

SOMMAIRE



P 2

PROTECTION JURIDIQUE



P 19

ÉTHIQUE & SOCIÉTÉ



P 27

DÉCEMBRE 2017 / N° 68 / VOLUME 17

RESPONSABILITÉ

REVUE DE FORMATION SUR LE RISQUE MÉDICAL

DOSSIER

P 6

Responsabilité du médecin



RISQUES
ASSUMER
RESPONSABILITÉS
SPÉCIALISTE



MACSF
Le Sou Médical



SOMMAIRE



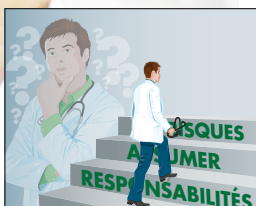
© ADOBESTOCK

POINT DE VUE

4/5

« Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers » : un problème pour la médecine ?

DOSSIER



6/10

Médecin traitant, métier à risques ?

11/12

Médecin : retard au transfert vers un spécialiste

13

Le médecin seul face à son diagnostic

VIE PROFESSIONNELLE

14/15

Les fondamentaux de l'infection en urologie

16/18

L'Astreinte Francilienne d'Infectiologie (AFI) : un outil novateur utile aux prescripteurs hospitaliers

PROTECTION JURIDIQUE

19/21

Réforme du droit des contrats : dans quelle mesure les professionnels de santé sont-ils concernés ?

ÉTHIQUE & SOCIÉTÉ

22/26

Salles de consommation à moindre risque : premier bilan de l'expérimentation strasbourgeoise

27/29

Le Comité consultatif national d'éthique : une instance au cœur des débats

→ RETROUVEZ les articles de **RESPONSABILITÉ** sur macsf-exerciceprofessionnel.fr



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^e 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 d'honneur de MACSF assurances

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

Dr Catherine Letouzey
Médecin interniste

M. Nicolas Louby
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^e 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

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 : décembre 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.



Un récent numéro d'*INSEE Première* (n° 1 584 de février 2016) titrait : « Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers » (cet écart est de 3,2 ans pour les femmes), témoignant de la persistance de fortes inégalités sociales en matière de santé dans notre pays (l'INSEE remonte aux années 70 dans cette publication). En quoi les professionnels de santé peuvent-ils être concernés ? La réponse à la question est double : il existe des inégalités d'accès aux soins qui peuvent être sources d'inégalités en santé ; ces inégalités en santé se construisent tout au long de la vie, dès l'enfance, et sont aussi le fait d'inégalités dans les conditions de vie et de travail.

« Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers » : un problème pour la médecine ?

PIERRE LOMBRIL, PU (UFR SANTÉ, MÉDECINE, BIOLOGIE HUMAINE ; UNIVERSITÉ PARIS 13 ; SORBONNE PARIS CITÉ) – PH (HÔPITAUX UNIVERSITAIRES PARIS SEINE ST-DENIS, AP-HP) DE SANTÉ PUBLIQUE

➤ Des sources multiples d'inégalités d'accès aux soins

Elles sont d'abord des inégalités d'accès à une couverture maladie de qualité. C'est toujours aux plus vulnérables qu'on demande le plus de justificatifs et il ne leur est pas facile de remplir sans aide des dossiers de demande de prise en charge compliqués, voire de trouver les justificatifs à l'appui de leurs demandes, première source de perte de chances. Mais une fois acquise, la qualité de la protection sociale elle-même est inversement proportionnelle au degré de vulnérabilité et des besoins de soins des personnes : l'Aide Médicale d'Etat (AME) couvre un panier de soins plus limitatif que la Protection Universelle Maladie (PUMA), les mutuelles souscrites à titre individuel sont moins protectrices que les mutuelles d'entreprise. Le poids des restes à charge qui en résulte, qui peut dépasser quelques milliers d'euros, est difficilement soutenable pour les familles les plus pauvres, ce qui est source de renoncement aux soins. On comprend dans ces circonstances l'importance du tiers payant.

Indépendamment des obstacles financiers, c'est aussi la disponibilité très inégale de l'offre de soins sur le territoire qui pénalise plus particulièrement les habitants de quartiers populaires en ville ou de certaines zones rurales. Le soin lui-même peut être source de problème, tant pour

les professionnels que pour les personnes soignées. Dans notre pays, d'après l'OCDE, plus d'un adulte sur cinq a un faible niveau de compétences dans le domaine de l'écrit¹ et près d'un tiers maîtrise mal les chiffres (incapacité à manipuler des nombres décimaux ou à lire des tableaux). Comment imaginer qu'ils vont pouvoir lire une ordonnance et adhérer à un traitement, même simple ? Le phénomène est beaucoup plus diffus qu'on ne le pense généralement, puisque c'est près de la moitié de la population qui a un niveau de « *littératie en santé* » limité², c'est-à-dire qui a du mal à « *accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant sa santé* ».

➤ Un enjeu d'éducation pour la santé

Quand on réalise la complexité de notre système de soins, on mesure la difficulté d'un grand nombre de personnes, malades ou pas, à naviguer et gérer leurs parcours de soins et de santé. Ceci d'autant plus qu'elles sont âgées, en situation de handicap, notamment psychique, ou simplement porteuses de maladies chroniques : les données de l'Assurance Maladie montrent combien le « *fardeau de la maladie* » (et le cumul des pathologies) est inégalement réparti selon le niveau socio-économique. La dernière loi de santé a prévu des dispositifs essentiels dans ce contexte, qu'il s'agisse de médiation sanitaire et sociale ou d'accompagnement

à l'autonomie en santé. Elles sont bienvenues car l'enjeu est bien de transmettre au plus grand nombre, tout particulièrement celles et ceux qui sont les moins familiers avec les questions de santé, les connaissances et les compétences qui leur permettent d'agir pour préserver leur santé ; c'est un enjeu d'éducation à la santé pour tout le monde, d'éducation thérapeutique pour les malades. Encore faut-il qu'ils/elles le puissent...

« Quand on réalise la complexité de notre système de soins, on mesure la difficulté d'un grand nombre de personnes, malades ou pas, à naviguer et gérer leurs parcours de soins et de santé. »

Car la santé n'est pas qu'une affaire de comportements individuels. L'exemple de la littératie montre l'importance majeure de la réussite scolaire, voire plus tôt celles des modes de garde et leur capacité à stimuler les apprentissages précoces quand les familles ont du mal à le faire seules. Mais être et rester en bonne santé dépend plus généralement des conditions de vie,



à commencer par disposer de revenus suffisants. Le revenu conditionne le logement (accessibilité, densité d'occupation, capacité à chauffer suffisamment l'hiver...), l'accès à une alimentation suffisante³, la capacité à se déplacer facilement (y compris pour se soigner quand les soins spécialisés sont éloignés du domicile) tout comme l'accès aux loisirs.

La santé dépend aussi de notre environnement physique (on ne choisit pas vraiment d'habiter à proximité d'une usine classée Seveso 3) mais aussi humain, la qualité du lien social étant un déterminant puissant du bien-être. De même, les conditions d'emploi (avoir un travail ou pas, précaire ou pas) et de travail ont un effet important sur la santé : le stress est plus souvent un stimulant pour les

cadres et une source d'agression chez les employés et ouvriers ; ce sont ces derniers qui sont beaucoup plus exposés aux produits cancérigènes ou autres toxiques, avec des difficultés fréquentes pour faire reconnaître l'origine professionnelle des maladies qui en découlent.

➤ Quel rôle pour les soignants ?

Et les professionnels de santé, que peuvent-ils y faire ? D'abord prendre conscience de l'importance de tout ceci : nos recommandations de pratique tiennent très peu compte des facteurs de risque psychosociaux ou de l'itinéraire professionnel des personnes, à nous de les réintégrer dans une approche globale des soins, en partenariat avec les personnes soignées. Si rester en bonne santé ne dépend pas que des soins, quand bien même la prévention

serait plus développée que ce n'est le cas, il faut apprendre à travailler avec les ressources de la cité dans notre environnement de travail. Ce que font déjà beaucoup de professionnels individuellement, mais aussi de plus en plus de centres/maisons/pôles de santé et établissements de santé et médico-sociaux, sans que cela ne fasse encore suffisamment système. C'est l'un des enjeux de la stratégie nationale de santé. ■

NOTES

1. *Les capacités des adultes à maîtriser des informations écrites ou chiffrées. Résultats de l'enquête PIAAC 2012*, Nicolas Jonas, *Insee Première* n° 1467, octobre 2013.
2. Voir l'excellent numéro (440) de *La santé en action* paru en juin 2017.
3. En Ile de France, d'après les données de l'enquête Alisirs (Pierre Chauvin et coll.) on estime l'insécurité alimentaire en 2010 à 6 %, mais elle est plus forte chez les employés et ouvriers (10 %) et encore plus dans les familles monoparentales (17 %).





Le statut du médecin traitant implique de nombreuses obligations pour celui-ci : devoir d'information, de conseil, de vigilance et de coordination des soins. En conséquence, si l'obligation de moyens reste le principe en matière de responsabilité médicale, les manquements pouvant aboutir à une condamnation sont de plus en plus nombreux. Il convient de bien les identifier pour mieux les prévenir.

Médecin traitant, métier à risques ?

DR CATHERINE BONS-LETOUZEY, MÉDECIN INTERNISTE

NICOLAS GOMBAULT, DIRECTEUR GÉNÉRAL DÉLÉGUÉ MACSF ASSURANCES, DIRECTEUR DU RISQUE MÉDICAL ET DE LA PROTECTION JURIDIQUE

➤ Responsabilité médicale : des erreurs évitables

Certains retards ou erreurs diagnostiques paraissent évitables pour de multiples raisons :

- un examen clinique incomplet et, même s'il a été complet, une absence de trace écrite de celui-ci, utile non seulement au médecin lors d'une deuxième consultation mais aussi à son éventuel remplaçant ;
- des examens complémentaires, soit non demandés, soit dont le résultat n'a pas été transmis, soit non terminés ; par exemple, un dossier mentionnait un électrocardiogramme commencé, mais non terminé du fait d'un dysfonctionnement de la machine, chez un patient victime d'un infarctus du myocarde débutant ;
- des examens complémentaires inutiles, retardant l'intervention d'un spécialiste ou l'hospitalisation ; par exemple, la prescription d'un scanner devant une suspicion de syndrome de la queue de cheval ou d'une échographie testiculaire devant une suspicion de torsion du cordon spermatique.

Si tout ceci n'est pas nouveau, l'expérience tirée de l'analyse de nos dossiers conduit à deux remarques :

- en premier lieu, il est fréquent que les signes cliniques ne soient pas replacés dans leur contexte. Par exemple, contexte pathologique d'un patient splénectomisé, plus sensible à certaines infections ; contexte de voyage dans un pays tropical chez un patient ayant de la fièvre ; contexte de risque vasculaire chez une femme jeune, mais hypercholestérolémique, tabagique et prenant une contraception orale devant faire évoquer le caractère coronarien d'une douleur thoracique ;
- en second lieu, il est souvent reproché de ne pas avoir assez tenu compte du degré d'urgence, particulièrement dans les domaines neurologiques

et cardiologiques. Le médecin généraliste doit faire non seulement bien, mais vite. Étant le premier consulté, il lui revient d'orienter le patient le plus rapidement possible vers les structures adaptées à son état. Les délais actuels se mesurant parfois en heures, la responsabilité du médecin généraliste s'en trouve d'autant plus renforcée.

➤ Des défaillances d'organisation...

En dehors de ces considérations techniques, des erreurs évitables sont liées à des défaillances de communication ou d'organisation. Les retards de diagnostic peuvent être liés tout simplement à des retards de transmission d'examens. Aujourd'hui, de nombreuses décisions de justice portent sur la défaillance de la relation triangulaire entre le patient, son médecin généraliste et les médecins spécialistes (ou laboratoires d'analyses). La leçon à en tirer est que nul ne peut se retrancher derrière les éventuels manques des autres intervenants, même du fait d'une erreur de leur part (par exemple, perte d'une lettre ou envoi à une adresse inexacte, le secrétariat n'ayant pas vérifié l'adresse d'un patient qui vient de déménager). En effet, des décisions judiciaires aboutissent à des condamnations de praticiens en invoquant des défauts d'organisation qui leur sont imputés.

Par ailleurs, tout praticien recevant par erreur des résultats d'analyses qui ne lui sont pas destinés doit les renvoyer à l'expéditeur afin que celui-ci puisse les faire parvenir rapidement au bon destinataire.

Deux exemples, extraits de dossiers déclarés, permettent de réaliser l'importance d'une bonne organisation du cabinet.





- Un cardiologue hospitalier a fait un relais anticoagulant chez une femme porteuse d'une prothèse valvulaire dont il a confié le suivi à un médecin généraliste, avec un courrier détaillé. Sa prescription porte sur plusieurs jours d'anticoagulants à l'issue desquels la patiente doit avoir un bilan, pour savoir si le traitement est bien équilibré et si le traitement injectable donné en relais peut être arrêté. Or le résultat de l'examen n'a pas été transmis au médecin généraliste par la patiente elle-même, qui aurait dû savoir que cet examen était crucial. Le généraliste ne s'est pas enquis du résultat, que le laboratoire ne lui a pas transmis. La patiente a arrêté son anticoagulant injectable, alors qu'elle n'était pas bien équilibrée, et a fait un AVC dans les 36 heures qui ont suivi. Même s'il y a un doute sur la relation de cause à effet entre l'accident et la mauvaise gestion du traitement anticoagulant, il est en revanche certain que celle-ci a constitué un facteur de risque.

« Aujourd'hui, de nombreuses décisions de justice portent sur la défaillance de la relation triangulaire entre le patient, son médecin généraliste et les médecins spécialistes (ou laboratoires d'analyses). »

- Autre exemple, très caricatural : un examen est demandé en urgence par un médecin généraliste chez une personne âgée déshydratée, avec prélèvement fait au domicile. Comme il l'avait demandé, le résultat lui a bien été transmis par l'intermédiaire de sa boîte e-mail, mais il n'en a pris connaissance que 24 heures plus tard, retardant d'autant la prise en charge de la déshydratation et de l'insuffisance rénale qui lui était associée.

Il faut par ailleurs rappeler quelques conseils élémentaires en termes d'information du malade :

- le praticien doit évidemment sensibiliser celui-ci quant à la nécessité de se prêter aux prescriptions, pour qu'il ait parfaitement conscience de la gravité de la situation et de l'urgence à se faire traiter. Il devra pouvoir le démontrer, ce qui impose une traçabilité dans le dossier ;
- il est souhaitable que le praticien demande au patient de le rappeler quelques jours après le moment où les

examens complémentaires importants doivent être réalisés ;

- en cas d'examen complémentaire, il revient avant tout au laboratoire de s'assurer que le médecin généraliste a bien reçu les résultats.

➤ ... et de communication

Il existe un certain nombre de problèmes qui n'appartiennent pas qu'aux généralistes, mais suffisamment fréquents pour qu'ils les intéressent. Plusieurs exemples tirés des dossiers traités en donnent une idée fidèle.

- Un médecin généraliste prescrit des marqueurs sériques de dépistage d'anomalie fœtale chez une femme de 37 ans dont il assure le début du suivi de grossesse. La patiente est ensuite suivie par d'autres praticiens, mais à aucun moment, les résultats ne seront réclamés ni par elle, ni par ces autres praticiens. Elle accouche d'un enfant atteint de trisomie. La décision judiciaire fait remarquer que le fait pour le praticien d'avoir

ou non reçu la lettre adressée par le laboratoire importe peu : c'est hors du débat juridique. Il se devait de surveiller le résultat des examens qu'il avait lui-même prescrits et donc veiller à leur bonne réception.

- Un laboratoire aurait bien transmis au médecin généraliste qui l'avait demandé le résultat d'un test HIV. Il aurait même pris contact avec lui pour l'informer de la positivité de ce test. Aucun des deux protagonistes n'a la moindre trace de ces échanges. Le problème est que le patient n'a pas lui-même été informé de la positivité de son test, qu'il n'a d'ailleurs pas demandé. Il ne l'apprendra que 16 mois plus tard, alors qu'il est marié (par bonheur, l'épouse n'a pas été contaminée), à l'occasion d'une hospitalisation du fait de l'aggravation de sa maladie. La motivation de la décision judiciaire est là aussi marquée au sceau de l'évidence : il pèse sur le médecin une obligation de donner au patient les informations nécessaires à la prise de conscience de l'affection dont il souffre ; une maladie aussi préoccupante oblige de surcroît à la plus grande vigilance ; en s'abstenant à son retour de vacances de s'enquérir du résultat, le praticien a sans aucun doute commis une faute.

- Un médecin a prévenu par courrier sa patiente d'un résultat histologique révélateur d'un cancer, malheureusement en l'adressant à une ancienne adresse. Il est parvenu à la patiente avec un délai suffisant pour juger qu'il avait occasionné un retard de prise en charge préjudiciable au traitement salvateur de ce cancer débutant.

- Un médecin reçoit le résultat pathologique d'un frottis chez une patiente qui devait revenir en consultation pour une vaccination. La secrétaire connaissait la date du futur rendez-vous, distante de plusieurs jours. Elle a classé le résultat dans le dossier médical, en pensant que médecin et patiente en prendraient connaissance à ce moment-là. Il faut noter au passage que ce comportement aurait pu être celui du médecin. Or le rendez-vous est annulé et le résultat n'est pas transmis dans les délais à la patiente, qui ne l'a pas réclamé. Il était hélas positif.

« Les patients doivent avoir conscience qu'un résultat qui ne leur est pas parvenu n'est pas forcément un résultat normal. »

On peut s'interroger sur le fait qu'un certain nombre de patients ne s'inquiètent pas de la façon dont les résultats peuvent être libellés et leur être transmis et ne demandent pas conseil au médecin

qui a prescrit l'examen. Les patients doivent avoir conscience qu'un résultat qui ne leur est pas parvenu n'est pas forcément un résultat normal. De ce point de vue, leurs associations de défense peuvent avoir un rôle important à jouer pour relayer ce message.

Quoi qu'il en soit, plusieurs leçons peuvent être tirées de ces exemples quant à la prévention :

- s'enquérir du résultat de tout examen demandé ;
- en médecine hospitalière comme en médecine de ville, demander à son secrétariat de ne jamais ranger un examen dans un dossier sans que le médecin ait attesté qu'il l'a vu et alerté son patient s'il est pathologique ;
- informer le patient de la nécessité de prendre contact, qu'il ait ou non reçu le résultat ;
- faire attention aux périodes de vacances et de remplacement ; exemple d'un médecin généraliste ayant pratiqué un frottis, mais ne l'ayant pas noté dans le dossier ; le résultat arrive en période de vacances, est classé dans un mauvais dossier ; le médecin





oublie l'examen, la patiente ne lui demande rien ; le diagnostic est fait deux ans plus tard.

Tout cela signifie que l'obligation de suivi qui incombe au prescripteur impose une organisation sans faille. Seule une traçabilité irréprochable des dossiers patients, impliquant l'ensemble des membres du cabinet, permet d'éviter les dysfonctionnements. Elle permet notamment de transmettre sur demande du patient un dossier complet à un confrère et de fixer les dates des contrôles ultérieurs avec des rappels (informatiques ou manuscrits).

Il convient de satisfaire à son devoir de conseil, pour lequel les magistrats ont aujourd'hui tendance à raisonner comme pour le devoir d'information, en renversant la charge de la preuve : le praticien est tenu de se justifier quant à la réalité et à la pertinence des conseils donnés.

Un exemple servira à illustrer ce dernier point. Un jeune adolescent atteint d'une maladie cardiaque consulte à la fois un généraliste et un cardiologue pour obtenir un certificat d'aptitude au sport : il souhaite pratiquer des compétitions de judo. L'un et l'autre refusent de délivrer le certificat. L'adolescent décède quelques semaines plus tard à l'occasion d'un jogging pratiqué dans le cadre scolaire. Les deux praticiens ont été condamnés en appel, au motif que le seul fait d'avoir refusé de délivrer le certificat n'est pas suffisant : ils auraient dû interdire impérativement à cet adolescent la pratique de tout sport par tout moyen approprié.

➤ Bien gérer le recours au médecin spécialiste

Il n'est pas toujours facile pour le médecin généraliste de savoir quand adresser un patient à un spécialiste pour un conseil, dans quelles conditions et avec quel degré d'urgence. Ainsi, les magistrats ont jugé que ce médecin généraliste qui n'avait pas prescrit des marqueurs sériques à la date recommandée à une femme de 37 ans a manqué à son obligation de demander conseil, alors même que la vraie raison à ce manquement était son ignorance quant à cette date. Dans ce cas, il va de soi que la solution réside dans l'évaluation personnelle de ses connaissances et dans la nécessité de la formation continue.

Mais le généraliste doit aussi contrôler l'avis du médecin spécialiste, lorsqu'il assure un suivi qui dépasse l'avis ponctuel demandé à celui-ci. Dans un des dossiers traités, une radiographie du bassin chez un adolescent de 14 ans a été jugée normale par le radiologue, alors qu'il existait des signes cliniques

« Le généraliste doit aussi contrôler l'avis du médecin spécialiste, lorsqu'il assure un suivi qui dépasse l'avis ponctuel demandé à celui-ci. »

d'une épiphysiolyse débutante de la hanche (repérés comme tels *a posteriori*). Douleurs et boiterie se sont aggravées, occasionnant plusieurs consultations auprès

du médecin généraliste. Finalement, l'adolescent s'est confié à un autre médecin qui a demandé un autre examen radiologique. Celui-ci a montré une bascule de près de 90° de la tête fémorale. Si les magistrats ont reconnu que le médecin généraliste pouvait ne pas avoir la compétence pour relire la première radiographie, d'interprétation délicate, ils ont cependant conclu qu'il se devait de remettre en cause le diagnostic et de refaire les examens, étant le médecin qui suivait le patient par de nombreuses consultations.

Une décision identique est intervenue à l'occasion d'une grossesse extra-utérine dont le diagnostic avait été méconnu par un médecin gynécologue. De même pour une luxation de hanche chez un enfant dont le diagnostic a été méconnu par de nombreux médecins, y compris spécialistes. Son médecin généraliste l'avait vu quatre fois en consultation, mais il ne l'avait examiné que la première fois et n'avait pas demandé une radiographie au 4^{ème} mois, ce qui est de sa compétence. Dans ce jugement, les magistrats ont introduit une notion très importante parce qu'elle renforce la responsabilité du médecin traitant : celle de médecin référent.

➤ Responsabilité du médecin généraliste : une mission définie par la convention

La convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes du 25 août 2016 conforte la mission fixée aux généralistes de coordination entre les différents professionnels de santé amenés à traiter un même patient. Elle stipule que la relation de proximité du médecin traitant avec ses patients le situe au cœur du développement de la prévention en santé (dépistage, éducation sanitaire, etc.) et en fait





le mieux à même de favoriser la coordination entre les différents intervenants, par la synthèse des informations transmises et par l'intégration de cette synthèse dans le DMP.

Cette mission de coordination peut engager sa responsabilité. Le texte de la convention mérite d'être cité : « *Le médecin correspondant ne rend qu'un avis ponctuel de consultant lorsqu'il reçoit le patient à la demande explicite du médecin traitant ; il ne donne pas au patient de soins continus mais laisse au médecin traitant la charge de surveiller l'application de ses prescriptions* ».

Il s'agit ici d'une notion essentielle sur laquelle il faut insister. Les magistrats font une distinction nette entre, d'une part le rôle ponctuel et parfois fait dans l'urgence du médecin intervenant sur demande du médecin traitant, d'autre part le rôle fondamental, et à plus haut risque, de celui-ci dans le suivi et la coordination.

Un jugement récent a condamné un médecin traitant en faisant valoir qu'il était « *celui qui connaissait le mieux son patient* ».

Entretenir en permanence ses connaissances est toujours nécessaire, mais ne suffit plus : le médecin traitant doit informer son patient, vérifier que celui-ci a pris conscience de la gravité de l'affection et de l'importance qu'il y a à la traiter, vérifier qu'une suite est donnée à ses recommandations et à ses prescriptions, si besoin en le reconvoquant, se préoccuper du silence de son malade, ne pas s'incliner trop facilement devant le refus de soins éventuellement exprimé par celui-ci et tenter de le convaincre, coordonner tous les soins (il est devenu un véritable ange gardien professionnel des temps modernes). Ignorer ces données expose les généralistes à se retrouver parmi les professions à haut risque médico-légal. Le plus souvent, les décisions de justice sont pleines de bon sens. Aussi, si le médecin propose et que le patient dispose, c'est donc avant tout auprès de lui que le médecin doit s'enquérir du résultat des examens prescrits. ■





L'organisation actuelle de l'assurance maladie contribue à l'accroissement du nombre de patients qui consultent leur médecin traitant avant de s'adresser à un spécialiste. La mission d'orientation du patient dans le parcours de soins s'est accrue pour le médecin traitant. Il doit plus que jamais accepter de faire appel à un confrère plus spécialisé dès que l'état de santé du patient le requiert. Mais ce « relais », déjà envisagé dans les articles 32 et 60 du Code de déontologie, a rapidement revêtu la forme d'une obligation que sanctionne le juge lorsque le médecin doit répondre d'un retard de diagnostic. Quels risques pèsent sur le médecin traitant ? Comment éviter la condamnation ?

Médecin : retard au transfert vers un spécialiste

ARNAUD PEILLON, JURISTE MASCF

➤ Les situations à risque

Ingrate est la tâche qui incombe au médecin traitant qui, derrière les maux quotidiens (toux, douleur persistante, dépression...), doit être en mesure de déceler les premiers signes d'une maladie grave. Ceci est d'autant plus vrai pour les maladies évolutives telles que les cancers dont le diagnostic tardif est souvent source d'une perte importante de chance de survie pour le patient.

Prenons l'exemple d'un adulte qui consulte pour une toux chronique : si l'on craint souvent d'être en présence d'un cancer bronchique, la cause habituelle des toux chroniques réside plus fréquemment dans l'existence d'une rhinite, d'un asthme ou d'un reflux gastro-œsophagien. Toutefois, dans cette situation, la décision de prescrire des examens complémentaires (fibroscopie bronchique, scanner thoracique, ...) ne doit pas être négligée et sera fonction des facteurs de risques associés.

Dans le cas contraire, si le médecin traitant néglige un facteur de risque, plus grande sera la menace de passer à côté du diagnostic. L'absence de prescription d'un examen complémentaire va retarder le diagnostic et c'est alors toute la chaîne de soins qui s'en trouve bouleversée. Le médecin traitant qui persiste dans un diagnostic erroné fait perdre à son patient une chance d'avoir pu bénéficier d'un traitement plus adapté de la part d'un spécialiste.

Une fois le véritable diagnostic posé, l'obligation du médecin traitant envers son patient ne s'éteint pas. Il reste de son devoir de faire admettre le caractère urgent selon lequel le patient devra consulter un spécialiste ou bien faire réaliser un examen complémentaire.

L'absence de consultation dans les temps d'un spécialiste faute d'y avoir été invité par le médecin traitant, pourra faire peser sur ce dernier le poids d'une condamnation pour retard de diagnostic.

➤ La sanction du retard de diagnostic : une perte de chance pour le patient

Dans ces hypothèses dans lesquelles le médecin traitant n'a pas envoyé dans les temps son patient consulter un spécialiste, le reproche ne portera pas sur l'absence de guérison de son patient. Il lui sera reproché de ne pas avoir mis en œuvre tous les moyens à sa disposition pour tenter de le guérir : le médecin n'est pas tenu à une obligation de résultat mais de moyens.

« Le médecin n'est pas tenu à une obligation de résultat mais de moyens. »

Le juge sanctionnera alors ce retard de diagnostic s'il a fait perdre au patient une chance de voir son état de santé s'améliorer. Ceci, à la condition que le médecin ait

été en mesure de suspecter des facteurs de risque qui auraient dû le conduire à envoyer le patient consulter un spécialiste.



Par conséquent, le médecin traitant sera responsable du retard de diagnostic :

- si ce retard est à l'origine d'un préjudice certain pour le patient (perte de chance de guérison ou d'éviter un traitement plus lourd)...
- ... et sous réserve que le médecin eut été en mesure de suspecter des facteurs de risques associés.

Par exemple, un léger retard de diagnostic d'un cancer sans effet sur la puissance du traitement par chimiothérapie n'engage pas la responsabilité du médecin traitant (absence de préjudice certain).

De même qu'un retard à envoyer le patient passer un scanner bronchique qui révélera un cancer des poumons n'engage pas la responsabilité du médecin

traitant en l'absence de facteurs de risques associés décelables.

Lorsque la perte de chance est retenue, elle est bien évidemment évaluée au regard de l'état d'avancement de la pathologie lorsque le médecin traitant a été sollicité.

➤ Les conseils

Afin de ne pas être sanctionné, le médecin traitant doit accepter d'orienter sans délai son patient vers un confrère spécialiste dès que l'état de celui-ci le requiert ou bien en cas de difficultés à poser le bon diagnostic.

L'échec répété d'une thérapeutique doit alerter le médecin traitant qui ne doit pas persister dans son diagnostic. ■

EN RÉSUMÉ

En cas de suspicion, il devra s'aider dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les plus élaborées (radio, scanner, ...).

Il est recommandé au médecin traitant de conserver une trace écrite de toutes les demandes d'examen complémentaires qu'il prescrit et de l'avis du spécialiste qu'il sollicite pour les interpréter.

Ne pas omettre de faire apparaître les dates s'y rapportant, et ce, même si le patient refuse de suivre l'avis du médecin traitant en refusant de se soumettre à un examen plus approfondi. Cette mesure lui permettra d'attester, le cas échéant, qu'il a parfaitement accompli son obligation de moyens envers le patient.

Le médecin traitant ne devra pas oublier d'informer son patient de l'urgence éventuelle à consulter un spécialiste. C'est toute la vivacité du parcours de soin qui dépend de cette réactivité initiale du médecin traitant...





Le médecin apprécie personnellement en toute indépendance le résultat des examens et investigations pratiqués pour poser son diagnostic.

Le médecin seul face à son diagnostic

DELPHINE ROUSSEL, JURISTE MACSF

➤ Un médecin n'est pas tenu par le diagnostic posé par un confrère avant lui

C'est ce que rappelle la Cour de cassation dans une [décision du 30 avril 2014](#).

Une femme décède d'un sarcome utérin avec métastases pulmonaires. Il est reproché à l'un des médecins l'ayant pris en charge, un retard de diagnostic fautif pour avoir éliminé la suspicion initiale de sarcome et l'indication d'hystérectomie posée par un confrère avant lui. Selon les plaignants, face à des résultats histologiques divergents, il aurait dû privilégier les prélèvements donnant le diagnostic le plus sévère.

La haute juridiction réfute ce raisonnement. Le diagnostic était gravissime et particulièrement difficile à poser. L'analyse des prélèvements avec coloration spéciale, et celle des tissus pratiquée ultérieurement étaient rassurantes bien que difficiles d'interprétation. Le suivi médical a été diligent et régulièrement complété par des examens tels que des échographies.

C'est donc, en toute indépendance et de manière totalement légitime que le médecin a réfuté le diagnostic antérieur en l'absence de signes alarmants. Le médecin n'a commis aucun manquement.

➤ L'erreur de diagnostic n'est pas nécessairement fautive

C'est le deuxième message que rappelle cette décision.

L'erreur de diagnostic n'est pas fautive dès lors qu'elle ne résulte pas d'une méconnaissance par le médecin des données acquises de la science au moment où il agit. L'erreur est appréciée au regard de celle que tout professionnel diligent, placé dans les mêmes conditions, aurait pu commettre.

Si le médecin a mis en œuvre tous les moyens en sa possession pour parvenir au diagnostic conformément à l'article R 4127-33 du Code de la santé publique, l'existence d'une faute, condition nécessaire à la mise en œuvre de sa responsabilité, ne sera pas reconnue.

Tel était précisément le cas en l'espèce. ■



© ADORBESTOCK

« L'erreur de diagnostic n'est pas fautive dès lors qu'elle ne résulte pas d'une méconnaissance par le médecin des données acquises de la science au moment où il agit. »



L'infection en urologie peut revêtir de multiples formes et sa prise en charge peut s'avérer complexe pour le praticien. Tour d'horizon des principales difficultés rencontrées et des recommandations émises dans ce domaine.

Les fondamentaux de l'infection en urologie

PR FRANCK BRUYERE, CHEF DU SERVICE D'UROLOGIE CHRU TOURS, RESPONSABLE DU COMITÉ D'INFECTIOLOGIE DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE (CIAFU), MEMBRE DE L'EUROPEAN SECTION OF INFECTION IN UROLOGY (ESIU)

➤ Contexte

La prise en charge des infections en urologie est quotidienne.

Des infections d'organes – infections du rein (pyélonéphrites), de la vessie (cystites), de la prostate (prostatite) – aux infections postopératoires en passant par tous les moyens de réduire les infections en urologie, l'urologue est sans cesse confronté à des difficultés de prise en charge. De la diminution des molécules disponibles à l'augmentation des résistances en passant par une dynamique de recherche et de développement non optimale, le praticien est moins encadré qu'en cancérologie pour prendre en charge ces infections.

Il s'agit d'une prise en charge transversale pouvant impliquer plusieurs spécialistes dont chacun a ses compétences.

➤ Constat de la résistance

Il faut environ deux ans après l'usage d'une molécule antibiotique pour que les résistances apparaissent. Ces résistances varient en fonction des classes médicamenteuses.

L'augmentation croissante de la consommation en antibiotiques est donc responsable d'une aggravation de la résistance aux antibiotiques. Il faut environ 6 mois sans antibiotique pour voir disparaître cette résistance qui apparaît le plus souvent dès l'introduction d'un nouvel antibiotique, mais cette résistance est variable d'une classe antibiotique à l'autre (pression de sélection). Par exemple, l'utilisation des fluoroquinolones implique d'emblée des résistances alors qu'il faut des semaines voire des mois de prise pour voir apparaître des résistances à la Fosfomycine.

Cette augmentation des résistances aboutit à des taux de résistance aux antibiotiques variables d'un pays à l'autre mais aussi au sein d'un pays, d'une région à l'autre. Ainsi, en France, le Nord se voit privilégié avec moins de résistance qu'au Sud.

« EN UROLOGIE, DE NOMBREUX TYPES DE RÉSISTANCE RENDENT DIFFICILE LA PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS. »

En urologie, de nombreux types de résistance rendent difficile la prise en charge des infections. La première est la résistance aux pénicillines qui apparaissent au décours de la prescription d'Amoxicilline dans les cystites. Elle a laissé apparaître un taux d'environ 40 % de résistance à l'Amoxicilline en France de l'*Escherichia Coli*.



© ADBESTOCK



À l'arrivée des fluoroquinolones, dont la concentration dans les organes urinaires est optimale, les prescriptions de cette classe d'antibiotiques s'est envolée ; ainsi sont apparues des résistances aux quinolones. Compte tenu de cette résistance potentielle aux quinolones, les urologues ont prescrit de plus en plus de céphalosporines de 3^{ème} génération qui, par un autre mécanisme, ont laissé apparaître des résistances (BLSE ou Bétalactamase à spectre étendu). En conséquence, les prescriptions de Carbapénèmes (Imipénème®) ont augmenté.

« AFIN DE BIEN TRAITER UNE INFECTION, IL CONVIENT DE CONNAÎTRE LE GERME POTENTIELLEMENT EN CAUSE, LE SITE ATTEINT ET LE TERRAIN TRAITÉ. »

Les résistances aux Carbapénèmes sont en forte augmentation avec un taux qui n'est, pour l'instant, pas alarmant en France (aux alentours de 0,5 %) mais qui aboutit à l'émergence d'infections à souches extrêmement résistantes appelées Bactéries Hautement Résistantes (BHR) et, hélas peu de molécules sont disponibles dans cette situation.

Au palmarès de la prescription des antibiotiques par habitant, la France figure dans les premières positions européennes, probablement en lien avec des prescriptions en médecine générale, en ORL, en médecine vétérinaire mais aussi, bien sûr, en urologie.

La formation des urologues vise à réduire la consommation d'antibiotiques. L'une des pistes est de réduire la prescription des tests urinaires (ECBU) dans des situations où le traitement est inutile puisque la découverte anodine d'une bactérie dans les urines ferait prescrire un antibiotique qui augmenterait la résistance de ces germes, sans modifier la symptomatologie généralement absente. En effet, la prescription d'ECBU en l'absence de symptômes évoquant une infection urinaire est déconseillée sauf dans deux cas : avant une intervention urologique avec effraction de la muqueuse urinaire ou pendant la grossesse.

Afin de bien traiter une infection, il convient de connaître le germe potentiellement en cause, le site atteint et le terrain traité. Nous choisissons ainsi des antibiotiques qui pénètrent bien le site atteint, actif le plus souvent (supérieurs à 90 %) sur le germe et autorisés sur le terrain du malade (allergies, grossesses, sportivité, déficit, qui sont des conditions à évoquer avec le malade).

➤ Implication de l'urologue en infectiologie

L'urologie, spécialité médicochirurgicale, prend en charge toutes les pathologies génito-urinaires, du cancer à la chirurgie fonctionnelle, de l'incontinence à l'infectiologie, par des procédures médicales, chirurgicales ouvertes, endoscopiques, coelioscopiques ou robotiques. Cette discipline vaste prend en charge de nombreux cancers dont le plus fréquent chez l'homme, le cancer de la prostate.

La prise en charge de cette pathologie requiert des compétences chirurgicales pour des ablations de la prostate par exemple, mais aussi médicales pour des prescriptions d'hormonothérapie ou de nouvelles molécules appelées nouvelles hormonothérapies.

Toutes les sous-spécialités de l'urologie sont passionnantes et, finalement, assez peu d'urologues se passionnent pour l'infectiologie urinaire.

La formation, assurée par le pool universitaire des urologues, se fait au 1^{er} et 2^{ème} cycle à la faculté de médecine encadrée par l'université, le ministère et ses moyens. En revanche, le 3^{ème} cycle bénéficie de l'appui de l'industrie pharmaceutique pour organiser des sessions de formation de qualité. Cette industrie pharmaceutique, qui est extrêmement présente dans le milieu urologique, l'est du fait des pathologies liées au cancer, notamment de la prostate. Par contre, l'industrie du médicament antibiotique est très timide et pauvre

car principalement générique malgré quelques nouvelles molécules ; elle est peu présente sur le terrain et les urologues sont peu sensibilisés à l'infectiologie. Pourtant, alors qu'ils prescrivent tous les jours des antibiotiques, leurs prescriptions de nouvelles hormonothérapies sont beaucoup plus rares.

Pour l'antibiologie, il reste des progrès à faire afin d'assurer une prise en charge optimale, et c'est ainsi que les formations initiales du 3^{ème} cycle (Enseignement du Collège d'Urologie [ECU]) et, pour les urologues installés, le SUC (Séminaire d'Urologie Continue) sont assurées grâce à une Association Française d'Urologie (AFU) extrêmement dynamique, ces formations subsistant grâce à des fonds privés.

La rédaction de recommandations nationales permet à l'urologue d'améliorer ses pratiques et de réduire les infections postopératoires. Ceci a été largement démontré, notamment pour les recommandations européennes, mais cette rédaction des recommandations est extrêmement difficile puisqu'il faut des moyens pour une analyse stricte de la littérature en accord avec les « recommandations pour faire des recommandations » de la HAS.

Les tutelles investies en infectiologie pourraient s'unir afin de mettre en commun des moyens mais cela n'est pas encore le cas. Ainsi la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR), la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF), la Société Française d'Hygiène Hospitalière (SFHH), les hygiénistes, l'AFU, mais aussi les médecins généralistes, les gynécologues, les gériatres pourraient se réunir et collaborer afin de mettre en place des recommandations fortes univoques visant à réduire la consommation d'antibiotiques et à optimiser la prise en charge de l'infectiologie urinaire.

Le comité d'infectiologie de l'AFU va œuvrer dans ce sens grâce à l'AFU et pourra mettre à disposition des urologues des outils de qualité pour réduire le risque d'infections postopératoires. ■



Les patients relevant d'une prise en charge infectiologique sont fréquemment rencontrés dans les services des établissements de santé. Par ailleurs, la résistance des germes ne cesse d'augmenter. Depuis le début des années 2000 notamment, l'augmentation de la prévalence des BMR, telles que BLSE et EPC, favorise l'émergence d'infections complexes à traiter. Les molécules disponibles, de plus en plus nombreuses, rendent également le traitement des infections de plus en plus compliqué.

Beaucoup de praticiens se trouvent confrontés à des cas difficiles et ont besoin d'aide. Ainsi, un conseil adapté, spécialisé en infectiologie, doit pouvoir être prodigué dans le cadre de la Permanence Des Soins en Etablissement de Santé (PDSSES). Comme il est, en pratique, difficile de joindre à tout moment un infectiologue, une astreinte a été mise en place en Île-de-France, permettant aux praticiens d'assurer une prise en charge optimale de leurs patients et de remplir ainsi pleinement leurs obligations professionnelles.

Le premier bilan de cette astreinte laisse penser qu'un développement à l'échelle nationale serait souhaitable.

L'Astreinte Francilienne d'Infectiologie (AFI) : un outil novateur utile aux prescripteurs hospitaliers

A. C. CRÉMIEUX, G. MELLON ET J. M. MOLINA, SERVICE DE MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES – HÔPITAUX UNIVERSITAIRES SAINT LOUIS, LARIBOSIÈRE, FERNAND WIDAL
 H. CORDEL, SERVICE DE MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES – HÔPITAUX UNIVERSITAIRES PARIS SEINE-SAINT-DENIS
 S. DIAMANTIS, SERVICE DE MÉDECINE POLYVALENTE ET MALADIES INFECTIEUSES – GROUPE HOSPITALIER SUD ÎLE-DE-FRANCE
 K. LACOMBE, SERVICE DE MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES – HÔPITAUX UNIVERSITAIRES EST PARISIEN
 R. HELLMAN ET O. PAJOT, AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ ÎLE-DE-FRANCE
 C. GEFFRIER, DOMU – ASSISTANCE PUBLIQUE – HÔPITAUX DE PARIS

➤ Matériel et méthode

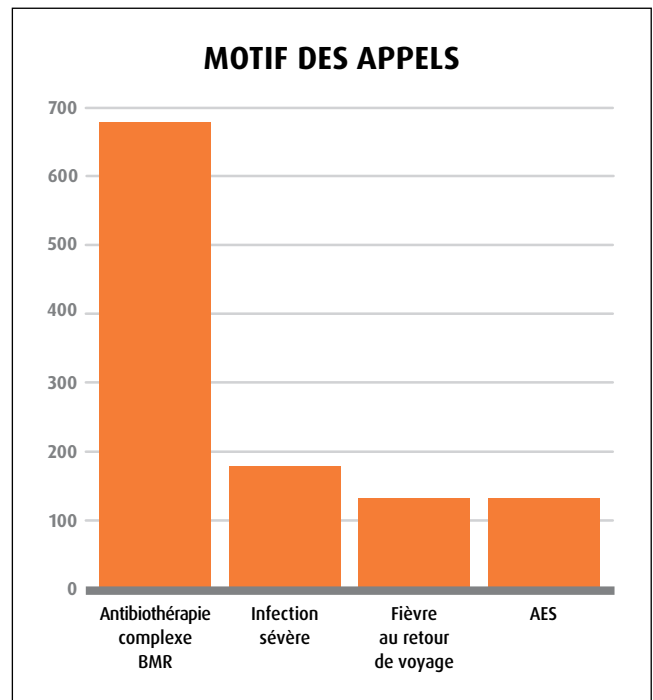
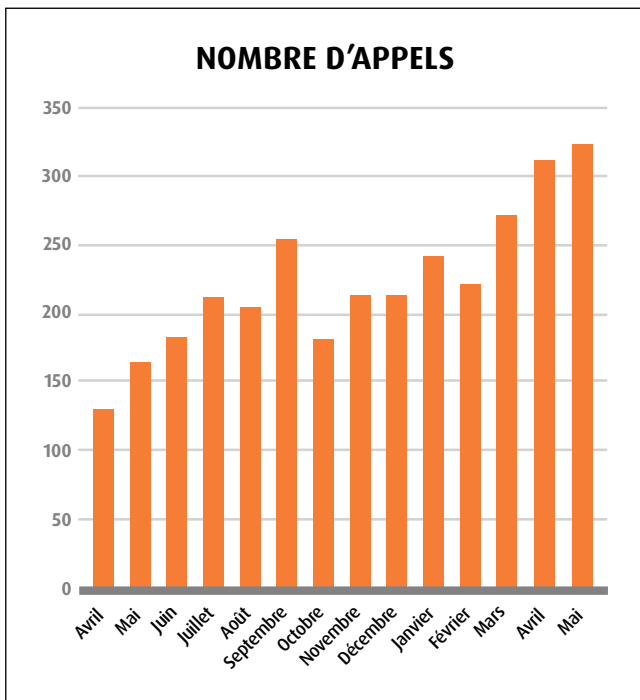
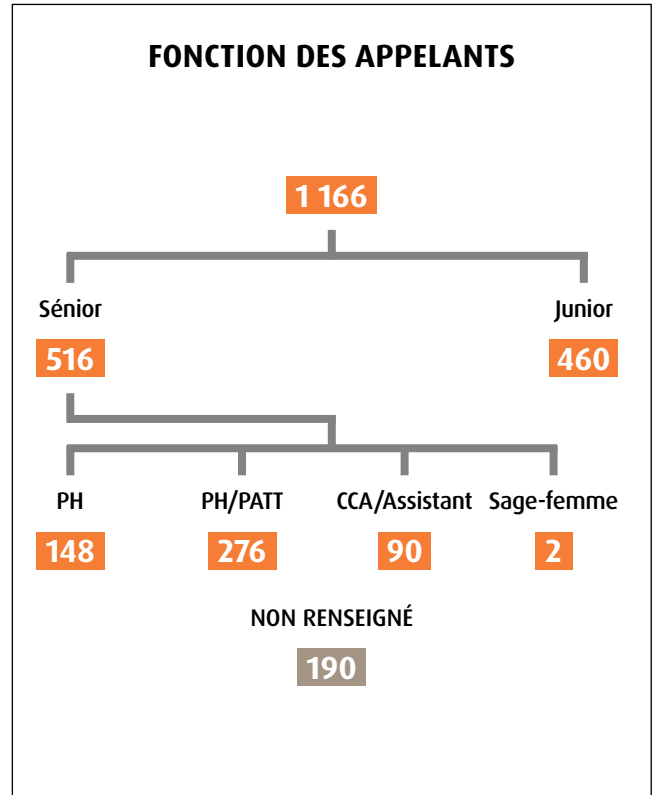
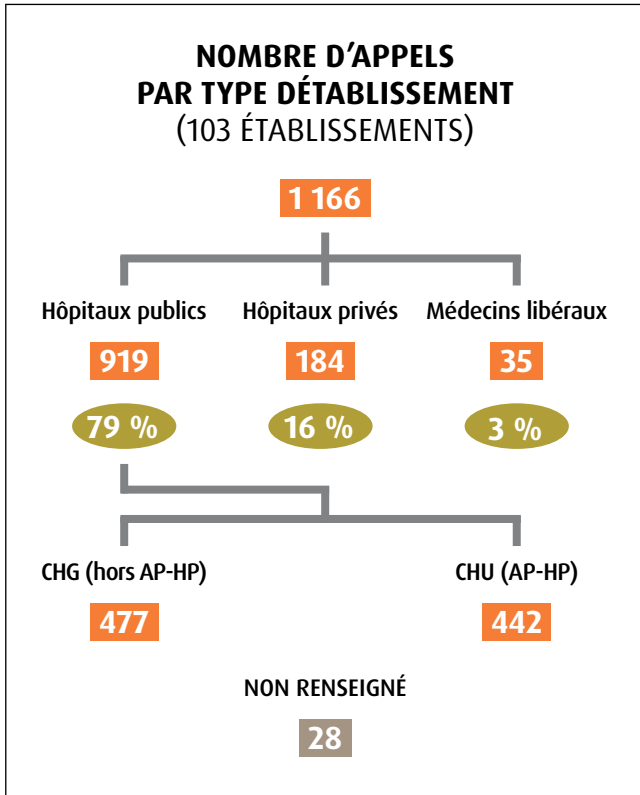
À l'échelle régionale, l'objectif était de proposer aux horaires de la PDSSES une prise en charge homogène et de qualité en infectiologie sur l'ensemble du territoire francilien. Sous l'impulsion de l'ARS et de la collégiale des infectiologues d'Île-de-France, une astreinte d'infectiologie a été mise en place en avril 2016. Nous en décrivons ici l'activité de la première année. Cent vingt-six infectiologues séniors participent à cette astreinte qui fonctionne sept jours sur sept, 365 jours par an de 20 h à 8 h en semaine, du samedi 13 h au lundi 8 h, et de 8 h à 8 h les jours fériés. Les données concernant l'infection sont recueillies en direct par le médecin d'astreinte sur un dossier informatisé et l'avis écrit est envoyé immédiatement au médecin appelant.

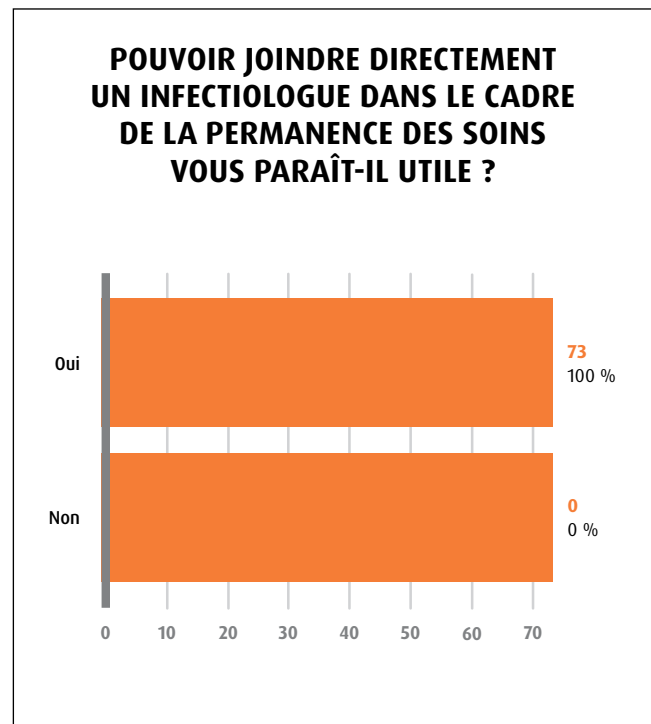
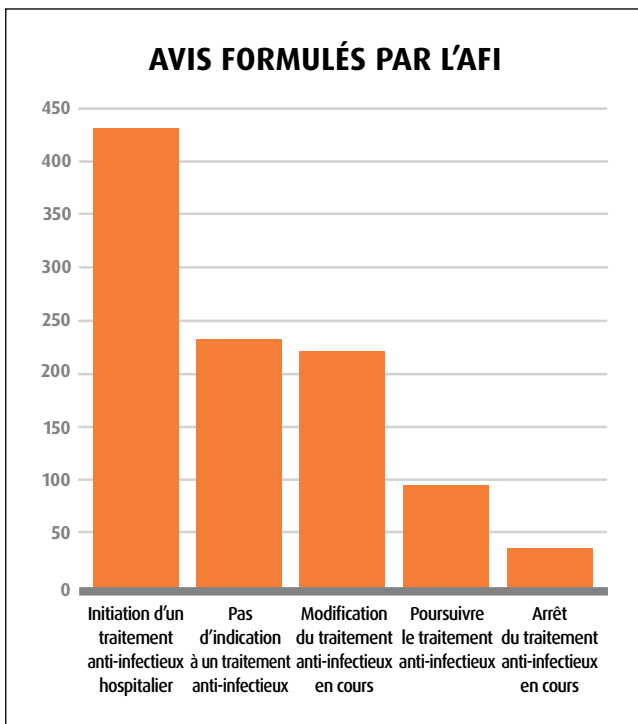
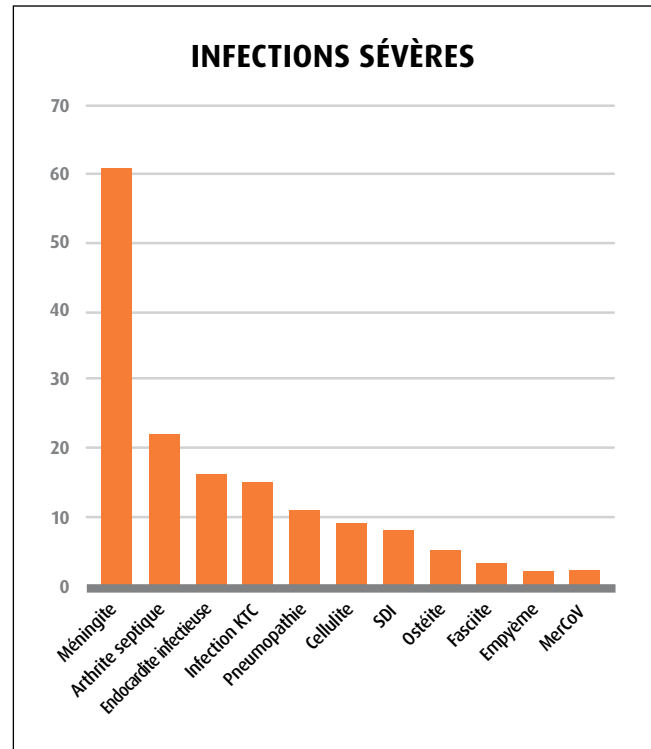
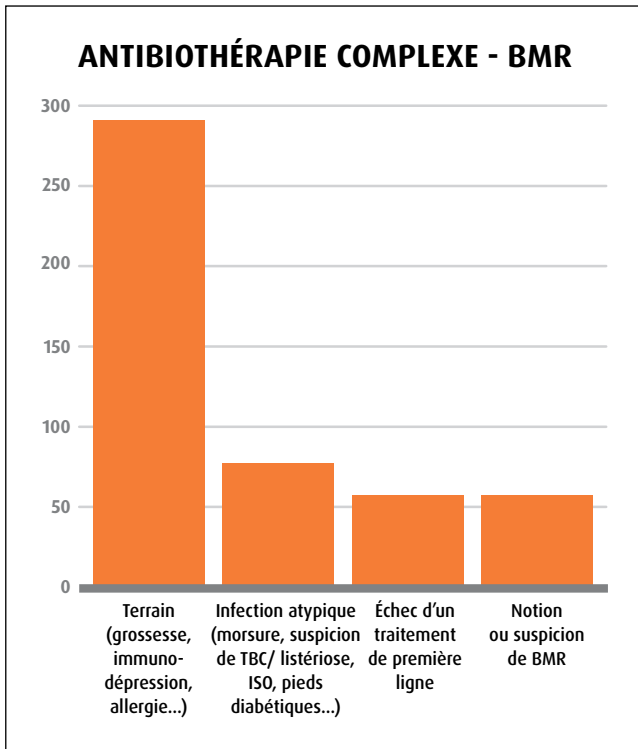
➤ Résultats

Depuis sa mise en place, 2 794 appels ont été enregistrés dont 1 803 lors de la PDSSES, permettant de renseigner 1 166 dossiers. Ainsi, 103 établissements de la région ont

contacté l'astreinte d'infectiologie, émanant notamment des services d'accueil des urgences (N = 789, 68 %), de médecine (N = 353, 30 %) et de soins intensifs (N = 21, 2 %). Les appels concernaient une antibiothérapie (ATBT) complexe ou un problème de BMR (N = 682, 60 %), des infections sévères (N = 185, 16 %), une fièvre au retour de voyage (N = 136, 12 %) ou des AES (N = 134, 12 %). L'âge moyen pour lequel un avis était effectué était de 54 ans [2;113], avec un sex-ratio H/F : 1,2. Près d'un patient sur deux (N = 367) avait bénéficié d'une antibiothérapie lors des six derniers mois et 40 % (N = 374) étaient sous antibiothérapie lors de l'appel. Le tableau sévère le plus rapporté était celui de méningite (N = 61). Les avis formulés par téléphone ont ainsi proposé l'initiation d'un traitement anti-infectieux hospitalier (N = 429, 42 %), la non-indication d'un traitement anti-infectieux (N = 233, 23 %) ou la modification de l'ATBT en cours (N = 223, 22 %). La totalité des appelants de l'astreinte d'infectiologie a estimé ce service utile lors d'une enquête de satisfaction.







➤ Conclusions

Grâce à une volonté forte des institutions, de la communauté des infectiologues, l'Astreinte Francilienne d'Infectiologie (AFI) paraît un outil utile aux prescripteurs hospitaliers dans le cadre de la PDSSES. Ce service novateur est fédérateur pour les infectiologues franciliens et devrait permettre de véhiculer plus largement les bonnes pratiques. De nouvelles fonctionnalités, telles que l'envoi de photographies, vont être mises en place afin d'améliorer la qualité des avis formulés. ■



Pendant 212 années, le droit des contrats issu du Code civil de 1804 a organisé les relations contractuelles en France. Peu voire plus adapté aux enjeux contemporains, une réforme était nécessaire. Elle est entrée en vigueur, le 1^{er} octobre 2016.

Réforme du droit des contrats : dans quelle mesure les professionnels de santé sont-ils concernés ?

ALINE TESSIER, JURISTE MACSF
MICHAËL GENTET, JURISTE MACSF



ATTENTION

Seuls les contrats conclus à compter du 1^{er} octobre 2016 sont concernés par les dispositions de la réforme.



© ADOBESTOCK

L'ordonnance du 10 février 2016 portant réforme du droit des contrats, du régime général et de la preuve des obligations clarifie et modernise le droit existant, tout en codifiant les solutions rendues par les tribunaux.

Les dispositions de cette réforme sont-elles applicables au quotidien pour un professionnel de santé ? Oui, dès lors qu'il acquiert la qualité de partie à un contrat. En effet, en tant que droit commun, le droit des contrats du Code civil énonce des règles

générales qui sont applicables en l'absence de dispositions spécifiques. Par ailleurs, la réforme contient de nouvelles règles, de nouveaux mécanismes intéressants et utiles, notamment pour le professionnel de santé libéral qui contracte dans le cadre de son activité professionnelle. Prenons trois exemples.

➤ Les contrats de prestation de services

Le contrat de prestations de services est une illustration de la volonté de clarification des rédacteurs de la réforme.

L'ordonnance codifie de nouvelles règles adaptées au contrat de prestation de services. Pour bien comprendre la portée de la réforme sur ce type de contrat, il convient de rappeler les règles antérieures.

Le Code civil n'avait pas ou peu accordé d'intérêt aux contrats de prestation de services, donc très peu d'articles y étaient consacrés.

Jusqu'à l'entrée en vigueur de l'ordonnance, les règles relatives à la détermination du prix de la prestation, à l'exécution forcée ou aux sanctions attachées à l'exécution imparfaite de la prestation étaient



issues des décisions de justice et/ou de la pratique.

La réforme a, par exemple, introduit un nouveau mécanisme : la réduction du prix en cas d'exécution imparfaite.

• **La détermination du prix**

Pour être valable, le contrat de prestation de services doit faire référence à une prestation possible et déterminable par déduction ou par références « *aux usages ou aux relations antérieures des parties* » (article 1163 du Code civil).

L'ordonnance codifie le principe de fixation unilatérale du prix par le prestataire, à défaut d'accord entre les parties avant exécution. Cependant, et en cas d'abus dans la fixation du prix, le juge peut allouer des dommages et intérêts et prononcer la résolution du contrat (article 1165 du Code civil).

« LA RÉFORME A INTRODUIT UN NOUVEAU MÉCANISME : LA RÉDUCTION DU PRIX EN CAS D'EXÉCUTION IMPARFAITE. »

Avant la réforme, le juge disposait d'un pouvoir de révision du prix en cas de contestation du prix par le client.

Dorénavant, le juge ne peut qu'allouer des dommages et intérêts au client en cas d'abus de fixation du prix et seulement en présence d'un préjudice.

Le dispositif s'avère plus restrictif et moins protecteur pour les clients.

• **L'inexécution de la prestation**

L'ordonnance a regroupé dans un seul article les sanctions attachées à l'inexécution ou l'exécution imparfaite du contrat (article 1217 du Code civil).

En cas d'inexécution du contrat ou d'exécution imparfaite de la prestation convenue, le professionnel de santé dispose de plusieurs moyens d'action :

- suspendre le paiement de la prestation ;
- demander l'exécution forcée de la prestation ou la réduction du prix et/ou la

résolution du contrat et/ou des dommages et intérêts.

Toutes ces solutions ne sont pas nouvelles mais l'ordonnance a le mérite de clarifier les règles applicables.

• **La réduction du prix**

Il s'agit d'une innovation de la réforme qui ressemble à l'action estimatoire de la garantie légale des vices cachés. Pour rappel, l'action estimatoire permet à l'acquéreur de garder la chose entachée d'un vice caché et de se faire rendre une partie du prix.

L'innovation issue de la réforme tend au même résultat mais diffère quant à sa mise en œuvre.

Le dispositif apparaît attractif mais se révèle perfectible et irréaliste.

Perfectible parce qu'il ne détermine pas avec précision la nature de ce droit ni même les règles de mise en œuvre.

Irréaliste parce qu'on peut émettre de sérieux doutes sur la bonne volonté des parties, en conflit, à s'entendre sur un prix en cas d'exécution imparfaite de la prestation.

• **L'exécution forcée**

L'exécution forcée en droit des contrats constitue un enjeu majeur. Doit-on coûte que coûte contraindre celui qui s'est engagé à respecter la parole donnée ou doit-on plutôt prendre en compte la seule valeur économique de la prestation ?

L'ordonnance a réaffirmé la valeur de la parole donnée.

Les articles 1221 et 1222 du code réaffirment le droit de contraindre, sous certaines conditions, un prestataire de services à exécuter la prestation convenue ou le droit de faire exécuter la prestation convenue par autre prestataire aux frais du prestataire défaillant.

Le client peut même obtenir, auprès du juge, l'avance des sommes nécessaires à l'exécution de la prestation.

Le texte prévoit simplement le préalable de la mise en demeure sans passer par le juge.

Le dispositif prévoit deux conditions d'application :

- l'exécution de la prestation ne doit pas être devenue impossible ;
- le coût ne doit pas être manifestement disproportionné pour le prestataire par rapport à l'intérêt du client.

En pratique, ces conditions sont assez fréquentes ce qui atténue d'autant l'efficacité du dispositif.

➤ **Les clauses abusives dans les contrats d'adhésion**

Les initiateurs de la réforme ont largement mis en avant la création d'un dispositif protecteur similaire à celui des clauses abusives du Code de la consommation.

De nombreux commentateurs de la réforme ont critiqué ce nouveau dispositif estimant que le droit de la consommation apportait une protection suffisante, quoique perfectible.

Tout au plus, il suffisait, selon eux, d'étendre la protection du Code de la consommation aux professions libérales.

Pour rappel et afin de comprendre l'intérêt de cette nouvelle disposition, le dispositif des clauses abusives du Code de la consommation ne s'applique qu'aux contrats conclus entre un professionnel et un consommateur entendu comme la personne physique agissant à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité professionnelle.

Depuis de nombreuses années et malgré les tentatives généreuses de quelques juridictions d'appel, les choses sont entendues. Le professionnel de santé agissant pour les besoins de son activité professionnelle ne peut invoquer le dispositif protecteur des clauses abusives du Code de la consommation.

Le nouvel article 1171 du Code civil tend à corriger cette situation en offrant, notamment aux professionnels de santé agissant



pourtant pour les besoins de leur activité professionnelle, un dispositif protecteur similaire.

L'article 1171 dispose que « dans un contrat d'adhésion, toute clause qui crée un déséquilibre significatif entre les droits et obligations des parties au contrat est réputée non écrite... ».

Le champ d'application du dispositif est limité aux seuls contrats d'adhésion et clauses du contrat créant un déséquilibre significatif.

La référence au contrat d'adhésion permet de limiter le champ d'application du nouveau dispositif. L'article 1110 définit le contrat d'adhésion comme « celui dont les conditions générales, soustraites à la négociation, sont déterminées à l'avance par l'une des parties ».

La définition paraît suffisamment claire. Le dispositif vise les conditions générales pré-rédigées et non négociées des contrats proposés à un large public quelle que soit la qualité des parties.

La filiation et les similitudes avec les clauses abusives du Code de la consommation sont évidentes.

Comme l'article L. 212-1 du Code de la consommation, l'article 1171 du Code civil vise toute clause qui crée un déséquilibre significatif. Le dispositif est donc soumis à un seuil : la clause doit créer un déséquilibre significatif entre les droits des parties.

Comment apprécier ce déséquilibre significatif ? On peut penser que les juges s'inspireront des règles résultant de l'application des clauses abusives du Code de la consommation.

Première source d'appréciation : la liste des clauses présumées abusives des articles R. 212-1 et R. 241-2 et suivants du Code de la consommation.

Par exemple :

- la clause qui exonère de toute responsabilité une des parties au contrat ;

- la clause qui offre à l'une des parties au contrat une indemnité de résiliation excessive.

Deuxième source d'appréciation : les recommandations et avis de la Commission des clauses abusives.

➤ Les contrats de location de matériel de longue durée

Pour s'installer, le professionnel de santé libéral a besoin d'acquérir du matériel (informatique, médical, etc.). À cette occasion, il peut souscrire des contrats de leasing, de location de longue durée, avec ou sans option d'achat. Bien souvent, ces contrats permettent d'obtenir et de financer un service de maintenance du matériel. Un contrat de location financière est souvent adossé au contrat principal.

Parfois, les prestations promises ne sont pas honorées (livraison incomplète du matériel, matériel défectueux, etc.). Légitimement, le professionnel de santé veut alors mettre fin au contrat.

En réalité, il ne s'agit pas d'un mais de plusieurs contrats qui ont été souscrits. Dans le schéma envisagé, on est en présence d'un ensemble contractuel (contrat de prestation de services et de livraison de matériel, et contrat de location financière), les contrats sont dits interdépendants.

L'intérêt du professionnel de santé est donc de mettre fin à l'opération dans son ensemble. Si le contrat de location financière est un contrat annexe au contrat principal, il n'a plus de sens, en cas de résolution ou de nullité du contrat de prestation de services et de livraison de matériel. Le professionnel de santé a donc tout intérêt à se prévaloir de son extinction.

Avant la réforme, la notion de contrats interdépendants n'était que jurisprudentielle. Dans le Code civil, aucun texte ne venait

consacrer l'existence de contrats formant une opération économique d'ensemble, ni aucune disposition ne précisait le régime qu'il fallait réserver aux autres contrats lorsque l'un seulement était résolu ou nul.

La Cour de cassation avait pallié cette « inexistence légale » en décidant que dans l'hypothèse de disparition de l'un des contrats composant une opération de location financière, le contrat lié doit être judiciairement anéanti.

Grâce à l'ordonnance du 10 février 2016, le Code civil intègre désormais cette jurisprudence à l'article 1186. Mais elle va plus loin en précisant le sort du contrat lié : il n'est pas résolu ou nul, mais caduc, et ceci de plein droit, automatiquement. Un contrat caduc perd toute efficacité pour l'avenir.

Avec l'ordonnance du 10 février 2016, la réforme du Code civil n'en est en réalité qu'à ses débuts. En effet, la refonte du droit de la responsabilité civile est en cours de préparation, tandis que l'Association Henri Capitant a récemment présenté une proposition de réforme du droit des contrats spéciaux. ■

« LE NOUVEL ARTICLE 1171 DU CODE CIVIL TEND À CORRIGER CETTE SITUATION EN OFFRANT, NOTAMMENT AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ AGISSANT POURTANT POUR LES BESOINS DE LEUR ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE, UN DISPOSITIF PROTECTEUR SIMILAIRE. »



© ADBESTOCK



La loi de santé (26 janvier 2016) a autorisé l'expérimentation, pour une durée de six années, de Salles de Consommation à Moindre Risque (SCMR). Après celle de Paris en octobre 2016, la salle de Strasbourg, baptisée salle Argos, a ouvert ses portes en novembre 2016. Nous sommes allés à la rencontre de Gauthier Waeckerlé, directeur de l'association Ithaque, qui pilote cette salle.

Salles de consommation à moindre risque : premier bilan de l'expérimentation strasbourgeoise

GAUTHIER WAECKERLÉ, DIRECTEUR DE L'ASSOCIATION ITHAQUE



« À STRASBOURG, LA GRANDE MAJORITÉ DU CONSEIL MUNICIPAL S'EST PRONONCÉE EN FAVEUR DE CETTE EXPÉRIMENTATION ET A AFFICHÉ SA VOLONTÉ D'IDENTIFIER UN LIEU QUI SOIT LE PLUS ADAPTÉ POSSIBLE AUX USAGERS TOUT EN PRÉSERVANT LE VOISINAGE. »

➤ Quel est le contexte ayant conduit à cette expérimentation des salles de consommation de drogue à moindre risque (SCMR) ?

Notre structure a vu le jour en 1993, dans le cadre d'un programme d'échange de seringues en unité mobile, initialement mis en place avec Médecins du monde dans un contexte d'épidémie de sida et visant à délivrer en soirée du matériel stérile aux usagers dans la rue. Cette action à caractère expérimental a longtemps bénéficié du financement du Ministère de la Santé. Depuis quelques années, elle s'inscrit dans le cadre des agréments spécifiques des établissements médico-sociaux relevant du dispositif CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompa-

gnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogue). L'idée est d'établir un lien avec les personnes consommatrices de drogue, en leur proposant soit du matériel, soit un entretien, ou encore la possibilité de partager un café, de prendre une douche ou de laver leurs vêtements.

Les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) constituent le second volet de cette action. Relevant également des agréments des établissements médico-sociaux, ces centres accueillent toute personne en difficulté, quelle que soit son addiction. Historiquement nous accueillons principalement des personnes sous traitement de substitution (méthadone), mais nous accompagnons de plus en plus maintenant des personnes dépendantes à l'alcool, qui, pour un certain nombre d'entre elles, présentent un profil différent et sont davantage insérées socialement que les consommateurs de drogues illicites.

Par ailleurs, nous disposons depuis 1999 d'un réseau de médecine de ville, au sein

duquel interviennent un travailleur social et un psychologue pour le suivi des personnes addictives. Ces microstructures se sont développées dans d'autres régions et poursuivent leur extension (Seine-Saint-Denis, PACA, Grand-Est, Hauts de France...). L'objectif est de proposer un accompagnement *in situ*, au sein même du cabinet médical, aux personnes qui ne sont pas en mesure de s'orienter spontanément vers l'hôpital ou les centres d'accueil. 1 200 patients sont suivis en Alsace dans le cadre de ces dispositifs de proximité, qui se sont développés en milieu urbain mais aussi rural.



Enfin, nous avons un pôle de recherche, nous travaillons notamment autour des hépatites B et C, de l'accessibilité aux soins des usagers de drogue les plus éloignés du soin. Une étude socioéconomique est actuellement en cours pour mesurer le bénéfice de la microstructure précitée en termes d'accompagnement. Nous nous efforçons de rechercher des fonds pour améliorer les dispositifs existants et mieux prendre en compte les besoins de ces usagers.

➤ L'association Ithaque

Ithaque, qui pilote la salle de consommation de Strasbourg, compte une équipe de 62 salariés et une quarantaine de bénévoles, qui interviennent à la fois dans le cadre d'unités mobiles (pour des échanges de seringues notamment) et en milieu festif (soirées non déclarées, festivals).

En outre, le dispositif TAPAJ (travail payé à la journée), mis en place depuis deux ans, s'adresse aux jeunes de 18 à 25 ans utilisateurs du dispositif CAARUD, en situation de grande précarité et d'exclusion professionnelle. Trois temps successifs leur sont proposés : tout d'abord une demi-journée de travail par semaine sur un chantier (débroussaillage pour la ville, fresques murales), rémunérée immédiatement, dans un cadre relativement flexible ; puis trois demi-journées de travail par semaine, et enfin passage au statut de droit commun dans une entreprise d'insertion, dans le cadre d'un partenariat avec une association intermédiaire. La principale difficulté que nous rencontrons est de trouver une diversité de chantiers, même si certaines entreprises se sont engagées au niveau national pour accueillir une partie de ces jeunes.

Nous intervenons également, par le biais de notre pôle formation, en milieu scolaire, sur des missions de prévention et d'information. Ce pôle est également dédié aux professionnels qui souhaitent bénéficier de formations autour des phénomènes d'addiction. Nos bénévoles sont également formés dans ce domaine.

➤ La salle ARGOS : genèse et modalités de gestion

Le premier projet déposé de SCMR date de 1999. Historiquement, l'Alsace, et plus particulièrement Strasbourg et le Bas-Rhin, comptent de nombreux injecteurs, avec une partie desquels nous ne sommes pas en lien. Une étude conduite dans le cadre de notre pôle de recherche sur les freins des usagers à l'accès aux structures de soins et d'accueil a montré que 200 à 250 personnes sur les 400 ayant répondu au questionnaire ne fréquentent aucun dispositif.

Le rapport de l'Inserm de 2010 sur la réduction des risques, sollicité par Roselyne Bachelot et favorable à l'ouverture de salles de consommation, a également joué un rôle de catalyseur.

Le Gouvernement de l'époque s'y était opposé, avant que le Président Hollande ne se prononce en faveur de l'ouverture de ces salles en 2012. Il fallut attendre ensuite le règlement de certaines questions de légalité, liées notamment à l'autorisation de consommation de produits illégaux à certains endroits et non à d'autres. Le vote et la promulgation de la loi de santé ont enfin permis de mettre en œuvre le dispositif d'expérimentation des SCMR.

La mise en place de ce dispositif suppose préalablement que les communes soient candidates. Paris et Strasbourg sont les deux premières villes à s'être portées candidates pour le moment. À Strasbourg, la grande majorité du Conseil municipal s'est prononcée en faveur de cette expérimentation et a affiché sa volonté d'identifier un lieu qui soit le plus adapté possible aux usagers tout en préservant le voisinage.

Par ailleurs, un comité de pilotage s'est mis en place avec des représentants de la ville, de l'ARS, de la préfecture et de la police, ainsi que le procureur de la République. Cela a permis d'anticiper d'éventuelles difficultés et de bien communiquer sur le projet en amont.

Nous n'avons rencontré aucun problème majeur depuis l'ouverture de la salle. Une seule intervention des secours a été nécessaire et aucun trafic de drogue ne s'est développé aux abords de la salle.

La gestion de la salle a été confiée par décret du Ministère de la Santé aux associations Ithaque Strasbourg et Gaïa Paris (toutes deux issues de Médecins du monde au départ). Nous avons visité préalablement plusieurs salles existantes en Europe (Suisse, Luxembourg, Hollande, Allemagne), pour partir d'une expérience et l'adapter à notre philosophie de travail ainsi qu'à notre contexte local. Cette démarche a permis notamment une immersion au sein d'une équipe à Genève.

➤ Quels sont les buts poursuivis ?

Outre l'objectif de mieux répondre aux besoins des usagers, cette salle recouvre une dimension importante de santé publique et vise à éviter le plus de contaminations possibles. Les injecteurs de longue date qui fréquentent notre structure confirment que des contaminations (hépatite notamment) auraient pu être évitées s'ils avaient eu connaissance de ce type de lieu et disposé auparavant d'un accès facilité à ces structures.

Le but est donc de créer du lien et de mettre progressivement en confiance les usagers pour les amener vers le soin dans un cadre sécurisé et de les accompagner dans cette direction. Il est possible, dans cette démarche, de leur proposer un autre mode de consommation, en particulier lorsqu'ils rencontrent des difficultés face à l'injection.

« LE BUT EST DE CRÉER DU LIEN ET DE METTRE PROGRESSIVEMENT EN CONFIANCE LES USAGERS POUR LES AMENER VERS LE SOIN DANS UN CADRE SÉCURISÉ. »



C'est pourquoi nous disposons de permanences médicales, sociales, psychologiques et psychiatriques. Nos salariés sont à même d'accompagner les usagers qui le souhaitent dans une autre structure. Certaines personnes sont orientées vers un traitement de substitution à la méthadone. D'autres peuvent fréquenter longtemps les unités mobiles et seulement ensuite, au bout de plusieurs années, passer la porte d'une structure de soins. Cela demande beaucoup de temps et de patience. Nous constatons une progression en ce sens, lente et selon le rythme de chacun. Il faut avoir en tête que ces personnes sont souvent isolées et très éloignées des dispositifs existants.

Au-delà des objectifs de santé publique et d'accessibilité aux soins, l'ouverture d'une SCMR recouvre également un objectif de sécurité pour les usagers mais aussi de tranquillité publique. À cet égard, la salle Argos ne pose aucun problème puisqu'elle est implantée dans l'enceinte de l'hôpital, avec un accès spécifique, relativement anonyme et sans habitat à proximité directe.

➤ Quel est le cadre réglementaire de cette salle ARGOS ?

La loi de santé du 26 janvier 2016 prévoit une expérimentation de six ans, avec une évaluation de l'Inserm portant sur trois ans.

Ce dispositif doit être considéré comme un outil supplémentaire, qui ne résout pas tout et ne peut pas être mis en œuvre partout. Certains projets sont en cours (Bordeaux, Marseille) mais ne bénéficient pas toujours d'un soutien politique suffisant. D'autres SCMR seraient bienvenues à Paris compte tenu de la densité de population.

➤ Comment l'ouverture de cette salle a-t-elle été perçue par la population et les soignants ?

Durant la phase de travaux et avant l'ouverture de la salle, nous avons pu rencontrer tous nos partenaires ainsi que les équipes soignantes. Le projet a été bien perçu dans l'ensemble et n'a pas suscité d'opposition. Nous avons été soutenus dans tous les lieux où nous avons organisé des réunions de présentation du projet, qui a toutefois soulevé de nombreuses questions, sur les modalités des injections et l'approvisionnement en substances.

Contrairement à ce qui a pu être observé à Paris, la population n'a montré aucune réticence. Le fait qu'aucune habitation ne se trouve à proximité de la salle a sans doute aidé. Nous avons également réalisé un travail de communication dans les associations et les établissements (collèges, lycées, clubs de sport) situés alentours.

Le financement d'un tel projet n'a pas non plus suscité d'opposition. Le budget de fonctionnement nous vient de la CNAMTS pour les deux premières années de fonctionnement. Il devrait ensuite être géré dans le cadre de l'ONDAM par les ARS, comme tous les établissements médico-sociaux.

➤ Comment la salle fonctionne-t-elle (locaux, horaires, financement, personnel, parcours de l'utilisateur...) ?

15 ETP sont nécessaires au total pour assurer le fonctionnement du dispositif 7 jours sur 7, entre 13 h et 19 h. La salle de consommation en elle-même fonctionne avec six intervenants, dont deux infirmiers, un agent de sécurité, deux agents d'accueil et une personne en salle de repos. Le reste du personnel assure les permanences médicales, sociales, psychologiques et psychiatriques, ainsi que des tâches de secrétariat. Nous comptons également deux coordinateurs à temps partiel (mi-temps d'intervention en salle et mi-temps de coordination), ainsi que l'équipe de direction. Le personnel autre qu'infirmier est composé quasi exclusivement d'éducateurs.

« LA MAJORITÉ DES PERSONNES QUI VIENNENT À LA SALLE (PLUS DE 80 %) SONT DES INJECTEURS. LE PRINCIPAL PRODUIT INJECTÉ EST LA COCAÏNE, SUIVIE DU SKÉKAN (MÉDICAMENT ANTI-DOULEUR) ET DE L'HÉROÏNE. »

Notre budget de fonctionnement annuel s'élève à 950 000 €. Les locaux de la salle sont loués aux hôpitaux universitaires de Strasbourg par Ithaque. L'hôpital nous a beaucoup aidé à identifier des locaux et un environnement adaptés.

Les usagers sont accueillis avec leur animal de compagnie (chien) le cas échéant. Des emplacements spécifiques ont été prévus pour qu'ils puissent attacher leurs chiens à l'intérieur ou à l'extérieur des locaux pendant les temps de consommation et de consultation.

La majorité des personnes qui viennent à la salle (plus de 80 %) sont des injecteurs. Le principal produit injecté est la cocaïne, suivie du Skékan (médicament anti-douleur) et de l'héroïne. Il existe actuellement un important trafic de cocaïne à Strasbourg. Le prix de l'héroïne a quant à lui baissé de façon significative au cours des dernières années, facilitant aussi les achats.

Quand la personne consommatrice est accueillie :

- **si elle vient pour la première fois**, nous nous entretenons avec elle et lui faisons remplir un questionnaire, pour vérifier un certain nombre d'éléments et faire un point sur sa santé physique et psychique (primo-injection ou non, sérologie, dépistage et possibilité d'examen - fibroscan permettant de mesurer l'état du foie), et sur sa situation socio-professionnelle et personnelle. Les tests de dépistage sont bien accueillis par les usagers, certains connaissant d'ailleurs leur sérologie. Nous pouvons ainsi mieux connaître leur parcours de consommateur. Si cela s'avère nécessaire, nous les autorisons à consommer et à poursuivre le questionnaire dans un second temps ;
- **si elle déjà venue**, elle doit simplement fournir l'identifiant qui lui a été attribué lors de sa première inscription (les dossiers sont créés et stockés de façon totalement anonyme). Elle annonce quel produit elle va consommer et de quelle





© DR

manière, nous lui remettons un ticket avec un numéro d'ordre de passage, de manière à éviter la confusion et les disputes entre les usagers.

S'agissant des modes de consommation, les personnes peuvent soit injecter les produits, soit les sniffer ou les inhaler. Nous nous efforçons d'amener les personnes vers ce second mode de consommation, moins risqué que l'injection.

La salle de consommation compte toujours deux intervenants, dont au moins un infirmier. Les personnes sont tenues de se laver systématiquement les mains avant et après leur consommation. Le but est d'essayer de les habituer à avoir un minimum d'hygiène et de nettoyer leur espace de consommation.

Elles disposent d'une durée maximale de 30 minutes pour consommer. Cela permet d'assurer une rotation. Par ailleurs, pour les usagers ayant du mal à trouver leurs veines, nous pouvons leur proposer un autre mode de consommation, ou de prendre un temps de pause et de revenir ultérieurement, notamment lorsqu'ils sont en grande difficulté. Il nous arrive d'en emmener certains en salle de soins et de nous entretenir avec eux en tête-à-tête pour tenter de les aider en ce sens.

La frontière entre le conseil et l'aide à l'injection peut paraître ténue, mais nous n'effectuons jamais le geste d'injection en lui-même, à la place de la personne. En revanche, certains usagers se font faire l'injection par leur conjoint ou par un ami lorsqu'ils n'y parviennent pas eux-mêmes. Nous disposons d'un poste spécifique dédié à cette pratique dans la salle, sous réserve que cette tierce personne soit connue de nos services, qu'elle porte des gants, et qu'elle fasse l'injection à l'autre avant de consommer à son tour. Nous nous efforçons d'encadrer le mieux possible ces pratiques.

« LA QUESTION DE LA RESPONSABILITÉ SE POSE ICI, PUISQUE MÊME SI LES PERSONNES SONT DES ADULTES, ELLES PEUVENT, SOUS L'EFFET DES PRODUITS, METTRE LEUR VIE OU CELLE D'AUTRUI EN DANGER. »

Une fois l'injection réalisée, les usagers peuvent se rendre en salle de repos, où ils peuvent prendre une boisson (café, verre d'eau) et rencontrer les intervenants des permanences médicales, sociales et psychologiques, ou quitter les lieux directement si leur état le permet. L'effet de la cocaïne dure en moyenne moins longtemps que celui de l'héroïne. Les personnes font aussi part de leur ressenti et ont certaines habitudes. Elles sont à même de savoir si elles ont un problème. Elles ont également la possibilité de reprendre un ticket pour consommer, moyennant un délai d'attente suffisant entre deux consommations (une heure environ en moyenne), et en fonction des consommations associées (alcool).

➤ Vous est-il arrivé de ne pas laisser repartir une personne ?

Oui, cette situation s'est produite une ou deux fois. Lorsque nous estimons que la personne n'est pas en état de marcher ou de se déplacer, discuter ou maintenir un lien permet de gagner du temps.

La question de la responsabilité se pose ici, puisque même si les personnes sont des adultes, elles peuvent, sous l'effet des produits, mettre leur vie ou celle d'autrui en danger. Nous faisons donc le maximum pour garder une personne et parler avec elle si nous identifions un risque de ce type. Pour autant, nous ne pouvons pas les obliger à rester, sauf à faire une hospitalisation sous contrainte si vraiment la situation l'exige.

Enfin, nous sommes tous formés aux cas d'overdose et disposons d'un antidote si besoin, mais nous en différons l'usage, car « l'après » est très difficile

à gérer ; ces personnes se retrouvent alors très vite en état de manque et peuvent avoir des réactions difficiles à gérer, ou vouloir partir consommer à nouveau à l'extérieur. Dans ce cas, le protocole prévoit de demander l'intervention des secours et de temporiser jusqu'à leur arrivée.



➤ Accueillez-vous des mineurs ?

Non, pas pour le moment. La loi et le cahier des charges du dispositif n'autorisent pas l'accès de la salle aux mineurs. En revanche, nous pouvons les recevoir en entretien et les réorienter vers une structure adaptée à leur situation.

➤ Qu'en est-il des agents de sécurité ?

Nous comptons deux agents de sécurité principaux et deux suppléants pour les remplacer pendant les congés. Ces agents sont salariés d'un prestataire extérieur. Nous avons exigé qu'ils soient volontaires pour occuper ce poste et qu'ils reçoivent une formation spécifique. Ils sont donc allés en immersion dans le centre de Genève, avec les autres collègues, et sont systématiquement associés aux réunions d'équipe.

Ces personnes jouent un rôle important de médiateur entre les usagers, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des locaux. En cas d'urgence, elles sont habilitées à dispenser les premiers secours, évacuer les autres personnes de la salle et éviter que d'autres n'y pénètrent le temps que les secours arrivent.

« AUCUN INCIDENT MAJEUR N'EST À DÉPLORER DEPUIS L'OUVERTURE. »

C'est une première dans ce type de lieu. Nous avons toujours géré ces questions-là nous-mêmes jusqu'à présent dans nos structures, et n'avions jamais fait appel à des agents de sécurité. Toutefois, leur présence était une obligation du cahier des charges des SCMR, et elle rassure à la fois les collègues et les usagers.

➤ Comment les usagers sont-ils informés de l'existence de cette salle ? Qui les oriente vers celle-ci ?

Nous avons beaucoup communiqué sur son ouverture par le biais des médias et de nos partenaires, avec qui nous avons eu de nombreuses réunions plus d'un an avant cette ouverture.

Toutefois le bouche-à-oreille entre les usagers est en fait ce qui fonctionne le mieux. Passé un temps d'observation des premiers usagers, s'assurant que les lieux étaient suffisamment sécurisés, de plus en plus de monde a fréquenté cette salle. Le but était de toucher des personnes qui n'étaient pas entrées dans les autres dispositifs. Cet objectif est atteint puisque plus de 50 % des personnes fréquentant actuellement la salle n'étaient pas connues de nos autres structures (unités mobiles, CAARUD). Il y avait donc un vrai besoin à cet égard.

➤ Comment les professionnels qui y travaillent ont-ils été recrutés ? Quelle formation ont-ils reçue ?

La moitié des intervenants travaillaient déjà dans nos dispositifs et ont souhaité rejoindre la salle. L'autre moitié se compose en majeure partie d'infirmiers et d'éducateurs auparavant stagiaires dans nos structures, ou qui intervenaient à titre bénévole en antenne mobile et qui ont été recrutés dans le cadre de la SCMR. Ils avaient déjà une expérience dans ce domaine. D'autres enfin avaient une précédente expérience en addictologie.

Nous accueillons par ailleurs tous types de stagiaires à l'association Ithaque (médicaux, infirmiers, sociaux, psychologiques, ou encore les élèves de l'ENA [stage à caractère social pour les élèves issus du cursus interne, et une demi-journée par semaine pour ceux du concours externe]). L'objectif est que ces personnes puissent travailler sur le terrain et participer au fonctionnement concret des structures de ce type, aux activités et à l'accueil des usagers.

➤ Quel bilan pouvez-vous faire depuis l'ouverture (fréquentation, accompagnement, incidents...) ?

À ce jour, nous avons reçu 226 personnes et enregistré 5 700 passages en salle de consommation. 215 d'entre elles reviennent régulièrement, ce qui représente 40 à 70 passages par jour en moyenne, avec quelques fluctuations d'un jour à l'autre.

Par ailleurs, 337 personnes sont venues échanger des seringues usagées.

Aucun incident majeur n'est à déplorer depuis l'ouverture. Une crise d'épilepsie et quelques overdoses mineures ont été gérées sur place.

Nous avons bon espoir d'accompagner les personnes dans la durée vers d'autres types de structures, par exemple en établissant un lien avec des intervenants travaillant à la fois à la SCMR et sur une autre structure. Nous avons aussi un collègue plus spécifiquement dédié au travail de rue dans la ville de Strasbourg pour assurer un lien avec les usagers éloignés du dispositif et les informer de l'existence de cette salle.

➤ Quelles évolutions pourraient selon vous améliorer l'accueil des usagers ?

Deux points me paraissent importants. D'une part, il pourrait être intéressant de développer l'analyse des produits à partir des échantillons que nous collectons dans le cadre du dispositif actuel, et de pouvoir en étudier la composition. Certaines personnes peuvent avoir une intolérance ou une réaction à certains produits. Nous pouvons, avec leur accord, en prélever un échantillon que nous envoyons alors en laboratoire. Le problème est que cette analyse prend souvent du temps et que nous n'avons pas de retour immédiat. Disposer d'un appareil en CCM (Chromatographie sur Couche Mince) nous permettrait d'avoir des résultats plus rapidement.

D'autre part, nous manquons d'hébergements, notamment d'urgence, qui permettraient aux personnes en grande précarité de ne pas retourner directement à la rue dans certaines situations, et faciliteraient leur orientation vers d'autres structures. Au Luxembourg et en Allemagne, des hébergements de ce type sont directement adossés aux SCMR.

Enfin, la question de l'amplitude horaire sera peut-être à revoir en fonction des souhaits exprimés par les usagers d'une part, et des contraintes budgétaires d'autre part. ■

Propos recueillis par Germain Decroix et Sabrina Biendiné.



Le Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE), créé par décret en 1983, rend régulièrement des avis sur des questions éthiques et de société soulevées par les progrès de la science et des connaissances dans les domaines de la biologie, la médecine et la santé. Il a vocation à nourrir la réflexion et contribuer au débat public sur ces sujets souvent sensibles et complexes. Nous avons rencontré son nouveau président, le professeur Jean-François Delfraissy.

Le Comité consultatif national d'éthique : une instance au cœur des débats

PR JEAN-FRANÇOIS DELFRAISSY, PRÉSIDENT DU COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTÉ (CCNE)



© ADOBESTOCK

➤ Pourriez-vous nous indiquer votre parcours et ce qui vous a amené au CCNE ?

Je suis professeur de médecine à l'université Paris 11, spécialiste des maladies infectieuses, en particulier des pandémies du VIH et des hépatites, ainsi que des crises sanitaires (Ebola). J'ai dirigé l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS), et j'ai été amené à travailler à l'étranger (États-Unis, Afrique). Je ne suis pas spécialiste des questions d'éthique, même si, de par mes fonctions, je touche à des aspects d'éthique médicale depuis une quarantaine d'années.

Il m'a été proposé en novembre 2016 de prendre la succession du précédent président du CCNE, qui ne renouvelait pas son mandat. Ce que j'ai accepté.

➤ Composition et fonctionnement du CCNE

Le président du CCNE est nommé par le Président de la République. Le CCNE est une institution indépendante et consultative de réflexion autonome sur les grandes problématiques ayant trait au domaine de la biologie et santé. Il est composé de 40 membres (dont son président), nommés par différentes institutions (ministères,

instituts de recherche) et, pour les grands courants de pensée (scientifiques, religieux), par le Président de la République.

Ces membres sont des philosophes, des personnes issues des sciences humaines et sociales, des médecins, des juristes, des chercheurs issus de la biologie santé (pour environ un tiers), des cadres de santé. Ces personnalités ont, pour une partie d'entre elles, cessé leur activité et, pour l'autre partie, en pleine activité. Le renouvellement de la moitié des membres est actuellement en cours.

Le Comité se réunit en moyenne une fois par mois en séance plénière, soit une dizaine de fois dans l'année. Tous les avis sont adoptés en réunion plénière, mais le travail préparatoire à ces décisions s'effectue en amont au sein de groupes de travail pilotés par la section technique, qui identifie avec le président, les rapporteurs des grands sujets et assure la liaison du CCNE avec l'extérieur.

Les groupes de travail *ad hoc* sont composés en moyenne de 7 à 8 personnes (dont 2 rapporteurs), qui peuvent auditionner des personnalités extérieures au Comité apportant leur expertise dans le domaine concerné. La réflexion peut se poursuivre sur une longue période une fois les premières auditions passées, qui permettent de mieux cerner les questions qui se posent.

Les saisines du CCNE sont de deux ordres :

- elles peuvent provenir de l'extérieur : ministères, instituts ou organismes



de recherche saisissent le CCNE sur une question, et ce dernier peut soit apporter une réponse rapide, soit renvoyer le sujet vers un groupe de travail, soit se déclarer incompétent ou laisser la prérogative aux instances *ad hoc* – par exemple, au Conseil national du Sida sur les questions ayant trait au VIH ou aux hépatites ;

- le CCNE peut s'autosaisir ce qui constitue une garantie essentielle de son indépendance.

Jusqu'à présent, on compte environ 50 % d'auto-saisines et 50 % de saisines extérieures.

➤ Sur quels sujets travaille le CCNE ?

Un premier grand champ de réflexion du CCNE est lié à la science et à l'innovation scientifique. Rappelons que le renouvellement des connaissances en médecine est inférieur à 5 ans, ce qui pose un certain nombre de problèmes dans l'acquisition, le traitement, l'utilisation et l'actualisation de ces connaissances. Par ailleurs, l'innovation liée à ces connaissances soulève des problématiques spécifiques : par exemple, en ce qui concerne les nouvelles techniques de génomique, qu'en est-il si elles sont utilisées sur les gamètes et sur les cellules germinales, non pas seulement aux cellules somatiques ?

Le deuxième grand champ de réflexion du CCNE porte sur les neurosciences, le cerveau et ses stimulations.

Un troisième champ englobe les Big Data (bases de données, robotique), il va modifier profondément l'exercice médical et la relation médecin-patient dans les années à venir, et constitue un enjeu majeur auquel la France n'est pas forcément préparée. Même si elle se montre novatrice dans ce domaine, elle demeure empreinte d'une vision assez classique et traditionnelle. Pour autant, une véritable révolution est en cours, dans le cadre de laquelle le médecin gardera un rôle clé à « l'entrée » (sémiologie clinique notamment) et à la « sortie » du patient (annonce du diagnostic et proposition d'un plan de traitement).

Néanmoins la phase intermédiaire des examens, la gestion des résultats et des données disponibles posera très rapidement de nombreuses questions éthiques.

Le transfert de tâches ou encore les organes artificiels en 3D soulèvent également des interrogations liées aux progrès des connaissances.

Au vu de ces sujets et des questions qu'ils posent, le CCNE a besoin de membres issus d'horizons très différents, qui soient au fait de ces évolutions et en mesure d'anticiper un certain nombre de grandes problématiques. L'objectif est de voir quels problèmes éthiques peuvent se poser au regard de ces avancées scientifiques.

Les questions de santé et de société, qui étaient moins prégnantes il y a quelques années, ont tendance à prendre une place de plus en plus importante dans les travaux du CCNE. Par exemple, dans le domaine de la santé et du vieillissement, le modèle français est actuellement mis en cause (faut-il le conserver ? le modifier ?). Il soulève de nombreuses questions d'organisation au regard des modèles plus intergénérationnels qui ont pu se développer dans d'autres pays européens. La mission du CCNE est de rechercher si la société prend un temps suffisant pour s'interroger sur ces réponses extrêmement médicalisées et institutionnalisées qui sont apportées par le modèle français.

Autre exemple : un avis du CCNE a été publié récemment sur « Santé des migrants et exigence éthique », il traite de l'accueil de ces personnes au sein du système de santé français et la capacité de ce système à s'adapter ou non (article à paraître dans le prochain numéro).

Nous avons également un groupe de travail sur l'accès à l'innovation thérapeutique, qui réfléchit entre autres à la question du coût des nouveaux médicaments (immunothérapie, bithérapie, trithérapie), de sa prise

en charge (système de protection sociale, mutuelles, compagnies d'assurance ?) et de l'accès aux soins qui en résulte.

« RAPPELONS QUE LE RENOUVELLEMENT DES CONNAISSANCES EN MÉDECINE EST INFÉRIEUR À 5 ANS, CE QUI POSE UN CERTAIN NOMBRE DE PROBLÈMES DANS L'ACQUISITION, LE TRAITEMENT, L'UTILISATION ET L'ACTUALISATION DE CES CONNAISSANCES. »

Un avis a été récemment rendu (juin 2017) sur la biodiversité et la santé, envisageant l'homme dans un contexte plus général, de « *global health* », et sur le plan de ses

relations avec le milieu extérieur, non uniquement comme objet de santé ou de maladie.

Deux thèmes récurrents occupent par ailleurs le CCNE : le début de la vie, la procréation et la fin de vie.

Néanmoins, les sujets ayant trait aux nouvelles techniques de génomique et à la cellule germinale soulèvent des interrogations plus complexes et probablement plus difficiles à saisir que les discussions sociétales sur l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) ou la fin de vie. Tout dépend aussi de la façon d'expliquer et d'exposer les sujets.

L'un des enjeux majeurs pour le CCNE est de savoir comment concilier le regard « expert » de ses membres qui doit absolument se confronter à une ouverture sur la société civile et la vision que celle-ci peut avoir sur un certain nombre de ces questions.

➤ Sur quelles questions le CCNE sera-t-il amené à travailler prochainement ?

L'enjeu pour le CCNE dans les 18 mois à venir est double : d'une part, poursuivre en toute indépendance sa réflexion sur les sujets évoqués précédemment, et d'autre part, prendre part à la révision de la loi sur la bioéthique 2018. Cette révision, propre à la France, est l'occasion de confronter régulièrement les grandes questions éthiques au politique. En tant qu'agitateur d'idées, le CCNE a vocation à rassembler les questions susceptibles de se poser dans les années à venir et susciter le débat sociétal autour de ces questions.



D'après le calendrier qui a été envisagé, le dépôt du projet de loi devrait se faire au dernier trimestre 2018, pour être ensuite discuté fin 2018 début 2019.

Notre action portera sur un double volet pour animer le débat sociétal, dans le cadre des états généraux de la bioéthique 2018.

- Il existe, au sein de plusieurs institutions scientifiques (INSERM, CNRS, INCA, Pasteur...), des groupes de réflexion éthique. La révision de la loi sur la bioéthique est l'occasion de les réunir et de leur proposer de travailler sur un certain nombre de questions compte tenu des avancées de la science sur tel ou tel sujet. Nous allons nous efforcer de brasser et rassembler toutes les idées qui en ressortiront.

- Par ailleurs, il existe depuis 2011 des espaces régionaux de réflexion éthique (dont celui de l'APHP). Ces espaces, souvent pilotés par un PUPH, adossés à un CHR, sont assez proches du médical et du soignant. Ils seront chargés de mener de grands débats régionaux sur 2 à 3 grands sujets, avec d'une part des représentants de la société civile, et d'autre part des étudiants issus de différentes filières (médicaux, paramédicaux, droit, philosophie, sciences politiques). Une synthèse de ces débats sera réalisée par chaque espace régional, puis le CCNE fera à son tour une synthèse de ces synthèses. Un site web dédié sera monté en parallèle.

« L'UN DES ENJEUX MAJEURS POUR LE CCNE EST DE SAVOIR COMMENT CONCILIER L'EXPERTISE DE SES MEMBRES AVEC UNE OUVERTURE SUR LA SOCIÉTÉ CIVILE. »

Une grande semaine de l'éthique ouverte aux citoyens sera organisée début 2018 à Strasbourg dans le cadre du Forum Européen de bioéthique. Ce sera l'occasion de discuter des modalités d'élaboration de la loi sur la bioéthique.

Une fois cette matière rassemblée, le CCNE produira un document dont le législateur

pourra s'inspirer dans l'élaboration de la loi. Ce document préparatoire s'efforcera de restituer ce qui ressortira de la concertation citoyenne.

Il y a donc dans la révision de cette loi un enjeu de démocratie politique d'une part, et de démocratie sanitaire et citoyenne d'autre part. Nous tendons progressivement vers une vision plus proche de celle des pays nordiques nordiques en ce qui concerne la démocratie participative.

➤ Les avis du CCNE sont-ils toujours suivis par le législateur ?

Pas nécessairement, car le CCNE a rappelons-le un rôle consultatif. Ainsi pour ce qui concerne la révision de la loi sur la bioéthique, toutes les attentes ne pourront probablement pas être satisfaites. À ce stade, l'idée est d'ouvrir le champ de la réflexion et de faciliter la révision de la loi. Par exemple, la loi Claeys-Leonetti sur la fin de vie adoptée en janvier 2016 a marqué une avancée importante, mais il existe encore une grande hétérogénéité d'un service à l'autre dans l'application et l'appropriation de cette loi. Par conséquent, faut-il aborder de nouveau le sujet dans le cadre de la révision de la loi sur la bioéthique ou attendre que la mise en œuvre de la réforme de 2016 produise ses effets ?

En outre, certaines associations exercent un lobbying très fort par rapport à certains sujets ; il y a donc un équilibre à trouver entre l'expression de ces « extrêmes » et une réflexion citoyenne non « engagée ».

Le CCNE a été impliqué dans les précédentes révisions des lois relatives à la bioéthique mais n'était pas à l'initiative du débat public. Cette mission, nouvelle pour l'institution, lui a été confiée par la loi relative à la bioéthique de 2011, avec une dimension opérationnelle et un calendrier dont il n'est pas forcément coutumier. Le travail de synthèse qu'il devra réaliser s'annonce assez complexe. Néanmoins, l'objectif est bien d'effectuer un travail d'écoute et d'essayer de capter l'avis de personnes qui ne s'expriment pas d'ordinaire sur ces sujets.

➤ Des « opinions divergentes » ont été diffusées. Sont-elles publiées au nom du CCNE et quelle est leur place ?

Tous les avis sont finalisés en CCNE plénier, après avoir été discutés dans les groupes de travail *ad hoc* et présentés devant la section technique. Le CCNE plénier fait un premier retour et une deuxième session peut être organisée si nécessaire, en fonction des observations formulées par l'ensemble des membres. Nous nous efforçons, dans la mesure du possible, d'avoir un avis consensuel. Si une minorité s'exprime, elle ne doit pas le faire au dernier moment et cette position donne lieu à un avis minoritaire nominatif. Il s'agit d'une pratique ancienne. Sur dix avis, deux en moyenne donnent lieu à un avis minoritaire accolé à l'avis majoritaire. Le CCNE ne détient pas la vérité et n'est pas là pour énoncer ce qu'il faut faire ou non. Ses avis visent à éclairer les citoyens et à leur fournir une base de réflexion sur des sujets complexes.

➤ Qu'est-ce qui permettrait, selon vous, d'améliorer le fonctionnement de l'institution ?

Associer davantage la société civile aux débats du CCNE serait, à mon sens, souhaitable, et permettrait de construire un CCNE « miroir », qui rendrait davantage compte des avis de représentants de la société civile.

Par ailleurs, un bilan prospectif est prévu prochainement, notamment en vue de la révision de la loi relative à la bioéthique, mais pas seulement. Il nous faut également anticiper un certain nombre de sujets. Je souhaiterais que le CCNE se montre plus réactif dans ses avis par rapport à certains grands problèmes, même si cette instance n'est pas soumise à une obligation de résultat immédiat. Il est important de trouver un juste milieu pour pouvoir aller au fond des sujets sans tomber dans une temporalité excessivement longue. Des évolutions pourraient être apportées au fonctionnement du CCNE pour qu'il puisse rendre si besoin des avis dans des délais plus courts. ■

Propos recueillis par Germain Decroix et Sabrina Biendiné.



“Et si j’ai un souci
médico-légal
à 23h... qui me
conseille ?,,

**NOS MÉDECINS-CONSEILS VOUS
RÉPONDENT 24H/24, 7J/7.**
Nous agissons toujours
dans votre intérêt.

3233

Service gratuit
+ prix appel

macsf.fr

