bases de données garantissant la pertinence des recherches, le partage suivi des résultats avec les titulaires des données, et la sécurité des données est un prérequis de la relation de confiance.

• **Les réseaux sociaux et les plateformes Internet**

Ils diffusent des données portant sur des événements de la vie réelle. Précieuses notamment pour le suivi médical, la pharmacovigilance, mais aussi pour la recherche ou les politiques de prévention ou de veille sanitaire, ces données sont collectées hors parcours de soin, et souvent de la propre initiative de leurs titulaires, ce qui fragilise la protection des patients.

Le CCNE a pu constater l'inquiétude exprimée par nos concitoyens lors des États généraux de bioéthique organisés en 2018². Cette inquiétude porte en particulier sur un effacement de la relation humaine entre le patient et son médecin et sur un déficit de compréhension des processus numériques, qui entretient la méfiance et limite la maîtrise de ses données. Si elles ouvrent des perspectives immenses, les données massives en santé nous confrontent à un double défi : ces progrès pourront-ils profiter à tous ? Peut-il se créer une autre forme de solidarité, au bénéfice de la communauté ? La réponse à ces questions n'appartient pas à des sachants. Elle ne peut être que le fruit d'une prise de conscience collective que les recommandations de l'Avis 130 du CCNE visent à rendre possible. Il s'agit de permettre à chacun de prendre conscience des limites de son rôle et d'exercer ses responsabilités. ■

RAPPELS SUR LE RGPD

Le traitement des données personnelles (dont les données relatives à la santé) est encadré par le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). Le RGPD s'applique dans toute l'Union européenne depuis mai 2018. Il offre un cadre juridique unique en Europe, et toute organisation ou entreprise, publique ou privée, qui traite des données personnelles de ressortissants européens, y est soumis. En France, la loi Informatique et Libertés (1978) et son décret d'application ont été modifiés afin de mettre en conformité le droit national avec ce nouveau cadre juridique européen. L'entrée en vigueur du RGPD a contribué à la prise de conscience des enjeux éthiques liés au développement des technologies du numérique, et de la nécessaire protection des personnes. Le RGPD repose sur une responsabilisation des acteurs fondée sur la confiance, une logique de mise en conformité, un contrôle accru. En France le régulateur est la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés). Elle « accompagne les professionnels dans leur mise en conformité et aide les particuliers à maîtriser leurs données personnelles et exercer leurs droits ». (Voir [site](#) de la CNIL pour une présentation du RGPD et des dispositions de protection des données en France).

NOTES

1. Voir également l'Avis 129 du CCNE *Contribution du Comité consultatif national d'éthique à la révision de la loi de bioéthique 2018-2019* rendu public le 25 septembre 2018 (pp. 94-105) et l'Avis *Numérique et santé : quels enjeux éthiques pour quelles régulations ?* commandé par le CCNE. Les deux documents sont accessibles sur le site du CCNE.
2. Voir le *Rapport des États généraux de la bioéthique* (juillet 2018) accessible sur le site du CCNE.



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

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

3233

Service gratuit
+ prix appel

macsf.fr

