

SOMMAIRE



P 2

VIE PROFESSIONNELLE



P 12

ANALYSES DE DÉCISIONS



P 19

SEPTEMBRE 2021 / N° 81 / VOLUME 21

RESPONSABILITÉ

REVUE DE FORMATION SUR LE RISQUE MÉDICAL



P 6

DOSSIER

Remplacement des professions libérales, mode d'emploi





© GETTY IMAGES

POINT DE VUE

4/5

Covid long : patience et longueur de temps...

DOSSIER



Remplacement des professions libérales, mode d'emploi

6/9

Le remplacement des professions médicales

10

Fiche pratique : le remplacement libéral du professionnel de santé

11

Formalités : remplacement des professionnels de santé libéraux

VIE PROFESSIONNELLE

12/14

Médecine d'urgence : les erreurs cognitives dans l'élaboration du diagnostic

15/16

ARS, mode d'emploi

ANALYSES DE DÉCISIONS

17/18

Traçabilité du dossier médical et erreur diagnostique

19/20

Violation du secret médical par un médecin conseil lors d'une expertise judiciaire

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

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

Stéphanie Tamburini
Juriste MACSF

RÉDACTION

Directeur de la publication
Nicolas Gombault

Rédacteur en chef
Germain Decroix

Assistante de rédaction
Sandrine Layani

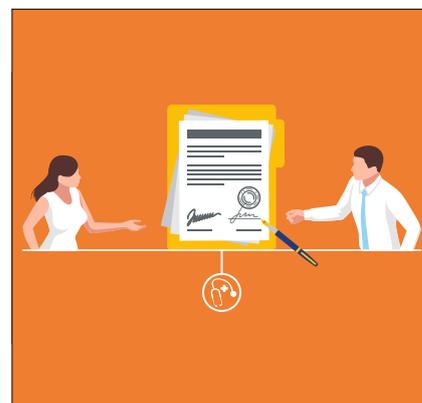
Conception et réalisation
Sophie Magnin

ÉDITEUR

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

Dépôt légal : septembre 2021
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.



Covid long : patience et longueur de temps...

Le « Covid long » désigne la persistance à long terme des symptômes engendrés par une infection à la Covid-19. Observé dans de nombreuses populations, ce syndrome fait l'objet d'études françaises et internationales. Comment guider les praticiens et optimiser leur prise en charge ?

DR CAROLE GERSON, MÉDECIN CONSEIL, MACSF

➤ Des symptômes variés, non spécifiques mais tous durables

En janvier 2021, le *Lancet*¹ publiait les résultats d'une enquête de suivi menée auprès de 1 733 patients atteints de la Covid, hospitalisés à Wuhan entre début janvier et fin mai 2020, qui soulignait la persistance d'au moins un symptôme au-delà de 6 mois dans 76 % d'entre eux.

Les symptômes les plus fréquemment observés étaient par ordre décroissant :

- l'asthénie ou les douleurs musculaires (63 % des cas) ;
- les troubles du sommeil (26 % des cas) ;
- une anxiété ou une dépression (23 % des cas).

Le 2 mars 2021, un article de revue publié dans *Nature Medicine*² rapportait (notamment) les résultats d'une étude de suivi américaine de plus petite échelle, portant sur 488 patients, indiquant cette fois que près d'un tiers d'entre eux se plaignait encore de la persistance d'un symptôme plus d'un mois après le début de la maladie, 18,9 % d'entre eux présentant même une aggravation de celui-ci...

Et les auteurs de conclure que la prise en charge des malades de la Covid doit :

- ne pas s'arrêter à l'hôpital ;
- être nécessairement multidisciplinaire au vu de la variété des symptômes ;

« Une attention spécifique doit être portée aux malades particulièrement exposés au risque de Covid long. »

- sans doute être optimisée par la création de centres dédiés.

Une attention spécifique doit être portée aux malades particulièrement exposés au risque de Covid long, comme les malades ayant eu une infection sévère ou ayant justifié une admission en réanimation, à ceux a priori plus exposés à des complications de par leur âge ou leurs comorbidités...

Dans l'intervalle, de nombreuses études comme de nombreux témoignages sur les réseaux sociaux sont venus attester du caractère polymorphe et très fluctuant de ces symptômes, avec souvent une alternance de poussées et de rémissions.

Ces études ont également mis en exergue l'absence de corrélation entre l'âge, la gravité de la maladie initiale, la durée de la symptomatologie, l'existence de comorbidités et la possibilité de développer un Covid long.

Seul facteur prédisposant retrouvé : une prédominance féminine nette (près de 80 % des cas) avec un âge moyen de 30 à 50 ans (en moyenne 45 ans).

➤ Enfin une définition et des propositions « thérapeutiques »...

Pour lutter aussi contre l'incrédulité ou l'embaras de certains professionnels de santé désarmés face à ces patients à considérer comme « guéris », porteurs ou pas d'anticorps mais pourtant encore bien malades et bien plaintifs des mois plus tard, la Haute Autorité de Santé (HAS) a dû proposer le 12 février 2021³ une définition de ces Covid longs et établir à l'intention des praticiens

[10 fiches pratiques](#) permettant de guider et d'optimiser leur prise en charge.

Trois critères permettent ainsi d'identifier les malades souffrant de symptômes prolongés de la Covid-19 :

- le fait d'avoir présenté une forme symptomatique de Covid-19 ;
- la persistance d'un ou plusieurs des symptômes inauguraux un mois après le début du traitement ;
- le fait qu'aucun des symptômes ne puisse être expliqué par un autre diagnostic.

Dans son communiqué, la HAS y rappelle en outre la nécessité pour les professionnels de santé de :

- faire preuve tant d'écoute que d'empathie ;
- rassurer ces patients quant au caractère réversible de leur situation ;
- les inciter à adopter une bonne hygiène de vie et à pratiquer régulièrement une activité physique, si ce n'est sportive.

L'accent y est également mis sur l'intérêt de leur proposer précocement une prise en charge rééducative mais aussi psychologique, voire psychiatrique, et enfin sur la nécessité, en cas d'échec de ces premières mesures, de les orienter vers des équipes territoriales spécialisées.

➤ ... Mais des praticiens toujours embarrassés

Si l'intérêt de ces recommandations est indéniable pour le praticien du fait de la pluralité des symptômes et de leur caractère non spécifique, un certain nombre de questions demeurent tout de même en suspens...





© GETTY IMAGES

« La HAS a établi 10 fiches pratiques dédiées au Covid long pour guider les praticiens et optimiser leur prise en charge. »

Comment rattacher les symptômes actuels d'un malade ayant présenté des symptômes évocateurs de Covid mais dont on n'a pas la preuve, faute de tests d'identification disponibles ou de positivité de sa sérologie, à un Covid long ?

Les critères diagnostiques énoncés par la HAS ne sont-ils pas d'ores-et-déjà obsolètes alors qu'une très récente étude (française) sur 478 malades, parue le 17 mars dans JAMA⁴ rapporte que plus de la moitié d'entre eux déplore l'apparition d'au moins un symptôme qui n'existait pas lors de leur hospitalisation...

Combien de temps faut-il rester « attentiste » vis-à-vis de ce patient aux antécédents cardiaques marqués ayant été atteint par la Covid et qui, en dépit d'un bilan cardiaque récent stable et d'une prise en charge rééducative, vous consulte de manière répétée pour des douleurs thoraciques ou des palpitations ?

Peut-on vraiment rassurer tel autre patient s'interrogeant sur la possibilité de mener un jour une vie « normale » ou de reprendre son activité professionnelle et lui certifier le caractère réversible de ses troubles ?

Ce alors même que nous ne disposons que de peu d'études relatives à l'évolutivité et que nous ignorons encore tout des mécanismes physiopathologiques pour expliquer ces formes prolongées (persistance du virus dans l'organisme ? phénomène inflammatoire ? ...).

C'est donc avec impatience que nous attendons les résultats de plusieurs études de cohorte dont ceux d'une étude débutée en 2020 au centre hospitalier de Tourcoing, joliment prénommée *Cocolate* (Coordination sur le Covid tardif) dont on espère que les résultats, eux, ne tarderont pas trop...

➔ Le Covid long : un enjeu sanitaire majeur

La meilleure compréhension de ce Covid long qui toucherait 10 à 15 % des personnes infectées - soit près de 11,5 millions de patients en Europe - a même été définie récemment comme une priorité par Hans Kluge, directeur Europe de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), lequel a appelé à un programme de recherche européen commun sur le sujet.

Une grande première quand on se rappelle qu'aucun programme de recherche d'échelle européenne n'a pu à ce jour se mettre en place pour la recherche vaccinale...

Il faut dire que les enjeux du Covid long sont majeurs sur le plan humain, comme économique, au vu du coût prévisible de cette seconde « pandémie » :

- en termes de dépenses de santé nécessaires pour explorer et prendre en charge ces malades ;

- en termes d'assurance chômage, d'aides sociales pour nombre d'entre eux qui ne pourront reprendre leur métier de sitôt.

Un parallèle peut sans doute être fait avec l'épidémie de SARS et de MERS, deux autres coronavirus... dont les conséquences socio-professionnelles à long terme ont été étudiées.

Pour exemple, on peut citer une méta-analyse britannique⁵ montrant que 6 mois après leur guérison, 17 % des patients n'avaient cependant pu reprendre leur activité professionnelle antérieure... Raisons pour lesquelles, après que les députés aient adopté le 17 février 2021 une résolution visant à « reconnaître et prendre en charge les complications à long terme de la Covid-19 », plusieurs collectifs de malades militent désormais pour la reconnaissance en affection de longue durée, mais aussi en maladie professionnelle (admise pour l'instant sous conditions pour les seuls soignants) et pour la création d'un fonds d'indemnisation, proposition qui a été rejetée... pour l'instant ! ■

RÉFÉRENCES

1. Huang C, Huang L, Wang Y et al. *6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study.* Lancet 2021;397(10270):220-232.
2. Nalbandian A, Sehgal K, Gupta A, et al. *Post-acute COVID-19 syndrome.* Nat Med 2021, in press.
3. *Covid-19 : diagnostiquer et prendre en charge les adultes présentant des symptômes prolongés* (Communiqué de presse HAS).
4. Writing Committee for the COMEBAC Study Group, Morin L, Savale L et al. *Four-Month Clinical Status of a Cohort of Patients After Hospitalization for COVID-19.* JAMA 2021, in press.
5. Ahmed H, Patel K, Greenwood DC, et al. *Long-term clinical outcomes in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS) and middle east respiratory syndrome (MERS) coronavirus outbreaks after hospitalisation or ICU admission : a systematic review and meta-analysis.* J Rehabil Med 2020;52(5):jrm00063.





Le remplacement des professions médicales

Le remplacement peut être une excellente manière de débiter votre exercice professionnel et découvrir l'exercice libéral.

Pour vous aider dans vos démarches, voici les réponses aux questions que se posent habituellement les jeunes professionnels de santé avant de commencer à remplacer.

MARION GACHIGNAT, JURISTE, MACSF

➤ Dois-je être diplômé pour pouvoir remplacer ?

Étudiants en médecine, vous pouvez effectuer des remplacements à compter de la 7^e année d'étude.

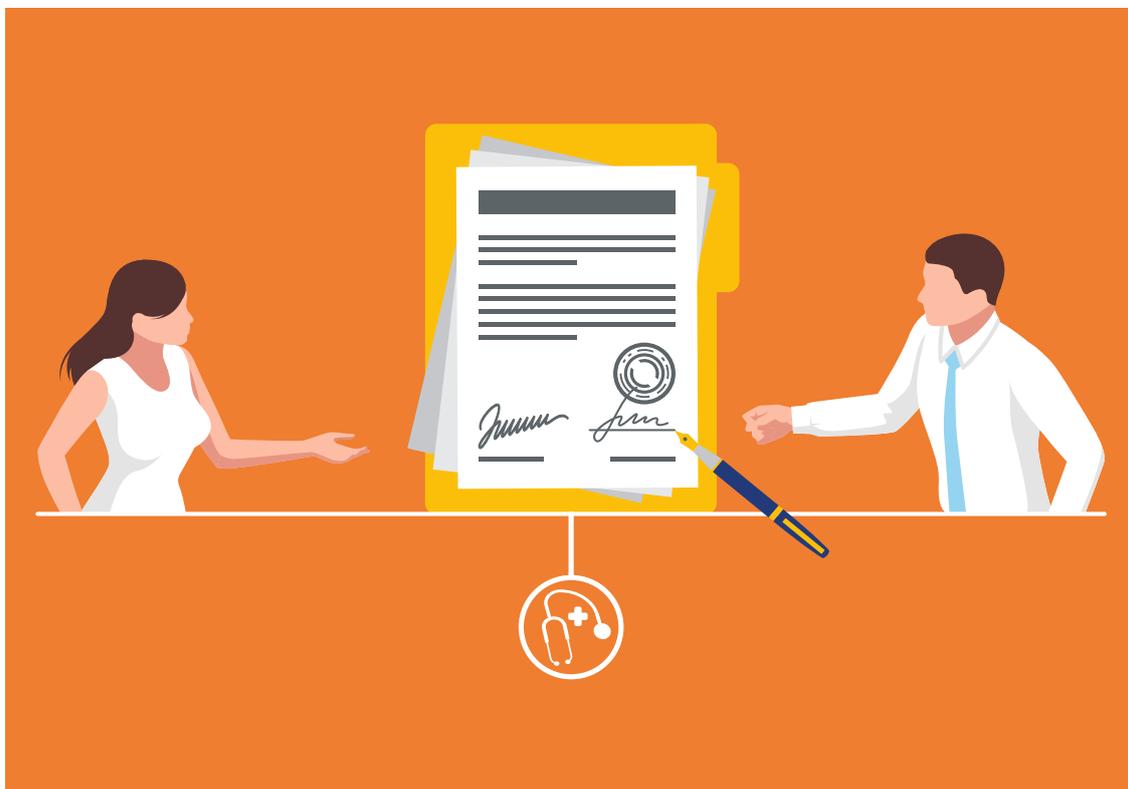
➤ Le titulaire du cabinet exerce-t-il en même temps que moi ?

Le titulaire qui se fait remplacer doit obligatoirement être absent et ne peut pas exercer en même temps que le remplaçant.

➤ Faut-il un contrat écrit entre le remplaçant et le remplacé ?

Il est indispensable que le contrat de remplacement soit écrit car c'est lui qui fixe les règles, et les parties s'y référeront en cas de litige.

Le contrat doit être transmis au conseil de l'Ordre dont vous dépendez.



En l'absence de contrat écrit, tout litige sera tranché par le tribunal, ce qui peut prendre plusieurs années et laisse donc les parties dans une situation d'insécurité juridique dans l'attente de cette décision.

« En l'absence de contrat écrit, tout litige sera tranché par le tribunal, ce qui peut prendre plusieurs années. »

À ce titre, il a l'obligation de souscrire une assurance Responsabilité Civile Professionnelle (RCP).

➤ Quelles sont les clauses essentielles du contrat de remplacement ?

Le contrat de remplacement doit contenir ces éléments :

- nom et prénom des parties (qui doivent être identifiées) ;
- durée du remplacement ;
- montant de la rétrocession d'honoraires ;
- clause de conciliation en cas de litige.

➤ Existe-t-il une durée minimale de remplacement ?

Les conseils de l'Ordre de chaque profession accordent des autorisations de remplacement, à durée limitée (3 mois renouvelables).

➤ Existe-t-il un lien de subordination entre le titulaire du cabinet et le remplaçant ?

Il ne doit exister aucun lien de subordination entre le titulaire et le remplaçant.

En tant que professionnel de santé remplaçant, vous conservez votre entière indépendance professionnelle.

Le titulaire ne peut et ne doit pas vous donner de directives tant sur l'organisation de votre temps de travail que sur la façon de prendre en charge vos patients.

« En tant que professionnel de santé, le remplaçant conserve son entière indépendance professionnelle. »

➤ Puis-je remplacer plusieurs professionnels de santé en même temps ?

Le remplacement simultané de deux professionnels de santé est interdit.

En revanche, vous pouvez remplacer plusieurs professionnels de santé à des jours et heures différents.

➤ En cas de litige avec un patient, qui est responsable ?

Le remplaçant étant indépendant dans son exercice professionnel, il est responsable des éventuels dommages qu'il pourrait causer aux patients.

➤ Puis-je mettre fin au remplacement avant le terme fixé par le contrat ?

Le contrat de remplacement est un contrat à durée déterminée. À ce titre, **chaque partie s'engage à aller jusqu'au terme fixé** par le contrat.

Il est toutefois possible de mettre fin au contrat, soit d'un commun accord entre les deux parties, soit en versant une clause pénale à l'autre partie, c'est-à-dire une somme d'argent forfaitaire qui sera payée par la partie défaillante.

➤ Le titulaire peut-il intégrer une clause de non-concurrence dans mon contrat ?

Oui, le titulaire a la possibilité d'intégrer une clause de non-concurrence (ou non-réinstallation) dans le contrat.

Celle-ci est automatique pour les remplacements de plus de 3 mois : elle est alors de 2 ans.

Les tribunaux exigent toutefois que cette clause soit proportionnée et limitée dans le temps et l'espace.

Si le titulaire renonce à cette clause ou accepte qu'elle soit plus courte que le délai prévu par la loi, il convient de l'indiquer expressément dans le contrat.

➤ Comment est fixée ma rémunération ?

Lorsque vous remplacez un professionnel de santé, c'est le titulaire qui encaisse les honoraires.

Il doit ensuite vous reverser une **rétrocession d'honoraires correspondant à un pourcentage des actes** que vous avez accomplis.

Le pourcentage d'honoraires reversé pourra varier d'une profession à l'autre en fonction notamment du matériel mis à disposition par le titulaire.

➤ Quand ma rémunération doit-elle être versée ?

Il convient de s'en tenir au contrat.

Lors de la rédaction de celui-ci, il est important d'être vigilant sur ce point.

- **Pour un contrat court**, de moins d'un mois, il est possible d'indiquer que la rétrocession sera versée dans les 8 jours de la fin du contrat.

- **Pour les remplacements plus longs**, il est important de préciser dans le contrat la date précise de chaque mois à laquelle sera versée la rétrocession.

➤ Quelles sont les formalités avant d'effectuer mon premier remplacement ?

• Avant de débiter votre remplacement

Vous devez contacter :

- **le conseil de l'Ordre**, qui délivrera votre numéro ordinal, votre carte de professionnel de santé et votre numéro Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) ;
- **un banquier** : il vous faut ouvrir un compte dédié à votre activité professionnelle libérale. Un compte professionnel n'est cependant pas obligatoire tant que vous effectuez des remplacements ;
- **un assureur**, afin de souscrire votre assurance Responsabilité Civile Professionnelle, obligatoire pour tout professionnel de santé libéral.

• Lorsque vous débutez votre activité

- **Dans les 8 jours** au plus suivant le début de votre activité vous devez **contacter le Centre de Formation des Entreprises (CFE)**,

qui transmettra ensuite les informations à votre caisse de retraite et à l'INSEE.

- Si vous faites le choix d'une imposition au régime de la déclaration contrôlée, vous devez, **dans les 5 mois** de votre début d'activité, **adhérer à une Association de Gestion Agréée (AGA)**.

➤ Quel sera mon mode d'imposition en tant que remplaçant ?

Vous avez le choix entre 3 régimes fiscaux.

• Le régime micro BNC

Il s'agit d'un régime simplifié, applicable si vos revenus sont inférieurs à un certain plafond. Un abattement forfaitaire de 34 % sera appliqué sur vos revenus avant calcul de l'impôt.

• Le régime de la déclaration contrôlée (régime réel)

Si vos revenus sont supérieurs au plafond précité ou si vos charges sont supérieures à 34 %.

Si vous êtes soumis à ce régime, vous déduirez de votre revenu toutes les charges liées à votre activité professionnelle engagées dans l'année (loyers, salaires d'une secrétaire, petit matériel, frais de déplacement...).

« Le contrat de remplacement est un contrat à durée déterminée. À ce titre, chaque partie s'engage à aller jusqu'au terme fixé par le contrat. »

Vous devrez alors tenir une comptabilité et adhérer à une AGA.

Si vous n'adhérez pas à une AGA, votre revenu imposable sera majoré de 20 %.

• Le régime de l'auto-entreprise

Les professionnels de santé dépendant de la Caisse Interprofessionnelle de Prévoyance et d'Assurance Vieillesse (CIPAV) peuvent opter pour le régime de l'auto-entreprise : vous paierez des charges forfaitaires égales à 22 % de votre chiffre d'affaires et pourrez faire le choix d'un paiement forfaitaire de l'impôt sur le revenu égal à 2,2 % de votre chiffre d'affaires.

« Le pourcentage d'honoraires reversé pourra varier d'une profession à l'autre en fonction notamment du matériel mis à disposition par le titulaire. »

➤ Quelles charges sociales devrai-je payer ?

Lorsque vous remplacez un confrère, vous exercez une activité libérale et devez payer les charges liées à ce statut :

- les charges sociales, qui sont collectées par l'URSSAF,
- les cotisations à votre caisse de retraite et de prévoyance.

Les charges collectées par l'URSSAF correspondent aux cotisations pour l'Assurance Maladie-maternité, les allocations familiales, la CSG/CRDS, la formation professionnelle.

Vous pouvez également souscrire à la garantie optionnelle accident du travail/maladie professionnelle.

• Lors de votre 1^{re} année d'activité libérale

Vos charges seront calculées sur une base forfaitaire de 19 % du plafond annuel de la sécurité sociale (7 816 € pour 2021) de revenus pour l'année.



« Le remplaçant exerce une activité libérale et doit payer les charges liées à ce statut. »

- Si vos revenus réels sont supérieurs à ce montant L'URSSAF et votre caisse de retraite effectueront un rattrapage l'année suivante. Par dérogation vous pouvez demander à ce que la cotisation provisionnelle soit réajustée.

➤ **En cas de congé maternité ou paternité, à quelles prestations ai-je droit ?**

- **Congé maternité**

Si vous justifiez de **10 mois d'affiliation** à la date prévue de votre accouchement, et sous réserve de **cesser toute activité professionnelle** pendant votre congé maternité qui doit être d'au moins 8 semaines dont 6 après l'accouchement, la CPAM vous versera 2 prestations :

- **l'allocation forfaitaire de repos maternel** : versée en deux fois (la moitié au début du congés maternité et la moitié à la fin du congé de 8 semaines) ;

- **l'indemnité journalière forfaitaire** pendant 16 semaines.

- **Congés paternité**

Vous toucherez des indemnités journalières pendant 25 jours au plus pour la naissance d'un enfant.

Ces 25 jours peuvent être pris en une seule fois ou être décomposés en plusieurs périodes :

- **une période obligatoire de 7 jours**, qui doit débiter le jour de la naissance de l'enfant ;
- **une période de 18 jours, facultative**, qui doit débiter dans les 6 mois à compter de la naissance de l'enfant. Elle peut être fractionnée en trois parties, dont la plus courte doit être au moins égale à 5 jours. ■



Fiche pratique : le remplacement libéral du professionnel de santé

Tout savoir en un coup d'œil sur le remplacement du professionnel de santé libéral : le contenu du contrat, la rémunération et le statut fiscal et social du remplaçant.

MARION GACHIGNAT, JURISTE, MACSF



Fiche pratique REPLACEMENT



Définition

Accord entre un professionnel de santé installé et un confrère diplômé ou non selon la **profession*** en vue de la prise en charge des patients lors de la cessation temporaire d'activité professionnelle de l'installé.

* Les médecins et chirurgiens-dentistes peuvent effectuer des remplacements avant diplôme sous conditions.



Rémunération

Les honoraires sont encaissés à l'ordre du titulaire.

LE TITULAIRE :

Rétrocède une partie des honoraires, souvent calculée selon un pourcentage.



Contenu du contrat

- > Noms et qualités des parties
- > Durée du remplacement
- > Rémunération du remplaçant
- > Obligation d'assurer la permanence des soins pour le remplacé
- > Indépendance et responsabilité personnelle du remplaçant
- > Clause de conciliation en cas de litige

À NOTER :

- > Le contrat est écrit
- > Une clause de non-réinstallation, dite de non-concurrence est généralement insérée (limitée dans le temps, dans l'espace et proportionnée)
- > Un exemplaire du contrat est remis au conseil de l'ordre pour les professions en disposant
- > Les conseils de l'ordre proposent des contrats-types



Statut fiscal et social du remplaçant

STATUT FISCAL :

- Régime BNC
- Régime de l'auto-entrepreneur possible (sous conditions) pour les professionnels relevant de la CIPAV

STATUT SOCIAL :

LIBÉRAL Cotisations :

- À l'URSSAF/RSI selon le statut conventionnel
- À la Caisse de retraite et de prévoyance

PRESTATIONS :

- Frais de santé et couverture maternité CPAM ou SSI
- Arrêt de travail/retraite/décès : caisse de retraite et de prévoyance

* La couverture maladie accident professionnel est optionnelle (souscription auprès de la CPAM).

À SAVOIR :

LE REMPLAÇANT :

- > Est responsable de ses actes
- > A l'obligation de souscrire une assurance RCP

LE REPLACÉ :

- > Cesse temporairement son activité
- > Reste propriétaire de sa patientèle

TROUVER UN REMPLACEMENT/UN REMPLAÇANT :

- > Syndicats professionnels
- > Ordre (lorsqu'il en existe)
- > Sites et revues professionnels

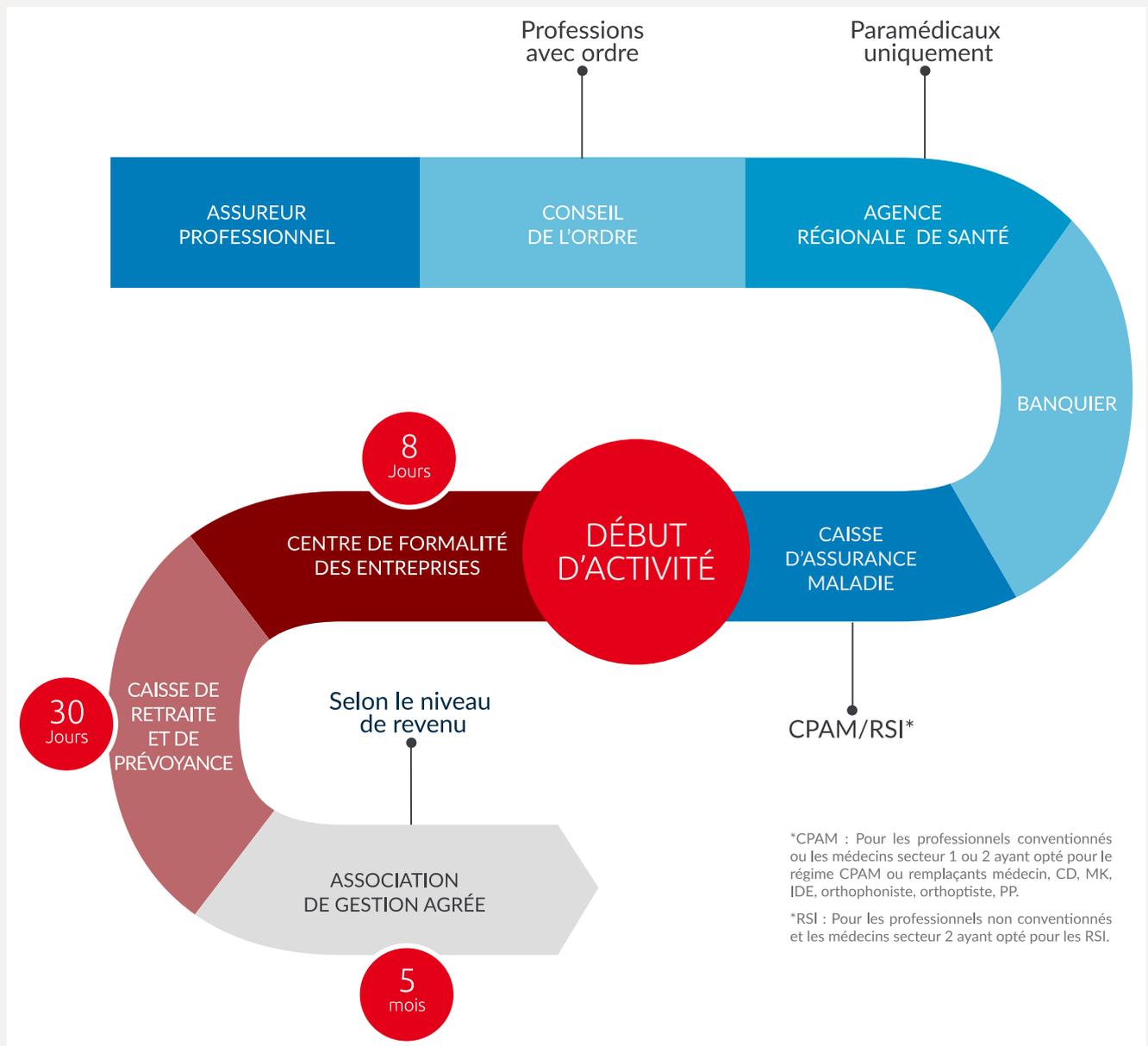




Formalités : remplacement des professionnels de santé libéraux

Tout savoir sur les formalités indispensables au remplacement libéral des professionnels de santé.

MARION GACHIGNAT, JURISTE, MACSF



Médecine d'urgence : les erreurs cognitives dans l'élaboration du diagnostic

Quelles sont les raisons pouvant amener à l'apparition d'erreurs médicales lors des prises en charge dans le contexte de l'activité des services d'urgences ? Focus sur les différentes erreurs cognitives identifiées pour diminuer les risques.

DR YAMEL ALOUACHE, PRATICIEN HOSPITALIER EN MÉDECINE D'URGENCE AU SERVICE MOBILE D'URGENCE ET DE RÉANIMATION (SMUR) DE SENLIS, MÉDECIN CONSEIL, MACSF

➤ « Une erreur ne devient une faute que lorsqu'on ne veut pas en démordre » (Ernst Jünger)

Tout médecin a fait ou est susceptible de faire une erreur médicale lors de l'exercice de son art. Fort heureusement, la plupart des erreurs sont mineures et n'ont pas d'incidence sur l'évolution de l'état de santé des patients¹.

Cependant, une étude récente indique que les erreurs médicales représentent la troisième cause de décès aux États-Unis². Il convient toutefois de préciser que la méthodologie employée a suscité de nombreuses controverses³⁻⁴.

La science médicale a ses limites et le médecin ses failles.

➤ Services d'urgences : lieux à hauts risques d'événements indésirables liés aux erreurs médicales

Les Événements Indésirables Graves (EIG) liés aux erreurs médicales sous toutes leurs formes sont fréquents dans les services d'urgences : erreur d'appréciation, d'anticipation sur une évolution clinique aiguë, faute technique, erreur dans la prescription, dans la mise en œuvre du traitement et/ou de son suivi.

Les incidents générateurs d'événements indésirables sont relativement limités et concernent essentiellement les pathologies dites bénignes.

Les services d'urgences concentrent une grande part de la sinistralité en accidents médicaux en raison de plusieurs facteurs liés à leur spécificité.

➤ La compréhension des mécanismes cognitifs menant à un diagnostic en médecine d'urgence

Les médecins sont amenés à prendre des décisions rapidement, dans un environnement parfois chaotique, de jour comme de nuit, souvent seuls et sans le recul nécessaire leur permettant une réévaluation clinique, comme lorsqu'ils autorisent, par exemple, le retour à domicile.

Nous essayons de définir les différents éléments pouvant concourir au développement d'incidents indésirables lors de la prise en charge des patients aux urgences, chez les médecins et internes. Une étude a tenté d'apporter des éléments de réponse à la compréhension des mécanismes cognitifs menant à un diagnostic en médecine d'urgence, sous l'angle de l'erreur, et à évaluer la valeur heuristique d'un cadre théorique qui indique que l'activité diagnostique est basée sur trois éléments : la richesse, la pertinence et la flexibilité⁵.

« LES INCIDENTS GÉNÉRATEURS D'ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES SONT RELATIVEMENT LIMITÉS ET CONCERNENT ESSENTIELLEMENT LES PATHOLOGIES DITES BÉNIGNES. »

L'approche heuristique représente la façon dont le médecin aborde la situation clinique qui se présente à lui.

Pour ce faire, son jugement clinique est appréhendé de façon subconsciente lors de l'intégration des données qu'il collige de ses observations, de son interrogatoire et des informations auxquelles il a accès,

notamment son examen clinique. Celles-ci sont souvent traitées selon le niveau d'expérience du clinicien⁶ plutôt que sur la base d'une analyse objective fondée sur une revue des diagnostics différentiels selon un schéma d'algorithme décisionnel établi par consensus scientifique⁷. Elles sont communément appelées les erreurs cognitives⁸. Il en existe différents types.

➤ L'erreur de disponibilité

Exemple n° 1

L'erreur de disponibilité survient lorsque le clinicien choisit la première impression qui lui vient à l'esprit.

Cela peut conduire à reléguer au second plan la première probabilité diagnostique qu'il conviendrait plutôt d'évoquer et à favoriser la moins probable.

Cette impression est souvent liée à un souvenir personnel d'une expérience passée négative, telle qu'une précédente erreur ou un événement dramatique récent vécu par un collègue ou survenu dans le service. C'est la première impression qui vient à l'esprit et qui peut induire en erreur.

Ainsi, lorsqu'une jeune femme se présente aux urgences avec une vague sensation de douleur thoracique, le diagnostic d'embolie pulmonaire peut « hanter » l'esprit du clinicien qui va concentrer son impression sur ce diagnostic, écartant *de facto* les autres diagnostics différentiels sans nécessairement les rechercher.

Le niveau d'expérience du clinicien joue ici un rôle majeur.



➤ **L'erreur de représentation**

Exemple n° 2

L'erreur de représentation se produit lorsque les cliniciens se concentrent sur la présence ou l'absence de manifestations classiques d'une maladie sans tenir compte de la prévalence de la maladie selon le type de patients qu'ils prennent en charge.

Par exemple, une gêne thoracique diffuse chez un homme de 60 ans, mince, athlétique, sans antécédent et pour lequel la symptomatologie s'estompée spontanément ne correspond pas au profil typique d'un infarctus du myocarde. Il est pourtant imprudent d'écarter cette hypothèse parce que l'infarctus du myocarde est commun chez les hommes de cet âge et ces derniers peuvent présenter des manifestations cliniques très atypiques.

Inversement, un homme de 20 ans qui présente des douleurs thoraciques sévères, aiguës, fulgurantes, associées à des douleurs du dos peut être suspect de présenter un anévrisme de l'aorte thoracique disséquant car cette symptomatologie est fréquente dans ce type de pathologie.

Cependant, l'erreur cognitive est de ne pas tenir compte du fait qu'un anévrisme thoracique disséquant est très rare chez un jeune homme de 20 ans et que les diagnostics différentiels de pneumothorax ou pneumopathie franche lobaire aiguë doivent plutôt être recherchés car bien plus fréquents.

➤ **Les conclusions hâtives**

Exemple n° 3

Les conclusions hâtives représentent l'une des causes d'erreur les plus fréquentes.

Le clinicien fait un diagnostic rapide (souvent basé sur la reconnaissance de modèle) et ne considère pas les autres diagnostics possibles et arrête ainsi son investigation diagnostique. Ce diagnostic n'est donc pas confirmé par des examens complémentaires.

Ce type d'erreur peut aussi se produire dans n'importe quelle situation ou dans n'importe quelle discipline médicale.

Ainsi, quand les patients semblent avoir une exacerbation d'un désordre connu, par exemple, si une jeune femme avec des antécédents récurrents de migraine se présente avec une céphalée (et a en fait une hémorragie sous-arachnoïdienne), le mal de tête peut être supposé à tort être une autre attaque de migraine.

➤ **L'erreur d'encrage**

Exemple n° 4

L'erreur d'encrage se produit lorsque les cliniciens s'accrochent fermement à une impression initiale alors que, quand bien même, des données divergentes et opposées s'accumulent.

Ainsi, un homme de 60 ans, ayant eu des antécédents de pancréatite alcoolique aiguë à répétition se présente avec une douleur épigastrique transfixiante, des nausées et un relatif soulagement de ses douleurs lorsqu'il adopte une position antalgique en agrippant son creux épigastrique avec ses mains et en se penchant en avant, le clinicien peut être fortement influencé.

Malgré des bilans biologiques négatifs (lipase, amylase et bilan hépatique normaux) et un sevrage alcoolique déclaré depuis des années, les cliniciens retiennent que le patient a dû boire de nouveau sans l'avouer et que les bilans biologiques sont négatifs en raison de l'installation d'une pancréatite chronique tarissant la production de telles enzymes.

Ces médecins qui occultent ces données paracliniques négatives commettent une erreur d'ancrage. Ils devraient plutôt prendre en considération ces données contradictoires comme une nécessité de continuer à rechercher un diagnostic différentiel en éliminant, par exemple, un infarctus du myocarde inférieur, dont la prévalence est importante chez ce type de patient.

« NOUS ESSAYONS DE DÉFINIR LES DIFFÉRENTS ÉLÉMENTS POUVANT CONCOURIR AU DÉVELOPPEMENT D'INCIDENTS INDÉSIRABLES LORS DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS AUX URGENCES. »

➤ **L'erreur d'attribution**

Exemple n° 5

L'erreur d'attribution implique de prendre des décisions fondées sur des stéréotypes négatifs, ce qui peut amener les cliniciens à ignorer ou à minimiser la possibilité d'une pathologie grave.

Par exemple, les cliniciens peuvent supposer qu'un patient inconscient avec une haleine œnologique est « juste ivre » et passent à côté de l'hypoglycémie ou de lésions traumatiques intracrâniennes.

Les patients psychiatriques qui développent un trouble somatique sont particulièrement susceptibles d'être sujets à des erreurs d'attribution parce que non seulement ils peuvent être sujets à des stéréotypes négatifs, mais ils décrivent souvent leurs symptômes de façon peu fiable, ce qui conduit les cliniciens imprudents à supposer que leurs plaintes sont d'origine psychique.

C'est le cas du patient avec une colopathie fonctionnelle connue depuis des années et qui développe, en fait, un cancer colorectal pour lequel des investigations paracliniques ne sont pas renouvelées car précédemment négatives, à plusieurs reprises dans le passé.

➤ **L'erreur affective**

Exemple n° 6

L'erreur affective implique que les sentiments personnels du clinicien envers son patient influent sur son raisonnement et ses décisions médicales.

Ainsi, ne pas prescrire d'examens sanguins ou ne pas perfuser un patient en raison de son capital veineux très pauvre, ne pas insister à collecter du LCR chez un patient obèse chez qui la ponction lombaire a échoué



à plusieurs reprises ou bien ne pas poursuivre une prise en charge standard pour un patient antipathique (par exemple, minimiser les causes d'une céphalée chez un patient violent verbalement ou un patient qui consulte à 4 h du matin pour une symptomatologie évoluant depuis plusieurs jours et renvoyé

chez lui sans se donner les moyens de poser le diagnostic d'embolie pulmonaire).

➤ **Médecin urgentiste : un clinicien aux conditions d'exercice particulières**

Il existe différents types d'erreurs et, malgré la nature complexe du raisonnement diagnostique, les erreurs cognitives de traitement de l'information semblent se produire à des taux plus élevés et dans un modèle similaire à celui d'un service de médecine interne malgré un environnement clinique différent⁸.

Les médecins urgentistes doivent intégrer et analyser une large variété de données cliniques et paracliniques, tout en gérant des informations souvent contradictoires et en gardant à l'esprit la nécessité de réduire l'incertitude diagnostique, les risques pour les patients et les coûts de prise en charge.

Cependant, leurs conditions d'exercices particulières ne se prêtent pas toujours à ces exigences, ce dont les patients sont pourtant en droit de s'attendre. ■

« LES MÉDECINS URGENTISTES DOIVENT INTÉGRER ET ANALYSER UNE LARGE VARIÉTÉ DE DONNÉES CLINIQUES ET PARACLIQUES. »



© ADOBE STOCK

RÉFÉRENCES

1. *Return visits to the emergency room after minor trauma from motor vehicle accidents*, Greenberg, R.; Kaplan, O.; Kashtan, H.; Hadad, R.; Becker, T.; Kluger, Y. *European Journal of Emergency Medicine*: June 2000 - Volume 7 - Issue 2 - p 113-117.
 2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (eds). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Institute of Medicine. Report. Washington, DC: National Academy Press, 1999.

3. Leape LL. Institute of Medicine *Medical error figures are not exaggerated*. JAMA. 2000; 284:95-7.
 4. McDonald CJ, Weiner M, Hui SL. *Deaths due to medical errors are exaggerated* in Institute of Medicine report. JAMA.2000; 284:93-5.

5. L. Marquié, É. Raufaste, C. Mariné and M. Ecoiffier, *L'erreur de diagnostic en médecine d'urgence : application de l'analyse rationnelle des situations de travail*, In *Le Travail Humain* - Vol. 66, N° 4 (octobre 2003), pp. 347-376, PUF.
 6. De Gruyter, *Medical errors in the emergency room: Understanding why 250000 deaths per year are caused by medical error*. Science daily, July 28, 2018.

7. D. L. Mc Gee, *Cognitive Errors in Clinical Decision Making*, DO, Emergency Medicine Residency Program, Albert Einstein Medical Center, Nov 2018, Manual Merck.
 8. Benjamin H. Schnapp, Jean E. Sun, Jeremy L. Kim, Reuben J. Strayer, Kaushal H. Shah, *Cognitive error in an academic emergency department*, *Diagnosis*, 2018; 0 (0) DOI: 10.1515/dx-2018-0011.



ARS, mode d'emploi

Depuis le début de la crise sanitaire, les Agences Régionales de Santé (ARS) se trouvent en première ligne. L'occasion de rappeler quelques points-clé sur ces agences créées par la loi HPST du 21 juillet 2009, qui ont pour vocation de mettre en œuvre la politique de santé dans les régions et contribuer à la maîtrise des dépenses de l'Assurance Maladie.

STÉPHANIE TAMBURINI, JURISTE, MACSF



Ce sont des établissements publics de l'État à caractère administratif, placés sous la tutelle du ministre chargé de la Santé.

➤ Quelles sont les missions des ARS ?

Les ARS ont deux missions.

• Le pilotage de la santé publique

- Organisation de la veille et de la sécurité sanitaires, observation de la santé.
- Définition, financement et évaluation des actions de prévention et de promotion de la santé.
- Contribution à la gestion des crises sanitaires, en liaison avec le préfet.

• La régulation de l'offre de santé dans les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social

- Régulation, orientation et organisation de l'offre de services en santé.
- Évaluation et promotion de la qualité des formations des professionnels de santé.
- Autorisation de la création des établissements et services de soins et médico-sociaux et contrôle de leur fonctionnement.
- Définition et mise en œuvre, avec les organismes d'Assurance Maladie et la Caisse nationale de solidarité et d'autonomie, des actions propres à prévenir et à gérer le risque assurantiel en santé en région.

➤ Qu'est-ce que les ARS ?

Les ARS ont été créées pour **renforcer l'efficacité du système de santé** en coordonnant les politiques de santé au niveau régional, et répondre ainsi aux spécificités de chaque territoire.

Elles réunissent au niveau régional 7 services différents de l'État et de l'Assurance Maladie (Agences régionales de l'hospitalisation, Directions départementales et régionales de l'action sanitaire et sociale, groupements régionaux de santé publique, Unions régionales des caisses d'Assurance Maladie, les missions régionales de santé, Caisses régionales d'Assurance Maladie).

➤ Quels sont les champs d'intervention des ARS ?

Les ARS ont 3 champs d'intervention en rapport avec ses missions.

• La prévention et la santé publique

- Définition, financement et évaluation des actions en faveur de la prévention des maladies, des handicaps et de la perte d'autonomie.
- Organisation de la veille sanitaire et du suivi des éléments significatifs de la santé dans la région (notamment au travers

du recueil et de tous les signalements d'événements sanitaires) ainsi que la réponse aux alertes sanitaires, contribuant ainsi à la gestion des situations de crise.

• **Les soins**

- Régulation de l'ensemble du champ des soins de ville et des soins hospitaliers.
- Contrôle de gestion et pilotage des ressources et de la performance de l'hôpital public.

• **L'accompagnement médico-social**

- Favorisation de la coopération entre professionnels de santé et établissements de santé.
- Facilitation de la prise en charge des personnes handicapées, des personnes âgées atteintes de maladies chroniques ou en perte d'autonomie.

➤ **Quelle organisation pour les ARS ?**

Il existe 26 ARS, chacune dotée d'une délégation territoriale chargée d'accompagner la mise en œuvre des politiques régionales.

Elles sont dirigées par un Directeur général nommé en conseil des ministres.

Leur conseil de surveillance comprend des représentants de l'État, de l'Assurance Maladie, des collectivités territoriales, des usagers et des personnalités qualifiées.

Les acteurs locaux (élus, professionnels de santé, usagers) sont associés à leur gouvernance.

➤ **Quel rôle pendant la crise de la Covid-19 ?**

Depuis mars 2020, les ARS se sont concentrées prioritairement sur les missions liées à la gestion de la crise sanitaire, principalement sur trois axes :

- **aide au repérage des patients contaminés** : élaboration d'un schéma départemental d'offre de dépistage, coordination du *contact-tracing* pour repérer les clusters.
- **accompagnement des hôpitaux** dans la gestion de l'afflux de patients en réorganisant l'offre de soins : gestion des capacités d'accueil, classement des hôpitaux pour assurer

la prise en charge des patients Covid tout en assurant une continuité pour les autres, déprogrammations pour les activités non-urgentes.

- **contribution à la mise en place du dispositif de vaccination** : recensement et mobilisation des contributions et renforts nécessaires, suivi des indicateurs détaillés de déploiement de la vaccination.

Parallèlement à ces trois axes prioritaires, les ARS ont également développé des actions en direction des personnes âgées, en situation de handicap ou de précarité.

➤ **Quelles perspectives pour les ARS ?**

Les missions de l'ARS ont évolué depuis leur installation en 2010. Une revue des missions confiées a notamment eu lieu en 2018, et la loi de transformation du système de santé du 24 juillet 2019 a instauré la possibilité de modifier par ordonnance le régime des autorisations d'activités de soin.

Mais c'est surtout l'épidémie de Covid-19 qui aura mis en lumière le rôle des ARS dans la gestion de crise sanitaire et dans l'organisation des soins sur le territoire.

Cette crise aura aussi fait émerger la nécessité de certaines évolutions.

Les ARS sont ainsi visées dans le « Ségur de la santé » lancé par les pouvoirs publics en pleine crise sanitaire.

Dans la mesure n° 33 qui en est issue, l'évolution, dont l'objectif est de renforcer le niveau départemental et l'association des élus, passera par deux types d'actions :

- **un renforcement du dialogue territorial** avec les élus en développant la présence de l'échelon départemental et en créant un conseil d'administration des ARS avec une place accrue donnée aux élus : cette évolution vise à répondre aux critiques d'une organisation trop centralisée et ne tenant pas suffisamment compte des particularités locales ;
- **de nouveaux moyens alloués** pour exercer les missions et renforcer la capacité des ARS à accompagner les projets. ■



Traçabilité du dossier médical et erreur diagnostique

En toutes hypothèses, mais à plus forte raison quand un patient est transféré d'un établissement à un autre, il est indispensable que tous les intervenants disposent des éléments nécessaires au diagnostic. Une bonne traçabilité du dossier médical peut permettre de rectifier des diagnostics erronés.

Un jugement du tribunal de grande instance du 7 janvier 2019 l'illustre bien, dans une affaire de non-diagnostic d'une fracture cervicale chez une patiente âgée.

STÉPHANIE TAMBURINI, JURISTE, MACSF

➤ Une fracture cervicale non diagnostiquée... avec de lourdes conséquences

• Le contexte

Une femme de 90 ans fait une chute de sa hauteur dans l'escalier de son domicile. Elle est transportée aux urgences d'un hôpital privé. Il y est diagnostiqué un traumatisme crânien sans perte de connaissance. Aucune

lésion traumatique identifiable n'est mise en évidence. Un scanner cervical est interprété comme montrant l'absence de fracture, mais des phénomènes cervicarthrosiques très marqués.

• Un mauvais diagnostic

Il est mis en place un traitement antalgique et un collier cervical en mousse,

puis la patiente est transférée en clinique pour rééducation et convalescence.

Il est alors constaté un hématome du rachis cervical, un listhésis de C6 et des douleurs au bras gauche. Une rééducation à la marche est prescrite. Quelques jours plus tard, une irritation radiculaire apparaît au niveau du bras gauche, puis une paralysie des



© ADOBE STOCK

membres inférieurs. Une fracture cervicale est alors mise en évidence et la patiente est transférée à l'hôpital. L'infirmière qui l'accueille note qu'elle ne porte pas de collier cervical et n'a fait l'objet d'aucune immobilisation.

• Les conséquences

La patiente présente une paraplégie complète sur fracture luxation C6-C7.

Elle engage la responsabilité de plusieurs intervenants : l'hôpital privé où elle a été reçue en urgence pour absence de diagnostic de la fracture, et la clinique pour l'avoir mobilisée alors qu'elle présentait un tableau clinique invalidant.

➤ Une responsabilité partagée pour un même motif : l'absence de diagnostic

Le tribunal de grande instance rend son jugement le 7 janvier 2019.

• La responsabilité de l'hôpital

La responsabilité de l'établissement où la patiente a été reçue en urgence est retenue pour mauvaise interprétation du bilan radiologique et scanographique, qui pouvait pourtant laisser suspecter une fracture en C6-C7. Face à ce doute, il aurait été préférable de garder la patiente en observation et de solliciter un avis neurologique plutôt que de la transférer en clinique pour des soins de suite. De plus, l'hôpital n'a pas intégré dans le dossier médical ce bilan d'imagerie, empêchant ainsi la clinique d'apprécier le traumatisme dans les meilleures conditions.

• La responsabilité du médecin

La responsabilité du praticien, exerçant en libéral, qui a pris en charge la patiente à la clinique en soins de suite, est également engagée. Il lui est reproché de ne pas avoir demandé à l'hôpital la communication

des bilans réalisés, indispensables pour poser un diagnostic. Il a procédé à une mobilisation rapide de la patiente sans tenir compte de ses plaintes sur des douleurs importantes au niveau des cervicales. Cette mobilisation est à l'origine directe de l'aggravation neurologique de la lésion rachidienne. De surcroît, le médecin a mis 48 heures pour diagnostiquer la paraplégie alors que des signes très évocateurs étaient apparus. Enfin, devant ces signes francs, il n'aurait pas dû procéder au transfert sans immobiliser la patiente, et lui faire porter un collier cervical.

Les juges retiennent une perte de chance de 30 % et une responsabilité partagée par moitié entre l'hôpital privé et le médecin libéral de la clinique.

➤ Un problème de traçabilité du dossier médical, une fois de plus...

Une fois de plus, cette affaire illustre l'intérêt de compléter le plus précisément possible le dossier médical des patients hospitalisés.

Dans cette affaire, le point de départ était certes un défaut de diagnostic d'une fracture à partir des éléments radiographiques et scanographiques ; mais cette erreur aurait pu être plus rapidement corrigée si les éléments d'imagerie avaient été intégrés au dossier. En effet, lors de l'admission de la patiente à la clinique, les praticiens qui l'ont prise en charge auraient pu examiner les clichés, à plus forte raison devant le constat d'une évolution péjorative, et rectifier le diagnostic. ■

À RETENIR

Il est indispensable de bien compléter le dossier, mais il est aussi essentiel, lorsque l'on prend en charge un patient à la suite d'un transfert, de bien s'assurer que l'ensemble des éléments nécessaires figure au dossier et, si ce n'est pas le cas, les réclamer.

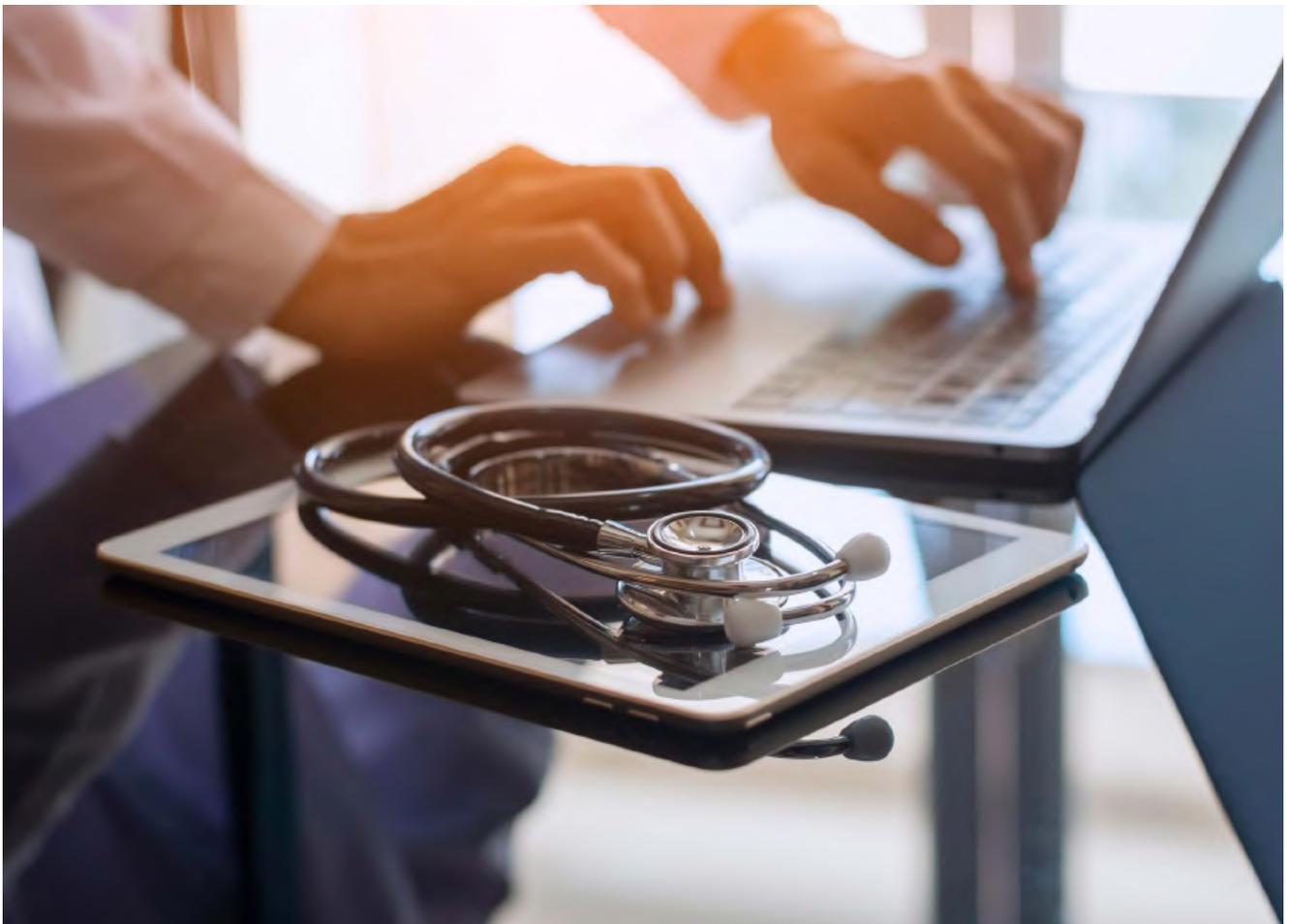


© GETTY IMAGES

Violation du secret médical par un médecin conseil lors d'une expertise judiciaire

Lors d'une expertise judiciaire, le médecin conseil qui intervient pour le compte d'une compagnie d'assurances peut-il communiquer un document médical à l'expert, sans avoir obtenu l'accord préalable de la victime ? C'est à cette question que répond l'arrêt de la chambre criminelle de la Cour de cassation du 16 mars 2021.

STÉPHANIE TAMBURINI, JURISTE MACSF



© GETTY IMAGES

➤ Un rapport amiable transmis en cours d'expertise judiciaire par un médecin conseil

Un homme, victime d'un accident de la circulation causé par un poids-lourd, fait l'objet d'une expertise médicale amiable par le médecin conseil désigné par sa compagnie d'assurances. Le rapport d'expertise est communiqué à la victime elle-même, puis est transmis à la compagnie d'assurances du chauffeur poids-lourd responsable de l'accident.

La victime décide d'abandonner la voie amiable et d'assigner l'assureur du responsable devant le juge des référés, qui ordonne une expertise. Dans l'ordonnance de référé, il est mentionné que devra être écartée des débats toute pièce médicale détenue par un tiers, et notamment la compagnie d'assurances du responsable, dès lors que la victime n'aura pas donné son accord exprès. Malgré cela, au cours de la réunion, le médecin-conseil de cet assureur remet le rapport amiable à l'expert judiciaire.



La victime fait alors part de son opposition à la production de cette pièce.

Après l'expertise, elle fait citer le médecin conseil devant le tribunal correctionnel, pour violation du secret professionnel.

Après avoir été condamné en première instance, le médecin conseil est relaxé en appel, et la demande d'indemnisation de la victime de l'accident automobile est rejetée.

Cette dernière se pourvoit alors devant la Cour de cassation. Le pourvoi se limite aux intérêts civils.

➤ Que dit la cour d'appel ?

La cour d'appel relève que l'expert judiciaire avait pour mission de procéder à l'expertise médicale de la victime, et notamment, « de se faire communiquer par le demandeur ou son représentant légal ou par un tiers avec l'accord de l'intéressé ou de ses ayants droit, tous documents utiles à sa mission ».

Le médecin conseil de la compagnie d'assurances du responsable de l'accident était en possession, lors de la réunion d'expertise judiciaire, du rapport médical amiable établi par le médecin conseil de la victime, qui lui avait été transmis par son mandant. Cette possession ne présentait donc aucun caractère illicite.

Sur sollicitation de l'expert judiciaire, le médecin conseil le lui a transmis au cours de l'expertise, mais cette transmission est restée sans effet : la victime ayant immédiatement manifesté son désaccord, l'expert judiciaire s'en est dessaisi sans même en avoir pris connaissance, et s'est engagé à ne pas en tenir compte dans l'établissement de ses conclusions.

Certes, dans l'ordonnance de référé détaillant la mission de l'expert judiciaire, figurait la mention selon laquelle devait être écartée des débats toute pièce médicale détenue par un tiers, sans l'accord exprès de la victime. Mais la cour d'appel considère qu'il n'est pas établi que le médecin conseil poursuivi, non partie à l'instance en référé, avait eu connaissance de cette précision.

Elle en conclut donc que, compte tenu de cette incertitude, il n'est pas critiquable d'avoir remis à l'expert le rapport litigieux. La preuve d'une violation du secret professionnel n'est donc pas rapportée.

➤ Que dit la Cour de cassation ?

La Cour de cassation casse l'arrêt d'appel, par un arrêt du 16 mars 2021.

Elle rappelle que l'article 226-13 du code pénal incrimine la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire.

Même en admettant que le médecin conseil de la compagnie d'assurances du responsable n'ait pas eu connaissance de la mission confiée à l'expert et des réserves qui y figuraient quant à la transmission des pièces médicales, il devait, en tant que médecin, professionnel de santé, respecter le secret professionnel. Il lui était donc formellement interdit de communiquer volontairement à des tiers toute pièce médicale parvenue en sa possession dans l'exercice de sa profession, y compris un rapport d'expertise amiable.

La communication à un tiers d'une pièce médicale couverte par le secret étant par principe interdite, sauf accord exprès et préalable de la personne concernée, le médecin s'est donc rendu coupable de violation du secret professionnel.

Sur le plan pénal, la relaxe est définitive et ne peut donc être remise en question par la cassation. En revanche, sur les dispositions civiles, l'affaire est renvoyée devant la cour d'appel pour qu'elle se prononce sur l'existence d'une faute civile à l'origine d'un préjudice pour la victime.

➤ Une solution classique

Le secret médical est général et absolu. Il ne peut être levé qu'avec l'accord du patient. Institué dans l'intérêt du patient, il s'impose à tout professionnel de santé, quel que soit le contexte dans lequel ce dernier intervient.

Une pièce médicale ne peut donc être transmise qu'à la condition que le patient ait donné son accord. À défaut, il y a violation du secret médical, peu important par ailleurs que la pièce ait été déterminante, ni même seulement utilisée par celui à qui elle a été transmise.

Cette affaire en est bien l'illustration, puisque l'expert judiciaire s'était engagé à ne pas mentionner le rapport médical litigieux dans ses conclusions. ■



“Je commence
à pratiquer la
téléconsultation.
Vous m’assurez ?,,

NOUS ASSURONS LA PRATIQUE
DE LA TÉLÉMÉDECINE.

**Nous innovons toujours
dans votre intérêt.**

3233

Service gratuit
+ prix appel

macsf.fr