

DÉCEMBRE 2020 / N° 78 / VOLUME 20

RESPONSABILITÉ

REVUE DE FORMATION SUR LE RISQUE MÉDICAL



SOMMAIRE

ÉDITO

DOSSIER



Développement
de la télémédecine dans
le cadre de la crise sanitaire :
exemple de la téléconsultation

VIE PROFESSIONNELLE

DÉONTOLOGIE



© ISTOCK



RETROUVEZ les articles de **RESPONSABILITÉ** sur
www.macsf.fr/Nos-publications/A-la-une/revue-responsabilite

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
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

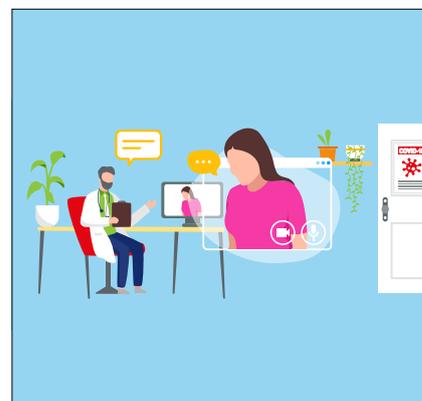
Conception et réalisation
Sophie Magnin

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 : décembre 2020
ISSN : 2491-4657

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

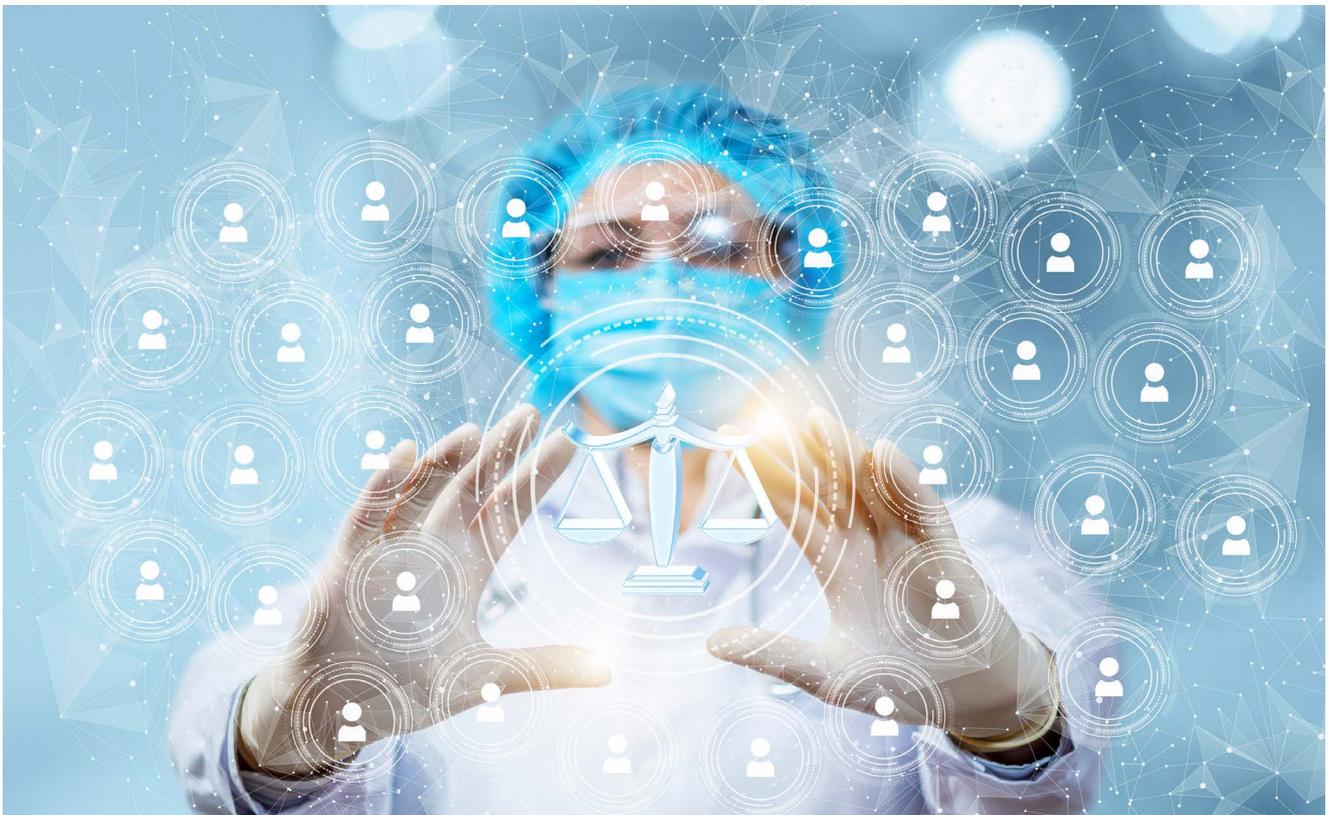


CRÉDIT ILLUSTRATION : SOPHIE MAGNIN.

La crise sanitaire liée à la Covid-19 et le 1^{er} confinement que nous avons connu au printemps ont profondément modifié les pratiques des professionnels de santé, qui ont été amenés à innover et à bousculer leurs modes de prise en charge des patients. La téléconsultation est l'expression évidente de ces tendances ; les professionnels de santé y ont eu recours de façon massive alors qu'auparavant son développement restait relativement confidentiel.

Covid-19 : les 5 poches de risques de mise en cause

NICOLAS GOMBAULT, DIRECTEUR GÉNÉRAL DÉLÉGUÉ GROUPE MACSF



➤ La téléconsultation : un mode de prise en charge pour s'adapter aux conséquences de l'épidémie de Covid-19

Le nombre de téléconsultations facturées à l'Assurance Maladie est passé de 40 000 actes par mois à 4,5 millions en avril pour se situer à près d'1 million d'actes pendant l'été. Au moment du confinement, la téléconsultation représentait 1 consultation sur 4.

Si ces chiffres ont reculé depuis l'été, le nouveau confinement que nous connaissons donnera peut-être lieu

à une nouvelle recrudescence de cette pratique de la télésanté ; en tout état de cause, on peut affirmer que la crise de la Covid-19 a permis une diffusion massive de cette pratique tant auprès des professionnels de santé qu'auprès des patients.

Ces tendances sont parfaitement confirmées par le quatrième panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), qui a été l'occasion

d'interroger au cours des mois de mai et de juin 2020 les participants à cette enquête sur leur pratique de la téléconsultation pendant la première vague de l'épidémie de Covid-19.

Il en ressort que les 3/4 des médecins généralistes ont mis en place la téléconsultation depuis le début de l'épidémie, alors que moins de 5 % la pratiquaient auparavant. Au cours de la première semaine du déconfinement, 7 médecins sur 10 ont réalisé au moins une téléconsultation. Parmi eux, 1 sur 10 a déclaré avoir même



réalisé plus de 25 % de ses consultations par ce biais.

Le confinement a donc été un véritable déclencheur et un accélérateur de la télémedecine à travers toute la France, et ce sans disparité, que ce soit entre les territoires ou par rapport à l'âge des utilisateurs.

➤ Les 5 poches de risques liées à la crise sanitaire

Il n'en demeure pas moins que, même si les professionnels de santé ont su s'adapter à cette crise ainsi qu'au confinement – notamment du fait que pour certains, la télésanté demeurait le seul mode d'exercice envisageable (c'est le cas à titre d'exemple pour les chirurgiens-dentistes



« De nouveaux risques médico-légaux ont surgi à l'occasion de la crise sanitaire. »

et les masseurs-kinésithérapeutes pour lesquels les conseils de l'Ordre respectifs demandaient de fermer les cabinets) –, de nouveaux risques médico-légaux ont surgi à cette occasion.

• 1^{ère} poche de risque : un diagnostic en mode dégradé

Le premier de ces risques est précisément lié à la téléconsultation puisque, bien entendu, ces modalités d'exercice ne permettent pas de réaliser un examen clinique en présentiel, qui reste fondamental pour réaliser le diagnostic de certaines pathologies ou pour déterminer une conduite thérapeutique. Les problèmes techniques rencontrés par certains praticiens au cours de téléconsultations ne peuvent malheureusement qu'accroître ces risques. La MACSF

suivra avec attention les mises en cause qui seront adressées à ses sociétaires en lien avec ce risque.

• 2^e poche de risque : la continuité des soins

Le deuxième risque à souligner tient à la perte de vue de certains patients, dont les pathologies pourraient s'aggraver sans que le praticien n'en soit informé, notamment chez des patients porteurs de pathologies chroniques qui auraient renoncé à consulter de peur de sortir de chez eux pendant le confinement.

Ce risque a pu faire l'objet d'une prévention de la part de certains professionnels de santé qui ont régulièrement téléphoné à leurs patients pendant la phase

à nouveau une perte de chance dans la prise en charge de leurs pathologies ».

« C'est pour cette raison que les Ordres des professions de santé se mobilisent collectivement pour garantir la continuité des soins et incitent fortement l'ensemble des patients à continuer de consulter leurs praticiens, y compris de ville, notamment dans le cadre du suivi de leurs pathologies et de leurs traitements ».

• 3^e poche de risque : la transmission du virus

Un troisième risque réside dans la possibilité pour un professionnel de santé d'être mis en cause par un patient qui lui reprocherait une transmission de la Covid-19. La situation s'est déjà présentée dans des EHPAD. Il convient à cet égard de préciser que si c'est un établissement de santé qui est mis en cause, il pourrait à l'égard de cette réclamation être invoqué le principe de responsabilité sans faute en matière d'infection nosocomiale alors que, s'agissant des professionnels de santé, leur responsabilité ne pourra être retenue que pour faute. La démonstration du strict respect des gestes barrières devrait faire échec à la reconnaissance d'une faute.

• 4^e poche de risque : la responsabilité de l'employeur

Un quatrième risque concerne les praticiens qui emploient des collaborateurs (assistantes...), lesquels, s'ils contractent la Covid-19 dans le cadre de leurs fonctions, pourraient rechercher la responsabilité civile de leur employeur pour [faute inexcusable](#).

• 5^e poche de risque : la conformité des soins

Reste enfin un dernier risque à signaler, celui d'être mis en cause pour ne pas avoir soigné de façon conforme aux données de la science les patients atteints de la Covid-19. ■

Ces 5 risques font l'objet d'une couverture assurée par le [contrat responsabilité civile professionnelle MACSF - Le Sou Médical](#).



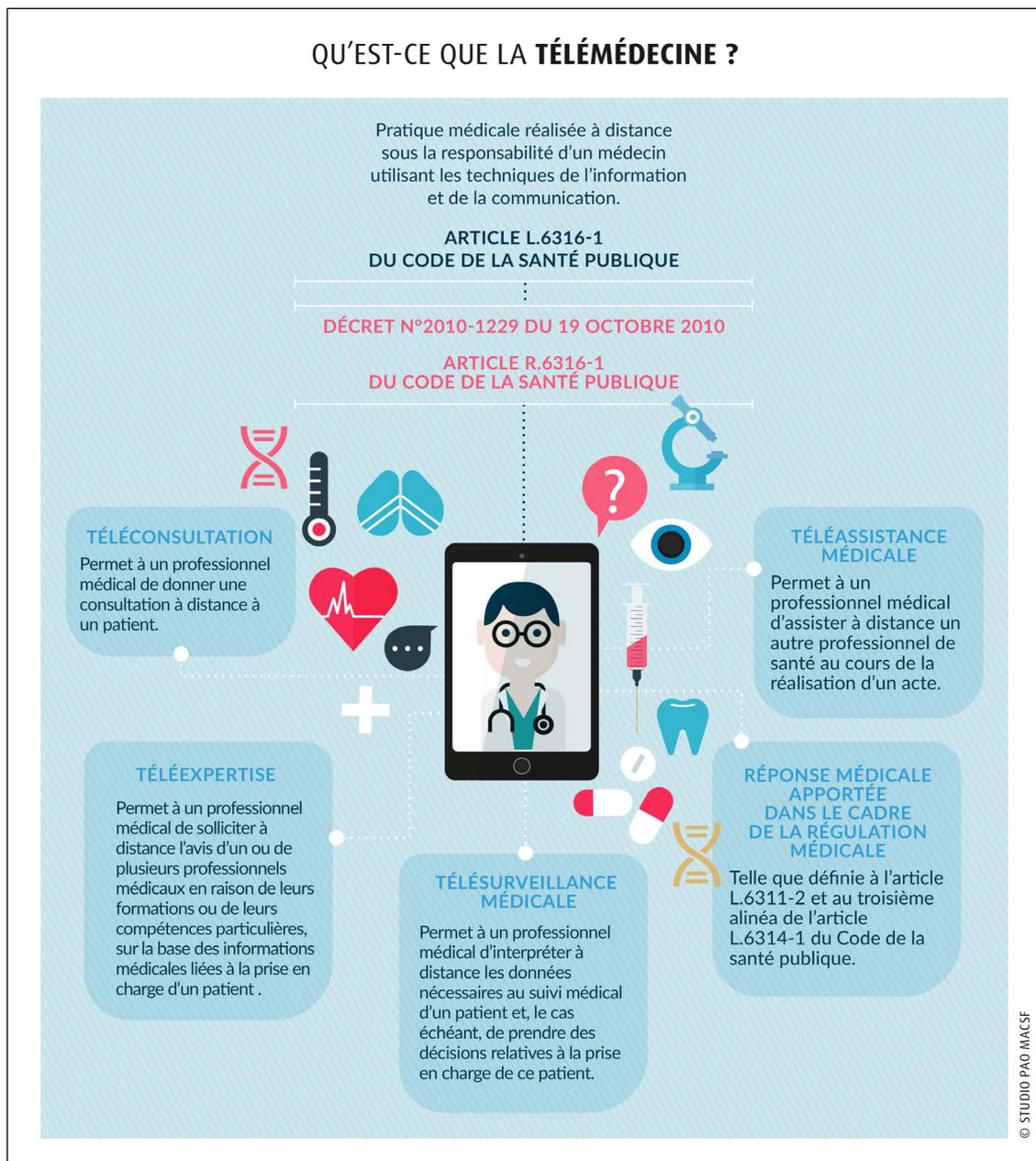
La télémédecine a connu un coup d'accélérateur sans précédent en raison de la crise sanitaire liée au coronavirus. Les téléconsultations se sont multipliées de façon fulgurante.

Cette accélération « forcée » aura des effets durables et plus personne n'imagine aujourd'hui, même une fois la crise passée, revenir à l'état antérieur en la matière.

C'est l'occasion de rappeler rapidement, en un « coup d'œil », ce qu'est la télémédecine et quels sont les outils à disposition des professions médicales qui veulent y avoir recours.

La télémédecine en un coup d'œil

STÉPHANIE TAMBURINI, JURISTE, MACSF



➤ Quelques outils de mise en œuvre de la télémédecine

• Télémédecine en général

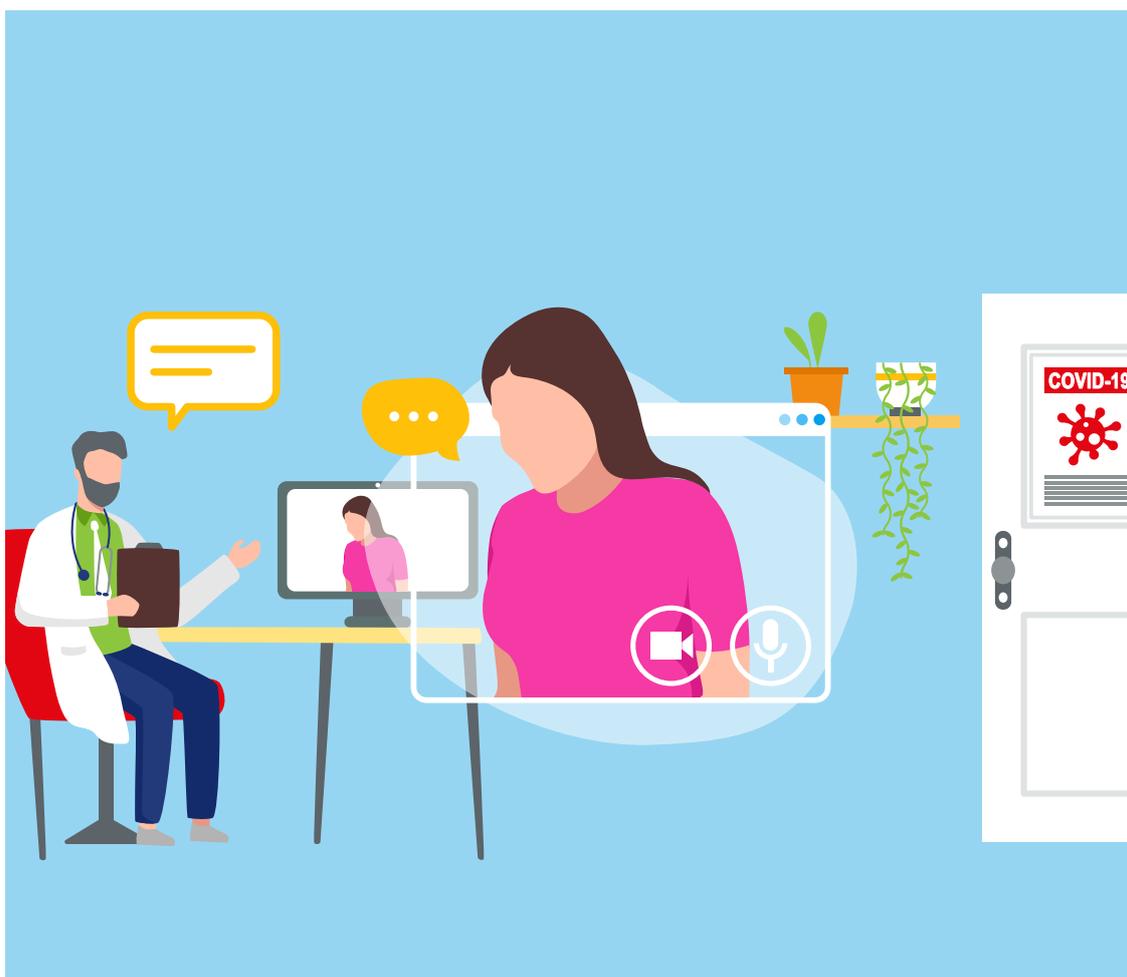
- [Site Ministère de la Santé](#)
- [Site Agence du Numérique en Santé](#)
- [Site HAS](#)

• Téléexpertise

- [Site Ameli](#)
- [Guides, fiches et mémos de bonnes pratiques de la HAS](#) ■

• Téléconsultation

- [Site Ameli](#)
- [Site Ministère de la Santé](#)
- [Guides, fiches et mémos de bonnes pratiques de la HAS](#)
- [Site Conseil de l'Ordre des Médecins](#)
- [Site Conseil de l'Ordre des Sages-femmes](#)
- [Site Conseil de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes](#)



La téléconsultation a joué un rôle essentiel pendant le confinement et poursuit son essor à la faveur de la crise sanitaire liée au coronavirus. Elle a permis de limiter les ruptures dans les prises en charge, tout en réduisant les risques de contamination des patients comme des professionnels de santé.

Qu'est-ce que la téléconsultation ? Qui peut la pratiquer ? Comment se déroule-t-elle ? Quelles sont les responsabilités encourues ?

On vous dit tout sur ce mode d'exercice qui a le vent en poupe.

Tout ce qu'il faut savoir sur la téléconsultation

STÉPHANIE TAMBURINI, JURISTE, MACSF

➤ Qu'est-ce que la téléconsultation ?

La téléconsultation s'inscrit dans le cadre général de la télémédecine, qui désigne « *les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication* » ([article L. 6316-1 du Code de la Santé Publique - CSP](#)).

C'est une des cinq pratiques relevant de la télémédecine, au même titre que la téléexpertise, la télésurveillance médicale, la téléassistance médicale et la réponse apportée dans le cadre de la régulation médicale ([article R. 6316-1 CSP](#)).

Elle consiste en une consultation à distance réalisée par un professionnel médical grâce aux technologies telles qu'ordinateur, tablette ou smartphone.

Le patient peut être seul ou accompagné d'un professionnel de santé (autre médecin, infirmier, pharmacien, etc.). La téléconsultation peut se dérouler à son domicile ou dans un lieu dédié (tel que, par exemple, les « cabines de téléconsultation » dans une pharmacie).

➤ Quelles sont les conditions pour recourir à une téléconsultation ?

La téléconsultation prend place dans le parcours de soin du patient. Les conditions relatives à ce parcours restent donc applicables. Par exemple, le patient de plus de 16 ans ne peut, sauf urgence, téléconsulter

un médecin spécialiste (sauf spécialités à accès direct) sans avoir été préalablement orienté par son médecin traitant.

Le professionnel médical qui recourt à une téléconsultation doit en principe déjà connaître le patient et l'avoir déjà reçu en consultation physique auparavant.

Cependant, ces deux conditions se sont trouvées, de fait, considérablement assouplies du fait de la crise sanitaire. En effet, pour éviter autant que possible les déplacements physiques et pour garantir un accès aux soins rapide en période de pandémie, il a été admis que le patient puisse téléconsulter directement, y compris un médecin qu'il n'a jamais consulté auparavant.

Mais dans ce cas, il est alors souhaitable :

1. de prévoir un temps de consultation rallongé pour permettre un interrogatoire complet du patient ;
 2. de faire un retour d'informations au médecin traitant en lui adressant le compte rendu de la téléconsultation.
- Le consentement du patient quant au recours à la téléconsultation doit impérativement être recueilli et mentionné à son dossier médical. Ce consentement est obtenu après information sur les modalités pratiques,

« Le professionnel médical qui recourt à une téléconsultation doit en principe déjà connaître le patient et l'avoir vu en consultation physique auparavant. »



les raisons du recours à la téléconsultation, la prise en charge de l'acte, etc.

- Le professionnel médical doit avoir planifié dans son agenda des plages dédiées aux téléconsultations, afin d'assurer celles-ci dans les meilleures conditions.
- La téléconsultation doit être pertinente, c'est-à-dire qu'elle ne peut être proposée qu'après examen de la situation du patient : son état clinique permet-il de se passer d'une consultation physique ? Le patient est-il capable d'utiliser les moyens nécessaires à la téléconsultation ?
- Les téléconsultations peuvent être alternées avec des consultations physiques au cabinet.

➤ **Téléconsultation : comment ça marche ?**

Si, au plus fort de la crise sanitaire, la téléconsultation par téléphone a été admise, notamment pour les patients pas ou mal équipés en moyens numériques, elle doit en principe être réalisée via des moyens de vidéo-transmission, ne serait-ce que pour assurer l'identification du patient et le respect du secret médical.

Le professionnel médical communique au patient un lien de connexion pour une date et une heure précises, grâce auquel le patient se connecte sur une application offrant toutes les garanties de confidentialité et de respect du secret médical.

La connexion et l'image doivent être d'une qualité suffisante pour permettre les échanges nécessaires à la téléconsultation.

Compte tenu du caractère encore inhabituel de la téléconsultation, il faut veiller à ce que le patient s'exprime de façon aussi complète que s'il était physiquement présent au cabinet, sans être « entravé » par la communication à distance.

Le professionnel médical peut établir, si nécessaire, une prescription que le patient recevra par mail ou courrier.

➤ **Quelle traçabilité pour la téléconsultation ?**

Un compte rendu doit être rédigé et archivé dans le dossier du patient et, le cas échéant, dans son DMP.

➤ **Quelle responsabilité dans le cadre d'une téléconsultation ?**

La téléconsultation est une consultation à part entière, réalisée à distance. Elle s'exerce dans le respect des règles déontologiques de la profession concernée

et est soumise au droit commun de l'exercice médical et du droit des patients. Toutes les obligations qui s'imposent dans le cadre d'un exercice classique s'imposent également dans celui de la télémedecine.

« La connexion et l'image doivent être d'une qualité suffisante pour permettre les échanges nécessaires à la téléconsultation. »

S'ajoute cependant une responsabilité découlant de la particularité de la téléconsultation :

- quant au choix d'y recourir alors, par exemple, que les conditions n'étaient pas réunies (nécessité d'utiliser un matériel spécifique, examen clinique indispensable, etc.) ;
- quant au choix de poursuivre la téléconsultation alors que les circonstances exigent de l'interrompre ou de mettre en œuvre d'autres moyens (recours aux urgences, etc.) ;
- quant à l'information du patient et au recueil de son consentement.

➤ **Quelle prise en charge par les organismes sociaux pour la téléconsultation ?**

La téléconsultation est facturée au tarif conventionnel, exactement comme une consultation physique.

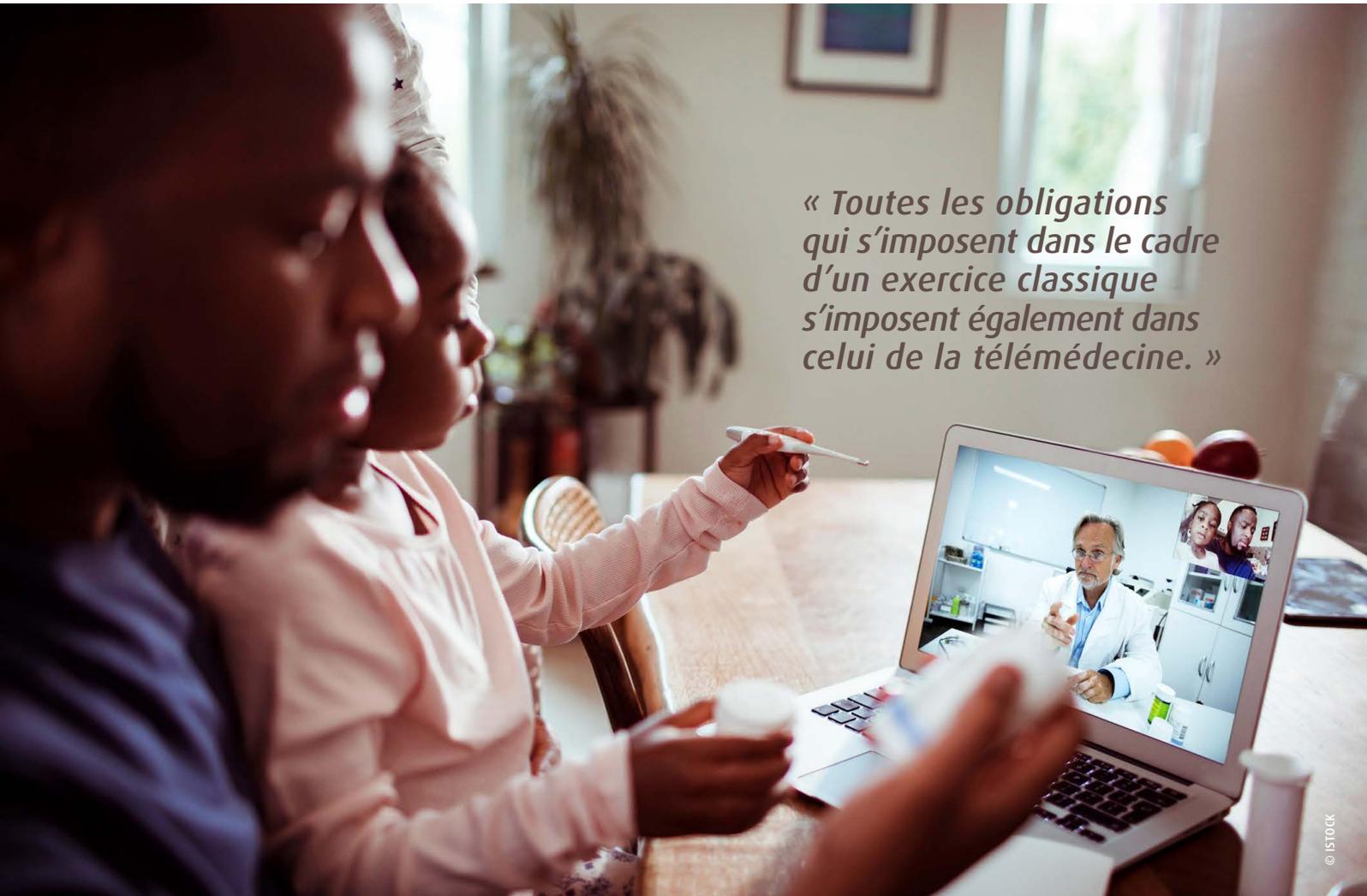
Depuis le 15 septembre 2018, la téléconsultation réalisée par les médecins est passée du stade d'expérimentation à celui de pratique déployée sur l'ensemble du territoire et faisant l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie, dans les mêmes conditions qu'une consultation en présentiel.

Pendant la crise sanitaire, la téléconsultation a été prise en charge à 100 % par les organismes sociaux. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 prolonge cette mesure jusqu'au 31 décembre 2022, pour les médecins comme pour les sages-femmes. **En revanche, depuis la fin de l'état d'urgence, la téléconsultation uniquement téléphonique n'est plus prise en charge.**

Les chirurgiens-dentistes ne disposent pas encore des textes permettant une prise en charge, qui relève de la négociation entre les syndicats représentatifs et l'assurance maladie.



« Toutes les obligations qui s'imposent dans le cadre d'un exercice classique s'imposent également dans celui de la télémédecine. »



➤ Quelques sources à connaître

- [Guides et rapports de la HAS](#)
- [Site AMELI](#)
- [Site CNOM](#)
- [Article de la MACSF : La téléconsultation dans le contexte particulier de la crise sanitaire liée au coronavirus](#)
- [Site CNAM](#) (pour les sages-femmes) ■



La téléconsultation, marginale jusqu'en 2020, s'est imposée comme un recours « providentiel » pendant la crise sanitaire et devrait donc connaître un essor durable.

Comme toute consultation, elle suppose une traçabilité rigoureuse dans le dossier du patient, avec quelques particularités liées aux modalités de réalisation de cet acte de télémedecine.

Téléconsultations : une traçabilité essentielle

STÉPHANIE TAMBURINI, JURISTE, MACSF

« La téléconsultation peut être pratiquée par les médecins, les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes. »

➤ Qu'est-ce qu'une téléconsultation ?

La téléconsultation fait partie des actes de télémedecine listés à l'article R. 6316-1 du Code de la santé publique. C'est une consultation médicale à distance réalisée au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication, en l'occurrence la vidéotransmission (et, de manière temporaire pendant le confinement, le téléphone).

Elle peut consister en un « face-à-face » virtuel entre le professionnel médical et le patient, mais elle peut aussi impliquer un autre professionnel de santé (par exemple un infirmier) présent aux côtés du patient.

Elle peut être pratiquée par les médecins, les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes.

La téléconsultation par vidéotransmission est remboursée depuis le 15 septembre 2018 dans les mêmes conditions qu'une consultation en présentiel ; elle est même prise en charge à 100 % depuis la crise sanitaire liée au coronavirus, et le sera jusqu'en 2022.

➤ Quelle traçabilité au dossier médical ?

La téléconsultation est une consultation à part entière. L'obligation de traçabilité au dossier médical du patient et, le cas échéant, dans le DMP est toute aussi essentielle dans ce cadre que dans celui d'une consultation habituelle.

Il faudra donc mentionner au dossier les éléments habituels, à savoir :

- les actes et prescriptions réalisés,
- la date de la téléconsultation,
- les conseils et l'information éventuellement dispensés.

Mais il faudra aussi porter au dossier certains éléments spécifiques à la téléconsultation, dont certains sont mentionnés à l'article R. 6316-4 du Code de la santé publique :

- l'heure de la téléconsultation ;
- le motif du recours à ce mode particulier, par préférence à une consultation classique ;
- l'identité et la spécialité du professionnel de santé éventuellement présent aux côtés du patient pendant la téléconsultation ;
- les problèmes d'ordre technique éventuellement rencontrés : rupture de la liaison, problèmes de son, d'éclairage, de connexion ;
- le consentement spécifique du patient à l'acte de téléconsultation ;
- le compte rendu médical de la séance, qui doit être transmis le cas échéant au médecin traitant.

➤ Pourquoi la traçabilité des téléconsultations est-elle si importante ?

La téléconsultation engage tout autant la responsabilité du professionnel de santé qui la pratique qu'une consultation classique, sur les éléments habituels tels

« La téléconsultation engage tout autant la responsabilité du professionnel de santé qui la pratique qu'une consultation classique. »



que la qualité de la prise en charge, l'information dispensée, les prescriptions réalisées, etc.

Mais en « téléconsultant », le professionnel peut engager sa responsabilité sur des points spécifiques :

- l'opportunité du choix de téléconsulter : l'état de santé du patient le permettait-il ? Au regard du motif de la consultation, l'usage impératif d'un matériel particulier, ou un examen clinique direct étaient-ils nécessaires ? Dans ce cas, le professionnel peut se voir reprocher un mauvais choix, d'où l'utilité de bien tracer dans le dossier les raisons qui l'ont fait opter pour la téléconsultation ;
- la mauvaise qualité des moyens techniques utilisés : les difficultés techniques ont-elles eu un impact sur le diagnostic ou les décisions médicales prises lors de la téléconsultation ? Sont-elles le fait du professionnel de santé ou du patient ? Là encore, mentionner toute difficulté au dossier peut permettre d'apporter la preuve qu'elle n'a pas nécessairement eu d'impact sur le déroulement de la consultation ni sur les conditions dans lesquelles le diagnostic a été posé ou les soins dispensés ;
- le patient a-t-il bien consenti à la téléconsultation et en a-t-il bien saisi les enjeux ? Il pourrait en effet reprocher au praticien d'avoir imposé ce mode de consultation sans son accord. La mention du consentement du patient est donc essentielle.

➤ À retenir sur la traçabilité de la téléconsultation

Si la téléconsultation induit de nouvelles pratiques et de nouveaux réflexes, elle n'autorise pas pour autant à s'affranchir des obligations légales et réglementaires en matière de traçabilité et impose même une vigilance particulière sur ce point.

Le strict respect de ces obligations participe avant tout à la qualité des soins, mais il peut aussi s'avérer très utile en cas de litige, pour permettre au praticien d'apporter la preuve de la bonne qualité de sa prise en charge.

Il est encore trop tôt pour dire si l'intense coup d'accélérateur donné à la téléconsultation par la crise sanitaire et son volume croissant, présent et à venir, vont susciter des litiges ou des mises en cause spécifiques.

Mais nombre de ces possibles litiges pourront être prévenus ou désamorçés par une tenue rigoureuse du dossier médical. ■

« Si la téléconsultation induit de nouvelles pratiques et de nouveaux réflexes, elle n'autorise pas pour autant à s'affranchir des obligations légales et réglementaires en matière de traçabilité. »



Les dépressions liées au travail sont depuis fort longtemps reconnues médicalement mais il existe une très grande méfiance pour en tirer toutes les conséquences juridiques qu'il conviendrait. Psychiatres, médecins traitants et médecins du travail se trouvent donc dans une situation délicate quand il faut établir le lien entre la dépression et les conditions de travail afin de définir la prise en charge la plus adaptée pour le salarié concerné. Difficile dans ce contexte de combiner prudence et efficacité. Voici quelques éléments concernant les missions et les responsabilités des différents intervenants.

Dépression et travail : un lien en attente de reconnaissance

GERMAIN DECROIX, JURISTE, MACSF

➤ Comment établir une demande d'arrêt de travail en maladie professionnelle ou en accident du travail en cas de burn-out ?

• L'arrêt de travail

La mention sur l'arrêt maladie peut être différente d'une situation à l'autre. Cela peut être par exemple « épisode dépressif moyen » (F 321) ou « trouble de l'adaptation » (F 432) mais aussi bien d'autres qualifications.

Cependant, il ne faudra pas indiquer le motif en toutes lettres et encore moins établir un lien avec le travail sur ce formulaire.

• La maladie professionnelle

Les maladies professionnelles psychiques, dont le burn-out, ne sont inscrites dans aucun tableau, ce qui complexifie la procédure et constitue un obstacle majeur.

Le dossier sera alors étudié par le Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP). Pour ce faire, la maladie doit :

- soit être directement et essentiellement causée par le travail habituel de la victime ;
- soit avoir entraîné son décès ou une IPP d'au-moins 25 %.

C'est le salarié qui en fera la déclaration à l'aide du formulaire *ad hoc*, accompagné du certificat médical d'accident du travail/ de maladie professionnelle, sur lequel les éléments médicaux sont plus détaillés.

Une prescription de 2 ans court à compter de la date du certificat médical initial informant du lien possible avec le travail.

La Caisse dispose alors de 120 jours pour se prononcer, augmentés de 120 jours supplémentaires lorsque le CRRMP est partie à la décision.

À savoir

Dans le *Guide pour le CRRMP*, publié par l'INRS (version actualisée en 2013), le Conseil d'Orientation des Conditions de Travail (COCT) recommande « d'exclure le burn-out qui n'a pas de définition médicale consensuelle, ainsi que le mobbing et le harcèlement qui n'ont qu'une définition juridique ». Il est également évoqué la difficile question de l'état antérieur.

• L'accident du travail

Selon la définition du Code de la sécurité sociale « est considéré comme accident



© ADOBE STOCK

du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant à quelque titre que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise ».

Le salarié (ou son représentant) doit informer l'employeur de l'accident du travail dans les 24 heures, sauf impossibilité absolue. L'employeur dispose alors d'un délai de 48 heures pour adresser la déclaration de l'accident, en indiquant ses éventuelles réserves. Dans l'éventualité de l'absence de déclaration par l'employeur, le salarié dispose d'un délai de 2 ans pour adresser lui-même la déclaration auprès de la CPAM.

Le médecin consulté devra remplir le même formulaire (accident du travail/maladie professionnelle) en restant objectif sur l'imputabilité.

La CPAM statue dans un délai de 30 jours, avec possibilité de recours.

➤ Quels avantages découlent d'une reconnaissance en maladie professionnelle ou en accident du travail ?

• La maladie professionnelle

- Prise en charge à 100 % du tarif Sécurité Sociale (ou 150 % pour prothèses dentaires et certains appareillages) des soins liés à la maladie professionnelle via la feuille d'arrêt de travail ou de maladie professionnelle.
- Indemnité journalière majorée à 80 % du salaire journalier de référence à partir du 29^e jour.
- Depuis le 1^{er} juillet 2020, indemnité temporaire d'inaptitude (1 mois).

• L'arrêt de travail

Le jour de l'accident est pris en charge par l'employeur, qui remet une feuille de prise en charge au salarié lui permettant de bénéficier du tiers payant.

Les indemnités journalières débutent, sans jour de carence, au lendemain de la date de l'accident.

- Prise en charge à 100 % du tarif Sécurité Sociale jusqu'à la fin du traitement.
- Depuis le 1^{er} juillet 2020, indemnité temporaire d'inaptitude (1 mois).

➤ Qui peut solliciter l'avis de l'inspection du travail ?

Tout salarié ou employeur peut contacter l'unité territoriale de la Direccte dont dépend l'entreprise, où des agents de contrôle de l'inspection du travail assurent des permanences.

En pratique, ce sont souvent les [représentants du personnel](#) qui contactent l'inspection du travail.

L'inspecteur du travail a des missions très étendues.

• Mission de contrôle

Cette mission consiste à veiller à l'application des dispositions du Code du travail et des autres dispositions légales relatives au régime du travail.

Ses moyens d'action sont :

- dresser des procès-verbaux pour constater l'infraction ;
- formuler toute observation rappelant la réglementation à l'employeur ;
- mettre en demeure l'employeur de se conformer à la loi ;
- délivrer un arrêt temporaire des travaux ou de l'activité en cas d'exposition des salariés à des risques graves et mortels ;
- adresser à l'employeur un avertissement ;
- prononcer à l'encontre de l'employeur une amende.

• Mission de prévention

La mission de prévention assurée par l'inspecteur du travail s'opère particulièrement dans le domaine des risques professionnels et des conditions de travail. Il bénéficie de prérogatives pour prévenir les risques professionnels et constater les infractions pénales relatives :

- aux discriminations ;
- au délit de harcèlement moral et sexuel ;
- à l'interdiction de fumer et de vapoter dans les lieux affectés à un usage collectif.

Il veille également au respect des règles relatives à la santé et à la sécurité des travailleurs et constate, s'il le faut, l'insuffisance des moyens de protection.

L'inspecteur du travail délivre une information et des conseils quant aux droits et obligations, destinés tant aux employeurs qu'aux représentants du personnel.

Il permet en outre de faciliter la conciliation amiable et la communication entre les parties en cas de conflits collectifs. Il représente donc un interlocuteur privilégié en cas de difficulté.

Dans certains cas, il a un pouvoir de décision, notamment dans le cadre du licenciement d'un représentant du personnel.

Cependant, il n'est pas compétent pour intervenir dans le cadre de litiges individuels liés au contrat de travail.

➤ Faire une demande de reconnaissance en maladie professionnelle ou en accident du travail n'est-il pas reconnaître l'imputabilité de l'état de santé du patient à une origine professionnelle ?

Remplir un formulaire d'arrêt de travail ou de maladie professionnelle signifie que le médecin envisage un lien entre la maladie (ou l'accident) et le travail.

In fine, c'est la CPAM (avec ou sans l'avis de la CRRMP) qui prend la décision, si bien que la démarche du médecin n'est pas, en elle-même, créatrice de droit.

Par contre, établir un certificat médical sur lequel le médecin **décide d'un lien de causalité entre la dépression et le travail** est beaucoup plus chargé de conséquences, surtout lorsqu'il est produit dans le cadre d'une procédure judiciaire.

Nombre de condamnations ordinales ont été prononcées suite à la contestation par les employeurs de certificats « manquant de prudence ».

C'est pourquoi le médecin traitant ne peut rien affirmer sur le travail dans l'entreprise, les agissements de l'employeur, la qualité du management, etc. Tout au plus, il pourrait reprendre, **entre guillemets**, certains propos de son patient.

De son côté, le médecin du travail peut établir ce lien car il connaît l'entreprise ; il peut alors en tirer toute conséquence, comme une inaptitude (partielle ou totale) ou des aménagements de poste.

➤ Le médecin traitant du patient peut-il communiquer librement avec le médecin du travail ?

L'[article L. 1110-4](#) du Code de la santé publique (issu de la loi du 26 janvier

2016) prévoit notamment les principes suivants :

- « **Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social** ».
- « **Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe** ».
- « **Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés** ».
- « **La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment** ».

• L'équipe de soins

Pour la mise en œuvre de cet article, l'équipe de soins doit être entendue comme « *un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes* ». Entre la médecine du travail et la médecine de soins, les missions et les moyens sont différents, même s'ils tendent tous vers la prévention et la prise en charge des personnes atteintes de troubles dépressifs.

• Communication médecin du travail/ médecin traitant

Si la communication du médecin du travail vers le médecin traitant (avec accord du salarié)

ne pose pas de difficulté pour organiser la prise en charge, la communication du médecin traitant au médecin du travail est quant à elle plus problématique et implique un risque de poursuite ordinaire, car elle peut porter tort au patient (restriction d'aptitude, voire inaptitude, pouvant conduire à la rupture du contrat de travail). Rappelons que, d'une manière générale, les principes du secret professionnel interdisent au médecin traitant de communiquer quoi que ce soit au médecin du travail.

- **Les missions du médecin du travail**
 Le CNOM, dans ses recommandations sur les dispositifs de prise en charge des risques psychosociaux dans l'entreprise, précise que « *l'écoute d'un salarié en détresse est un acte médical qui entre totalement dans le champ de compétence du médecin du travail* ».

Il en résulte que « *le médecin du travail doit être le point d'entrée et le pivot de tout dispositif de prise en charge des risques psychosociaux* ». On ne peut être plus clair sur la légitimité de l'action des médecins du travail dans ce domaine.

➤ Quelles sont les obligations de l'employeur dans la prévention des risques psychosociaux ?

- **Une obligation générale de sécurité (article L. 4121-1 du Code du travail)**
 Il revient à l'employeur :
 - d'évaluer les risques, y compris psychosociaux ;
 - de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale de ses salariés.

Cette obligation générale repose sur une approche globale de la prévention des risques professionnels. Il ne s'agit pas seulement de rechercher la conformité à des obligations précises mais d'**obtenir le résultat attendu (assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des salariés)**.

Pour organiser la prévention des risques psychosociaux en entreprise, l'employeur se fonde sur les principes généraux de prévention. Parmi ces principes (article L. 4121-2 du Code du travail), figure notamment la nécessité de :

- **combattre les risques à la source et d'adapter le travail à l'homme**. Cela implique

d'intervenir le plus en amont possible pour prévenir les risques psychosociaux : conception de postes de travail adaptés, choix des méthodes de travail et de production, en vue par exemple de limiter le travail monotone et le travail cadencé, soutien technique aux opérateurs pour la réalisation des activités, adaptation des charges de travail... Une mention toute particulière doit être faite à propos du management, qui peut être source de souffrance au travail tant pour les personnes encadrées que pour le manager lui-même ;

- **planifier la prévention en y intégrant dans un ensemble cohérent** la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants, notamment les risques liés au harcèlement moral et au harcèlement sous toutes ses formes.

• Une obligation de résultat

L'employeur doit veiller à la mise en œuvre effective de ces mesures pour obtenir un changement des pratiques et une amélioration des situations existantes.

La mise en conformité ne suffit pas. Il est impératif de parvenir à l'effet escompté.

En France, la jurisprudence considère qu'il s'agit d'une obligation de sécurité de résultat et pas uniquement de moyens, avec néanmoins certains aménagements.

➤ Quel est le rôle de la CSSCT ?

Il s'agit d'une commission du Comité Social Economique (CSE) qui agit par délégation sur les questions de santé, de sécurité et de conditions de travail (ordonnances du 22 septembre 2017).

En collaboration avec le médecin du travail, la CSSCT a la possibilité de :

- saisir l'inspection du travail ;
- réaliser des inspections dans ses services ;
- réaliser des enquêtes (communes avec la DRH) sur des situations graves (exemple : le harcèlement au travail) ;
- faire une déclaration de péril grave et imminent obligeant l'employeur à agir.

La CSSCT a, dans l'entreprise, un rôle clé pour la prévention et le traitement des risques psychosociaux. ■

Praticien hospitalier en médecine d'urgence au CHU d'Amiens, le Docteur Carole Amsallem a été sollicitée au moment de la création des Centres de Formation des Assistants de Régulation Médicale (CFARM) pour en être coordinateur scientifique aux côtés du Docteur Alain Facon de Lille.

Elle a accepté de répondre à nos questions sur cette nouvelle formation nationale plébiscitée par les ARM en poste. Quels en sont les objectifs ? Quel est son contenu ? Quel bilan un an après sa création ?

La nouvelle formation des Assistants de Régulation Médicale (ARM)

DR CAROLE AMSALLEM, PRATICIEN HOSPITALIER, CHEF DE SERVICE DU CENTRE D'ENSEIGNEMENT DES SOINS D'URGENCE (CESU 80), RÉFÉRENTE PÉDAGOGIE ET SIMULATION DE SIMUSANTÉ, CONSEILLÈRE SCIENTIFIQUE DU CENTRE DE FORMATION DES ASSISTANTS DE RÉGULATION DU G4 (CFARM G4)

➤ Pouvez-vous nous rappeler le contexte de la création des CFARM ?

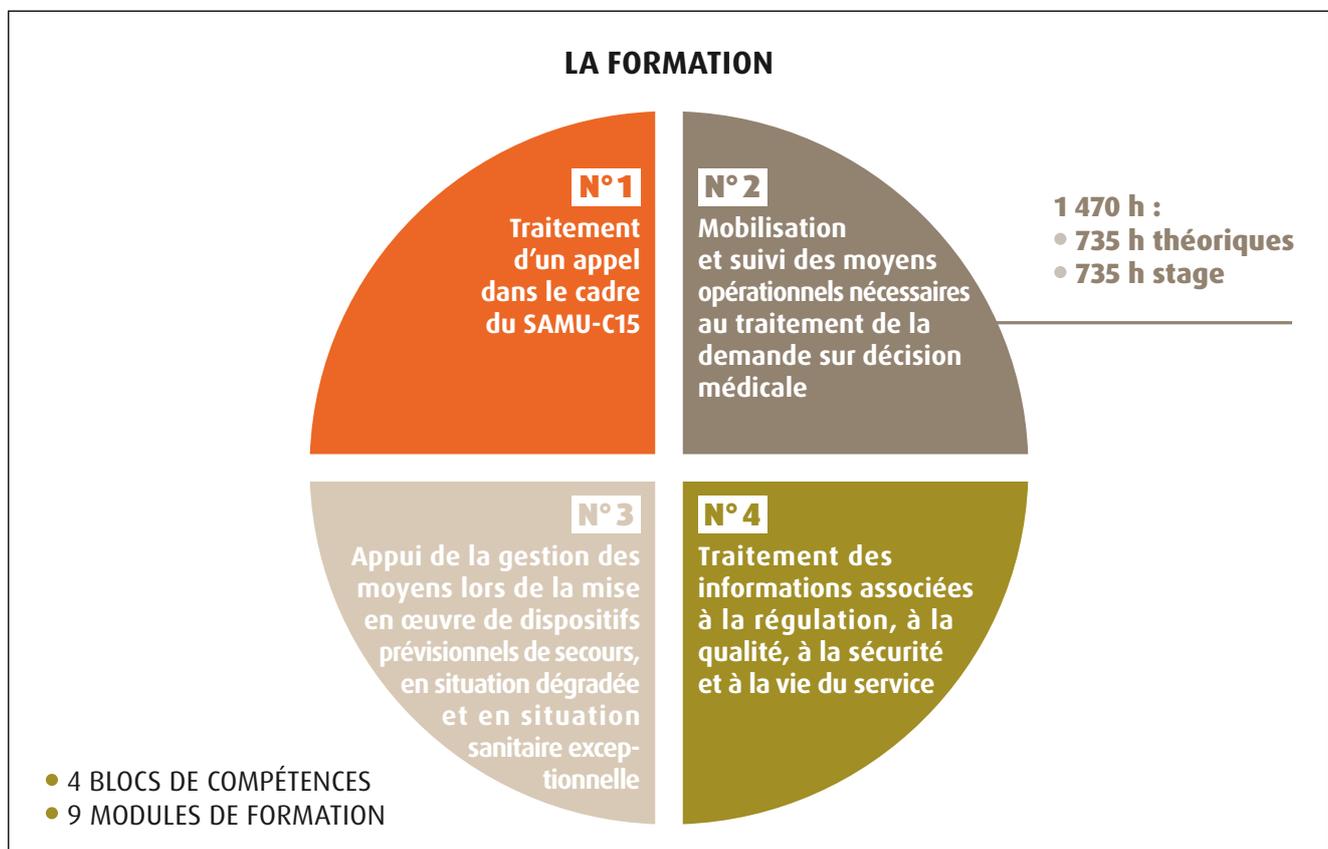
À ma connaissance, il n'y avait jusqu'alors que deux écoles qui formaient des Assistants de Régulation Médicale (ARM) en post-bac (Paris et Lille).

Par ailleurs, la majorité des ARM étaient formés sur le terrain en compagnonnage avec des délais de formation plus ou moins rapides.

Les ARM en poste étaient très demandeurs d'une formation nationale et c'est dans un contexte très difficile – le décès d'une jeune femme après avoir appelé le SAMU – que le processus de la création de CFARM s'est accéléré.

➤ En quoi consiste la formation des ARM ?

La formation comprend les 4 blocs de compétences suivants :





« LES ÉLÈVES BÉNÉFICIENT D'UNE SALLE DE RÉGULATION SIMULÉE POUR APPRENDRE À "TRAITER" LES APPELS. »

© DR

En plus des cours magistraux, les élèves bénéficient à Amiens, d'une salle de régulation simulée, de cours pour apprendre à « traiter » les appels.

Pour leur permettre d'avoir une connaissance réelle du parcours patient, des stages sont réalisés sur le terrain dans les SAMU, les SMUR, chez les pompiers, dans des centres d'appels, chez les ambulanciers, en secteur psychiatrique...

Nous proposons également des modules relatifs à la qualité, à la sécurité et à la vie de service, qui familiarisent les futurs ARM à la gestion d'un événement indésirable, leur apprennent ce qu'est un risque, comment le gérer et le traiter.

Enfin, les étudiants sont formés à la prise en charge en régulation de situations sanitaires exceptionnelles, telles celle que nous avons vécue avec la Covid et la recrudescence des appels, ou la gestion d'un accident de la route avec plusieurs véhicules, plusieurs victimes, ou encore par exemple la gestion d'un incendie... Ces simulations leur apprennent à gérer les moyens nécessaires pour les situations exceptionnelles en restant attentifs aux situations quotidiennes.

Il s'agit d'une formation professionnalisante comme il en existe peu, composée de 50 % d'enseignements et de 50 % de stage, qui, à terme, permet d'acquérir les compétences et l'autonomie nécessaires au futur poste d'ARM.

➤ Des enseignements dédiés à l'analyse des profils de l'appelant et la gestion des appels sont-ils prévus ?

Nous avons mis en place des simulations destinées à la gestion des appels particuliers (une maman paniquée, une personne agressive au téléphone, une situation sanitaire exceptionnelle...). Ces simulations sont suivies de débriefings pour définir des principes de prise en charge qui permettent d'adapter la communication afin de pouvoir réguler tous types d'appelants.

Les ARM ont un métier difficile avec un impact important sur le plan psychologique parce qu'ils sont en première ligne et, en plus d'apprendre à gérer les appels, ces simulations leur donnent des pistes pour apprendre à gérer leurs propres émotions.

➤ Quel est le financement de cette formation ?

Le montant de cette formation a été fixé de façon nationale par le ministère à 8 000 €.

Nous accueillons différents profils. De jeunes gens en post-bac, financés par l'État, des personnes financées par Pôle emploi, ainsi que des agents financés par la promotion professionnelle ou lors de reconversion des hôpitaux.

➤ Les ARM en poste devront-ils suivre une formation ?

Un carnet reprenant l'ensemble des objectifs de cette formation est remis aux ARM en poste. Ils bénéficient d'une entrevue avec leur cadre pour déterminer où ils en sont de l'acquisition de ces objectifs et de la nécessité ou non de suivre une formation.

Ce carnet nous est alors retourné avec les informations sur les acquis et les éventuels besoins. Les ARM auront alors un délai de 5 ans pour bénéficier d'une formation complète ou d'un complément de formation.

D'ailleurs, d'autres profils que les ARM en poste peuvent bénéficier des modules de formation par le biais d'une VAE. Par exemple, une personne qui fait de la téléphonie à SOS Médecins pour valider ses acquis par le biais du module sur la prise d'appel, un ambulancier dans un SMUR qui fait de la régulation de temps en temps...

S'agissant des compléments de formation, les plus sollicités sont :

- la gestion des situations sanitaires exceptionnelles,

- la gestion des événements indésirables,
- la formation en anglais.

➤ **Quel bilan dressez-vous de cette première année de formation ?**

Il s'agit d'un bilan très positif, et ce malgré la situation particulière à laquelle nous avons dû faire face suite à la crise sanitaire.

Nous avons eu la chance d'avoir un groupe de personnes très dynamiques qui nous ont fait part de leurs retours sur cette première promotion, ce qui nous a fourni de nouvelles pistes pour les suivantes.

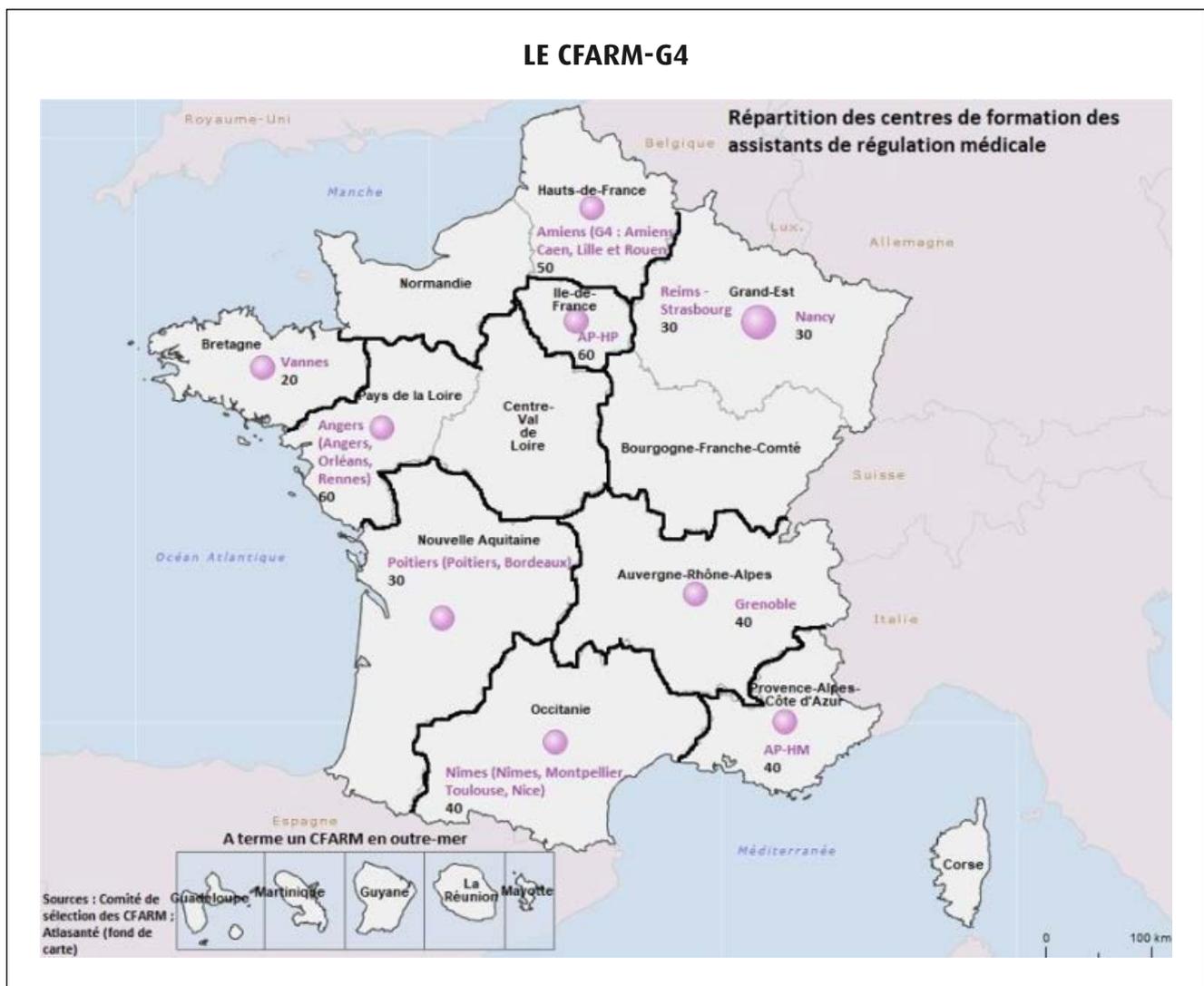
Nous avons pu voir une réelle progression dans cette équipe de première session d'ARM. La plupart des participants n'avaient jamais pris un appel en régulation et ont pu acquérir une autonomie avec un socle de connaissances solides

par le biais de techniques pédagogiques adaptées, d'une alternance et d'un tutorat.

Ils ont pu bénéficier de l'encadrement bienveillant d'ARM en poste qui leur ont montré que leur métier, compliqué mais passionnant, avait une vraie valeur ajoutée vis-à-vis de la population.

➤ **Est-ce que les questions de responsabilité préoccupent vos étudiants ?**

Nous avons pu constater que les questions de responsabilité préoccupent les étudiants, et ce dès le premier jour et notamment lorsque les missions du médecin régulateur ont été abordées. Des discussions fort intéressantes en ont découlé lors desquelles leur formateur leur a rappelé les rôles de chacun : le leur qui est d'identifier les indices de gravité lors du décroché d'appel, et celui du médecin régulateur, à même de savoir si des moyens doivent être déployés selon les situations identifiées. ■



La sortie précoce des malades chirurgicaux expose aujourd'hui le médecin généraliste à des mises en cause de sa responsabilité pour retards diagnostique et thérapeutique. Il est également chargé désormais de la surveillance de ces patients, entre leur sortie de chirurgie et leur premier RDV post-opératoire avec le chirurgien.

La responsabilité du médecin traitant après la chirurgie

JEAN-ÉDOUARD CLOTTEAU, CHIRURGIEN VISCÉRAL CONSEIL, MACSF

➤ Les complications post-opératoires

Les complications spécifiques à chaque spécialité peuvent survenir pendant cette période et engager le pronostic vital à court terme ; elles ne doivent pas être négligées et imposent de réagir médicalement sans le moindre retard.

Les exemples suivants, issus de déclarations récentes à la MACSF, illustrent ces risques.

➤ En chirurgie ambulatoire

S'il est le plus souvent aisé de relier la complication à l'intervention récente, il est souvent impossible en ville d'en faire le diagnostic rapidement.

Il peut s'agir :

- de tableaux hémorragiques plus ou moins évidents ;
- de douleurs anormales non calmées par les antalgiques prescrits par le chirurgien ;
- de troubles respiratoires, circulatoires ou tensionnels faisant craindre une embolie ou une infection sévère.

Les délais mis à obtenir le résultat d'examens que vous pourriez avoir demandés sont souvent trop longs, à l'origine de retards thérapeutiques préjudiciables parfois fatals, notamment lors du week-end.

« LES DÉLAIS MIS À OBTENIR LE RÉSULTAT D'EXAMENS SONT SOUVENT TROP LONGS, À L'ORIGINE DE RETARDS THÉRAPEUTIQUES PRÉJUDICIALES PARFOIS FATAUX. »

Renvoyer immédiatement tout opéré récent et suspect d'une complication dans le service d'origine, après s'être assuré qu'il y sera accueilli, le type de transport dépendant de l'état du patient (propres moyens, ambulance simple, SAMU).

Exemple

Il s'agit d'un patient de 52 ans, opéré le vendredi d'une hernie inguinale sous cœlioscopie, en ambulatoire.

Pas de problème à la sortie, avec antalgiques et Lovenox. Des vomissements apparaissent le samedi, avec des douleurs abdominales et une impression de malaise. Le médecin traitant, appelé en visite, prescrit du Vogalène®, augmente les antalgiques et conseille des examens biologiques pour le lundi matin.

Le patient va décéder dans la nuit d'un choc septique irréversible : l'autopsie objectivera une péritonite par plaie méconnue du grêle. Le chirurgien et le généraliste seront reconnus responsables.

➤ En chirurgie bariatrique

Toutes les techniques (anneau, sleeve, by-pass) exposent au risque de complications plus ou moins précoces.

La complication redoutée et fréquente (2 à 4 % des opérés) dans cette chirurgie de plus en plus pratiquée (40 000 opérés par an en France) est représentée par les fistules et la péritonite.

Un signe d'alarme, univoque, suffit pour alerter le praticien : non pas tant la fièvre ou la douleur, parfois masquées par les médicaments, que l'accélération du pouls.

Il signifie, la plupart du temps, la nécessité d'une réintervention d'urgence.

Toute tachycardie survenant au décours d'une intervention bariatrique impose la réhospitalisation en urgence du patient pour réalisation d'un scanner.

Exemple

Il s'agit d'une patiente obèse de 32 ans, opérée deux jours auparavant d'une sleeve et autorisée à un retour à domicile après examens de contrôle et reprise de l'alimentation.

Appel 48 heures après au médecin traitant en raison de douleurs abdominales, de frissons et d'une tachycardie.

Prescription d'antalgiques plus puissants, d'une NFS, CRP pour le lendemain.

Dans la nuit, choc et appel au SAMU : le scanner objectivera une péritonite par fistule au niveau de la suture. Réintervention en urgence de toilette et drainage.

Guérison après 8 semaines de soins et réanimation. Pas de responsabilité du chirurgien, car complication aléatoire, mais responsabilité du médecin traitant pour retard au diagnostic ayant induit une perte de chance de guérison plus rapide et simple.

« LES MÉDECINS TRAITANTS DOIVENT REDOUBLER DE VIGILANCE ET DE PRUDENCE VIS-À-VIS DE LEURS PATIENTS PLUS OU MOINS RÉCEMMENT OPÉRÉS. »



➤ Les complications tardives de la chirurgie digestive

Les complications digestives ne doivent pas être négligées par le médecin traitant, car elles peuvent survenir à distance de l'acte chirurgical.

Toujours y penser, être uniciste : quand un trouble quelconque apparaît dans les semaines ou les premiers mois (parfois 3-4 mois, voire plus) qui suivent une intervention chirurgicale, posez-vous la question : n'est-il pas en rapport avec l'acte chirurgical déjà oublié ?

Si l'évidence d'un diagnostic associé n'apparaît pas, plutôt que d'entreprendre des investigations tous azimuts, au moindre doute, réadresser le patient en consultation chirurgicale.

Exemple

Il s'agit d'une patiente de 32 ans, opérée 3 mois avant d'une sleeve pour obésité.

Suites initiales simples, mais tableau infectieux pulmonaire traité par antibiothérapie ; radios non contributives.

Il s'agissait d'une fistule gastro-pulmonaire sur une fistule qui avait mis 3 mois à migrer dans le thorax.

Retard diagnostique reproché au généraliste pour n'avoir pas demandé le scanner conseillé par le radiologue.

➤ En conclusion

Face à ces menaces médico-légales de plus en plus fréquentes, les médecins traitants doivent redoubler de vigilance et de prudence vis-à-vis de leurs patients plus ou moins récemment opérés. ■

« RENVOYER IMMÉDIATEMENT TOUT OPÉRÉ RÉCENT ET SUSPECT D'UNE COMPLICATION DANS LE SERVICE D'ORIGINE. »

Nombreux sont les médecins qui répondent à des appels téléphoniques de patients pendant leurs consultations au cabinet, pour donner des renseignements rapides, des conseils ou pour commenter des résultats d'examen.

Cette pratique n'est pas sans risques : interruption de la consultation en cours au cabinet, perte de concentration, agacement du patient présent qui n'a plus toute l'attention de son médecin, non-respect du secret médical si des informations concernant le patient qui appelle sont divulguées...

Comment se prémunir de tels risques ?

Consultation interrompue par l'appel téléphonique d'un patient : quels sont les risques ?

STÉPHANIE TAMBURINI, JURISTE, MACSF

➤ Les inconvénients et risques pour le patient présent

Le patient qui est présent au cabinet peut légitimement être agacé de voir sa consultation interrompue et l'attention du médecin dispersée, notamment au stade de l'interrogatoire ou d'une discussion. Il peut avoir le sentiment d'être moins écouté – et donc moins bien pris en charge – voire d'être « expédié » par son médecin par manque de temps.

La situation peut même devenir dangereuse si, au moment de l'appel, il se trouve sur la table d'examen, obligé de patienter et laissé sans surveillance, surtout s'il s'agit d'une personne fragile ou âgée.

➤ Les inconvénients et risques pour le patient appelant

Pour le patient qui appelle, la disponibilité du médecin est avant tout un avantage. Elle lui permet d'obtenir rapidement une réponse à ses questions qui, sans être urgentes, le préoccupent suffisamment pour justifier un appel : avis sur un symptôme, retour sur des résultats d'examen, conseil pour être rassuré.

Mais lorsque l'appelant expose sa situation à son médecin, celui-ci peut alors se trouver amené, pour lui répondre, à divulguer, même superficiellement, des informations confidentielles sur sa santé devant le patient présent dans le cabinet et dont la consultation a été interrompue. Il existe donc un risque de non-respect du secret médical.

Enfin, le patient doit garder à l'esprit qu'un appel téléphonique ne peut fournir au médecin des enseignements aussi précis qu'une consultation en cabinet. S'il n'est pas clair dans ses questions ou expose sa situation de façon erronée, il ne permet

pas au médecin d'apporter la réponse la plus adaptée et prend donc un risque.

➤ Les inconvénients pour le médecin

Se montrer disponible pour ses patients au téléphone présente l'avantage d'éviter certaines consultations inutiles et permet

un gain de temps, notamment dans les périodes de forte affluence au cabinet médical. Cette disponibilité est généralement très appréciée des

patients qui sont rassurés de pouvoir joindre leur praticien quand ils en ont besoin.

Mais les inconvénients pour le médecin sont nombreux :

- l'interruption dans le cours de sa consultation peut lui faire « perdre le fil » de sa démarche médicale. Distrayant par l'appel, il peut alors « oublier » un élément révélé par le patient présent dans son cabinet, ou oublier de tracer l'appel dans le dossier du patient appelant ;
- si les appels sont nombreux dans la journée, il peut en découler une perte de temps importante et un retard dans le planning des consultations. Cela génère un stress inutile et un mécontentement des patients présents au cabinet ;
- interrompu dans sa consultation et ne disposant pas nécessairement de tous les éléments médicaux nécessaires, le médecin peut « passer à côté » d'un signe d'alerte chez le patient qui l'appelle ;
- le médecin ne peut pas toujours s'assurer de l'identité de l'appelant. Il n'est donc pas à l'abri d'un appel d'une personne qui cherche à avoir des renseignements sur un tiers et qui se fait passer pour lui pour les obtenir avec, à la clé, le risque de trahir le secret médical ;

« POUR LE PATIENT QUI APPELLE, LA DISPONIBILITÉ DU MÉDECIN EST AVANT TOUT UN AVANTAGE. »

- si le médecin accepte trop facilement de prendre les appels, certains patients peuvent être tentés d'en abuser, et de multiplier les sollicitations pour des motifs futiles ou ne justifiant pas d'interrompre une consultation.

➤ Comment gérer au mieux les appels téléphoniques pendant les consultations ?

Avant toute chose, le médecin doit être conscient qu'il n'est pas obligé de répondre aux appels téléphoniques de ses patients pendant les consultations, sauf cas d'urgence. S'il choisit de se montrer disponible pour ces appels « courants », il doit alors prendre certaines précautions pour que cela ne désorganise pas le cabinet et ne nuise pas aux patients présents.

Il peut par exemple :

- faire filtrer les appels par son secrétariat, auquel il aura préalablement donné des directives pour distinguer les situations qui justifient de passer l'appel.

Lire à ce sujet : [Appels téléphoniques des patients au cabinet : quelques précautions s'imposent !](#) ;

- définir dans le planning de la journée des plages horaires dédiées aux appels des patients, même si cette solution est parfois difficile à mettre en œuvre, la plupart des patients appelant avant tout au moment où ils en ont besoin...
- être bref dans ses réponses : cela permet d'éviter des digressions inutiles qui pourraient faire durer l'entretien plus que nécessaire. Ne pas se montrer trop prolixe évite aussi de risquer de divulguer des informations couvertes par le secret médical. Néanmoins, à partir du moment où le médecin a fait le choix de répondre, il ne doit pas traiter l'appel de manière trop expéditive, au risque de négliger certains détails importants et d'engager ainsi sa responsabilité en dispensant des conseils inadaptés ou en ne prenant pas le temps de poser les bonnes questions ;
- si la situation exposée par l'appelant le justifie, et s'il n'y a pas d'urgence particulière, il peut être souhaitable d'apporter une réponse différée, en proposant au patient de le rappeler ultérieurement, après la consultation ou entre deux rendez-vous. Cela permet à la fois de ne pas pénaliser le patient présent au cabinet, et d'apporter une réponse plus précise à l'appelant sans risque de trahir le secret médical. S'il existe un doute sur l'identité réelle de l'appelant, ce peut être aussi un moyen de faire quelques vérifications avant de répondre ;

« SE MONTRER DISPONIBLE POUR SES PATIENTS AU TÉLÉPHONE PRÉSENTE L'AVANTAGE D'ÉVITER CERTAINES CONSULTATIONS INUTILES ET PERMET UN GAIN DE TEMPS. »

- il ne faut pas hésiter à se montrer ferme avec les patients qui seraient tentés de recourir systématiquement à un appel téléphonique en lieu et place d'une consultation au cabinet. S'il

est concevable qu'un patient appelle pour solliciter un conseil ou avis ponctuel, il ne doit pas, en revanche, en faire un mode de fonctionnement habituel, qui le dispenserait de se déplacer. Si le médecin pratique la téléconsultation, il peut la proposer aux patients qui appellent ;

« DISTRAIT PAR UN APPEL PENDANT UNE CONSULTATION, LE MÉDECIN PEUT "OUBLIER" UN ÉLÉMENT RÉVÉLÉ PAR LE PATIENT PRÉSENT DANS SON CABINET. »

- même si cela semble aller de soi, il ne faut pas oublier de s'excuser pour l'interruption auprès du patient présent dans le cabinet, ou de le remercier pour sa patience si l'appel a duré quelques minutes. S'en abstenir peut donner le sentiment que le praticien a accordé plus d'intérêt et d'importance au patient qui l'a appelé qu'à celui qui est venu le consulter, et donc générer un mécontentement ou une défiance.

➤ Quelles sont les responsabilités encourues par le médecin ?

Lorsqu'une consultation est interrompue par l'appel téléphonique d'un patient, le médecin peut engager sa responsabilité, tant à l'égard du patient qui appelle que de celui qui se trouve en face de lui au cabinet.

• La responsabilité à l'égard du patient qui appelle pendant une consultation

Parce qu'il peut être amené à prendre une décision médicale (par exemple, conseil de consulter, de prendre tel ou tel médicament, etc.) concernant celui qui lui a demandé un avis par téléphone, il doit y consacrer le temps et les moyens nécessaires, ce qui ne sera possible qu'à la condition de ne pas laisser ces appels empiéter de façon trop importante sur le planning de la journée. Le médecin doit aussi prendre soin de mentionner cette décision dans le dossier médical. En effet, il peut être utile de se prémunir contre une mise en cause ultérieure par un patient qui reprocherait une décision inadaptée qui lui a porté préjudice.

• La responsabilité à l'égard du patient en consultation interrompue par un appel

En ce qui concerne le patient présent en face de lui, le médecin peut se voir reprocher de ne pas lui avoir consacré toute l'attention et le temps nécessaires s'il laisse les appels empiéter de façon trop importante sur la consultation. S'il est distrait par les sollicitations extérieures, il peut commettre des erreurs (par exemple dans la posologie d'un médicament) qui peuvent donner lieu à une mise en cause.

Aussi, s'il est tout à l'honneur du médecin de se rendre disponible, autant que possible, pour ses patients qui le sollicitent, il doit veiller à un bon « dosage » pour éviter de se retrouver débordé et mis en défaut. ■

Au fil des décennies, la pratique des visites à domicile se révèle être en déclin, voire même en voie de disparition.

Le Dr Grau, médecin généraliste, nous relate à travers des témoignages de patients qu'il consulte, leur détresse de ne plus voir leur médecin traitant habituel se déplacer à leur domicile. Bon nombre de ses confrères ont cessé ce type de consultation et d'autres privilégient les consultations « connectées ». Ce récit met en lumière une situation problématique qui déconcerte de plus en plus les patients et plus particulièrement les personnes âgées qui ne peuvent se déplacer en dehors de leur domicile...

La visite à domicile du médecin généraliste, pratique en voie de disparition

DR ROBERT GRAU, MÉDECIN GÉNÉRALISTE

➤ Histoire de patients privés de soins à domicile

Dernièrement, la pharmacienne proche de mon cabinet a donné mes coordonnées à deux patientes âgées du quartier, lesquelles cherchaient un médecin « faisant encore » des visites à domicile.

Je précise en effet que je fais partie des rares médecins généralistes de ma commune à effectuer des visites à domicile.

L'une de ces patientes m'appelle : elle m'explique que son médecin traitant la suivant depuis plus de 15 ans, lui a annoncé que, dorénavant, il ne faisait plus de visite à domicile et qu'il fallait qu'elle trouve un autre médecin. Cette patiente, âgée de 92 ans, vivant seule avec de grandes difficultés pour se déplacer (polyarthrosique, cardiaque et porteuse d'une Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age [DMLA]), ne peut se rendre au cabinet de son médecin. Ayant toutes ses facultés par ailleurs, elle ne comprend pas.

L'autre patiente, quant à elle âgée de 96 ans, bien sur le plan cognitif et moteur, s'est entendue dire par son médecin traitant la suivant également depuis de nombreuses



© ADBESTOCK

années, qu'il ne prenait plus que des patients « connectés » ! « *Cela veut dire quoi, Docteur ?* ».

Le cas de ces deux patientes, très agréables, perturbées par l'attitude de leur médecin, me fait réagir sous la forme d'un billet d'humeur.

Je me souviens qu'au début de mon activité (les années 90), il était encore possible de réaliser des radiographies au domicile des patients, d'obtenir une consultation ORL ou ophtalmo, ou encore un avis auprès d'un chirurgien-dentiste. Que nenni, en 2020, cela n'existe plus !

« JE FAIS PARTIE DES RARES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE MA COMMUNE À EFFECTUER DES VISITES À DOMICILE. »

➤ La visite à domicile, une pratique en forte diminution...

Et oui, la visite à domicile est une pratique rare en médecine générale et totalement disparue en médecine spécialisée.

« LA VISITE À DOMICILE EST UNE PRATIQUE RARE EN MÉDECINE GÉNÉRALE ET TOTALEMENT DISPARUE EN MÉDECINE SPÉCIALISÉE. »

Les techniques modernes auraient-elles pris l'ascendant sur une prise en charge humaniste ? Les médecins généralistes n'effectuent plus de visites à domicile, déléguant cette pratique aux services d'urgences, SOS ou SAMU. Je me suis même entendu dire que certains médecins SOS avaient leur propre patientèle, vue exclusivement en visite.

La France, en 2001, était le pays européen qui réalisait le plus grand nombre de visites à domicile. Mais **le nombre de ces visites est passé de 77 millions en 2000 à 22 millions en 2016.**

• **Les effets du système de tarification pour les visites à domicile**

Pour mémoire, rappelons un accord entre les médecins et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, signé en 2002, visant à mettre en place un nouveau système de tarification pour les visites à domicile, variant selon la justification médicale et ajoutant une majoration de 10 euros pour le déplacement (actuellement : consultation à 25 euros et déplacement à 10 euros, soit une visite à 35 euros). Cette nouvelle tarification, qui visait à réduire de 5 % le nombre de visites, a eu un effet bien plus massif, avec une réduction de 22,5 % au bout d'une année.

• **L'utilité d'évaluer au cas par cas à travers des critères socio-médicaux**

Il me semble que c'est au médecin d'apprécier la capacité du patient à se déplacer, sur des critères médicaux (patient de plus de 75 ans en Affection de Longue Durée [ALD], patient ayant fait un AVC, patient vu 10 jours après une intervention chirurgicale, patient en Hospitalisation A Domicile [HAD]) et critères sociaux (patient de plus de 80 ans, patient dont la composition de la famille a une incidence sur la capacité à se déplacer au cabinet). Dans ces cas, la cotation sera MD (Visite justifiée médicalement et ECG en visite), tarif 35 euros, remboursable.

Si le déplacement n'est pas justifié, libre au médecin de fixer le montant de sa visite, celle-ci n'étant remboursable que sur la base de la consultation à 25 euros.

De nos jours, la part de la visite à domicile représente autour de 5 % du nombre total d'actes effectués, avec des disparités régionales et entre milieu urbain et milieu rural. Les départements dans lesquels les généralistes effectuent le plus de visites sont les départements où l'indice de vieillissement est élevé (Dordogne), les départements montagneux et/ou forestiers (Haute Corse, Aude).

• **L'ambivalence de l'approche relative à la visite à domicile pour les médecins généralistes**

Du fait de ces conditions tarifaires, il paraît évident que la visite à domicile est très chronophage, surtout dans les grandes villes, par rapport à une consultation au cabinet.

Déjà, le temps consacré aux soins est largement amputé, entre autres par des tâches administratives ou de coordination

des soins mais aussi par le développement professionnel continu.

Pour 90 % des médecins généralistes, le prix de la visite à domicile n'est pas à la hauteur de la tâche. Pour certains, la visite à domicile serait même délétère du fait des mauvaises conditions d'examen au domicile. Pour d'autres, la visite à domicile peut être pourvoyeuse de satisfaction, élément de rupture dans la journée, de service au patient ; elle participe à la genèse d'un sentiment d'accomplissement. Le médecin peut aussi trouver une satisfaction à pratiquer dans des contextes et des modalités variées.

La visite à domicile est imprégnée d'humanisme, avec un rôle social important.

➤ **Le rôle du médecin écarté dans la prise en charge des personnes âgées**

Si l'État a pris des mesures en 2014 avec la revalorisation de l'Allocation

Personnalisée d'Autonomie (APA) - aides pour adapter les logements, donner un nouveau souffle aux foyers logements, reconnaître le rôle des aidants au « répit », prévenir les suicides des personnes âgées -, aucune mesure n'a été mise en place ou annoncée pour valoriser le rôle du médecin généraliste traitant à domicile, pourtant **maillon essentiel de la chaîne des soins de ces personnes âgées.**

➤ **La responsabilité du médecin traitant quant à la traçabilité dans le dossier médical**

En responsabilité médicale, l'élément pourvoyeur de procédures tourne surtout autour du dossier médical du médecin. En effet, bien souvent, les visites sont effectuées sans le dossier médical au domicile. Si une réclamation est émise à l'encontre du médecin pour erreur, retard de diagnostic ou à l'hospitalisation, ou autres, les éléments notés dans le dossier médical seront capitaux pour assurer la défense du médecin.

Il faut toujours noter dans le dossier du patient consulté, soit sur place si on a le dossier (ordinateur) soit au retour au cabinet, tous les éléments cliniques de l'examen effectué au domicile.

Bien entendu, cela n'exonère pas le médecin si une erreur a été commise mais la traçabilité de ce qui a été fait permettra souvent d'expliquer les circonstances de cette éventuelle erreur, situation appréciée rétrospectivement mais souvent peu évidente lors de la visite à domicile.

➤ **La Covid-19 est-elle un facteur malencontreux de relance de la visite à domicile ?**

Bien qu'héritière d'une médecine traditionnelle, la visite à domicile semble également prête à évoluer, le contexte d'infection à coronavirus rappelant douloureusement le besoin d'examen au domicile, avec les précautions d'usage.

Loin d'être figée dans le passé, elle porte les enjeux de l'optimisation de notre système de santé : efficient, de qualité et surtout humain. ■

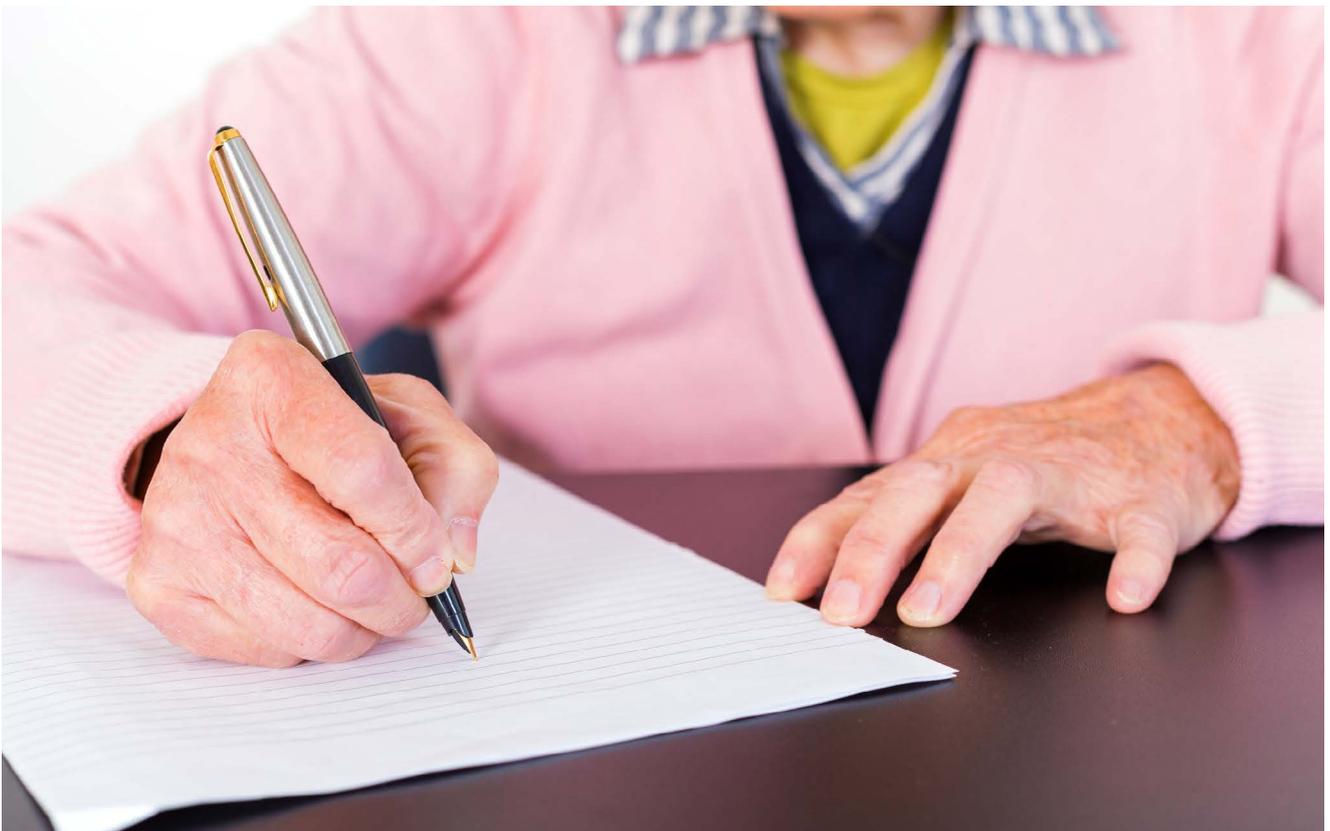
« **LE CONTEXTE D'INFECTION À CORONAVIRUS RAPPELLE DOULOUREUSEMENT LE BESOIN D'EXAMEN AU DOMICILE, AVEC LES PRÉCAUTIONS D'USAGE.** »

C'est un principe qui figure à la fois dans le Code civil et dans le Code de la santé publique : un soignant ne peut accepter un legs consenti par un patient qu'il a pris en charge pour la maladie dont il est décédé.

Peu importe la date à laquelle le diagnostic de la maladie fatale a été posé. C'est ce que rappelle un arrêt de la Cour de cassation du 16 septembre 2020.

Interdiction d'accepter un legs d'un patient, peu importe la date du diagnostic de la maladie fatale

STÉPHANIE TAMBURINI, JURISTE, MACSF



© GETTY IMAGES

➤ Un legs généreux et contesté

Une femme de 80 ans présente depuis plusieurs années des troubles au niveau de l'œil et des fosses nasales. Des soins lui sont prodigués par une infirmière libérale, avec laquelle elle entretient des liens étroits : celle-ci est en effet hébergée à titre gratuit dans la propriété de la patiente depuis une dizaine d'années, à la suite de la prise en charge à domicile de son mari, décédé depuis.

Les troubles s'aggravent au cours de l'été 2012. Des examens sont pratiqués et il est diagnostiqué un cancer le 9 octobre 2012. La patiente subit en urgence une intervention chirurgicale puis est hospitalisée une dizaine de jours avant de rentrer à son domicile, où elle est soignée par radio et chimiothérapie.

La patiente meurt des suites de son cancer en 2014. À l'ouverture de la succession, son frère, héritier non réservataire, découvre

que, par un testament olographe du 5 octobre 2012, la défunte a révoqué toutes dispositions antérieures pour instituer son infirmière pour légataire à titre particulier. Elle lui lègue un véhicule, une maison et tout son mobilier, les deux parts d'une SCI, des comptes bancaires et le contenu d'un coffre-fort, le tout pour une valeur de plus de 865 000 €.

L'infirmière sollicite la délivrance de son legs, mais le frère de la défunte s'y oppose, invoquant une emprise psychologique de la soignante sur sa sœur. Il conteste également la capacité de l'infirmière à bénéficier d'un legs : en effet, l'article 909 du Code civil dispose que « *Les membres des professions médicales et de la pharmacie, ainsi que les auxiliaires médicaux qui ont prodigué des soins à une personne pendant la maladie dont elle meurt, ne peuvent profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires qu'elle aurait faites en leur faveur pendant le cours de celle-ci* ». L'infirmière saisit alors le Tribunal de grande instance.

« IL IMPORTE PEU QUE LE TESTAMENT AIT ÉTÉ RÉDIGÉ QUELQUES JOURS AVANT QUE LE DIAGNOSTIC NE SOIT POSÉ. »

Le jugement, confirmé en appel, conclut à l'absence de preuve d'une emprise de l'infirmière sur la patiente et l'absence d'incapacité de l'infirmière à recevoir un legs.

➤ L'argument de la Cour d'appel : à la date du testament, le diagnostic n'était pas posé

Pour conclure que l'infirmière peut accepter le legs, la Cour d'appel retrace précisément la chronologie des faits.

La patiente a rencontré des problèmes au niveau de son œil dès 2009. Des pièces médicales versées au dossier évoquent un « néoplasme ORL datant de 2011-2012 », le terme néoplasme désignant une tumeur constituée de cellules qui prolifèrent de façon excessive mais qui n'est pas nécessairement maligne. Ces troubles se sont aggravés à l'été 2012. Elle a alors passé un scanner des sinus puis une IRM du massif facial les 2 et 4 octobre 2012. Ces examens ont objectivé un volumineux syndrome de masse au niveau du sinus maxillaire et de la fosse nasale droite, laissant penser à un « papillome inversé », qui est la plupart du temps une tumeur bénigne.

Ce n'est qu'à la suite d'un examen tomodensitométrique, le 8 octobre 2012, suivi de l'exérèse et d'une biopsie, qu'un diagnostic de cancer a été posé le 9 octobre, soit postérieurement à la rédaction du testament litigieux, le 5.

La Cour d'appel considère donc que les conditions d'application de l'article 909 du Code civil ne sont pas réunies : à la date du testament, ni la défunte ni l'infirmière n'avaient connaissance du caractère malin de la masse constatée, et donc

de l'existence d'un cancer. Il ne peut donc être considéré qu'à la date du testament, l'infirmière apportait des soins pour la maladie dont la patiente est décédée.

➤ Pour la Cour de cassation : peu importe la date du diagnostic

La Cour de cassation casse l'arrêt d'appel, par un [arrêt du 16 septembre 2020](#).

La Cour d'appel a commis une erreur de droit en prenant en considération la date du diagnostic, ce qui l'a conduite à ajouter une condition supplémentaire aux dispositions du Code civil.

Selon la Cour de cassation, « *l'incapacité de recevoir un legs est conditionnée à l'existence, au jour de la rédaction du testament, de la maladie dont est décédé le disposant, peu important la date de son diagnostic* ».

En l'espèce, il importe donc peu que le testament ait été rédigé quelques jours avant que le diagnostic ne soit posé. La maladie, prise en charge par l'infirmière, remontait à une date bien antérieure. Le néoplasme s'était développé pendant plusieurs mois avant l'opération, à la suite de laquelle des soins infirmiers nombreux ont été dispensés. Tous ces actes tendaient bien à prendre en charge la maladie durant laquelle le testament a été rédigé et dont la patiente est décédée.

➤ Quelques conseils en cas de litige avec la famille du patient au moment de la succession

L'impossibilité pour un professionnel de santé d'accepter un legs d'un patient qu'il a pris en charge pour la maladie dont il est décédé découle de deux textes.

• Article 909 du Code civil

« *Les membres des professions médicales et de la pharmacie, ainsi que les auxiliaires médicaux qui ont prodigué des soins à une personne pendant la maladie dont elle meurt, ne peuvent profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires qu'elle aurait faites en leur faveur pendant le cours de celle-ci* ».

Les seules exceptions visent les dispositions rémunératoires faites à titre particulier, eu égard aux facultés du disposant et aux services rendus, et les dispositions universelles, dans le cas de parenté jusqu'au quatrième degré inclusivement, quand le défunt n'a pas d'héritiers en ligne directe.

• Article R. 4127-52 du Code de la santé publique

« *Le médecin qui aura traité une personne pendant la maladie dont elle est décédée ne pourra profiter des dispositions entre vifs et testamentaires faites par celle-ci en sa faveur pendant le cours de cette maladie que dans les cas et conditions prévus par la loi* ».

• **En cas de litige avec la famille au moment de la succession**

Le juge examine au cas par cas le respect des dispositions légales et réglementaires. Voici quelques repères pour bien comprendre le cadre posé et se prémunir d'une procédure.

➔ **À retenir**

• **Tout soignant qui a pris en charge un patient pour la maladie dont il est décédé ne peut accepter de legs de ce patient**

Le soignant doit donc dissuader le patient si celui-ci lui fait part de telles intentions de son vivant, et il est souhaitable de renoncer au legs si le soignant ignorait son existence et ne le découvre que lors de l'ouverture de la succession.

« IL EST SOUHAITABLE DE RENONCER AU LEGS SI LE SOIGNANT IGNORAIT SON EXISTENCE ET NE LE DÉCOUVRE QUE LORS DE L'OUVERTURE DE LA SUCCESSION. »

• **L'interdiction ne porte pas sur les soignants qui ont dispensé des soins pour un autre motif que la maladie qui s'est avérée fatale**

Les textes interdisant aux soignants l'acceptation d'un legs ne visent que la maladie dont le patient est décédé. Un soignant qui a pris en charge le patient pour une autre pathologie, ou à une époque lointaine, où la maladie n'était pas déclarée, peut en principe accepter un legs. Ce sont des points que le juge vérifiera en cas de litige. C'est justement ce pouvoir souverain d'appréciation du juge qui permettra parfois de trancher les cas délicats où la cause du décès n'est pas connue avec certitude.

• **Peu importe la date du diagnostic**

Le seul fait qu'il y ait eu prise en charge de la maladie qui s'est avérée fatale au patient suffit à interdire le recueil d'une libéralité, même si le diagnostic a été porté après.

• **Le degré de proximité entre le soignant et le patient importe peu, dès lors que des soins ont été dispensés**

Dans cette affaire, l'infirmière avait tenté de mettre en avant sa qualité de « proche » de la patiente, par préférence à celle de soignante. Dans ce but, elle avait produit des éléments attestant de ce que la patiente la considérait comme sa fille.

Mais la nature des relations soignant/patient, aussi étroite soit-elle, ne suffit pas à gommer la qualité de soignant, dès lors qu'il est établi que des soins médicaux ou paramédicaux

ont été dispensés. C'était bien le cas en l'espèce.

• **De manière générale, la prudence s'impose**

Dans tous les cas, que le patient soit décédé ou non de la maladie pour laquelle il a été pris en charge, il faut se montrer extrêmement prudent. Il est préférable de tenter de dissuader le patient de faire un legs lorsqu'il manifeste cette intention, et d'y renoncer spontanément si le legs n'est découvert qu'après le décès. En effet, plus que la protection des intérêts financiers de la famille, c'est l'image et la probité de la profession de soignant qui est en cause dans ce genre de situation. ■



© GETTY IMAGES

“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