



conseil-national.medecin.fr

Médecins

• LE BULLETIN DE L'ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS •

NUMÉRO
SPÉCIAL
Décembre 2023



La responsabilité médicale
sous toutes ses formes



D^r François Arnault

Président du Conseil national
de l'Ordre des médecins

Nous le savons tous, nous sommes face à une crise démographique multiprofessionnelle qui nous enjoint à repenser notre façon d'exercer, en allant vers un nouveau partenariat entre les médecins et les autres professionnels de santé. Cette alliance, cette équipe de soins territoriale

organisée autour du médecin, est encore à inventer et à mettre en place de façon efficace, dans le respect des compétences de chacun.

Un peu plus de 20 ans après la loi du 4 mars 2002, fondamentale, cette évolution nous pousse à nous interroger sur la responsabilité des uns et des autres. Une réflexion qui ne peut se faire dans l'urgence : elle nécessite du temps, un contexte apaisé et un espace pour la parole de tous les acteurs.

D'autant que cette évolution n'est pas le seul facteur qui questionne la redéfinition potentielle de la responsabilité des professionnels de santé. L'IA et les nouveaux outils numériques bouleversent, eux aussi, nos pratiques.

C'est pourquoi l'Ordre a souhaité consacrer une journée de débats sur la responsabilité civile professionnelle, dont vous retrouverez quelques extraits dans ces pages. Cette journée fut passionnante et riche d'enseignements. Dans les propos des uns et des autres, le patient a été présent. C'est essentiel, je crois, que beaucoup de sinistres ne se transforment pas en conflit si le médecin sait rester proche de son patient pour l'aider à surmonter la difficulté, même s'il a commis une faute.

Notre institution continuera de mener sa réflexion sur la responsabilité des médecins, pour s'adapter aux évolutions sociétales, accompagner les professionnels, et ce, toujours dans l'intérêt des patients.

P. 4

La responsabilité civile en débat à l'Ordre

P. 9

Les différents types de responsabilité

- 10 • La responsabilité civile professionnelle
- 11 • Les commissions d'indemnisation et de conciliation
- 12 • La responsabilité pénale
- 14 • La responsabilité disciplinaire



P. 21

Les situations qui engagent la responsabilité

- 22 • En chiffres
- 23 • Les réclamations
- 24 • Information et consentement
- 26 • Certificat
- 27 • Refus d'établir un certificat
- 28 • Signalement des violences
- 30 • La prescription

Retrouvez
notre vidéo
sur les différents
types de
responsabilité :



P. 16

Des variations selon le mode d'exercice

- 17 • Le cas des médecins libéraux
- 18 • Le cas des médecins salariés
- 19 • Focus sur...
les médecins FPT
les médecins du travail
les experts



P. 31

Définir les contours de la responsabilité

- 32 • Le refus de soins
- 34 • En cas d'exercice collectif, qui est responsable ?
- 36 • Nouvelles technologies et responsabilité

La responsabilité civile en débat à l'Ordre

Le Cnom a organisé, le 14 novembre, une journée consacrée à la responsabilité civile professionnelle. Le D^r François Arnault, président du Cnom, a ouvert cette journée en compagnie du D^r Jean-Marcel Mourgues, vice-président. Ils ont rappelé le contexte d'évolution dans lequel se trouve actuellement la profession de médecin. Les auditeurs ont pu écouter des experts et acteurs de cette question échanger sur le sujet lors de quatre tables rondes ouvertes aux questions du public. En voici une rapide synthèse.

Avec...



D^r JEAN-MARCEL MOURGUES,
vice-président du Cnom

Retrouvez l'ensemble
des débats en vidéo :

LES DÉBATS
DE L'ORDRE

Re transcription écrite à venir.

TABLE RONDE 1

Évolution de la responsabilité médicale depuis la loi du 4 mars 2002

Le D^r Philippe Cathala, modérateur, commence par évoquer la période antérieure à la loi du 4 mars 2002 où des jurisprudences dans le champ de la responsabilité civile médicale étaient parfois contradictoires. « La loi Kouchner, du 4 mars 2002, va consacrer les droits des malades et faire le ménage en quelque sorte dans ces jurisprudences et inscrire dans le marbre de la loi française les grands principes de la responsabilité médicale. »

Le P^r Cécile Manaouil, professeur de médecine légale, docteur en droit et expert près la Cour d'appel d'Amiens, souligne l'« apport majeur pour la responsabilité médicale, mais avant tout pour les droits des

patients » de cette loi. Et de citer notamment « la personne de confiance, l'accès au dossier médical ». « En matière de responsabilité médicale, on n'avait pas spécifiquement des règles pour la responsabilité médicale ; les juristes utilisaient la responsabilité contractuelle, la responsabilité délictuelle. On a une loi majeure qui unifie les choses et qui s'applique, que l'on ait été soigné par des médecins libéraux en établissement public de santé ou un établissement privé. La loi du 4 mars 2002, c'est aussi l'instauration de grandes instances que sont l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam), les Commissions de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (CCI) et la Commission nationale des accidents médicaux (CNAMed). »

M^{me} Mariannick Lambert, représentante de France Assos Santé, abonde : « Oui, c'est la loi du 4 mars 2002 qui a élargi l'accès aux droits pour les patients en matière d'indemnisation. » Elle souligne le fait que l'indemnisation ne soit pas forcément au cœur de la démarche : « Souvent, ils essaient de comprendre, de faire cesser des dysfonctionnements. Cela élargit l'accès aux droits des patients, mais je pense que pour les médecins aussi c'est une loi formidable parce qu'elle indemnise l'aléa. Avant la loi du 4 mars 2002, il y avait une recherche de faute systématique puisque sans faute il ne pouvait pas y avoir de responsabilité et de reconnaissance de responsabilité quand un patient avait été victime d'un accident médical. Sans doute des accidents médicaux ont-ils

été déclarés fautifs alors qu'ils étaient borderline. C'est aussi une loi qui a servi le médecin.»

Le **D^r Karine Baland-Peltre**, conseillère nationale, nuance les propos précédents. «Du point de vue des médecins, on a cette sensation de vulnérabilité sur le plan médico-légal qui existait peut-être avant cette loi», évoquant «la majoration d'une pratique médicale défensive», avec «une surconsommation de soins sur le plan médicamenteux, des examens complémentaires, un évitement d'actes qui sont plus à risque».

«Le point positif c'est aussi une prise de conscience des limites [du médecin]. Et cette prise de conscience de nos limites et de l'absence de maîtrise de certains gestes permet d'éviter souvent la responsabilité.» Il est aussi évoqué «la notion extrêmement positive de l'information qu'on est obligé de délivrer à nos patients», avec le renversement de la charge de la preuve que le médecin ait bien donné l'information.

Le **P^r Manaouil** déclare : «Chaque médecin pense au risque médico-légal, mais il faut d'abord faire du médical plutôt que du médico-légal.» Son conseil pour les médecins ? «Votre meilleure défense, c'est un dossier médical bien rempli.»

«Il faut que chaque professionnel de santé sache qu'au cours de sa carrière il va gérer des procédures. Pour cela, il a une assurance. Un autre apport de la loi du 4 mars 2002, c'est l'obligation d'assurance pour les professionnels de santé libéraux et pour les établissements de santé, publics et privés.»

Le professeur évoque également la stabilité à présent de l'activité des CCI, autour de 4500 dossiers avec expertise par an. ■



TABLE RONDE 2

La responsabilité du médecin à l'heure des coopérations interprofessionnelles

Le **D^r Jacqueline Rossant-Lumbroso**, modératrice, rappellera à plusieurs reprises lors de la table ronde les principes des coopérations interprofessionnelles avec d'une part les délégations de tâches, et un rappel du cadre juridique de l'article de la loi HPST du 21 juillet 2009, et d'autre part le transfert de compétences, avec les infirmiers en pratique avancée (IPA) introduits par la loi du 26 janvier 2016 (loi Touraine).

Le champ de la responsabilité dans le cadre des coopérations professionnelles pose de nombreuses questions. Le **P^r Laurent Bloch**, professeur de droit privé – collège Santé à l'Université de Bordeaux, rappelle que la responsabilité médicale pour faute est appréciée de manière individuelle.

M^{me} Julie Devictor, présidente du CNP des infirmiers en pratique

avancée, souligne : «Deux éléments sont absolument essentiels. Les IPA ne peuvent exercer que dans l'exercice coordonné par le médecin. L'IPA qui intervient dans le cadre de la pratique avancée est entièrement responsable de l'exercice qu'il entreprend dans le cadre de la pratique avancée.» M^{me} Devictor évoque ensuite «la responsabilité collective de l'organisation du parcours. Comment se transmet-on les informations ? Comment a-t-on accès au dossier du patient, aux informations essentielles pour pouvoir produire des soins interprofessionnels de qualité ? Comment met-on en place des temps d'échange, des temps de concertation ? Comment met-on en place des processus pour renvoyer le patient vers le médecin si l'IPA sort de son champ de compétence ? Comment en fait met-on en place cet exercice coordonné par le médecin, interprofessionnel ?»

M^{me} Devictor rappelle que « le cadre d'intervention des IPA se situe non pas dans le cadre de délégations, mais du transfert d'un certain nombre d'activités qui étaient jusque-là réservées au corps médical ».

M^{me} Marianick Lambert évoque l'attachement du patient au parcours de soins. « Le meilleur moyen de fonctionner pour une équipe est dans la coordination et l'information partagées. » La recherche de « la responsabilité n'est que la constatation de cet échec ».

Le Pr Bloch développe les questionnements liés aux coopérations. « La coopération n'est pas nouvelle. Le problème, c'est en cas de défaillance organisationnelle. Qui est responsable ? Et ça, ça n'est pas clairement tranché ! On nous dit que le médecin est responsable, mais encore faut-il qu'il en ait les moyens ! C'est un chef d'orchestre qui ne sait pas ce que jouent ses musiciens. Il n'a pas le retour son. Peut-il être responsable dans ces conditions ? Pour le volet responsabilité médicale

pour la prise en charge, il n'y a pas de soucis. Pour le volet organisationnel, n'est-on pas dans une responsabilité collective ? On est un peu dans le flou artistique, sauf à ce que les protocoles attribuent de manière très claire – et on a les outils juridiques pour le faire – les responsabilités des uns et des autres. »

M^{me} Julie Devictor partage ces interrogations sur l'organisation. « L'idée est de formaliser comment on travaille ensemble. On ne peut pas faire l'impasse sur cette organisation collective et du coup sur cette responsabilité collective d'un parcours optimal. »

M. Philippe Besset, président de la fédération des syndicats pharmaceutiques de France et des libéraux de santé, évoque les arcanes de la délivrance du médicament sans prescription directe du médecin et cite l'exemple de la délivrance de la fosfomycine et du traitement de la cystite. Celui-ci répond à deux situations différentes, soit « un protocole de délégation de tâche entre le médecin et le pharmacien (une centaine de binômes en France) et dans ce cadre-là, le médecin déléguant a pour responsabilité de former son délégué et d'établir un protocole,

soit par la loi de Finances de cette année, une zone intermédiaire, c'est-à-dire que certains médicaments vont pouvoir être délivrés aux patients dans le cadre d'un protocole précis qui est défini par la Haute Autorité de santé. Dans ce cadre-là, ma responsabilité [celle du pharmacien] est entière car je n'ai pas de délégation. La responsabilité du médecin, en revanche, est que je vais quand même faire un retour d'information via le dossier médical partagé qui est dans Mon Espace Santé et qui va revenir par les logiciels Ségur chez le médecin traitant de la personne – pas le médecin déléguant qui le saura à la prochaine visite ».

Et M. Besset d'enclencher le débat sur la consultation du DMP par les professionnels de santé : « Les pharmaciens ont poussé au mois d'octobre 2023 un million de notes de vaccination dans le DMP. La quantité d'informations qui va être poussée dans le DMP va être exponentielle. Tous les hôpitaux, les infirmiers, les pharmaciens vont avoir dans les DMP énormément d'informations. Cela veut dire que c'est une quantité d'informations que l'être humain ne pourra pas gérer dans le temps de prise en charge d'un patient... Il faut savoir que l'information est là et aller la traiter. C'est l'enjeu de l'année à venir. Si on ne sait pas aller la chercher, c'est un problème juridique. »

M^{me} Lambert estime : « Il y a une convergence des intérêts de tous les intervenants pour la sécurité des patients. Mais on voit bien que c'est aussi l'intérêt de tous les acteurs de ces équipes de soins. Il faut que l'on travaille ensemble. »

L'une des auditrices, pratiquant la médecine générale, évoquait le fait que pour certains professionnels, exercer dans une MSP signifiait tout partager. Le Pr Bloch réagit : « Le secret partagé : tout le monde n'a pas accès à tout ! Tout le monde a accès à ce qui est strictement nécessaire pour la prise en charge du patient. » ■





TABLE RONDE 3

La responsabilité médicale à l'aune du numérique et de l'IA

Le **P^r Stéphane Oustric**, modérateur, évoque comme un des axes majeurs de la réflexion de l'Ordre des médecins les enjeux du numérique et de l'intelligence artificielle (IA) et de la place du médecin dans son exercice, avec comme point de mire le Congrès de l'Ordre en octobre 2024.

M^e Lina Williatte, avocate au barreau de Lille, professeur à la faculté de droit de l'Université catholique de Lille, établit d'emblée le cadre : « L'utilisation des outils qui embarquent le numérique n'exonère absolument pas le médecin de sa responsabilité. » Et dresse l'état des lieux actuel des médecins vis-à-vis du numérique : « Il y a un clivage sur le terrain : les médecins qui ne veulent même pas entendre parler du numérique de manière générale, la relation médicale étant une relation de soins, une relation humaine, sans place pour le numérique; et les médecins geeks [...], exemple du médecin qui va se confier totalement à

l'intelligence artificielle et qui va en perdre son sens critique. »

« Il est exigé que le médecin exerce un esprit critique sur le résultat proposé par l'IA. Vous devez en tant que médecin soigner mais en plus, quand vous utilisez l'IA, être en compétence pour critiquer la solution proposée par l'éditeur, ce qui suppose à la base une connaissance. »

M. Nicolas Gombault, directeur de la MACSF, évoque la situation en ces termes : « On peut dire que le digital, le numérique et l'IA, notamment l'IA générative, vont complètement transformer à terme le système de santé. C'est ce qu'a conclu le rapport de l'OCDE du 7 novembre. » Il présente les enjeux juridiques : « Est-ce que le médecin qui utilise l'IA et qui va aboutir à une décision infondée engage sa responsabilité du seul fait que l'algorithme l'a trompé ? Au contraire, est-ce que le médecin réfractaire qui n'utilise pas l'IA fait perdre une chance à son patient en ne lui permettant pas de bénéficier des avancées technologiques, et de cette aide au diagnostic, au traitement personnalisé ? »

Et d'édicter deux points principaux : « Face à ces évolutions technologiques considérables, le médecin a besoin d'être protégé. L'exercice ne peut être de qualité que s'il est serein. Autre point : l'IA n'est pas là pour pallier une incompetence. Le médecin est tenu de mettre à jour ses compétences, pour, selon l'expression consacrée par la Cour de cassation, "prodiguer des soins consciencieux, attentifs, conformes aux données actuelles de la science". »

M^e Maroussia Galperine, avocate au barreau de Paris, cite l'application de l'IA en chirurgie orthopédique : « L'IA vient de créer un algorithme incroyable sur les luxations des prothèses qui permettrait de déterminer s'il y a un risque pour le patient X d'avoir une luxation. Le chirurgien qui ne sait pas se servir de cet algorithme fait-il perdre à son patient une chance de ne pas subir la complication ? »

M. Arthur Dauphin, chargé de mission numérique de France Assos Santé, met l'accent sur l'importance du dialogue renforcé entre le médecin et le patient : « Cela remet beaucoup d'enjeux dans cette notion de dialogue et finalement, l'arrivée de l'IA, et même du numérique en général, n'a jamais autant mis en avant le besoin d'humain... [Il y a] la peur d'être remplacé par des lignes de données, de data, et qu'on oublie le côté humain, qui est profondément essentiel dans la santé et dans la manière dont les prises en soins sont décidées. » ■



TABLE RONDE 4

La responsabilité civile professionnelle (RCP) et le choix de la spécialité et du mode d'exercice des futurs médecins

M. Nicolas Gombault évoque le caractère très hétérogène de la sinistralité des médecins selon leurs spécialités : les plus à risque sont les neurochirurgiens, les chirurgiens bariatriques et les chirurgiens orthopédistes ; en bas de l'échelle, on trouve les médecins généralistes et les psychiatres. Il existe aussi une différence selon le statut du médecin : « *Les médecins libéraux sont personnellement responsables de leurs actes... comme praticien hospitalier, les règles juridiques sont complètement différentes, on va rechercher la responsabilité de l'employeur.* »

Le **D^r Christine Louis-Vahdat**, conseillère nationale, évoque, peut-être de façon contre-intuitive, que le coût très élevé des primes d'assurance n'est pas le frein à l'exercice de gynéco-obstétricien mais bien davantage la « *dramatisation parce que les plaintes pour violence obstétricale et gynécologique lors des*

examens pelviens ont sensibilisé d'une manière extrêmement forte et violente les médecins spécialistes et également les jeunes internes. »

M. Sébastien Leloup, directeur de l'Oniam, met l'accent sur l'importance de l'information à apporter par le médecin en cas de complication. « *Se former avant l'accident sur la conduite à tenir en cas d'accident médical m'apparaît un kit essentiel maintenant dans l'exercice du médecin, comment expliquer les choses, comment annoncer les complications, dire ce que l'on sait, ce que l'on ne sait pas, ne pas dissimuler ou donner l'impression qu'on est en train de dissimuler quelque chose.* »

Le **D^r Philippe Domblides**, président du CROM Nouvelle-Aquitaine, relate l'expérience inédite, encore unique en France, de l'existence d'un local ordinal tenu par le Conseil régional de la Nouvelle-Aquitaine de l'Ordre des médecins au sein de l'espace santé de l'Université de Bordeaux, avec la visite d'étudiants de 2^e et

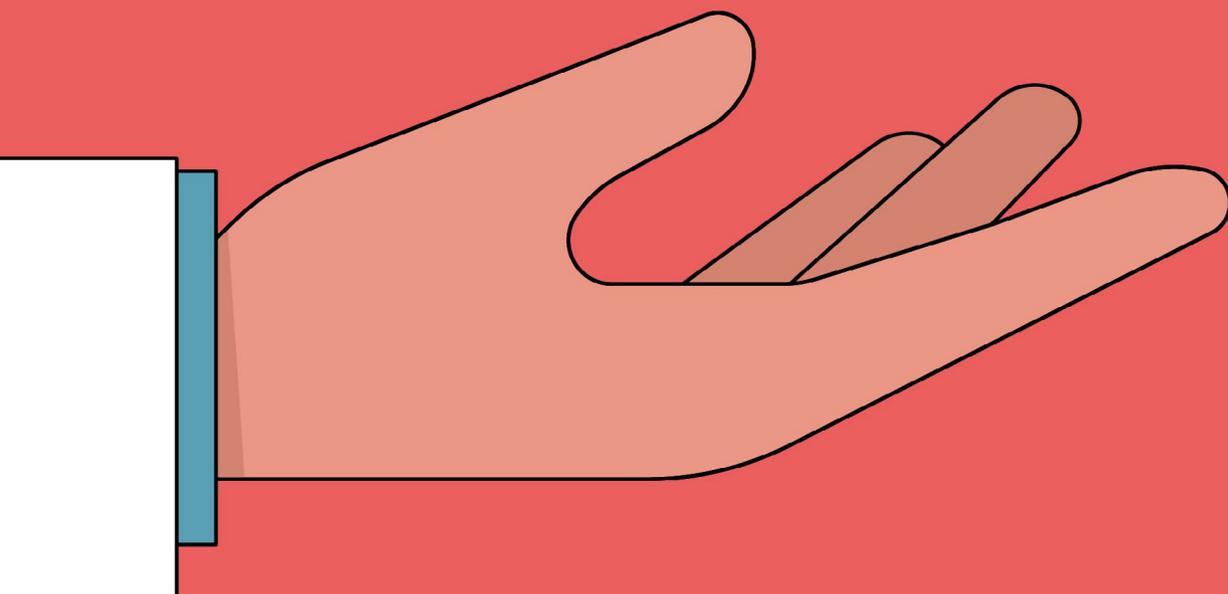
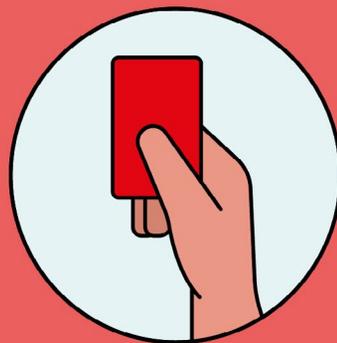
3^e cycles. Ceux-ci n'évoquent jamais la question de la RCP.

Le **D^r Jean Canarelli**, modérateur, évoque vis-à-vis des futurs médecins la nécessaire adaptation de la formation initiale, avec en particulier l'apport de la simulation de situations à problème, puis au-delà des études, du rôle d'accompagnement du médecin par les Conseils départementaux de l'Ordre des médecins.

M. Raphaël Dachicourt, président de Reagjir, donne son explication : « *On peut penser que le fait que la RCP n'a que peu d'impact dans le choix de la spécialité est lié au manque de formation. Moi, je choisis de le voir comme quelque chose de positif plutôt que le fait que d'autres déterminants soient prioritaires, et cela, c'est vraiment une bonne chose.* »

M. Jérémy Darenne, président de l'Anemf, délivre une note d'optimisme dans cette journée d'incertitudes juridiques quant au champ de la responsabilité civile médicale : « *Ça n'est pas une petite peur qui va changer une vocation.* » ■

LES DIFFÉRENTS TYPES DE RESPONSABILITÉ



Responsabilité civile professionnelle : principes et obligations

Dans leur pratique, les médecins engagent leur responsabilité civile professionnelle. En effet, la relation médecin – patient repose sur un contrat comportant l'obligation pour le médecin de donner au patient des soins consciencieux, attentifs et conforme aux données acquises de la science.

Les fondements

La responsabilité civile, c'est l'obligation de répondre d'un acte fautif ayant causé un dommage à un tiers. Cette réponse consiste en une réparation de la part de son auteur. Dans le cadre de l'activité médicale, cela repose sur la non-exécution ou la mauvaise exécution des obligations découlant du contrat de soin. Le médecin a une obligation de moyens : s'il ne doit pas forcément réussir à guérir son patient – ce qui est parfois évidemment impossible –, il doit tout mettre en œuvre pour le faire. C'est lorsqu'il fait défaut à cette obligation que sa responsabilité peut être engagée.

Les conditions

Pour cela, il faut qu'il y ait une faute, un dommage et un lien de causalité entre les deux.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite loi Kouchner, pose ainsi que « *les professionnels de santé (...) ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute* ».

Les fautes

Que recouvre ce terme ? Il s'agit de l'acte d'un médecin qui a entraîné un dommage anormal au regard de l'évolution prévisible de l'état de santé du patient. Elle est volontaire ou non. Plusieurs types de fautes peuvent être identifiés. Il y a les fautes techniques, lorsque le professionnel ne réalise pas les soins

conformément aux données acquises de la science (validées par l'expérimentation) ou aux règles de l'art. Cela concerne les erreurs de diagnostic, au cours d'un acte médical ou encore dans le choix d'un traitement. Il y a ensuite les fautes liées à la relation avec le patient, comme le non-respect de son consentement ou un défaut d'information.

Le dommage

Le dommage est subi par le patient ou bien par un tiers à condition qu'il soit la conséquence des dommages causés au patient. Il peut être de trois ordres : corporel (lorsqu'il y a atteinte à l'intégrité physique), moral ou matériel.

Pour bénéficier d'une réparation du dommage, la personne doit faire la

preuve de la faute du praticien, du dommage subi et démontrer que l'une a bien été à l'origine de l'autre. Il existe, depuis 2002, une prescription de 10 ans de l'action en responsabilité, à compter de la consolidation du dommage.

La réparation

Si les trois conditions que nous venons d'énoncer sont réunies, la victime peut bénéficier d'une réparation sous forme de compensation financière. Le montant de celle-ci peut être fixé au terme d'une procédure à l'amiable ou bien judiciaire. Pour faire face à ce risque, la plupart des praticiens souscrivent une assurance spécifique en RCP. Pour les médecins libéraux, c'est même une obligation. ■



Les commissions d'indemnisation et de conciliation

Créées par la loi du 4 mars 2002, les commissions d'indemnisation et de conciliation ont pour objectif de régler à l'amiable les conflits entre patients et médecins sans passer par une procédure judiciaire.

LES PRINCIPAUX FAITS MÉDICAUX POUVANT FAIRE L'OBJET D'UNE CCI



Les accidents médicaux



Les affections iatrogènes (effet indésirable du fait d'une prise de médicaments)



Les infections nosocomiales

COMPOSITION D'UNE CCI



1 Magistrat président



3 Représentants des usagers



2 Professionnels de santé



3 Responsables d'établissements de santé



1 Représentant de l'Oniam (Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales)



2 Personnes qualifiées dans la réparation des préjudices corporels

LA PROCÉDURE D'INDEMNISATION

QUI FAIT LA DEMANDE?



Pour un majeur :
le patient, son avocat ou les ayants droit en cas de décès



Pour un mineur :
le représentant légal

→ envoi du dossier (formulaire + pièces justificatives) à la CCI du lieu de réalisation de l'acte médical en cause

Délai : 10 ans à compter de la consolidation du dommage

→ La CCI se prononce sur le seuil de gravité

1

Commission d'indemnisation si taux d'AIPP* > 24 %

→ rendu de l'avis de la CCI : dans les 6 mois suivant la saisine

- ▶ si le praticien est reconnu responsable :
 - ▶ offre d'indemnisation de la part du praticien dans les 4 mois suivant l'avis de la CCI
 - ▶ le patient peut accepter ou non
- ▶ s'il n'est pas reconnu responsable, il n'a pas à faire d'offre d'indemnisation

2

Commission de conciliation en cas de litige avec un professionnel ou un établissement de santé

→ elle est confiée :

- à un ou plusieurs membres de la CCI
- à la Cruq** de l'établissement de santé concerné
- au CDOM concerné
- à un ou plusieurs médiateurs indépendants

→ 2 possibilités :

- ▶ un accord est trouvé
- ▶ aucun accord n'est trouvé
- ▶ le patient peut saisir les tribunaux



Le résultat de la conciliation est consigné sur un document signé par les parties

*Atteinte à l'intégrité physique ou psychique

** Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge

« En droit pénal médical, la majorité des cas de poursuites concernent des infractions non intentionnelles »

Tout médecin peut être confronté à l'engagement de sa responsabilité pénale. Le point avec Patrick Mistretta, professeur et auteur d'un ouvrage sur le sujet : *Droit pénal médical – Contentieux, responsabilité pénale, droits du patient.*

Avec...



PATRICK MISTRETTA, professeur des universités, pénaliste, auteur de l'ouvrage *Droit pénal médical – Contentieux, responsabilité pénale, droits du patient*, éd. LGDJ, 2022.

Quelle est la spécificité de la responsabilité pénale par rapport aux responsabilités civile et disciplinaire ?

La responsabilité médicale s'articule dans deux directions. La première est celle qui cherche à indemniser, et donc à réparer un préjudice. C'est la responsabilité civile ou administrative. La seconde entend davantage sanctionner un manquement de la part du médecin. Lorsque cela concerne la déontologie ou les règles professionnelles, on recourt à des sanctions disciplinaires. Mais on peut aussi rechercher le prononcé de sanctions pénales, auquel cas on engagera la responsabilité pénale devant

des juridictions répressives. Les sanctions seront alors celles du Code pénal : emprisonnement, amendes...

Existe-t-il d'autres sanctions que celles-ci ?

Les peines principales sont les sanctions « classiques » : l'emprisonnement et l'amende. Généralement, les peines d'emprisonnement sont prononcées avec du sursis. Mais il y a également les peines complémentaires. Là, on voit souvent prononcée la peine d'interdiction d'exercer la profession médicale, à titre provisoire ou définitif. C'est une peine redoutable que l'on retrouve assez fréquemment. C'est notamment le cas quand les faits sont répétés, d'une gravité importante, ou lorsqu'ils semblent incompatibles avec l'exercice médical ultérieur, par exemple quand il y a escroquerie.

Est-ce que, comme pour les autres responsabilités, il faut qu'il y ait une faute ou un préjudice et qu'ils soient imputables au médecin ?

Il existe des points communs entre les trois types de responsabilités, mais aussi des différences. Il y a souvent la nécessité de démontrer la faute, mais ce ne sont pas les mêmes référentiels. Et ce n'est

pas la même logique. En matière de sanction, la responsabilité est toujours personnelle. Le médecin est assuré pour l'aspect civil, c'est une obligation, mais jamais l'assureur n'assurera la condamnation du praticien sur le plan disciplinaire ou pénal. De plus, en droit pénal, le préjudice est apprécié en matière de dommage causé par l'infraction.

Justement, de quel type d'infraction parle-t-on concrètement ?

Le droit pénal médical est composé de deux grandes branches. La première, c'est le droit pénal commun applicable aux médecins. Il s'agit des infractions que l'on retrouve dans le Code pénal et qui s'appliquent à l'égard de tous les citoyens, dont les médecins. On retrouve les homicides involontaires, les coups et blessures involontaires, l'omission de porter secours à une personne en danger, les infractions sexuelles, l'escroquerie, l'abus de confiance... La seconde est composée d'un droit pénal spécifique à la profession médicale. Ce sont des infractions que l'on retrouve plutôt dans le Code de la santé publique. Par exemple, les faux certificats médicaux, les questions liées à la bioéthique, l'exercice illégal de la profession de médecin...

Quels sont les différents types de fautes qui peuvent engager la responsabilité pénale ?

Il faut distinguer les infractions dites intentionnelles et celles dites non intentionnelles. Si l'on se situe dans la première catégorie, il faudra démontrer que le médecin avait l'intention de réaliser l'infraction. Ces fautes sont rares, car il s'agit souvent d'infractions graves. On retrouve ce qui gravite autour de l'euthanasie (meurtre, empoisonnement...), des infractions comme les faux, les infractions sexuelles... Il s'agit également de la fraude, que ce soit la fraude fiscale ou encore l'escroquerie. Pour autant, en droit pénal médical, la majorité des cas de poursuite concernent les infractions non intentionnelles. Il n'y a pas alors à démontrer l'intentionnalité du praticien. On parle essentiellement d'homicide involontaire et de coups et blessures involontaires. S'il y a une causalité directe entre le comportement du médecin et le dommage subi par le malade, c'est une faute pénale simple, et l'on se contente de l'imprudence, de la négligence, ou de la maladresse pour sanctionner pénalement le médecin... Si la causalité est indirecte, il faut démontrer une faute plus grave, que l'on appelle la faute pénale qualifiée.



Est-ce que l'on peut dater ce mode de fonctionnement de la responsabilité pénale ?

Il est difficile de donner une date précise. On trouve des traces de la responsabilité des médecins depuis très longtemps. Au Moyen Âge, ils bénéficiaient d'une sorte d'impunité de fait, alors que rien ne faisait obstacle sur le plan juridique à ce que l'on engage leur responsabilité. Le Code pénal de 1810 contenait des infractions qui pouvaient être imputables aux médecins, comme l'avortement, par exemple. Certains ont été poursuivis mais il n'y a pas eu de procès spectaculaires ni beaucoup de procédures. Là où l'on voit un changement, c'est à partir du début des années 1960. Les poursuites pénales ont cessé d'être symboliques et rarissimes car à partir de ce moment-là, la conception de la relation médicale et l'attente des patients commencent à évoluer. Les malades revendiquent des droits et la loi va les leur

reconnaître. Le point d'orgue, c'est la loi du 4 mars 2002.

Existe-t-il une particularité française en matière de responsabilité pénale médicale ?

Ce que l'on peut dire, c'est que le droit pénal médical français n'est pas sévère. Statistiquement, le risque pénal est dérisoire pour un praticien. Quand on est médecin, on a bien plus à craindre dans son cabinet en tant qu'employeur ou en étant associé à une structure : le droit du travail ou des sociétés engage bien plus la responsabilité des médecins que le droit médical. En général, quand un médecin est poursuivi et condamné pénalement, c'est bien souvent pour des manquements et des défaillances graves lors de la prise en charge médicale. En revanche, il y a des pays où l'on est beaucoup plus enclin à engager la responsabilité, mais c'est lié au système juridique du pays. C'est le cas des pays anglo-saxons, notamment des États-Unis. Il n'y a pas de dérive à l'américaine en France. ■



La responsabilité disciplinaire

Les médecins peuvent voir leur responsabilité engagée à trois niveaux : civil, pénal et disciplinaire. Luc Derepas, président titulaire de la Chambre nationale disciplinaire, revient sur le rôle et le fonctionnement de la juridiction ordinaire.

Avec...



LUC DEREPAS,
professeur des universités,
président titulaire de la Chambre
nationale disciplinaire
et conseiller d'État

Qu'est-ce qu'une juridiction disciplinaire ?

La responsabilité disciplinaire du médecin peut être engagée à la suite d'un manquement au Code de déontologie. À cette responsabilité disciplinaire correspond donc une juridiction disciplinaire, qui est une juridiction ordinaire, placée auprès de chaque ordre de santé. La tâche du juge disciplinaire, qui statue en toute indépendance des organes administratifs de l'ordre, est alors de sanctionner ces manquements. Cependant, il arrive que pour une même faute disciplinaire, les trois responsabilités soient engagées : civile, pénale et disciplinaire. C'est le cas, par exemple, quand la faute déontologique a été l'origine de dommages sur la personne du patient et constitue également une infraction pénale.

Sur quel fondement l'Ordre est-il autorisé à sanctionner un médecin ?

Depuis l'ordonnance du 24 septembre 1945 qui a créé l'Ordre des médecins, ce dernier est tenu de veiller à « *l'observation, par tous ses membres, des devoirs professionnels, ainsi que des règles édictées par le Code de déontologie* ». La médecine est un métier à risques, très exposé socialement. L'idée est donc que la profession médicale puisse s'autoréguler et s'assurer du respect de l'éthique professionnelle.

Quel type de comportement fait le plus fréquemment objet d'une plainte devant la juridiction disciplinaire ?

Aujourd'hui, deux tiers (65 %) des plaintes formées devant

les instances disciplinaires concernent la relation de soins entre le médecin et le patient. Tout un continuum d'articles du Code de déontologie portant sur «*les devoirs envers les patients*» est invoqué : l'article 32 sur la qualité des soins; l'article 33, qui porte sur l'obligation d'un diagnostic sûr et éprouvé; les articles 35 et 36 sur l'information et le consentement du patient; et enfin les articles 39 sur le charlatanisme et 40 relatif à l'exposition du patient à un «*risque injustifié*».

Cela a-t-il toujours été le cas ?

Non, pendant longtemps, les principaux manquements au Code de déontologie portés devant la juridiction disciplinaire étaient aux règles d'exercice de la profession, soit à l'égard de l'Ordre lui-même, soit à l'égard d'autres professionnels. Il s'agissait essentiellement de faire respecter les «*principes de moralité et de probité*» du médecin (article 3) et de sanctionner un comportement «*de nature à déconsidérer*» la profession (article 31). Beaucoup de manquements portaient par exemple sur les certificats médicaux délivrés (certificats de complaisance) et sur le non-respect de la confraternité. D'autres plaintes portaient sur la publicité et sur l'exercice de la médecine comme un commerce.

Comment expliquer cette évolution ?

La loi du 4 mars 2002, dite loi Kouchner, a réalisé un changement de perspective dans la relation médecin-patient. Les patients ont le droit de demander des comptes au médecin sur la façon dont ils sont soignés. Depuis 2007, le Code de la santé

publique (CSP) a ouvert au patient le droit de former des plaintes contre son médecin devant les instances disciplinaires. L'Ordre remplit toujours son rôle de régulation de l'activité des médecins entre eux mais ce rôle est devenu minoritaire. Il y a aujourd'hui plus de patients que de médecins qui sollicitent les juridictions disciplinaires.

Pourtant, un patient ne peut pas former de plainte devant les instances disciplinaires contre n'importe quel médecin...

C'est une cause d'irrecevabilité importante, souvent mal perçue par les patients. L'article L. 4124-2 du CSP dispose que seules des entités publiques peuvent porter plainte contre les médecins hospitaliers : l'ARS, les conseils départementaux ou national de l'Ordre, le procureur de la République, le ministre de la Santé. Pour diriger sa plainte contre un médecin hospitalier, le patient doit donc passer par un intermédiaire

D'ordinaire, quel est le circuit de la plainte ?

Pour former une plainte, il suffit d'écrire au conseil départemental de l'Ordre en faisant part de ses griefs dans un langage courant. La juridiction prendra soin ultérieurement de les traduire en termes juridiques. Le CSP a prévu une étape obligatoire de conciliation entre le plaignant et le médecin devant le conseil départemental de l'Ordre dont ressort le médecin pour essayer de régler le litige. Cette conciliation est très efficace : elle conduit à l'abandon de la procédure dans 75 % des cas. Mais elle échoue dans les plus lourds, notamment les manquements graves

touchant à l'intégrité corporelle ou psychique du patient. La plainte est alors transmise à la chambre disciplinaire de première instance, placée auprès du Conseil régional de l'Ordre.

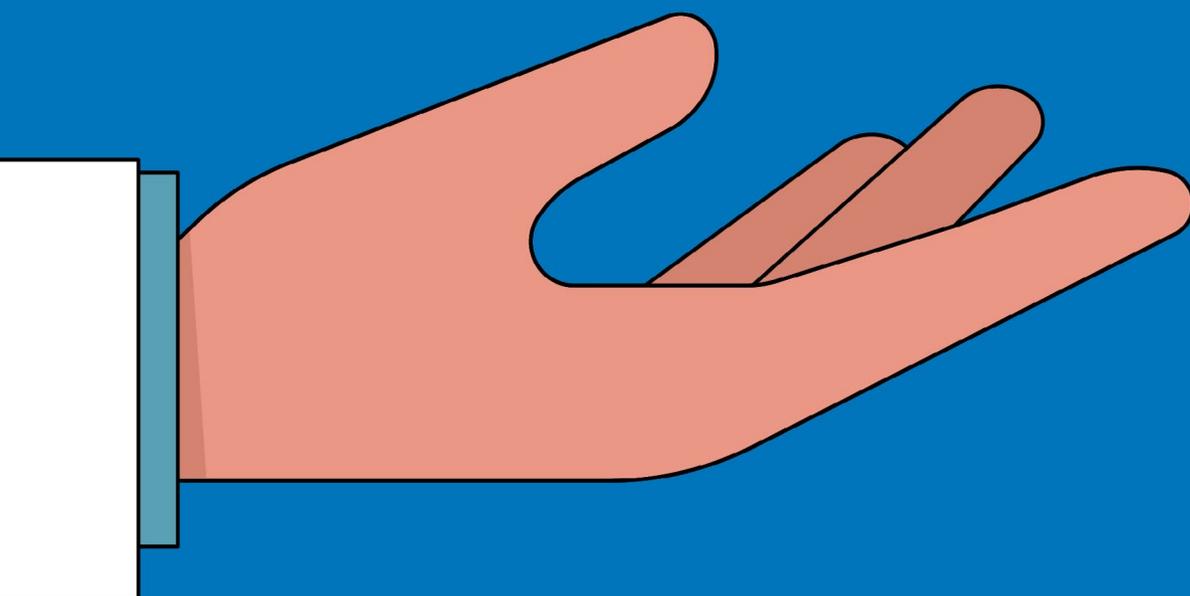
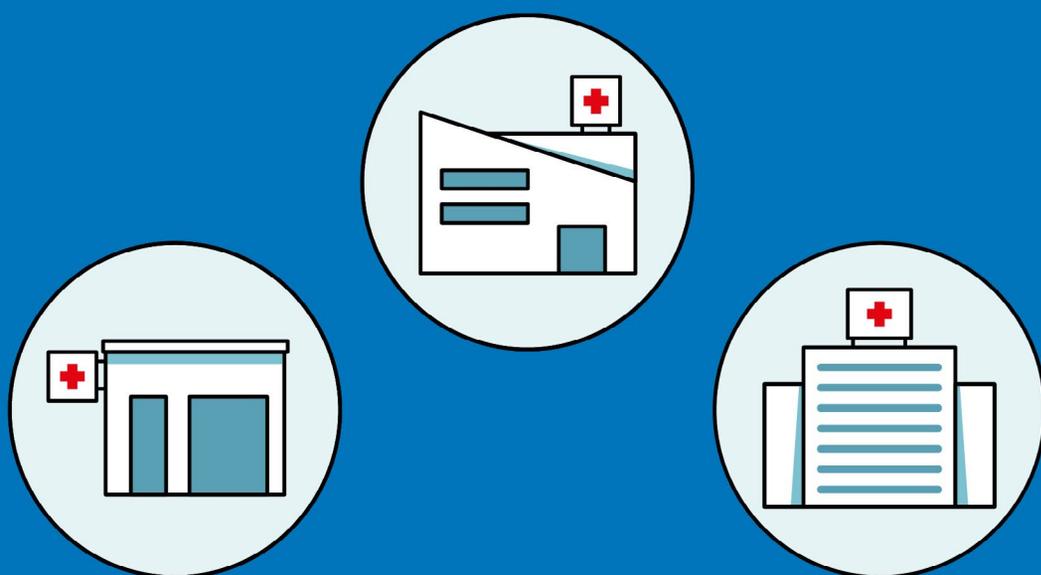
Pourquoi d'abord passer par les chambres de première instance présentes dans chaque région avant la chambre nationale ?

Il s'agit d'assurer une couverture suffisante du territoire. Mais cette procédure vise surtout à appliquer le principe de «*double degré de juridiction*», qui gouverne la plupart des procédures juridictionnelles. Il peut arriver qu'une partie ne soit pas d'accord avec le raisonnement juridique ou l'appréciation des faits portée par le juge de première instance : on demandera alors au juge d'appel de restaurer sur le litige. La chambre disciplinaire nationale statue donc en appel. Ce système fonctionne bien. Chaque année, environ 1500 décisions sont rendues par les chambres disciplinaires de première instance et un tiers font l'objet d'un appel devant la chambre disciplinaire nationale. Dans deux tiers des cas, la décision rendue en première instance est donc acceptée par les parties.

Quelles sanctions encourt un médecin condamné par la juridiction ordinaire ?

Une échelle de sanctions sont prévues par le CSP : l'avertissement – qui vise à inciter le médecin à ne pas réitérer le manquement –, le blâme, la suspension temporaire – avec ou sans sursis – et la radiation du Tableau des médecins de l'Ordre. Cette radiation est en principe définitive, mais il y a toujours possibilité d'un «*relèvement*». ■

DES VARIATIONS SELON LE MODE D'EXERCICE



Médecins libéraux : assurance obligatoire



Il n'existe pas de spécificité au mode d'exercice libéral pour les responsabilités pénale ou disciplinaire. En revanche, la loi du 4 mars 2002 a inscrit l'obligation pour les professionnels exerçant en libéral de souscrire une assurance responsabilité civile professionnelle. Le point sur cette RCP.

La RCP, c'est quoi ?

→ De façon générale, l'assurance RCP permet aux entreprises d'être assurées contre les conséquences découlant de leur activité. Comme son nom l'indique, elle garantit les dommages liés à la responsabilité civile. Il s'agit donc de se substituer, dans une certaine mesure, au professionnel pour régler la réparation du préjudice.

Elle peut être souscrite par n'importe quelle entreprise ou n'importe quel professionnel libéral, et est obligatoire pour certaines professions réglementées. C'est le cas des médecins.

Que se passe-t-il en cas de non-souscription ?

→ Le Code de la santé publique prévoit une amende allant jusqu'à 45000 euros en cas de manquement à l'obligation d'assurance. Le médecin risque par ailleurs une interdiction d'exercer.

Les seules dérogations possibles sont accordées aux établissements publics de santé, eux aussi soumis à l'obligation de RCP. Il faut alors qu'ils « *disposent des ressources financières leur permettant d'indemniser les dommages dans des conditions équivalentes à celles qui résulteraient d'un contrat d'assurance* ».

Quelle couverture ?

→ La RCP offre un accompagnement dans la recherche d'une solution à l'amiable, une prise en charge des frais juridiques et de procédure, ainsi que la réparation du préjudice. La réglementation fixe le plafond de cette prise en charge à 8 millions d'euros par sinistre et 15 millions d'euros par année.

Existe-t-il des aides ?

→ Certains spécialistes libéraux exerçant en établissement de santé peuvent bénéficier d'une aide à la souscription d'une assurance RCP de la part de l'Assurance maladie. Cette

aide est annuelle et est versée sous certaines conditions. Son plafond varie entre 9800 euros et 25200 euros, selon les spécialités.

Quand résilier son contrat ?

→ Il peut être tentant de résilier son contrat d'assurance au lendemain de sa retraite. Toutefois, être retraité ne signifie pas toujours cesser complètement son activité. Même ceux qui ne continuent pas à travailler peuvent être amenés à dispenser certains soins à leurs proches. Dans ces deux cas, il est important d'être couvert. Le Conseil départemental de l'Ordre des médecins du Val-de-Marne résume ainsi : « *Ne résiliez pas votre RCP tant que vous n'avez pas résilié votre inscription au tableau de votre conseil départemental.* » ■



REPÈRES JURIDIQUES

Le risque de devoir débours des sommes importantes dans le cadre d'une indemnisation va de pair avec celui de l'insolvabilité du praticien. C'est pour prévenir ce type de situation que la loi du 4 mars 2002 a posé l'obligation de « *souscrire une assurance* » destinée à garantir notamment les professionnels de santé libéraux « *pour leur responsabilité civile susceptible d'être engagée [...] dans le cadre de (leur) activité de prévention, de diagnostic ou de soins* ».

Médecins salariés

Les médecins salariés n'engagent pas leur responsabilité civile personnelle... sauf exception. Zoom sur les spécificités de ce mode d'exercice. Selon le type de responsabilité engagée, les conséquences ne sont pas les mêmes pour les médecins salariés.

La responsabilité civile

Un médecin salarié peut commettre un acte occasionnant un dommage au patient. Dans ce cas, si le praticien a agi dans le cadre de la mission qui lui était impartie par son employeur, c'est la responsabilité civile de ce dernier qui est engagée. L'employeur – ou son assureur – assure donc l'indemnisation de la victime. Il peut, en cas d'abus de mission, se retourner contre son salarié.

Pour que le praticien soit considéré comme ayant abusé de sa mission, trois conditions doivent être réunies : il doit avoir agi sans autorisation de son employeur, à des fins étrangères à ses attributions (dans un intérêt personnel), et hors de ses fonctions (par exemple en utilisant du matériel qui n'est pas d'ordinaire nécessaire à sa pratique).

Les responsabilités pénale et disciplinaire

En matière pénale chacun doit répondre personnellement de ses actes.

En cas de faute pénale, c'est bien la responsabilité du médecin salarié qui est engagée. L'article 121-1 du Code pénal indique ainsi : « *Nul n'est responsable pénalement que de son propre fait.* » L'employeur ne peut donc se substituer à son employé. Toutefois, sa responsabilité peut être aussi parfois engagée, mais elle l'est alors conjointement, en plus de celle du praticien.

Quant aux procédures disciplinaires, elles sont également personnelles

et n'engagent que la responsabilité du médecin mis en cause.

Dans les deux cas, les sanctions sont personnelles.

L'intérêt d'une assurance

Nous l'avons vu, il existe des cas où la responsabilité de l'employeur ne peut se substituer à celle du salarié. Ce dernier doit alors assumer seul l'indemnisation de la victime. De la même façon, c'est à lui de régler ses frais de justice étant donné l'engagement personnel indissociable du pénal. Il est fortement recommandé de s'assurer contre ce genre de risque de dépenses, même si la souscription d'une RCP n'est pas obligatoire pour les non-libéraux. ■



REPÈRES JURIDIQUES

Jusqu'en 2000, le principe consistant à faire porter à l'employeur la responsabilité civile de ses employés était réservé aux fonctionnaires et agents publics. Un arrêt du 25 février a étendu cette logique à l'ensemble des salariés... exception faite des professions médicales. La raison invoquée était leur grande indépendance dans leur pratique.

En novembre 2004, la Cour de cassation pose finalement que c'est la responsabilité civile de l'employeur qui est engagée lorsque le médecin salarié commet un acte occasionnant un dommage. L'arrêt indique : « *Le médecin salarié, qui agit sans excéder les limites de la mission qui lui est impartie par l'établissement de santé privé, n'engage pas sa responsabilité à l'égard du patient.* »



À modes d'exercice particulier, responsabilités spécifiques

Médecin en santé au travail, expert de victimes ou territorial : les responsabilités sont-elles les mêmes ? Zoom sur ces trois cas spécifiques.

Avec...



D^e FRÉDÉRIQUE NASSOY-STEHLINI,
conseillère nationale



D^e JACQUELINE ROSSANT-LUMBROSO,
vice-présidente



D^e AGNÈS LACASSIE-DECHOSAL,
médecin départemental

1

Médecins experts

Qu'ils soient experts judiciaires, médecins conseils d'assurance ou de victimes, tous les médecins experts sont susceptibles de voir leur responsabilité pénale, civile et disciplinaire engagée. « Ils sont bien sûr soumis au Code de déontologie médicale et quatre articles spécifiques les concernent directement »,

indique le D^r Jacqueline Rossant-Lumbroso, vice-présidente du Cnom et médecin conseil de victimes. Ces articles (105 à 108) portent sur le non-cumul des missions de médecin expert et de médecin traitant pour un même patient, sur le devoir de récusation dans certaines situations, sur le devoir d'informer la personne à examiner du cadre juridique dans lequel l'expertise est pratiquée, et enfin sur la nécessité de cantonner le rapport d'expertise aux éléments requis par les questions posées. « Pour résumer, le médecin expert doit répondre à sa mission et seulement à sa mission en fonction des éléments qui lui sont fournis par la personne expertisée. »

Les plaintes disciplinaires portent principalement sur quatre éléments :

1. Contestation des conclusions. Sur le plan déontologique, l'expert doit seulement montrer qu'il a respecté le Code de déontologie et les procédures en vigueur.

2. Rupture du secret médical. Un médecin expert ne doit jamais s'appuyer sur des éléments auxquels il aurait pu avoir accès par rupture du secret médical. Cela peut parfois poser des cas de conscience. « Un expert praticien hospitalier a accédé par mégarde au dossier médical de la victime expertisée. Ce faisant, il a constaté que celui-ci lui cachait des antécédents médicaux décisifs. Il a dû taire sa découverte dans son rapport d'expertise. En faire usage l'aurait exposé à une faute pénale. »

3. Comportements inappropriés.

4. Défaut de compétences. Celui qui missionne un expert attend de lui des réponses compétentes et impartiales. Malheureusement, l'incompétence de l'expert n'est pas facilement identifiable alors que ses conséquences peuvent être graves. Ainsi, des sous-diagnostics de maltraitance infantile, ou au contraire des surdiagnostics dus par exemple à des causes médicales rares, peuvent conduire à des erreurs médicales et judiciaires, à des placements injustifiés ou à des défauts de protection... La compétence est donc la qualité la plus importante et celle qui est la plus difficile à affirmer. « C'est aussi celle qui peut exposer l'expert, au-delà de ce que nous avons vu, à une grave question de responsabilité morale », ajoute le D^r Rossant-Lumbroso.

Dans le cas d'une expertise en responsabilité médicale, les médecins experts sont soumis à la règle de confraternité : même si les éléments portés à leur connaissance indiquent une faute de la part de leur confrère, ils ne peuvent la dénoncer que s'ils sont missionnés par une Commission de conseil et d'indemnisation ou par un juge. Dans les autres cas, ils doivent se limiter à formuler des interrogations sur les hypothèses suivies et les décisions prises par leurs confrères.

2

Médecins en santé au travail

La mission première des médecins du travail est d'éviter l'altération de l'état de santé des salariés du fait de leur emploi, c'est donc une médecine préventive. «*Au quotidien, nous intervenons pour vérifier que l'état de santé des salariés est compatible avec leur poste de travail, nous proposons des aménagements de poste ou des changements organisationnels permettant d'améliorer les conditions de travail*», indique le D^r Frédérique Nassoy-Stehlin, présidente du CDOM 90 et conseillère nationale. Qu'ils exercent dans le cadre d'un service de santé au travail interentreprises (SPSTI) ou au sein d'un service d'entreprise, les médecins du travail sont toujours salariés. Sur le plan de la responsabilité civile, cela signifie que si une personne s'estime victime d'un incident du fait d'un manquement du médecin du travail et réclame des dommages et intérêts, c'est en principe l'employeur du médecin qui devra répondre financièrement en cas de condamnation. Un médecin du travail pourra être poursuivi au pénal pour mise en cause personnelle en cas d'homicide ou blessure involontaire, mise en danger de la vie d'autrui ou non-assistance à personne en danger.



Pour l'heure, il n'y a pas d'exemple jurisprudentiel de responsabilité pénale engagée pour une infraction involontaire. «*Enfin, comme tous les médecins, nous pouvons être traduits en chambre disciplinaire, en cas notamment de manquement au respect du secret médical – qui peut engendrer également une procédure pénale –, ou en cas d'aliénation de notre indépendance professionnelle, incompatible avec notre mission de conseiller de l'employeur et du salarié.*»



3

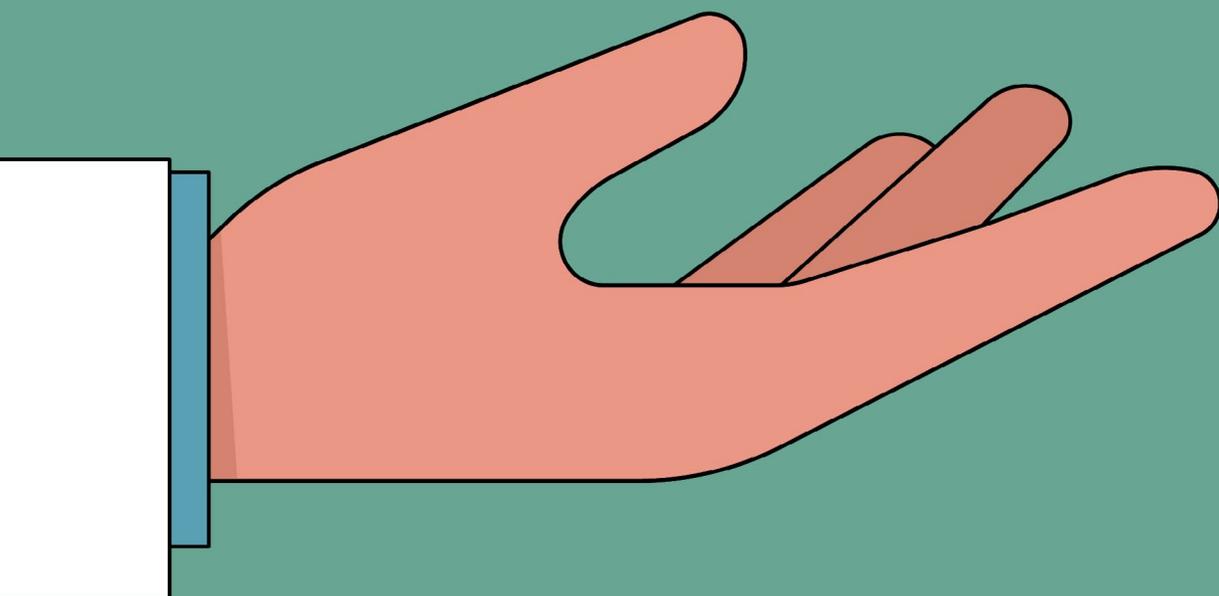
Médecins territoriaux

Les médecins territoriaux ont des missions variées. Ils participent à la mise en œuvre, à l'exécution et à l'évaluation de la politique de leur collectivité en matière de santé publique. Ils peuvent se voir confier des missions de contrôle d'établissements médico-sociaux, d'études, mais aussi collaborer à des tâches d'enseignement, de formation et de recherche dans leur domaine de compétence. Ils peuvent également

exercer des missions cliniques auprès de patients. «*Lorsqu'un préjudice survient dans le cadre d'une mission confiée à un médecin par l'administration qui l'emploie, celle-ci voit sa responsabilité engagée en tant que faute de service*, indique le D^r Agnès Lacassie-Dechosal, médecin départemental de PMI en Haute-Savoie. *Le médecin ne sera mis en cause personnellement qu'en cas de faute grave par manquement aux obligations liées*

à son métier.» Dans certaines situations, sa responsabilité pénale peut être engagée. C'est le cas lorsque l'on constate qu'une infraction a été commise à l'occasion du dommage. Enfin, les médecins territoriaux peuvent être renvoyés devant le Conseil de l'Ordre en cas de faute déontologique. Ils peuvent également faire l'objet d'une sanction disciplinaire de la part de la collectivité en cas de manquement aux règles établies par cette dernière.

LES SITUATIONS QUI ENGAGENT LA RESPONSABILITÉ



Les chiffres clés du risque médical des professionnels de santé en 2022

LES DÉCLARATIONS DE SINISTRES

4 075

déclarations de sinistres (dommages corporels) par des professionnels de santé

→ -5 % par rapport à 2021

→ 1 déclaration sur 2 concerne les médecins (soit 1968 déclarations, contre 1991 en 2021 et 2321 en 2019)

TOP 3 DES SPÉCIALITÉS LES PLUS MISES EN CAUSE PAR UN PATIENT (EN VALEUR ABSOLUE) :

- 1 363 médecins généralistes
- 2 267 chirurgiens orthopédiques et traumatologiques
- 3 186 ophtalmologistes

1,17 %

Taux de sinistralité (fréquence du nombre de déclarations pour 100 sociétaires) des médecins

→ Un chiffre stable par rapport à 2021 (1,23 %)

→ Pour les seuls médecins généralistes libéraux, le taux de sinistralité s'établit à 0,87 %



TOP 3 DES SPÉCIALITÉS LIBÉRALES DONT LE TAUX DE SINISTRALITÉ EST LE PLUS ÉLEVÉ :

- 1 La chirurgie viscérale et digestive/chirurgie générale : 74,51 %
- 2 La neurochirurgie : 69,17 %
- 3 La chirurgie orthopédique et traumatologique : 41,62 %

TOP 3 DES SPÉCIALITÉS POUR LESQUELLES LES PRATICIENS SUBISSENT LE PLUS GRAND NOMBRE DE POURSUITES :

- 1 Chirurgiens
→ notamment en orthopédie et en neurochirurgie
- 2 Médecins généralistes
- 3 Anesthésistes-réanimateurs



LES DÉCISIONS DE JUSTICE

+4 %

C'est la hausse des décisions de justice civiles et pénales, avec 426 décisions rendues.

771

C'est le nombre de professionnels de santé et d'établissements de soins mis en cause.

64 %

des décisions de justice ont mis en cause des médecins.

72 %

des poursuites donnent lieu à une condamnation d'un professionnel de santé mis en cause.

→ +5 points sur un an

7,3 millions d'euros

L'indemnisation la plus lourde. Elle a impliqué un généraliste.

46,3 millions d'euros

Montant total des indemnisations allouées par les juridictions civiles
→ -6 % par rapport à 2021)



Sources : Bilan annuel du risque médical – MACSF-Sou Médical, Édition 2022. Les données sont calculées sur la base des mises en cause de ses sociétaires en 2022.

Les réclamations contre les médecins stagnent, mais les magistrats sont plus sévères

La MACSF – Le Sou Médical publie son bilan annuel consacré aux réclamations et plaintes contre les professionnels de santé en France. Décryptage avec Nicolas Gombault, directeur général délégué.

Avec...



NICOLAS GOMBAULT,
directeur général
délégué de la MACSF

Après une recrudescence des sinistres déclarés en 2021, le nombre global de déclarations a baissé de 5 % en 2022 pour les professionnels de santé. Qu'en est-il des médecins en particulier ?

Nous constatons que les médecins sont davantage exposés au risque de mise en cause de leur responsabilité : ils concentrent près de la moitié des procédures lancées. Le taux de sinistralité – c'est-à-dire la fréquence du nombre de déclarations de dommages (corporels et matériels) pour 100 sociétaires – s'établit à 1,17 % en 2022, soit à peine moins que l'année précédente.

Dans quel état d'esprit sont-ils face à des patients qui n'hésitent pas à déposer plainte contre eux ?

Depuis de nombreuses années déjà, les médecins, en ville et à l'hôpital, regrettent l'augmentation des procédures en justice par leurs patients pour divers motifs : retard de diagnostic de cancer, mauvaise interprétation de signes cliniques annonciateurs d'AVC ou d'accident cardiaque, mauvaise gestion des maladies chroniques, défaut de prise en charge... Cette situation place une épée de Damoclès au-dessus de leur tête, qui peut entraîner des conséquences sur leur pratique, leur moral, leur réputation.

Vous constatez également la grande sévérité des tribunaux, au civil comme au pénal, dans les affaires d'accidents médicaux. Pourquoi est-ce préoccupant ?

Sept décisions sur dix donnent lieu à une condamnation du professionnel de santé mis en cause. Le chiffre se situait entre 30 et 35 % dans les années 1980. Cette sévérité traduit les exigences sociétales qui font peser beaucoup plus d'obligations sur les professionnels de santé et les établissements dans lesquels ils exercent. L'intensité du risque peut être extrême en médecine générale comme en neurochirurgie et en chirurgie.

Dans ce contexte, quels conseils donneriez-vous aux médecins ?

De bien vérifier qu'ils sont assurés en considération de leur statut et des actes qu'ils pratiquent, et ce tout au long de leur carrière. Je cite souvent l'exemple d'un jeune médecin qui débute sa carrière en effectuant des remplacements. Quelques années plus tard, il s'installe et oublie d'adapter les garanties de sa couverture en responsabilité civile professionnelle selon ses besoins et nouvelles modalités d'exercice. ■

QUELS EFFETS DE LA LOI RIST ?

La loi Rist du 19 mai 2023 a élargi le champ de compétences de divers professionnels paramédicaux comme les IPA qui peuvent prescrire des examens complémentaires. En matière vaccinale, la loi a également confié de nouvelles missions aux sages-femmes, infirmiers, pharmaciens, et à certains étudiants en médecine et pharmacie. Pour Nicolas Gombault, « ces accroissements de compétences ont des conséquences sur la responsabilité civile professionnelle. Mais il est encore trop tôt pour dire dans quelle mesure les mises en cause augmenteront ».

« Le consentement n'est pas une donnée figée, mais dynamique »

Avec...



DR ANNE-MARIE TRARIEUX,
présidente de la section
Éthique et déontologie

Quelle est l'articulation entre les notions de consentement « libre » et « éclairé » ?

Pour parler de consentement libre, il faut d'abord qu'il soit éclairé. Être bien informé est un prérequis pour prendre la bonne décision. D'ailleurs, le Code de déontologie traduit très bien cette articulation : le devoir d'informer le patient (article R. 4127-35 CSP) y précède celui de la recherche du consentement (article R. 4127-36 CSP). En étant informé, le patient comprend les conséquences et les risques de certaines décisions. Il devient capable de choix autonomes et auxquels il adhère. C'est l'idée de l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. »

Comment le médecin peut-il s'assurer du caractère libre et éclairé du consentement ?

Est-on jamais tout à fait libre face à la maladie ? Il n'est pas certain

que le patient comprenne d'emblée tous les enjeux et les conséquences d'un diagnostic annoncé. Un diagnostic grave peut créer un état de sidération, faussant la décision. Rappelons que le consentement n'est pas une donnée figée, mais dynamique : il peut être repris, revu, rediscuté. Les temps d'échanges permettent d'accompagner la prise de décision du patient et de confirmer qu'il comprend ce à quoi il consent. Un consentement donné ne l'est pas irrémédiablement. Prendre le temps est le meilleur moyen de construire avec le patient une décision solide.

Existe-t-il, au-delà du contenu de l'information, des exigences formelles à respecter ?

En matière de formalisme, la loi prévoit seulement que « cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel » (article L. 1111-2 CSP). Il est en revanche nécessaire que le médecin adapte l'information qu'il délivre à la capacité de compréhension du patient. L'article R. 4127-35 du CSP dispose ainsi que « le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état ». Par exemple, en voulant être exhaustif, il y a un risque de noyer l'information la plus importante. Trop d'information tue l'information. Le médecin doit donc hiérarchiser ses explications médicales sans travestir la vérité. Une information n'a pas non plus à être assenée comme une vérité brutale. On n'impose pas le résultat

d'un diagnostic plus vite que la personne ne peut l'entendre. Le courage qu'exige une annonce grave ne dispense pas d'user d'un ton approprié. Ce même article 35 du Code de déontologie médicale indique que le médecin « tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension ». Il y a autant de formes à adopter que de patients à traiter.

Certains actes médicaux exigent-ils une trace écrite du consentement ?

À part la chirurgie esthétique, où la relation médecin-patient est régie par un contrat de prestation de services, il n'y a pas d'obligation de trace écrite. Le Comité consultatif national d'éthique « ne considère pas qu'il soit pertinent de recueillir le consentement de manière écrite ». Il insiste en revanche « sur le fait que le consentement ne doit plus être tacite ou présumé, mais être explicite et différencié pour chacun des examens pratiqués durant une consultation ». Ce n'est pas parce que l'on consent à aller chez le médecin que l'on consent a priori à tous ses gestes. Chaque examen, chaque moment diagnostique ou thérapeutique doit être explicité pour qu'un consentement puisse être donné. Un document signé ne prouve pas que le soin a été de qualité ni que l'accompagnement dans la prise de décision a été respecté. Cette procédure risquerait au contraire de couper court aux échanges nécessaires au recueil

du consentement, voire d'instaurer de la distance entre soignant et soigné. Après des plaintes de patientes liées à des violences gynécologiques, notamment lors d'exams pelviens, le Cnom a jugé nécessaire de rappeler ces principes.

En quoi l'information et le consentement du patient peuvent-ils entraîner une mise en cause de la responsabilité du médecin ?

L'information du patient et le recueil de son consentement sont des exigences anciennes du Code de déontologie médicale. La loi du 4 mars 2002 érige ces obligations déontologiques en droits du patient. Il revient au médecin de fournir les éléments qui prouvent qu'il a bien délivré une information claire, loyale, et appropriée à son patient et qu'il a recueilli son consentement. L'information

et le consentement sont les piliers de l'alliance thérapeutique et de la coconstruction d'un parcours de soins.

Existe-t-il des exceptions à l'information et au consentement du patient ?

Le médecin n'est dispensé d'informer ou de recueillir le consentement que dans des cas d'urgence vitale ou quand le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté. Il faut alors contacter la personne de confiance. Même dans une situation de représentation juridique de la personne, on doit tenir compte de l'avis exprimé par le patient : on ne peut pas passer outre sa volonté. Il faut au contraire redoubler d'exigence. Le rôle du médecin est alors non pas simplement d'informer, mais d'adapter cette information pour la rendre la plus intelligible possible. S'y ajoute le refus du patient de recevoir l'information. Le droit d'être informé a pour corollaire le droit de ne pas savoir. En effet,

il peut arriver que la personne demande à être tenue dans l'ignorance, par exemple par peur d'un diagnostic grave. Le médecin doit respecter cette volonté. Une exception à l'exception doit cependant être notée, pour des raisons de santé publique, «*lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission*», il y a obligation d'information du patient à la charge du médecin.

Ce refus d'information décharge-t-il le médecin de sa responsabilité ?

Ce refus peut le placer dans des situations complexes. D'une part, le médecin doit veiller à ce qu'une preuve du refus d'information soit rapportable, non seulement pour se protéger, mais aussi pour que les autres professionnels soient avisés de ce refus. D'autre part, le refus du patient peut empêcher le médecin de prodiguer les soins nécessaires. Le praticien doit donc attirer l'attention du patient sur les conséquences de son refus d'information. ■



Le certificat, un document engageant

Il peut sembler banal, et pourtant ! Le certificat médical est un document qui engage la responsabilité du médecin et nécessite donc une vraie vigilance.

Plus de 20 % des plaintes enregistrées auprès des chambres disciplinaires de première instance sont liées à des certificats médicaux. Le signe que, même s'il peut sembler une formalité, le certificat médical n'est pas un document anodin.

Les risques encourus

La rédaction d'un certificat médical peut entraîner une mise en cause de son auteur sur les trois niveaux de responsabilité. Si le contenu du document a entraîné un dommage au patient – ou à un tiers –, c'est la responsabilité civile du médecin qui peut être engagée. Selon l'aboutissement de la procédure, l'auteur du certificat peut être condamné à des dommages et intérêts. Si le praticien a contrevenu aux règles déontologiques, il peut être poursuivi devant les instances disciplinaires et encourt donc un avertissement, un blâme, voire une interdiction d'exercer. Enfin, si le contenu du certificat constitue une infraction légale, c'est la responsabilité pénale de l'auteur qui est engagée, avec un risque de peine de prison ou d'amende.

Selon la MACSF, les principaux motifs de condamnation liée aux certificats médicaux sont les suivants :

- immixtion dans les affaires de famille et dans la vie privée des patients;
- violation du secret professionnel;
- rédaction d'un certificat de complaisance;
- manquement à l'obligation de mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour protéger un mineur.

Quelques précautions

La rédaction d'un certificat médical obligatoire est généralement assez cadrée, ce qui limite les risques, même s'ils ne sont pas nuls. Pour les autres, la possibilité de faire des erreurs est plus importante et il convient d'être particulièrement vigilant.

Il est ainsi essentiel de s'informer de l'usage du certificat demandé et de réaliser un interrogatoire et un examen clinique. Les éléments et faits médicaux personnellement constatés doivent être décrits de façon précise et objective. Il est tout à fait possible de rapporter les propos du patient entre guillemets ou au conditionnel. En revanche, il ne faut pas se prononcer sur les dires du patient ou la responsabilité d'un tiers.

Attention à la date : un certificat antidaté ou postdaté est considéré comme un faux ! La date inscrite sur le document doit donc être celle du jour où il est dressé, même s'il concerne des faits antérieurs. Quant à la remise du certificat, elle doit se faire en mains propres au patient (et être mentionnée sur le certificat) et non à un tiers, sauf exception (si le patient est mineur, par exemple). Pensez à en conserver un double.

Enfin, il faut savoir que la rédaction d'un certificat n'est pas un dû ou une obligation, au contraire. Si la demande est jugée abusive ou illicite, le praticien se doit de refuser. En cas de doute, il peut demander au patient de revenir plus tard, le temps de se renseigner auprès de l'Ordre. ■

LES CERTIFICATS MÉDICAUX OBLIGATOIRES

Certains certificats sont prévus par la réglementation. Ils sont dits « obligatoires » et leur rédaction et encadrée. Voici les principaux certificats obligatoires et leur modèle éventuel :

- certificats de santé de l'enfant;
- certificats de vaccination obligatoire;
- certificat médical accident du travail et maladie professionnelle;
- certificat à joindre à une demande à la maison départementale des personnes handicapées;
- certificat prévu dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement;
- certificat de constatation de violences;
- certificat de décès.



Le refus d'établir un certificat médical

Avec...



D^r ANNE-MARIE TRARIEUX,
présidente de la section
Éthique et déontologie

Le certificat médical est un acte qui engage le médecin sur le plan de la responsabilité, d'autant plus si ce certificat n'est pas encadré par une loi ou une réglementation.

L'article R. 4127-76 du Code de la santé publique en particulier traite de la nécessité pour le médecin de rédiger les certificats prescrits par un texte et le Cnom rappelle dans ses commentaires que, dans les autres circonstances, le médecin apprécie s'il y a lieu ou non de délivrer le certificat demandé, «*rejetant les demandes indues ou abusives*».

Une demande élargie

La pratique témoigne d'une évolution extensive du fait d'une demande qui s'est élargie. Cela pose question : le certificat demandé répond-il à une nécessité médicale et le médecin est-il bien dans son rôle ? Dans les cas où le certificat n'est pas prescrit par un texte,

le médecin est en droit de refuser de le délivrer. Cependant, dans l'exercice quotidien, il peut s'avérer compliqué de refuser de répondre positivement à une demande que le patient perçoit comme légitime et relevant de son médecin.

Être dans son rôle

À une époque où les tensions sont vives, il est important de rappeler que, dans certaines circonstances, répondre favorablement à une demande, sans cadre qui la légitime, alors qu'elle ne répond pas à une compétence qui relève du médecin n'est pas opportun. Le médecin a, dans ces circonstances, toute légitimité pour expliquer que cela ne fait pas partie des documents prévus par la loi et qu'il doit exister d'autres moyens tout aussi pertinents afin que le besoin d'authentification d'une demande soit appuyé par un document. Le médecin est alors pleinement dans son rôle, à l'appui des intérêts légitimes de son patient.

Une surcharge potentielle

Autant il apparaît important que les certificats qui relèvent de la compétence médicale soient remis au patient qui en a besoin, autant les autres circonstances devraient ne pas venir complexifier un temps administratif pléthorique qui envahit un temps médical précieux et peut générer une surcharge de travail pour le médecin.

Des ressources pour les médecins

Nous avons à réunir les conditions pour que le médecin puisse refuser de répondre à de telles demandes, en donnant les explications nécessaires pour une bonne compréhension des raisons de son refus. En ce sens, le Cnom publie une [liste actualisée des certificats médicaux qui répondent à un texte légal ou réglementaire](#) afin que le médecin puisse décider en toute connaissance de rédiger ou non le certificat demandé. ■

[Retrouvez l'article 76 du code de déontologie sur les certificats médicaux et les commentaires ici.](#)

RETROUVEZ LES PUBLICATIONS DU CNOM SUR LES CERTIFICATS :

- [Non contre indication à la pratique du sport](#)
- [Reprise du travail](#)
- [Rapport sur les questionnaires de santé et certificats pour les assurances](#)
- [Documentation sur les "certificats de virginité"](#)

Des violences à signaler

Un médecin qui déroge au secret médical après avoir constaté des violences bénéficie d'une protection civile, pénale et disciplinaire. À condition d'avoir respecté un cadre défini et effectué un signalement de bonne foi.

Avec...



D^r MARIE-PIERRE GLAVIANO-CECCALDI,
vice-présidente
du Cnom



Il arrive qu'un médecin se retrouve face à des personnes victimes de maltraitance, voire de violences. S'il ne les signale pas, il risque de se voir poursuivi pour non-assistance à personne en danger. « Cette infraction concerne tous les citoyens et a été intégrée dans le Code de déontologie médicale avec l'article 9 », précise le D^r Glaviano-Ceccaldi, vice-présidente du Cnom. Dans ces circonstances, des dérogations au secret médical sont prévues à l'article 226-14 du Code pénal.

Les violences sur mineurs

« Les articles 43 et 44 du Code de déontologie indiquent que le médecin a un devoir de protection envers le mineur et doit tout mettre en œuvre pour déclencher sa prise en charge, notamment médicale », indique le D^r Glaviano-Ceccaldi. Selon la gravité de la maltraitance constatée, deux cas de figure existent. Dans le premier, il s'agit pour le médecin de transmettre une [information préoccupante](#) à la Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP), qui dépend du conseil départemental

(ex-conseil général). Il convient de le faire lorsque la santé, la sécurité et/ou la moralité d'un mineur sont en danger ou risquent de l'être; ou bien lorsque les conditions de l'éducation et/ou du développement (physique, affectif, intellectuel et social) d'un mineur sont gravement compromises ou risquent de l'être. Les représentants légaux du mineur doivent être informés de la transmission de l'information (mais non de son contenu), sauf si cela est contraire à l'intérêt de l'enfant. La CRIP évalue les informations recueillies et agit en conséquence. « Il est prévu depuis peu que le président du conseil départemental fasse un retour au médecin qui réalise cette information préoccupante

sur les suites qui y ont été données », précise le D^r Glaviano-Ceccaldi. Dans le second cas, le médecin constate des sévices ou privations, c'est-à-dire des violences. Il procède alors à un [signalement](#) au procureur de la République. En cas d'urgence, il peut dans un premier temps le faire par téléphone, mais devra tout de même faire un signalement écrit.

Les violences conjugales

Depuis juillet 2020, un professionnel de santé peut déroger au secret médical en faisant part au procureur de la République d'une [information relative à des violences au sein d'un couple](#) (art 226-14, 3^o du code pénal) si la victime est en danger immédiat et qu'elle ne peut se

protéger, étant sous emprise. « Pour cette dérogation, le médecin doit agir en conscience. C'est particulièrement important car il n'a pas à apporter la preuve de ce qu'il estime en conscience », souligne la vice-présidente du Cnom. Idéalement, le médecin recueille le consentement de la victime, mais celui-ci n'est pas obligatoire, et doit l'informer de ce [signalement](#). Il convient d'aviser le procureur de l'absence de consentement lors du signalement.

« Si ces conditions ne sont pas réunies, le médecin a la possibilité de se référer à la dérogation de l'article 226-14 2^e alinéa qui lui permet de faire un signalement judiciaire avec l'accord de la victime en cas de violences sexuelles », rappelle le D^r Glaviano- Ceccaldi. Elle ajoute : « S'il est au début du cycle des violences conjugales, le praticien a la possibilité de faire un [certificat médical initial](#). »

Les violences sur majeurs vulnérables

Le médecin peut constater des violences sur des majeurs dits vulnérables, c'est-à-dire dans l'incapacité de se protéger, du fait par exemple de leur âge ou de leur handicap. Il peut alors faire un [signalement](#), mais uniquement au procureur de la République. Là encore, il n'a pas forcément besoin de recueillir le consentement de la victime, même si cela est toujours préférable.

Au-delà du signalement, le médecin se doit de délivrer des conseils et informations à la victime pour qu'elle puisse être accompagnée.

Précaution à prendre

La responsabilité du médecin ne peut être engagée en cas de signalement s'il est de bonne foi. Il convient toutefois d'être prudent lors de la rédaction du document. En cas d'[information préoccupante](#), le professionnel transmet les informations,

« Le Cnom espère voir émerger très rapidement le projet législatif qu'il soutient visant à protéger davantage les médecins, afin qu'ils puissent signaler en toute sécurité. Si on veut encourager les médecins à signaler les violences, il ne faut pas les obliger à le faire, mais mieux les protéger du risque de poursuites disciplinaires. »

y compris d'ordre médical, qui lui font craindre une situation de danger pour un mineur. Le médecin ne doit pas dans ses écrits imputer la responsabilité de la situation à un tiers. De la même façon, lors d'un signalement au procureur, les propos de la victime doivent être cités entre guillemets. En aucun cas le praticien ne peut mettre en cause lui-même des tiers : il ne doit pas être dans l'interprétation et doit utiliser le conditionnel. Le signalement doit être rempli uniquement en fonction de ce que le médecin a lui-même constaté.

« Dans toutes les situations complexes, le médecin peut désormais être soutenu par son conseil départemental de l'Ordre à travers les commissions Vigilance Violence Sécurité, souligne le D^r Glaviano-Ceccaldi. Les élus qui constituent

ces commissions ont été formés à la gestion de ces situations de violences et peuvent mettre à la disposition du médecin des kits correspondant à toutes les situations. Ces kits comportent les documents téléchargeables à remplir ainsi que les éléments à connaître avant de rédiger ces documents. » Ces modèles permettent aux professionnels de limiter au maximum le risque d'erreurs dans la rédaction. Une rubrique du site du Cnom dédiée à ces outils devrait être créée prochainement.

« Il faut essayer, le plus possible, de se rapprocher d'une collégialité en faisant appel à d'autres professionnels. Le médecin ne doit jamais rester seul face à ces situations », tient enfin à rappeler la vice-présidente du Cnom. ■





La prescription : quels points de vigilance ?

La prescription est un acte médical à part entière qui peut engager la responsabilité civile, pénale et disciplinaire du médecin.

Le médecin est libre de ne pas prescrire un traitement tant que ce refus n'est pas discriminatoire et que la situation n'est pas celle d'une urgence manifeste.

La responsabilité civile, pénale et/ou disciplinaire du médecin peut toutefois être engagée en cas de faute de sa part. C'est par exemple le cas s'il prescrit un médicament et/ou une posologie inappropriés à la situation du patient et le mettant en danger. La prescription de complaisance peut être l'objet de poursuite disciplinaire, voire civile et pénale.

Des précautions à prendre

Afin d'éviter toute confusion litigieuse, il faut s'assurer de la lisibilité de la prescription.

Dans la forme, la prescription doit être écrite sur une ordonnance qui doit contenir : la date ; l'identité, les coordonnées et la signature du prescripteur ; le nom, mais aussi l'âge, le sexe, le poids et la taille du patient si

ces critères ont un impact sur la posologie ; les médicaments et/ou les examens complémentaires prescrits ; la durée du traitement et une posologie précise.

Dans le fond, il faut s'assurer que les médicaments prescrits sont justifiés par la situation médicale ; dans les cas très spécifiques telle que l'absence d'alternative thérapeutique médicamenteuse appropriée, le médecin peut prescrire hors AMM en indiquant clairement cette mention sur l'ordonnance (cette prescription hors AMM ne donnant pas droit à un remboursement, il devra en informer son patient).

Les effets secondaires

Le médecin est-il responsable des effets secondaires d'un traitement ? Non, mais il doit préciser au patient les effets graves et prévisibles qu'il peut avoir. Il faut donc indiquer les effets courants, mais il n'est pas obligatoire de préciser la liste exhaustive. Au contraire, cela risque de noyer l'information pour le patient, ce qui peut lui être préjudiciable. Rappelons que « le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute

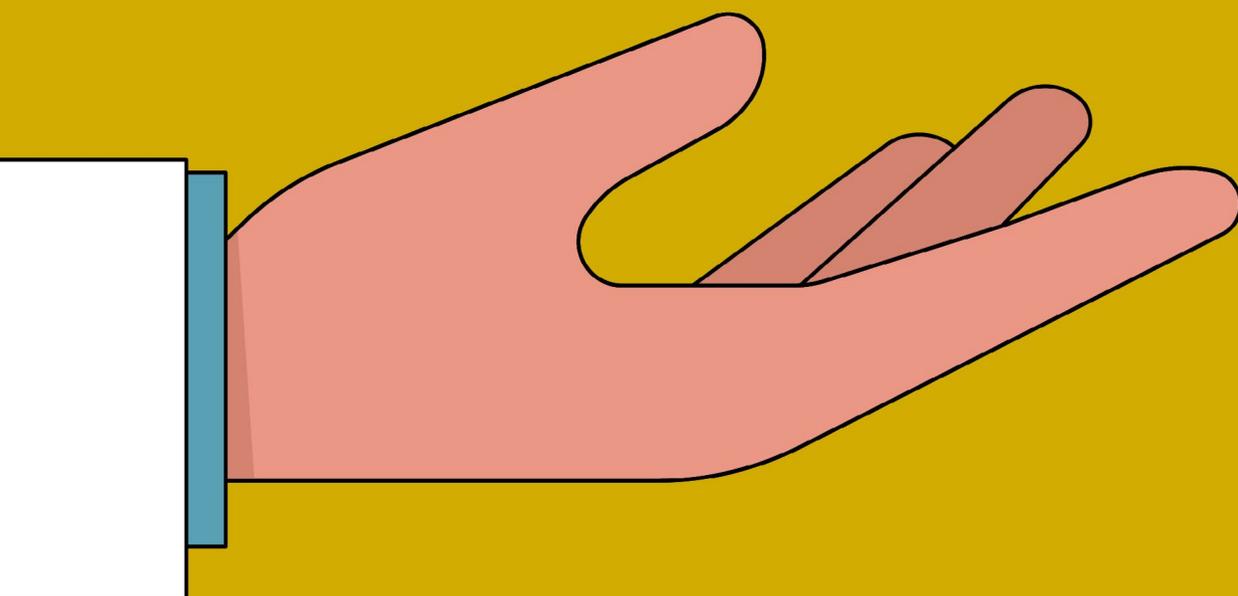
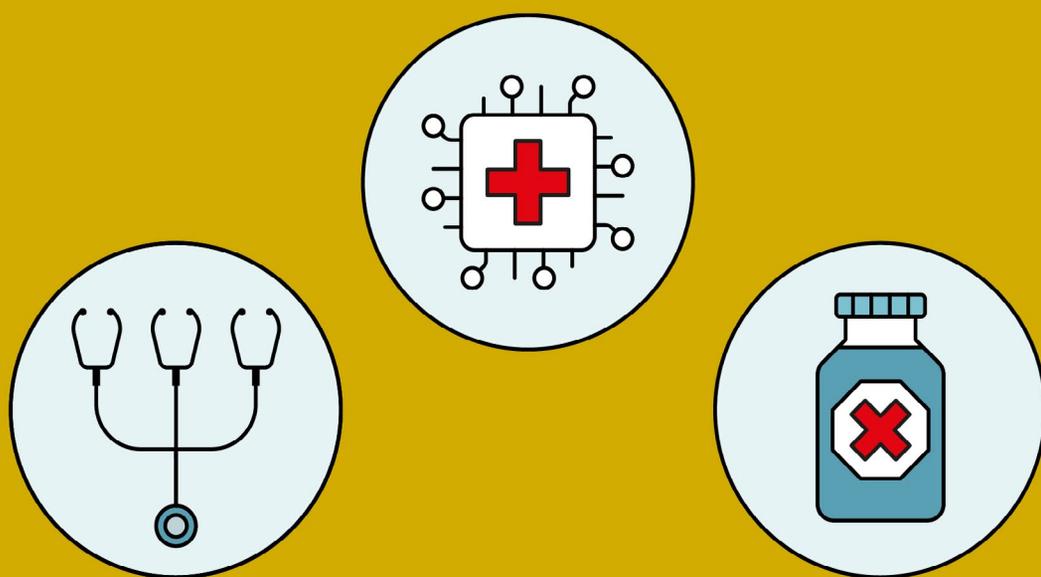
la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage, et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution », selon le Code de la santé publique.

La non-observance

Si une personne ne suit pas son traitement, le médecin n'est pas responsable car cette décision relève du seul patient.

La situation diffère quand il s'agit d'une affection longue durée (ALD) nécessitant un traitement lourd et administré par un personnel de santé. L'absence de données résultant des examens complémentaires prescrits interdit l'administration du traitement comme c'est le cas, par exemple, avant chaque séance de chimiothérapie. La non-observance du patient peut également contraindre à modifier la stratégie thérapeutique dans le temps. Le médecin doit donc s'assurer que le patient a réalisé les examens et suivi le traitement tels que définis dans le protocole de soins. En somme, « la continuité des soins aux malades doit être assurée » (article R. 4127-47 du CSP). ■

DÉFINIR LES CONTOURS DE LA RESPONSABILITÉ



Refus de soins : quels sont les droits des médecins ?

Dans quelle situation un médecin peut-il refuser des soins à un patient ? Quelles sont ses obligations ? À quel moment le refus de soins devient-il une faute ? Le D^r Marie-Pierre Glaviano-Ceccaldi, vice-présidente du Cnom, fait le point.

Avec...

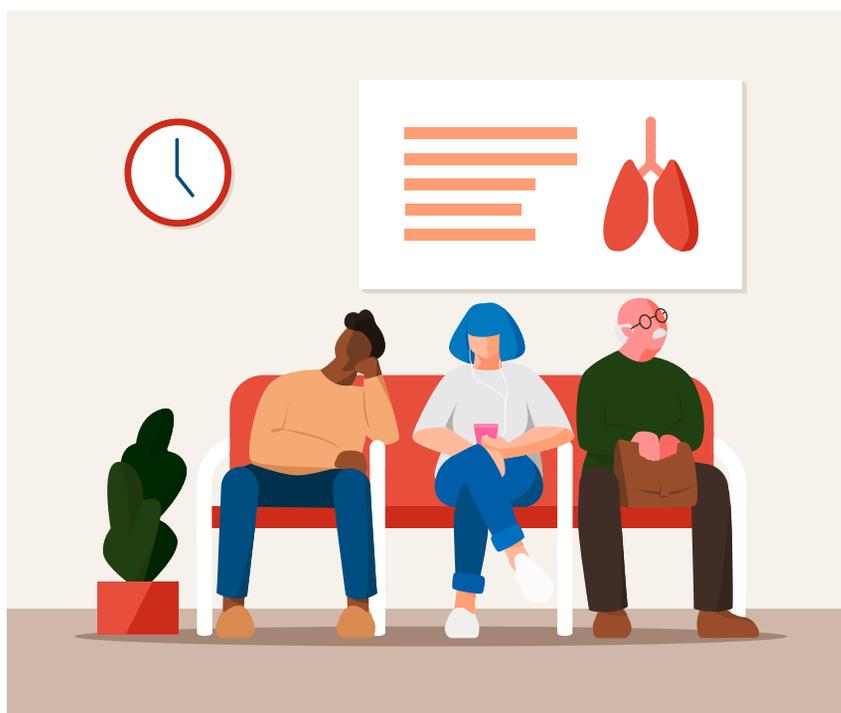


D^r MARIE-PIERRE GLAVIANO-CECCALDI,
vice-présidente
du Cnom

Les médecins ont le droit de refuser des soins. Dans quels cas et quelles sont leurs obligations ?

Effectivement, les médecins ont le droit de refuser un soin. Une fiche pratique a été réalisée en 2019 pour éclairer les professionnels sur le refus de soins.

L'article 47 du Code de déontologie médicale prévoit que « hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser des soins pour des raisons professionnelles ou personnelles ». Il s'agit bien de l'impossibilité pour le médecin de prendre en charge ou de poursuivre la prise en charge d'un patient dans certaines situations. Par exemple, quand le médecin a une file active de patients trop importante ne lui permettant pas de garantir une prise en charge de qualité, il peut refuser de nouveaux patients, sauf cas d'urgence.



Quelles peuvent être les autres raisons professionnelles ?

L'orientation donnée à son exercice peut être une autre raison professionnelle. Dans ce cas, la demande de soins ne correspond pas à l'activité du médecin. Par exemple, un médecin peut refuser de faire une suture chirurgicale d'une plaie traumatique qui ne correspondrait pas à son activité professionnelle mais, sollicité en cas d'urgence, il doit apporter les premiers soins de prévention de la plaie. Il se doit d'adresser son patient à un médecin qui sera en mesure de le prendre en charge.

Quelles sont les raisons personnelles qui peuvent être avancées ?

Cela peut être la rupture de confiance entre le médecin et son patient. Les conditions de la prise en charge de qualité n'étant plus réunies, le professionnel peut demander à son patient de s'adresser à un autre professionnel pour rétablir un climat de confiance. De plus, quand un médecin est victime de violences de la part de son patient, il peut refuser de continuer à assurer la prise en charge de ce patient. Les raisons peuvent également être

personnelles, voire relever d'une clause de conscience. Le médecin n'est pas obligé de donner des détails ni de se justifier. Il ne doit pas faire obstruction à la transmission du dossier médical et proposer des orientations quand il le peut. L'article 47 prévoit que « *s'il se dégage de sa mission, il doit alors en avvertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins* ».

Dans quels cas le refus de soins devient-il une faute ?

Comme le prévoient l'article 7 du Code de déontologie médicale et l'article L. 1110-3 du Code de la santé publique, les médecins ont l'interdiction de refuser des soins pour des motifs discriminatoires ou parce que le patient est bénéficiaire de la CSS ou de l'AME. La discrimination est définie par l'article 225-1 du Code pénal. Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne pour l'un des motifs relevant notamment de ses origines, ses mœurs, sa situation familiale, son appartenance à une ethnie, à une nation, sa religion, son handicap, son état de santé, sa particulière vulnérabilité résultant de la situation économique.

Quelle forme peut prendre ce refus de soins discriminatoire ?

La discrimination est directe quand le médecin refuse de soigner un patient pour les motifs énoncés. Elle est indirecte quand le médecin rend l'accès aux soins difficile ou impossible. C'est, par exemple, le fait de proposer de façon anormale des délais de consultation qui ne sont pas les mêmes que pour le reste de la patientèle.

Quels sont les risques pour le médecin en cas de refus de soins discriminatoire ?

Un décret publié en octobre 2020 détermine le traitement du refus de soins discriminatoire. Quand un patient s'estime victime d'un refus de soins discriminatoire, il peut saisir soit le Conseil départemental de l'Ordre où le médecin est inscrit, soit la Caisse primaire d'assurance maladie. Cette saisine vaut plainte. Une commission mixte de conciliation se réunit, constituée de deux conseillers départementaux de l'Ordre des médecins et de deux délégués de la CPAM. Ils organisent une séance de conciliation entre le professionnel incriminé et le patient. Soit la conciliation aboutit et la procédure s'arrête. Soit la conciliation n'aboutit pas et la plainte est transmise à la Chambre disciplinaire de première instance. Quand il y a récurrence, la plainte est directement transmise à la Chambre disciplinaire.



Je voudrais insister sur le fait qu'il est de notre responsabilité de médecin de lutter contre les violences. La discrimination est une forme de violence. Une violence sournoise, avec des répercussions sur la santé des patients qui la subissent. Il ne s'agit pas simplement de difficultés d'accès aux soins, mais d'un véritable éloignement du soin ayant de lourdes conséquences sur la santé des personnes discriminées. L'institution est pleinement mobilisée devant cette forme de violence. ■

REFUS DE SOINS DISCRIMINATOIRES : UNE ÉVALUATION DIFFICILE

Le faible nombre de plaintes rend délicate une évaluation de la réalité des discriminations. « *Comme pour les autres formes de violences, il faut que la parole se libère sur le sujet* », insiste le D^r Glaviano-Ceccaldi. Depuis la sortie du décret de 2020, le Conseil national de l'Ordre des médecins a pour obligation d'établir un bilan annuel des refus de soins discriminatoires. L'évaluation sera affinée à la suite des prochains bilans.

En mai dernier, une étude commandée par le ministère de la Santé révélait qu'un bénéficiaire de l'AME avait entre 14 et 36 % de chances en moins d'avoir un rendez-vous chez un généraliste qu'un patient non bénéficiaire, entre 19 et 37 % de chances en moins chez un ophtalmologue et entre 5 et 27 % chez un pédiatre. Mais le constat était également fait d'une diminution des refus de soins aux bénéficiaires de la CSS. « *Ainsi, on peut espérer que la proposition afin d'améliorer l'accès aux soins des bénéficiaires de l'AME faite par la Commission d'évaluation des pratiques de refus de soins auprès du Cnom soit étudiée par le ministère de la Santé* », ajoute le D^r Glaviano-Ceccaldi, présidente de la Commission.

« La responsabilité médicale est par principe individuelle »

Avec...



LAURENT BLOCH,
professeur de droit privé,
collège santé, université
de Bordeaux

Quand il y a un problème lors d'un exercice collectif, quelles sont les grandes règles qui s'appliquent en matière de responsabilité ?

Il y a deux principes clés. Le premier, c'est que la simple erreur n'engage pas la responsabilité, il faut véritablement une faute : un comportement qui n'est pas conforme aux règles de l'art, aux données acquises de la science ou à telle recommandation ou tel règlement. Le second, c'est que la responsabilité médicale est par principe individuelle. On assume ses éventuelles fautes, pas celles des autres. Lorsqu'il y a coopération, chacun assume ses éventuelles fautes dans son domaine de compétence. Prenons l'exemple d'un médecin généraliste qui suspecte une pathologie cardiaque chez son patient et qui l'envoie donc chez un radiologue. Si le spécialiste passe à côté d'une pathologie qu'il aurait

normalement dû déceler, il y a une faute de sa part. Le médecin généraliste n'est pas fautif car il n'avait pas les moyens de déceler la pathologie. Il n'y a pas de mouvement naturel vers le fait d'assumer les erreurs de l'autre.

Qu'en est-il des responsabilités de chacun dans le cadre de protocoles de coopération ?

Ces protocoles, qui ont été mis en place il y a quelques années, permettent à un médecin de déléguer à un infirmier, par exemple, des tâches qui lui sont normalement réservées. Ce système peut inquiéter le médecin qui se demande : « Est-ce moi qui suis responsable si l'infirmier commet une faute au motif que je lui ai délégué quelque chose que j'aurais dû normalement faire ? » Comme les médecins se sentent responsables de leurs patients, ils ont tendance à penser que cette responsabilité est également juridique. Or à partir du moment où un médecin délègue une tâche à un professionnel, c'est ce professionnel qui est responsable de la bonne exécution de la tâche en question. En revanche, il peut être responsable s'il délègue une tâche qu'il n'avait pas le droit de déléguer.

Et s'il délègue à une personne qui n'est pas compétente ?

Le professionnel déléguant doit vérifier les titres de la personne à qui il délègue, qu'elle a suivi la bonne formation, qu'elle est bien assurée pour l'exécution de la tâche en question... Si, après ça, il s'avère que la personne

est incompétente, le médecin n'est pas responsable car il n'avait aucun moyen de déceler cette incompétence. En revanche, si le protocole prévoit que telle tâche peut être déléguée à un infirmier, par exemple, et qu'elle est déléguée à un aide-soignant, là il y a une faute. Mais elle est due au non-respect du protocole, pas à l'éventuelle incompétence de la personne.

Si l'on applique les principes que vous avez évoqués, lorsqu'un patient se fait soigner en MSP, c'est le médecin qu'il voit qui est responsable ?

Absolument. Précisons toutefois que si un médecin A commet une faute et que son collègue, le médecin B, ne dément pas cette faute alors qu'il avait les moyens de le faire, les deux seront responsables. Les médecins ont un devoir de vigilance. Ce n'est pas que le médecin B assume la faute du médecin A, mais bien qu'il a lui-même commis une faute en ne rectifiant pas celle de son collègue.

Dans le cas d'une opération chirurgicale où toute une équipe travaille ensemble en même temps, comment détermine-t-on qui est responsable ?

Là encore, on regarde quel est le champ de compétence des uns et des autres. Le chirurgien ne peut répondre d'une faute commise par l'anesthésiste dans son champ de compétence, et inversement, car il n'y a pas de notion de subordination entre les deux. En revanche, lorsqu'une personne



est subordonnée à une autre et qu'elle n'a fait qu'obéir aux directives qui lui étaient données, elle n'est pas civilement responsable. C'est la personne qui a donné les ordres qui l'est. Prenons la situation d'un bloc opératoire où le chirurgien exerce en libéral et où le personnel infirmier est salarié de la clinique. Si ce personnel infirmier commet une faute, il ne peut pas voir sa responsabilité engagée : c'est la clinique qui l'emploie qui est civilement responsable. Sauf à ce que la clinique démontre qu'au moment de la faute, il y avait eu un transfert d'autorité vers le chirurgien. Là, ça sera ce dernier qui est civilement responsable.

À quel moment cette répartition de la responsabilité est-elle déterminée ?

C'est lorsqu'une procédure est engagée. Elle peut être

à l'amiable. Dans ce cas, la victime discute avec l'assureur de la clinique. Ce dernier indemnise la victime puis se retourne contre l'assureur du chirurgien. Si la procédure est judiciaire, la victime va généralement assigner le maximum de personnes. Ensuite, un expert étudie la situation et se prononce sur les relations entre les uns et les autres. Si la clinique est condamnée, elle pourra alors demander au juge d'effectuer un recours contre le médecin, qu'elle estime responsable étant donné que le personnel salarié était sous son autorité. Ces cas de figure sont possibles mais, dans les faits, ils restent rares.

Il n'y peut pas y avoir d'engagement collectif ?

Cela est possible quand chacun a commis une faute à l'origine du dommage de la victime. Par exemple, si après une opération, le chirurgien et l'anesthésiste n'ont pas prescrit de produit pour

le traitement postopératoire, et que le personnel infirmier n'a pas rectifié le tir, tout le monde a commis une faute. Ils peuvent alors être condamnés *in solidum*. La victime peut demander réparation intégrale à n'importe lequel des fautifs et celui qui a payé se retournera contre les autres. On parle ici du civil, évidemment, ce n'est pas possible au pénal ou au disciplinaire.

Qu'en est-il pour les internes ? Peuvent-ils être considérés comme responsables ?

Le secteur hospitalier est spécifique puisque c'est l'hôpital qui est civilement responsable. Mais il faut néanmoins prouver qu'il y a eu une faute. On regarde alors le détail de ce qu'il s'est passé : est-ce qu'il fallait faire valider par le senior ? Est-ce que le senior l'a fait ou non ? Pour autant, l'interne ou le senior ne seront pas responsables, puisque tout le personnel hospitalier a une immunité civile. ■

Nouvelles technologies et responsabilité : des questions encore en suspens

Avec...



DR STÉPHANE OUSTRIC,
délégué général
aux données de santé
et au numérique

L'heure n'est pas au transfert de responsabilité du médecin aux nouveaux outils numériques qu'il utilise. Mais de nouvelles questions émergent sur l'attribution de la responsabilité et son degré, lorsqu'il y a une telle utilisation.

Les outils numériques montent en puissance dans le domaine médical. Qu'il s'agisse du dossier médical partagé, de téléconsultation ou de l'utilisation de logiciels d'aide au diagnostic de maladies graves, ils ne peuvent plus être ignorés par les professionnels. Quel est l'impact de leur utilisation sur la responsabilité ?

Un régime similaire pour la télémedecine

« Acte médical à part entière quant à son indication et sa qualité », la télémedecine ne dispose pas de système de responsabilité qui lui est propre. Le médecin est responsable de la même façon que s'il n'y a pas de télémedecine. Le médecin doit informer son patient du procédé technologique utilisé et des conséquences occasionnées par un refus. Par ailleurs, la télémedecine implique souvent plusieurs acteurs. Le médecin doit alors s'assurer que son patient consent à ce que les autres intervenants aient accès à ses données personnelles de santé.

De nouvelles questions

Le médecin ayant une obligation de moyens se pose la question de sa responsabilité quant à l'utilisation de tel ou tel outil. Comme indiqué par Nicolas Gombault, président de la MASCF, lors du débat de l'Ordre sur la responsabilité médicale : « Est-ce que le médecin qui n'utilise pas l'IA fait perdre une chance à son patient en ne lui permettant pas d'en bénéficier ? » Auquel cas, sa responsabilité serait engagée. Et s'il opte pour un outil moins performant, quelle est sa responsabilité ?

À l'inverse, s'il fait une confiance aveugle à l'outil et que ce dernier se trompe, quelles sont les conséquences en matière de responsabilité ? M^e Lina Williatte, avocate et professeur de droit, soulignait lors de cette même discussion l'importance pour les médecins d'être en position de questionner la décision du logiciel. La formation jouerait alors un rôle clé pour permettre aux professionnels de suivre en toute conscience le résultat d'un programme.

Le degré de responsabilité

L'une des questions prégnantes posées par l'utilisation d'outils numériques, et en particulier de l'IA, est ainsi celle du degré de responsabilité de chacun. Si l'outil utilisé par le médecin ne fonctionne pas correctement, le professionnel est-il à 100 % responsable ? « Il ne s'agit plus uniquement d'identifier la faute médicale, il pourrait désormais s'agir d'identifier la faille technologique expliquant le dommage, ou qui pourrait être la cause de la faute médicale », écrivait ainsi, en 2020, M^e Lina Williatte dans un article du Bulletin de l'académie nationale de médecine. Et l'avocate d'interroger : « Aux côtés de l'expert médical, il pourrait désormais être utile d'y adjoindre les services d'un expert du numérique pour aider le magistrat à identifier les responsabilités. »

Comme pour d'autres domaines, tel celui des voitures autonomes, la question de la responsabilité des concepteurs et fabricants de logiciels va, à l'avenir, se poser de façon accrue. ■

Directeur de la publication : Dr Pierre Maurice - Ordre des Médecins, 4, rue Léon-Jost, 75855 Paris Cedex 17. Tél. : 01 53 89 32 00 - Rédacteur en chef : Dr Stéphane Oustric - Rédacteur en chef adjoint : Dr Jean-Marcel Mourgues - Coordination : Isabelle Marinier - Conception et réalisation : CITIZENPRESS - 30, rue Notre-Dame-des-Victoires, 75002 Paris - Responsable d'édition : Hortense Lasbleis - Rédaction : Éric Allermoz, Dominique Fidel, Hortense Lasbleis, Cyprien Machtalere, Fanny Napolier - Direction artistique : David Corvaisier - Maquette : Morgane Salvaggio - Secrétariat de rédaction : Christine Ferreri - Fabrication : Sylvie Esquer - Illustrations : Laurent Duvoux - Crédits photos : Joseph Melin, Getty Images - Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.