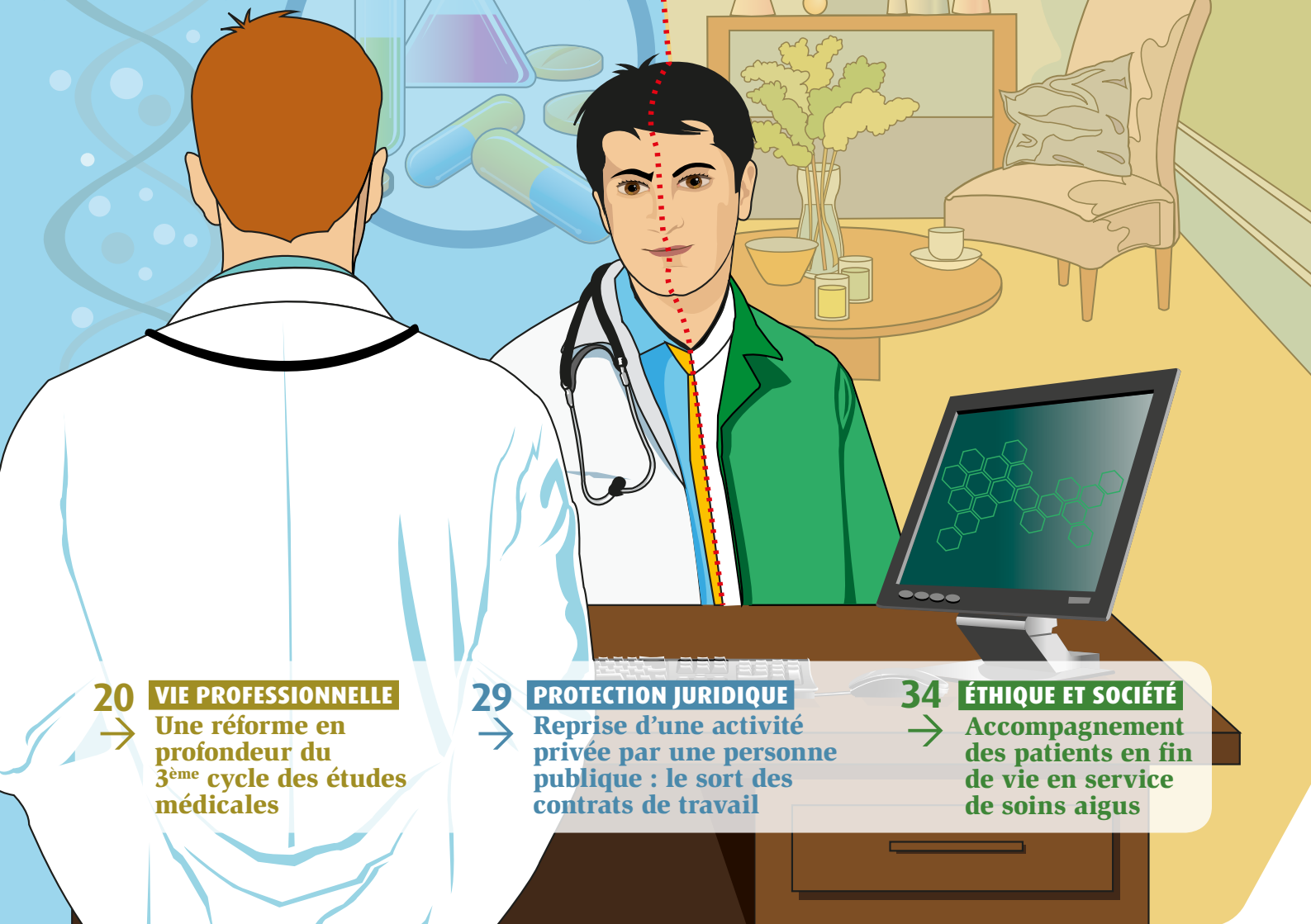


# RESPONSABILITÉ

REVUE DE FORMATION SUR LE RISQUE MÉDICAL

DOSSIER

## Santé des soignants : comment prendre soin de ceux qui nous soignent ?



**20 VIE PROFESSIONNELLE**  
→ Une réforme en profondeur du 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales

**29 PROTECTION JURIDIQUE**  
→ Reprise d'une activité privée par une personne publique : le sort des contrats de travail

**34 ÉTHIQUE ET SOCIÉTÉ**  
→ Accompagnement des patients en fin de vie en service de soins aigus



Retrouvez toute notre expertise  
pour vous informer et vous former  
sur **macsf-exerciceprofessionnel.fr**

## EXERCICE PROFESSIONNEL

**Le nouveau site macsf-exerciceprofessionnel.fr** met toute l'expertise de la MACSF - Le Sou Médical à votre service. A travers des contenus riches et dynamiques, il vous apportera les conseils et informations dont vous avez besoin sur les thèmes de la responsabilité civile professionnelle, du risque médical, de la réglementation ou encore de vos conditions d'exercice. Retrouvez un large choix de formations, de vidéos pédagogiques et d'articles de fond. Suivez l'actualité et les évolutions du monde de la santé grâce à nos newsletters, consultez nos foires aux questions et téléchargez nos livres blancs.

**3233**

Service gratuit  
+ prix appel

ou 01 71 14 32 33

[macsf-exerciceprofessionnel.fr](http://macsf-exerciceprofessionnel.fr)

Notre engagement, c'est vous.

 **MACSF**  
Le Sou Médical

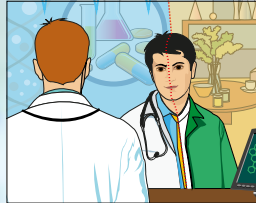
\* Prix d'un appel local depuis un poste fixe. Ce tarif est susceptible d'évoluer en fonction de l'opérateur utilisé.

MACSF assurances - SIREN n° 775 665 631 - Le Sou Médical - Société Médicale d'Assurances et de Défense Professionnelles - SIREN n° 784 394 314 - SAM - Entreprises régies par le Code des assurances Siège social : Cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 PUTEAUX.

# SOMMAIRE



## 05/15 DOSSIER



**Santé des soignants : comment prendre soin de ceux qui nous soignent ?**

## 16/28 VIE PROFESSIONNELLE

16/19  
**Prescription d'applications et d'objets connectés : comment les prescrire sans risque pour mon patient, sans risque pour moi ?**

20/24  
**Une réforme en profondeur du 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales**

25/28  
**Existe-t-il une responsabilité médicale collective ?**

## 29/30 PROTECTION JURIDIQUE

**Reprise d'une activité privée par une personne publique : le sort des contrats de travail**

## 31/33 ÉTHIQUE ET SOCIÉTÉ

**Les violences faites aux médecins**

## 34/39 REGARD INTERNATIONAL

**Accompagnement des patients en fin de vie en service de soins aigus : l'expérience d'un service de Soins Intensifs Adulte à Genève, Suisse**

# RESPONSABILITÉ

REVUE DE FORMATION SUR LE RISQUE MÉDICAL

## COMITÉ DE PARRAINAGE

**Pr Georges David**  
Professeur honoraire de biologie  
de la reproduction

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

**Pr Roger Henrion**  
Membre de l'Académie  
de médecine

**Pr Jacques Hureau**  
Président d'honneur de la Compagnie  
nationale des experts médicaux

**M. Pierre Joly**  
Président de la Fondation pour la recherche  
médicale

**Dr Jacques Pouletty**  
Président d'honneur du Sou Médical

**M. 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

**M. Gérard Vincent**  
Délégué général de la Fédération  
hospitalière de France

## CONSEIL DE RÉDACTION

### PRÉSIDENT

**Dr Jacques Lucas**  
Vice-président du Conseil National  
de l'Ordre des médecins, délégué général  
aux systèmes d'information

### MEMBRES

**Pr René Amalberti**  
Médecin expert gestion des risques, MACSF

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

**Pr Dominique Bertrand**  
Professeur en économie de la santé  
Université Paris 7 Denis Diderot

**M<sup>e</sup> Muriel Bloch-Maurel**  
Avocat à la Cour

**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 du Sou Médical

**Dr Jean-François Gérard-Varet**  
Président du Sou Médical

**Dr Thierry Houselstein**  
Directeur médical, MACSF

**Dr Xavier Laqueille**  
Président MACSF assurances

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

**Dr Catherine Letouzey**  
Médecin interniste

**M. Nicolas Loubry**  
Responsable du département  
Protection juridique et du bureau d'études  
juridiques, MACSF

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

**Pr Guy Nicolas**  
Membre de l'Académie de médecine

**M<sup>e</sup> Catherine Paley-Vincent**  
Avocat à la Cour

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

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

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

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

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

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

**Stéphanie Tamburini**  
Juriste MACSF - Le Sou Médical

## RÉDACTION

Directeur de la publication  
**Nicolas Gombault**

Rédacteur en chef  
**Germain Decroix**

Assistante de rédaction  
**Sabrina Biendiné**

Conception et réalisation  
**Studio PAO MACSF**

## ÉDITEUR

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

Dépôt légal : juin 2017  
ISSN : 2491-4657

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



CRÉDIT DES ILLUSTRATIONS DE LA COUVERTURE, DU SOMMAIRE  
ET DU DOSSIER : JIMMY PÈRE.





Addictions, épuisement, suicides... La vulnérabilité et la souffrance des soignants font l'objet d'une prise de conscience et d'une médiatisation croissantes. Le gouvernement a présenté en décembre dernier une stratégie nationale visant à faire de la qualité de vie au travail des professionnels de santé une priorité. Nous avons rencontré le professeur Éric Galam, médecin généraliste et enseignant à l'université Paris Diderot. Pionnier et militant dans ce domaine depuis plus de dix ans, il a organisé à Paris le 25 avril dernier le 6<sup>ème</sup> Congrès de l'EAPH (European Association for Physician Health) sur le thème : "Being a doctor and staying a person" (Être médecin et rester une personne).

## Santé des soignants : comment prendre soin de ceux qui nous soignent ?

PR ÉRIC GALAM, MÉDECIN GÉNÉRALISTE, PROFESSEUR ASSOCIÉ EN MÉDECINE GÉNÉRALE À L'UNIVERSITÉ PARIS 7, MÉDECIN COORDONNATEUR DE L'AAPML (ASSOCIATION D'AIDE AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET MÉDECINS LIBÉRAUX), CO-RESPONSABLE DU DIU « SOIGNER LES SOIGNANTS »

### ➤ La santé des soignants : un sujet encore tabou ? • D'où vient l'intérêt nouvellement porté à la santé de ceux qui nous soignent ?

S'intéresser à la santé des soignants peut paraître un peu tabou puisque par définition, les soignants sont censés être en bonne santé et ne pas avoir de fragilités. Ils sont même plutôt considérés comme des personnes hors du commun, invulnérables, un peu à l'image des « super-héros ».

Être malade ne fait pas partie du référentiel du soignant et fait partie des sujets tabous, au même titre que l'émotion, l'erreur, les rivalités, la hiérarchie, ou encore « l'hyper travail », qui peut constituer un facteur de risque non négligeable et avoir un impact plus ou moins important sur la santé des soignants, leur relation avec leurs patients et les soins qu'ils leur dispensent.

Dans le même temps, la santé des soignants fait partie de ces sujets délicats qui commencent à être davantage évoqués. Une [stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail de l'ensemble des professionnels de santé](#), visant à « prendre soin de ceux qui nous soignent », a été présentée en décembre 2016 par Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé. On ne peut que se réjouir de ce type de démarche, qui sous-entend un rapport attentionné et bienveillant à l'égard des

personnes qui nous soignent et qui ont besoin d'être bien traitées pour être pleinement opérationnelles. Cette stratégie comporte deux volets : l'un destiné aux professionnels exerçant en établissements sanitaires et médico-sociaux, l'autre aux professionnels exerçant en libéral. Cette articulation est essentielle, la médecine de ville faisant partie intégrante du système de soins.

Parler de la maladie et de la souffrance des soignants prend davantage de sens au regard de la qualité de vie au travail – question indissociable de celle de la sécurité. Or, les facteurs d'insécurité professionnelle sont multiples pour les soignants, notamment chez les libéraux, et les placent en situation de plus grande fragilité : défaut d'assistance ou de garanties financières suffisantes

en cas de maladie, problèmes de remplacement, risques de cambriolage ou d'agression au cabinet... Cette insécurité n'est bonne ni pour les patients ni pour les soignants.

**« Les soignants présentent un taux de suicide 2 à 3 fois plus élevé que les autres professionnels. »**

### • Existe-t-il des études françaises ou européennes sur la santé des soignants, et qu'en ressort-il ?

Les soignants sont globalement en bonne santé physique, et relativement attentifs à la prévention. En revanche, ils sont beaucoup plus fragiles sur le plan psychique et présentent un **taux de suicide 2 à 3 fois plus élevé** que les autres professionnels. Ce taux s'explique également par le fait que leurs tentatives de suicide échouent plus rarement. ■ ■ ■



■ ■ ■ Plusieurs études ont été menées au cours des 5 dernières années, mettant en évidence un taux d'épuisement professionnel très élevé chez les soignants. **43 %** des médecins libéraux souffrent d'un épuisement émotionnel élevé, **53 %** des médecins libéraux se sentent menacés par le burnout et **58 %** des internes de médecine générale présentent au moins l'un des critères du burnout.

L'échelle MBI (Maslach Burnout Inventory) montre également un risque de suicide plus important chez les soignants que dans le reste de la population (un médecin en exercice entre 30 et 65 ans a 2,3 fois plus de risques de mourir de suicide que d'autre chose), ainsi que des phénomènes d'addiction plus répandus.

Des travaux plus spécifiques ont mis en évidence que **21,5 %** des externes ont eu des idées suicidaires.

La facilité d'accès à certains médicaments explique aussi en partie un taux d'addiction plus élevé chez les soignants, qui sont par ailleurs plus enclins à consommer certaines substances pour pouvoir « tenir » (alcool, psychotropes), notamment les jeunes.

**• Qu'est-ce qui vous a amené, dans votre parcours, à vous intéresser à la santé de vos confrères et de quelle manière ?**

Je me suis installé comme médecin généraliste libéral il y a 35 ans. Je n'ai pas tout de suite saisi tout l'intérêt de ce métier et j'ai compris seulement dans un second temps à quel point il pouvait être varié et passionnant, notamment en termes de relation humaine, de coordination des soins, de suivi et d'orientation du patient. Je me suis alors davantage intéressé à la relation médecin-patient, qui requiert un haut niveau d'observation et d'écoute, et qui implique par conséquent que le soignant soit pleinement partie prenante de cette relation en tant que personne.

Plus tard, en 2003-2004, alors que je cherchais à réaliser des travaux sur les spécificités du métier de médecin et à concevoir un questionnaire sur l'identité professionnelle, j'ai fait la connaissance du docteur Régis Mouries, alors membre de l'URML (Union Régionale

des Médecins libéraux). Il m'a proposé de créer un numéro vert dédié (**0826 004 580** 24 h/24 et 7 j/7) aux médecins en difficulté, permettant à ces derniers d'avoir une aide psychologique. [L'AAPML](#) a ainsi été le premier dispositif d'aide aux soignants en difficulté

psychologique dans l'exercice de leur profession. À l'instar de 6 autres structures du même type, nous avons tout récemment signé avec le CNOM une charte de partenariat, étape importante vers une fédération des associations d'entraide. J'ai alors découvert et approfondi tout un univers ayant trait à la pathologie du

soignant et j'ai été amené à m'intéresser au soignant « dysfonctionnel » suivant trois axes :

- la façon de gérer son métier et ses patients (savoir dire non, savoir annoncer une mauvaise nouvelle), qui peut conduire à l'épuisement professionnel ;
- l'erreur médicale et ses conséquences pour le patient et le soignant – elle suppose d'accepter l'imperfection et l'idée qu'elle n'est pas nécessairement imputable à un problème de compétence, mais de communication ou d'échange ;
- le soignant malade, la manière dont il se soigne (automédication, consultation tardive d'un confrère), dont il se positionne vis-à-vis des maladies de ses proches et les implications pour le médecin qui prend en charge un confrère (positionnement, comportement à adopter).

**• Le soignant : une personne « à risque » par nature ?**

Par essence, le soignant est une personne « à risque ». Soigner les autres implique non seulement une écoute et une disponibilité particulières, qui peuvent épuiser, mais présente également un risque en soi. L'être humain est complexe. Le soigner requiert un haut niveau de connaissances et une adaptabilité permanente. Il en résulte un positionnement difficile pour le soignant en termes de responsabilité juridique et humaine, source d'interrogations : dans quelle mesure un médecin est-il responsable d'un patient diabétique qui décide de ne pas suivre son traitement ? Où cette responsabilité s'arrête-t-elle ? Comment s'en protéger et en préserver le patient ? Le soignant doit-il se sentir intégralement responsable de la vie de ses patients ? Ce juste positionnement par rapport aux soins et aux patients est un critère de qualité et de sécurité quant

**« Soigner les autres implique non seulement une écoute et une disponibilité particulières, qui peuvent épuiser, mais présente également un risque en soi. »**



à la santé physique et mentale des soignants. Il suppose de garder un recul suffisant, sans non plus tomber dans une distance excessive qui mettrait à mal le patient. C'est ce qui fait toute la richesse et la complexité de ce métier.

#### ➤ Le soignant patient : quelles spécificités ?

##### • Le confrère : un patient plus difficile que les autres ?

Prendre en charge un confrère pose sensiblement les mêmes difficultés que soigner un membre de sa famille ou de son entourage. Certains savent le faire et le gérer correctement, en se protégeant et en laissant une autonomie suffisante à leur « patient confrère ». D'autres ont beaucoup plus de mal à se positionner et se sentent mal à l'aise notamment avec la crainte des jugements réciproques et le fait de facturer des consultations, alors même que la prise en charge d'un confrère est plus complexe. Soigner un soignant suppose donc d'être clair par rapport à ces problématiques.

J'ai dirigé plusieurs thèses jumelles (à Paris et Tours) sur la santé mentale des étudiants en médecine et sur

la santé des médecins. Ces travaux ont notamment permis d'interroger des médecins gravement malades (suivi médical, impact sur leur exercice) et des confrères les prenant en charge. Ce travail qualitatif a mis en évidence le fait qu'un médecin malade est davantage malade que médecin : ce « statut » l'emporte sur celui de praticien, qui peut cependant avoir une influence non négligeable, parfois péjorative. Parallèlement,

**« Un médecin malade est davantage malade que médecin : ce "statut" l'emporte sur celui de praticien. »**

pour un soignant prenant en charge un médecin malade, la position de soignant est plus prégnante que le fait que le malade soit un confrère. En somme, un médecin malade n'est jamais qu'un malade, et soigner un médecin malade n'est jamais qu'une « digression » ou une spécificité du fait de soigner.

##### • Comment pourriez-vous qualifier la prise en charge des soignants souffrants ?

Elle est plus complexe et délicate qu'avec un autre patient. Être malade et accepter de se faire soigner impliquent de lâcher prise. Or, le soignant souffrant peut avoir tendance à vouloir rester dans la maîtrise donc ce n'est pas simple, d'autant que ■ ■ ■



■ ■ ■ la culture du patient éduqué et responsable de sa santé s'est beaucoup développée ces dernières années.

Cette double dimension nécessite beaucoup de tact ainsi que la maîtrise d'une méta communication sur les options thérapeutiques possibles, la manière d'organiser les soins, la conduite de la relation, l'importance de l'écoute et le rappel de la confraternité. Prendre en charge un confrère suppose donc une double compétence, de soignant et de communicant, d'autant plus aiguë.

L'annonce d'une maladie grave à un confrère, peut être éprouvante et perturbante car on peut s'identifier à lui, alors qu'on ne doit pas se mettre à sa place. Être professionnel consiste précisément à le considérer comme « l'autre » et à ne pas tomber dans cette identification. C'est comme se tenir sur une ligne de crête permanente.

• **Comment un médecin malade se soigne-t-il ?**

Il peut se prescrire des médicaments ou des examens, ou encore consulter un confrère. Ou choisir au contraire de ne pas le faire. Cela souligne l'intérêt d'avoir un « vrai » médecin traitant qui ne soit ni un proche ni un ami. Même

si un médecin en bonne santé n'a pas vraiment de raison d'avoir un médecin traitant, lorsqu'il est ou devient malade, il peut être dans le déni, acceptable jusque dans une certaine limite, notamment en cas de maladie chronique ou grave. Par conséquent, être sensible ou sensibilisé au fait qu'on peut être malade, c'est déjà sortir du déni et se donner la possibilité d'aller consulter un médecin dont on sait qu'il nous considérera avant tout comme un patient avec la juste distance que cela implique et non comme un collègue.

• **Faut-il cacher le fait d'être médecin ?**

Non. Ce serait, d'une certaine façon, être malhonnête vis-à-vis du confrère qui effectue la prise en charge. En tant que médecin, on souhaite à la fois être traité comme tout le monde et pas complètement. Par exemple, on peut avoir du mal à gérer ou tolérer l'attente de résultats après un examen radiologique. Se trouver subitement à la place du patient peut être difficile à vivre. On comprend

aussi mieux ce qu'ils vivent. Il faut donc savoir dire à un moment ou à un autre qu'on est médecin, sans non plus en faire état de façon excessive ou ostensible, ni en user comme un passe-droit vis-à-vis des autres patients.

Du point de vue du soignant, il faut réussir à « oublier » que son patient est un médecin tout en gardant à l'esprit qu'il l'est. Il y a un regard réciproque entre le « soignant soigné », soucieux de la compétence du confrère qui le soigne et de la qualité des soins qu'il reçoit, et le confrère qui le prend en charge, qui se sait observé, et qui sait qu'il ne peut pas tout à fait se comporter comme avec n'importe quel autre patient. Ce regard est particulièrement prégnant lorsqu'un médecin prend en charge un confrère d'une même spécialité.

Laisser le médecin souffrant rédiger ses propres ordonnances ne me semble pas être une bonne pratique. De même, il est très important, lorsqu'on

soigne un confrère, de ne pas faire de « consultations de couloir » et de tenir un dossier médical de façon précise et rigoureuse. Il n'est pas non plus conseillé de communiquer son numéro de téléphone portable du seul fait qu'il s'agit d'un confrère.

**« Il est très important, lorsqu'on soigne un confrère, de ne pas faire de "consultations de couloir" et de tenir un dossier médical de façon précise et rigoureuse. »**

• **Le médecin malade peut-il réaliser ses propres prescriptions et examens ?**

En théorie oui mais en pratique pas toujours. Il y a certains examens qu'il ne peut pas réaliser tout seul (examen de certaines parties du corps notamment).

Il ne peut pas non plus oublier ce qu'il sait en tant que soignant, quelle que soit la part de déni de la maladie. L'attente de résultats d'examen radiologiques n'aura donc pas le même impact sur lui que sur un autre patient.

Le médecin malade n'a pas non plus nécessairement envie de regarder le détail de la composition d'un médicament et de ses effets secondaires. Il peut être tenté de le faire mais peut aussi préférer ne pas le faire et ne pas prendre la « direction des opérations », compte tenu du stress ou de l'angoisse que cela peut générer. C'est pourquoi il peut être préférable de s'en remettre au confrère prescripteur, qui est





souvent mieux placé à cet égard que le soignant malade.

Le bon degré d'implication et le niveau de directivité à adopter ne sont pas toujours faciles à déterminer. Le fait d'être médecin quand on est patient peut avoir certains avantages mais ce n'est pas nécessairement une chance, c'est souvent le contraire.

• **Le soignant malade a-t-il tendance à consulter plus rapidement ou plus tardivement que les autres patients ?**

Il consulte souvent plus tardivement. Les soignants qui appellent le numéro vert de l'AAPML présentent la plupart du temps des pathologies beaucoup plus avancées que les autres. Ils prennent énormément sur eux, sont plus ou moins dans le déni, et ont tendance à ne demander de l'aide que lorsqu'ils sont au bord de l'épuisement.

Par ailleurs, ils sont soucieux de garder la maîtrise de l'entretien, tant dans le contenu (parfois en utilisant un jargon médical) que dans la durée de l'entretien qu'ils choisissent souvent d'interrompre quand ils le décident.

• **L'information sur la pathologie et les soins proposés est-elle différente de celle délivrée aux autres patients ?**

On ne doit pas penser qu'elle peut être plus légère du fait qu'il s'agit d'un soignant disposant déjà d'un certain savoir et d'une certaine pratique. La part de l'implicite est d'autant plus importante et le rôle du confrère prenant en charge le soignant est précisément d'explicitier ces choses qui ne sont pas dites, parce qu'elles sont difficiles, mais qui constituent des évidences. Il s'agit, d'une certaine façon, de faire comprendre à l'autre qu'on va « faire semblant de jouer au docteur », et ce faisant, d'instaurer un rapport d'authenticité et de confiance. En somme, il s'agit d'être authentique dans ce « faire semblant ». Dans ce cas, la relation peut fonctionner et offre au soignant souffrant la possibilité de pouvoir exprimer ce qu'il n'a pas osé ou pas pu formuler jusqu'alors.

*« Les soignants qui appellent le numéro vert de l'AAPML (0826 004 580 24 h/24 et 7 j/7) présentent la plupart du temps des pathologies beaucoup plus avancées que les autres. »*

• **Est-il préférable de recourir à un confrère étranger à son cercle professionnel ?**

Chacun est libre de faire comme il veut mais il est plus difficile, me semble-t-il, d'avoir du recul avec un confrère ou un collègue que l'on connaît. Le fait de confier ses pathologies rend ces pathologies visibles pour la personne à qui le patient s'est confié. Ce regard porté est un regard professionnel et juridiquement encadré. Toutefois, travailler avec quelqu'un dont on connaît les pathologies oblige à être très rigoureux sur la confidentialité.

À mon sens, il est préférable de consulter un praticien qu'on ne connaît pas trop intimement mais dont on sait qu'il est compétent et à l'écoute. Nombreux sont d'ailleurs ceux qui refusent de se faire soigner par leurs correspondants ou dans l'hôpital où ils travaillent, notamment pour des raisons de confidentialité.

• **L'observance est-elle différente chez les soignants que dans le reste de la population ?**

L'observance chez les soignants n'est pas très bonne et il est couramment admis que seuls 30 % environ des patients prennent les traitements qui leur sont prescrits, en respectant la posologie prescrite et la durée du traitement. Certains sont rigoureux, d'autres plus laxistes, cela dépend du comportement de chacun. Face à la maladie on n'est jamais que soi-même.

L'adhésion à une recommandation thérapeutique diffère grandement selon qu'elle s'adresse à un patient ou qu'elle s'applique à soi-même.

➤ **Quelles actions possibles pour prendre soin de ceux qui nous soignent ?**

• **Quels dispositifs ont été mis en place jusqu'alors ?**

Le numéro vert de l'AAPML (Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux), qui constitue le premier dispositif de ce type en France (depuis 2005), récemment reconnu d'utilité publique, est non seulement d'un grand secours pour les médecins et autres soignants qui l'utilisent mais a permis de lever en partie le tabou pesant sur la souffrance des soignants. Le burnout, auparavant considéré comme honteux, est en passe d'être reconnu comme potentielle maladie professionnelle. Plusieurs associations s'y ■ ■ ■



■ ■ ■ intéressent désormais et ont mis en place des dispositifs d'aide. Un certain nombre de cliniques psychiatriques disposent également de lits dédiés pour prendre en charge des soignants en souffrance sur de courtes périodes, de façon délocalisée (pour préserver l'anonymat) et professionnalisée.

Des formations spécifiques commencent également à se développer, comme le DIU [Soigner les soignants](#) que j'ai créé à l'université Paris Diderot en partenariat avec l'université Toulouse Ranguel et qui a pour objectifs d'aider le soignant à veiller à sa santé, à mieux gérer son activité professionnelle, notamment à éviter et surmonter l'erreur médicale et, en miroir d'aider les médecins à soigner au mieux leurs confrères.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) et les conseils régionaux se positionnent aussi de plus en plus comme une ressource d'aide confraternelle à cet égard. Nous avons décidé d'aider les conseillers ordinaires, qui se montrent de plus en plus volontaires pour soutenir leurs confrères, à se professionnaliser dans ce domaine. Le DIU « Soigner les soignants » a été salué dès sa première promotion et a été également présenté le 21 mars dernier dans le cadre du volet ambulatoire de la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail de l'ensemble des professionnels de santé. Il a obtenu, dès sa première année d'existence, le droit au titre par le CNOM, ce qui est un message très significatif sur le plan symbolique.



© FOTOLIA

#### • Les étudiants reçoivent-ils une formation spécifique à cet égard ?

Non. Le DIU « Soigner les soignants » est à ce jour la seule formation de ce type proposée en France. Les soignants ne reçoivent aucun enseignement particulier sur leur santé et celle de leurs confrères dans le cadre de leur formation initiale. Par principe, ils sont considérés comme infaillibles, sont censés ne pas être malades et ne pas commettre d'erreur. Les enseignements sur

**« Les soignants ne reçoivent aucun enseignement particulier sur leur santé et celle de leurs confrères dans le cadre de leur formation initiale. »**

l'erreur médicale et la gestion des risques sont relativement récents (10-15 ans). Travailler sur le soignant impacté par une erreur médicale, dont il est ou non responsable, constitue une étape supplémentaire dans ce virage pris sur la sécurité des soins au début des années 2000 mais reste encore marginal. Or la souffrance éprouvée par le soignant (« seconde victime ») à la suite d'une erreur médicale est un élément essentiel à prendre en compte.

La qualité des soins, la sécurité des patients et la sérénité des soignants doivent être considérées de façon conjointe. Même si elle a tendance à être occultée, la santé des médecins constitue un indicateur de qualité d'un système de soins. Le fait que les médecins se sentent maltraités est un signe très négatif et péjoratif pour l'état du système de soin. Les médecins sont portés par le désir de soigner les personnes. S'ils sont écrasés par le système et les multiples demandes qui leur sont faites, s'ils ont l'impression que leur action est sans cesse entravée ou disqualifiée, ils s'éloignent de leur cœur de métier et manquent de temps avec les patients. À cet égard, le poids pris par les actes administratifs est souvent vécu comme illégitime.

Les conflits de valeur peuvent aussi être sources de mal-être (hospitalisation d'un patient contre son gré par exemple). De longues discussions avec le patient



sont parfois nécessaires pour être certain de ce qu'il souhaite, mais ces échanges peuvent être beaucoup plus coûteux en termes d'énergie psychique qu'une hospitalisation.

• **Faudrait-il selon vous une liste de soignants spécialisés dans ce type de prise en charge ?**

Oui. Une liste de personnes identifiées dans ce domaine serait la bienvenue, en sachant qu'un certain nombre de professionnels sont déjà très actifs en matière d'entraide, que ce soit au sein de l'Ordre ou d'associations. Mais il y a aussi tous les praticiens, qui vont être amenés, de par leur spécialité (cardiologues, gastro-entérologues, psychiatres, addictologues...), à soigner des confrères. Ils ont aussi besoin d'aide pour professionnaliser leur expérience. Enfin, il faut identifier les soignants qui ont l'habitude de soigner les soignants et qui ont développé une compétence particulière dans ce domaine. J'ajoute que d'autres intervenants sont nécessaires : des psychologues bien sûr mais aussi juristes, comptables, assistants sociaux...

Parallèlement, un enseignement universitaire sur ce que c'est qu'être malade et accompagner un proche malade pourrait apporter un éclairage intéressant.

L'identification de professionnels spécialisés pose également la question de la confidentialité d'une part, et des circuits courts d'autre part. Un confrère en détresse, qui a tardé pour demander de l'aide et se trouve en grande souffrance, représente un patient à risque vital et nécessite une prise en charge rapide voire immédiate. On ne peut pas le laisser livré à lui-même et lui dire simplement de prendre rendez-vous avec un psychiatre. C'est un patient prioritaire pour d'évidentes raisons médicales qui n'ont rien à voir avec un quelconque favoritisme corporatiste.

• **Quel peut être le rôle de la médecine du travail en matière de prévention et de détection ?**

Faire un examen de médecine préventive à un confrère hospitalier est souvent très difficile. D'ailleurs, la plupart

d'entre eux ne se rendent pas aux convocations. Néanmoins, de nombreux médecins du travail sont maintenant sensibilisés aux risques psycho-sociaux dans les établissements de soins et à l'importance de la psychologie dans leur travail, d'où la nécessité d'avoir une capacité d'écoute et de savoir détecter le risque suicidaire.

Nous avons de plus en plus besoin des médecins du travail pour les soignants. Si les soignants peuvent les identifier comme des interlocuteurs à leur écoute, à qui ils peuvent confier les difficultés qu'ils rencontrent au travail (hiérarchie, rivalités, surmenage),

ces médecins peuvent être une aide précieuse dans la détection et la prévention des risques. Ils peuvent favoriser la confiance authentique nécessaire à une véritable prise en charge et un suivi médical de qualité.

• **Quelles actions restent à mener selon vous ?**

Le champ est très large et induit un changement culturel majeur qui prendra du temps. Plusieurs actions me paraissent

d'ores et déjà importantes pour améliorer l'existant :

- optimiser, pérenniser et fédérer les dispositifs actuels institutionnels (entraide ordinale, fonds d'action sociale de la CARMF) et associatifs, et les étendre aux soignants en formation sans oublier ceux qui exercent en milieu hospitalier : numéro d'accueil unique, coordination et optimisation des énergies et des compétences pour mieux orienter les soignants et assurer une couverture sur l'ensemble du territoire. Toute la question est d'articuler les différentes fonctions nécessaires : information, écoute téléphonique, accueil, consultations de prévention, prises en charge, accompagnement, hospitalisation, suivi d'aval, ressources organisationnelles, juridiques, sociales... ;
- établir une liste de cliniques psychiatriques et de médecins, acceptant de recevoir des confrères en souffrance, spécifiquement formés et rémunérés pour cela. Sans oublier l'adaptation des cadres réglementaires et administratifs notamment par une meilleure articulation des dispositifs de l'Ordre des médecins et de la CARMF (Caisse de retraite des médecins qui gère ■ ■ ■

*« La qualité des soins, la sécurité des patients et la sérénité des soignants doivent être considérées de façon conjointe. Le fait que les médecins se sentent maltraités est un signe péjoratif pour l'état du système de soins. »*



- ■ ■ notamment les indemnités journalières et les pensions d'invalidité) et une facilitation des remplacements ;
- développer d'une part la formation initiale et continue des médecins sur la maladie du soignant, l'erreur médicale et la gestion de l'outil professionnel et de la relation avec les patients, et d'autre part, la formation des soignants de soignants ;
- faciliter la demande d'aide et rendre légitime le recours à des soins adaptés si nécessaire tout en rappelant et en appliquant au mieux les principes généraux, notamment l'intérêt d'avoir un médecin traitant, l'exigence de confidentialité, de non jugement et de bienveillance ;
- dédramatiser la vulnérabilité du soignant à ses propres yeux et aux yeux de la collectivité ;
- développer une information claire et soutenue pour faire connaître les dispositifs, inciter à la prévoyance et à la prévention, au respect de soi-même et à la gestion des conflits ;
- enfin, exiger le respect dû aux soignants et sécuriser leur exercice pour les protéger des violences ou incivilités et de la maltraitance notamment médiatique.

#### • Conclusion

« Prendre soin de ceux qui nous soignent » est un message fort, qui doit être relayé au niveau politique pour en faire effectivement une priorité nationale qui s'inscrive dans la durée et dépasse l'effet d'annonce bienvenu mais insuffisant. La stratégie d'amélioration de la qualité de vie au travail de l'ensemble des

professionnels de santé lancée par le gouvernement va dans ce sens. Il faut accepter l'idée que les soignants puissent être fragiles, avoir besoin d'aide, et trouver des formules de remplacement adéquates. Un médecin en situation d'épuisement qui sait qu'il pourra être remplacé sans difficulté lâchera prise plus facilement. D'où l'articulation avec les dispositifs visant à agir sur la démographie médicale et l'attractivité du métier de soignant.

Parallèlement, un travail reste à mener sur l'importance de l'hygiène de vie et les solutions à développer pour que les soignants puissent travailler dans de bonnes conditions. Cet équilibre dépend à la fois de soi-même, des autres, et du système, impliquant des enjeux culturels et psychologiques d'une part, organisationnels d'autre part. La jeune génération envisage déjà le métier différemment et ne souhaite pas surinvestir sa vie professionnelle au détriment de sa vie privée. Elle a raison et il faut en tirer enseignement pour imaginer et construire ensemble des dispositifs adaptés.

Que les soignants soient en bonne santé constitue un critère qualitativement essentiel du système de soins. Qu'ils soient heureux et fiers d'exercer leur action est indispensable pour rendre à nouveau « magnétique » l'implication dans la relation d'aide. Si nous avançons sur ces problématiques et une articulation pertinente entre le soin et les aspects syndicaux, sociaux et culturels, nous aurons déjà beaucoup progressé. ■

#### POUR ALLER PLUS LOIN

- [Site internet de l'AAPML](#)
- [Ouvrage : \*L'erreur médicale, le burn-out et le soignant\*](#)
- [Documentaire : \*Devenir médecin\* diffusé sur France 2](#)
- [Dispositif Santé du Médecin Anesthésiste-Réanimateur au Travail \(SMART\) du CFAR](#)
- [Campagne nationale \*Dis Doc, t'as ton Doc ?\*](#)





## Témoignage

### Interview de Maria Ouazzani, psychologue clinicienne, responsable du pôle d'accompagnement psychologique et social de Psya

#### ➤ Pouvez-vous présenter brièvement Psya ?

Psya est au service des organisations depuis 1997. C'est l'un des premiers cabinets conseil experts en prévention des risques psychosociaux et amélioration de la qualité de vie au travail.

Psya développe ses activités autour d'une politique de « santé au travail pour tous » et a pour ambition de repositionner l'humain au cœur des organisations de travail.

Le cabinet accompagne aussi bien les organisations que les personnes, en proposant des dispositifs ayant notamment pour but l'anticipation et la régulation des facteurs de risques psychosociaux et l'amélioration de la qualité de vie au travail, du dialogue social, de l'absentéisme et de la conciliation vie privée/vie professionnelle.

#### ➤ Quel est le volume d'appels reçus de la part de médecins ?

Nous accompagnons les médecins par plusieurs biais, par exemple, pour l'AAPML (Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux) un numéro vert est mis en place et pour lequel nous recevons environ 200 appels par an. Nous accompagnons également des établissements hospitaliers qui emploient des médecins pour mettre en place ce type de dispositif.

#### ➤ Les appels des médecins diffèrent-ils des autres appels ?

Oui, dans la mesure où les professionnels de santé hésitent souvent à effectuer ce type de démarche. Ils mettent généralement beaucoup de temps avant de demander de l'aide. Ils doivent faire face à de nombreuses difficultés et considèrent qu'il est dans la nature de leur métier de prendre sur eux. Ils considèrent comme

une faiblesse, voire un échec professionnel, le fait d'être en difficulté, et tardent donc à nous contacter.

Ils peuvent alors se retrouver dans des situations plus dégradées que les autres lorsqu'ils appellent, et évoquent différents troubles : épuisement physique et psychologique, troubles anxieux (ruminations), troubles du sommeil, somatiques, ou encore addictifs, qui sont autant de signes de leur mal-être et des difficultés qu'ils rencontrent.

#### ➤ Ces motifs d'appels peuvent-ils être rattachés à leur exercice professionnel ?

Pas toujours. Notre dispositif est ouvert à tout appel à l'aide, qu'il soit d'ordre personnel ou professionnel.

*« Les professionnels de santé mettent généralement beaucoup de temps avant de demander de l'aide et considèrent qu'il est dans la nature de leur métier de prendre sur eux. »*

Toutefois une part significative de soignants appelle pour faire part de difficultés liées à leur métier, telles que l'accompagnement des patients ou l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée. Cette problématique est particulièrement prégnante chez les libéraux, qui peuvent avoir du mal à gérer leur charge de travail et à la concilier avec

leur vie personnelle, notamment lorsqu'une difficulté (problème familial) vient s'ajouter aux difficultés professionnelles existantes. Ces personnes ont souvent peu de marge de manœuvre dans ces contextes de vie.

#### ➤ Au regard des autres professions, les appels des soignants sont-ils davantage liés à des motifs professionnels et à des problèmes relatifs à leurs conditions de travail ?

Tout dépend de la communication faite aux soignants sur le dispositif d'aide qui leur est proposé. Certains dispositifs peuvent être orientés davantage vers la prévention du burnout et les difficultés liées à leur activité. Cette orientation favorise ■ ■ ■



■ ■ ■ l'expression de leurs difficultés professionnelles, même si nous leur indiquons qu'ils peuvent aussi nous contacter pour des problèmes d'ordre personnel.

➤ **Recevez-vous beaucoup d'appels de praticiens confrontés à un contentieux avec un patient (procès ou réclamation) ?**

C'est arrivé. Il est rare cependant que les médecins appellent pour ce motif. Il reste délicat pour eux de parler de ces situations malgré l'anonymat et la confidentialité

garantis par notre service. La crainte sous-jacente de la faute professionnelle et d'un litige avec le patient est cependant palpable au cours des entretiens et les préoccupe énormément. Cette crainte reflète le fait que la prise en charge médicale est de plus en plus assimilée à un acte de consommation, et que le médecin se sent de moins en moins reconnu et respecté en tant qu'expert. Elle témoigne d'une évolution culturelle de la relation avec le patient et d'un sentiment croissant de fragilité des médecins par rapport à ce phénomène.





### ➤ Comment les soignants traitent-ils leurs problèmes et comment se prennent-ils en charge en dehors de votre cellule d'écoute téléphonique ?

L'autodiagnostic et l'automédication, ou parfois la consultation d'un confrère, sont assez répandus chez les personnes qui nous contactent. Les médecins se sentent d'autant plus à même de prendre ces premières mesures en cas de troubles anxieux ou du sommeil.

Certains considèrent que se tourner vers un psychologue est déjà une manière de se prendre en charge. D'autres en revanche préfèrent recourir à des techniques alternatives telles que la méditation, la sophrologie, etc.

Enfin, certains consomment des substances qui leur permettent de tenir (tabac, alcool, psychotropes), avec les risques que cela comporte.

### ➤ Constatez-vous des pics d'appels certains jours ou à certaines heures ?

Nous avons effectivement constaté quelques moments d'appels particuliers, en début de semaine notamment. Mais cela n'est pas une règle générale. L'activité est variable et se répartit tout au long de la semaine.

### ➤ Comment le médecin est-il pris en charge et orienté à la suite de son appel ?

L'entretien téléphonique avec le psychologue permet d'évaluer la situation et de prendre connaissance du contexte. Il peut être aussi l'occasion de rassurer la personne en fonction de son état au moment de l'appel. Cette prise en charge téléphonique vise donc à la fois à apporter un soutien immédiat et à déterminer quel type d'accompagnement peut être proposé. Le psychologue est en capacité de proposer des entretiens de suivi qui permettront au médecin, une fois passé cet appel, de s'inscrire dans une autre temporalité et de poursuivre un accompagnement sur la durée. Ces entretiens échelonnés permettent aussi d'évaluer le bénéfice des actions mises en place entre temps pour soulager ou préserver la personne.

Ce suivi n'est pas systématique et il ne peut se confondre avec une démarche de psychothérapie, même si ces

entretiens peuvent tout à fait apporter une première prise en charge auprès de l'appelant. Le médecin peut aussi considérer que l'entretien initial lui a permis d'exprimer suffisamment de choses et qu'il n'a pas besoin de suivi.

En revanche, si une psychothérapie s'avère nécessaire, une réflexion sera conduite avec le médecin afin d'identifier quel professionnel il pourrait solliciter. Nous pouvons le conseiller et l'aiguiller en ce sens.

### ➤ Disposez-vous d'un réseau de psychologues vers lesquels orienter les médecins ?

Oui. Le Centre d'Ecoute Psychologique (CEP) de Psya propose un accompagnement à distance, par téléphone et par le biais d'Internet (tchat, mail). Cet accompagnement psychologique à distance peut se compléter, dans certains cas, d'une prise en charge psychologique en face à face, vers des psychologues cliniciens en libéral constituant un réseau référencé par Psya et répondant à un certain nombre de garanties pour recevoir nos bénéficiaires. Nous nous appuyons ainsi sur un réseau de 810 psychologues répartis sur toute la France, collectivités d'Outre-mer comprises. Ce réseau favorise la proximité géographique et physique, et facilite l'accompagnement des personnes qui en ont besoin.

### ➤ Suivez-vous une procédure spécifique en cas d'urgence ?

Oui. Au vu de notre activité et du risque d'avoir à accompagner une personne en crise suicidaire, nos psychologues sont formés dans ce domaine (qu'ils aient déjà été formés ou non à la gestion de la crise suicidaire dans leur parcours préalable).

Par ailleurs, nous suivons des procédures très encadrées : tout appel nécessite d'évaluer le niveau d'urgence de la situation et, en cas d'évocation suicidaire, l'imminence du passage à l'acte et la dangerosité de la situation. En cas d'urgence et de risque vital imminent avéré, le psychologue traite la crise en direct avec la personne et fait en sorte d'obtenir son accord pour pouvoir faire intervenir les secours. Tout le travail du psychologue sera justement de créer les conditions favorables à cette intervention. ■

**« Cette prise en charge téléphonique vise à la fois à apporter un soutien immédiat et à déterminer quel type d'accompagnement peut être proposé. »**

Dans quelle mesure la prescription d'applications et d'objets connectés en santé engage-t-elle la responsabilité du médecin prescripteur ? Le point sur la législation en vigueur et ses implications par maître Desmarais, avocat spécialiste de la gestion des risques en informatique et télécommunications.

# Prescription d'applications et d'objets connectés : comment les prescrire sans risque pour mon patient, sans risque pour moi ?

PIERRE DESMARAIS, AVOCAT, IT RISK MANAGER

## ➤ La zone de sécurité

Prescrire des produits de santé, c'est le quotidien des professionnels médicaux. Un quotidien apaisé. Le cadre juridique est en effet désormais relativement clair et il est facile de déterminer le risque encouru. Une prescription respectant l'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) ou la notice d'utilisation n'engagera la responsabilité qu'en cas de faute technique, voire informatique. Le patient devra en effet démontrer une erreur de diagnostic, une erreur dans l'option thérapeutique retenue ou la posologie prescrite ou désormais un défaut d'interface entre le logiciel d'aide à la prescription et le dossier patient. Pour un professionnel, ce risque est pourtant maîtrisé. Impossible de l'écarter – l'erreur est humaine, après tout – mais inutile d'y penser au quotidien.

## ➤ Applications et objets connectés, quelles nouveautés ?

Applications de santé mobile et objets connectés paraissent bouleverser totalement cet équilibre. Pourquoi ? Méconnaissance de ces nouveaux outils, de leur mode de fonctionnement, crainte quant à leur fiabilité, doute sur leur utilité, incertitude quant à la responsabilité du prescripteur. Les justifications ne manquent pas. Mais derrière chacune se cache vraisemblablement une unique cause : un recul insuffisant. Des études encore rares, un marché encore loin

de la maturité, avouons-le, et des professionnels et patients finalement pas si technophiles, de sorte que cela empêche l'évolution de l'état de l'art et des données acquises de la science en matière de m-santé.

## ➤ Pour autant, faut-il purement et simplement rejeter l'utilisation de ces nouveaux outils ?

Cela ne reviendrait-il pas à reproduire l'attitude des premiers praticiens, dubitatifs lors des premières présentations du stéthoscope de Laennec en 1816 ? « *Audendum est aut omnia patiend<sup>3</sup>* ». Qu'on le veuille ou non, de nouveaux objets existent et tout porte à croire que ces outils seront appelés à être de plus en plus utilisés dans les années à venir. Deux options s'offrent aux médecins : attendre l'évolution de l'état de l'art, des données acquises de la science – critères utilisés pour estimer le bien-fondé d'une prescription – ou s'emparer dès à présent de ces nouveaux outils. Attendre la position de la HAS (Haute Autorité de Santé), c'est la sécurité... mais aussi l'incertitude. Sur un sujet connexe, rappelons que le décret sur la prescription électronique est attendu depuis... 1997.

## ➤ Mesurer son risque

Avant de se lancer dans une nouvelle activité, toute entreprise mesure son risque. En matière de prescription d'outils de m-santé, cette action permet de constater

que le risque n'est pas fondamentalement différent de celui encouru en rédigeant une **ordonnance classique**, si certaines règles sont respectées.

« EN MATIÈRE DE PRESCRIPTION D'OUTILS DE M-SANTÉ, LE RISQUE N'EST PAS FONDAMENTALEMENT DIFFÉRENT DE CELUI ENCOURU EN RÉDIGEANT UNE ORDONNANCE CLASSIQUE, SI CERTAINES RÈGLES SONT RESPECTÉES. »

## ➤ Prescrire hors de la sphère des produits de santé est toléré

Le Code de la Santé Publique (CSP) ne prévoit la prescription que de « *produits de santé* ». En pratique, pourtant, tous les produits et logiciels utilisés ou prescrits par un médecin ne sont pas des médicaments ou des dispositifs médicaux. Partant, prescrire à son patient un outil de m-santé n'ayant pas intégré cette « sphère de confiance » ne constitue pas un risque nouveau. Ce qu'encourt le praticien, c'est une éventuelle condamnation pour avoir prescrit un produit n'étant pas marqué CE alors qu'il a conscience de ce que l'outil est un dispositif médical. Par analogie, la responsabilité du médecin utilisant un appareil marqué CE – mais non conforme à la réglementation sur les dispositifs médicaux – a pu être écarté au motif qu'il avait été induit en erreur





© DR

par le vendeur. Là encore, ce risque est aisément maîtrisable : il suffit de se renseigner sur l'outil de m-santé et de comparer avec les autres produits disponibles. Si un produit marqué CE existe, préférez-le.

➤ **Mais ne vous ruez pas sur la dernière technologie en date !**

Avant de prescrire une application ou un objet connecté, assurez-vous de sa viabilité sur un marché en pleine mutation. Des nouveautés apparaissent chaque jour, promettant à leurs utilisateurs et prescripteurs une prise en charge optimisée, un suivi plus précis ou la prévention de multiples pathologies. Et force est de constater que bon nombre d'objets et d'applications tombent dans l'oubli tout aussi rapidement. En prescrivant immédiatement un nouvel objet connecté ou la dernière application à la mode sur un « store », un praticien pourrait donc se voir reprocher d'avoir proposé « *un remède ou un procédé (...) insuffisamment éprouvé* » (art. R.4127-39, 1<sup>er</sup> al. CSP). Avant de prescrire, informez-vous sur l'application ou l'objet connecté, lisez la documentation, réalisez des tests, recherchez l'avis de vos confrères ou de plateformes d'évaluation.

➤ **Et vérifiez la solvabilité du fabricant !**

Avec la judiciarisation de la société, l'action en responsabilité contre un professionnel est devenue une façon de gagner de l'argent. Avec l'avènement de l'action de groupe, le préjudice d'un groupe de personnes est ainsi devenu un nouveau produit financier. Pour limiter l'exposition au risque, mieux vaut donc prescrire les applications et objets connectés proposés par des entreprises

reconnues installées ou représentées en France. Car si vous recommandiez l'application d'un développeur indépendant difficile à localiser, par exemple, ne doutez pas qu'en cas de défaut, plutôt que de tenter une action en responsabilité du fait des produits défectueux contre le fabricant, le patient ayant subi un préjudice engagerait la responsabilité personnelle du prescripteur, par facilité.

**QU'EST-CE QUE LA M-SANTÉ ?**

La m-santé - ou « mHealth » pour Mobile Health - désigne l'ensemble des services touchant de près ou de loin à la santé, disponibles en permanence via un appareil mobile connecté à un réseau (smartphones, tablettes...).

La Fondation des Nations Unies a distingué 6 catégories d'applications dans le domaine de la santé mobile : éducation et sensibilisation, téléassistance, diagnostic et traitement de soutien, communication et formation pour les professionnels de santé, maladie et suivi d'une épidémie, surveillance et collecte de données à distance.

Plusieurs services et outils peuvent être proposés au sein de ces différentes applications : guides thérapeutiques, cotations des actes médicaux, aides aux premiers secours et gestes d'urgence, fiches pratiques, géolocalisation, applications bien-être (sommeil, grossesse...) et prévention, mise en relation avec des experts, ou avec une communauté de patients, scan d'un produit ou d'un médicament.

### ■ ■ ■ ↗ Le risque d'atteinte à la vie privée existe déjà

L'un des principaux risques liés à l'usage des nouvelles technologies tient à la possibilité de détournement des données collectées. Mais ce risque est d'ores et déjà une réalité du fait de l'utilisation d'outil de communication non sécurisé, de dispositifs médicaux communicants, d'un système d'information non protégé ou d'un défaut d'encadrement du personnel. Prescrire un outil de m-santé à un patient ne modifie donc pas fondamentalement la donne. Pour autant, des mesures destinées à réduire ce risque sont utiles, d'autant qu'elles sont très simples : avant de prescrire un outil de m-santé, il suffit de s'assurer de l'existence d'une « Privacy Policy » fournie par l'éditeur de l'application ou le fabricant de l'objet connecté. En règle générale, cet élément est librement accessible sur le site du fabricant.

### ↗ Prescrire des outils de m-santé sans être noyé sous les e-mails

Les professionnels de santé sont réticents à l'utilisation des applications et objets

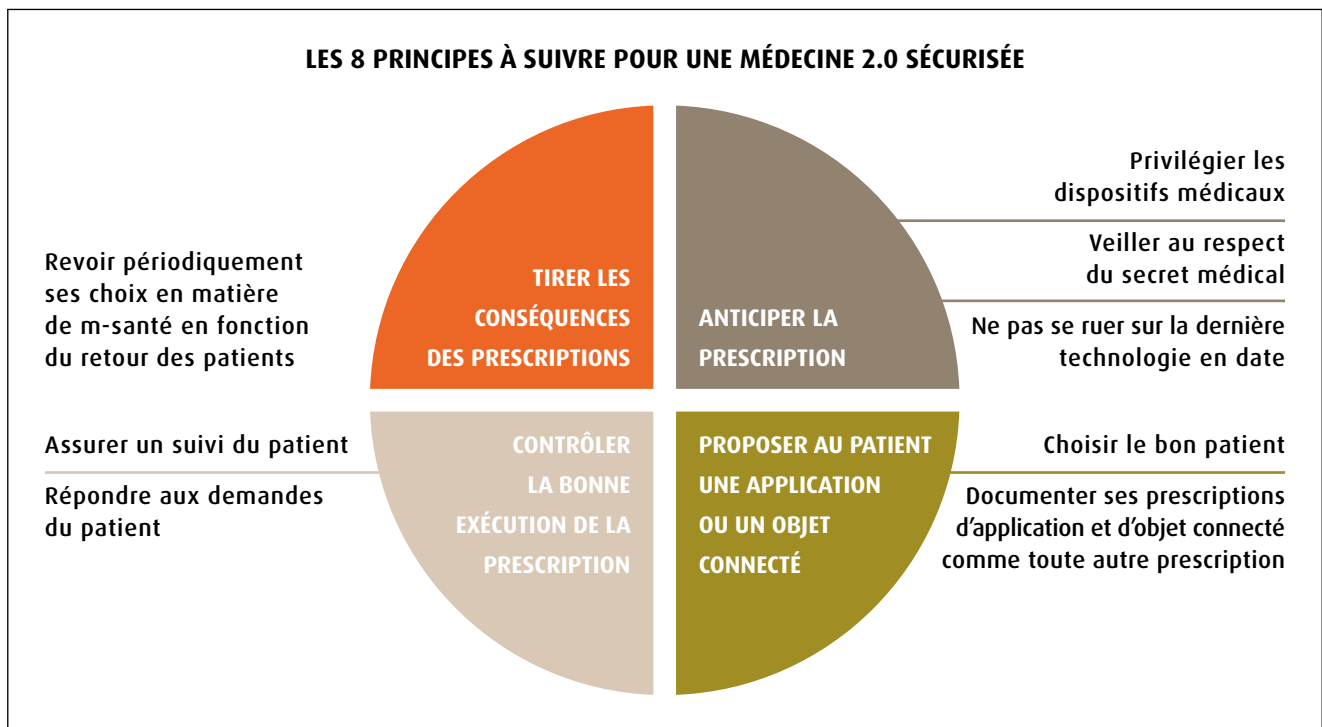
connectés par crainte du nombre d'e-mails et alertes diverses que ces outils pourraient générer à leur attention. Et force est de reconnaître que cela augmente le risque de retard de diagnostic ou de prise en charge. Dans l'attente de la généralisation des algorithmes d'intelligence artificielle permettant de trier automatiquement ces alertes, deux solutions s'offrent au prescripteur. La première consiste à ne recommander que des applications et objets connectés « à usage individuel », c'est-à-dire n'étant pas spécifiquement conçus pour assurer un suivi à distance du patient. La seconde relève du bon sens : choisissez le bon patient. Le devoir de veiller à la compréhension de l'ordonnance (art. R.4127-34 CSP) conduit à réserver la recommandation d'outils de m-santé à un public averti. Si les patients dépourvus de smartphone ou apparemment allergiques aux nouvelles technologies n'entrent clairement pas dans cette catégorie, peut-être faut-il également en exclure les « geeks » les plus convaincus. Ceux-ci pourraient en effet développer une « cyberchondrie » à l'origine d'une

saturation de la boîte mail du prescripteur. La prescription d'objets connectés et d'applications devrait donc, dans un premier temps, être réservée aux patients avec lesquels le prescripteur entretient une relation stable et de confiance et qui ne les sollicitent en principe qu'en cas de réel problème.

### ↗ Prévenir vaut mieux que guérir

Statistiquement, le risque pour un professionnel de santé de voir sa responsabilité engagée pendant sa carrière est déjà élevé. Rien ne permet de considérer que prescrire des outils de m-santé aura un quelconque impact, mais cela ne dispense pas d'anticiper et de prendre une mesure de précaution aussi simple qu'efficace : documenter ces prescriptions. Une action en responsabilité médicale débute par une expertise médicale et, en cas de contestation d'une prescription, l'expert rend un avis, au vu du dossier, sur son bien-fondé, son adaptation au patient et sa conformité aux données acquises de la science. Si la prescription d'objet connecté ou d'application de santé mobile

## LES 8 PRINCIPES À SUIVRE POUR UNE MÉDECINE 2.0 SÉCURISÉE



« EN RESPECTANT HUIT PRINCIPES SIMPLÉS, UN MÉDECIN PARAÎT POUVOIR PRATIQUER UNE MÉDECINE 2.0 SANS EXPOSER NI SES PATIENTS, NI LUI-MÊME À UN RISQUE SUPPLÉMENTAIRE. »

a été correctement documentée dans le dossier médical, le praticien se réserve la possibilité de contester sa responsabilité dès le stade de l'expertise.

### ➤ Prescrire la m-santé dans un cadre sûr et sécurisé

Recommander des applications de santé mobile et des objets connectés n'impose pas au praticien de se mettre en danger. En respectant huit principes simples – dégagés de l'analyse de la jurisprudence en matière de responsabilité médicale – un médecin paraît pouvoir pratiquer une médecine 2.0 sans exposer ni ses patients, ni lui-même à un risque supplémentaire. ■

#### Références

1. T. Corr. Versailles, 31 janvier 2017, CH André-Mignot.
2. *mHealth Quality: A Process to Seal the Qualified Mobile Health Apps*, Stud Health Technol Inform. 2016;228:205-9, Yasini M, Beranger J, Desmarais P, Perez L, Marchand G. *Using Smartphones and Health Apps to Change and Manage Health Behaviors: A Population-Based Survey*, J Med Internet Res. 2017 Apr 5;19(4):e101. doi: 10.2196/jmir.6838.
3. « Il faut oser ou se résoudre à tout », Tite-Live.
4. Art. R.5132-3 CSP.
5. Les dermatologues n'hésitent ainsi pas à « prescrire » des crèmes et lotions n'étant pas des médicaments et les généralistes ou pédiatres à recommander l'utilisation de balances, qui ne sont pas des dispositifs médicaux.
6. Il s'agit ici du marquage CE « Dispositifs médicaux ». Attention, les objets connectés bénéficient en principe d'un autre marquage CE, en tant qu'appareils électroniques. Les deux marquages ne doivent pas être confondus.
7. Civ. 1<sup>ère</sup>, 1<sup>er</sup> octobre 2014, n° 13-16715.
8. Des labels privés existent pour évaluer et certifier les applications et objets connectés de santé, tel que le label « mHealth Quality » de DMD Santé.
9. *Le financement par les tiers de l'action collective : l'exemple de l'Union Européenne*, D. Bosco, BDE (2015) 1/2.
10. Au demeurant, on peut douter de l'application du régime – favorable au consommateur – de la responsabilité du fait des produits défectueux en matière de logiciel (cf. **St Albans City and District Council v ICL, 1996**).
11. Un médecin n'a ainsi pas le droit d'utiliser une adresse gmail à titre professionnel.
12. Des pacemakers et pompes à insuline communicants ont ainsi pu être piratés.
13. C'est le cas du laboratoire Labio piraté en 2015.
14. CNOM, Ch. Disciplinaire, 20 janvier 2012, Dr S/Mme T, [legalis.net](http://legalis.net)
15. Rappelons que la mention de l'adresse e-mail est désormais obligatoire sur les ordonnances (art. R. 5132-3 CSP).



Les études médicales ont toujours bénéficié d'une attention particulière du ministère chargé de la santé et du ministère chargé de l'enseignement supérieur. D'une part la qualité de la formation est un prérequis de la qualité des soins, même si ce n'est pas le seul. D'autre part le nombre d'étudiants à former résulte des capacités de formation, des besoins médicaux estimés nécessaires à la population, de l'évolution des champs d'intervention des spécialités – conséquence de nouvelles prises en charge – et de la durée de formation envisagée. La réforme du 3<sup>ème</sup> cycle a pour objectif majeur un nouveau découpage des spécialités, des modalités d'acquisition de compétences et de connaissances progressives, avec une simplification du schéma général des études de la spécialité.

## Une réforme en profondeur du 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales

DOMINIQUE BERTRAND, PROFESSEUR EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, UNIVERSITÉ PARIS 7

### ➤ Les études médicales de 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> cycle

#### • La Première Année Commune des Etudes de Santé (PACES)

Le numérus clausus a été augmenté de 478 places en 2017, faisant passer la base du numérus clausus à environ 8 100 étudiants en médecine en seconde année, sans compter les passerelles en 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> années. De ce fait, l'effectif annuel des étudiants de médecine en 2<sup>ème</sup> cycle des études médicales sera de l'ordre de 8 500 étudiants (ce qui est proche du 1<sup>er</sup> numérus clausus en 1972).

#### • Les années suivantes jusqu'à la 6<sup>ème</sup> année (fin de second cycle)

Le Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique est l'examen validant le 2<sup>ème</sup> cycle (CSCT), il va être transformé en Certificat de Compétences Cliniques (CCC). Après cette validation, l'étudiant passe les ECNI (Epreuves Classantes Nationales Informatisées) composée de plusieurs épreuves : dossiers cliniques progressifs, questions à choix multiple et lecture critique d'article. Elles ont été informatisées en 2016. Ces épreuves aboutissent à un classement des étudiants français, mais aussi étrangers d'origine U.E. ayant validé également dans leur faculté d'origine le second cycle (de l'ordre de 400 étudiants pour 2017 mais les étudiants français ayant suivi un cursus à l'étranger sont de l'ordre de 170). Le caractère particulier de la formation en France, équilibrant connaissances universitaires et exercice médical mais aussi préparation au concours pour ceux qui le souhaitent entraîne un résultat meilleur aux ECNI que les étrangers, desservis également souvent par un niveau de langue plus faible. Les résultats décevants pour une entrée en exercice d'internat semblent militer pour une réforme de l'accès aux ECNI.

« L'INTERNAT OBLIGATOIRE POUR LES SPÉCIALISTES DATE DE 1984. TOUTES LES SPÉCIALITÉS SONT CONCERNÉES SAUF LA MÉDECINE GÉNÉRALE. »

### ➤ La réforme du 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales

Elle provient de 3 textes fondateurs qui ont profondément modifié les études de spécialités. Un rapide rappel de l'accès aux spécialités permet de mieux comprendre l'évolution de ce dispositif.

#### • Évolution historique des spécialités

##### L'ancien régime (avant 1984)

La dualité des voies d'obtention de la spécialité était le point essentiel. Le DES s'appelait à l'époque Certificat d'Etudes Spéciales (CES). Il correspondait à une spécialité. La plupart nécessitait une pratique hospitalière clinique approfondie, d'autres en étaient exemptes, par exemple : le CES de médecine du sport, le CES de santé publique...

Pour tous les CES à compétences cliniques, il existait deux voies pour l'obtenir :

##### - La voie de l'internat

Chaque CHU organisait le concours d'internat chaque année, avec des postes peu nombreux (ordre de grandeur en moyenne

inférieur à 20 % du nombre d'étudiants, d'une année). La durée de l'internat était de 4 ans et ne concernait que les spécialités hors médecine générale. Le nombre de semestres pour valider une spécialité variait de 2 à 4 semestres (plus pour les spécialités chirurgicales). Il était donc possible d'acquérir plusieurs spécialités pendant la durée de l'internat. Il n'y avait pas d'examen final habituellement, mais l'obtention du CES correspondait à un cursus hospitalier validé.

##### - La voie de l'inscription universitaire : CES

La durée pour l'obtention d'une spécialité était en moyenne de 3 ans et comprenait 2 examens sélectifs, l'un en première année, l'autre national en dernière année. Les cours étaient suivis, mais parallèlement un exercice clinique de la spécialité pouvait être





envisagé, souvent sans responsabilité vraie. Certains étudiants pouvaient bénéficier d'un internat en centre hospitalier, ou même de postes de fonction d'interne au CHU en cas d'absence d'interne pendant un semestre dans un service.

La première voie était très clinique, la seconde universitaire, mais toutes deux aboutissaient à devenir spécialiste. En conclusion quelles en étaient les caractéristiques ?

1. La voie hospitalière permettait une compétence clinique supérieure à celle de la voie universitaire.

2. Un mode de validation différent.

3. Une absence de régulation : les internats servant les services hospitaliers de CHU en fonction de leurs besoins et les étudiants CES pouvant être très nombreux dans chaque université. Cette démographie particulière a permis de fournir notamment des spécialistes pour les centres hospitaliers pendant une longue période.

4. Tous les médecins obtenaient la médecine générale de façon automatique en validant un an de formation clinique hospitalière.

#### Le nouveau régime

L'internat obligatoire pour les spécialistes date de 1984. Toutes les spécialités sont concernées sauf la médecine générale. La voie des CES est alors fermée, aucun candidat ne peut plus y entrer. La régulation des spécialités se fait maintenant par l'internat. Le nombre de postes n'augmente pas et reste au même niveau que dans l'ancien régime.

La médecine générale devient une spécialité en 2004, l'internat devient obligatoire pour tous les étudiants. L'Examen Classant National (ECN) permet le choix des spécialités en fonction de son rang de classement ainsi que la subdivision (région). Le CSCT (Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique) valide les 6 premières années. L'ECN ne sert qu'au choix de la spécialité soit directement, soit indirectement comme la chirurgie, indifférenciée au concours.

- Quelles sont les caractéristiques de ce modèle ?

1. La réduction du nombre d'internes due à la baisse progressive du numérus clausus à partir de 1978, avec un chiffre point bas à 4 000 entre 1988 et 2003, entraîne de nombreux postes d'interne non pourvus dans les hôpitaux. Cela explique l'engagement, sur ces postes laissés libres, de médecins à diplôme hors U.E. venus en France pour se parfaire dans un domaine particulier.
2. La médecine générale accède naturellement à la spécialité.
3. Les postes d'interne sont répartis en moyenne pour moitié en spécialité de médecine générale et pour moitié pour les autres spécialités.

#### ➔ La réforme de l'internat pour 2017

##### • L'augmentation du nombre de spécialités

Le nombre de spécialités est de 44 en novembre 2017 ; la chirurgie générale, base obligatoire auparavant, pour suivre des études de spécialité chirurgicale, disparaît au profit d'un DES pour chaque spécialité chirurgicale. La filiarisation est complète pour toutes les spécialités c'est-à-dire que l'on choisit à l'ECNI son futur « métier ».

**« QUATRE CO-DES SONT CRÉÉS. DE NOUVELLES SPÉCIALITÉS SONT INTRODUITES. LA FILIARISATION EST COMPLÈTE POUR TOUTES LES SPÉCIALITÉS C'EST-À-DIRE QUE L'ON CHOISIT À L'ECNI SON FUTUR "MÉTIER". »**

Quatre co-DES sont créés :

- Anesthésie-réanimation/Médecine intensive-réanimation ;
- Médecine cardiovasculaire/Médecine vasculaire ;
- Médecine interne et immunologie clinique/ Maladies infectieuses et tropicales/ Allergologie ;
- Chirurgie orale/chirurgie maxillo-faciale.

Les CO-DES ont une année commune, mais la spécialité reste identifiée précisément.

De nouvelles spécialités sont introduites :

- DES de médecine vasculaire ;
- DES de maladies infectieuses et tropicales ;
- DES de médecine légale et expertises médicales ;
- DES de médecine d'urgence ;
- DES d'allergologie.



■ ■ ■ Les spécialités 2017 sont indiquées dans le tableau suivant :

<b>TABLEAU DES SPÉCIALITÉS 2017</b>		
DISCIPLINES	DIPLOME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES (DES), NOUVEAUX DES ET CO-DES	
<b>MÉDICALES</b>	ANATOMIE ET CYTOPATHOLOGIE	
	ANESTHÉSIE-RÉANIMATION / MÉDECINE INTENSIVE-RÉANIMATION	
	DERMATOLOGIE ET VÉNÉROLOGIE	
	ENDOCRINOLOGIE-DIABÉTOLOGIE-NUTRITION	
	GÉNÉTIQUE MÉDICALE	
	GÉRIATRIE	
	GYNÉCOLOGIE MÉDICALE	
	HÉMATOLOGIE	
	HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE	
	MÉDECINE CARDIOVASCULAIRE / MÉDECINE VASCULAIRE	
	MÉDECINE GÉNÉRALE	
	MÉDECINE INTERNE ET IMMUNOLOGIE CLINIQUE / MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES / ALLERGOLOGIE	
	MÉDECINE LÉGALE ET EXPERTISES MÉDICALES	
	MÉDECINE NUCLÉAIRE	
	MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION	
	MÉDECINE DU TRAVAIL	
	MÉDECINE D'URGENCE	
	NÉPHROLOGIE	
	NEUROLOGIE	
	ONCOLOGIE	
	PÉDIATRIE	
	PNEUMOLOGIE	
	PSYCHIATRIE	
	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE	
	RHUMATOLOGIE	
	SANTÉ PUBLIQUE	
	<b>CHIRURGICALES</b>	CHIRURGIE ORALE / CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE		
CHIRURGIE PÉDIATRIQUE		
CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHÉTIQUE		
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE		
CHIRURGIE VASCULAIRE		
CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE		
GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE		
NEUROCHIRURGIE		
OPHTALMOLOGIE		
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE - CHIRURGIE CERVICO-FACIALE		
UROLOGIE		
<b>BIOLOGIQUES</b>		BIOLOGIE MÉDICALE

CO-DES
NOUVEAU DES

Le changement est important : par exemple, le Diplôme d'Etudes Spéciales Complémentaires 2 qui suivait un DES, en transformant la spécialité, n'a plus de raison d'être. Ainsi, le DES de chirurgie générale complété par le DESC2 urologie transformait la spécialité en « chirurgie » urologique. Ils disparaissent au profit des DES directs. Les Diplômes d'Etudes Spécialisées Complémentaires 1 disparaissent ou sont transformés en DES ou FST (Formation Spécialisée Transversale).

Les capacités, antérieures au DESC, disparaissent également.

Cette modification ne sera totalement opérationnelle qu'à la sortie des DES de 2017 en 2021-2022.

• **La formation clinique et universitaire des DES**

**Segmentation en trois phases pour toutes les spécialités**

- La phase 1 dite phase socle, d'une durée d'un an correspondant aux connaissances indispensables de base.
- La phase 2 dite phase d'approfondissement correspondant à l'ensemble du champ disciplinaire.
- La phase 3 dite phase de consolidation correspondant à la coordination de l'ensemble des connaissances et des compétences professionnelles nécessaires à l'exercice de la spécialité.

Pendant l'internat, les connaissances universitaires sont graduées mais aussi les compétences cliniques, les semestres d'internat des 3 phases sont différents. Peut-on estimer que l'encadrement doit être supérieur en phase socle et moindre en phase de consolidation ?

**« POUR LA PREMIÈRE FOIS, L'ACQUISITION DE LA SPÉCIALITÉ EST PROGRESSIVE, LES ÉVALUATIONS UNIVERSITAIRES ET CLINIQUES ÉGALEMENT, ET UN PORTFOLIO EST CRÉÉ, RASSEMBLANT LES DIFFÉRENTES COMPÉTENCES ACQUISES POUR LES ACTIVITÉS CLINIQUES. »**

Pour la première fois, l'acquisition de la spécialité est progressive, les évaluations universitaires et cliniques également, et un portfolio est créé, rassemblant dans un dossier unique les différentes actions ou compétences acquises pour les activités cliniques. Le comportement du futur praticien dans l'équipe et avec les patients est aussi évoqué.

**La thèse de doctorat en médecine**

La thèse est soutenue à la fin de la phase d'approfondissement, c'est-à-dire avant la période de consolidation.

**L'assistant spécialiste (toujours en DES)**

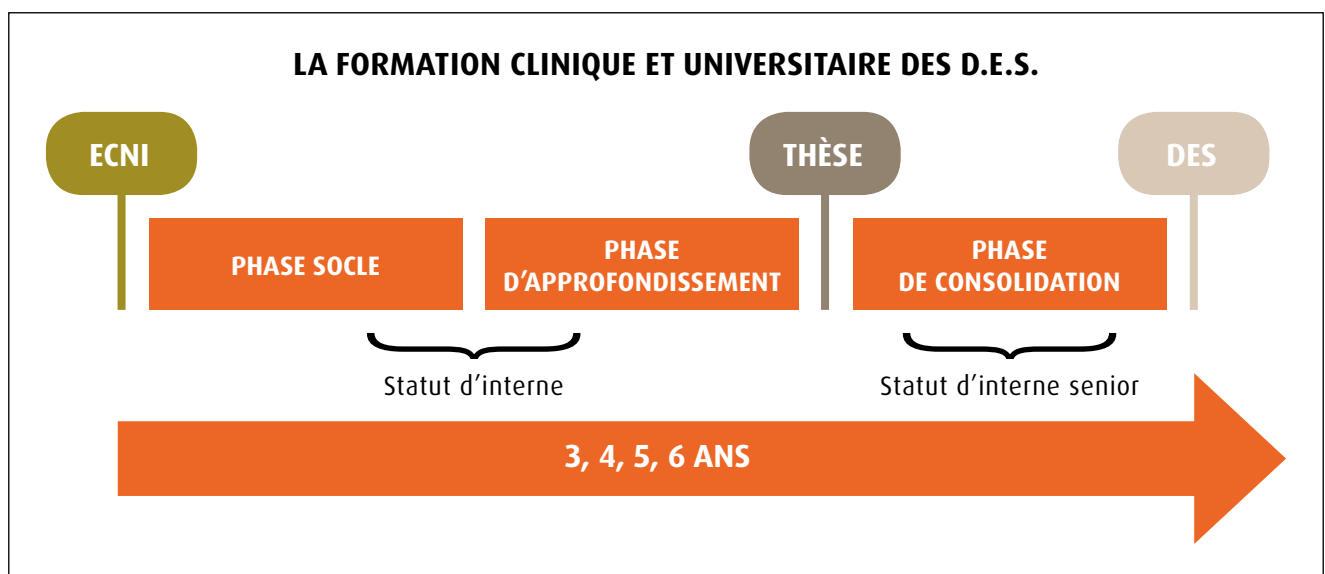
La période de consolidation s'effectue sous le statut d'assistant, mais pas de celui d'assistant hospitalier. C'est encore une période d'autonomie supervisée. Sa responsabilité est plus proche de celle d'un interne que de celle d'un assistant traditionnel. Il n'obtiendra son DES qu'à la fin de cette période. Il sera inscrit à l'Ordre dans une position particulière. On évoque à ce jour (mai 2017) le nom de « Docteur junior ».

• **Les compléments de formation : options et FST**

Il s'agit d'un exercice particulier au sein de la spécialité. Les options peuvent être choisies précocement ou tardivement. Un choix précoce correspond à une orientation majeure d'exercice dans la spécialité.

Tous les DES n'ont pas d'option, trois exemples sont évocateurs :

- pour le DES de cardiologie :
  - Cardiologie interventionnelle de l'adulte ;
  - Rythmologie interventionnelle et stimulation cardiaque ;
  - Imagerie cardiovasculaire d'expertise ;



## 24 → Vie professionnelle



- pour les DES de santé publique :
  - Administration de la santé (seule option possible) ;
- pour les DES de psychiatrie :
  - La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Ces options sont habituellement faites pendant la période de l'internat.

Les formations spécialisées transversales (FST) sont partagées par plusieurs DES, intégrées au DES. Elles peuvent remplacer certains diplômes d'études spécialisées complémentaire (DESC1). *A priori* l'inscription est obligatoire pour les options à la fin de la phase socle et pour les FST. Des arrêtés complémentaires préciseront la liste des enseignements, les modalités d'inscription, les programmes et les inscriptions tardives après le DES.

Le choix est limité à une option ou une FST.

### • Le changement de spécialité

Les spécialités sont « construites » en tuyau d'orgue, avec des maquettes précises et une augmentation des semestres spécialisés au sein de la durée des DES.

Les options et plus encore les FST permettront certes un changement d'activité mais le DES initial persistera ; et cette activité permettra-t-elle un exercice à temps plein ?

Le changement de DES est prévu par la loi de 2016 et le décret du 12 Avril 2017 mais avec un nombre de postes ouverts publié chaque année dans un texte réglementaire. Mais quel sera le statut d'exercice ? Permettra-t-il d'exercer sa première spécialité à temps partiel, tant que le second DES n'est pas obtenu ? Les modalités pratiques seront importantes.

Les commissions de qualification continueront et permettront des requalifications tardives en tenant compte des maquettes.

Enfin, toutes les maquettes pourront évoluer dans le temps, y compris sur la durée du DES ; cette souplesse est l'élément clé de l'évolution des activités disciplinaires.

### ➤ Conclusion

En conclusion, cette réforme du 3<sup>ème</sup> cycle comprend la révision en profondeur des programmes de chaque spécialité, la supervision permanente complétée par le tutorat pour l'étudiant de 3<sup>ème</sup> cycle et un caractère progressif des connaissances et des compétences qui, au terme du DES, permet une autonomie complète. La recherche d'un projet professionnel à la fin de la phase d'approfondissement est une nouveauté pour les médecins.

L'entrée dans les études médicales méritera une réflexion ultérieure ainsi qu'un lien entre la validation du 2<sup>ème</sup> cycle et l'autorisation de se présenter aux ECNI. ■





Depuis le Code d'Hammourabi, et de façon quasi universelle, le médecin ne répond que de sa faute personnelle. Un arrêt récent de la Cour de cassation (1<sup>ère</sup> Civ., 3 novembre 2016) - arrêt de « la compresse oubliée » - est venu confirmer l'intangibilité de la règle selon laquelle la responsabilité d'un médecin ne peut qu'être personnelle et non pas « collective ». Simultanément, cette décision pose la question de savoir si les principes fondateurs de la responsabilité civile doivent prévaloir sur l'équité.

## Existe-t-il une responsabilité médicale collective ?

MARGUERITE PELIER, MAGISTRAT HONORAIRE, PRÉSIDENTE ADJOINTE DES COMMISSIONS RÉGIONALES DE CONCILIATION ET D'INDEMNISATION DES ACCIDENTS MÉDICAUX, DES AFFECTIONS IATROGÈNES ET DES INFECTIONS NOSOCOMIALES (CCI)

### ➤ Le cas concret de l'affaire de « la compresse oubliée »

Madame A a subi successivement quatre interventions chirurgicales :

- le 2 mars 2002, intervention pour reflux œsophagien, réalisée par le docteur X à la Clinique A ;
- le 6 octobre 2004, hystérectomie totale, par laparotomie, pour un fibrome utérin, réalisée par le docteur Y à la Clinique B ;
- le 10 octobre 2005, nouvelle laparotomie pour récurrence de la hernie hiatale, réalisée par le docteur X à la Clinique A ;
- le 19 octobre 2007, à l'hôpital, nouvelle laparotomie par un autre chirurgien, laquelle va conduire à la découverte d'une formation kystique, au fond de laquelle a été retrouvé, dans 800 cc de liquide purulent, un champ opératoire de 54 x 54 cm et quelques clips.

La victime a obtenu en référé la désignation d'un expert qui a déposé son rapport en janvier 2012, puis elle a assigné devant le Tribunal d'Instance le docteur X, le docteur Y et la clinique B, afin d'obtenir leur condamnation *in solidum* à réparer son entier dommage.

On notera que la clinique A n'a pas été assignée au motif qu'elle avait été placée en liquidation judiciaire et que la clinique B a déclaré avoir « perdu » le dossier médical de la patiente (de sorte que les opérations d'expertise n'ont pas été conduites au contradictoire du premier de ces établissements et que l'expert n'a pas disposé de la « fiche de bloc » du second établissement, pourtant comparant).

On notera aussi qu'aucun des défendeurs n'ayant contesté la qualification fautive de l'oubli d'un champ opératoire dans l'abdomen de la patiente, il sera tenu pour acquis, selon la formule de la Cour de Cassation (1<sup>ère</sup> civ. 9 octobre 1984, n° 83-12.287), que « l'oubli (d'une compresse) constitue par définition une négligence et une faute d'inattention ».

**« LA RESPONSABILITÉ PERSONNELLE IMPLIQUE QUE SOIT IDENTIFIÉ LE PROFESSIONNEL OU L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ AUQUEL LA FAUTE EST IMPUTABLE OU QUI RÉPOND DE SES CONSÉQUENCES. »**

Au vu cependant du rapport d'expertise qui a conclu qu'il n'était pas possible de déterminer si la compresse avait été oubliée au cours de l'intervention de 2004 ou au cours de celle de 2005, le tribunal d'instance a débouté la patiente au motif que chacun ne peut être déclaré responsable que de son propre fait.

La Cour d'appel, par son arrêt du 16 octobre 2014, a confirmé cette décision en énonçant que madame A n'ayant pas rapporté la preuve – qui lui incombait en sa qualité de demanderesse – de l'imputation de cette faute au docteur Y ou au docteur X, pris à titre personnel – ou à la clinique B, du fait de ses préposés infirmiers, aucune responsabilité ne pouvait être retenue à l'encontre de l'une quelconque des parties défenderesses.

Madame A a alors formé un pourvoi en cassation, au soutien duquel elle a fait valoir que, dès lors qu'est établie la preuve d'une négligence fautive, ayant consisté en l'oubli d'un matériel chirurgical dans l'abdomen du patient opéré, il appartient à chaque professionnel et établissement de santé mis en cause de prouver qu'il n'est pas à l'origine de cette faute, de telle sorte que la cour d'appel aurait violé les articles 1315 du Code civil (relatif à la charge de la preuve) et L. 1142-2 du Code de la Santé Publique (issu de la loi du 4 mars 2002, dite loi Kouchner), ces textes combinés aboutissant, selon le pourvoi, à une présomption de causalité entraînant un renversement de la charge de la preuve.

Ce moyen se fondait sur plusieurs décisions antérieures de la Cour de Cassation – dont le pourvoi entendait bénéficier – et qui sont ci-après évoquées.

La Cour de cassation a rejeté le pourvoi par un motif décisif, selon lequel la responsabilité personnelle implique que soit identifié le professionnel ou l'établissement de santé auquel la faute est imputable ou qui répond de ses conséquences.

### ➤ Critiques formulées à l'encontre de l'arrêt de « la compresse oubliée »

La solution apparaît à de nombreux commentateurs comme particulièrement inéquitable envers la victime qui se trouve, après plus de dix ans de procédure, privée de toute indemnisation en dépit d'une faute objectivement avérée et judiciairement non contestée. ■ ■ ■



■ ■ ■ Des doutes ont ainsi été émis sur la portée de cette décision à laquelle, pourtant, la haute juridiction a entendu donner, par une large diffusion, une exemplarité doctrinale.

Ces doutes résultent, pour l'essentiel, d'une double contradiction de la solution prescrite par l'arrêt de « la compresse oubliée » avec, d'une part, l'équité, et d'autre part, les acquis jurisprudentiels antérieurs, apparemment favorables à une solution opposée et vainement invoqués par la victime.

En réalité, l'incidence de chacun de ces deux aspects s'estompe lorsqu'on procède à une analyse de cette jurisprudence dont la transposition ne s'imposait pas, et lorsqu'on relève que les incertitudes – qui ont marqué l'ensemble de la procédure suivie dans cette affaire – déplacent le constat d'iniquité apparente vers celui d'une lacune dans la recherche de la preuve, seule véritablement sanctionnée.

• **Les deux jurisprudences antérieures invoquées par le pourvoi**

Elles sont les suivantes :

**a. Jurisprudence tirée des arrêts « Distillibène » (Cass. civ., 24 septembre 2009, n° 08-16.305 et 28 janvier 2010, n° 08-18.837)**

Les actions avaient été introduites en justice par les filles de femmes traitées par Diéthylstilbestrol (DES) à la suite des lourds effets indésirables que cette molécule leur avait occasionnés, en provoquant notamment cancers et stérilités.

Le DES avait été mis sur le marché par deux laboratoires différents. Mais les expertises n'avaient pas permis de déterminer lequel de ces fabricants avait fourni le produit incriminé.

La Cour de cassation a décidé « qu'en cas d'exposition de la victime à la molécule litigieuse, c'est à chacun des laboratoires qui a mis sur le marché le produit qui le contient qu'il incombe de prouver que celui-ci n'est pas à l'origine du dommage ».

**b. Jurisprudence tirée d'un arrêt rendu en matière d'infection nosocomiale (1<sup>ère</sup> civ., 17 juin 2010, n° 09-67.011)**

L'action avait été introduite en justice par la victime d'une infection nosocomiale susceptible d'avoir été contractée dans plusieurs établissements de santé sans que l'expertise n'ait permis d'identifier lequel des séjours hospitaliers avait été causal.

La Cour de cassation a décidé qu'il appartenait à chacun de ces établissements d'établir qu'il n'avait pas été à l'origine de ces infections.

➤ **La justification de l'arrêt de « la compresse oubliée »**

Il faut rappeler tout d'abord que cet arrêt n'est pas un « coup de tonnerre dans un

**« LA SOLUTION APPARAÎT COMME INÉQUITABLE ENVERS LA VICTIME QUI SE TROUVE PRIVÉE DE TOUTE INDEMNISATION EN DÉPIT D'UNE FAUTE OBJECTIVEMENT AVÉRÉE. »**

ciel bleu » ; il est simplement la réaffirmation par la Cour de cassation d'une position de principe, régulièrement rappelée, en particulier dans une affaire juridique comparable (1<sup>ère</sup> civ., 23 novembre 2004, n° 03-16.865) : la victime d'une arthrite septique avait été déboutée de sa demande d'indemnisation à la suite de trois infiltrations effectuées par deux médecins libéraux différents, et ce alors que, s'il avait bien été démontré que l'affection dont avait souffert le demandeur était liée à l'une de ces infiltrations, il n'avait, en revanche, pas été possible de déterminer laquelle était causale.

À l'examiner de près, la position fermement maintenue par la Cour de cassation les 23 novembre 2004 (affaire de l'arthrite septique) et 3 novembre 2016 (affaire de « la compresse oubliée ») n'est pas contradictoire avec celle ci-dessus rapportée dans les affaires du Distilbène et de l'infection nosocomiale.

**« L'ARRÊT DE "LA COMPRESSE OUBLIÉE" NE DOIT PAS ÊTRE ANALYSÉ COMME UN RECUIL OU UN REVIREMENT DE JURISPRUDENCE, MAIS QU'IL EST – DANS LA SPHÈRE DE LA FAUTE – PARFAITEMENT COMPATIBLE AVEC LES ARRÊTS "DISTILBÈNE", CANTONNÉS À LA SPHÈRE DE LA PRÉSUMPTION D'IMPUTABILITÉ ET DE RESPONSABILITÉ. »**

En effet :

a. l'arthrite septique concernée par l'affaire jugée en 2004 ne résultait pas de soins prodigués dans un établissement de santé, mais dans deux cabinets de médecins libéraux, soumis au régime de la faute prouvée.

Ainsi, la victime ne pouvait légalement pas bénéficier du régime de la responsabilité de plein droit, indépendante de toute idée de faute, telle qu'elle avait été instituée par la loi du 4 mars 2002 pour les établissements de santé. Elle ne pouvait justement qu'être soumise aux règles concernant la faute et à son corollaire, l'imputation démontrée à un auteur identifié.

Il en résulte que l'arrêt rendu le 17 juin 2010 (infection nosocomiale, indemnisée parce que provoquée dans un établissement hospitalier soumis à une responsabilité de plein droit) n'est pas contredit par celui rendu le 23 novembre 2004 (arthrite septique,

non indemnisée parce que provoquée en médecine libérale et soumise à l'exigence d'une faute prouvée) ;

b. L'affaire du Distilbène s'inscrit dans le cadre de la présomption d'imputabilité, applicable au régime des produits défectueux, lesquels sont expressément soustraits par la loi à l'emprise du régime de la faute prouvée, institué par l'article L. 1142-1 I du CSP, aux termes duquel : « Hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé (...), ainsi que tout établissement (...) ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute ».

Il en résulte que l'arrêt de « la compresse oubliée » ne doit pas être analysé comme un recul ou un revirement de jurisprudence, mais qu'il est – dans la sphère de la faute – parfaitement compatible avec les arrêts « Distilbène ».

ne », cantonnés à la sphère de la présomption d'imputabilité et de responsabilité.

Comme l'a écrit M. Sargos dans son commentaire approuvant cet arrêt (JCP. Ed G n° 46, p 2078) : « les modulations de la charge de la preuve ne doivent pas devenir des manipulations transformant la justice en un jeu de hasard ne distinguant pas l'innocent du coupable... Le renversement de la charge de la preuve aurait été un subterfuge « kafkaïen ou orwellien » pour éluder la question de l'identification de l'auteur de la faute et condamner au hasard l'innocent ou le coupable ».

En conséquence, faisant de l'*onus probandi* (charge de la preuve) un bastion qui ne saurait être ébranlé, la Cour de cassation refuse de sacrifier la règle fondatrice à une tendance médiatique aveuglément favorable aux victimes.

Le droit, en effet, ne se confond ni avec la morale ni avec la compassion.

### ➤ Les atténuations au constat d'iniquité affectant la solution adoptée par l'arrêt de « la compresse oubliée »

Le souci « légaliste » de la Cour de Cassation doit être reconsidéré dans une perspective évolutive, qui s'ajuste progressivement aux aspirations de la société dont le droit est nécessairement le reflet. La perméabilité des juges au contexte social ne saurait être critiquée car elle est, au contraire, un facteur de progrès.

C'est pourquoi, si le droit ne se confond pas avec l'équité, il ne saurait cependant rester longtemps inéquitable. « Sans l'équité, le droit n'est pas le droit » (Cicéron).

Mais, en vérité, l'arrêt de « la compresse oubliée » ne porte pas à l'équité l'atteinte qui est dénoncée par ses détracteurs, et ce pour des motifs de fait et de droit :

#### • En fait

L'iniquité apparente de la situation faite à madame A par cet arrêt doit être mesurée à l'aune de plusieurs éléments concrets du dossier qui en minorent la portée.

Il apparaît tout d'abord que la procédure a été, dès son origine, déséquilibrée en ce qu'elle n'a pas été étendue au liquidateur de la clinique A.

Tout aussi surprenant est le fait qu'aucune conséquence n'a été tirée de la « perte » par la clinique B du dossier médical de la patiente, en infraction avec l'obligation de conservation tirée de l'article R. 1112-7 du CSP.

On ne peut que s'interroger aussi sur l'absence d'affinement de la recherche de l'auteur de l'oubli de la compresse, par exemple quant à l'existence éventuelle de fils de repère radio-visibles, rapportée à la circonstance d'un comptage des compresses figurant comme exact sur la feuille de bloc de la clinique A et néanmoins tenu pour non significatif, sans analyse d'une éventuelle méconnaissance au sein de l'une ou l'autre des cliniques des obligations de traçabilité imposée aux infirmiers de bloc par l'article R. 4311-11 du CSP.

■ ■ ■ On peut encore être surpris de l'absence de recherche relative à la licéité de l'indication opératoire d'hystérectomie totale pour un fibrome sans qu'au vu du volume de la lésion et de l'âge de la patiente, des solutions alternatives (emboïlisation, hormonologie, attentisme d'une possible involution spontanée...) aient été explorées, ce qui laisse sans réponse l'hypothèse d'une intervention inutile qui absorberait alors, en aval, toute la causalité.

Ces questions de fait, laissées dans l'ombre par les plaideurs devant les juges du fond impuissants à les débusquer, auraient pourtant pu être déterminantes dans le cadre d'une recherche de « présomptions graves, précises et concordantes » de nature à permettre d'apporter une preuve ou de réfuter une suspicion.

« La question (...) de la preuve des faits, de leur origine, de l'identification de leur auteur, de leurs conséquences dommageables et de leur imputabilité à une personne physique ou morale déterminée », selon l'expression de M. Sargos (*ibid.*), « est à tort négligée (...) ou insuffisamment explorée (...), alors qu'elle commande la solution du litige plus encore que les règles abstraites du droit ».

#### • En droit

Plusieurs solutions – conjuguant le droit et l'équité – pourraient trouver à s'appliquer :

- a. l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM), dans sa vocation subsidiaire d'indemnisation au titre de la solidarité nationale, aurait pu être mis en cause en application de l'article L. 1142-1 II du CSP, aux termes duquel « lorsque la responsabilité d'un professionnel, d'un établissement (...) n'est pas engagée, un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale ouvre droit à la réparation du préjudice du patient (...) au titre de la solidarité nationale » ;
- b. en l'absence d'atteinte de l'un des seuils de gravité légalement requis – comme cela était sans doute le cas dans l'affaire de « la compresse oubliée » – on songe au mécanisme institué par la jurisprudence relative aux accidents de chasse :

lorsqu'un promeneur est victime des balles d'un chasseur indéterminé appartenant à un groupe identifié, la Cour de cassation autorise l'indemnisation de la victime par toutes les personnes du groupe, en vertu d'une faute alors qualifiée de collective. Ce fondement n'est cependant pas celui d'une responsabilité collective mais d'une responsabilité alternative.

En effet, le mécanisme, également consacré en cas de rixes en bandes ou d'actions concertées d'enfants, permet une condamnation de tous les intervenants, mais laisse à chacun la liberté d'exercer une action récursoire contre ses co-auteurs afin d'être libéré de sa quote-part dans la contribution à la dette, en prouvant qu'il n'est pas l'auteur du dommage.

La responsabilité est dite « alternative » (cf. Quéral-Ambrunaz, la fiction de la causalité alternative. D. 2010 p 1162) parce que la présomption d'imputation à tous les membres du groupe, pris solidairement, est, en quelque sorte, transitoire pour se muer, dans un second temps, en la recherche du ou des auteurs véritables de la faute par le moyen des actions récursoires. La responsabilité « alternative » conduit ainsi à un déplacement prioritaire de la charge de la preuve au bénéfice de la victime. La recherche de la responsabilité personnelle est simplement différée.

On aboutit alors à une situation comparable à celle résultant en aval des arrêts Distillbène, où les recours entre les laboratoires, toujours pendants, ont pour objet la réfutation d'une responsabilité « collective », inexistante.

Les rédacteurs de l'avant-projet de réforme du Code civil ne sont pas restés indifférents à cette montée doctrinale qu'ils proposent d'adopter dans un article 1240, aux termes duquel est prévue une responsabilité « alternative » lorsqu'un dommage corporel « est causé par un membre indéterminé d'un groupe de personnes identifiées agissant de concert ou pour des motifs similaires ».

S'il n'est pas sûr que les intervenants de l'affaire de « la compresse oubliée »

répondent à cette définition, du moins aperçoit-on déjà une hypothèse d'application très souhaitée et très opportune au cas où un dommage résulterait pour un patient d'une décision prise par les membres des « Réunions de Concertation Pluridisciplinaires », dites RCP, recommandées en cancérologie par la Haute Autorité de Santé.

En conclusion, la modernisation du droit des obligations et du droit de la responsabilité médicale, tant attendue, se fera, mais elle ne doit pas passer par l'adoption d'un système de « responsabilité collective » qui traduirait la négation d'un principe fondateur du droit et le mépris de l'honneur du médecin. ■

#### Bibliographie

**Hannah Arendt, La responsabilité collective (1968)**

« J'ignore quand le terme de "responsabilité collective" est apparu pour la première fois, mais je crois pouvoir affirmer avec certitude que, non seulement le terme mais aussi les problèmes qu'il implique doivent leur pertinence et l'intérêt général qu'ils attirent à des situations politiques, et non juridiques et morales [...].

Les normes juridiques et morales ont un élément très important en commun : elles sont toujours liées à la personne et à ce qu'elle a fait.

S'il se trouve que la personne a été impliquée dans une entreprise collective [...] c'est encore cette personne-là, son degré de participation, son rôle spécifique [...], par le groupe.

Deux conditions doivent être présentes pour qu'il y ait responsabilité collective : je dois être tenu pour responsable de quelque chose que je n'ai pas fait, et la raison expliquant ma responsabilité doit être une participation à un groupe qu'aucun acte volontaire de ma part ne peut dissoudre.

Cette forme de responsabilité est, selon moi, toujours politique prenant la forme où toute une communauté se juge responsable de ce qui a été fait en son nom... Lorsque Bonaparte a pris le pouvoir, il a déclaré : "J'assume la responsabilité de tout ce que la France a fait depuis l'époque de Charlemagne jusqu'à la Terreur de Robespierre". En d'autres termes, il a dit : "Tout cela a été fait en mon nom dans la mesure où je suis membre de cette nation et représentatif de ce corps politique". En ce sens, de même que nous recueillons les fruits de leurs mérites, de même nous sommes tenus responsables des péchés de nos pères ; mais nous ne sommes pas coupables de leurs méfaits, en termes moraux et juridiques ».

**Paul Ricoeur, Le temps de la responsabilité (1991)**

« La fatalité c'est personne, la responsabilité c'est quelqu'un ».

**Philippe Malaurie, Cause, Dictionnaire de la culture juridique, sous la direction de Denis Alland et Stéphane Rials, Lamy - PUF**

« Une personne ne peut être condamnée à réparer un dommage que si elle l'a causé ».



Les récents transferts d'établissements ou de services de soins de droit privé et de leurs salariés à des établissements publics interrogent sur la législation et la jurisprudence applicables à une telle situation.

## Reprise d'une activité privée par une personne publique : le sort des contrats de travail

GILLES RIVALLAN, JURISTE EXPERT, MACSF

Une directive communautaire du 14 février 1977 ainsi qu'un arrêt de la Cour de Justice des Communautés Européennes du 26 septembre 2000 avaient ouvert la voie au transfert d'une entité économique de droit privé à une personne morale de droit public.

Cette analyse, novatrice pour l'époque, a été reprise par la chambre sociale de la Cour de Cassation dans un arrêt du 25 juin 2002 (n° 01-43.467), qui énonçait que « *la seule circonstance que le cessionnaire soit un établissement public à caractère administratif lié à son personnel par des rapports de droit public ne peut suffire à caractériser une modification dans l'identité de l'entité économique transférée* ».

La Cour de Justice des Communautés Européennes a réaffirmé cette possibilité en 2004 tout en ajoutant qu'aucun principe ne s'opposait « *en cas de transfert d'entreprise d'une personne morale à l'État, à ce que celui-ci, en tant que nouvel employeur, procède à une réduction du montant de la rémunération des travailleurs concernés aux fins de se conformer aux règles nationales en vigueur relatives aux employés publics.* » (arrêt Boor du 11 novembre 2004 ; affaire C-425/02).

Dans le prolongement de cette jurisprudence, la loi n° 2005-843 du 26 juillet 2005 a prévu expressément (article 20) la possibilité d'un tel transfert et la reprise des salariés d'une entité privée par une personne publique.

Dans sa version issue de la loi n° 2016-483 du 20 avril 2016 (article 40), l'article L. 1224-3 du Code du travail, énonce désormais que :

« *Lorsque l'activité d'une entité économique employant des salariés de droit privé est, par transfert de cette entité, reprise par une personne publique dans le cadre d'un service public administratif, il appartient à cette personne publique de proposer à ces salariés un contrat de droit public, à durée déterminée ou indéterminée selon la nature du contrat dont ils sont titulaires.*

***Sauf disposition légale ou conditions générales de rémunération et d'emploi des agents non titulaires de la personne publique contrares, le contrat qu'elle propose reprend les clauses substantielles du contrat dont les salariés sont titulaires, en particulier celles qui concernent la rémunération.***

*Les services accomplis au sein de l'entité économique d'origine sont assimilés à des services accomplis au sein de la personne publique d'accueil.*

*En cas de refus des salariés d'accepter le contrat proposé, leur contrat prend fin de plein droit. La personne publique applique les dispositions relatives aux agents licenciés prévues par le droit du travail et par leur contrat ».*

On voit donc clairement que, pour qu'il y ait transfert, il appartient d'abord à l'entité publique de proposer au salarié de l'établissement privé, un contrat reprenant les clauses principales de son contrat de travail, sauf dispositions légales ou réglementaires contrares.

Cela signifie également que le transfert n'autorise pas l'établissement public à proposer aux salariés concernés une rémunération supérieure à celle prévue par la réglementation applicable aux agents publics à qualification, grade et ancienneté équivalents.

La Cour de cassation considère que « *constitue une entité économique un ensemble organisé de personnes et d'éléments corporels ou incorporels permettant l'exercice d'une activité économique qui poursuit un objectif propre* ».

Une entité économique autonome est caractérisée dès lors que :

- l'activité est exercée au sein d'une structure identifiée avec un objectif propre : le transfert de l'activité peut être total ou partiel. Il peut s'agir, par exemple, du transfert d'une branche d'activité. L'activité peut tout aussi bien être secondaire ou accessoire dès lors qu'elle est exercée par l'entité économique autonome ;
- l'activité dispose de son propre personnel : peu importe le nombre de personnes dès lors qu'il existe un personnel propre à la structure transférée. ■ ■ ■

■ ■ ■ Ce sont là des points essentiels, dans la mesure où, s'il est démontré que les conditions du transfert ne sont pas réunies, les salariés pourront alors le contester et poursuivre leur employeur de droit privé devant le Conseil des Prud'hommes afin de solliciter sa condamnation à des dommages et intérêts pour rupture abusive de leur contrat de travail.

L'arrêt rendu par la chambre sociale de la Cour de Cassation le 30 septembre 2009 précise : « *si le licenciement d'un salarié qui refuse un contrat de droit public doit être prononcé dans les conditions prévues par le code du travail, le refus de changer de statut opposé par le salarié constitue à lui seul une cause de licenciement* », et que cette « *cause particulière de rupture du contrat de travail prévue par l'article L. 1224-3 du code du travail ne relève pas des dispositions de ce code applicables aux licenciements pour motif économique.* » (arrêt n° 08-40846).

C'est un arrêt important qui illustre parfaitement les dispositions de l'article L. 1224-3 du Code du travail sur deux points fondamentaux :

- d'une part, il est souligné qu'en cas de rupture du contrat de travail, les dispositions relatives aux licenciements économiques n'ont pas lieu de s'appliquer : la précision est importante si l'on considère que la rédaction de l'article L. 1224-3 du Code du travail est ambiguë sur ce point.
- d'autre part, on voit là une illustration claire et sans ambiguïté de la différence fondamentale entre un transfert privé/privé et un transfert privé/public.

En cas de reprise par un établissement public, le salarié dispose de la faculté de refuser le contrat proposé et ce refus entraîne alors la rupture de son contrat de plein droit, sans l'intervention d'un acte quelconque pour la consacrer.

La chambre sociale de la Cour de Cassation a récemment rappelé dans un arrêt du 10 janvier 2017 (n° 15-14.775) qu'en cas de refus du salarié d'accepter le contrat proposé par l'entité de droit public, son contrat prend fin de plein droit.

L'employeur public n'a donc pas à convoquer le salarié à un entretien préalable au licenciement et le défaut de convocation ne peut donc donner lieu à l'octroi de dommages et intérêts. Les dispositions légales et conventionnelles relatives au préavis doivent être observées ; le salarié peut donc prétendre à l'indemnité compensatrice correspondante. Ce sont également les dispositions du Code du travail, de la convention collective du contrat

de travail qui s'appliquent pour la détermination de l'indemnité de licenciement.

On notera au passage que, tant que le salarié n'a pas signé de contrat de droit public et n'est donc pas devenu un agent public, les litiges qui peuvent naître restent de la compétence du juge judiciaire et non du tribunal administratif, ainsi que l'a notamment confirmé le tribunal des conflits dans deux décisions des 19 janvier et 21 juin 2004 (n° 3 393 et n° 3 415), de même que la Cour de cassation le 12 juin 2007 (pourvoi n° 05-44.337, arrêt n° 1279) : « *Le juge judiciaire est seul compétent pour statuer sur les litiges nés de la rupture des contrats de travail prononcés par la personne morale de droit public* » tant qu'un contrat de droit public n'est pas conclu.

Un autre arrêt, de la chambre sociale de la Cour de cassation du 8 décembre 2016 (n° 15-17.176) tire les conséquences de la rupture de plein droit en considérant que si l'employeur public ne notifie pas la rupture du contrat, ce défaut de notification constitue en réalité une simple irrégularité qui ne remet pas en cause le principe de la rupture. Dès lors, ce n'est qu'en cas de préjudice démontré que le défaut de notification peut ouvrir droit à des dommages et intérêts.

On notera à l'inverse qu'en cas de transfert entre établissements de droit privé et en l'absence de modification du contrat de travail, le refus par le salarié du changement d'employeur n'est pas possible.

La chambre sociale de la Cour de Cassation a rappelé, notamment dans un arrêt du 11 mars 2003 (pourvoi n° 01-41.842) que cette disposition revêtait un caractère d'ordre public ; il en résulte « *qu'en cas de transfert d'une entité économique autonome (ex. : un service entier avec ses personnels et ses matériels), ce transfert entraîne de plein droit le maintien avec le nouvel employeur, des contrats de travail qui y sont attachés... Le changement d'employeur s'impose à lui (au salarié) lorsque le cessionnaire l'informe avant l'expiration du préavis, de son intention de poursuivre sans modification, le contrat de travail* ».

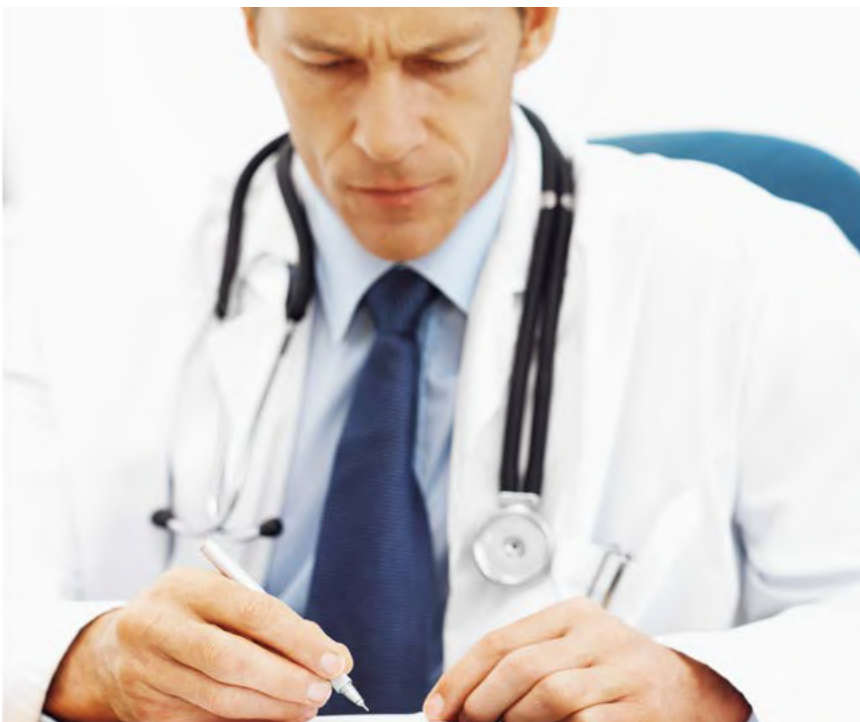
Ce n'est que « *lorsque l'application de l'article L. 1224-1 du code du travail entraîne une modification du contrat de travail autre que le changement d'employeur, le salarié est en droit de s'y opposer ; qu'il appartient alors au cessionnaire, s'il n'est pas en mesure de maintenir les conditions antérieures, soit de formuler de nouvelles propositions, soit de tirer les conséquences de ce refus en engageant une procédure de licenciement* » (1<sup>er</sup> juin 2016 – pourvoi n° 14-21143). ■

**« S'IL EST DÉMONTRÉ QUE LES CONDITIONS DU TRANSFERT NE SONT PAS RÉUNIES, LES SALARIÉS POURRONT ALORS LE CONTESTER ET POURSUIVRE LEUR EMPLOYEUR DE DROIT PRIVÉ DEVANT LE CONSEIL DES PRUD'HOMMES. »**

Le rapport de l'Observatoire de la sécurité des médecins pour 2016 fait apparaître le nombre de déclarations d'incidents le plus élevé depuis la création de l'Observatoire en 2003. Face à la hausse des violences constatée depuis plusieurs années à l'encontre des médecins, l'Ordre a interpellé le gouvernement sur ce phénomène de plus en plus préoccupant et s'interroge sur les actions à mettre en œuvre. Le docteur Hervé Boissin, médecin généraliste, coordinateur de l'Observatoire de la sécurité des médecins, a accepté de répondre à nos questions sur ce sujet sensible.

## Les violences faites aux médecins

**DR HERVÉ BOISSIN**, MÉDECIN GÉNÉRALISTE, EXPERT AUPRÈS DE LA COUR DE CASSATION, CONSEILLER NATIONAL, COORDINATEUR DE L'OBSERVATOIRE DE LA SÉCURITÉ DES MÉDECINS ET VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA VILLE DE PARIS



© DR

### ➤ État des lieux

Depuis décembre 2016, le ministre de l'Intérieur a fait de ce sujet une question prioritaire. Après avoir déclenché une inspection de ses services auprès de plusieurs préfetures, il a adressé un message à tous les préfets concernant la situation des médecins. La sécurité de ces derniers a d'ailleurs fait l'objet d'une large communication dans le cadre de la campagne présidentielle.

Par ailleurs, nous avons quelques contacts avec l'ONVS (Observatoire National des Violences en milieu de Santé). Notre souhait serait de fusionner les données dont nous disposons respectivement. Nous nous efforçons d'établir des liens en ce sens.

Rappelons également que les médecins hospitaliers doivent déclarer les incidents non seulement auprès de leur directeur d'établissement mais aussi auprès de l'Ordre.

### ➤ Quelles sont les évolutions constatées au cours des dernières années dans les incidents déclarés par les médecins ?

Les résultats ont mis en évidence une augmentation significative du nombre

« TOUTES LES STRUCTURES SONT AUJOURD'HUI CONCERNÉES PAR CE TYPE D'AGRESSION, TANT LES HÔPITAUX QUE LES MSP ET LES CABINETS LIBÉRAUX. »

d'incidents déclarés en 2010, puis en 2016, notamment au second semestre 2016. Certains de ces incidents ont d'ailleurs été relayés récemment dans la presse. À Châtelleraut, une consœur, venue défendre l'une de ses jeunes associées malmenée dans une maison de santé pluridisciplinaire, a été victime d'une agression à l'origine d'un coma de trois jours. Son associée ne sait pas à ce jour si elle reprendra son exercice. Toutes les structures sont aujourd'hui concernées par ce type d'agression, tant les hôpitaux que les MSP et les cabinets libéraux.

### ➤ Peut-on approcher la réalité du phénomène à travers ces seules données ? L'augmentation constatée n'est-elle pas due à une plus grande tendance à déclarer ?

D'après les données dont nous disposons, nous estimons que le taux de déclaration est probablement inférieur d'environ 50 % à la réalité du phénomène. C'est la raison pour laquelle nous avons mis en place la déclaration par voie électronique. Celle-ci permet au médecin agressé de réagir immédiatement et de faire plus facilement sa déclaration dans la journée. Passé ce délai, il est absorbé par autre chose et a rarement le temps d'y revenir. Il a alors plutôt tendance à interioriser l'incident qu'à l'exprimer.

Cette déclaration peut également être faite par le Conseil départemental de l'Ordre et pas forcément par le médecin victime lui-même. ■ ■ ■

■ ■ ■ La hausse du nombre de déclarations constatée en 2016 n'est pas imputable à une plus grande tendance à déclarer, la possibilité de télédéclaration n'ayant été mise en place qu'en fin d'année 2016. Elle correspond bien à une hausse significative des phénomènes de violence, et qui reflète un phénomène sociétal plus large de rejet de l'autorité (police, éducation nationale...).

**➤ À quels types de violences les médecins sont-ils le plus souvent confrontés ? De nouvelles formes de violences ont-elles émergé ?**

Les médecins sont surtout victimes d'agressions verbales et de menaces. Viennent ensuite le vol et les agressions physiques au sein du cabinet.

L'augmentation des agressions verbales est la plus significative, avec des conséquences importantes pour le médecin, tant sur sa vie professionnelle que personnelle. J'ai moi-même été confronté récemment à un patient qui a exigé de passer avant les autres après être arrivé en retard au rendez-vous fixé, et qui s'est ensuite montré agressif parce que je ne lui ai pas délivré la prescription qu'il attendait. Or, je rencontrais ce patient pour la première fois et ne disposais pas des examens suffisants pour faire cette prescription.

Un refus de délivrer un certificat de non contre-indication à une pratique sportive à un patient qui ne veut pas consulter peut également être source de conflit. Nous sommes accusés de vouloir encaisser de l'argent en ne le délivrant pas via le secrétariat par exemple, alors que cela requiert un examen complet, qui engage la responsabilité du médecin. Les médecins sont de plus en plus considérés comme des « distributeurs » d'ordonnances et de certificats, et de plus en plus menacés lorsqu'ils refusent de céder aux pressions des patients qui les leur réclament sans consultation et examen préalables.

**➤ Existe-t-il une violence inhérente aux soins et aux structures dans lesquelles les médecins exercent ?**

Non, la violence constatée est la même quelle que soit la structure.

S'agissant de l'organisation des soins, les patients pensent souvent que les médecins sont immédiatement disponibles et ils ne conçoivent pas de devoir attendre, surtout lorsque leur cas ne relève pas d'une situation d'urgence. Cela reflète aussi un certain état d'esprit de la société.

**➤ L'annonce d'une maladie peut-elle rendre une personne violente ? Comment prévenir ce phénomène ?**

Le médecin se trouve aujourd'hui face à des comportements nouveaux des patients, qui se sont souvent renseignés sur internet avant de venir en consultation et qui sont au fait des différents traitements et options thérapeutiques possibles. Le médecin doit être formé face à cette nouvelle quête du patient.

Lorsque l'on est médecin généraliste, il faut prendre suffisamment de temps pour expliquer correctement la pathologie aux patients avant de les envoyer vers un spécialiste. Ces derniers attendent désormais une information très précise, que le généraliste, à lui seul, n'est pas toujours en mesure de délivrer - d'où la nécessité d'envoyer le patient chez un confrère spécialiste.

**➤ Y a-t-il des spécialités plus exposées que d'autres à la violence ?**

Les ophtalmologistes et les gynécologues-obstétriciens sont les plus touchés, peut-être en raison du temps d'attente pour les consulter. Nous n'avons pas d'explication plus précise à ce sujet.

**➤ Constatez-vous des violences lors des visites à domicile ?**

Oui, notamment dans certains départements. Une consœur a récemment été agressée lors d'une visite de nuit auprès d'une personne qui travaillait dans un hôpital. Celle-ci a déchiré une feuille de soins et a refusé le paiement de la consultation car le médecin ne lui avait pas prescrit d'arrêt de travail.

Ces violences peuvent, dans certains cas, aller jusqu'à remettre en question le principe de la visite à domicile. Les médecins refusent de se rendre dans certaines zones où ils subissent systématiquement des

**« CES VIOLENCES PEUVENT, DANS CERTAINS CAS, ALLER JUSQU'À REMETTRE EN QUESTION LE PRINCIPE DE LA VISITE À DOMICILE. »**

agressions (braquage, dommages matériels, agression physique).

Un système d'alerte via un smartphone permettant de déclencher un message prévenant le centre 15 et de géolocaliser les médecins en difficulté est en cours d'expérimentation dans le Limousin et l'Est de la France.

**➤ Les internes et les jeunes médecins sont-ils plus vulnérables ? Sont-ils préparés à faire face à ces situations (formations, cellule psychologique...) et cela a-t-il un impact sur leur exercice (renforcement de leur vocation ou au contraire découragement) ?**

L'hôpital offre un cadre un peu plus protecteur, excepté aux services d'urgences, où l'agression physique est de plus en plus fréquente et peut être très traumatisante pour les internes qui en sont victimes. Quant aux jeunes médecins installés en libéral, ils sont particulièrement exposés, que ce soit en cabinet individuel ou même en maison de santé, et ils ont tendance à renoncer à ce type d'exercice lorsqu'ils sont victimes de violences.

Les médecins ne sont pas préparés dans leur cursus à faire face à ce type de situation. Rien n'est prévu pour le moment au niveau de la formation initiale qui leur est dispensée. Nous organisons cependant des formations départementales en lien avec le CNOM et les services de police (mise à disposition de kits avec des films pédagogiques montrant comment réagir à certains types d'agression, accent mis sur la prévention).

**➤ Quels sont les moyens mis à disposition des médecins pour les aider à gérer ces situations ? Quels dispositifs pourraient/devraient selon vous être déployés ou renforcés ?**

Outre les formations décrites précédemment la mise en place de la vidéosurveillance dans des lieux publics et à l'entrée



des cabinets médicaux est envisagée. La possibilité d'activer une caméra au sein même de la consultation en cas d'agression, afin de disposer de preuves suffisantes, est également à l'étude. Une réflexion est en cours au ministère de l'Intérieur afin d'examiner la compatibilité de ces dispositifs avec la législation existante.

Le conseil régional d'Île-de-France prévoit également la possibilité de demander la réalisation d'une étude de sécurisation des cabinets médicaux (en présence du médecin et des services de police) et les mesures envisageables à cet effet.

**« UN TRAVAIL COMMUN DOIT ÊTRE MENÉ AFIN QUE LES MÉDECINS SOIENT MIEUX INFORMÉS DE CE QU'ILS PEUVENT FAIRE ET VERS QUELS INTERLOCUTEURS ILS PEUVENT SE TOURNER. »**

Par ailleurs, il faudrait que l'ensemble des conventions signées au niveau national soient directement applicables au niveau territorial avec les protocoles justice, police, santé et Ordre, en particulier la possibilité de poursuites et de comparution immédiate. Nous avons d'ailleurs demandé que le Conseil départemental de l'Ordre concerné se porte systématiquement partie civile. Dans le cadre de l'Observatoire, nous avons également attiré l'attention sur l'importance de contacter le médecin qui a déclaré un incident pour s'enquérir de son état de santé, suivre sa prise en charge, et l'assister dans ses démarches, notamment le dépôt de plainte. Un travail commun doit être mené afin que les médecins soient mieux informés de ce qu'ils peuvent faire et vers quels interlocuteurs ils peuvent se tourner.

**➤ Est-il envisagé de réaliser un travail sur les causes de ces violences, pour tenter de prévenir le phénomène ? Par exemple, une information visant à sensibiliser la population au fait que la délivrance de prescriptions et de certificats médicaux n'est pas automatique pourrait-elle être utile ?**

Une campagne d'affichage, menée conjointement par le ministère de l'Intérieur et le ministère de la Santé, sera lancée prochainement à destination du grand

public et des professionnels de santé, pour rappeler que ces professionnels sont au service de la population et que les peines encourues sont aggravées en cas d'agression.

Une forme d'éducation civique me paraît également nécessaire. Le mécontentement des patients vis-à-vis de leur prise en charge ne provient pas nécessairement d'une méconnaissance ou d'un manque d'information. Ils tardent souvent à consulter puis réclament un certificat médical ou un arrêt de travail rétroactif qui ne peut, à juste titre, leur être délivré.

Pour autant, les statistiques dont nous disposons ne sont pas assez précises pour nous permettre d'affiner notre analyse sur les causes des violences subies par les médecins.

**➤ Ces incidents ont-ils fait l'objet d'actions et si oui, lesquelles ? Quels sont les freins à ces actions ? Vers qui les victimes se sont-elles principalement tournées ?** La contrainte de temps représente le principal obstacle au dépôt de plainte.

Certains médecins (psychiatres, médecins travaillant dans des unités Alzheimer) ont tendance à considérer que l'agression fait partie de leur quotidien et qu'elle est presqu'« normale » de la part de patients qui souffrent de pathologies de ce type. Par conséquent, ils sont plus réticents à déposer plainte alors que ces agressions ne doivent pas être légitimées ou banalisées du fait de la maladie des patients.

**« LA CONTRAINTE DE TEMPS REPRÉSENTE LE PRINCIPAL OBSTACLE AU DÉPÔT DE PLAINTÉ. »**

Le protocole mis en place récemment au niveau national prévoit que toute agression signalée donne lieu au déplacement de la police au cabinet du médecin et que ce rendez-vous soit suivi d'un signalement au Procureur. Une cinquantaine de conventions départementales ont été signées en ce sens et ont fait l'objet d'un rappel du ministre de l'Intérieur à tous les préfets en mars dernier, exigeant des remontées immédiates au cabinet du ministre. En cas d'agression

importante, je suis systématiquement prévenu.

La médiatisation de certaines agressions peut également être un moyen de faire passer des messages. C'est pourquoi il ne faut jamais les banaliser, quelles qu'elles soient.

**➤ Qu'est-ce que cette violence « dit » de la relation patient-soignant aujourd'hui ? A-t-elle toujours existé ou est-elle symptomatique d'un malaise plus profond ?**

Cette violence témoigne à la fois d'une dégradation de la relation patient-soignant et d'une détérioration des conditions de travail du médecin.

Plus les médecins seront considérés comme des « distributeurs d'avantages sociaux », plus ils seront confrontés à ce type de problème et moins ils seront respectés. Nous assistons à une baisse significative de la reconnaissance et du respect du métier de médecin, que nous ne pouvons que déplorer. Les patients se considèrent de plus en plus comme des ayants-droit à qui l'on doit délivrer immédiatement ce dont ils estiment avoir besoin. S'ils n'obtiennent pas satisfaction, ils vont consulter un autre médecin jusqu'à obtenir gain de cause. La généralisation du tiers-payant pourrait accentuer ce phénomène de déresponsabilisation du patient. C'est un risque possible même si cela présente d'autres avantages.

Dans ce contexte, les médecins doivent se former à la prévention et apprendre à se protéger, d'autant que la féminisation de la profession et l'ouverture des salles d'attente (disparition des secrétariats) risquent d'accroître l'exposition des médecins aux agressions. ■

**POUR ALLER PLUS LOIN**  
➔ *Rapport 2016 de l'Observatoire pour la sécurité des médecins*

La loi Claeys-Léonetti a introduit de nouveaux droits pour les personnes en fin de vie en France. Mais qu'en est-il de la prise en charge de ces patients en dehors de l'Hexagone, notamment en Suisse, pays souvent cité en exemple dans ce domaine ? Illustration à travers l'expérience d'un service de soins intensifs adultes au sein des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG).

## Accompagnement des patients en fin de vie en service de soins aigus : l'expérience d'un service de Soins Intensifs Adulte à Genève, Suisse

**CÉCILE KERVELLA**, INFIRMIÈRE SPÉCIALISÉE EN SOINS INTENSIFS, CHARGÉE D'ENCADREMENT, SERVICE DES SOINS INTENSIFS ADULTES (SIA), HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE (HUG)

**SANDRINE FLATRES DELORENZI**, INFIRMIÈRE SPÉCIALISÉE EN SOINS INTENSIFS, COORDINATRICE DONS D'ORGANES, HUG  
**PROFESSEUR BARA RICOU**, MÉDECIN ADJOINTE AGRÉÉE, SIA, HUG,

Article rédigé à partir du travail réalisé par le groupe EOL (End Of Life)\*

### ➤ Contexte aux Hôpitaux Universitaires de Genève

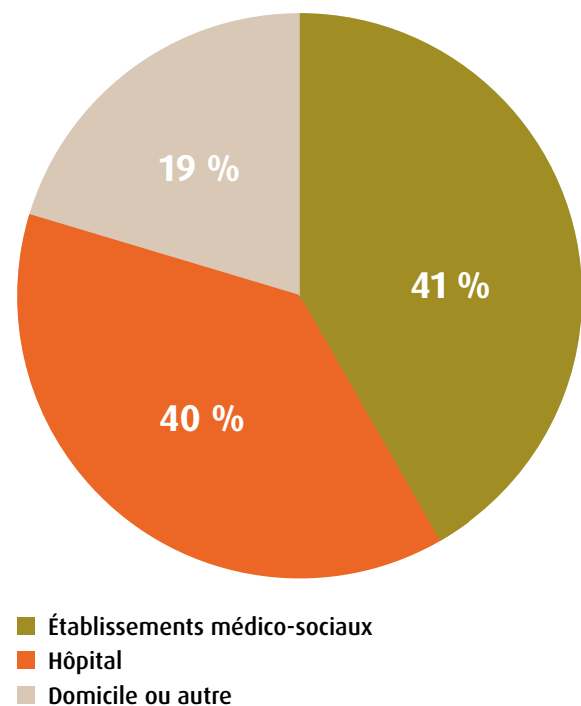
Il y a encore quelques décennies, l'accompagnement de la fin de vie se déroulait dans un cadre privé avec les proches du mourant. Aujourd'hui, en Suisse, comme dans d'autres pays, une grande majorité des soins de fin de vie se déroule en milieu hospitalier<sup>1</sup>. Parallèlement, les services de Soins Intensifs (SI) sont également plus fréquemment confrontés à la fin de vie. Ils y sont même particulièrement exposés : 8 à 12 % des patients admis aux Soins Intensifs Adultes (SIA) y décèdent. Ces chiffres représentent 10 % de tous les décès dans le canton genevois et équivalent au taux de décès dans les structures de soins palliatifs de notre institution (cf figure 1).

Une des raisons de l'admission des patients aux SI, alors qu'ils sont susceptibles d'y mourir, est le manque d'informations disponibles en situation aiguë permettant une prise de décision. La stabilisation des situations critiques octroie aux équipes soignantes un temps suffisant pour rassembler les informations nécessaires à l'analyse de la situation. Un projet de soins peut être défini en cohérence avec l'offre en soins, les objectifs atteignables et les souhaits du patient. Il peut prendre des formes différentes : le maintien d'un engagement en soins exhaustif, ou un engagement en soins mesuré, avec des notions de limitation en temps ou en moyens (limitation ou abstention thérapeutique), ou encore un retrait des supports medicotechniques déjà entrepris, conduisant à un accompagnement vers la fin de vie (retrait thérapeutique<sup>2</sup>).

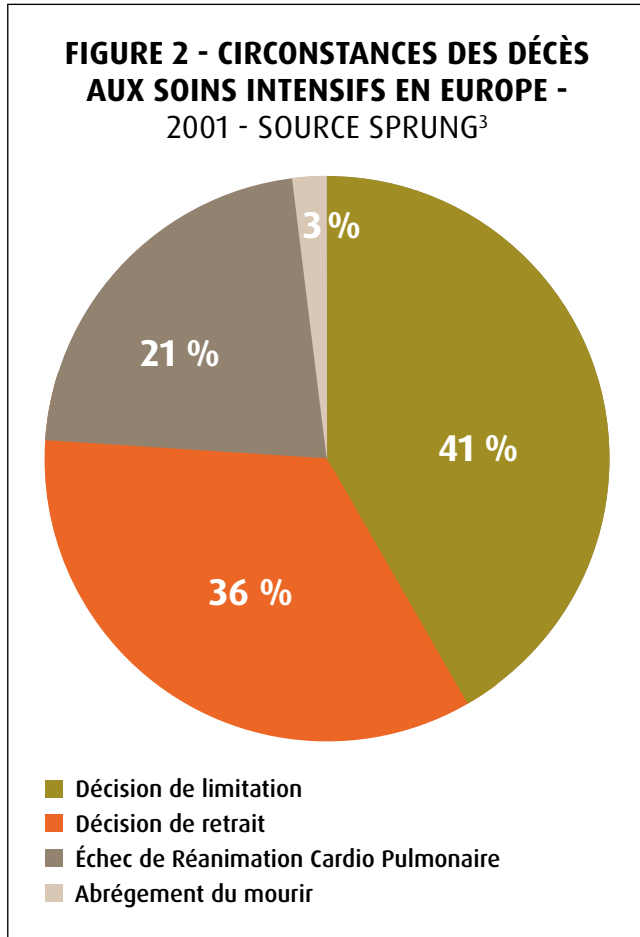
La grande majorité des patients décède à la suite d'un retrait thérapeutique dans notre service. Si nous pouvons trouver cette situation rassurante, car contrôlée par un processus

décisionnel organisé, nous ne pouvons pas négliger les effets induits chez le personnel soignant. Les recherches sur les origines du syndrome d'épuisement au travail (burnout) du personnel

**FIGURE 1 - LIEUX DE DÉCÈS EN SUISSE - 2011 - SOURCE OFSP**



soignant mettent en lumière l'impact d'une forte exposition à l'accompagnement des patients en fin de vie<sup>4/5/6/7</sup> (cf figure 2).



Conscient des spécificités du suivi des patients en fin de vie, soucieux de préserver la qualité de prise en charge tout en protégeant la santé du personnel soignant, le service des SIA des Hôpitaux Universitaire de Genève (HUG) a réfléchi aux modalités de formation de son personnel à la gestion de ces accompagnements.

➤ **Spécificités médico-légales de la confédération Suisse concernant la fin de vie**

• **Ce que dit la loi suisse**

Il n'existe pas de loi spécifique à la fin de vie en milieu de soins. Les professionnels de santé agissent par analogie aux textes de lois concernant l'ensemble des citoyens suisses. Le Code Pénal Suisse (CPS) cadre ce sujet au travers de différents articles, dont le 114<sup>s</sup> : « Art. 114 : Meurtre sur la demande de la victime : Celui qui, cédant à un mobile honorable, notamment à la pitié, aura donné la mort à une personne sur la demande sérieuse et instante de celle-ci sera puni d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire ».

« IL EST IMPORTANT DE DISTINGUER L'ACCOMPAGNEMENT DE LA FIN DE VIE DU SUICIDE ASSISTÉ (CPS ART.115). »

Tout soignant qui agit dans l'intention d'abrèger la vie d'un patient engage sa responsabilité pénale. En d'autres termes, l'euthanasie active directe est pénalement condamnable.

Il est important de distinguer l'accompagnement de la fin de vie du suicide assisté (art. 115 CPS). Les modalités d'application de l'assistance au suicide sont codifiées par le Comité d'Éthique Clinique de notre institution<sup>9</sup>. Le présent article ne traite pas de ces modalités.

• **Ce que disent les règles de déontologie suisses**

L'Académie Suisse des Sciences Médicale (ASSM) édicte les règles médico-éthiques précisant les notions non abordées spécifiquement par la loi, notamment les prises de décision<sup>10/11/12</sup> :

1. Le médecin en charge est le seul habilité à décider d'un retrait ou non au terme d'un processus décisionnel.
2. Les soins engagés peuvent être interrompus.
3. La gestion du confort du patient devient une priorité et autorise l'introduction de traitement antalgique et/ou anxiolytique.
4. L'utilisation de l'analgo-sédation ne doit pas avoir pour objectif d'abrèger la vie.

Ainsi, le cadre d'action autorisé par la loi et les règles déontologiques fixent les limites dans lesquelles les soignants doivent conduire leur activité d'accompagnement de la fin de vie.

➤ **Applications aux Soins Intensifs Adultes de Genève (SIA)**

D'une capacité d'accueil de 36 lits répartis en box de soins de 3 à 4 patients, la structure offre une prise en charge polyvalente à environ 2 500 patients adultes par année<sup>13</sup>. L'équipe soignante est composée d'environ 50 médecins, 200 infirmiers et 30 aides-soignants. Sur l'ensemble des patients admis par année, 200 à 300 y décèdent. Le personnel est ainsi confronté à 4 à 6 décès par semaine.

Lorsqu'un patient ne présente plus de critères pour le maintien des mesures de soutien vital, nous décidons d'un retrait thérapeutique. Afin d'accompagner les soignants dans la gestion de ces prises en charges, le SIA s'est doté en 2011 d'un groupe de travail, identifié sous le nom de groupe End Of Life (EOL = fin de vie). Les axes de développement de cette entité sont les suivants :

- **Favoriser l'interdisciplinarité dans la gestion de la fin de vie** : l'ensemble de l'équipe soignante du service, (médecins, infirmiers, aides-soignants et réceptionnistes) est concerné par cet accompagnement. Le groupe de travail interdisciplinaire reproduit la chaîne des intervenants impliqués dans les accompagnements et permet un meilleur développement de la communication en fonction des besoins spécifiques de chacun dans ■ ■ ■



« AFIN D'ACCOMPAGNER LES SOIGNANTS DANS LA GESTION DE CES PRISES EN CHARGE, LE SIA S'EST DOTÉ EN 2011 D'UN GROUPE DE TRAVAIL, IDENTIFIÉ SOUS LE NOM DE GROUPE END OF LIFE (EOL = FIN DE VIE). »



© ADOBESTOCK

■ ■ ■ le processus de réflexion et dans la mise en œuvre. Ainsi, les effets notables sur les pratiques de soins sont, entre autres :

- des actions spécifiques de retrait et étapes clefs sont réalisées en trinôme (médecin, infirmier et aide-soignant). Ainsi l'impact émotionnel que peuvent induire certaines étapes du retrait est partagé (exemple : retrait du tube endo-trachéal, interruption de la circulation extracorporelle) ;
- une attention particulière est portée à l'information faite aux réceptionnistes afin d'adapter leur accueil et leur soutien aux proches ;

• **Développer une procédure opérationnelle de gestion de la fin de vie :**

- élaboration d'un guideline : chaque situation d'accompagnement est unique au sens humain. Néanmoins, le processus organisationnel peut être protocolé. Un guideline permet aux opérateurs impliqués de réaliser les différentes étapes de manière structurée, garant de la cohérence entre les décisions et les actions de soins entreprises (exemple : décision en équipe des modalités de retrait avant la rencontre avec les familles). Une telle procédure permet de maintenir une culture de service lors des renouvellements du personnel soignant (rotation médicale et paramédicale) et sécurise les prises en charge (harmonisation des pratiques) (cf figure 3).

FIGURE 3 - GUIDELINE PROCÉDURE DE RETRAIT THÉRAPEUTIQUE SIA





- ■ ■ - identification des actions de retrait compatibles avec le cadre d'application : afin d'aider les opérateurs à implémenter le retrait conformément aux textes de loi et Code de déontologie, le groupe EOL a identifié les actions emblématiques pouvant être réalisées. Ainsi, le monitoring cardiaque continu peut être interrompu, l'alimentation et l'hydratation stoppées. Concernant les équipements invasifs, les actions de sevrage possibles sont décrites ;
- **Développer des outils de communication :**
  - développer la traçabilité des différentes étapes du processus : le processus de retrait thérapeutique suite à une décision peut prendre du temps. Les décideurs ne sont pas toujours ceux qui l'appliqueront (changement d'équipe). Afin de partager l'information de manière explicite et chronologique, une page spécifique du dossier informatique du patient a été développée. De plus, les équipes sont incitées à tracer par écrit dans les transmissions ciblées ou notes de suite médicales, les échanges et les décisions prises avec les proches des patients concernés ;
  - partager les outils de prise en charge opérationnelle : l'objectif prioritaire de l'accompagnement de fin de vie est d'assurer un confort adapté au mourant. Les signes de souffrance physique (douleur) ou morale (angoisse) font l'objet d'une surveillance particulière et cette souffrance est traitée. La plus grande difficulté des soignants est d'assurer une administration d'analgésique en quantité adaptée aux besoins du patient. L'échelle d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (CPOT : Critical care Pain Observation Tool), déjà employée dans notre unité

de soins, est valorisée pour permettre cette adaptation. Elle aide le soignant à déterminer les besoins en traitements antalgiques (besoins réels ou projetés par le personnel soignant) et permet ainsi de respecter le cadre légal en lien avec l'administration des traitements<sup>14/15</sup> (cf figure 4) ;

- communiquer avec l'équipe : une signalétique spécifique, discrète, est affichée aux abords du patient, lorsque celui-ci est maintenu dans un box de soin commun à 3 ou 4 patients. Ainsi, l'ensemble des membres de l'équipe est informé d'un décès en cours et adopte une attitude adéquate à cette prise en charge spécifique (cf figure 5) ;
- mener des actions de **formation** pluridisciplinaires : outre les rappels concernant la procédure opérationnelle mise en place dans l'unité, des thématiques spécifiques sont développées dans la formation aux équipes, telles que : la gestion des râles agoniques<sup>16</sup>, les spécificités de la procédure décisionnelle ou encore des analyses de situation vécues, permettant de développer des aspects éthiques, légaux, ou de coordination<sup>17/18</sup>. Ces présentations sont l'occasion de partager, en équipe, les problématiques relevées et offrent un nécessaire espace d'échange.

#### ➤ **Conclusion**

Accompagner une personne lors de ses dernières heures de vie est un moment d'humanité fort. Les soignants qui y sont confrontés doivent être soutenus par des procédures structurantes mais surtout accompagnés dans le partage du sens donné à la fin de vie. Développer la communication interdisciplinaire, redéfinir le cadre de nos pratiques et surtout offrir un lieu d'échange sont des axes essentiels au maintien de l'investissement des soignants. ■



\* Groupe EOL (End-of-life = pour accompagnement de fin de vie) composé de : Jean-Marc Allet, Mana Lisa Chijoli, Aurélie Diallo, Sandrine Flatres Delorenzi, Alexandre Jeleff, Cécile Kervella, Caroline Laporte, Aurélie Perret, Bara Ricou, Hélène Riggi, Olivier Waeterloot.

**Références et bibliographie**

1. Confédération Suisse – Office Fédéral de la Santé Public – *Soins palliatifs – Données statistiques* – Évolution du nombre de décès selon le lieu – 2006-2011.
2. B. Ricou, J.C. Chevrolet – *Mourir aux soins intensifs* – Med Hyg 2002; 60:1318-22.
3. Sprung CL, Cohen SL, Sjovikist P, Baras M, Bulow HH, Hovilehto S, Ledoux D, Lippert A, Maia P, Phelan D, Schobersberger W, Wennberg E, Woodcock T – Ethicus Study Group – *End-Of life Practices in Intensive Care Units* – JAMA – 2003, 290, 790-797.
4. Poncet M, Toullic, Papazian et al. – *Burnout Syndrome in critical Care Nursing Staff* – American Journal Resp Crit Car Med, vol 175, pp 698-704, 2007.
5. B. Ricou, P. Merlani – *Burnout in intensive care units* – Rev. Med. Suisse – 2012;8(366):2400-2.
6. Chuang CH, Tseng PC, Lin CY, Lin KH, Chen YY – *Burnout in the intensive care unit professionals: A systematic review*. Medicine (Baltimore), 2016 Dec; 95(50).
7. Merlani P, Verdon M, Businger A, Domenighetti G, Pargger H, Ricou B; STRESI+ Group. *Burnout in ICU caregivers: a multicenter study of factors associated to centers*. Am J Respir Crit Care Med. 2011 Nov 15;184(10):1140-6. doi: 10.1164/rccm.201101-00680C.

8. Confédération Suisse – *Code pénal du 21 décembre 1937* (état au 1<sup>er</sup> janvier 2017).
9. Comité d'éthique clinique – HUG – *Procédure d'évaluation des demandes d'assistance au suicide aux HUG* – Mars 2014.
10. Académie Suisse des Sciences Médicales.
11. Académie Suisse des Sciences Médicales – *Directives et recommandations médico-éthiques Soins Palliatifs* – 2006.
12. Académie Suisse des Sciences Médicales – *Mesures de Soins Intensifs – Directives et recommandations médico-éthiques* – 2013.
13. *Service Des Soins Intensifs Adultes* – Hôpitaux Universitaire de Genève.
14. Hawryluck L – *Consensus guidelines on analgesia and sedation in dying intensive care unit patients* – BMC Medical Ethics – 2002.
15. Gelinas C, Fillion L, Puntillo KA, et al. – *Validation of the critical-care pain observation tool in adult patients*. Am J Crit Care 2006;15:420-7.
16. A. Perret, B. Ricou – *Le rôle agonique aux Soins Intensifs : une voix de souffrance en fin de vie ?* – Revue Internationale de Soins Palliatifs – 2016 ; 31 :135-141- 10.3917/inka.163.0135.
17. Teixeira C, Ribeiro O, Fonseca AM, Carvalho AS – *Ethical decision making in intensive care units: a burnout risk factor? Results from a multicentre study conducted with physicians and nurses*. 2014 Feb;40(2):97-103.
18. Curtis JR, Vincent JL – *Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit* – 2010 – Lancet – Oct 16;376(9749):1347-53.

**FIGURE 4 - ÉCHELLE D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR**

**Echelle d'Evaluation Comportementale de la Douleur (CPOT®) pour les personnes non communicantes**

Expression faciale		
0 point  Détendue, neutre	1 point  Tendue	2 points  Grimace

Mouvements corporels		
0 point  Détendue, absence de mvts	1 point  Mvts de protection	2 points  Agitation

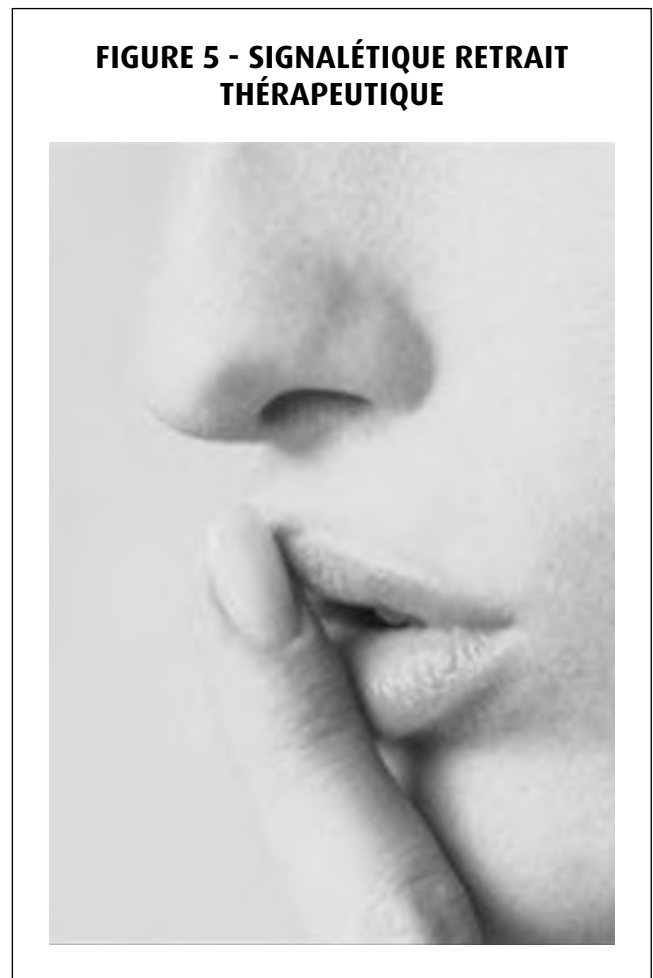
Interaction avec ventilateur ou vocalisation		
0 point Tolérance à la ventilation Silencieux	1 point Tousse, se laisse ventiler, alarme stop spontanément Gémir, soupirer	2 points Intolérance à la ventilation, ventilation impossible Crie, pleure

Tension musculaire (hors de mouvements passifs ou de mobilisation)		
0 point  Détendu	1 point  Tendu, rigide, crispé	2 points  Très tendu, serre les poings

**Considérer résultat > 3 points équivalent à EVA > 4**

© 2011. Tous droits réservés. Ce document est le bien de la Confédération suisse. Toute réimpression est interdite sans autorisation écrite de la Confédération suisse.

**FIGURE 5 - SIGNALÉTIQUE RETRAIT THÉRAPEUTIQUE**





# Pour vous défendre, nous soignons votre RCP-PJ

16-308 - 05/2016

Depuis plus de 110 ans, MACSF - Le Sou Médical est le référent sur le risque médical.

**Votre défense** est renforcée par une équipe unique en son genre :

- composée de juristes et de médecins conseils de votre spécialité,
- consultant un comité médical composé d'experts en exercice,
- en vue de vous apporter un soutien à tous niveaux : juridique, professionnel et moral.

**Prévenir le risque médical** fait également partie de notre engagement à vos côtés pour sécuriser la pratique de votre activité.

**3233** Service gratuit  
+ prix appel  
ou 01 71 14 32 33 - macsf.fr

Notre engagement, c'est vous.

 **MACSF**  
Le Sou Médical

\*Prix d'un appel local depuis un poste fixe. Ce tarif est susceptible d'évoluer en fonction de l'opérateur utilisé.

MACSF assurances - SIREN n° 775 665 631 - Le Sou Médical - Société Médicale d'Assurances et de Défense Professionnelles - SIREN n° 784 394 314 - SAM - Entreprises régies par le Code des assurances Siège social : Cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 PUTEAUX.