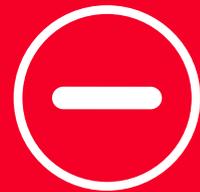


DÉCEMBRE 2023 / N° 90 / VOLUME 23

RESPONSABILITÉ

REVUE DE FORMATION SUR LE RISQUE MÉDICAL



SOMMAIRE



© GETTY IMAGES

DOSSIER



Le médecin face au refus de soins

VIE PROFESSIONNELLE

ANALYSES DE DÉCISIONS



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

RESPONSABILITÉ

REVUE DE FORMATION SUR LE RISQUE MÉDICAL

CONSEIL DE RÉDACTION

PRÉSIDENT

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

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

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

MEMBRES

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

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

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

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

Dr Jean-François Gérard-Varet
Président d'honneur de la Fondation
MACSF

M^e Catherine Paley-Vincent
Avocat à la Cour

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

Dr Thierry Housestein
Directeur médical, MACSF

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

Dr Xavier Laqueille
Président d'honneur de MACSF assurances

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

Dr Catherine Letouzey
Médecin interniste

Stéphanie Tamburini
Juriste MACSF

RÉDACTION

Directeur de la publication
Nicolas Gombault

Rédacteur en chef
Germain Decroix

Assistante de rédaction
Sandrine Layani

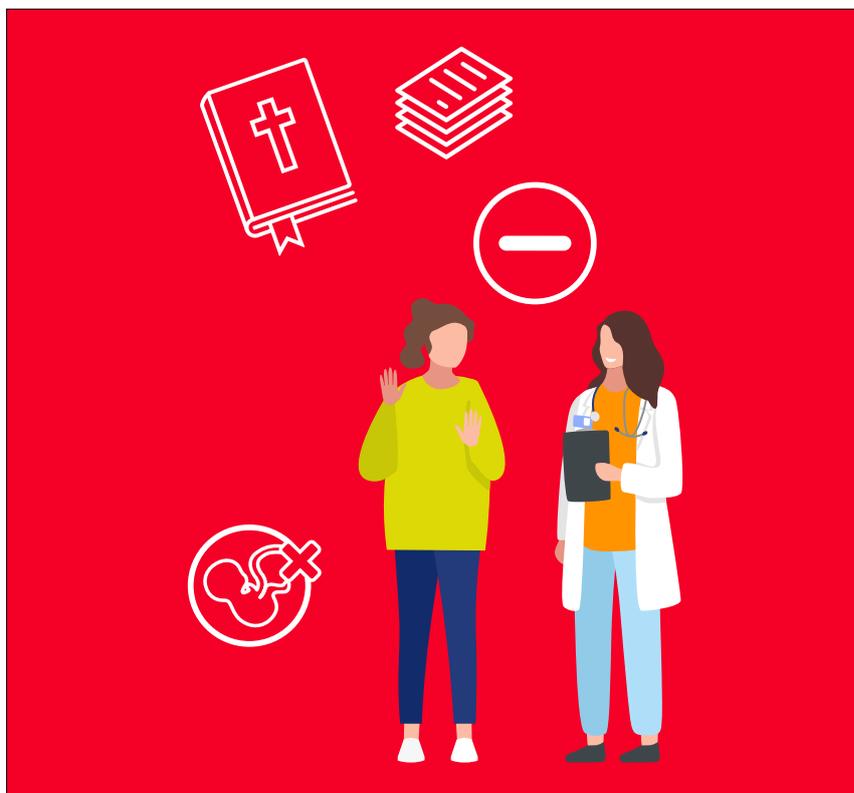
Conception et réalisation
Sophie Magnin

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 : décembre 2023
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 clause de conscience des médecins en 5 questions

La clause de conscience reconnue aux médecins est la faculté de refuser de pratiquer un acte médical ou de concourir à un acte qui, bien qu'autorisé par la loi, est contraire à leurs convictions personnelles ou professionnelles. Retour sur les contours et les limites de la clause de conscience des médecins.

MARGAUX DIMA, JURISTE EXPERT EN GESTION DES RISQUES, MACSF

➤ Qu'est-ce que la clause de conscience ?

Cette notion a été introduite par la loi Veil du 17 janvier 1975 sur l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), qui évoque pour la première fois, sous conditions, la possibilité pour un médecin de refuser de réaliser une IVG.

La clause de conscience est également visée dans le Code de la Santé Publique (CSP), à l'article R. 4127-47 (article 47 du Code de déontologie médicale). Cet article pose le principe selon lequel tout médecin peut refuser de prendre en charge un patient, sans avoir à en donner les motifs :

« (...) Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.

S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avvertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins ».

Un rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) du 16 décembre 2011 indique que la clause de conscience, « *c'est, sauf urgence pour le médecin, le droit de refuser la réalisation d'un acte médical pourtant autorisé par la loi mais qu'il estimerait contraire à ses propres convictions personnelles, professionnelles ou éthiques* ».

En février 2016, l'Observatoire de la laïcité, dans un guide *Laïcité et gestion du fait religieux dans les établissements publics de santé* est également revenu sur cette notion en reprenant la définition donnée par le CNOM en 2011.

L'Observatoire estime ainsi que la clause de conscience, incluse dans la notion plus large de liberté de conscience,

constitue un droit pour tout médecin de refuser, sauf urgence vitale, de pratiquer un acte demandé ou nécessité par des conditions particulières qu'il estimerait contraire à ses propres convictions personnelles ou professionnelles.

Toutefois, si le médecin peut refuser de réaliser un acte médical qui heurte ses croyances ou ses valeurs, ce « droit à dire non » est accompagné de devoirs complémentaires devant impérativement être respectés.

➤ Dans quelles situations un médecin peut-il refuser de donner des soins à un patient en raison de convictions personnelles ou professionnelles ?

La clause de conscience a surtout vocation à s'appliquer aux actes médicaux non thérapeutiques susceptibles d'entraîner une atteinte à l'intégrité ou à la dignité humaine. Sont également principalement visés les actes qui peuvent heurter les convictions de chacun, notamment religieuses (mais pas seulement) du professionnel de santé.

Le principe de la possibilité d'un refus de soins par le médecin est clairement établi dans trois situations dans le Code de la santé publique.

• Refus de stérilisation

« Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer cet acte à visée contraceptive mais il doit informer l'intéressée de son refus dès la première consultation. »

[Article L.2123-1 CSP](#)

• IVG

« Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de grossesse mais il doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens susceptibles

de réaliser cette intervention selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2. »

[Article L.2212-8 CSP](#)

« Un médecin ne peut pratiquer une interruption volontaire de grossesse que dans les cas et les conditions prévus par la loi ; il est toujours libre de s'y refuser et doit en informer l'intéressée dans les conditions et délais prévus par la loi. »

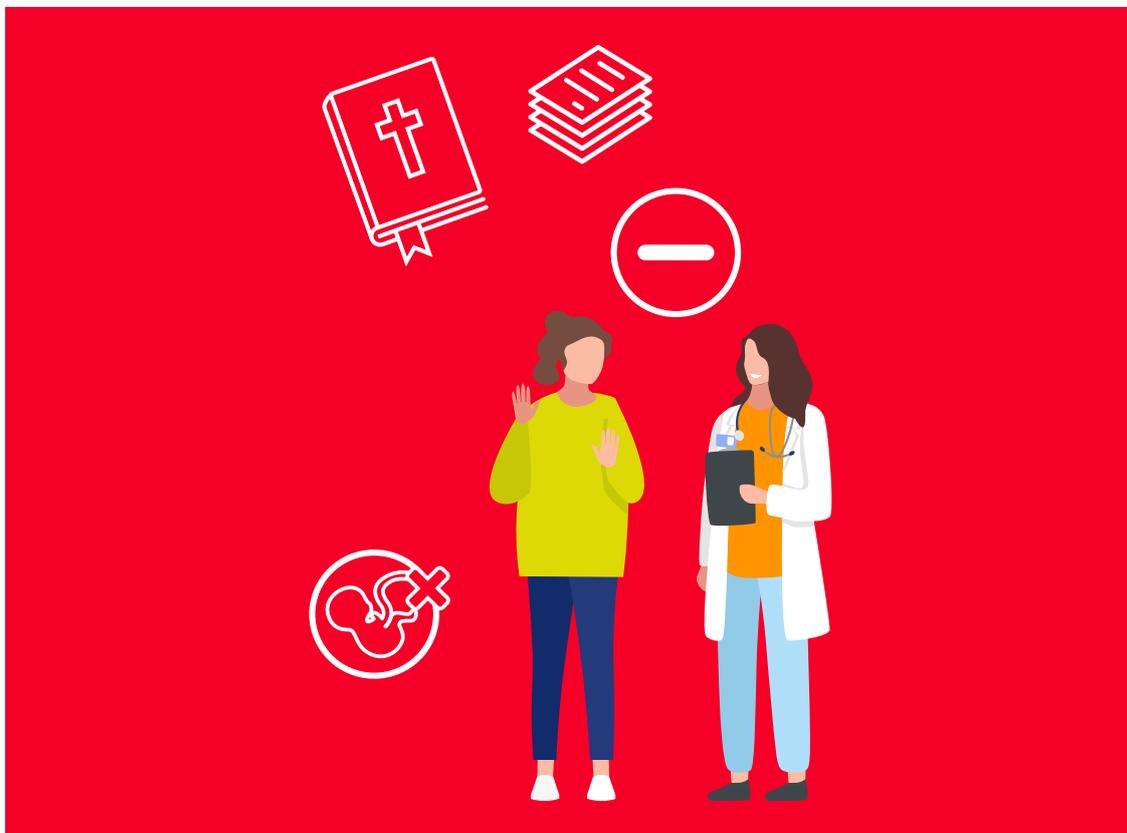
[Article R.4127-18 CSP](#)

« Il existe de nombreuses circonstances dans lesquelles un médecin peut refuser de réaliser des soins pour convictions professionnelles ou personnelles. »

S'agissant de l'IVG, il est à noter que lors de l'examen du projet de loi de modernisation de notre système de santé, des députés ont déposé un amendement visant à supprimer la clause de conscience.

Le CNOM et le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) se sont vivement opposés à la suppression de cette clause en rappelant notamment qu'il s'agissait d'une disposition fondamentale prévue par le Code de la santé publique et par le Code de déontologie médicale.

Renforçant cette position, la ministre des Affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine, a également émis un avis défavorable. Ce qui a conduit les députés à accepter de retirer leur amendement.



• Recherche sur l'embryon

« (...) aucun médecin ou auxiliaire médical n'est tenu de participer à quelque titre que ce soit aux recherches sur des embryons ou sur des cellules souches embryonnaires autorisées en application de l'article L. 2151-5. »

[Article L.2151-7-1 CSP](#)

Toutefois, il existe de nombreuses autres circonstances dans lesquelles un médecin peut refuser de réaliser des soins pour convictions professionnelles ou personnelles, tels que par exemple en matière de procréation médicalement assistée, don d'organes ou encore fin de vie.

➤ Quelles sont les obligations que doit respecter le médecin qui invoque sa clause de conscience ?

• Le médecin ne peut invoquer sa clause de conscience s'il existe une urgence vitale pour le patient

À défaut, le médecin pourra être poursuivi, pénalement, pour non-assistance à personne en péril. Cette infraction est prévue par l'article 223-6, alinéa 2 du Code pénal : « (...) Sera puni des mêmes peines [cinq ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende] quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour un tiers, il pouvait lui prêter soit par une action personnelle, soit en provoquant un secours. »

• Le patient doit être clairement informé de ce refus très rapidement, dès la première consultation

Le médecin doit également l'orienter vers un autre professionnel de santé susceptible de le prendre en charge. En effet, le médecin doit à son patient une « *information claire, loyale et appropriée* » (article R. 4127-35 CSP). S'il ne souhaite pas intervenir auprès du patient, il doit donc lui donner les informations, les conseils et les moyens lui permettant d'obtenir une prise en charge adaptée. À cet égard, il est conseillé au médecin de consigner dans le dossier médical du patient que ce dernier a été informé du refus de soins et qu'il a bien été orienté vers un confrère susceptible d'intervenir.

• Le refus du médecin de donner des soins à un patient ne doit pas pouvoir être interprété comme une éventuelle « discrimination » ou un « abus »

L'article R. 4127-7 CSP (article 7 du Code de déontologie médicale) indique, en effet, que « *le médecin doit écouter,*

examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances (...) ». En ce sens, il semble important pour le médecin d'expliquer clairement pourquoi il refuse de réaliser, au nom de ses convictions, un acte pour ne pas donner le sentiment au patient que le motif du refus est discriminatoire.

➤ Quelle est la position du Conseil de l'Europe sur la clause de conscience ?

En 2010, suite à une alerte de différentes associations sur les difficultés d'accès à la réalisation d'une IVG dans plusieurs pays européens, l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe a été amenée à se prononcer sur la clause de conscience pour les professionnels de santé.

Un premier projet de résolution, intitulé *Accès des femmes à des soins médicaux légaux : problème du recours non réglementé à l'objection de conscience* a été soumis à son examen.

Cette résolution remettait en cause les fondements mêmes de la clause de conscience des professionnels de santé. L'Assemblée parlementaire reconnaissait le droit d'un individu à l'objection de conscience vis-à-vis d'un acte médical donné mais estimait que l'invocation croissante de cette clause par les professionnels de santé, pratique non suffisamment réglementée, rendait difficile « *l'accès aux services de santé reproductive* » dans de nombreux États membres du Conseil de l'Europe.

Ainsi, elle soulignait la nécessité « *d'établir un équilibre entre l'objection de conscience d'un individu qui refuse d'accomplir un acte médical donné, d'une part, et la responsabilité professionnelle et le droit de chaque patient à recevoir un traitement légal dans un délai approprié, d'autre part* ».

Dans les suites de ce projet, en France, le CNOM a réagi dans un communiqué en date du 7 octobre 2010 intitulé *Menace sur la clause de conscience des médecins : alerte du CNOM*, en rappelant son souci du maintien de la liberté de conscience pour tout médecin.

Le même jour, l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe a finalement adopté une résolution 1763 intitulée *Le droit à l'objection de conscience dans le cadre des soins médicaux légaux*, qui réaffirme la légitimité de la clause de conscience.

Elle indique notamment que « *Nul hôpital, établissement ou personne ne peut faire l'objet de pressions, être tenu responsable ou subir des discriminations d'aucune sorte pour son refus de réaliser, d'accueillir ou d'assister un avortement, une fausse couche provoquée ou une euthanasie, ou de s'y soumettre, ni pour son refus d'accomplir toute intervention visant à provoquer la mort d'un fœtus ou d'un embryon humain, quelles qu'en soient les raisons* ».

L'Assemblée parlementaire invite ainsi les États à réglementer cette pratique qualifiée « d'objection de conscience » pour garantir le droit de tout patient à recevoir des soins dans un délai approprié.

➤ Un médecin, responsable d'un service de maternité publique, peut-il refuser de procéder à une IVG sur une patiente au nom de ses convictions religieuses ?

La faculté offerte au médecin de refuser de réaliser une IVG (articles L. 2212-8 et R. 4127-18 CSP) ne doit pas constituer un obstacle à la réalisation de l'IVG dans le service.

La loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception a supprimé une disposition de l'ancien article L. 2212-8 CSP qui reconnaissait aux chefs de services des établissements de santé publics la possibilité de s'opposer à ce que des IVG soient réalisées dans leur service.

Le Conseil constitutionnel, saisi par des parlementaires, s'est prononcé sur ce point particulier. Par une décision n° 2001-446 DC du 27 juin 2001, il considère que la nouvelle rédaction de l'article L. 2212-8 CSP ne porte pas atteinte au principe constitutionnel de liberté de conscience, ni à aucune autre règle de valeur constitutionnelle.

Pour autant, le Conseil constitutionnel précise que « *si le chef de service d'un établissement public de santé ne peut, en application de la disposition contestée, s'opposer à ce que des interruptions volontaires de grossesse soient effectuées dans son service, il conserve, en application des dispositions précitées du Code*



© GETTY IMAGES

de la santé publique, le droit de ne pas en pratiquer lui-même ; qu'est ainsi sauvegardée sa liberté, laquelle relève de sa conscience personnelle et ne saurait s'exercer aux dépens de celle des autres médecins et membres du personnel hospitalier qui travaillent dans son service (...) ».

Ainsi, le chef de service a le droit de refuser de réaliser personnellement une IVG mais il ne peut imposer ses propres convictions personnelles et professionnelles à l'ensemble de son service.

À noter, par ailleurs, qu'un établissement de santé privé a la possibilité de refuser que des IVG soient réalisées dans ses locaux. Ce principe est posé par l'article L 2212-8 CSP, alinéa 3.

Cependant, il existe des exceptions à ce principe. En effet, si l'établissement est d'intérêt collectif et participe à l'exécution d'une mission de service public ou s'il a conclu un contrat de concession, alors son refus n'est valable que si d'autres établissements sont en mesure de répondre aux besoins locaux. ■



Refus de soins, pénurie médicale et médecin « surbooké » : un mélange explosif

Les déserts médicaux, de plus en plus nombreux sur le territoire, privent les patients de recours médical de première ligne. Comment trouver un médecin traitant ? Et comment le médecin, déjà « surbooké », peut-il absorber la patientèle de ses confrères ? Peut-il engager sa responsabilité s'il refuse de prendre de nouveaux patients ?

STÉPHANIE TAMBURINI, JURISTE, MACSF

➔ Un médecin peut refuser de donner des soins à un patient

Deux principes sont à concilier :

- l'accès aux soins des patients, impératif de santé publique ;
- le droit pour le médecin libéral de ne pas accepter de prendre en charge tout patient qui se présente à lui, ce qui est la base de la liberté contractuelle.

L'ARTICLE R. 4127-47 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE AFFIRME...

« Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins ».

Ces dispositions ne distinguent pas selon que le refus de soins est opposé à un patient faisant déjà partie de la patientèle du médecin ou qu'il s'agit d'un nouveau malade, en demande de prise en charge.

DE SON CÔTÉ, L'ARTICLE L. 1110-3 DU CSP PRÉCISE...

« Hors le cas d'urgence et celui où le professionnel de santé manquerait à ses devoirs d'humanité, le principe énoncé au premier alinéa du présent article (c'est à dire « Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins ») ne fait pas obstacle à un refus de soins fondé sur une exigence personnelle ou professionnelle essentielle et déterminante de la qualité, de la sécurité ou de l'efficacité des soins. La continuité des soins doit être assurée quelles que soient les circonstances, dans les conditions prévues par l'article L 6315-1 du présent code ».

Une possibilité de refus existe donc mais elle est encadrée et constitue une exception.

➔ Mais sous certaines conditions...

- **Le refus ne peut être discriminatoire**

Au regard de l'[article 225-1 du Code pénal](#) : dès lors que le médecin n'opère pas un « tri » entre les nouveaux

« Une possibilité de refus de soins existe mais elle est encadrée et constitue une exception. »



patients en fonction de critères discriminatoires, le refus est possible.

- **Il ne doit pas y avoir d'urgence**

Sans quoi, le praticien pourrait se voir reprocher une non-assistance à personne en péril, ceci d'autant plus qu'il est professionnel de santé : il faut donc bien distinguer les éventuels cas d'urgence, pour lesquels il doit accepter la prise en charge ou, du moins, veiller à la prise en charge adaptée du patient, même s'il ne l'a jamais vu, des cas de consultation « tout venant ».

L'urgence prime sur le refus du médecin, fut-il parfaitement justifié et non discriminatoire.

Reste à définir ce qu'est l'urgence, ce qui n'est pas toujours évident.

Pour juger de ce caractère d'urgence, il peut parfois être nécessaire de se déplacer au chevet du patient, ou d'accepter de le recevoir pour évaluer son état.

- **Le motif de refus invoqué par le praticien peut être professionnel ou personnel**

Critère qui est ici satisfait puisqu'il tient au fait qu'il a déjà une patientèle qui occupe tout son temps et son exercice.

- **La continuité des soins doit être assurée**

Si le praticien n'a pas l'obligation d'assurer ces soins lui-même, il doit orienter le patient de manière à ce que celui-ci puisse être pris en charge.

Dans le cas d'une pénurie médicale, le recours à d'autres praticiens est difficile, mais cela ne semble pas faire obstacle à l'application de l'article R. 4127-47.

En effet, il existe parfois d'autres praticiens dans un périmètre alentour vers lesquels orienter les patients, à charge pour ceux-ci d'indiquer, à leur tour, s'ils peuvent absorber de nouveaux malades.

Refuser le bénéfice de cet article du fait de la situation de pénurie reviendrait à opérer une distinction selon les situations de démographie médicale, que les textes eux-mêmes ne font pas.

➤ **La difficile désignation d'un médecin traitant**

Depuis la [loi de réforme de l'Assurance maladie](#) du 13 août 2004, le médecin traitant a vocation à coordonner le « parcours de soins » du patient et sa désignation est prévue par l'article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale :

« *Tout assuré ou ayant droit âgé de 16 ans ou plus indique à son organisme de sécurité gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il choisit, avec l'accord de celui-ci (...)* ».

Cette désignation n'est pas obligatoire en tant que telle mais conditionne les modalités de remboursement de l'assuré social, qui conservera une plus grande part à sa charge s'il n'a pas de médecin traitant.

Les patients peuvent donc être pénalisés financièrement s'ils ne désignent pas un médecin traitant, faute d'avoir pu trouver un médecin qui accepte de les prendre en charge.

Pour autant, tout médecin est libre d'accepter ou non de devenir médecin traitant, dès lors qu'il en avertit le patient et le redirige vers un confrère, et que ce refus n'est pas fondé sur des motifs discriminatoires.

Dans l'absolu, il relève de la responsabilité des pouvoirs publics de veiller à ce que l'offre de soins soit suffisante sur l'ensemble du territoire pour que le respect des textes soit possible pour tous, sans discrimination liée au lieu de vie.

Mais il paraît illusoire de penser qu'une action visant à engager la responsabilité des pouvoirs publics dans ce contexte pourrait aboutir...

Tout au plus, les patients éventuellement concernés par une impossibilité de désigner un médecin traitant pourraient-ils faire une démarche auprès de leur caisse pour demander, à titre exceptionnel, à ne pas être pénalisés de ne pas avoir pu s'inscrire dans le parcours de soins.

Il n'est pas certain qu'une telle démarche trouverait un écho auprès des caisses...



Devant le constat d'un nombre important de personnes souffrant d'une Affection de Longue Durée (ALD) sans médecin traitant, le ministre de la Santé, François Braun, a chargé l'Assurance maladie de mettre en place un plan d'actions.

En 2023, elle a identifié les patients en ALD ayant consulté au moins trois fois dans l'année un même praticien qui n'est pas leur médecin traitant. L'Assurance maladie adressera au médecin concerné la liste de ces patients pour recueillir son accord à leur intégration dans sa patientèle « médecin traitant ».

En l'état du plan, aucune obligation n'est imposée au médecin, qui peut refuser. Dans ce cas, d'autres solutions seront proposées au patient en fonction des spécificités de la région où il se trouve.

➤ **Quel risque si le médecin, déjà surbooké, accepte de nouveaux patients ?**

Si le praticien prend en charge un nombre trop important de patients, cela risque de rejaillir de façon péjorative

sur son exercice. Il sera en effet contraint de consacrer moins de temps à chaque consultation, avec le risque de mener un examen clinique ou un interrogatoire trop succinct et de « passer à côté » d'un diagnostic.

En cas de litige avec un patient, c'est un élément que le juge peut prendre en compte dans son appréciation souveraine des faits.

NOTRE CONSEIL

Il est donc préférable de ne pas accepter d'absorber coûte que coûte la patientèle de ses confrères, quitte à adresser un courrier à l'Agence Régionale de Santé (ARS) concernée et au Conseil départemental de l'Ordre pour exposer les difficultés rencontrées. ■



© GETTY IMAGES



Le refus de soins pour motifs religieux

La loi reconnaît à tous les usagers du système de santé le droit de refuser les soins ou traitements qui leur sont proposés par le corps médical. Quelles qu'en soient les raisons, même religieuses, ce choix doit être respecté sous réserve de quelques précautions.

DELPHINE ROUSSEL, JURISTE, MACSF

➤ Éthique, culturel ou religieux, le refus de soins s'impose à tous

« Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement (...). Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne (...) ».

L'article L. 1111-4 du Code de la santé publique relatif aux droits généraux des personnes malades et des usagers du système de santé, consacre ainsi le droit au refus de soins par le patient.

Le principe est clair : « Le professionnel de santé doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix ».

Quel soignant (médecin, sage-femme, infirmier...), qu'il soit libéral ou qu'il exerce en établissement, ne s'est jamais trouvé confronté à un refus de soins, dans une situation inextricable, tiraillé d'un côté entre le respect de la volonté du patient et, de l'autre, son devoir moral de le soigner, surtout lorsque la gravité de son état de santé le nécessite ?

Parmi les motifs les plus fréquents, avoués ou non, on citera notamment ceux en rapport avec la religion :

- bien sûr l'hypothèse « classique » du refus de transfusion par le patient témoin de Jéhovah ;
- la patiente qui sollicite un suivi gynécologique tout en refusant l'examen clinique ;
- l'identification ou les soins rendus impossibles par le port d'un voile intégral ;
- le refus d'être pris(e) en charge par un praticien masculin ou féminin.

À juste titre, les professionnels de santé s'interrogent sur l'attitude à adopter.

Jusqu'où aller dans la relation avec le patient ? Tenter de le convaincre envers et contre tout ou lâcher prise et s'incliner devant le refus exprimé par le récalcitrant par crainte de voir sa responsabilité professionnelle par la suite recherchée pour non-respect de la volonté du patient ou en cas d'erreur de diagnostic ?

Le refus de soins pour motifs religieux n'est pas abordé par la réglementation actuelle, ce qui pose difficultés aux soignants qui se sentent démunis.

« Le refus de soins pour motifs religieux n'est pas abordé par la réglementation actuelle, ce qui pose difficultés aux soignants qui se sentent démunis. »

Mais quels qu'en soient les motifs, éthiques, culturels ou religieux le refus de soins reste soumis aux mêmes principes juridiques.

➤ Refus de soins : la marche à suivre

- Informer la personne des conséquences de son choix et de sa gravité

Dès lors que la décision du patient met sa vie en danger, il doit être informé des conséquences de son choix.

La loi du 2 février 2016 portant droits des personnes en fin de vie a cependant modifié l'article L. 1111-4 CSP en supprimant la formulation selon laquelle « le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre (la personne) d'accepter les soins indispensables ».

Cette ancienne formulation faisait peser une lourde responsabilité sur les épaules des professionnels de santé qui ne parvenaient pas à faire changer d'avis leur patient et surtout à rapporter la preuve d'avoir tenté de le faire.

Le nouveau texte a pour objectif d'insister sur le respect de la volonté du patient, lequel prend dorénavant la place centrale dans la décision médicale.



Il ne semble donc plus nécessaire de tenter de le convaincre, il suffit de lui délivrer une information loyale, claire et appropriée sur son état de santé, les soins nécessaires, leur utilité, leur urgence et le cas échéant leurs alternatives ainsi que sur les risques fréquents ou graves encourus du fait de ces soins ou de l'absence de soins.

L'heure est à la responsabilisation des patients. S'agissant de sa santé, le patient reste libre mais aussi responsable de ses choix.

- **Prévoir plusieurs entretiens pour permettre au patient de réitérer sa décision**

En cas de refus, si le soignant n'est plus tenu de tenter de convaincre le patient, en revanche, il ne peut s'incliner trop vite.

La personne doit réitérer son refus « *dans un délai raisonnable* ». Cette formulation implique l'existence d'une nouvelle discussion avec le professionnel de santé. Le texte est cependant muet sur le délai dans lequel cette confirmation doit intervenir.

Si le (la) patient(e) ne change pas d'avis malgré les explications fournies, le soignant ne pourra alors que s'incliner. Le refus de soin s'impose à tous (exception pour les soins aux mineurs).

- **En tout état de cause « le suivi du malade doit rester assuré »**

Il n'est donc pas question de renoncer à assurer les soins au patient sauf pour raisons personnelles et à la condition de s'assurer de la continuité des soins (art R. 4127-47 ; R. 4127-328 CSP...).

- **Faire signer un formulaire de refus de soins**

Ce document constitue, en cas de contestation ultérieure, une preuve du refus de soins. En revanche, il ne vaut pas décharge de responsabilité, laquelle est en soi dénuée de toute valeur juridique. Ainsi, toute mention en ce sens est totalement inutile.

Ce formulaire n'étant pas obligatoire le patient peut parfaitement refuser de le signer.

Peuvent y figurer les éléments suivants :

- date, nom et prénom du patient ;
- domicile ;
- mention selon laquelle le patient refuse les soins qui lui sont proposés ;
- mention selon laquelle le médecin n'est pas favorable au choix du patient ;

- mention selon laquelle le patient a été informé de manière claire et a compris les risques encourus pour sa santé ;
- mention selon laquelle le patient a eu la possibilité de poser toute question complémentaire, qu'il a reçu les réponses satisfaisantes à ces questions, et qu'il a eu le temps nécessaire pour prendre sa décision ;
- mention selon laquelle un double de cette attestation sera conservé au dossier.

S'il l'accepte, le patient devra apposer la mention « lu et approuvé », ainsi que sa signature sur le document.

Dans le cas d'une prise en charge en établissement, le patient peut, en plus de refuser les soins, souhaiter quitter les lieux et rentrer à domicile.

Dans ce cas, l'article R. 1112-62 CSP prévoit que, dans les établissements publics de santé, tout malade qui désire sortir de l'établissement alors que le médecin chef de service estime que cette sortie est prématurée ne peut être autorisé à quitter l'établissement qu'à la condition de remplir une attestation établissant qu'il a eu connaissance des dangers que cette sortie représente pour lui.

- **Tracer le refus dans le dossier médical**

Plus un dossier médical est documenté, plus il sera aisé de retracer le cours des événements et prouver que l'incident survenu a pour cause l'attitude du patient. ■

ÉLÉMENTS DEVANT FIGURER AU DOSSIER EN CAS DE REFUS DE SOINS

- **Difficultés rencontrées**, qu'il s'agisse des problèmes de tenues vestimentaires inadéquates, des refus de soins ou d'être pris en charge par tel praticien (bien préciser dans ce cas qui était de garde alors), ou encore attitudes agressives.
- **Information délivrée sur les conséquences de son choix**, ainsi qu'alternatives possibles mais aussi absence d'alternative.
- **Renfort sollicité auprès d'un confrère** par exemple, d'un collègue ou de la hiérarchie, et en particulier auprès du chef de service et du Directeur d'établissement.
- **Décision finalement prise.** ■

Patient inapte à la conduite automobile : quel rôle pour le médecin traitant ?

Certaines pathologies peuvent affecter la mobilité ou la vigilance, au point de rendre la conduite automobile dangereuse. Le médecin qui constate une éventuelle inaptitude à la conduite chez l'un de ses patients a un rôle essentiel à jouer, qu'il ne doit surtout pas négliger. L'arrêté ministériel du 28 mars 2022 est désormais le document réglementaire de référence en la matière.

STÉPHANIE TAMBURINI, JURISTE, MACSF

➤ Qu'entend-on par inaptitude à la conduite automobile ?

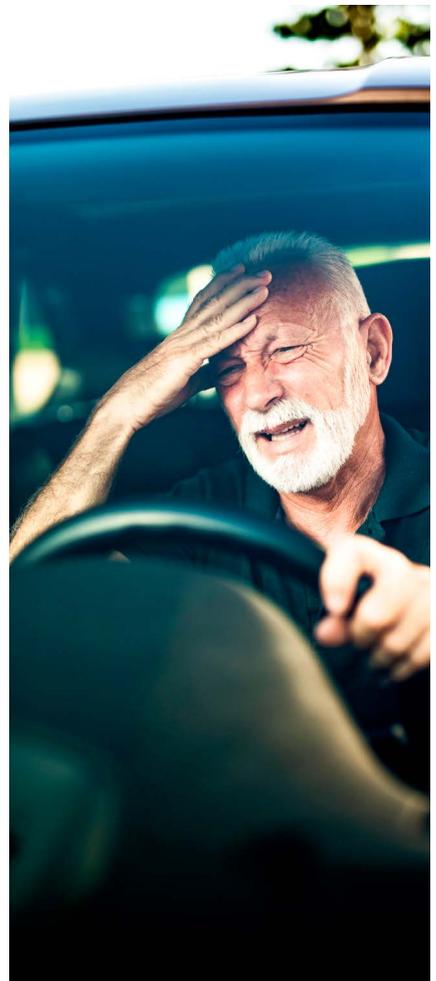
Les pathologies susceptibles d'avoir un effet sur l'aptitude à la conduite sont diverses. Selon leur degré de gravité et la manière dont elles sont prises en charge, leurs conséquences sont plus ou moins gênantes et elles ne sont pas systématiquement à l'origine d'une inaptitude.

On parle ainsi, selon les cas, d'incompatibilité temporaire ou définitive avec la conduite.

QUELLES SONT LES PRINCIPALES PATHOLOGIES CONCERNÉES ?

- Pathologies ophtalmiques (troubles de la vision entraînant une diminution plus ou moins importante de l'acuité visuelle, nystagmus, diplopie, altération de la vision nocturne, etc.)
- Pathologies ORL (surdité, troubles de l'équilibre, etc.)
- Pathologies ou lésions du système nerveux, à l'origine de troubles cognitifs, moteurs ou sensoriels
- Troubles cognitifs dont la maladie d'Alzheimer, selon son degré
- Addictions à l'alcool, à la drogue ou aux médicaments
-  pilepsie
- Somnolence excessive non traitée
- Pathologies cardiovasculaires avec risque de malaise au volant
- Diabète avec risque de malaise
- Insuffisance respiratoire nécessitant une assistance ventilatoire
- Insuffisance rénale selon son stade

Certains de ces déficits ou de ces pathologies, auparavant considérés comme incompatibles avec la conduite, peuvent aujourd'hui être compensés par des aménagements du véhicule. C'est pour tenir compte des innovations scientifiques et technologiques ouvrant l'accès à la conduite que l'arrêté du 21 décembre 2005 a été remplacé par l'[arrêté ministériel du 28 mars 2022](#).



  GETTY IMAGES

« CERTAINS DÉFICITS OU PATHOLOGIES PEUVENT AUJOURD'HUI ÊTRE COMPENSÉS PAR DES AMÉNAGEMENTS DU VÉHICULE. »

➤ Existe-t-il un contrôle systématique de l'aptitude à la conduite ?

Les titulaires des permis dits « lourd », c'est-à-dire à usage professionnel (poids lourds, transports en commun), sont soumis à un contrôle médical :

- systématique avant passage du permis,
- et de manière périodique ensuite.

Pour les titulaires des permis dits « léger » (A1, A2, A, B, B1 et BE), il n'y a aucun caractère obligatoire et tout repose sur la seule volonté du titulaire. Comme le rappelle l'arrêté dans son article 1^{er}, c'est au conducteur qu'il revient d'apprécier sa capacité à conduire au regard de ses affections médicales, de son état de fatigue et de vigilance, de sa capacité de mobilité, de la prise de médicaments ou de substances psychoactives.

• Avant de passer le permis

Le candidat qui se sait atteint de l'une des affections médicales mentionnées à l'annexe de l'arrêté du 28 mars 2022 doit la déclarer spontanément lors de son inscription par la télé-procédure « Demande de permis de conduire ». S'il ne l'a pas fait, et s'il est constaté une éventuelle incompatibilité avec la conduite lors des épreuves pratiques du permis, le préfet peut être sollicité pour imposer un contrôle médical par un médecin agréé.

• Une fois le permis léger obtenu

Une évaluation périodique obligatoire de l'aptitude à conduire n'est prévue que dans certains cas particuliers : après certaines infractions routières (suspension de plus d'un mois ou annulation du permis de conduire), après un accident corporel grave ou, en dehors de ces hypothèses, en cas d'usage du permis pour l'exercice de certaines professions : moniteurs d'auto-école, conducteurs de taxi, VTC, ambulance, ramassage scolaire, etc.

Dans les faits, c'est donc souvent à l'occasion d'une consultation de routine qu'un médecin peut être amené à constater une inaptitude à la conduite, temporaire ou définitive, de l'un de ses patients. Se pose alors la question des mesures à prendre à son égard.

➤ Le médecin peut-il interdire à son patient de conduire ?

Quand il constate un état pathologique susceptible d'interférer avec la conduite, le médecin ne peut évidemment :

- imposer l'arrêt de la conduite à son patient, puisqu'il ne dispose à son égard d'aucun pouvoir de coercition ;
- opérer un signalement auprès des autorités compétentes puisque cette hypothèse d'entorse au secret médical n'est pas prévue par la loi.

L'arrêté ministériel du 28 mars 2022 fait peser sur le seul patient la responsabilité de déclarer sa situation et de se soumettre à un examen par un médecin agréé.

Pour autant, le médecin traitant ne peut rester inactif. Il doit agir, au titre des obligations générales d'information qui pèsent sur lui.

« C'EST SOUVENT À L'OCCASION D'UNE CONSULTATION DE ROUTINE QU'UN MÉDECIN PEUT ÊTRE AMENÉ À CONSTATER UNE INAPTITUDE À LA CONDUITE. »

➤ Le médecin doit-il alerter le patient ?

Le praticien a une obligation générale d'information sur la pathologie et les traitements prescrits, ainsi que sur leurs effets secondaires et leurs conséquences. Cette information doit être délivrée au cours d'un entretien individuel ; elle doit être claire, loyale, appropriée et compréhensible. La preuve peut en être apportée par tout moyen.

Lors du diagnostic d'une pathologie ou de la prescription d'un traitement affectant la vigilance au volant, le praticien doit informer son patient des possibles incidences sur la conduite automobile.

Si les textes relatifs à l'information donnent la priorité à l'oral en évoquant un entretien individuel, il est toutefois vivement conseillé de porter une mention écrite au dossier du patient afin de se prémunir en cas de plainte ultérieure.

Le praticien doit attirer l'attention de son patient (ou celle de son entourage lorsqu'il s'agit d'une pathologie abolissant le discernement) sur le fait que la maladie peut rendre plus dangereuse la conduite automobile ou, du moins, nécessiter quelques précautions supplémentaires :

- vigilance vis-à-vis des signes annonciateurs,
- pauses en cas de longue distance,
- éviter les périodes de circulation difficile,
- vitesse,
- alcool,
- conduite après un repas, etc.

L'attention du patient doit également être attirée, le cas échéant, sur les risques de troubles de la vigilance induits par le traitement prescrit.

Enfin, le médecin doit l'inviter à prendre rendez-vous avec un médecin agréé, en lui en fournissant la liste ou en l'invitant à la consulter sur le site Internet de la préfecture.

➤ Que faire quand le patient, pourtant informé des risques, persiste à conduire ?

Le médecin ne peut pas directement contacter la préfecture car, ce faisant, il ne respecterait pas le secret médical. Aucun texte ne l'y autorise. Au contraire, l'arrêté du 28 mars 2022 a bien confirmé que la déclaration d'un état pathologique affectant la conduite est du seul ressort du titulaire du permis léger.

Aussi, lorsqu'il semble au médecin que les risques sont vraiment élevés et qu'une information n'est pas suffisante (par exemple dans certains cas de maladies mentales), il peut conseiller à la famille ou aux proches d'alerter le préfet, seul habilité à ordonner un examen médical d'aptitude.

➤ Le médecin engage-t-il sa responsabilité en cas d'accident ?

Une mise en cause de la responsabilité du médecin traitant en cas d'accident automobile provoqué par un patient inapte à la conduite est peu probable, mais elle est théoriquement possible.

• Sur le plan civil

La responsabilité du praticien pourrait se trouver engagée s'il était établi qu'il

n'a pas rempli son devoir d'information et n'a formulé auprès de son patient aucune mise en garde alors que, du fait de la maladie ou des médicaments absorbés, il savait la conduite automobile risquée.

• **Sur le plan pénal**

La responsabilité du médecin pourrait être envisagée à deux titres.

Mise en danger de la vie d'autrui (article 223-1 du Code pénal)

Cela concerne les situations exposant directement une personne à un risque immédiat d'une extrême gravité, en violation d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence, et de manière manifestement délibérée : encore faut-il qu'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par les textes ait été violée.

Cette violation sera difficile à établir, s'agissant du médecin, puisqu'il n'existe pas à l'heure actuelle de dispositions législatives ou réglementaires lui permettant d'empêcher son patient de conduire de façon coercitive.

Homicide ou blessures involontaires (article 121-3 alinéa 3 du Code pénal)

Dans ce cas, l'auteur indirect d'un dommage (c'est-à-dire celui qui a contribué à créer la situation dommageable ou qui n'a pas pris les mesures permettant de l'éviter) est sanctionné.

Cependant, il faut qu'il soit relevé, soit une violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou les règlements, soit une faute caractérisée exposant autrui à un risque d'une particulière gravité.

Cette violation délibérée sera difficile à établir à l'égard du médecin puisqu'il n'existe aucune disposition réglementaire ou légale l'obligeant à agir à l'égard de son patient, autrement qu'en l'informant.

➤ **Quelles précautions prendre en cas de prescription de médicaments affectant la vigilance au volant ?**

Il existe trois catégories de médicaments présentant un risque pour la conduite automobile, signalé sur les boîtes par des pictogrammes :

- Risque faible, qui varie en fonction des personnes ;

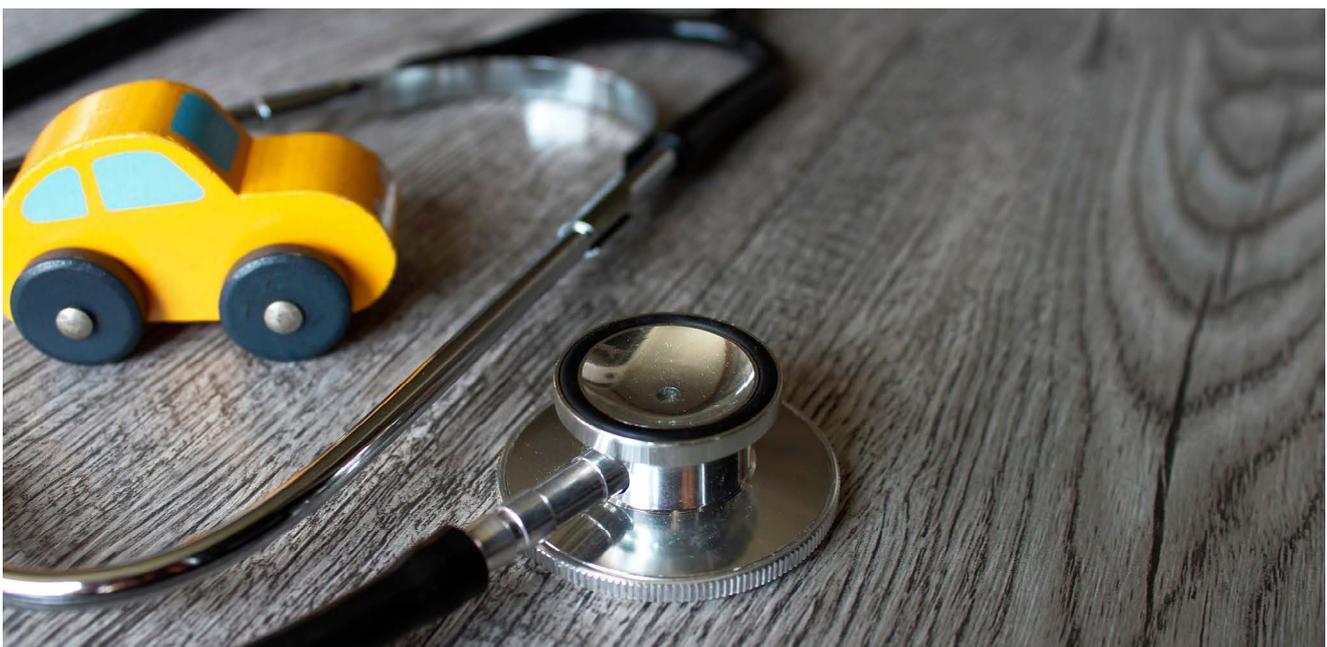
- Risque d'effets secondaires sur la conduite ;
- Conduite dangereuse, avec la mention « Ne pas conduire ».

Quand il prescrit ce type de médicament, le médecin doit impérativement attirer l'attention de son patient sur les risques à conduire et l'inviter à ne pas prendre le volant, là encore sans pouvoir l'y contraindre. ■

BON À SAVOIR

La Sécurité routière a lancé en 2022 une grande campagne d'information intitulée « *Docteur, est-ce que c'est grave si je conduis ?* ».

Dans ce cadre, elle a mis une brochure à disposition des professionnels de santé qui regroupe, sous forme synthétique, les principaux éléments pour informer les patients que leur état de santé est susceptible d'interférer avec la conduite d'un véhicule léger.



© GETTY IMAGES

Collègue souffrant d'addiction : quelle responsabilité si on ne fait rien ?

En exercice libéral comme en établissement de soins, un professionnel de santé peut être amené à travailler en collaboration avec un confrère ou un collègue atteint d'une addiction qui peut avoir une influence sur la qualité des soins prodigués aux patients. Ce professionnel peut-il engager sa propre responsabilité s'il « sait » mais qu'il ne dit rien ? En cas de litige avec un patient, peut-il être condamné pour avoir couvert un comportement à l'origine d'un dommage ?

STÉPHANIE TAMBURINI, JURISTE, MACSF

➤ Collègue atteint d'une addiction : dénoncer, ou ne pas dénoncer ?

Il n'existe aucun texte qui oblige un professionnel de santé à dénoncer un confrère qu'il pense être en situation d'addiction, qu'il s'agisse d'alcool, de médicaments ou de stupéfiants. Il ne pourra donc, en soi, être reproché à ce professionnel d'avoir gardé le silence.

Mais l'absence de texte imposant une révélation ne doit pas conduire à minimiser le problème ou à fermer les yeux sur des comportements clairement dangereux pour les patients.

Certains des sociétaires qui ont interrogé la MACSF sur ce sujet ont fait état d'erreurs de leur confrère dans les prescriptions ou dans la réalisation d'actes techniques, d'absence de prise en charge cohérente ou encore de négligence dans la tenue du dossier médical.

La question d'une révélation de l'addiction doit donc nécessairement se poser, avec évidemment tout le tact qui s'impose. C'est en conscience que le professionnel devra s'interroger sur l'opportunité d'une telle démarche, qui peut paraître stigmatisante.

➤ Une situation peu fréquente, mais pas rare

La MACSF est régulièrement interrogée sur ce sujet par ses sociétaires, dans le cadre de demandes de conseils au titre de leur contrat d'assurance en Protection juridique.

Le volume de demandes est modeste, comparé à d'autres thématiques plus récurrentes comme le domaine de compétences ou l'organisation des soins en établissement.

Mais cela reste révélateur d'un phénomène réel, illustré par quelques affaires aussi dramatiques que médiatiques.

« 14 % DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN BURN-OUT SERAIENT CONCERNÉS PAR UNE CONDUITE ADDICTIVE. »

Ce phénomène pourrait bien s'amplifier encore dans les années à venir, des études récentes mettant en évidence un fort taux de *burn-out* chez les professionnels de santé, et démontrant que 14 % d'entre eux seraient concernés par une conduite addictive (alcool et psychotropes/anxiolytiques).

L'activité médicale et paramédicale s'exerçant de plus en plus en équipe, la question de l'éventuelle responsabilité du collègue ou confrère qui « est au courant » de l'addiction et craint pour la sécurité de ses patients – et pour sa responsabilité ! – n'en a que plus d'importance.

Bien entendu, il conviendra, au préalable, de vérifier la réalité de l'addiction et de ses conséquences ; il serait hasardeux de se contenter de « on-dit » rapportés par des patients ou des confrères, sans les avoir soi-même constatés.

Ce type de révélation peut conduire à un examen de la situation du professionnel concerné par le Conseil de l'Ordre (par exemple, article R. 4124-3 du Code de la santé publique pour les médecins).

➤ Quelle responsabilité civile pour le professionnel de santé qui n'aurait pas dénoncé son confrère ?

La réponse va dépendre du statut sous lequel il exerce.

• En libéral

La responsabilité du professionnel demeure personnelle, pour les soins ou actes qu'il dispense. Chacun exerce en toute indépendance. En cas de litige, c'est donc avant tout à l'encontre du professionnel fautif qu'une action pourrait être dirigée. Néanmoins, en cas de collaboration, ce type de comportement peut nuire aux deux associés et rendre souhaitable une rupture du contrat de collaboration.

• **En établissement de soins en tant que salarié**

Un professionnel de santé salarié ne peut engager sa responsabilité civile personnelle dès lors qu'il a agi dans le cadre des missions confiées par son employeur. Si, pour le professionnel qui souffre d'addiction, la question d'un exercice hors de ses missions peut se poser, tel n'est pas le cas pour le professionnel qui ne l'a pas dénoncé. Ainsi, dans ce cas, c'est l'employeur qui sera civilement responsable.

• **En établissement de soins en tant qu'hospitalier**

C'est à l'employeur de prendre en charge les indemnités allouées, et la victime devra mettre en cause la responsabilité administrative de l'établissement hospitalier pour une faute de service, devant le juge administratif. La seule hypothèse de mise en cause personnelle est celle de la faute détachable, peu probable dans cette situation.



© GETTY IMAGES

➤ **Quelle responsabilité pénale pour le professionnel de santé qui n'aurait pas dénoncé son confrère ?**

La responsabilité pénale est personnelle. Si le comportement du collègue ou confrère est à l'origine d'une plainte pénale, c'est avant tout sa responsabilité – en tant qu'auteur direct du dommage – qui sera recherchée.

Mais la responsabilité de celui qui ne l'a pas dénoncé alors qu'il connaissait la situation peut également être recherchée, cette fois en tant qu'auteur indirect.

ARTICLE 121-3 ALINÉA 3 DU CODE PÉNAL

« Les personnes physiques qui n'ont pas causé directement le dommage, mais qui ont créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage ou qui n'ont pas pris les mesures permettant de l'éviter, sont responsables pénalement s'il est établi qu'elles ont, soit violé de façon manifestement délibérée une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, soit commis une faute caractérisée et qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elles ne pouvaient ignorer. »

Cette responsabilité en tant qu'auteur indirect n'est envisageable que si l'auteur a violé une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, ou commis une faute caractérisée. S'il n'existe pas à proprement parler de violation, puisqu'aucun texte législatif n'impose d'effectuer un signalement en pareille hypothèse, il n'est pas possible de préjuger de l'appréciation d'un juge en cas de litige.

Sur le plan pénal, une non-assistance à personne en péril pourrait également être reprochée au professionnel qui s'abstiendrait de réagir.

Ainsi, dans une affaire médiatisée dans laquelle une femme est morte au cours de son accouchement du fait d'erreurs grossières commises par l'anesthésiste qui souffrait d'alcoolisme chronique, tant l'obstétricien de garde le soir des faits que le centre hospitalier (en tant que personne morale) ont été mis en examen pour ce motif. ■

« LA RESPONSABILITÉ DE CELUI QUI N'A PAS DÉNONCÉ SON COLLÈGE ALORS QU'IL CONNAISSAIT LA SITUATION PEUT ÊTRE RECHERCHÉE. »

Vertige positionnel paroxystique bénin : le plus fréquent mais attention au diagnostic de facilité !

Les vertiges sont un motif fréquent de consultation, tant en médecine générale qu'aux urgences. Le diagnostic étiologique en est parfois difficile, pouvant être source d'erreurs diagnostiques avec des conséquences potentiellement graves, comme l'illustre le cas suivant que nous avons eu à défendre à la MACSF.

DR CAROLE GERSON, MÉDECIN GÉNÉRALISTE, ANCIEN ASSISTANT DES HÔPITAUX, DIPLÔMÉE EN MÉDECINE D'URGENCE, EN GÉRIATRIE, EN SOINS PALLIATIFS ET EN RÉPARATION JURIDIQUE DU DOMMAGE CORPOREL, MÉDECIN-CONSEIL
LE DOCTEUR ACCOMPAGNE DEPUIS 20 ANS LES SOCIÉTAIRES DE LA MACSF EN TANT QUE MÉDECIN-CONSEIL AU COMITÉ MÉDICAL MACSF.

➤ Un vertige positionnel paroxystique « bénin » qui ne l'était pas

Cas clinique

En sortant de sa voiture alors qu'il est en déplacement en province, monsieur M, 58 ans, présente des vertiges qu'il va décrire à son médecin traitant, consulté par téléphone, comme l'impression de « tanguer » et d'être « saoul ».

Sur son conseil, il se rend chez un généraliste. Celui-ci, constatant un examen normal mais une tension élevée à 180/100 mm Hg, l'adresse sans délai aux urgences de la clinique la plus proche.

Là, le médecin urgentiste, le docteur U, dont on verra que l'identité pose problème, rapporte son examen comme suit : « syndrome vertigineux. Romberg. Nystagmus horizontal. Pas d'acouphènes. Pas de signes neuro de focalisation ».

Le bilan biologique est normal, tout comme l'EKG.

Un avis est pris auprès d'un ORL, le docteur O, qui conclut à un vertige paroxystique positionnel bénin. Le patient quitte donc les urgences dans l'après-midi avec une prescription de Serc®.

La soirée est difficile, marquée par des nausées et vomissements. Vers minuit, le patient ressent des crampes et des paresthésies de l'hémicorps gauche mais parvient quand même à s'endormir. Au réveil, il découvre être hémiparétique.

Aidé d'un collègue de travail, il se rend aux urgences où un scanner injecté puis une IRM sont considérés comme peu parlants par le radiologue, le docteur R.

L'urgentiste de garde décide cependant du transfert immédiat du patient en neurologie au CHU.

La conclusion des neurologues à la relecture de l'IRM en question est celle d'un accident ischémique bulbaire paramédian droit.

Un traitement par héparine à la seringue électrique est instauré et le bilan, complété par une angio-IRM, retrouve une thrombose proximale athéromateuse de l'artère vertébrale droite dans sa portion cervicale. L'HTA est également traitée lors du séjour.

Malgré une longue rééducation, le patient ne récupère que peu.

Le jour de l'expertise, il explique devoir se déplacer avec un déambulateur, être très handicapé par la parésie persistante du bras gauche, ne plus pouvoir travailler et avoir rencontré des difficultés dans son couple, vivant désormais seul avec son chien. Il ajoute avoir dû d'ailleurs être hospitalisé pendant plus de 10 jours pour une tentative de suicide l'année suivant son retour à domicile.

➤ Un diagnostic de bénignité non étayé

Les experts missionnés par la CCI, après avoir pris connaissance du dossier, insistent sur plusieurs points.

• Un manque d'organisation flagrant de l'établissement

Il est impossible d'affirmer l'identité de l'urgentiste car deux noms apparaissent... alors que l'un des deux contestait sa présence ce jour-là en fournissant un certificat attestant de son intervention à plusieurs centaines de kilomètres de la clinique.

• Une observation incomplète de la part de l'urgentiste

Les experts reprochent à l'urgentiste supposé présent :

- une observation incomplète,
- l'absence de prescription d'imagerie,
- l'absence d'avis neurologique, alors même que la symptomatologie justifiait d'éliminer avant tout un accident vasculaire chez ce patient obèse, hypertendu et diabétique.

• Une prise en charge inadaptée de la part de l'ORL

Les experts reprochent à l'ORL :

- de n'avoir rédigé aucune observation ;
- de s'être contenté d'affirmer son diagnostic sans l'étayer ;
- d'avoir mobilisé le patient sur un fauteuil rotatif, ce qui dans le cas présent était totalement contre-indiqué...

• Un défaut de diagnostic de la part du radiologue

La responsabilité du radiologue, le docteur R, qui sera dans l'incapacité de retrouver la disquette de son imagerie et donc de la produire, sera également reconnue, tant le caractère évident de l'AVC transparaissait dans les différentes observations dès l'admission du patient au CHU.

Pour autant, au vu de la rapidité du transfert, aucune perte de chance ne peut être mise en relation avec son erreur, rapidement redressée.

LES EXPERTS CONCLUENT...

La responsabilité du retard diagnostique de cet AVC doit être supportée, à parts égales, par l'urgentiste supposé présent le jour des faits et le radiologue.

Ce retard diagnostique est à l'origine d'un retard de plus de 12 heures à la mise en route d'une anticoagulation efficace, qui aurait pu permettre selon eux de limiter les séquelles du patient. La perte de chance est estimée à 50 %.

Tel ne sera pas tout à fait l'avis de la CCI

Se fondant sur différentes attestations, dont celle de l'épouse, elle considère que c'est finalement le second urgentiste qui était présent ce jour-là, en tant que remplaçant de celui dont la faute avait été mise en évidence par les experts.

La CCI le condamne avec l'ORL à réparer une perte de chance qu'elle évalue pour sa part à 30 %.

Les différents intervenants contestant le rapport, un refus d'offre a depuis été formulé, l'histoire n'est donc peut-être pas terminée...

➔ Le vertige paroxystique bénin : pas si facile à affirmer !

Le Vertige positionnel paroxystique bénin (VPBB), qui survient classiquement le matin au lever mais possiblement aussi au coucher ou au lit, est le plus fréquent des vertiges.

La HAS¹ rappelle que « *c'est un vertige rotatoire vrai, déclenché par les changements de positions de la tête, durant moins de 60 secondes, associés à un nystagmus, sans signe cochléaire ni neurologique. Il disparaît spontanément dans 30 % des cas sous sept jours. Il implique un ou plusieurs canaux semi-circulaires et provoque différents types de symptômes associés (nausées, vomissements)* ».

Son traitement repose sur la manœuvre dite « libératoire » de Sémont, pratiquée chez un malade allongé et qui va permettre, par des mouvements imprimés de rotations de la tête, de mobiliser les cristaux de calcium bloqués et de les répartir uniformément au niveau de l'oreille interne. Généralement, le soulagement est immédiat mais, dans d'autres cas, il faut savoir répéter la manœuvre lors d'une ou plusieurs autres séances.

La manœuvre de Dix-Hallpike² devrait également être connue du généraliste comme de l'urgentiste car elle permet d'affirmer le diagnostic en déclenchant de nouveau le vertige et en permettant d'étudier le nystagmus ainsi déclenché.

• Les signaux d'alerte

Le risque, comme nous l'avons vu dans le cas décrit, est de méconnaître l'origine centrale d'un vertige, notamment lorsque ses circonstances d'apparition ne sont pas « typiques » ou que le reste de l'interrogatoire ou de l'examen du patient peut faire naître un doute.

La gravité potentielle pour le patient d'une telle erreur diagnostique justifie le recours à une imagerie – préférentiellement une IRM – et à l'avis d'un spécialiste.

Cette conduite à tenir ne se discute pas³ en cas :

- de nystagmus spontané, vertical ou multidirectionnel ;
- de signe neurologique (dont céphalées, diplopie, ataxie, acouphènes, otalgie) ;
- d'un nystagmus vertical ;
- de présence d'au moins 2 facteurs de risques cardiovasculaires.

CONSEILS DU COMITÉ MÉDICAL DE LA MACSF

- Ce diagnostic ne peut être fait qu'après un interrogatoire rigoureux et un examen méthodique et justifie parfois un avis spécialisé.
- La plus grande prudence est à observer, tout doute quant à la nature périphérique du vertige ou situation à risque devant amener à une imagerie.
- Enfin, rappelons qu'en cas de développement médico-légal, une parfaite traçabilité de tous les éléments anamnestiques, cliniques, para-cliniques et de la conduite à tenir est exigée, même parfois en cas de simple sollicitation pour « avis ». ■

NOTES

1. Vertiges positionnels paroxystiques bénins : Manœuvres diagnostiques et thérapeutiques – HAS.
2. Vertige paroxystique positionnel bénin du canal semi-circulaire antérieur – Revue médicale suisse.
3. Vertiges – Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG).

Erreur de posologie : responsabilité conjointe du médecin prescripteur et du pharmacien

Une erreur de posologie dans une prescription peut avoir de graves conséquences. L'étape de dispensation du médicament en pharmacie peut constituer un garde-fou, mais encore faut-il que le pharmacien rectifie l'erreur en analysant l'ordonnance, comme il en a l'obligation. Un arrêt de la Cour d'appel d'Aix-en-Provence nous montre que ce n'est malheureusement pas toujours le cas...

STÉPHANIE TAMBURINI, JURISTE, MACSF

➤ Une erreur dans la fréquence de prise du traitement

Une femme souffrant de douleurs articulaires se voit prescrire par son médecin du méthotrexate 2,5 mg, à la dose de 4 comprimés par jour pour une durée de six mois. La pharmacie lui délivre ce traitement, conformément à l'ordonnance, puis procède à son renouvellement...

Quelques semaines plus tard, la patiente est hospitalisée en urgence car elle présente une pneumocytose sévère, qui lui vaut un séjour en réanimation et une trachéotomie. Elle a été victime d'un surdosage de méthotrexate, le médecin ayant prescrit par erreur 4 comprimés par jour au lieu de 5 comprimés par semaine.

Un premier jugement du 20 avril 2015 procède à un partage de responsabilité pour moitié entre le prescripteur et le pharmacien. Sur appel de la patiente, qui n'est pas satisfaite de la liquidation de son préjudice, l'affaire est rejugée par la Cour d'appel d'Aix-en-Provence.

• Une condamnation pour ne pas avoir analysé l'ordonnance du médecin

En appel, le médecin reconnaît le surdosage et ne conteste pas sa responsabilité, mais elle prétend que la faute du pharmacien est prépondérante : l'erreur n'a été relevée ni lors de la délivrance du traitement, ni lors de son renouvellement, ce qui

montre que le pharmacien n'a pas procédé à l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale.

De son côté, le pharmacien conteste toute faute dans la dispensation du médicament dès lors qu'il ne disposait pas des éléments nécessaires pour juger de la pertinence de la prescription.

La Cour d'appel confirme le partage de responsabilité par moitié entre le prescripteur et le pharmacien. Elle invoque l'article R. 4235-48 du Code de la santé publique, selon lequel le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament en associant à sa délivrance l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale.

La Cour rappelle que la compétence technique du pharmacien lui permet de constater une anomalie et de déceler une éventuelle erreur de prescription du médecin.

Il a donc commis une faute en exécutant l'ordonnance « telle quelle », sans relever l'erreur, qui était pourtant la marque d'un surdosage manifeste.

La Cour reproche au pharmacien de ne pas avoir contacté le prescripteur pour vérifier la posologie, et ceci à deux reprises, lors de la délivrance initiale, puis lors du renouvellement.

|| QUE RETENIR DE CETTE AFFAIRE ?

Cette affaire nous rappelle que les erreurs de prescription, si elles sont essentiellement le fait des médecins prescripteurs, peuvent aussi engager la responsabilité d'autres professionnels de santé : les pharmaciens qui délivrent ces médicaments, comme dans cette affaire, mais aussi, le cas échéant, les infirmiers qui procèdent à leur administration.

En effet, ces professionnels ne sont pas de simples exécutants de la prescription médicale. Leurs compétences propres et leur expérience les obligent à en vérifier la validité et la cohérence. C'est le « dernier rempart » susceptible d'éviter des complications, possiblement graves, pour le patient. ■



Arrêt de travail
Invalidité
Cyberattaque
Dégât des eaux
Vol
Incendie
Achat de matériel
Réclamation d'un patient

Oui, un check-up avec le 1^{er} assureur des professionnels de la santé peut vous permettre de *sécuriser votre activité*

- ✓ **Des offres spécifiques** pour protéger vos biens, maintenir votre niveau de vie et accompagner vos projets.
- ✓ **Un conseiller dédié** et non commissionné à votre service.
- ✓ **Un RDV Diagnostic** en agence, sur votre lieu d'exercice ou chez vous :



Toute l'expertise MACSF dans un RDV Diagnostic.

Ensemble, prenons soin de demain