

MARS 2020 / N° 76 / VOLUME 20

RESPONSABILITÉ

REVUE DE FORMATION SUR LE RISQUE MÉDICAL



SOMMAIRE



DOSSIER

VIE PROFESSIONNELLE

PROTECTION JURIDIQUE

© ADOBE STOCK

→ RETROUVEZ les articles de **RESPONSABILITÉ** sur <https://www.macsf.fr/Nos-publications>

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
Président de l'Agence du Numérique
en Santé (ANS)

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
Professeure 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
Sophie Magnin

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 2020
ISSN : 2491-4657

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



CRÉDIT ILLUSTRATION : SOPHIE MAGNIN.



L'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS) publie chaque année un rapport qui recense de manière détaillée, notamment, les incivilités et les violences que subissent au quotidien les professionnels de santé. Quels sont les constats et quelles solutions peuvent être apportées ? Interview de Vincent Terrenoir, Commissaire divisionnaire, Délégué pour la sécurité générale auprès de la directrice générale de l'offre de soins, en charge de l'ONVS et rédacteur de ce rapport.



Violences à l'hôpital : encore trop nombreuses alors que des solutions existent

VINCENT TERRENOIR, COMMISSAIRE DIVISIONNAIRE, DÉLÉGUÉ POUR LA SÉCURITÉ GÉNÉRALE



➤ Que savons-nous de cette violence ?

La violence a envahi le champ de la société et par conséquent celui de l'hôpital. Elle a un impact direct sur la qualité de la vie au travail et, par contrecoup, ne permet pas d'offrir une qualité des soins optimale.

Conflits familiaux, règlements de compte, patients drogués ou alcoolisés, contexte individualiste exacerbé, injures, outrages, menaces verbales ou physiques, violences physiques avec ou sans arme, dégradations

de biens, intrusions intempestives... l'hôpital est ainsi la scène de nombreux actes d'incivilités et de violence qui génèrent l'intervention de différents acteurs.

Sur des situations conflictuelles de tous ordres, ce sont généralement les personnels soignants ou administratifs qui vont d'abord régler la situation et « jouer » les agents de médiation ou de sécurité. En cas d'échec, l'équipe de sécurité-sûreté sera sollicitée, puis les forces de l'ordre, si la situation dégénère.

On observe que ce sont les services de psychiatrie, de gériatrie et des urgences qui déclarent le plus de violence. On observe aussi que les suites judiciaires sont rares car, d'une façon générale, les soignants, qui font preuve de beaucoup d'empathie, ont du mal à franchir la porte d'un commissariat ou d'une brigade de gendarmerie pour déposer plainte. Certains peuvent même considérer que des Troubles Psychiques ou Neuro-psychiques (TPN), pour reprendre la formule du Code pénal, excusent forcément la violence à leur encontre de la part de patients.

Je ne pense pas que cela soit une juste démarche car cette violence, qui est destructrice de la personne et de sa dignité, quelle qu'en soit sa forme d'ailleurs, est toujours à prendre en compte. Il n'est pas bon de la relativiser ou de la minimiser. Je pense que **l'empathie naturelle des soignants ne doit pas les pousser à accepter l'inacceptable**. Je crois aussi qu'elle n'est pas incompatible non plus avec la fermeté.

S'agissant des atteintes aux biens, elles font l'objet de moins de déclarations (80 % d'atteintes aux personnes contre 20 % d'atteintes aux biens), ce qui est compréhensible d'une certaine manière, car elles touchent moins directement les personnels que la violence faite aux personnes. Pourtant, la dégradation de l'outil de travail est une atteinte à la qualité de la vie au travail. Elle mérite l'attention de tous. Je compte bien développer cet aspect dans un prochain rapport.

D'une manière générale, je constate une grande méconnaissance de la part des personnels de santé des droits dont ils bénéficient pour leur protection (Code pénal et Code de procédure pénale, protection fonctionnelle) et des moyens à mettre en œuvre lorsqu'ils sont agressés. Cependant cette protection est indispensable pour les aider à accomplir leur mission dans des conditions sereines et afin qu'ils se sachent soutenus par leur établissement.

LES 4 CATÉGORIES D'AGRESSION À L'HÔPITAL

1. Délinquance et addictions

Elle touche les jeunes de plus en plus tôt par un manque manifeste de cadre, d'autorité et de repères dès le plus jeune âge, ce qui favorise des comportements délinquants par la suite. Il y a aussi les personnes qui sont sous l'emprise manifeste d'alcool ou de stupéfiants.

2. M. & Mme « Tout-le-monde »

Il s'agit bien souvent de patients ou d'accompagnants qui subissent une « frustration » dans le parcours de soins (temps de traitement trop long, communication insuffisante...) et qui, perdant patience, agressent le personnel soignant.

3. Troubles psychiques et neuropsychiques

Cette catégorie touche principalement les services de psychiatrie, des patients souffrant de troubles cognitifs ou encore des patients désorientés en service de réanimation par exemple.

4. Violence entre personnel

Il s'agit d'une violence qui existe mais pour laquelle nous n'avons que très peu de retours. Elle n'est pas plus présente à l'hôpital que dans d'autres secteurs d'activité.

➤ Qui protège l'agent victime de violence ou d'agression ?

L'article 11 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983, portant droits et obligations des fonctionnaires, prévoit que les agents bénéficient de ce qu'on appelle la protection fonctionnelle. C'est-à-dire qu'ils bénéficient de la protection de l'administration contre les attaques dont ils font l'objet à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions : atteintes volontaires à l'intégrité de la personne, violences, agissements constitutifs de harcèlement, menaces, injures, diffamations ou outrages.

Pour le secteur privé on appelle cela la protection juridique, celle-ci s'alignant de plus en plus sur le droit de la fonction publique. C'est donc la direction de l'établissement qui doit protéger ses agents en fonction au moment de l'infraction, qu'ils en soient victimes ou auteurs. Elle doit être demandée par l'agent et peut même être demandée à tout moment.

La mise en œuvre de la protection fonctionnelle est très importante car, lorsque l'on est agressé, on se sent seul. De plus, j'insiste de nouveau pour dire que le stress que génère une agression a un impact tant sur la qualité de vie au travail que sur la qualité des soins.

Il est donc important que l'établissement rappelle qu'il est là pour accompagner le soignant qui a été malmené, par exemple en le dirigeant vers un psychologue lorsque cela est nécessaire. Beaucoup d'établissements développent des politiques permettant à l'agent de se reconstruire à la suite d'un stress post-traumatique.

➤ Comment prévenir la violence en milieu hospitalier ?

L'hôpital, comme toute institution, peut générer sa propre violence, qui est liée selon moi à **trois facteurs**. Leur prise en compte est un réel levier pour faire baisser la tension.

• Le facteur humain

La relation entre personnels, la manière de s'adresser aux patients de façon correcte et intelligible... L'enjeu de la communication est réel.

• Le facteur organisationnel

L'organisation mise en place au sein du service, les effectifs répartis correctement selon les besoins, une formation initiale et continue des personnels, un discours homogène tenu à un même patient suivi dans différents services.

• Le facteur architectural

La conception des locaux est importante. Un environnement agréable participe à se sentir bien à l'hôpital, tant pour le patient que pour le personnel soignant.

Les conventions « santé-sécurité-justice » sont un atout essentiel pour lutter contre les violences. Elles permettent d'établir une meilleure coopération au niveau local entre les services de l'État et les établissements de santé et de renforcer ainsi la sécurité des professionnels qui y travaillent.

L'établissement dispose ensuite de toute une palette d'outils à mettre en place selon les situations identifiées :

- les pouvoirs de police du directeur : les articles R.1112-47 à 50 du Code de la Santé Publique (CSP)

évoquent les conditions de séjour à respecter pour tous, dont les patients et les accompagnants, et ce que peut faire le directeur en cas de non-respect (ex. : interdiction du droit de visite pour un temps, etc.) ;

« Le stress que génère une agression a un impact tant sur la qualité de vie au travail que sur la qualité des soins. »

- la rédaction d'un règlement intérieur prévoyant bien l'ensemble des situations qui pourraient être conflictuelles ;
- un livret d'accueil complet prenant des éléments du règlement intérieur sur les conditions de séjour afin que patients et accompagnants soient bien informés des droits et obligations pour un séjour paisible et respectueux de tous ;
- lettres de mise en garde adressées aux patients ou aux accompagnants ;
- la mise en place de vidéosurveillance, avec information des patients ;
- lorsque l'architecture le permet, aux urgences, un circuit dédié aux patients sous l'emprise de l'alcool ou de stupéfiants ;
- des formations dans le cursus initial et continu pour apprendre aux soignants à canaliser la violence verbale, voire l'agressivité physique et à mieux communiquer...



Néanmoins, la mise en place de toute solution pour lutter contre les violences est conditionnée à deux éléments essentiels :

- l'analyse des signalements internes, qui permet d'identifier les types de violences et d'auteurs et ensuite de mettre en place les solutions *ad hoc* tant en interne qu'avec l'aide des partenaires régaliens ;
- une implication de tous les acteurs de l'établissement, dont celle en particulier de la communauté médicale, et une cohésion entre eux tous également. L'idée est bien de faire face ensemble, chacun à son niveau de responsabilité (sécurité, direction, équipes soignantes). Une bonne communication entre les agents de sécurité et les soignants est essentielle pour optimiser les interventions.

C'est ainsi par exemple que l'hôpital Bichat a mis en place un véritable projet de service pour la refondation de ses urgences incluant l'ensemble du personnel de l'établissement.



ESPACE DOCUMENTATION

Le site de l'ONVS propose sur sa page [Documentation pratique sur la prévention et la lutte contre les atteintes aux personnes et aux biens en milieu de santé](#) de nombreux modèles, guides et fiches pratiques.

« Les conventions "santé-sécurité-justice" permettent d'établir une meilleure coopération au niveau local entre les services de l'État et les établissements de santé. »

➤ Les plaintes reçues par les services de police ou de gendarmerie sont-elles transmises à l'ONVS ?

Non, car tout d'abord l'ONVS n'a aucun caractère opérationnel. Cela ne servirait à rien. Ensuite il dépend de la DGOS du ministère de la Santé, alors que les forces de l'ordre dépendent du ministère de l'Intérieur. Il n'est donc pas possible de récupérer des données par ce biais.

Ce sont les établissements qui sont libres de déclarer ou non les incidents. Seuls 7 % d'entre eux le font.

La plainte, quant à elle, doit être déposée directement par le professionnel de santé. Les conventions santé-sécurité-justice sont justement prévues, entre autres, pour faciliter la déposition. Une plainte déposée par un établissement qui n'a pas eu de préjudice direct ne pourra pas aboutir. ■

POUR ALLER PLUS LOIN

[Consulter le rapport de l'ONVS.](#)



Aujourd'hui, les actes d'incivilité et de violence à l'encontre des professionnels de santé se multiplient. Les chiffres connus, souvent sous-évalués, sont en augmentation et il faut adopter de bons réflexes pour prévenir et gérer des situations toujours déstabilisantes.

Violences et insécurité des professionnels de santé au cabinet

NICOLAS LOUBRY, JURISTE

➤ Des incidents plus fréquents depuis plusieurs années

Le [rapport de l'Observatoire de la sécurité des médecins pour 2019](#) fait apparaître le nombre de déclarations d'incidents le plus élevé depuis la création de l'Observatoire en 2003 ([Les violences faites aux médecins](#), Dr Hervé Boissin, *Responsabilité*, Juin 2017). Cette hausse des violences constatée depuis plusieurs années ne concerne pas que les médecins, notamment libéraux, mais aussi les soignants hospitaliers et toutes les professions de santé amenées à être consultées ou visitées (infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes...). Comme l'a rappelé un cadre de santé dans un récent article, *La blouse blanche et le stéthoscope ne sont pas des armures contre la violence* (A. Frésard, revue *Droit et Santé*, juillet 2017).

Dans ce contexte de tensions accrues, l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS) a publié un guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé, en étroite coopération avec le ministère de l'Intérieur et les sept ordres des professions de santé concernées. Pour les auteurs de ce guide, « *tout doit être mis en œuvre pour que les professionnels de santé puissent travailler dans un climat de sérénité et donc en toute sécurité* ». Cela passe notamment par le respect de mesures de bon sens qui doivent aussi être adaptées à la pratique de chacun.

➤ La sécurité au cabinet

L'Ordre national des médecins ([Prévenir et gérer les conflits](#), CNOM, novembre 2016) a identifié cinq causes potentielles de conflits dans la relation entre le médecin et son patient, qui sont parfaitement transposables à d'autres professionnels de santé :

- en premier lieu, **le retard** dans la consultation ou le rendez-vous ;

- mais aussi **le refus** de délivrer une prescription, un certificat... ;
- viennent ensuite **l'incompréhension** ou la mauvaise explication d'une information donnée par un praticien ;
- ou encore **le reproche** quant à l'acte médical ou technique ou la consultation ;
- et bien évidemment **la faute** avérée ou non (erreur, aléa, événement indésirable...).

Cette liste n'est pas exhaustive mais peut exacerber le comportement de certains patients mais aussi de leur entourage, allant à des actes d'incivisme, des insultes et parfois des agressions physiques. Certains de ces incidents, parfois dramatiques, sont relayés dans la presse professionnelle mais aussi nationale et peuvent avoir une incidence significative sur la désertification médicale dans certaines zones à risques. Dans ces secteurs, les violences lors de visites à domicile sont plus fréquentes avec le risque pour la population de voir les médecins ou les infirmières refuser de se déplacer pour ne pas subir, comme d'autres de leurs confrères, des agressions (agression physique, braquage, vol ou détérioration du véhicule...).

Comme le rappelle le *Guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé*, **la sécurité lors d'un déplacement** suppose de renforcer la protection de son véhicule (blocage des portes, vitres fermées, antivol de direction bloqué, absence de papiers ou de matériel en évidence...) mais aussi sa sécurité personnelle : répartir ses papiers, son argent, ses clés dans différentes poches, stationner au plus près de l'adresse du patient, demander suffisamment de détails sur le motif de la visite, informer ses proches de la liste et des coordonnées des personnes visitées... Un système d'alerte via un smartphone permettant de déclencher un message prévenant le Centre 15 et de géolocaliser les praticiens en difficulté pourrait être prochainement généralisé.



© ADOBE STOCK

Préserver sa sécurité physique est essentiel mais il faut aussi sécuriser son cabinet (alarme, télésurveillance, portes blindées, visiophone...) en y associant son assureur, et protéger le matériel médical mais aussi le matériel informatique, en évitant de mettre dans sa salle d'attente ou dans son cabinet de consultation des objets de valeur ou susceptibles de devenir des armes par destination. La sensibilisation des collaborateurs aux règles de sécurité est aussi primordiale et il faut également sécuriser sa recette et prévenir en cas d'absence.

Pour se prémunir d'éventuelles intrusions ou d'actes de violence, un système de **vidéosurveillance** peut être installé au sein du cabinet médical ou dentaire. Une installation qui nécessitera une autorisation préalable de la préfecture donnée pour cinq ans avec une éventuelle autorisation de la CNIL et une information des patients et du personnel. Le dispositif sera installé dans les entrées, couloirs et salles d'attente.

L'Observatoire pour la sécurité des médecins a pour objectifs de répondre aux questions des médecins qui souffrent d'un sentiment d'insécurité mais aussi de faciliter leurs démarches lorsqu'ils ont été agressés.

Nos sociétaires, titulaires d'une garantie en protection juridique, peuvent également être écoutés et assistés ([Les infractions commises au cabinet professionnel](#), Raphael Allart).

[L'insécurité dans les hôpitaux](#) est aussi en hausse : en 2017, les établissements de santé ont déclaré 22 048 signalements de violences et d'incivilités qui concernent principalement leur personnel.

« Pour se prémunir d'intrusions ou d'actes de violence, un système de vidéosurveillance peut être installé au sein du cabinet médical avec une éventuelle autorisation de la CNIL et une information des patients et du personnel. »

La formation des professionnels de santé confrontés à ces situations doit être développée, la population doit être sensibilisée, les peines encourues éventuellement aggravées. Une meilleure collaboration avec les services de police mais aussi la médiatisation de certaines agressions pour faire passer des messages concourent

à la sensibilisation de tous.

Mais comme le rappelle le Dr Boissin dans son article [Les violences faites aux médecins](#), les professionnels de santé sont au service de la population et cette violence témoigne à la fois d'une dégradation de la relation patient-soignant et d'une détérioration des conditions de travail. ■

L'interrogatoire et l'examen des personnes souffrant d'un trouble mental peuvent être malaisés : agitation, non coopération, idées délirantes entravent le travail du médecin. Cet interrogatoire doit être d'autant plus précis et l'examen clinique d'autant plus attentif.

Les pathologies somatiques des malades mentaux : notre responsabilité

PR JEAN-PIERRE OLIÉ, CHEF DE SERVICE DE PSYCHIATRIE À L'HÔPITAL SAINTE-ANNE, PROFESSEUR À L'UNIVERSITÉ PARIS-DESCARTES

➤ Les réunions de concertation pluriprofessionnelles sont indispensables

La prise en compte des pathologies somatiques survenant dans le cours d'une maladie mentale impose une coopération du psychiatre et du médecin généraliste ou du spécialiste d'organe concerné. Le stigma qui touche encore aujourd'hui les maladies mentales contrarie trop souvent cette coopération.

Les uns se réfugient derrière le manque de temps et leur ignorance à propos de ces maladies, les autres derrière une soi-disant nécessaire scission entre psychique et somatique. Comme s'il était admissible que quelque médecin se déclare ignorant de pathologies qui touchent plus de 20 % de la population. Comme s'il était admissible que le psychiatre se déclare ou se veuille incompétent pour quelque symptomatologie somatique !

Une coopération entre médecins de spécialités différentes est indispensable pour les malades souffrant de deux pathologies évoluant sur un mode chronique : ceci n'est pas spécifique aux pathologies psychiques.

Certains troubles mentaux chroniques sont souvent associés à une autre pathologie somatique également chronique : psychose infantile et épilepsie, schizophrénie et syndrome métabolique en sont deux exemples. Il en est bien d'autres : bipolarité et pathologie rénale lithio-induite, dépression de la femme et déséquilibres hormonaux, trouble anxieux et pathologie cardiaque...

Des réunions de concertation pluriprofessionnelle devraient être systématiques (voire réglementairement obligatoires) pour guider

les stratégies thérapeutiques à partir d'une connaissance partagée de la sémiologie, de la physiopathologie et de la psychopathologie.

La survenue de signes biologiques d'insuffisance thyroïdienne ou rénale ne contre-indique pas forcément la poursuite d'un traitement du trouble bipolaire par sels de lithium : psychiatre et néphrologue, psychiatre et endocrinologue doivent peser avantages, risques et inconvénients d'une poursuite ou au contraire d'une interruption de la lithiothérapie.

Le constat d'une prise de poids sous anti-psychotique n'est pas une raison suffisante pour stopper olanzapine ou clozapine : un dialogue doit s'instaurer entre psychiatre et nutritionniste.

Trop souvent le constat d'un risque somatique conduit à un arrêt non raisonné de la médication psychotrope pourtant efficace. La concertation sur les bénéfices et risques de chaque thérapeutique doit ambitionner la meilleure évaluation : aussi bien psychique que somatique et plus encore conduire à la meilleure gestion du cas après décision concertée.

➤ Un malade mental ne bénéficie pas de la même attention médicale qu'un autre citoyen !

Les personnes souffrant de maladie mentale ont une espérance de vie réduite de plusieurs années comparativement à la population qui les entoure. Ceci n'est pas tant le fait de causes externes (suicide ou accident) que de maladies cardiovasculaires, cancéreuses, métaboliques... trop mal prises en compte.



« DES RÉUNIONS DE CONCERTATION PLURIPROFSSIONNELLE DEVRAIENT ÊTRE SYSTÉMATIQUES POUR GUIDER LES STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES À PARTIR D'UNE CONNAISSANCE PARTAGÉE DE LA SÉMIOLOGIE, DE LA PHYSIOPATHOLOGIE ET DE LA PSYCHOPATHOLOGIE. »

La responsabilité de notre offre médicale est évidente. Le stigma entourant les malades mentaux conduit à cette triste réalité : un malade mental ne bénéficie pas de la même attention médicale qu'un autre citoyen !

Un tel constat ne peut qu'interpeller tout médecin, qu'il soit psychiatre ou praticien d'une autre spécialité... Il doit aussi interpeller tout enseignant en médecine : il faut se féliciter que le ministre de la Santé ait exprimé le souhait que tout futur médecin effectue un stage en psychiatrie au cours de sa formation : la méconnaissance nourrit le stigma.

La méconnaissance génère ainsi des conduites discriminatoires, le plus souvent non intentionnelles de la part de professionnels, mais tellement néfastes pour les malades. On ne saurait admettre que des malades restent moins égaux que d'autres.

➤ **La prise en compte de la douleur exprimée**

Certes, les plaintes douloureuses du déprimé ou de l'anxieux peuvent dérouter le médecin enclin à les considérer comme un élément de plus dans une trop longue litanie de doléances vite classées psychogènes. Que signifie psychogène ? Qualifier un symptôme de psychogène n'est-il pas simplement une disqualification de la souffrance d'autrui ?

« LA MÉCONNAISSANCE GÉNÈRE DES CONDUITES DISCRIMINATOIRES, LE PLUS SOUVENT NON INTENTIONNELLES DE LA PART DE PROFESSIONNELS, MAIS TELLEMENT NÉFASTES POUR LES MALADES. »

Aucun médecin ne devrait oublier trois réalités :

- la capacité de chacun, malade ou non, à ignorer quelque facteur contextuel de détresse en déplaçant le propos vers une thématique supposée recevable par l'interlocuteur, la douleur ou la fatigue chez le médecin ; il revient à tout médecin de savoir faciliter l'expression de la détresse sans se laisser entraîner dans

quelque leurre par lequel le malade s'aveugle lui-même ;

- **dépression signifie douleur** : douleur psychique et douleur physique sont neurobiologiquement très proches et la douleur physique chronique est dépressogène ; la douleur psychique peut s'exprimer par des plaintes somatiques. Les symptômes dépressifs doivent donc être entendus comme une plainte douloureuse qui appelle un apaisement ;
- toute symptomatologie dépressive a été précédée d'événements de vie négatifs. Reconnaître ceux-ci ne sauraient faire ignorer la dimension pathologique révélée par l'intensité de la symptomatologie associant des **symptômes physiques** tels que troubles de l'appétit et du sommeil, des **symptômes cognitifs** tels que troubles de la concentration intellectuelle et de la mémoire et des **symptômes émotionnels**.

Ces réalités nous redisent qu'il est du devoir du médecin de porter attention aux deux composantes de son patient - psychique et physique -, que nos limites conceptuelles nous incitent trop à séparer.

➤ **La prise en compte de la douleur non exprimée**

Dans les rares cas où le malade est porteur d'un handicap mental sévère entravant l'accès au langage, il faut savoir reconnaître une sémiologie singulière. Incapable de dire qu'il ressent une douleur, notamment dentaire ou abdominale, le malade peut manifester des changements comportementaux révélateurs : agitation, vociférations, refus de se lever. Il faut savoir évoquer l'hypothèse d'une étiologie que l'examen clinique et biologique devront révéler.

Une équipe médicale psychiatrique s'est ainsi trouvée traduite devant l'autorité judiciaire à propos d'un adulte souffrant de psychose infantile sans accès au langage, mort de septicémie alors que depuis plusieurs jours il refusait de façon inhabituelle de se lever, ce qui était interprété comme

manifestation négativiste psychotique sans qu'il soit procédé à un bilan somatique. L'autopsie a révélé une pathologie infectieuse d'origine abdominale.

Une autre situation est celle du malade psychotique donnant un récit délirant de son expérience physique, possiblement à partir d'interprétations endogènes délirantes, voire d'hallucinations cénesthésiques. Il ne faut pas oublier que les éléments délirants trouvent le plus souvent leur origine dans une réalité physique. Là encore, l'examen somatique ne peut donc être « oublié ».

« LES ÉLÉMENTS DÉLIRANTS TROUVENT LE PLUS SOUVENT LEUR ORIGINE DANS UNE RÉALITÉ PHYSIQUE. L'EXAMEN SOMATIQUE NE PEUT DONC ÊTRE "OUBLIÉ". »

On sait en outre l'impact des médicaments anti-hallucinatoires sur le transit digestif, sur le rythme cardiaque...

➤ **Une évolution nécessaire de la prise en charge des malades mentaux**

La notion de maladie mentale ne doit donc pas écarter le médecin d'un examen complet de la personne. Le stigma dont souffrent les personnes porteuses de ces pathologies devrait s'arrêter à la porte de l'hôpital, à la porte du cabinet médical.

Certes la sémiologie du trouble mental peut modifier la sémiologie des pathologies somatiques associées. Pour autant, s'il y a difficulté à l'examen somatique, cela tient d'abord au médecin, aux schémas qui peuvent entraver son observation.

Un médecin ne peut ignorer cette part d'humanité révélée par l'altération des émotions et des cognitions générées par le trouble psychique.

La maladie mentale ne protège pas des maladies somatiques bien au contraire.

La part psychique de quelque malade ne saurait être comprise sans connaissance de la part somatique et réciproquement.

Il est urgent de faire évoluer nos pratiques pour que les malades mentaux aient enfin la même espérance de vie que toute autre personne. ■

Une généraliste est mise en cause par les parents d'une petite fille dont elle a assuré en partie le suivi pédiatrique, lui reprochant le retard diagnostique d'une hydrocéphalie.

Expertise médicale : soyons vigilants à l'imputabilité

DR CAROLE GERSON, MÉDECIN-CONSEIL, MACSF



© ISTOCK

➤ De l'importance d'être curieux...

En 2010, une généraliste est consultée par les parents d'une petite fille née 2 mois et 20 jours plus tôt. L'examen de l'enfant est alors normal, il leur est proposé un suivi mensuel et la petite fille est donc revue très précisément à 3 mois et 25 jours.

Lors de la consultation suivante, à 4 mois et 20 jours, ce médecin note cette fois une augmentation du périmètre crânien de presque

2 DS mais restant dans les courbes chez cette enfant ayant un périmètre crânien plutôt bas à la naissance, quelques difficultés de préhension des objets, le reste de son examen étant strictement normal (aucun bombement de la fontanelle en particulier).

➤ Un suivi médical interrompu

Alors qu'elle s'attendait à revoir l'enfant le mois suivant, c'est auprès de la PMI que les parents consulteront, où il sera

décidé de sa prise en charge en « atelier d'éveil » par une psychomotricienne.

La généraliste ne la reverra finalement que pour la visite du 9^{ème} mois et constatera une macrocrânie évidente (6 DS) et une hypotonie généralisée.

Elle confiera immédiatement l'enfant à un confrère neuro-pédiatre qui l'hospitalisera.

L'IRM mettra en évidence une dilatation tri ventriculaire obstructive qui justifiera en urgence une ventriculocisternostomie dans le but de traiter cette hydrocéphalie rattachée ultérieurement à une sténose congénitale de l'aqueduc de Sylvius.

Après une amélioration transitoire, l'hydrocéphalie récidivera, l'enfant devant être réopéré 5 semaines plus tard. Le suivi sera dès lors assuré par l'équipe hospitalière de pédiatrie.

➤ Un rapport incomplet et partial

En 2011, la Commission de Conciliation et d'Indemnisation (CCI) sera saisie d'une procédure intentée à l'encontre de la médecin généraliste, de la PMI et de la psychomotricienne y exerçant à titre libéral, et désignera deux experts, l'un pédiatre et l'autre neurochirurgien.

En dépit des vives protestations du pédiatre assistant la généraliste, l'expert pédiatre se montrera particulièrement virulent et méprisant à son égard tout le long de l'expertise, n'accordant aucune valeur à ses dires et lui rappelant en permanence sa seule compétence en médecine générale, et ce malgré son expérience et plusieurs qualifications en pédiatrie.

Il qualifiera sa responsabilité de certaine et totale pour ne pas avoir immédiatement demandé une échographie transfontanelle dès la consultation du 5^{ème} mois, considérant la croissance du PC comme franchement pathologique, ce qui n'était en rien le cas.

Il retiendra également à charge de la généraliste « *malgré son état, de n'avoir proposé de revoir l'enfant qu'à l'âge de 9 mois* », ce qui était aussi faux qu'in vraisemblable.

En revanche, alors que des photos prises lors des séances d'éveil du 6^{ème} au 9^{ème} mois attestaient sans ambiguïté de l'apparition d'une macrocrânie croissante avec un regard en « coucher de soleil » qui aurait dû faire réagir tant la psychomotricienne que l'infirmière de la PMI et demander un avis médical, l'expert, pour des raisons totalement obscures, ne retiendra aucune faute. Il se contentera de qualifier leur attitude de « *regrettable* » tout en précisant que « *dans la mesure où il ne s'agit pas de médecins, le retard diagnostique ne pouvait leur être imputé* ». Et l'expert de conclure son rapport, « *dans la mesure où il s'agit d'un trouble de l'hydraulique, sans anomalie cérébrale initiale, nous proposons d'imputer 2/3 du dommage au retard diagnostique* ».

« LE 1^{ER} EXPERT RETIENT UN DÉFAUT DE MISE EN ŒUVRE DES MOYENS DE DIAGNOSTIC ADAPTÉS. »

➤ La CCI ordonne une contre-expertise

Il est alors produit plusieurs rapports critiques faisant valoir le caractère erroné, partial et incomplet des opérations d'expertise, l'importance comme la nature des séquelles neuro psycho comportementales constatées lors de l'examen ne semblant pas s'expliquer par le seul retard de prise en charge de l'hypertension intracrânienne.

La CCI donnera raison à la généraliste et ordonnera une contre-expertise confiée cette fois à un neuropédiatre et un neurochirurgien pédiatrique, expertise qui ne pourra avoir lieu qu'en 2014.

On apprendra alors que, quelques mois avant cette deuxième expertise, la petite fille alors âgée de 4 ans, avait dû de nouveau être admise en urgence pour un tableau associant somnolence, vomissements, déficit de l'hémicorps gauche et déviation du regard vers la droite.

Le bilan avait alors mis en évidence un anévrysme de l'ampoule de Galien non visualisé sur les imageries précédentes... L'équipe neurochirurgicale en charge de l'enfant avait dû procéder à l'embolisation de cet anévrysme et à la mise en place d'une dérivation ventriculo péritonéale pour traiter l'hydrocéphalie.

Les deux experts procéderont à l'examen de l'enfant et s'étonneront d'emblée de l'absence de syndrome pyramidal tel qu'on aurait dû l'observer et de l'existence d'une grande hyperlaxité qui, associée à un astigmatisme, une hydrocéphalie, un anévrysme, devait plutôt faire évoquer un syndrome génétique.

Ils interrogeront alors les parents sur la réalisation d'une enquête génétique, celle-ci ne figurant dans aucune des pièces nouvellement produites, enquête dont les parents diront dans un premier temps ne pas avoir eu connaissance puis, dans un second temps, ne pas en connaître le résultat...

Forts de ces éléments, les experts, avec l'autorisation de la famille, prendront contact avec le généticien consulté. On apprendra alors que l'enquête en question avait bien eu lieu 6 mois avant l'expertise, qu'elle avait permis d'identifier une délétion interstitielle du bras court d'un chromosome X emportant 3 gènes dont celui de la dystrophine, expliquant totalement l'état de l'enfant, et que ces résultats avaient bien été communiqués et expliqués aux parents lors d'une consultation spécifique...

La conclusion du rapport sera formelle : le tableau présenté par l'enfant était en tous points le fait de cette seule anomalie génétique et ne correspondait en rien à une séquelle d'une

hydrocéphalie tardivement diagnostiquée comme l'avait conclu à tort la précédente expertise.

Les conclusions expertales seront tout aussi diamétralement opposées à celles des précédents experts concernant la généraliste, retenant qu'il n'existait aucun signe lors de la consultation de 5 mois lui permettant d'évoquer le diagnostic d'hydrocéphalie et que le suivi avait été interrompu par les parents, de telle sorte qu'il ne pouvait être retenu aucun défaut de prise en charge de sa part.

« LE 2^{ÈME} EXPERT CONCLUT À UNE PATHOLOGIE GÉNÉTIQUE NON DIAGNOSTICABLE LORS DE LA PRISE EN CHARGE INITIALE. »

En 2015, la CCI rejettera en toute logique la demande des parents au vu de l'absence de tout lien de causalité, l'ensemble des séquelles étant liées au seul état antérieur.

➤ **Un examen clinique rigoureux pour contester l'imputabilité**

Que retenir de ce cas ? Certainement, qu'il convient d'être extrêmement vigi-

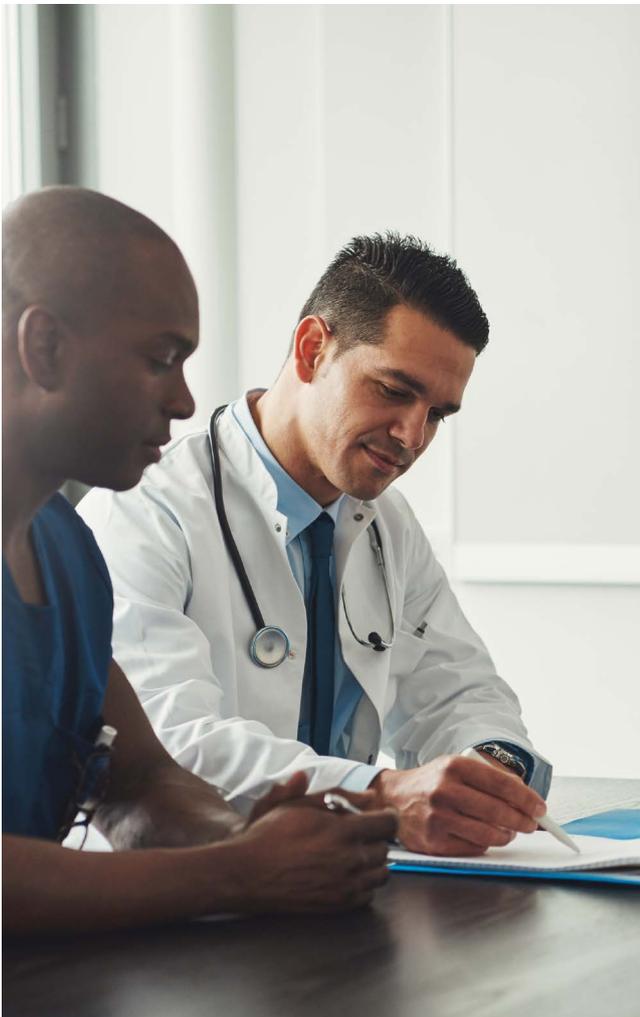
lant en matière d'imputabilité et que l'examen clinique rigoureux des « victimes » doit occuper une place prépondérante dans le raisonnement sur cette imputabilité.

Dans le cas présent, l'absence de syndrome pyramidal avait d'emblée été soulignée par le conseil de la généraliste comme ne correspondant pas à ce qui était habituellement observé après une hydrocéphalie, élément clinique dont l'expert, bien qu'expert et spécialiste, a voulu faire totalement abstraction. Ces éléments cliniques ont néanmoins permis d'obtenir, par le biais des rapports critiques produits et de leur qualité, une contre-expertise.

Par chance, cette contre-expertise a finalement eu lieu deux ans après la première, deux ans de recul au cours desquels le tableau clinique de l'enfant a évolué. Cela a imposé à l'équipe pédiatrique une relecture totale du cas de cette enfant. La pratique de bilans plus poussés a notamment comporté une enquête génétique venant contredire les conclusions des premiers experts sur l'imputabilité.

Enfin, le professionnalisme et la rigueur des deux contre experts sont à saluer pour avoir expliqué aux parents qu'ils ne déposeraient pas leurs conclusions avant de disposer de l'entier dossier de leur fille. Cette même rigueur dans l'analyse rétrospective des faits a également permis enfin d'écarter toute faute de la généraliste, qui a été soutenue pendant ces 3 longues années mais a été profondément déstabilisée par l'acharnement inadmissible du premier expert à vouloir la déclarer responsable. Elle en est même venue à douter de ses compétences. Elle a pendant longtemps envisagé d'arrêter définitivement son exercice, ce dont ses conseils l'ont dissuadé.

Au terme de ces 4 longues années de procédure, elle n'a finalement pas souhaité tenter de procédure contre le premier expert. ■



© ADOBE STOCK

Après avoir présenté la situation de la médecine du travail dans les services interentreprises, nous avons interrogé la présidente de l'Association Nationale de Médecine du Travail et d'Ergonomie du Personnel des Hôpitaux (ANMTEPH) afin de connaître les spécificités de la médecine préventive à l'hôpital public. Dans un contexte de souffrance à l'hôpital, la santé de ses agents constitue un élément déterminant à prendre en compte pour tout projet de réforme.

Santé des soignants : qu'en est-il à l'hôpital ?

DR HÉLÈNE BERINGUIER, PRÉSIDENTE DE L'ASSOCIATION NATIONALE DE MÉDECINE DU TRAVAIL ET D'ERGONOMIE DU PERSONNEL DES HÔPITAUX (ANMTEPH)



➤ Pouvez-vous nous présenter l'ANMTEPH et nous dire quel est votre rôle ?

J'ai exercé en tant que médecin du travail de 1985 à fin 2018.

Je participe activement à l'ANMTEPH depuis une dizaine d'années au sein du conseil d'administration et en assure la présidence depuis 4 ans.

L'ANMTEPH regroupe à peu près les trois quarts des médecins du travail hospitaliers du territoire et l'association compte entre 250 et 270 adhérents, composés :

- de médecins du travail hospitaliers ;
- de médecins du travail interentreprises qui suivent des cliniques et ont rejoint notre association ;
- d'infirmiers en santé au travail, dont le nombre d'adhésions ouvertes depuis quelques années a sensiblement augmenté.

Notre objectif est de regrouper au sein de l'association non seulement des médecins et infirmiers du travail mais également l'ensemble des équipes pluridisciplinaires (ergonomes, psychologues...).

Nous assurons deux missions :

• La partie associative

Elle permet les échanges entre professionnels, la représentation de l'association auprès du ministère, de la CNRACL, des partenariats avec la Fédération Hospitalière de France (FHF) ou avec des mutuelles.

• La partie formation

En plus des formations délivrées lors des journées nationales, nous proposons

tout au long de l'année des formations thématiques. Des thèmes particuliers sont abordés comme l'entretien infirmier, la radioprotection, la pathologie psychiatrique, ou encore des modules infirmiers un peu plus généralistes pour expliquer le fonctionnement des hôpitaux, les accidents de travail...

➤ **Quelles sont les spécificités de la surveillance de la santé au travail à l'hôpital ?**

Le chapitre IV du Code du travail s'applique à la Fonction Publique Hospitalière (FPH). Depuis le décret n° 2015-1588 du 4 décembre 2015, des articles spécifiques FPH ont été modifiés. Par exemple, l'effectif de 1 médecin du travail temps plein est passé de 1 500 à 2 000 salariés pour les services de santé au travail avec pluridisciplinarité. Sans pluridisciplinarité, l'effectif suivi est resté de 1 500.

Cela peut paraître peu si l'on compare avec le secteur privé mais cela est sans compter que le médecin du travail en secteur hospitalier doit assurer nombre de visites qu'il ne peut déléguer aux infirmiers.

Chaque agent est rencontré avant sa prise de fonction.

L'ensemble du personnel hospitalier fait l'objet d'un suivi médical obligatoire réalisé par le médecin du travail lui-même tous les deux ans, et ce, quels que soient les risques inhérents à l'agent ou à certains services (radioprotection, services exposant aux anticancéreux, travailleurs handicapés...).

Un suivi médical renforcé intermédiaire peut être mis en place selon les risques rencontrés. Ces visites peuvent être déléguées à un infirmier en santé au travail.

En secteur hospitalier, le médecin du travail doit délivrer des avis d'aptitude lors des visites d'embauche, des visites périodiques et des visites de reprise.

➤ **Est-ce que les moyens donnés aux services de santé au travail sont les mêmes d'un établissement à un autre ?**

Les moyens dont disposent les établissements sont disparates.

En pratique et selon les lieux, un médecin du travail de la fonction publique hospitalière peut suivre entre 800 et 6 000 salariés, avec une moyenne de 2 500.

Certains établissements n'ont plus de médecin du travail, ce qui crée des situations compliquées pour les infirmiers en santé au travail en termes de missions et de responsabilité.

Dans ce cas, il arrive que des directeurs d'établissements se tournent alors vers les médecins agréés dont le rôle est de formuler un avis d'aptitude à une fonction (capacités physiques, intellectuelles, psychiques). Ils ne sont cependant pas forcément au fait des vaccinations obligatoires ou des spécificités inhérentes aux postes de travail de l'hôpital...

Il s'agit là d'une situation marginale mais tout de même présente dans certaines régions.

« UNE RELATION DE CONFIANCE ENTRE LE MÉDECIN DU TRAVAIL ET L'INFIRMIER NE POURRA ÊTRE ÉTABLIE QU'AU MOYEN D'UNE FORMATION EFFECTIVE ET COMPLÉMENTAIRE EN SANTÉ AU TRAVAIL. »

Pour pallier cette disparité, le ministère de la Santé préconise la mutualisation des établissements, notamment pour uniformiser l'informatisation des services de santé au travail hospitaliers dans les régions. L'ARS Occitanie essaye ainsi de pousser dans cette direction en proposant des co-financements pour les établissements porteurs d'un projet de Groupement Hospitalier de Territoire (GHT).

➤ **La situation de la santé au travail en secteur hospitalier est-elle analogue à celle du secteur privé, avec des missions infirmières étendues et des équipes pluridisciplinaires ?**

Actuellement, nous rencontrons quelques problématiques dans certains établissements en termes de pluridisciplinarité. Il arrive qu'elle soit répartie dans plusieurs directions, comme par exemple un psychologue présent à la DRH, un ergonome

rattaché au service technique ou un préventeur au service qualité... empêchant le service de santé au travail d'avoir une vision croisée des situations.

Mme Lecocq s'est vu confier, à l'instar du rapport qu'elle a rendu pour le secteur privé, une mission sur la santé au travail dans la fonction publique hospitalière. Lors de son intervention à nos journées nationales, elle a annoncé que son rapport abonderait vers la pluridisciplinarité des services de santé au travail, et a rappelé que les GHT constituent l'avenir des services de santé au travail hospitaliers.

S'agissant des GHT, il faudra prévoir une informatisation sécurisée des dossiers médicaux pour en permettre l'accès quel que soit le lieu.

Et, d'une manière générale, une relation de confiance entre le médecin du travail et l'infirmier ne pourra être établie qu'au moyen d'une formation effective et complémentaire en santé au travail.

➤ **Quelle est l'observance des médecins face à la médecine du travail ?**

Les directions adressent les nouveaux médecins au service de santé au travail dès lors qu'ils prennent leurs fonctions, ce qui crée et favorise la suite de la relation.

De plus, au vu des conditions de travail qui se sont dégradées, les médecins sont un peu plus enclins à faire appel au médecin du travail. Il n'est pas rare également qu'un collègue ou un chef de service nous contacte pour nous signaler un confrère en difficulté.

Nous essayons de mettre en place un suivi régulier. Il arrive que nous ne voyions les médecins que tous les trois ou quatre ans mais nous sommes attentifs à toutes les alertes (visites de reprise, congé de longue maladie, alertes relayées par l'entourage, le service RH...).

➤ **On parle beaucoup de la souffrance des internes en médecine. S'agit-il d'une population que vous suivez ?**

Les internes en médecine sont suivis par le médecin du travail de l'établissement

où ils réalisent leur internat. Souvent, une information sur les missions du service de santé au travail est délivrée lors de la journée d'accueil des internes, organisée par le président de la CME.

Selon le nombre de soignants suivis par le médecin du travail au sein des établissements, les internes peuvent être reçus :

- soit individuellement ;
- soit collectivement à l'aide d'un questionnaire pour repérer les soucis de santé. S'il manque des vaccinations, par exemple, ou qu'un problème de santé a été déclaré, une convocation individuelle est alors organisée.

➤ Quelle est votre mission face au soignant victime de violences au travail ?

Cela fait partie de notre quotidien. Nous recevons les déclarations d'accident du travail ainsi que les fiches d'événements indésirables des personnels soignants.

Lorsqu'un accident du travail est déclaré suite à une agression, nous sommes attentifs au moment de la reprise du travail et nous pouvons mettre en place une prise en charge thérapeutique.

Nous restons en alerte sur les petites agressions récurrentes par le biais notamment des déclarations d'événements indésirables. Lorsqu'un soignant établit plusieurs fiches, nous pouvons solliciter un entretien pour en discuter.

S'agissant des agressions dans des services plus exposés que d'autres, une analyse de la situation est réalisée pour en trouver les causes (délai d'attente, manque d'information, patients asociaux...) et mettre en place les solutions adaptées (vigiles, boutons d'appel d'urgence...).

« NOUS RESTONS EN ALERTE SUR LES PETITES AGRESSIONS RÉCURRENTES PAR LE BIAIS NOTAMMENT DES DÉCLARATIONS D'ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES. »



© ADBESTOCK

➤ Y-a-t-il des tendances ou des signaux d'alerte relatifs à certaines pathologies liées au travail ?

Il y a trois problématiques liées aux risques avec un impact sur la santé :

- les troubles musculo-squelettiques, en particulier constatés chez les aides-soignants, liés notamment à leurs conditions de travail et à un rythme extrêmement soutenu ;
- les risques psychosociaux, liés aux agressions et à la pression qui pèse sur les soignants ;
- les horaires alternants qui ont un impact certain sur la santé.

➤ Qu'en est-il des vaccinations obligatoires et recommandées du personnel soignant ?

Un très bon taux de couverture est constaté en termes de vaccinations obligatoires d'une manière générale. Si besoin, un agent qui ne satisfait pas à ses obligations vaccinales peut être mis en inaptitude le temps qu'il soit immunisé.

S'agissant des vaccinations recommandées, nous communiquons pour expliquer pourquoi il est important de se faire vacciner pour se protéger soi-même ainsi que l'entourage et les patients. Cela a permis d'enregistrer

de très bonnes réactions sur la vaccination contre la coqueluche et par le ROR notamment.

La périodicité annuelle du vaccin contre la grippe constitue un frein. Cependant, si la grippe représente un risque relativement limité dans le cas de séjours courts, il devrait à mon sens être rendu obligatoire dans les secteurs prenant en charge des personnes âgées, où la probabilité que la grippe passe par le soignant est vraiment très forte. Notre association communique en ce sens auprès des EHPAD et des services de longs séjours gériatriques.

➤ Le médecin du travail est-il consulté sur l'organisation de travail ?

Les questions d'organisation de travail sont discutées en Comité Technique d'Etablissement (CET) où le médecin du travail est invité chaque fois qu'il y a des sujets qui peuvent avoir un impact sur la santé. Il émet un avis non contraignant sur les points de vigilance qu'il identifie.

➤ Les garanties de sécurité en termes d'informatique sont-elles satisfaisantes, notamment par rapport à la DRH ?

Oui, la sécurité informatique paraît satisfaisante. Si nous récupérons les données RH, aucun élément du dossier médical ne filtre. Et l'informatisation des SST est vraiment indispensable pour assurer le suivi individuel des personnels mais aussi pour permettre des enquêtes épidémiologiques. ■

Les médecins libéraux réalisant des gardes dans le cadre de la Permanence Des Soins (PDS) sont parfois amenés à exercer pendant plusieurs heures d'affilée, bien au-delà de leurs horaires habituels. Peuvent-ils bénéficier d'un repos compensatoire, ou repos de sécurité ?

Un médecin libéral a-t-il droit au repos de sécurité ?

STÉPHANIE TAMBURINI, JURISTE, MACSF

➤ Qu'est-ce que le repos de sécurité ?

En application d'une directive européenne de 1993, un décret du 6 décembre 2002 et un arrêté du 30 avril 2003 ont instauré un repos compensateur post-garde dit « repos de sécurité », immédiatement applicable après une garde, qui interdit au praticien tout contact clinique avec le patient pendant une durée minimale de 11 heures consécutives.

➤ Le repos de sécurité s'applique-t-il au médecin libéral ?

Les dispositions précitées s'appliquent depuis le 1^{er} janvier 2003, mais uniquement dans les établissements de santé publics, et ne concernent donc que les praticiens hospitaliers.

Bien qu'en application de l'article L. 6314-1 du Code de la Santé Publique (CSP), la PDS soit désormais considérée comme une mission de service public, la réforme ne fait pas pour autant bénéficier les médecins libéraux des dispositions issues du statut des praticiens hospitaliers.

Pourtant, dans ces circonstances, le médecin peut être amené à effectuer 24 ou 36 heures de travail d'affilée, entre ses journées de consultation « normales » et les nuits ou les jours de garde, avec la fatigue et la vigilance moindre que cela suppose. Le médecin libéral doit de plus assurer des déplacements, parfois lointains

et donc fatigants, pour se rendre au chevet des patients qui le sollicitent.

Si rien n'empêche donc le médecin libéral d'enchaîner une consultation après une garde, il doit néanmoins apprécier, en conscience, si la fatigue ainsi accumulée est compatible avec l'exigence de sécurité qu'il doit au malade, car sa responsabilité pourrait être engagée à ce titre.

➤ Quelle responsabilité en cas de mise en cause ?

Une mise en cause est possible par un patient qui aurait subi un dommage du fait d'une erreur diagnostique ou thérapeutique imputable à l'état de fatigue du médecin.

Le médecin qui provoque un dommage le lendemain d'une garde, dans son activité habituelle de consultation, engage sa responsabilité personnelle, d'où l'importance de connaître ses limites et d'adapter son activité à son état de fatigue.

Il en ira de même si le dommage est causé dans le cadre de la mission de PDS, le médecin effecteur n'étant pas considéré comme un collaborateur occasionnel du service public (Cour de cassation, 4 février 2015). ■

« LE MÉDECIN PEUT ÊTRE AMENÉ À EFFECTUER 24 OU 36 HEURES DE TRAVAIL D'AFFILÉE AVEC LA FATIGUE ET LA VIGILANCE MOINDRE QUE CELA SUPPOSE. »



© ISTOCK

L'avenant n° 76 relatif à la nouvelle classification et aux salaires des salariés de la branche a été signé le 27 juin 2019 par les organisations syndicales de salariés et d'employeurs signataires de la convention collective du personnel des cabinets médicaux.

Entré en vigueur le 1^{er} juillet 2019, cet accord intègre de nouveaux métiers et propose une nouvelle grille de classification des emplois tout en comportant des garanties salariales et statutaires au profit des salariés. Découvrez ses principales caractéristiques ainsi que ses modalités de mise en œuvre.

Convention collective des personnels de cabinets médicaux : actualisation des emplois

GILLES RIVALLAN, JURISTE



© ADOBE STOCK

➤ Les nouveaux métiers intégrés à la convention collective des cabinets médicaux

Partant du constat que de nouvelles activités et métiers avaient fait leur apparition au sein des cabinets médicaux depuis quelques années mais que la convention collective ne les reconnaissait pas, les organisations

« L'ÉLABORATION DE CETTE NOUVELLE CARTOGRAPHIE A CONDUIT À SIMPLIFIER ET ACTUALISER LA LISTE DES EMPLOIS EN LES REGROUPANT DANS UNE SEULE ET MÊME FILIÈRE PROFESSIONNELLE. »

syndicales de salariés et d'employeurs signataires de la convention collective du personnel des cabinets médicaux ont revu la cartographie des métiers afin de les y intégrer.

Désormais, apparaissent les métiers tels que celui de qualicien(ne), chargé(e)

de bureautique ou encore celui de responsable des ressources humaines, de même que les emplois de maïeuticien(ne), opticien(ne)-lunetier, coordinateur(trice) de projet, informaticien(ne).

L'élaboration de cette nouvelle cartographie a conduit à simplifier et actualiser la liste des emplois d'assistants administratifs, d'accueil et de secrétariat ou d'assistant(e) technique en les regroupant dans une seule et même filière professionnelle.

« EN L'ABSENCE D'ACCORD D'ENTREPRISE METTANT EN ŒUVRE LA NOUVELLE CLASSIFICATION DANS LE CABINET MÉDICAL, TOUTE DEMANDE INDIVIDUELLE DE RÉEXAMEN D'UNE NOUVELLE CLASSIFICATION DEVRA ÊTRE ADRESSÉE À LA CPPNI. »

➤ 5 filières professionnelles - 16 emplois repères - 4 critères de classement

La convention collective des cabinets médicaux répartit cette nouvelle grille de classification en cinq filières professionnelles, auxquelles sont rattachés seize emplois repères dont les intitulés sont génériques :

- la filière médicale,
- la filière médico-technique,
- la filière paramédicale,
- la filière transversale,
- la filière management.

Afin de définir leur niveau de positionnement dans le cabinet médical, tous les postes

existants sont classés sur la base de quatre critères :

1. **la formation et les acquis de l'expérience ;**
2. **la complexité** (difficulté et diversité des tâches à accomplir pour tenir le poste) ;
3. **l'autonomie ;**
4. **la dimension relationnelle** (aptitude à coopérer, travailler au sein d'une équipe/ capacité à répondre aux besoins de la patientèle).

➤ Garantie des salaires et de statut

La mise en œuvre de la nouvelle classification par un cabinet médical

ne peut avoir pour effet de diminuer le montant du salaire mensuel brut acquis par chaque salarié figurant à l'effectif du cabinet à la date de cette mise en œuvre.

De même, la mise en œuvre de cette nouvelle classification ne peut entraîner la perte du statut cadre éventuellement acquis par un(e) salarié(e) figurant à l'effectif de ce cabinet à la date de cette mise en œuvre (articles 6 et 7 de l'avenant).

➤ Contestation et recours par les salariés

Les cabinets médicaux adhérents à l'une des organisations syndicales signataires disposent d'un délai de douze mois, à compter

du 1^{er} juillet 2019, pour mettre en œuvre la nouvelle classification.

Pour ceux non adhérents à l'une des organisations syndicales signataires, ce délai court à compter du premier jour du mois suivant la publication de l'arrêté d'extension au Journal officiel.

En cas de contestation individuelle de sa nouvelle classification, tout(e) salarié(e) pourra demander un réexamen de sa situation. Sa demande devra être motivée et formulée par écrit dans un délai de trois mois suivant la notification de sa nouvelle classification par son employeur.

En l'absence d'accord d'entreprise mettant en œuvre la nouvelle classification dans le cabinet médical, toute demande individuelle de réexamen d'une nouvelle classification devra être adressée à la Commission Paritaire Permanente de Négociation et d'Interprétation (CPPNI) de la branche des cabinets médicaux. ■

EN SAVOIR +

Le site web dédié à la branche ccn-cabinets-medicaux.fr constitue le portail de la convention collective du personnel des cabinets médicaux. Le texte de la convention et ses avenants y sont mis en ligne.



“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