

LES DÉBATS DE L'ORDRE

RESTITUTION
**LA RESPONSABILITÉ
MÉDICALE
ET L'EXERCICE
PROFESSIONNEL**
**MARDI 14
NOVEMBRE
2023**



SOMMAIRE

OUVERTURE	3
TABLE RONDE N° 1	6
Évolution de la responsabilité médicale depuis la loi du 4 mars 2002	
TABLE RONDE N° 2	20
La responsabilité du médecin à l'heure des coopérations interprofessionnelles	
TABLE RONDE N° 3	34
La responsabilité médicale à l'aune du numérique (télémédecine, espace Numérique de santé) et de l'IA	
TABLE RONDE N° 4	52
La responsabilité civile professionnelle (RCP) et le choix de la spécialité et du mode d'exercice des futurs médecins	
SYNTHÈSE	69
CONCLUSION	70

OUVERTURE



**DES DÉBATS DE
L'ORDRE**

**DU 14 NOVEMBRE
2023**

M. SZAMES.- Mesdames et Messieurs, bonjour, bienvenue. Je suis très heureux de vous retrouver pour cette journée de débat organisé par le Conseil national de l'Ordre des médecins.

Bonjour à ceux qui nous suivent également à distance et sur les réseaux sociaux. Je suis Michaël SZAMES, je vais vous accompagner tout au long de cette journée.

Nous aurons quatre débats pour discuter autour d'un thème important : la responsabilité médicale et l'exercice professionnel. Dans quelques instants, on va ouvrir cette première table ronde sur l'évolution de la responsabilité médicale depuis la fameuse loi du 4 mars 2002, mais pour le moment, je vais laisser la parole au Président du Conseil national de l'Ordre des médecins.

Je vous propose d'accueillir pour quelques mots d'introduction le Président, François ARNAULT.

F. ARNAULT.- Merci Michaël.

Bienvenue à tous et merci de votre présence nombreuse ce matin, nous l'apprécions. Je veux en priorité remercier celui qui est la cheville ouvrière de ce débat de l'Ordre, Jean-Marcel MOURGUES, vice-président du Conseil national. Je le remercie parce que cette journée, qui va durer quelques heures, a demandé des jours et des heures de préparation, de prises de contact. Je voulais, pour ne pas l'oublier ce soir, le remercier dès ce matin.

Pourquoi ce thème de la responsabilité médicale et de l'exercice professionnel ? Parce que nous constatons tous la transformation de l'exercice professionnel pour les professionnels de santé. Qu'est-ce qui est à l'origine de cette transformation, de cette mutation ? C'est le problème démographique, et j'insiste dès maintenant pour dire que ce problème démographique ne touche pas que la profession de médecin ; toutes les professions de santé sont impactées par le problème démographique, et de façon aiguë.

Bien sûr, cette crise démographique fait que, pour le patient, puisque nous sommes là pour lui, c'est difficile -pas toujours, mais assez souvent- de trouver un professionnel, un médecin notamment.

Cette évolution, cette crise démographique, s'associe également à une évolution très particulière des compétences, qui est nécessaire et incontournable. L'évolution des compétences, c'est aussi l'évolution dans une même profession -je prendrai celle de médecin puisque c'est celle que je connais le mieux- qui fait qu'on se spécialise à l'intérieur de sa spécialité, on s'hyperspécialise, et cela augmente le problème démographique, cela augmente les besoins en médecins.

Cela signifie aussi que les compétences deviennent de plus en plus précises, de moins en moins générales. Rien que ce thème, ce sujet, interroge sur le thème de la journée, sur ce qui nous rassemble aujourd'hui.

Cette crise démographique multiprofessionnelle aboutit à la création de partenariats professionnels. L'Ordre des médecins est totalement convaincu que la prise en charge des patients en 2023, 2024 et suivants, se fera par une équipe coordonnée par le médecin -j'insiste dès le début de la matinée comme cela, il n'y aura pas de malentendu-, mais que le partenariat avec les autres professionnels de santé est à inventer et à mettre en place de façon efficace, dans le respect des compétences de chacun.

Il faut que toutes les compétences évoluent, de toutes les professions de santé, mais il faut qu'elles évoluent dans un partenariat équilibré et coordonné. Qu'est-ce qui est en cause, qu'est-ce qui est en jeu ? C'est la sécurité et la qualité des soins dont doit bénéficier le patient quel que soit le professionnel de santé qui le prend en charge.

Nous avons des obligations de moyens, pas de résultat. C'est cela reste toujours valable, mais il faut le redire. Nous devons absolument respecter les compétences, et les compétences ne peuvent être acquises que par des formations qui donnent des qualifications. À l'Ordre, nous sommes convaincus qu'il faut répéter ces choses-là.

In fine, la responsabilité de la prise en charge du patient implique un certain nombre de choses. Le respect du champ de compétence -nous insistons- : il interdit à un professionnel de pratiquer tout acte pour lequel il n'a pas la compétence, donc n'a pas eu la formation. Et en tant que Président de cette institution, j'insiste et je vous demande de vous interroger et de clarifier notamment la position du monde assurantiel sur la prise en charge d'actes qui sont faits par des professionnels qui n'ont pas la compétence.

Nous n'acceptons pas, à l'Ordre des médecins, que certains actes -techniques particulièrement- soient faits par des professionnels qui n'ont pas la compétence et la formation, et donc la qualification. Vous verrez que, dans les semaines qui viennent, nous allons clarifier cette position. Nous n'allons pas la durcir parce qu'elle existe déjà, mais nous allons bien l'expliquer les filières.

Cependant, même si nous sommes très attachés à ce que les actes soient faits en fonction des compétences et de la formation, nous allons aussi faire une ouverture parce qu'il est nécessaire aussi que les professionnels de santé ne soient pas enfermés toute leur vie professionnelle dans une compétence particulière. Nous allons faire des propositions

pour les médecins qui permettront de donner de la souplesse.

Tout ce cadre, tout ce travail que vous allez faire aujourd'hui, il faut le faire aussi pour tous les actes de télé-médecine. On y applique les mêmes principes, mais c'est bien sûr une autre façon de prendre en charge le patient que vous devrez aborder, il y a un atelier spécifique sur ce thème.

Il vous appartient, dans ce cadre précis que nous donnons, nous, pour les médecins, et c'est notre rôle, de redéfinir la responsabilité civile professionnelle au milieu de la prise en charge multiprofessionnelle des patients dans le cadre d'une sécurité toujours aussi importante. Je vous remercie et bon courage pour les travaux.

(Applaudissements)

M. SZAMES.- Merci, Monsieur le Président. Merci beaucoup pour ces mots introductifs et évidemment, je vais appeler le vice-président du Conseil national de l'Ordre, M. Jean-Marcel MOURGUES, pour quelques mots d'introduction notamment sur cette journée qui nous attend.

JM. MOURGUES.- Bonjour à toutes et à tous. Tout d'abord, mes mots de remerciement au Président, qui a souhaité faire en sorte que cette journée se tienne, et au collectif qui a préparé cette réunion. Qu'ils m'en excusent, je ne les citerai pas parce que c'est la meilleure façon de ne pas en oublier certains.

En propos liminaire, il s'agit bien d'une journée sur la responsabilité civile médicale. Nous ne parlerons donc pas de la responsabilité disciplinaire ni de la responsabilité pénale, même s'il y a dans bon nombre de dossiers des entrelacs entre ces différentes responsabilités. Juste quelques éléments et un fil d'Ariane sur ce que devrait être cette journée.

Pour la responsabilité civile médicale, on pourrait prendre la métaphore d'un pont suspendu avec deux piliers :

> Le pilier de la loi du 4 mars 2002, qui a été un socle législatif considérable et qui, pour celles qui ont pu connaître cette période, et surtout les débats qui ont précédé, a été d'une effervescence extraordinaire. Pêle-mêle, les médecins notamment exprimaient leurs craintes ou la perspective d'un monde nouveau vis-à-vis du champ de la responsabilité sans faute des infections nosocomiales, de l'aléa thérapeutique. La jurisprudence avait déjà indemnisé par le Conseil d'État le risque exceptionnel d'un patient qui avait eu une artériographie et qui s'était retrouvé paraplégique.

Le renversement de la charge de la preuve dans l'obligation d'information, sujet ô combien

éthique et philosophique : l'arrêt Perruche. Nicolas Perruche était un enfant avec une grave embryophétopathie rubéolique, et l'arrêt avait consacré, comme on pourrait le dire de façon lapidaire, outre le droit des parents à être indemnisés et ne pas pouvoir procéder à une interruption médicale de grossesse, le préjudice de l'enfant d'être mal né, pour faire simple. Ce sont des propos de médecins.

Il y a eu toute cette effervescence et qui, finalement, a conduit à cette loi du 4 mars 2002 et toute cette avancée jurisprudentielle qui précédait et dont je n'ai aucun doute que vous parlerez lors de la table n° 1.

> Ce qui est actuellement en train de se passer, qui est encore une matière pas cristallisée sur probablement un champ qui donne le vertige de la responsabilité médicale, notamment dans le numérique.

On en a vu une partie avec l'explosion de la télé-médecine, favorisée par la période exceptionnelle que nous avons connue de la pandémie Covid-19, mais pas que. Il y a aussi la dématérialisation du dossier médical du patient dans l'espace numérique en santé et, bien sûr, l'intelligence artificielle, qui peut fondamentalement rediriger puissamment, par un algorithme décisionnel, la proposition thérapeutique de soins qui sera faite du médecin vers le patient.

On voit bien que, finalement, on est encore à l'aube d'une nouvelle exploration de la responsabilité civile médicale qui donne des perspectives dont vous donnerez peut-être encore déjà quelques éléments-clés, si tant est qu'il y ait une jurisprudence bien établie, et surtout, des pistes de réflexion.

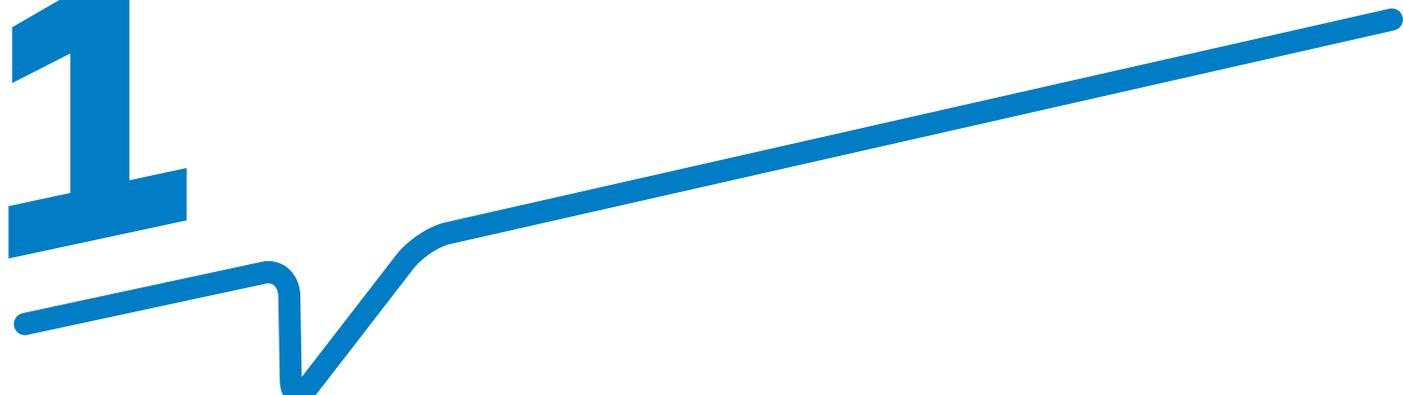
Sur les coopérations interprofessionnelles, je ne vais pas m'appesantir, mais quasiment de façon simultanée à la loi du 4 mars 2002, une réflexion a été engagée sur les coopérations interprofessionnelles. Faut-il rappeler le rapport du professeur Yvon Berland, qui était alors Président de l'ONDPS (Office national de la Démographie des Professionnels de Santé) ?

Et faut-il rappeler encore les éléments de contexte législatif -proposition de loi- qui ont remis un peu plus encore dans l'actualité ce vaste champ des coopérations interprofessionnelles (PPL Rist 2, PPL Valletoux) ? Je ne les citerai pas davantage.

Merci encore une fois. Je passe le témoin à Michaël SZAMES.

M. SZAMES.- Merci, Docteur, merci beaucoup, vice-président.

1



**ÉVOLUTION DE
LA RESPONSABILITÉ
MÉDICALE
DEPUIS LA LOI
DU 4 MARS 2002**

TABLE RONDE N°01 .

ÉVOLUTION DE LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE DEPUIS LA LOI DU 4 MARS 2002

M. SZAMES.- L'évolution de la responsabilité médicale est un vaste débat. Le Président et le vice-président nous ont déjà un peu lancé sur ce débat, qui est absolument interactif donc n'hésitez pas à lever la main si vous voulez poser des questions, et je vais appeler nous débatteurs. Merci d'accueillir :

> **Cécile MANAOUIL**, professeur de médecine légale à l'Université de Picardie, docteur en droit et expert près de la Cour d'appel d'Amiens.

> **Karine BALAND-PELTRE**, Conseillère nationale de l'Ordre, généraliste légiste en Moselle.

> **Marianick LAMBERT**, membre du bureau de France Assos Santé.

> **Philippe CATHALA**, Conseiller national de l'Ordre.

Philippe CATHALA, vous allez avoir un rôle un peu original, en quelque sorte. Vous allez être un peu le modérateur de nos débats dans le sens où c'est vous qui allez faire le lancement de notre débat.

Vous allez repartir de la loi et des attentes de la part des médecins à l'époque. Vous avez quelques minutes pour nous resituer où on en était avant et après le 4 mars.

P. CATHALA.- Bonjour à tous. Merci pour votre présence et merci aux invités qui vont avoir la lourde charge de présenter ce sujet, l'évolution de la responsabilité médicale depuis cette fameuse loi, « un des deux piliers du pont », disait Jean-Marcel, du 4 mars 2002.

C'est vraiment, dans les études médicales, une des seules lois -je parle sous le contrôle de professeurs à la faculté de médecine - que l'on enseigne et dont on retient à la fois la date (4/3/2) et le nom, « la loi Kouchner », pour honorer celui qui en a été à l'origine.

Pour introduire ce sujet, je voudrais vous rappeler d'où on vient, et pour cela, je vais remonter très en arrière, mais sans me déplacer très loin puisqu'à quelques pâtés de maisons d'ici, dans le musée

du Louvre -j'imagine que la plupart d'entre vous l'ont visité-, il y a une pierre en basalte recouverte d'articles gravés dessus, que l'on appelle le Code d'Hammurabi, du nom d'un roi mésopotamien. Cela remonte à 1750 avant Jésus-Christ.

Sur cette pierre sont gravés quasiment les premiers textes dont on garde trace et qui énoncent les dispositions relatives à la réparation d'un fait dommageable commis par un médecin. Il s'agit donc bien des prémices de la responsabilité médicale.

Dans les articles 221 à 227 de ce Code d'Hammurabi, on vous donne d'abord les tarifs -vous voyez qu'il n'y a pas que les négociations conventionnelles- de la consultation ; si c'est pour un esclave, si c'est pour un animal, si c'est pour un affranchi.

Dans une deuxième partie, on vous dit : si le médecin n'a pas bien fait son travail, qu'est-ce qu'il lui arrive ? En général, on lui coupe la main s'il a aggravé l'état de son patient ou s'il lui a, par exemple, ôté la marque d'esclavage. Il y a un certain nombre de détails cocasses, mais ce serait un peu compliqué de m'étendre là-dessus, et surtout, plus trop d'actualité...

Un peu plus tard dans l'histoire, la législation romaine, elle, retiendra une certaine impunité je résume- c'est une vue du ciel- sauf pour les fautes très graves et les négligences.

Pareil un peu pour les Grecs, qui ne retiendront finalement pas de responsabilité médicale si le dommage est involontaire. Cela étant, quand même, Alexandre Le Grand, vous en souvenez, a fait crucifier Glaucos, le médecin de son favori, Héphaïstos, parce qu'il lui avait donné un mauvais conseil et qu'alors qu'Héphaïstos mourait probablement de la typhoïde, Glaucos était parti voir une manifestation théâtrale. Vous voyez que c'était quand même des sanctions définitives !

Dans le Haut Moyen-âge, ensuite, au temps des invasions barbares, les peuplades qui venaient de l'est sont arrivées avec tout un tas de choses, et notamment leurs règles en matière

de responsabilité médicale. Les Visigoths, ne payaient le médecin que s'il avait été efficace. Au moins, il n'y avait pas trop de difficultés alors que les Ostrogoths, eux, si le médecin n'avait pas été efficace et si le patient était mort, livraient le médecin à la famille du défunt. C'est ainsi que Gontran, roi de Bourgogne, a fait tuer les deux médecins de sa défunte femme, la reine Austregilde, parce qu'ils ne l'avaient pas sauvée de son funeste destin.

Au Bas Moyen-âge, ensuite, c'est une période d'irresponsabilité qui s'installe. Les choses se calment. On pourrait parler d'une sorte d'irresponsabilité quasi mystique ou mystico-religieuse. Comme cela touche à la vie, l'activité du médecin a quelque chose de surnaturel et le médecin, finalement, a pour rôle de lutter contre les forces occultes du mal qui sont à l'œuvre dans la maladie, et le devenir du patient relevant dès lors d'une décision divine, il n'y a plus aucune place à une contestation éventuelle des soins prodigués, et donc, par là même, à l'engagement d'une quelconque responsabilité.

Cela n'empêchera quand même pas, de temps à autre, l'arbitraire d'agir, mais souvent plus pour des raisons politiques que pour des raisons médico-légales. L'Histoire se souvient ainsi du pape Jean XXII qui a fait trucher son médecin parce qu'il pensait qu'il l'avait peut-être, empoisonné avec ses remèdes, ou Laurent de Médicis, qui a fait balancer dans un puits son médecin qu'il suspectait aussi de l'empoisonner.

Ce n'est finalement qu'à la Renaissance, avec le début de la diffusion des bonnes pratiques, tant médicales, d'ailleurs, que judiciaires, que la volonté divine, en quelque sorte, va céder peu à peu le pas à une interprétation plus pragmatique des choses, mais on est encore loin de la loi du 4 mars 2002... Les premiers experts judiciaires -il y en a plusieurs à cette table- seront créés à cette époque par Henri IV, en 1606. Ils deviendront, ce qu'ils sont encore aujourd'hui, des spécialistes de l'évaluation du dommage corporel et des acteurs incontournables dans les procédures qui conduisent à la réparation des préjudices subis par les victimes.

Les premiers experts judiciaires -il y en a plusieurs à cette table- seront créés à cette époque par Henri IV, en 1606. Ils deviendront, ce qu'ils sont encore aujourd'hui, des spécialistes de l'évaluation du dommage corporel et des acteurs incontournables dans les procédures qui conduisent à la réparation des préjudices subis par les victimes.

Je ne résiste pas, au plaisir de citer l'un de ceux qui décrira le mieux, et avec ironie, cette période de l'histoire où l'impunité des médecins n'avait probablement d'égal, que leur incompétence -je parle de Molière qui dissertera abondamment sur le sujet au XVII^{ème} siècle surement conseillé par son médecin et grand ami montpelliérain, M. de Mauvillain.

C'est avec son aide, qu'il a écrit toutes ces farces. Je cite Diafoirus, juste pour m'amuser, dans *Le malade imaginaire* : « *À vous en parler franchement, notre métier auprès des grands ne m'a jamais paru agréable ; j'ai toujours trouvé qu'il valait mieux pour nous autres demeurer au public. Le public est commode, vous n'avez à répondre de vos actions à personne et pourvu que l'on suive le courant des règles de l'art, on ne se met point en peine de tout ce qui peut arriver. Mais ce qu'il y a de fâcheux auprès des grands, c'est que, quand ils viennent à être malades, ils veulent absolument que leurs médecins les guérissent* », etc..

À grandes enjambées, nous voici arrivés à la période contemporaine où les choses, en France, vont se judiciaireiser davantage,, notamment au XIX^e siècle, sous l'impulsion des juristes napoléonien, avec le Code Napoléon. Les notions se précisent et les jurisprudences commencent à fleurir. On garde ainsi la trace de la première condamnation en Cassation- en haut de la pyramide judiciaire- d'un médecin français. C'est le fameux arrêt Guigne, en 1835, qui viendra consacrer deux éléments fondamentaux de la responsabilité médicale qui sont toujours en vigueur et sur lesquels on va revenir : l'obligation de moyens et la prise en compte des données acquises de la science.

C'était l'histoire d'un ouvrier agricole, M. Guigne, qui attaquait son médecin, le Dr Thouret-Noroy, qui était défendu par le Dupont-Moretti de l'époque, Adolphe Crémieux, qu'il allait devenir ministre de la justice, qu'il tenait pour responsable de l'amputation de son bras. En lui faisant une saignée, il lui avait coupé l'artère et avait mal ficelé le tout. Cela avait fini en gangrène.

Deuxième arrêt célèbre, et je m'en arrêterai là pour arriver à la loi ensuite : l'arrêt Mercier, en 1936, qui va ouvrir une nouvelle brèche vers un contentieux médical plus large où la gravité de la faute ne sera plus le critère central.

Et c'est ainsi que par cet arrêt, au-delà des domaines délictuels ou quasi délictuels classiques habituellement visés, la Cour de cassation vient consacrer l'existence d'une « responsabilité contractuelle » qui se lie entre le médecin libéral et le patient.

Selon la Cour « il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant pour le praticien l'engagement, sinon bien évidemment de guérir le malade, du moins de lui donner des soins non pas quelconques, mais consciencieux, attentifs et, réserves faites de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science ».

Ce caractère contractuel de la relation médecin-malade et les obligations qui en découlent seront ensuite précisés, de façon divergente parfois, par une succession de nouvelles jurisprudences portant sur la présomption de la faute, sur la responsabilité sans faute, la perte de chance, l'obligation de moyens, de sécurité, la charge de la preuve, etc..

Le problème est qu'en fonction du type de responsabilité engagée ont commencé à fleurir un certain nombre de jurisprudences, parfois totalement divergentes qui, certes, animaient les débats dans le microcosme des juristes de la santé, mais en pratique, déboussaient voire désorientaient tant les patients que les praticiens.

C'est un peu comme cela qu'on est arrivé encore à grandes enjambées à cette grande loi, [la loi Kouchner, du 4 mars 2002, qui va consacrer les droits des malades et faire le ménage, en quelque sorte, dans ces jurisprudences et inscrire, non plus dans le basalte de la pierre d'Hammurabi, mais dans le marbre de la loi française les grands principes de la responsabilité médicale](#) que mes collègues vont avoir désormais à cœur de vous présenter.

Voilà ce que je voulais vous dire en propos liminaire.

M. SZAMES.- Merci pour cette présentation, où on est quand même remonté très loin !

M. SZAMES.- Cécile MANAOUIL, je rappelle que vous êtes professeur de médecine légale à l'Université de Picardie, docteur en droit, expert près la Cour d'appel d'Amiens. Vous allez pouvoir nous éclairer un peu sans remonter forcément jusqu'aux endroits où le Dr CATHALA nous a emmenés !

Je voulais savoir si cette loi du 4 mars 2002 a été finalement le grand soir de la responsabilité médicale.

C. MANAOUIL.- Merci pour cette invitation.

La loi du 4 mars 2002, c'est le grand soir, ou le grand matin, comme vous voulez, mais en tout cas, c'est vraiment un apport majeur pour la responsabilité médicale, mais avant tout pour les droits des patients.

La loi du 4 mars 2002, c'est la personne de confiance, c'est l'accès au dossier médical et pour l'ensemble des droits des patients, on revient toujours à cette loi du 4 mars 2002. C'est facile à retenir. S'il y a une date qu'on retient, c'est bien celle-là.

En matière de responsabilité médicale, c'est un bouleversement. [Auparavant, on n'avait pas spécifiquement des règles pour la responsabilité médicale, les juristes utilisaient la responsabilité contractuelle, la responsabilité délictuelle, il y avait de nombreux débats, et là, on a une loi majeure qui unifie les choses et qui s'applique qu'on ait été soigné par des médecins libéraux en établissement public de santé ou un établissement privé.](#)

Il y a des règles spécifiques encore, mais on a tout un pan d'harmonisation, par exemple sur le délai de prescription.

La loi du 4 mars 2002, c'est aussi l'instauration de grandes instances que sont l'ONIAM, les CCI et la CNAMED. Quelques mots sur chacun, si vous voulez bien.

L'ONIAM est l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux. C'est une création de la loi du 4 mars 2002. Je vous incite à aller sur le site internet de l'ONIAM, explique bien toutes les missions, mais en particulier, ce qui nous intéresse, c'est l'indemnisation de l'aléa thérapeutique.

Il y avait des jurisprudences auparavant, mais là, on a un office qui va être alimenté par la Sécurité sociale. L'argent ne provient pas des assurances des médecins, mais bien du budget de la Sécurité sociale, qui est d'ailleurs en cours de discussion au Sénat.

Cet office va indemniser sous conditions, notamment conditions de gravité et d'anormalité, donc tout le monde n'est pas indemnisé, mais on va dire que les préjudices les plus graves vont pouvoir être indemnisés en cas d'aléa. Un aléa est un accident médical sans faute. On n'a pas retrouvé de faute et c'est vraiment un apport majeur parce qu'honnêtement, quand des

médecins sont à une expertise et que, finalement, on conclut qu'on va indemniser au titre d'un aléa, c'est un soulagement globalement pour tout le monde : pour le patient qui va être indemnisé, mais aussi pour le médecin, à qui on dit : « *C'est un aléa, vous n'avez pas commis de faute* ».

Cela passe par des commissions que sont les CCI ou CCIAM (Commissions de Conciliation et d'Indemnisation des Accidents Médicaux). Initialement, c'était dans les régions, on parlait de CRCI ; maintenant, on est resté sur les anciennes régions donc finalement, on parle de CCI. Il y a une commission globalement dans chaque ancienne région, avant la réforme des régions. C'est facile. L'intérêt de tout cela est que c'est beaucoup plus facile pour les patients de saisir ces CCI.

La CNAMED, Commission Nationale des Accidents Médicaux, est essentiellement en charge de faire une liste d'experts qui vont se consacrer à la responsabilité médicale, qui sont motivés pour faire les expertises en responsabilité médicale.

M. SZAMES.- Merci pour ces points parce que c'est important. Il y a beaucoup d'acronymes, mais c'est important au moins de remettre les choses à plat.

J'ai entendu quelque chose d'important : cela facilite les choses pour les patients notamment. Peut-être qu'on peut vous donner la parole, justement, parce que vous représentez France Assos Santé, donc les patients, Mariannick LAMBERT.

Est-ce que cette loi, qui était très importante pour les médecins, a aussi changé les choses pour les patients ?

M. LAMBERT.- Oui puisque, comme vient de le rappeler Mme MANAOUIL, c'est la loi fondatrice en matière de droit des droits des patients, que, quelque part, je représente ici puisque France Assos Santé regroupera bientôt une centaine d'associations d'usagers de la santé.

Oui, c'est la loi du 4 mars 2002 qui a élargi l'accès aux droits pour les patients en matière d'indemnisation, mais pas forcément en matière d'indemnisation parce qu'on s'aperçoit que, souvent, ils essayent de comprendre, de faire cesser des dysfonctionnements.

Et cela, je peux le dire parce que j'ai une expérience de terrain, étant membre des trois institutions. Je suis membre de la CCI d'Île-

de-France, où je siège depuis sa création, de la CNAMED aux côtés de Mme MANAOUIL, et au conseil d'orientation de l'ONIAM.

C'est très intéressant de voir comment peuvent fonctionner les trois piliers de l'indemnisation des accidents médicaux. Cela élargit l'accès aux droits pour les patients, mais je pense aussi que, pour les médecins, c'est une loi formidable parce que, comme vient encore de le rappeler Madame, oui, 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.

M. SZAMES.- On va y revenir.

Karine BALAND-PELTRE, vous êtes Conseillère nationale de l'Ordre. J'entendais « *une loi formidable pour les médecins* ». C'est vrai ?

K. BALAND-PELTRE.- Oui et non car, comme dans toute loi, il y a du positif et du négatif.

Du point de vue des médecins, on a cette sensation de vulnérabilité sur le plan médico-légal qui existait peut-être moins avant l'apparition de cette loi. J'en tiens pour compte le nombre d'appels qu'on peut avoir dans les conseils départementaux sur la délivrance des dossiers médicaux, l'établissement des certificats, le secret professionnel.

Le premier point que je voudrais évoquer, c'est surtout la majoration d'une pratique médicale défensive. Aujourd'hui, les médecins sont conscients qu'ils mettent en place cette pratique défensive en espérant éviter la suite médico-légale, c'est-à-dire qu'en fait, à leur pratique médicale s'ajoute une donnée extra-médicale dans leur raisonnement clinique.

Les exemples sont simples : une surconsommation de soins sur le plan médicamenteux, sur le plan des examens complémentaires, une médecine d'évitement de certains patients à risques médico-légaux, un évitement d'actes qui sont plus à risque, une crainte de refuser les demandes que l'on cite dans notre profession comme abusives.

C'est aussi, quelque part, le risque d'abandon de gestes qu'on ne maîtrise pas pour les donner à faire à d'autres confrères, avec un risque d'engorgement des autres spécialités, mais aussi des autres urgences.

Le point positif parce qu'il y en a, bien entendu, **c'est aussi une prise de conscience de nos limites. Et cette prise de conscience de nos limites et de l'absence de maîtrise de certains gestes permet d'éviter souvent la responsabilité.**

En revanche, moi, je pose une question : est-ce que cette peur peut empêcher nos jeunes confrères, qui sont plus acculturés que nous à cette loi, de s'installer ?

Le deuxième risque et la deuxième question : est-ce qu'on risque d'éviter les patients qu'on juge à risque contentieux dans nos pratiques médicales ?

M. SZAMES.- Vous posez deux questions : est-ce qu'on a des réponses à formuler ou est-ce qu'on attend encore quelque part d'expérimenter cette loi ?

K. BALAND-PELTRE.- Il n'y a pas d'études au sujet de ces deux questions, je pense que cela peut être des travaux secondaires. Ce sont un peu des questions lancées pour espérer avoir quelques réponses. Mon sentiment, qui est purement subjectif, en aucun cas objectif avec des chiffres, est que, peut-être, les plus jeunes ont cette crainte médocolégale. On le voit dans les services avec des demandes de seniors sur des avis répétés, sur des dossiers médicaux, en leur donnant l'impression qu'ils partagent, quelque part, leur responsabilité médocolégale.

M. SZAMES.- Cécile MANAOUIL, si vous voulez bien, on peut rebondir sur ce point parce qu'il y a des questions de droit, mais il y a aussi des questions qui peuvent être abordées aussi quand on parle de la jeunesse. Est-ce que ce sont des propos que vous entendez ces derniers temps, qui remontent ?

C. MANAOUIL.- Chaque médecin pense au risque médocolégal, mais il faut d'abord faire du médical plutôt que du médocolégal. Les médecins sont d'abord là pour soigner. Je leur dis toujours que l'important, c'est de faire les meilleurs soins possible, et surtout, de tout tracer dans le dossier médical : *« Votre meilleure défense, c'est un dossier médical bien rempli »*.

Le choix de la spécialité est multifactoriel. Il est vrai que, quand on regarde les spécialités les plus demandées, par exemple l'ophtalmologie ou la dermatologie... La chirurgie plastique, c'est

encore autre chose, mais cela ne fait pas partie des spécialités à risque de mise en cause. On sait qu'un neurochirurgien, un chirurgien orthopédiste en libéral, globalement, aura une procédure tous les deux ans.

C'est ce que je dis à mes étudiants : cela fait partie des risques du métier. On est sur un métier où on prend des décisions importantes qui ont un impact sur la santé des personnes, et on doit en assumer les conséquences. Maintenant, il faut se préparer à avoir des procédures.

Avoir une procédure ne veut pas dire être condamné ; de nombreuses procédures ne vont pas aboutir à une condamnation du médecin à indemniser. La plupart du temps, il y aura un rejet de la procédure. C'est compliqué, pour les patients, d'aller rechercher la responsabilité d'un médecin. Il y aura beaucoup de rejets, il y aura des aléas qui vont permettre une indemnisation, mais sans retenir de faute.

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, donc tout médecin qui exerce en libéral doit obligatoirement être assuré sous peine, d'ailleurs, d'amende et d'interdiction d'exercer.

Il a une assurance, il aura un accompagnement, mais heureusement qu'il nous faut des obstétriciens -c'est une spécialité où la mise en cause est compliquée-, il faut simplement qu'on explique aux médecins qu'ils auront des procédures au cours de leur carrière et qu'il faut apprendre à les gérer.

M. LAMBERT.- Il faut rassurer les médecins et les jeunes médecins parce que je comprends bien sûr leur angoisse. On peut dire que, depuis 20 ans, en élargissant l'accès aux droits, ils ont l'impression d'être mis en cause, mais, comme il vient d'être rappelé, une procédure, ce n'est pas du tout une condamnation.

Moi qui suis de l'autre côté, je peux vous dire que, dans la majorité des dossiers qui viennent devant les CCI, on ne cherche pas la faute. Une majorité d'entre eux cherchent à comprendre, et très souvent, si, en amont, il y avait eu des communications...

Évidemment, les dossiers de CCI viennent beaucoup plus souvent d'opérations que de médecine de ville, on est bien d'accord, mais la communication n'a pas été faite autour de

l'accident médical, les gens n'ont pas compris et je peux vous dire qu'on voit des dossiers récurrents de certains services où on voit qu'il y a un problème de communication.

Certains d'entre eux viennent pour comprendre, mais aussi pour corriger le dysfonctionnement quand il y a eu un dysfonctionnement dans un service et pour que d'autres ne soient pas victimes du même accident.

Il n'y a donc pas forcément une recherche de responsabilité, en tout cas jamais de condamnation dans les CCI. Le sujet d'aujourd'hui n'est pas la responsabilité pénale, mais il faut savoir que les gens qui vont au pénal sont souvent des gens qui cherchent une vengeance et qui ont besoin d'un bouc émissaire.

Dans les CCI, ce n'est pas forcément une recherche d'indemnisation, donc il faut rassurer les médecins sur ce sujet. Je peux voir combien ils sont mal quand ils viennent devant les CCI, mais comme l'a rappelé encore Mme MANAOUIL, les dossiers, même devant les CCI, sont souvent aussi des rejets.

Cela émane de tous les rapports d'expertise qui arrivent : pour un patient à risque, évidemment que l'expert va tenir compte du risque, donc la responsabilité sera éventuellement partielle ou sera rejetée. Surtout, que cette angoisse d'une procédure n'empêche pas de soigner les plus gravement malades, qui sont souvent les patients à risque important.

M. SZAMES.- Philippe CATHALA, ce qui vient d'être dit est important parce qu'il y a ce sentiment d'insécurité pour le médecin ?

P. CATHALA.- Oui. Je vais me permettre de poser aux trois interlocuteurs autour de la table une question sur leur notion de comparaison internationale. Est-ce que cette sinistralité, cette pression médicolégale, désamorcerait des vocations ou changerait les vocations de certains, ou des pratiques, comme disait Karine BALAND-PELTRE, en faveur de la médecine défensive ? Est-ce qu'on a des regards sur ce qui se passe à l'étranger ? On entend souvent parler en la matière des États-Unis, mais est-ce que l'une ou l'autre peut commenter cela ?

M. SZAMES.- Cécile MANAOUI, quelques mots et puis on rebondira après sur la sécurité.

C. MANAOUIL.- Les comparaisons sont très compliquées. Déjà, pour bien avoir le panorama de ce qui existe en France entre le pénal, le civil, m'administratif, la déontologie, ce

n'est déjà pas simple. Faire des comparaisons me semble compliqué. Je reste centrée sur la France.

Il y a des pays où on peut comparer le montant de l'assurance. Une assurance va de 800 € à 18 000 € suivant le statut du médecin. Il y a des pays où c'est beaucoup plus cher, comme aux États-Unis.

Mais le médecin ne doit pas avoir le sentiment de dire : « *C'est géré par mon assurance* ». De toute façon, l'assurance est obligatoire pour un médecin libéral, l'assureur va accompagner le médecin mis en cause, c'est important, mais ce sur quoi je veux insister, c'est sur le fait que quand un médecin est convoqué à une expertise, il doit y aller. Il faut aller montrer qu'on a bien travaillé.

M. SZAMES.- Est-ce qu'il y a une crainte d'y aller de la part des médecins ?

C. MANAOUIL.- Pour un médecin, c'est très difficile de se retrouver en expertise face à un ou deux experts, en face du patient, puisque l'expertise est contradictoire. On est là sur l'expertise civile, c'est contradictoire, donc il y a, et les médecins mis en cause, et en face le patient ou, quand le patient est décédé, quelques membres de sa famille.

Dans certains cas, cela peut être très tendu et c'est à l'expert de faire que tout le monde se respecte et qu'on ne s'invective pas.

En revanche, dans certains cas, comme disait Mme LAMBERT, le patient est là pour essayer de comprendre. On est quand même sur une procédure d'indemnisation, mais il veut d'abord comprendre, éventuellement être indemnisé. C'est déjà arrivé à des expertises que le patient dise : « *J'ai rien contre le médecin. C'est une infection nosocomiale, ce n'est pas contre le médecin que j'en ai* ». *C'est l'établissement qui va indemniser l'infection nosocomiale, pas le médecin.* « *On m'a dit de mettre en cause le médecin, donc je le mets en cause, je mets le chirurgien en cause dans une procédure d'infection nosocomiale, mais j'ai rien contre lui. D'ailleurs, Docteur, il y a l'autre prothèse à faire, quand est-ce qu'on fait l'autre prothèse ?* ». Cela pose la question pour le médecin : « *Est-ce que je peux continuer à opérer un patient qui m'a mis en cause ?* ».

Il y a des aléas, des infections nosocomiales où le patient dira : « *Je n'ai rien contre le médecin* », mais c'est vraiment important. Même si vous avez une assurance qui est là pour vous accompagner, par un avocat, par un médecin qui vous assiste, avant tout, il faut aller aux expertises pour montrer que vous avez bien travaillé.

Honnêtement, les procédures sont tellement complexes que c'est toujours compliqué de comparer. Je ne suis pas compétente pour comparer sur l'ensemble.

M. SZAMES.- Je ne sais pas s'il y a des chiffres, mais est-ce qu'il y a beaucoup de hausses des procédures depuis le 4 mars 2002 ? Est-ce que vous avez vu des choses exponentielles ou pas ?

C. MANAOUIL.- Ce qu'on a vu, c'est que depuis la loi du 4 mars 2002, aux CCI, il y a eu toute une montée en charge parce qu'initialement, les patients ne connaissaient pas la CCI. Il a fallu quelques années pour que les patients la connaissent, et aussi les avocats.

Maintenant, on a une stabilisation, on est autour de 4 500 expertises sollicitées. La majorité des procédures maintenant en indemnisation commencent à la CCI. La CCI, c'est quelque chose en plus. Après, il n'y a pas de commission d'appel, si on n'a pas obtenu ce qu'on voulait, on retourne au judiciaire, ou en administratif, sur la procédure classique.

Maintenant les CCI sont très utilisées parce que quand même faciles à solliciter. Les assureurs ne parlent pas d'augmentation majeure du nombre de contentieux. En revanche, ils parlent du montant de l'indemnisation, qui augmente toujours. C'est le dommage corporel qui fait que le nombre de préjudices a augmenté. Avec la nomenclature Dintilhac, le nombre de postes de préjudice a augmenté et chaque préjudice est indemnisé toujours un peu plus. Donc il n'y a peut-être pas plus de dossiers, mais plus de montant d'indemnisation.

M. SZAMES.- On va voir cela. Tout à l'heure, quand je parlais de crainte, je vous ai vu hocher la tête et je voulais avoir votre sentiment.

K. BALAND-PELTRE.- Oui, je voulais rebondir sur ce que dit Cécile MANAOUIL, pour faire aussi du dommage médical. Il est certain que les médecins, souvent sous l'influence des assurances, font le choix de ne pas venir parce que, sur le plan assurantiel, on leur a dit de ne pas venir. Parfois, certains viennent.

C'est très important de venir pour expliquer au patient ce qui s'est passé, pour s'expliquer à soi-même ce qui s'est passé et commencer un travail de résilience le cas échéant. C'est extrêmement important.

Et nous sommes formés, en tant qu'experts en responsabilité médicale, pour qu'effectivement, les choses se passent bien, sans conflit, l'objectif

étant, comme le juge nous demande de le faire, que le conflit s'il y a, la responsabilité, s'il y a, partagée ou non, soit répartie, et surtout, comprise à la sortie de ces expertises, qui peuvent parfois durer plusieurs heures.

Pour nos confrères, c'est extrêmement compliqué et c'est un temps fort dans cette démarche juridique. C'est surtout cela qu'ils craignent avant tout : se retrouver confronté à. La médecine parfaite n'existe pas, les imperfections doivent être comprises par tous.

M. SZAMES.- Bien sûr. Philippe CATHALA, vous vouliez rajouter un mot sur ce point ?

P. CATHALA.- Non, certainement avoir la vision du patient sur vos attentes. Finalement, est-ce que cette loi est allée au bout de ce que vous attendiez en matière de prise en compte, et des catastrophes de la vie, et des accidents médicaux fautifs ? Quelles sont vos attentes ?

M. SZAMES.- Oui, le dialogue nécessaire que l'on peut avoir ici entre les médecins et les patients. C'est essentiel. On est là pour cela.

M. LAMBERT.- L'essentiel, c'est d'expliquer que le patient n'est jamais l'ennemi de son médecin, même quand il y a une procédure en cours. Je rejoindrai vraiment ce qui vient d'être dit : l'expertise est un moment essentiel. Je comprends tout à fait que le médecin appréhende, mais imaginez-vous combien le patient l'appréhende encore plus.

Pour les patients, l'expertise est le moment le plus difficile parce que, s'il a choisi la CCI, c'est, comme on vous l'a dit, parce que c'était un accès gratuit, qu'il n'a pas à faire l'avance de l'expertise. En tout cas en Île-de-France, une majorité de patients se présentent sans avocat et sans médecin-conseil. À l'expertise, le patient est totalement dérouté, désarçonné parce que s'il a initié cette procédure devant la CCI, c'est qu'il y a bien eu un accident médical. Il se sent souvent victime de l'accident médical, c'est comme cela qu'il le vit, en tout cas.

Il a l'impression, après s'être heurté, souvent, à l'hôpital ou à un établissement hospitalier privé, à des médecins qui se connaissent tous entre eux parce que, pour lui, il ne fait pas la différence entre le médecin-conseil de l'assureur, le médecin expert, les médecins en cause. Il est terrorisé.

C'est pour moi très important que les médecins qui sont convoqués à l'expertise viennent, n'écoutent pas leur assureur. Je suis désolée, mais pour les patients, c'est plus important d'avoir en face une discussion franche et ouverte, un contact humain

avec les médecins qui sont intervenus dans son cas plutôt qu'avec des médecins d'assureurs qui ont toujours une position purement juridique et qui n'ont qu'un objectif : c'est la défense. Vraiment, c'est essentiel que le médecin vienne à l'expertise.

Quant à la loi du 4 mars 2002, évidemment qu'une loi n'est jamais suffisante et qu'il faut la faire évoluer. On le voit d'ailleurs bien dans les imprécisions ou dans l'évolution.

La jurisprudence sert à cela : celle des tribunaux et celle des CCI, bien qu'il n'y ait pas vraiment de jurisprudence dans les CCI puisque ce ne sont que des avis consultatifs, qu'il n'y a toujours pas de banque de données et que la CNAMED, dont la mission, en dehors de l'inscription des experts, est aussi l'organisation de jurisprudence des CCI pour qu'il n'y ait pas trop d'hétérogénéité, a beaucoup de mal à accomplir cette mission.

Mais par exemple, l'une des difficultés qui est apparue avec la pandémie avec le Covid pose typiquement un problème juridique. En effet, le système de la loi du 4 mars 2002 qui a créé la notion d'infection nosocomiale indemnisable fait que les personnes qui ont attrapé le Covid quand elles étaient hospitalisées -rappelons-nous que les personnes hospitalisées pendant la pandémie étaient souvent les malades les plus graves et avec beaucoup de comorbidité- sont, sur le principe de l'infection nosocomiale, indemnisables, et évidemment, si vous avez attrapé le Covid en ville, vous ne l'êtes pas puisque c'était une pandémie, que tout le monde le reconnaît, que les hôpitaux ne pouvaient pas lutter contre cette pandémie.

Néanmoins, juridiquement, cela reste une infection nosocomiale, et c'est très important parce que le corps médical s'oppose aux juristes sur ce sujet. Moralement, à partir du moment où on dit que c'est une affection nosocomiale, il a l'impression que sa responsabilité est en cause. Elle ne l'est pas puisque, dans tous les cas, les infections nosocomiales sont indemnisées par l'ONIAM, mais ce sont typiquement des notions qui peuvent poser problème.

M. SZAMES.- Madame MANAOUIL, vous voulez éventuellement rebondir là-dessus ? Et j'aurai une autre question sur la loi à vous poser.

C. MANAOUIL.- Un mot sur les infections nosocomiales parce que c'est globalement un tiers du contentieux. Je suis membre de CCI aussi, depuis 2003, depuis sa création. On voit beaucoup de dossiers d'infections nosocomiales. Une infection nosocomiale est une infection

contractée lors des soins, lors d'une prise en charge, qui n'était ni présente ni en incubation au moment de la mission.

Entre médecins, on en discute et on n'est pas tous d'accord sur cette notion d'infection qui est contractée à l'hôpital qui n'était pas présente à la mission ni en incubation. Si on entre à l'hôpital pour un Covid grave, ce n'est pas une infection nosocomiale, mais si on entre à l'hôpital pour n'importe quel petit accident, pour une intervention chirurgicale, et qu'on contracte le Covid à l'hôpital, logiquement, on est effectivement dans la définition de l'infection nosocomiale.

Cela heurte un peu l'esprit parce qu'on se dit que, finalement, il y avait plus de risque d'attraper le Covid en-dehors de l'hôpital que de l'attraper à l'hôpital puisqu'à l'hôpital, on prenait encore plus de précautions, et dès le départ, on avait des masques. Dès le départ, à l'hôpital, on a mis des masques et on a essayé de se protéger. C'est en débat et peut-être que cela évoluera, mais, effectivement, l'infection nosocomiale fait l'objet d'un contentieux abondant, notamment en CCI.

M. SZAMES.- C'est un cas effectivement très précis. Karine BALAND-PELTRE, prenons des cas très concrets de ce que vous vivez sur le terrain pour voir, en termes de responsabilité médicale, les évolutions depuis le 4 mars 2002.

Est-ce que vous avez senti que les patients se sont apaisés depuis tout ce qu'on avait connu avant la loi et après la loi, notamment dans vos rapports avec eux ? Donnez-nous quelques exemples de ce que vous vivez au jour le jour.

K. BALAND-PELTRE.- Je voulais surtout évoquer la notion extrêmement positive de l'information qu'on est obligé de délivrer à nos patients, qui est une vraie avancée dans notre pratique médicale. La charge de la preuve nous incombe, contrairement aux autres manquements aux autres fautes.

Quant cette information est claire, loyale, adaptée, permet d'obtenir un vrai consentement. Le travers, c'est quoi ? Quand on donne trop d'informations ; un excès d'information peut générer un risque de refus, et ce risque de refus peut parfois être délétère avec une vraie perte de chance.

Sur le plan pratique, les feuilles standardisées de consentement existent surtout pour les actes techniques, et ce consentement n'est que verbal dans les milliers d'actes effectués au quotidien.

Par exemple, en médecine générale, vous avez une angine, est-ce que vous me donnez l'autorisation de regarder dans votre gorge ? Si le médecin ne prend pas le temps de tracer cela sur le dossier médical, on n'a pas de consentement écrit.

Je dirai que ce sont peut-être les limites de ces fameuses feuilles de consentement. Je ne sais pas ce que vous en pensez ; est-ce qu'il serait nécessaire d'aller jusque là ? Faudrait-il que les patients signent à chaque fois qu'on fait un acte ?

M. SZAMES.- Exactement. Cela paraît presque banal, de le dire comme cela.

Cécile MANAOUIL ? Après, je donnerai la parole aux patients.

C. MANAOUIL.- Surtout pas de signature ! Déjà, quand on va se faire opérer, on signe tout un tas de papiers et, à un moment donné, il y avait le débat sur : est-ce que chaque gynécologue doit faire signer la patiente avant de lui faire un examen gynécologique ? Mais surtout pas ! Surtout pas ! N'allons pas vers cela.

La loi du 4 mars 2002 n'a jamais imposé la signature, elle dit qu'il faut une information loyale, claire, appropriée, adaptée au patient. Il faut s'adapter au patient qu'on a en face de soi, à ses demandes.

Et il faut informer sur les risques fréquents ou graves, normalement prévisibles. Cette information est orale dans la loi. Certes, les assureurs demandent concrètement à leurs médecins adhérents de faire signer des documents parce que c'est un peu la solution de facilité, la signature. On va sortir le document devant l'expert et on dira : « Vous voyez ? Il a bien été informé ». Il y a des documents à propos desquels on se pose quand même la question de savoir dans quelles conditions on a réellement recueilli la signature du patient.

Je suis beaucoup plus attachée à un chirurgien qui explique qu'il a informé, qui le note dans son courrier, qui va mettre : « *Le patient m'a surtout posé des questions sur la durée de l'arrêt de travail, ou sur la cicatrice, ou sur tel risque* », qui a fait un dessin, un schéma pour expliquer. Cela va être noté avec des notes dans le dossier médical.

Effectivement, tout cela est plus long que de faire signer un papier, mais ne croyez pas que vous êtes totalement protégé par la signature d'un papier parce que cela peut s'avérer un peu de caractère très automatique, sans aucune

information. Ce que la loi impose, c'est une information orale et une discussion. Il ne faut donc surtout pas aller vers plus de signatures. Il y en a déjà bien assez.

M. SZAMES.- Je répète, pour la salle, que nous sommes dans des cas concrets ; si vous avez des questions à poser ici à nos débatteurs...

Monsieur, présentez-vous en deux mots, s'il vous plaît.

JP. PLATEL.- Je suis Président du Conseil départemental du Nord et par ailleurs assesseur dans la CCI des Hauts-de-France.

Ce n'est pas vraiment une question, mais d'abord un remerciement pour ce débat, et merci à Philippe pour ce rappel historique passionnant. Madame a dit : « *Les patients ne viennent pas pour l'argent* ». Si ! Ils sont beaucoup à venir pour cela, il faut l'admettre.

D'autre part, les CCI sont très utiles au Conseil de l'Ordre parce que cela nous permet de renvoyer certaines plaintes qui ne nous sont pas finalement destinées, où on nous demande finalement d'être experts, ce que nous ne sommes pas. Cela nous permet de les renvoyer vers ces structures qui, vous l'avez dit, permettent d'avoir une expertise gratuitement. Et cela, c'est très important parce que la plupart des patients n'ont pas les moyens de se payer une expertise, et les prises en charge par la CCI leur permettent d'aller jusqu'au bout.

Sur l'expertise vous avez dit : « *C'est important que le médecin y aille* ». Je suis d'accord avec vous. On a vécu une histoire un peu triste dans le Nord d'un patient qui est décédé aux urgences ; sur la foi du rapport d'expertise qui a été demandé par cette famille, qui voulait savoir pourquoi ce patient était décédé -un patient jeune-, on a reçu une plainte contre quatre urgentistes qui ont appris le jour de la conciliation à l'Ordre qu'une expertise avait été réalisée, c'est-à-dire que leur hôpital ne les avait même pas informés, ils ne savaient pas que cette procédure était en route et, bien évidemment, avant d'assister à cette expertise, ils n'avaient pas pu donner leur vécu, leur version des faits.

Il a été extrêmement compliqué de rattraper le coup, si je peux dire, lors de la conciliation, sachant qu'en les écoutant, en faisant le cheminement, il n'y avait pas grand-chose à leur reprocher, au contraire de ce que disait l'expertise.

Il faut vraiment que les hôpitaux jouent le jeu, que les juristes des hôpitaux informent les médecins dès qu'il y a une procédure et ne se contentent

pas d'envoyer le juriste à l'expertise, ce qui avait été le cas cette fois-là.

M. SZAMES.- Merci pour votre témoignage.

M. LAMBERT.- C'est l'hôpital qui voulait cacher un dysfonctionnement et, évidemment, il n'avait pas informé ces médecins.

M. SZAMES.- Il y a discussion là-dessus, par nos juristes.

C. MANAOUIL.- Ce n'est pas tellement cacher, c'est surtout que cela, on le voit vraiment en expertise. Quand on est en libéral, dans une clinique, on met en cause l'anesthésiste, le chirurgien. Chacun exerce à titre libéral, chacun va venir à l'expertise et l'apport est majeur, chacun va pouvoir expliquer comment il a fait, expliquer ce qu'on n'arrive pas à déchiffrer dans le dossier aussi, parce que ce n'est pas toujours évident avec nos multiples abréviations, etc..

Quand c'est à l'hôpital, c'est variable d'un hôpital à l'autre. L'APHP est à part puisqu'elle n'est pas soumise à l'obligation d'assurance. Il y a une dérogation qui fait que l'APHP est son propre assureur. Des médecins dans le service juridique peuvent venir dans les dossiers.

Les autres hôpitaux sont soumis à l'obligation d'assurance et c'est variable. Certains hôpitaux se disent : « *J'ai un assureur, l'assureur se débrouille* ». Un médecin de la compagnie, missionné par la compagnie d'assurances, va venir, qui ne connaît pas l'établissement. S'il a bien fait son travail, normalement, il a appelé les médecins qui ont pris en charge le patient pour savoir un peu comment cela fonctionne, mais il ne saura pas répondre à toutes nos questions, notamment : « *Là, il y a quelqu'un qui a écrit un mot, c'est qui ? C'est un externe ? Un interne ?* ». On ne sait pas qui a écrit dans le dossier.

Honnêtement, pour les patients qui font un recours à la CCI, voir qu'en face, on ne sait pas répondre aux questions... Ils étaient là pour l'information, pour comprendre et pour l'indemnisation, mais ils veulent des explications. Ils sont face à un médecin missionné par l'assurance qui n'a jamais mis les pieds dans l'hôpital, qui ne s'est pas expliqué. C'est catastrophique.

En expertise, quand le médecin hospitalier vient... Effectivement, il n'est pas obligé de venir, ce n'est pas lui qui est mis en cause. En CCI, on met en cause un établissement de santé. Les directions d'hôpital devraient inciter les médecins hospitaliers à aller à l'expertise et expliquer,

montrer qu'ils ont bien travaillé la plupart du temps. Ce n'est pas forcément le médecin qui a pris en charge le patient, ce peut être le chef de service ou un médecin du service, mais qu'il y ait au moins un médecin du service qui y aille.

C'est très rare que les médecins hospitaliers se déplacent, mais quand ils se déplacent et qu'ils ont l'attitude : « *Je suis là pour expliquer comment cela s'est passé* », l'expertise est totalement différente, et clairement, les experts auront moins tendance à retenir une responsabilité quand ils ont eu un médecin qui est venu expliquer comment cela s'est passé qu'avec la politique de la chaise vide.

M. SZAMES.- On a l'impression que la communication est quand même un peu le nerf de la guerre.

C. MANAOUIL.- Là, je vous parle de l'expertise en tant que telle. On ne peut pas éviter toutes les procédures. Pour un chirurgien, malheureusement, il y a des infections nosocomiales, il peut y avoir des aléas, etc., mais avec l'information, on peut réduire quand même un peu le nombre de procédures. Et surtout, avec un bon dialogue, car il n'y a pas que la procédure indemnitaire dont on parle aujourd'hui, il y a les procédures disciplinaires et les procédures au pénal.

Au pénal, cela part aussi parce qu'il n'y a pas eu de dialogue. Le pénal, c'est quand même catastrophique parce que cela va durer très longtemps, et là, la communication est importante.

M. SZAMES.- On ne parlera pas du pénal.

Karine BALAND-PELTRE ?

K. BALAND-PELTRE.- Pour rebondir sur la communication, un des piliers de l'avancée fondamentale, c'est notre obligation de tenir correctement le dossier médical puisque c'est un moyen adapté qui est consultable par le patient, réalisé par le médecin et c'est un moyen de preuve.

Le médecin, finalement, ne dispose pas d'autre trace écrite que ce dossier médical et c'est un avantage fort pour la qualité des soins. Ce qui revient essentiellement sur le terrain, c'est : « *Oui, mais cela nous fait perdre du temps* ». Je ne pense pas. Cela évite de faire perdre du temps après, mais c'est une pierre angulaire, cette tenue d'un dossier médical.

En outre, il ne faut pas perdre de vue que le médecin est dépositaire de ce dossier dont le patient a besoin pour mettre en cause la responsabilité du médecin. C'est bien un vase clos, un colloque singulier.

M. SZAMES.- Mariannick LAMBERT, sur ce point ?

M. LAMBERT.- On voit que, 20 ans après, l'accès au dossier médical n'est toujours pas naturel. On a une ligne d'écoute téléphonique, à France Assos Santé, Santé Info Droits, qui est évidemment alimentée encore en grande partie par des problèmes d'accidents médicaux. Et 20 ans après, le premier obstacle reste encore l'accès au dossier médical.

À l'autre bout, on le voit aussi en CCI -je vais la citer parce que je siège à la CCI d'Île-de-France et qu'on a évidemment beaucoup de dossiers de l'APHP-, certains établissements communiquent des dossiers médicaux partiels ou disent : « *On a perdu cette partie* » qui, comme par hasard, était la partie déterminante. Le dossier médical, c'est le moyen de prouver que l'obligation de moyens a été remplie. C'est ce que vous disiez : c'est un moyen essentiel.

Pour revenir à ce que disait Cécile, comment voulez-vous qu'une expertise avec un médecin d'assurance puisse aboutir à quelque chose puisqu'il ne sait absolument pas ce qui s'est passé dans l'établissement ? C'est une expertise qui ne pourra jamais aboutir puisque l'obligation de moyens, il ne sait pas comment elle a été remplie, ne connaissant pas l'établissement.

M. SZAMES.- Nous avons une question dans la salle sur ce point.

M. EUGÈNE.- Je suis du Loiret. Puisqu'on aborde la question du dossier médical, est-ce que la mention de la conclusion d'une RCP est importante dans un dossier médical ?

M. SZAMES.- On viendra sur la RCP cet après-midi, mais Cécile, éventuellement, vous pouvez répondre à Monsieur.

C. MANAOUIL.- La mention d'une réunion de concertation pluridisciplinaire est réglementaire dans certains domaines. En cancérologie, c'est obligatoire de passer le dossier en RCP pour discuter d'une prise en charge.

Et évidemment, la réunion de concertation pluridisciplinaire se fait de plus en plus. On n'est plus dans un exercice médical individuel. Pour un expert, c'est quand même compliqué d'aller

dire que l'indication n'était pas bonne quand elle a été discutée en RCP par plusieurs médecins avec plusieurs spécialités. C'est absolument indispensable et cela se fait de plus en plus. Pour donner une note optimiste, plus les médecins sont jeunes, mieux ils remplissent le dossier médical.

M. SZAMES.- Si on reste sur ce dossier médical, encore quelques indications ?

K. BALAND-PELTRE.-

Effectivement, les médecins ne sont encore pas au fait de la manière dont il faut transmettre le dossier médical. Philippe pourra le valider, ce sont des questions qu'on a très fréquemment dans les conseils départementaux. On a un souci sur la transmission aux ayants droits, les motifs, les raisons, les délais.

Certains médecins continuent à refuser de le donner, indiscutablement. Certains médecins, malheureusement, commettent l'erreur de donner la totalité du dossier papier sans en garder un double, sans prendre conscience que l'arrêt de l'activité ne signifie pas l'arrêt de la responsabilité.

Maintenant, les documents vont être sur le DMP. Le frein du DMP, c'est prendre connaissance d'un document dont on n'a pas l'expertise pour le comprendre. Le patient sera dépositaire de son document médical, mais va en prendre connaissance seul, avec le risque d'aller regarder sur internet et de générer une anxiété qui est inadaptée.

M. SZAMES.- Ce sont des thèmes qu'on va aussi aborder cet après-midi. Une nouvelle question dans la salle ?

M. PARIS.- Je suis vice-président des Bouches-du-Rhône et je suis là au titre du CROM PACA. Je fais l'inscription des jeunes toutes les semaines de façon un peu groupée avec un diaporama où je fais passer un certain nombre de messages sur les risques et leur prévention.

Quand on reçoit des médecins, soit étrangers de l'Union européenne, hors Union européenne, ou des médecins d'autres départements, la réflexion est : « *Il n'y a pas de formation à la gestion du risque pendant la formation initiale* ». Si la loi Kouchner a été indispensable, il paraît indispensable aujourd'hui qu'il y ait une formation initiale à la gestion du risque.

Vous disiez que les jeunes médecins sont désemparés ou ont peur du risque. Je leur fais l'analogie avec la conduite automobile. Il ne viendrait à l'idée de personne de donner un

volant sans avoir appris le code de la route. Nous, on pratique la médecine sans avoir appris à la fac aucune notion de déontologie, de tenue du dossier médical, du secret médical, du secret professionnel, de ce qu'on doit dire à une personne, à l'autre, etc..

M. SZAMES.- Quand on a préparé ce débat, cette notion, notamment de la jeunesse, qui n'est pas forcément préparée, est beaucoup revenue. Cécile MANAOUIL, une réponse sur ce point ?

C. MANAOUIL.- Je suis professeur à la fac de médecine. On nous fait toujours le procès de : « *Vous ne formez pas assez* ». Déjà, il faudrait que les étudiants viennent en cours ! C'est de plus en plus difficile de les faire venir en cours. J'ai six heures en cinquième année pour faire toute la médecine légale : les violences conjugales, les violences sexuelles, les droits des patients, etc., c'est compliqué.

Honnêtement, les médecins disent toujours : « *On n'a pas été formé* », mais il faut aussi qu'ils cherchent l'information. Avec internet, tout ce que l'on a de disponible, des formations, des DU, etc., ceux qui veulent se former se forment. Tout simplement, on est ici sur un débat organisé par le Conseil de l'Ordre ; je leur dis tout simplement : « *Lisez le bulletin de l'Ordre. Une fois que vous êtes médecin, vous recevez le bulletin de l'Ordre, allez sur le site internet du bulletin de l'Ordre* ».

Moi je lis les dernières pages, elles sont intéressantes. Je ne suis pas conseiller ordinal, mais je fais la publicité !

Et toutes les assurances ont des sites internet avec beaucoup d'informations. Il y a des podcasts très intéressants par les assureurs, donc le débat de : « *On n'a pas été formé* »... Formez-vous, tout simplement ! Ceux qui sont intéressés, formez-vous ! Et quand il y a une procédure, il ne faut pas faire l'autruche, il faut aller expliquer à l'expert qu'on a bien travaillé. Et encore une fois, le dossier médical sera le meilleur moyen de prouver qu'on a bien travaillé.

M. SZAMES.- C'est un appel à la responsabilité de chacun.

K. BALAND-PELTRE.- « Je vais quand même défendre les jeunes parce que les professeurs d'université sont méchants ! »

Les jeunes sont, dans leur formation, dans la crainte de ne pas réussir à faire le diagnostic, pas tant dans le risque de la conséquence de ne pas réussir à faire le diagnostic. Je pense qu'ils trouvent des moyens détournés en partageant aux seniors ou autres, mais je ne suis pas sûre

qu'à l'université, le temps existe pour leur parler de cette partie-là, c'est plus la formation continue. Je sais qu'on ne va pas être d'accord, mais la formation continue a peut-être plus sa place une fois qu'on est entré dans l'exercice professionnel.

C. MANAOUIL.- En formation continue, on a des gens qui sont motivés, des gens qui veulent venir, et c'est toujours très intéressant. En formation initiale, c'est plus compliqué. Honnêtement, dans les différentes spécialités, il y a quand même de plus en plus de simulations. On aime bien maintenant la simulation en médecine. « *J'informe d'un diagnostic grave à un patient, comment il réagit, j'informe une famille, j'explique à une famille que leur fils est décédé en réanimation* »... C'est tout cela.

Honnêtement, il y a beaucoup d'efforts des enseignants pour essayer de former. De plus en plus, on se rend compte que la médecine, ce ne sont pas que des compétences techniques, ce sont essentiellement des compétences relationnelles, de l'information, du dialogue.

Vous disiez tout à l'heure que les patients vont tomber sur une information dans « Mon espace santé » puisque maintenant, le dossier médical partagé est dans Mon espace santé. Aujourd'hui, c'est pareil pour les patients : ils vont se former aussi. Avec internet, on a accès à de nombreuses informations. C'est au médecin de les guider et de leur montrer qu'il y a des sites qui ne sont pas fiables, mais on a des patients qui sont informés sur leur maladie beaucoup plus qu'avant.

M. SZAMES.- Il nous reste quelques minutes. Madame, vous voulez prendre la parole ?

A. WENGER.- Bonjour Angélique WENGER, avocate au Barreau de Paris. Notre cabinet est spécialisé dans la défense des professionnels de santé. Je voulais revenir sur deux points.

D'une part, sur la présence des médecins aux opérations d'expertise. Je pense quand même qu'il faut rappeler qu'il y a, d'une part, la responsabilité des établissements publics de santé et qui n'engage pas la responsabilité personnelle des professionnels de santé qui y exercent et, d'autre part, la responsabilité personnelle, civile, des médecins libéraux, si bien que, effectivement, on peut constater une différence dans la présence.

Je rejoins tout à fait ce qui a été dit : bien souvent, lorsque les établissements de santé publics sont mis en cause dans le cadre de CCI comme dans le cadre du judiciaire, les directions ne préviennent pas même les médecins qui

sont concernés. On ne peut pas attendre d'eux qui viennent aux opérations d'expertise parce qu'ils ne sont pour l'essentiel pas informés. On peut le regretter, mais c'est le cas. Souvent, on a un médecin-conseil de la compagnie qui vient et, dans le meilleur des cas, un responsable du service. Cela, c'est le premier point.

Second point : sur les professionnels de santé libéraux. On ne peut pas laisser dire que les assureurs suggèrent, conseillent et recommandent à leurs sociétaires de ne pas venir aux opérations d'expertise, c'est inexact. Nous, on défend des professionnels de santé et c'est important de rappeler que la MACSF comme la Médicale, comme Branchet, comme AXA, recommandent très vivement à leurs médecins de venir aux opérations d'expertise.

Dans notre expérience, il est extrêmement rare que le médecin ne vienne pas. On le constate quand, effectivement, il a un bloc opératoire, qu'il a une urgence, qu'un expert convoque deux ou trois semaines en avance et que le médecin ne peut pas se libérer, que le médecin est en province et que c'est compliqué, mais les médecins libéraux viennent aux opérations d'expertise. En tout cas, ce n'est certainement pas leur assureur qui leur conseille de ne pas venir.

Autre point : sur l'information et le dossier médical. Je vous rejoins tout à fait sur le fait que l'information doit être délivrée au décours d'un colloque singulier entre le médecin et le patient. Je vous rejoins tout à fait aussi sur la traçabilité du dossier, l'importance des schémas, consigner l'information qui a été délivrée, mais aussi faire plusieurs consultations, laisser un délai de réflexion et revoir le patient pour répondre à ses interrogations.

Cela étant, on a quand même souvent des dossiers insuffisamment tracés et des experts qui nous disent : « *Vous vous contentez de dire que vous avez informé Mme Michu des risques graves qui peuvent survenir, ce n'est pas suffisant* ».

Une fois qu'on a cela, une fois qu'on sait que, depuis 1997, il appartient au médecin de rapporter la preuve de l'information qu'il a délivrée, les deux petites lignes du courrier au correspondant, ou les deux petites mentions sur la durée de l'arrêt de travail ne sont pas suffisantes pour démontrer l'information qu'il a délivrée.

Au-delà de cela, il faut délivrer une information orale, mais probablement accompagnée d'une fiche d'information que le patient peut prendre le temps de relire chez lui avec une liste exhaustive des risques qui peuvent se réaliser,

et effectivement, pourquoi pas, la signature d'un consentement ? Et là encore, je ne crois pas que ce soit les assureurs qui exigent des praticiens qu'ils fassent signer ces consentements comme si c'était un blanc-seing. Ce n'est pas un blanc-seing, mais un élément supplémentaire en expertise pour démontrer que l'information a été délivrée et comprise.

M. SZAMES.- Merci de cette mise au point. On va conclure. Vous avez abordé pas mal de points, sans entrer forcément dans le détail de tout ce qui a été dit, mais pour amorcer une conclusion générale parce qu'il y a eu notamment la notion de l'expertise, Cécile MANAOUIL, je vous laisse la parole.

C. MANAOUIL.- C'est exactement ce que j'ai dit. Effectivement, les médecins libéraux viennent aux expertises alors que les médecins hospitaliers ne viennent pas. Je pense que tout médecin doit se sentir concerné. De toute façon, pour les médecins, c'est toujours très compliqué à gérer. Le médecin, par sa présence en expertise, qu'il soit libéral ou hospitalier, montre au patient qu'il se préoccupe de ce qu'est devenu ce patient. Il va aussi montrer, au travers de son dossier médical, qu'il a bien travaillé.

M. SZAMES.- Merci beaucoup. On va conclure avec quelques mots de Philippe CATHALA sur cette première table ronde.

P. CATHALA.- On a vu que cette responsabilité a changé. On est passé de la crucifixion et la main coupée à la CCI, à laquelle plusieurs d'entre vous assistent à divers titres. Ce qui ne change pas, c'est la singularité et l'unicité de la relation médecin-malade, qui doit, qui était et qui sera toujours fondée sur la confiance réciproque du médecin et de son patient.

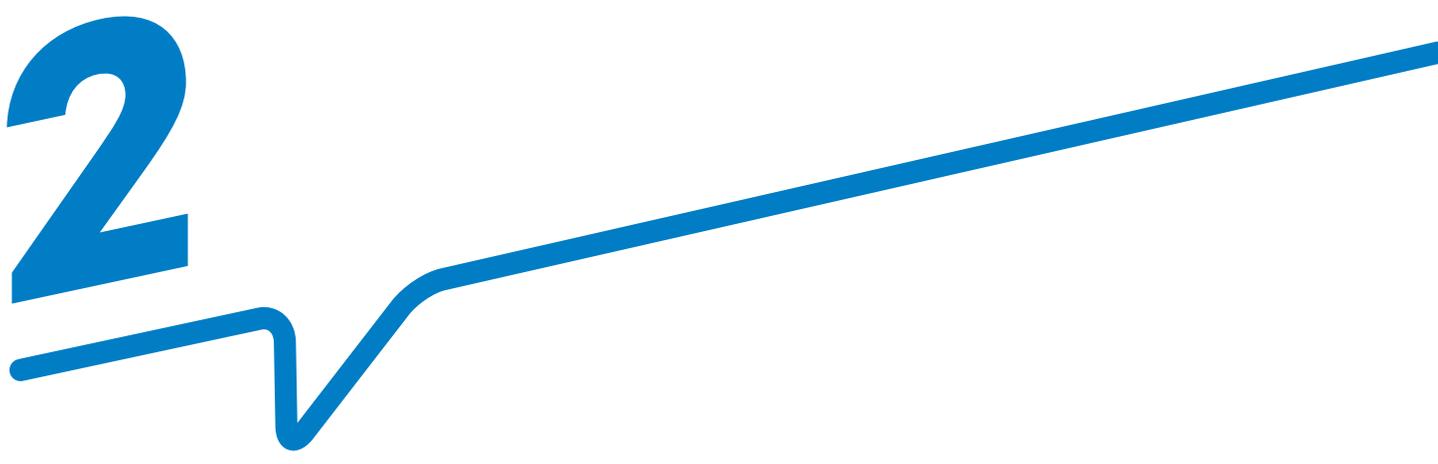
C'est finalement cela, la conclusion qu'on pourra avoir, et c'est tellement important que, vous le savez peut-être, l'Espagne et la France ont soutenu le classement au patrimoine immatériel de l'UNESCO de la singularité de la relation médecin-malade, qui est en cours auprès des autorités.

Cette histoire de responsabilité en fait partie et on peut tous, collectivement, être fier de tout cela.

Je vous remercie pour cette table ronde passionnante.

M. SZAMES.- Merci d'avoir participé à cette table ronde.

2



**LA RESPONSABILITÉ
DU MÉDECIN
A L'HEURE DES
COOPÉRATIONS
INTER-
PROFESSIONNELLES**

TABLE RONDE N°02 .

LA RESPONSABILITÉ DU MÉDECIN A L'HEURE DES COOPÉRATIONS INTERPROFESSIONNELLES

M. SZAMES.- Je demande à nos intervenants de me rejoindre à la tribune :

> **Laurent BLOCH** - *Professeur de droit privé - Collège Santé à l'Université de Bordeaux.*

> **Philippe BESSET** - *Président de la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF) et des Libéraux de Santé.*

> **Julie DEVICTOR** - *Présidente de la CNP des infirmiers en pratique avancée.*

> **Marianick LAMBERT** - *Représentante de France Assos Santé.*

> **Jacqueline ROSSANT-LUMBROSO** - *Conseillère nationale de l'ordre et modératrice de cette table ronde.*

Je vais commencer avec vous, Laurent BLOCH, pour savoir quelles sont, en quelque sorte, les responsabilités spécifiques du médecin au sein d'une équipe de soins, quand il travaille avec plusieurs professionnels.

Qu'est-ce qui est attendu de la part du médecin et quelles sont ses responsabilités aujourd'hui ?

L. BLOCH.- Bonjour à toutes et à tous. Il faut distinguer plusieurs situations pour rappeler, mais dans la continuité de ce qui a été dit précédemment, qu'il y a un principe, en matière médicale, qui est un principe de responsabilité pour faute, et que la faute est appréciée de manière individuelle, c'est-à-dire que chaque praticien, dans son champ de compétence, assume les conséquences de ses actes, et éventuellement de ses fautes.

Et il n'a pas à assumer les fautes des autres, sauf hypothèse dans laquelle il y aurait un rapport de subordination. Si j'ai un subordonné, en tant que celui qui a l'autorité sur lui, j'assumerai éventuellement les fautes commises par ce dernier, mais sinon, quand on est sur un pied d'égalité, il n'y a pas du tout le fait d'assumer les éventuelles fautes de l'autre. Par exemple, le médecin généraliste qui envoie son patient chez un spécialiste, et avec un spécialiste qui passe à travers le bon diagnostic, n'aura pas à assumer la faute commise par son confrère,

sauf hypothèse marginale dans laquelle il avait lui-même les moyens de déceler la faute commise par l'autre. Sinon, le fait qu'il y ait une coopération interprofessionnelle ne change pas fondamentalement la nature de la responsabilité, chacun est responsable de ses actes dans son couloir de compétence.

M. SZAMES.- En même temps, le médecin est au centre du jeu, on l'a entendu tout à l'heure par le Président du Conseil national. Le médecin reste au centre du jeu et ce n'est pas Mme Jacqueline ROSSANT-LUMBROSO, Conseillère nationale du Conseil de l'Ordre, qui va nous démentir sur ce point.

J. ROSSANT-LUMBROSO.-

Merci de me donner la parole.

Tout d'abord, je voudrais, en introduction, remercier le Dr François ARNAULT, Président du Conseil national, d'avoir pensé à ce débat, et le Dr Jean Marcel MOURGUES, vice-président du Conseil national, de l'avoir organisé dans des délais contraints et dans des conditions parfois difficiles.

Je remercie les services juridiques du Conseil national qui nous ont aidés à le préparer, et tous les services techniques, et je remercie bien sûr nos invités d'avoir répondu à l'invitation et de nous permettre d'avancer sur ce sujet.

Notre sujet, c'est la responsabilité du médecin à l'heure des coopérations interprofessionnelles. Je ne vais pas remonter au code d'Hammurabi comme mon prédécesseur, mais remonter à 1803, où on a créé le statut d'officier de santé. L'officier de santé était quelqu'un qui avait le droit d'exercer la médecine sans avoir le titre ni la formation de docteur en médecine. On a fait cela pour pouvoir combler les besoins dans les campagnes reculées -c'est ainsi que c'est écrit. Le plus célèbre, d'ailleurs, est Charles Bovary.

Ces officiers de santé ont existé jusqu'à la fin du XIX^e siècle -1892- et le dernier est mort en 1902. Après, pour exercer la médecine, il n'y a plus eu que des médecins.

On revient maintenant à ces coopérations que je vais essayer de préciser en quelques mots très rapidement.

Il ne s'agit pas ici, nous sommes bien d'accord, de discuter de l'opportunité de telle ou telle loi, de tel ou tel projet, il s'agit bien de constater ce qui est actuellement la loi et de rechercher, dans ce cadre, les évolutions de la responsabilité du médecin et également, pour élargir le débat, la responsabilité des autres professionnels de santé qui vont exercer à ses côtés.

Je vais donner quelques définitions et quelques mots très rapides.

Les protocoles de coopération permettent une délégation d'activité ou d'actes de prévention, de diagnostic et de soins entre des professionnels de santé délégués et des professionnels de santé délégués afin d'améliorer l'organisation et la prise en charge des soins dans un territoire donné.

Le cadre juridique en est essentiellement déterminé par l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009. Dans le strict cadre de la mise en œuvre de ces protocoles, une dérogation est faite au décret de compétence de chaque professionnel paramédical de santé et on pourra peut-être en parler.

Le vocabulaire est important, les mots employés sont importants. Un transfert de compétences signifie que le professionnel qui réalise l'activité est responsable, autonome, compétent et qualifié. La délégation signifie que le professionnel qui délègue garde la responsabilité de la décision de réaliser l'acte et que l'activité de celui qui réalise l'acte est encadrée.

On aura l'occasion de voir la responsabilité du médecin dans le choix de déléguer en sa qualité de professionnel déléguant, la responsabilité de l'auxiliaire en sa qualité de professionnel de santé délégué et la responsabilité des deux dans le cadre de leur coopération.

Je voudrais dire un mot des pratiques des infirmières de pratique avancée. Le principe avait été introduit par la loi du 26 janvier 2016, loi Touraine, et a été précisé, complété par la loi du 19 mai 2023, dite loi Rist 2, qui introduit un accès direct aux infirmiers en pratique avancée, aux kinésithérapeutes, aux orthophonistes, et puis elle élargit les compétences de plusieurs professions de santé paramédicales.

Il y a donc un accès direct aux IPA dans le cadre de structures coordonnées. Leurs compétences sont élargies en leur permettant désormais de

primo-prescrire certains produits ou prestations soumis à ordonnance, et cette loi propose une expérimentation pour cinq ans d'accès direct aux IPA au sein des CPTS.

Telle à la nouvelle situation du système de santé français, destinée à répondre aux besoins de nos patients et de notre société, et qui pose évidemment les questions de responsabilité dont nous allons pouvoir débattre.

M. SZAMES.- Tout à l'heure, M. BLOCH a commencé à nous parler de la responsabilité médicale, notamment de la responsabilité du médecin en termes de coopération interprofessionnelle. Suite à ce qui vient d'être dit, on va relancer le débat. Cela me permet également de préciser certaines choses.

Philippe BESSET est président de la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France, libéraux de France, pharmacien à Limoux, dans l'Aude.

Julie DEVICTOR est présidente de la CNP, le Conseil national professionnel des infirmiers en pratique avancée. On en parlait également à l'instant.

Mariannick LAMBERT, est de France Assos Santé.

Quand on parle d'interprofessionnel, c'est-à-dire quand les médecins travaillent avec d'autres personnes, avez-vous le sentiment aujourd'hui, vous qui êtes de deux corps médicaux un peu différents, qu'il y a des problématiques, ou des choses à améliorer ? Qu'en pensez-vous, Monsieur BESSET ?

P. BESSET.- C'est une question très vaste. J'exerce depuis 30 ans dans le même lieu d'exercice à Limoux et j'ai effectivement constaté un changement dans le comportement des patients au fil du temps et au fil des années, des patients de plus en plus responsables, de plus en plus informés, de plus en plus compétents, de plus en plus informés de leur santé et qui introduisent une dimension nouvelle et une problématique nouvelle dans l'équipe de soins.

Auparavant, de façon assez classique, le patient allait voir son médecin traitant et le médecin traitant pouvait de ce fait établir la prise en charge la meilleure ou confier son patient au médecin spécialiste en cas de besoin, pour avis expert, ou organiser le parcours du patient avec les différents professionnels de santé -infirmiers, kinés, pharmaciens- s'il y avait besoin de traitement.

Depuis assez longtemps maintenant, nous avons des patients qui viennent directement et qui ont fait eux-mêmes leur propre diagnostic et établi leur propre traitement. S'agissant de ma profession de pharmacien, je suis confronté à un certain nombre de patients qui viennent me voir avec une demande de traitement ou en ayant posé leur diagnostic sur leur pathologie, et qui me demandent le médicament. Ils savent que j'en dispose.

J'ai besoin d'organiser cette prise en charge, de répondre, soit d'orienter, soit de délivrer, soit d'organiser. C'est la situation actuelle. Je vais répondre ensuite aux questions sur les protocoles de délégation tels qu'ils ont été faits, et d'autres voies qui sont explorées aujourd'hui.

En tout cas, ce qui est certain, c'est qu'il est absolument urgent que ces organisations soient prévues entre, soit les collèges nationaux professionnels, soit les ordres, comme il a été débuté il y a un an et demi, soit les organisations professionnelles... Bref, entre nous, soignants, et c'est à nous de prendre en charge et de proposer aux instances des solutions nouvelles.

M. SZAMES.- Ce que vous décrivez, c'est qu'il y a une forme de problématique aujourd'hui et qu'il y a un besoin de concertation. C'est ce que vous vous demandez aujourd'hui ?

L. BLOCH.- Il y a besoin de concertation entre nous sans avoir nécessairement une tutelle qui nous dise directement : « Vous allez faire comme cela » sans qu'on puisse se concerter avant.

M. SZAMES.- D'accord. Julie DEVICTOR, c'est un peu la même question. Cette nécessité de concertation, on l'a aujourd'hui ; l'interprofessionnalité n'est pas quelque chose de nouveau. Qu'est-ce qui doit changer ou qu'est-ce qui doit être amélioré ?

J. DEVICTOR.- Bien sûr, l'interprofessionnalité n'est pas nouvelle, mais les lignes bougent ces derniers temps et je vous remercie vivement de cette invitation parce que cela va me permettre de revenir sur des éléments extrêmement récents.

Notamment au moment de la discussion de la loi Rist, on a entendu beaucoup de choses autour de la responsabilité, mais aussi beaucoup de désinformation. Comme cela a été très bien rappelé par Monsieur en début de table ronde, chaque professionnel est bien sûr responsable des actes qu'il entreprend.

Moi, je parle là en tant que représentante des infirmiers en pratique avancée, mais juste deux éléments absolument essentiels des lois qui concernent les IPA.

D'une part, ils ne peuvent exercer que dans le cadre d'un exercice coordonné par un médecin. Le fantasme de l'IPA qui travaillerait de manière isolée, tout seul, sans concertation avec les médecins, on peut l'écarter de par la loi.

Deuxième point que la loi de 2016 précise : 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.

Une fois qu'on a dit cela, il faut aussi rediscuter de la responsabilité quelque part collective de l'organisation du parcours. Cela veut dire comment on se transmet les informations, comment on a accès aux dossiers patients, aux informations essentielles pour pouvoir produire des soins collectifs, interprofessionnels, de qualité, comment on met en place des temps d'échange, des temps de concertation, comment on met en place des processus pour renvoyer le patient vers le médecin si on sort de son champ de compétence, s'il y a une décompensation, une urgence, comment on met en place vraiment cet exercice coordonné par le médecin interprofessionnel.

Il en va d'une responsabilité collective. On posait tout à l'heure la question du prix des assurances pour les IPA. Est-ce que cela a changé, notamment en termes de RCP ? Ce n'est l'avis que d'une des assurances, mais j'ai été même très étonnée de cette sollicitation d'une des assurances, qui nous disait : « Quand il y a une IPA dans une équipe de soins, il y a un sous-risque assurantiel, donc on proposera aux équipes de soins coordonnées qui ont des IPA des tarifs assantiels plus bas que pour les équipes qui n'auront pas d'IPA au sein de l'équipe ».

En tout cas pour cette assurance-là, nous ne sommes pas considérés comme un surrisque en terme assurantiel, mais plutôt comme un professionnel qui renforce la sécurité, la qualité des parcours de soins.

M. SZAMES.- On va revenir après sur vos enjeux respectifs. Évidemment, il y a l'enjeu également pour les patients dans tout cela. Monsieur BESSET disait que le patient devient un peu aussi moteur, acteur, voire peut-être un peu trop.

M. LAMBERT.- Non, jamais trop depuis 20 ans ! Heureusement qu'il devient acteur de sa santé puisque, quelque part, c'était quand

même le sens de la loi du 4 mars : que le patient devienne acteur de sa santé. C'est quand même la meilleure façon aussi de prévenir l'aggravation des maladies.

Je suis ravie de la preuve qui vient d'être donnée par l'exemple des assurances parce que, bien sûr, comme l'a rappelé en introduction le Président, l'exercice professionnel médical va vers l'exercice en coordination et en équipe de soins auquel les patients sont extrêmement attachés.

Mais, pour moi, la délégation qui est précisée dans les textes n'est que le moyen, elle n'a aucun sens si on la considère toute seule. L'essentiel, c'est la coordination et la communication. Tout à l'heure, la question a été posée des RCP dans la table ronde précédente et c'est ce que vous avez dit : l'essentiel, **le meilleur moyen de fonctionner pour une équipe coordonnée, est dans une communication et une information partagée.**

M. SZAMES.- Vous dites qu'elle ne l'est pas aujourd'hui ?

M. LAMBERT.- Non. La responsabilité est la constatation d'un échec. À mon avis, en amont, il faut une véritable formation à cette communication dans les équipes de soins et il me semble que chacun fera mieux ses propres actes si la coordination est fluide entre les différents professionnels de l'équipe.

M. SZAMES.- Madame ROSSANT-LUMBROSO, j'ai entendu qu'il n'y a pas forcément cette coordination aujourd'hui ; le sentez-vous ?

J. ROSSANT-LUMBROSO.- Moi qui suis médecin généraliste, j'ai toujours eu l'impression quand même de bien me coordonner avec les autres professionnels. Nous sommes en relations fréquentes avec les pharmaciens pour savoir si un médicament va être disponible. Le pharmacien va nous contacter si une prescription est mal compréhensible ou bien s'il estime que, compte tenu des autres médicaments -cela arrive parfois-, il pourrait y avoir une difficulté.

Quand on a de bonnes relations avec les autres professionnels de santé de son entourage, on a toujours communiqué de manière tout à fait informelle. Je ne parle même pas des infirmières avec lesquelles le contact est vraiment plus que quotidien pour les patients ; l'infirmier ou l'infirmière n'hésite pas à nous appeler et nous l'appelons pour lui demander des précisions puisque c'est lui/elle qui est au contact direct du patient et qui le prend en charge de manière très proche.

Pour moi, cette communication a toujours existé.

Peut-être qu'effectivement, elle n'est pas toujours suffisante, peut-être qu'elle se complique, peut-être qu'aujourd'hui, il n'y a plus suffisamment de professionnels, de médecins en tout cas, pour permettre ces échanges et que l'infirmière ou le pharmacien maintenant, n'a plus l'interlocuteur de manière aussi facile qu'il y a quelques années.

En tout état de cause, pour moi, il y a toujours eu cette communication. Elle est essentielle puisque notre objectif commun est de soigner un patient. Le patient a autour de lui beaucoup de professionnels. Le médecin, jusqu'à présent, était -et doit le rester- le coordinateur de l'ensemble des soins et de l'ensemble des autres professionnels autour de lui, et c'est ce qui permet la cohérence et l'efficacité du soin.

Aujourd'hui, tout cela est écrit dans la loi et les compétences de chacun sont revues. Cela modifie les responsabilités dans le sens où, avant, c'était surtout le médecin qui était responsable et que, peut-être maintenant, les autres professionnels qui prennent des décisions vont prendre une part de responsabilité.

Pour moi, malgré tout, et malgré les difficultés rencontrées sur le terrain parfois, il y a toujours eu cet échange entre le médecin et les autres professionnels autour du patient.

M. SZAMES.- Monsieur BLOCH, des enjeux juridiques ont été soulevés à l'instant et peut-être aussi des enjeux de communication ?

L. BLOCH.- Pour que ce soit clair pour tout le monde, **la collaboration entre professions de santé a toujours existé**, c'est-à-dire que le patient autour de lui, a différents acteurs. Après, on peut discuter de la qualité de cette coopération, bien évidemment, mais **ce n'est pas quelque chose de nouveau**. On pourrait parler de coopération sauvage. Elle existait sans être organisée, mais c'était dans l'intérêt du patient où les uns et les autres échangeaient.

Après, il y a le stade de la coopération avec un protocole interprofessionnel où, là, c'est très organisé, et il y a une délégation de compétences. Je ne sais pas si on l'a suffisamment dit parce que c'est cela qui est vraiment nouveau : quelqu'un qui n'est pas normalement autorisé par la loi à faire tel ou tel acte, par ce protocole, va être autorisé à le faire. C'est généralement le médecin qui va déléguer une compétence à un paramédical, par exemple.

Ce transfert de compétence traduit un transfert de responsabilité. On élargit son champ de compétence, donc sa responsabilité potentielle. Question que l'on peut se poser : quelle est la responsabilité des uns et des autres ? Comme

je le disais, chacun est responsable de ses actes. Après, la question qui peut se poser est celle de la qualité organisationnelle de tout cela : qui en est responsable ?

L'enjeu est là. Le problème n'est pas la responsabilité médicale ; rien ne change, chacun assume dans son champ de compétence. Le problème est : en cas de défaillance organisationnelle, qui est responsable ? On sait que c'est capital. Et cela, ce n'est pas clairement tranché.

M. SZAMES.- Que signifie : « *Ce n'est pas tranché* » ?

L. BLOCH.- On nous dit que le médecin est responsable ; encore faut-il qu'il ait les moyens d'être responsable, d'assumer. C'est un chef d'orchestre, mais qui ne sait pas ce que jouent ses musiciens, il n'a pas le retour « son ». Comment peut-il être responsable dans ces conditions ? Cela me paraît un peu compliqué.

Sur le volet « responsabilité médicale », « prise en charge », il n'y a pas de souci, sur le volet organisationnel, est-ce qu'on n'irait pas plutôt vers une responsabilité collective ? Quand quelque chose dysfonctionne, quand une information ne remonte pas, qui est responsable ? Est-ce celui qui n'a pas fait remonter l'information ? Est-ce celui qui, voyant que l'information ne remonte pas, finalement, n'a rien fait ?

Des dossiers en RC médicale, on en a beaucoup : « *Cela a été transmis, ce n'est pas arrivé, on ne s'est pas inquiété* ». On est un peu plus dans une espèce de flou artistique sauf à ce que les protocoles, de manière très claire, et on a les outils juridiques pour le faire, attribuent la responsabilité aux uns et aux autres.

M. SZAMES.- Ce flou artistique tel que vous le décrivez, comment peut-on en sortir ?

L. BLOCH.- Justement avec des protocoles qui expliquent très clairement ce que chacun doit faire en termes d'organisation -je ne parle pas de soin, je parle vraiment d'organisation-, qui fait remonter l'information, qui y a accès et ce qui se passe quand cela dysfonctionne.

On a des arbres décisionnels qui pourraient être faits de manière assez simple pour identifier les responsabilités des uns et des autres.

M. SZAMES.- Philippe BESSET ?

P. BESSET.- À ce stade, il est important de voir sur un exemple concret, qui est d'actualité :

la délivrance de la Fosfomycine et le traitement de la cystite.

Il y a deux cas. Il existe un protocole de délégation de tâche entre le médecin et le pharmacien. Sur ce cas, il y a une centaine de binômes en France qui opèrent ces protocoles. Dans ce cadre-là, le médecin délégué a pour responsabilité de former son délégué et d'établir un protocole. C'est lui qui va dire : « *Voilà comment cela doit se passer et comment je veux le retour d'information par rapport à l'arbre décisionnel qui a été établi par la Haute Autorité de Santé* ».

Le pharmacien délégué, lui, quand il va faire sa prescription, va la faire au nom et avec le numéro du médecin délégué. Dans la chaîne de santé, c'est comme si c'était une ordonnance réalisée par le médecin délégué. Il y a, il me semble, bien sûr, une responsabilité du délégué qui est de faire correctement l'acte pour lequel il a été formé par son délégué, mais également une responsabilité du délégué, de mon point de vue, dans la formation qu'il a effectuée et dans le retour d'information, le retour « son » dont vous parliez s'il a été réalisé par le délégué et que le délégué n'en a pas tenu compte. Cela, c'est une façon de voir les choses.

Il y en a une autre, qui est dans la Loi de Finances Sécurité sociale de cette année, qui est typiquement un acte pharmaceutique et qui n'a rien à voir avec un protocole de délégation. Actuellement, il y a deux types de médicaments :

> Les médicaments de prescription médicale facultative -Paracétamol, Oméprazole, Cétirizine- que les patients peuvent venir chercher sans ordonnance.

> Des médicaments de précision médicale obligatoire pour le diabète, pour le cancer, les pathologies chroniques, mais aussi pour les pathologies aiguës comme les antibiotiques.

La Loi de Finances de cette année crée 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. Cela veut dire que, par exemple, si vous venez chercher une boîte de Fosfomycine, je n'ai pas le droit de vous la donner car vous êtes un homme. Il y a un arbre décisionnel extrêmement précis et je peux donner la Fosfomycine dans certains cas.

Dans ce cadre-là, ma responsabilité est entière, c'est-à-dire que je n'ai pas de cas de délégation. Ce n'est pas une délégation, c'est ma responsabilité. La responsabilité du médecin, en revanche, est que je vais quand même faire

un retour d'information *via* le dossier médical personnel partagé qui est dans *Mon Espace Santé* et qui va revenir par les logiciels *Séjour* chez le médecin traitant de la personne -pas le médecin délégué- qui le saura à la prochaine visite.

On en parlera tout à l'heure, mais c'est un sujet, c'est-à-dire que la consultation du DMP en automatique est un sujet parce qu'on n'en a pas l'habitude. Je vous parlerai de mon problème à moi d'accès au DMP pour élargir, mais c'est un autre sujet.

Pour le patient, c'est la même chose. Il a une boîte d'antibiotiques dans les deux cas. Dans un cas, c'est un cas de délégation, dans l'autre cas, c'est mon acte à 100 % et j'en informe tout le monde par le biais du DMP.

À mon avis, la responsabilité dans le cadre de délégation est quand même en partie celle du médecin délégué pour la formation et pour le contrôle du sujet.

L. BLOCH.- Je complète. Il y a responsabilité organisationnelle ; après, responsabilité médicale, si le traitement a été prescrit alors qu'il ne devait pas l'être. Alors c'est le prescripteur qui est en cause et pas celui qui a délégué cette compétence.

M. SZAMES.- Une personne a demandé la parole. Le temps qu'on lui donne un micro, Julie DEVICTOR, vous voulez rebondir sur ce qui vient d'être dit ?

J. DEVICTOR.- Je voudrais juste préciser le cadre d'intervention des IPA, qui ne se situe pas dans le cadre de l'intervention d'une délégation de tâche, mais dans une intervention de transfert d'un certain nombre d'activités qui, jusque-là, étaient réservées au corps médical.

On échangeait quelques mots avec Mme la représentante des patients. Je ne doute absolument pas que chacun des médecins généralistes fasse le maximum pour communiquer avec l'ensemble des acteurs du parcours de soins, mais comment on le disait, c'est une communication assez informelle et pas formalisée.

Dans les décrets initiaux de la pratique avancée, il avait été mis en place ce qu'on appelle des protocoles d'organisation, souvent confondus avec les protocoles de coopération. Je ne suis pas sûre qu'il faille appeler cela « protocoles » parce qu'on mélange un peu tout.

Dans l'idée, ce n'est pas inintéressant, loin de là, cela formalise justement cette obligation de communiquer ensemble, de partager des outils numériques partagés, par exemple comment on fait pour accéder ensemble au dossier médical partagé, ce que l'on se prévoit comme temps de concertation, d'échange, les process si on sort de son chambre de compétence, etc..

En pratique, il se trouve que ce protocole d'organisation est extrêmement difficile à rédiger ensemble, à mettre en œuvre ensemble, etc., et pose un certain nombre de problèmes, mais c'est un autre sujet.

En tout cas, c'est extrêmement important de se pencher sur l'idée de formaliser ce « travailler ensemble », notamment à l'heure du développement des équipes de soins coordonnées, des équipes traitantes coordonnées par le médecin autour du patient. Cependant, on ne peut pas faire l'impasse sur cette organisation collective et cette responsabilité collective d'un parcours optimal.

M. SZAMES.- On va parler évidemment des outils, des ressources que vous avez à votre disposition pour tout cela parce que c'est vrai qu'il y a une forme de flou, mais qu'on va essayer un peu de lever.

Madame, vous avez le micro.

C. LARTISIEN.- Merci de me donner la parole. Je suis médecin généraliste et Conseillère ordinaire dans la Somme. J'ai plusieurs questions, notamment concernant ma responsabilité de médecin généraliste.

Je vais vous donner un exemple très bref de cas particuliers où j'ai prescrit à une adolescente un vaccin contre l'hépatite B. Je l'ai juste prescrit, je n'ai pas estimé que je le déléguais. Il s'avère que la patiente -une mineure- est allée faire son vaccin en pharmacie. Je ne sais pas si c'est le pharmacien qui a proposé ses services. La maman m'a dit qu'elle avait entendu à la télévision que le pharmacien pouvait vacciner ; c'était un samedi après-midi.

L'adolescente n'a pas été allongée, elle a été vaccinée sur une chaise et est tombée de sa chaise après l'injection. Il y a eu un traumatisme crânien avec une plaie du scalp. Elle a passé une demi-journée à l'hôpital sans qu'on puisse, d'après la lettre que j'ai de l'hôpital, dire : « C'est lié au vaccin » ou « c'est lié au fait qu'elle n'a pas été allongée ». Beaucoup d'ados font des malaises vagues. C'était un samedi après-

midi. Le lundi, la maman, très choquée, est revenue me voir catastrophée en me disant : « *Qu'est-ce que vous en pensez, docteur ?* ». Moi, j'arrivais en troisième roue du carrosse. Pour moi, il était évident qu'elle allait revenir faire le vaccin dans mon cabinet et se posait la question : « *Et le rappel, Docteur ? C'est dans un mois, qu'est-ce qu'on fait ?* ».

J'ai botté en touche et dit : « *Le médecin de l'hôpital ne peut se prononcer sur le rôle du vaccin en tant que tel ou bien les façons de l'administrer, je vous envoie dans un centre de référence hospitalier pour la deuxième injection, avec des délais qui sont très longs* ».

À partir du moment où c'est la loi qui permet la délégation, ce n'est pas moi, le prescripteur, qui ai délégué l'acte, où était la responsabilité ? En tant que médecins généralistes, on va beaucoup être mis au milieu de tout cela. Je ne suis pas formée non plus pour former les pharmaciens à déléguer. Est-ce que cela veut dire qu'à chaque fois qu'on fait une ordonnance, on délègue de principe alors qu'avant, pour faire faire un vaccin par un infirmier, il fallait une prescription ? D'après ce que j'ai compris, maintenant, il ne faut plus forcément de prescription.

Dernière question : sur l'information partagée par rapport au Code de déontologie et l'article 45. Cela me pose problème dans ma MSP où les infirmiers, maintenant, disent : « *On travaille en MSP, tout le monde doit avoir accès à tout le dossier médical* », et cela m'interpelle.

M. SZAMES.- Très bien, merci beaucoup. Peut-être sur le premier point, sans entrer dans le détail ?

L. BLOCH.- Cela rappelle une affaire qui a été médiatisée récemment d'une vaccination dans un collège. Votre responsabilité est relative à la prescription : fallait-il ou non prescrire ce vaccin ? *A priori*, oui, il n'y a aucun problème avec cette prescription, il n'y a pas d'antécédents familiaux ou je ne sais quel problème qui pourrait expliquer qu'il ne fallait pas le prescrire.

Votre responsabilité s'arrête là. La question se posera de savoir si l'injection a été faite dans des conditions conformes aux bonnes pratiques ou non. Il y a un standard. Oui...à ce moment-là, il n'y a aucune responsabilité ; non... Il y aura éventuellement une responsabilité de celui qui a vacciné dans des conditions qui n'étaient pas les bonnes. Pour vous, cela s'arrête là en termes de prescription.

Sur 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. Le principe, c'est le secret. Après, évidemment, dans l'intérêt du patient, on partage, mais je le répète, on partage ce qui est strictement nécessaire. Il n'y a jamais un feu vert complet, un blanc-seing complet donné aux uns et aux autres.

P. BESSET.- Dans ce cadre, c'est la responsabilité de l'effecteur du vaccin, donc le pharmacien, qui est engagée, et pas la vôtre, c'est certain. Effectivement, l'habilitation à faire -« compétence » est un terme ambigu- est partagée désormais entre quatre professions et il va falloir apprendre -c'est complexe- à aller voir avant de faire les actes parce que potentiellement, la personne a déjà été vaccinée. C'est un sujet.

Dans votre cas, c'est la responsabilité du pharmacien, il y a eu un malaise vagal et une prise en charge post-malaise vagal qui est à faire. J'espère qu'il l'a bien faite, mais le malaise vagal chez les ados, comme vous l'avez dit, est plus fréquent que chez d'autres, c'est important à dire.

Sur le dossier partagé, la problématique est vraiment embêtante. Pour ma profession, nous allons avoir accès de façon assez simple à l'intégralité du dossier médical partagé, et notamment au dossier médical de synthèse, c'est-à-dire à l'indication pour laquelle vous faites des prescriptions.

Désormais, cela me pose problème parce que cela veut dire que cela change mon métier. Si je vois une prescription d'Ozempic et que je vois que la patiente n'est pas diabétique de type deux, cela me pose un problème pour la délivrance du médicament, ce que je n'avais pas avant. Quand j'ai délivré du Médiator, je n'avais pas connaissance de l'indication, c'était potentiellement pour les triglycérides, pour un surpoids diabète de type 2, mais je n'en savais rien.

Maintenant, je vais savoir, et cette connaissance et la façon de l'organiser, vous le verrez cet après-midi au sujet du DMP, pose des questions énormes de responsabilité à partir du moment où l'information est accessible.

À l'inverse pour vous, si je délivre un médicament parce que j'ai le droit de délivrer, après trois mois, un renouvellement de vos prescriptions pour trois mois supplémentaires, il va falloir que vous le sachiez. Quand le patient revient trois

mois après le dernier rendez-vous, vous auriez pu imaginer qu'il n'avait pas pris le médicament pendant trois mois donc il va falloir regarder. C'est une façon d'envisager nos métiers, suite à l'informatique, qui va être très...

M. SZAMES.- C'est une évolution du métier. Mariannick LAMBERT ?

M. LAMBERT.- Vous comprendrez que ma préoccupation essentielle, c'est la sécurité du patient, et pour moi, la sécurité du patient dépend du bon fonctionnement de l'équipe de soins parce qu'avant d'envisager la responsabilité, il faut envisager le bon fonctionnement, ou le fonctionnement optimal, de l'équipe de soins. Cela passe évidemment par une formalisation organisationnelle, préciser qui fait quoi exactement.

Mais cela passe aussi, et c'est là où on se rejoint, par le fait qu'il faut absolument formaliser. Tout n'est pas dans *Mon Espace Santé* ou dans le DMP. On n'est plus dans le cadre d'une collaboration sauvage où on téléphonait parce qu'il y avait un rapport humain, évidemment, entre le médecin généraliste et le pharmacien.

Dans les grandes villes, ce n'est pas comme cela parce que, d'abord, les patients ne vont pas toujours chez le même pharmacien. On voit encore, dans les hospitalisations à domicile, par exemple, le cahier au lit du malade. C'est encore parfois cela et on passe à des équipes coordonnées de soins ; il faut passer à un autre outil, donc il faut le formaliser et je pense que l'outil qui doit être formalisé dans une équipe de soins, c'est au-delà du seul espace santé et du seul dossier médical partagé.

M. SZAMES.- Madame ROSSANT-LUMBROSO, éventuellement sur ce point ? Je sais que l'Ordre travaille sur tous ces points actuellement.

J. ROSSANT-LUMBROSO.- Peut-être qu'on parlera dans une autre table ronde du DMP, du partage d'information. Si certains professionnels qui ne sont pas médecins effectuent des actes médicaux, il apparaît nécessaire qu'ils aient accès à l'ensemble des informations qui vont leur permettre de prendre en charge correctement le patient, et c'est ce que vous vous avez dit, quasiment à la totalité du dossier médical.

Toute la question qui se pose à nous, finalement -mais il y sera répondu ultérieurement, j'imagine-,

est : quelles informations va-t-on partager et est-ce que tout le monde va être soumis au secret professionnel ?

Le patient qui se confie à son médecin va savoir que, dans son propre intérêt, les informations qu'il fournit vont être transmises aux autres professionnels qui vont le prendre en charge. C'est juste une question de le savoir parce que cela va être une nécessité pour pouvoir collaborer efficacement dans ce nouveau cadre.

M. SZAMES.- Julie DEVICTOR ?

J. DEVICTOR.- Je partage tout à fait ce que vous venez de dire, Madame. La question est de savoir de quoi ont besoin les professionnels pour agir en toute sécurité dans le cadre du parcours.

Une remarque personnelle : mes deux frères sont infirmiers libéraux -c'est une affaire de famille-, je suis extrêmement surprise du peu d'informations dont ils disposent. Ils voient énormément de patients dans la journée -une cinquantaine- à faire des soins, des actes, mais finalement, ils les font vraiment comme des effecteurs d'actes et non pas comme des professionnels qui ont bien conscience de l'ensemble de la situation du patient.

Et imaginons qu'ils fassent une injection et qu'il y ait un effet indésirable ; ils ne savent même pas ce qui s'est passé. Si les patients ont été hospitalisés trois semaines avant, ils n'ont pas accès aux comptes rendus d'hospitalisation ni aux comptes rendus de transmission réelle. Autant il y a des courriers, cela se fait beaucoup, de médecin à médecin, autant -on a fait une petite étude sur le sujet dans le cadre de mon master- les infirmiers libéraux sont très peu inclus dans les courriers médicaux qui sont adressés, y compris quand on leur oriente des patients pour faire des soins.

Quand j'ai discuté avec mes frères, vraiment, j'avais l'impression qu'il leur manquait des éléments absolument indispensables pour pouvoir effectuer les soins en toute sécurité par rapport aux patients.

Cette question-là est absolument fondamentale. Je travaille dans un contexte hospitalier où on a un logiciel qu'on partage avec l'ensemble des professionnels de santé, et plusieurs agents ont déjà été attrapés parce qu'ils consultent des dossiers dont ils n'ont rien à faire en termes de consultation. Il faut aussi être en capacité de justifier que vous êtes allé chercher telle ou telle information dans le dossier du patient et que

c'était bien en lien avec votre activité et non pas quelque chose en lien avec juste une violation du secret médical. Ce sont vraiment des questions pertinentes. Après, la question est : comment justifie-t-on qu'on est allé regarder tel ou tel dossier ou telle ou telle information dans le dossier ?

M. SZAMES.- Oui. On parlait tout à l'heure des outils, des ressources ; cela en fait partie. Il faut trouver un cadre pour que tout le monde puisse s'y retrouver.

Monsieur, vous avez la parole.

F. DURUPT.- Je suis président du Conseil départemental des Vosges et je m'inquiète quand j'entends dans les médias en particulier que des projets de loi sont en train de dire que faire partie d'une CPTS -Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, aux contours très flous-suffirait pour faire en sorte qu'il y ait un protocole de coordination.

Cela échappe à tout, c'est-à-dire qu'un infirmier ou un IPA dans la même communauté professionnelle qu'un médecin généraliste, qui ne se connaissent ni d'Ève ni d'Adam, n'ont jamais communiqué ensemble et chacun fait ce qu'il veut ; qu'est-ce que c'est, comme coordination ?

J. DEVICTOR.- Pour les CPTS, il s'agit d'une expérimentation dans six départements, dont deux départements d'Outre-mer sur cinq ans. Pourquoi est-ce en expérimentation ? Tout simplement parce qu'on sait très bien que toutes les CPTS ne se valent pas. Je ne dis pas qu'elles sont bien ou pas, mais en tout cas, elles ne fonctionnent pas du tout de la même manière. Il y a des CPTS extrêmement organisées, avec un vrai projet d'équipe, avec des équipes qui partagent beaucoup de choses ensemble, des projets de soins qui sont partagés, etc., et d'autres CPS où il se passe moins de choses, moins d'échanges entre professionnels du territoire, etc..

Ce n'est pas considéré comme un exercice de soins coordonnés, mais c'est testé dans le cadre d'une expérimentation sur cinq ans. D'ici là, déjà, les CPTS continueront d'évoluer et peut-être de formaliser de vrais échanges entre professionnels de santé du territoire.

Et surtout, on aura les résultats de cette expérimentation, qui pourront dire si on exerce en toute sécurité, et vraiment en bonne collaboration entre professionnels ou s'il faut abandonner l'idée, tout simplement. Il s'agit d'une expérimentation.

M. SZAMES.- On est sur un cas très précis.

P. BESSET.- En ce qui nous concerne, c'est dans la loi, ce n'est pas une expérimentation pour les pharmaciens. Les protocoles de délégation sont bien dans le dur de la loi, ce n'est pas une expérimentation.

Je suis assez réservé, vous l'avez peut-être vu tout à l'heure, sur ces protocoles de délégation entre un médecin délégrant et un pharmacien délégué. Cela peut peut-être avoir un intérêt, les 100 binômes qui le font y ont trouvé un intérêt. Pourquoi pas ?

Et pourquoi les CPTS ? Parce que, dans la plupart des cas de ces binômes, ce sont des villages où le médecin et le pharmacien s'entendent, mais ils ne sont pas dans une MSP et le médecin a délégué une partie de son activité au pharmacien de sa propre initiative. Encore une fois, il fallait ce cadre de CPTS parce que, dans les villages, ce n'était pas mis en MSP.

Je vous rejoins assez sur le fait que c'est assez étrange qu'un médecin très distant délègue quelque chose à quelqu'un qu'il ne voit qu'une fois par an. C'est bizarre !

M. SZAMES.- Autre prise de parole dans la salle ?

D. LALEJ.- Je suis médecin endocrinologue-diabétologue. Je connais bien la collaboration interdisciplines. Il y a quand même quelque chose qui me choque un peu : j'ai l'impression que cette délégation de tâche se fait de manière institutionnelle et sans obligatoirement l'information et le consentement du médecin délégrant.

Maintenant, on assiste à des modifications de l'exercice où on décide que le patient peut aller voir le pharmacien pour telle chose, par exemple le vaccin, l'IPA en direct, le kiné en direct, sans qu'obligatoirement le médecin prescripteur, et éventuellement délégrant, soit inclus dans le processus, et qu'après, dans un second temps, il risque d'avoir à gérer les conséquences et les manquements éventuels de cette prise en charge qui n'a pas été coordonnée par lui au départ. J'aimerais bien un commentaire là-dessus.

J. DEVICTOR.- Si on parle de délégation de tâche, on se situe dans le cadre des protocoles de coopération et le médecin ne peut pas ne pas être informé puisqu'il le signe. Il ne peut pas y avoir de délégation de tâche sans qu'il y ait un

délégrant volontaire et un délégué volontaire. Déjà, cette situation peut être complètement écartée.

Pour ce qui concerne les infirmiers en pratique avancée, il n'y a pas de prescription vers l'IPA ; il y avait jusqu'à présent une orientation médicale vers l'IPA et, depuis la loi Rist, une possibilité pour les patients de les consulter directement.

Vous expliquer le cadre de cet accès direct n'est pas encore possible puisqu'un décret écrit et validé en Conseil d'État va justement définir ce cadre de l'accès direct et surtout, ce que les IPA vont pouvoir faire en accès direct.

Mais là, on ne se situe plus dans la délégation de tâche, on se situe dans l'implantation de ce nouveau métier dans le système de santé français, qui dispose lui-même de son cadre juridique, de sa loi, de ses décrets d'application, etc.. On n'est pas dans une délégation ni dans une prescription médicale.

D. LALEJ.- C'est quand même une forme de délégation de tâche.

J. ROSSANT-LUMBROSO.- En fait, c'est un transfert de tâche, c'est-à-dire que la tâche est transférée à l'IPA, par exemple, avec toute la responsabilité et toutes les connaissances que cela implique.

D. LALEJ.- Dans ce cas, cela implique la responsabilité du médecin, à partir du moment où c'est institutionnel.

J. ROSSANT-LUMBROSO.- Il peut y avoir une responsabilité dans la rédaction du protocole de délégation, mais dans le transfert tel qu'il est prévu, c'est la loi qui l'a prévu. À la limite, le médecin n'est plus responsable. La seule chose, c'est que ce qui est absolument indispensable, c'est une bonne communication et un bon retour entre les deux professionnels de manière que chacun soit informé de ce que l'autre a fait.

Dans un monde idéal auquel, j'espère, nous parviendrons, cette communication sera instantanée et le médecin du patient sera informé immédiatement quand l'IPA aura réalisé un des actes qu'il a le droit de réaliser.

M. LAMBERT.- Les IPA ont une formation particulière. C'est un transfert de compétences et pas une délégation de tâche.

J. DEVICTOR.- Le retour vers le médecin traitant est une obligation légale, là encore, y compris dans le cadre de l'accès direct à leur

médecin traitant, s'il y en a un. Vous n'êtes pas sans savoir que, malheureusement, il n'y en a pas toujours, mais de toute façon, l'IPA devra transmettre ce qu'elle a mis en œuvre, les examens qu'elle a éventuellement initiés à un médecin dans l'optique que chaque patient, évidemment, ait un médecin traitant coordonnateur de son parcours de soins. Cela ne va pas forcément être simple, mais c'est l'objectif cela, c'est sûr.

M. SZAMES.- Est-ce qu'il y a d'autres questions dans la salle, d'autres demandes de prise de parole, de témoignage ? Pas pour l'instant. On va continuer notre tour de table. Julie DEVICTOR ?

J. DEVICTOR.- Je voulais évoquer avec vous un sujet qui concerne la responsabilité. Comme on l'a dit depuis le début, il est bien important que chacun aussi se situe dans son rôle et connaisse ses propres compétences, ses propres formations, son propre cadre juridique, évidemment.

Cependant les IPA n'ont pas vocation à remplacer les médecins, on est très clair sur ce sujet-là. Or, on a quelques dérives en ce moment qui, à mon avis, engagent la responsabilité à différents niveaux. Je vais juste vous expliquer deux ou trois situations.

J'ai écho, en tant que présidente du CMP, de certains établissements de santé qui mettent en place, par exemple, des HDJ d'oncologie sans oncologue sur place, avec uniquement comme acteur prescripteur sur le terrain l'IPA avec éventuellement une astreinte téléphonique vers l'oncologue.

On entend aussi parler de situations où on mettrait en place des urgences, par exemple psychiatriques, sans psychiatre sur place, avec des astreintes psychiatriques et des IPA formés dans la mention « psychiatrie, santé mentale ».

On pourrait en discuter avec Monsieur, mais nous, on peut renouveler, adapter les traitements sans médecin sur place. La loi ne l'empêche absolument pas, et d'ailleurs, en soins primaires, quand l'IPA est dans son cabinet, il n'a pas nécessairement le médecin généraliste dans le bureau d'à côté. À ce niveau-là, je n'ai pas l'impression que cela pose de questions juridiques particulières.

En revanche, clairement, je pense qu'il faut s'interroger sur le cadre de soins des patients, et à mon sens, si toutes les conditions de sécurité ne sont pas réunies, cela peut engager à la fois la responsabilité des établissements qui ont mis ce système-là en place, la responsabilité des IPA, et à mon niveau, c'est ce qui me préoccupe :

est-ce que vraiment l'IPA pouvait exercer son rôle en toute sécurité sans médecin, accessible rapidement, ou disponible, etc.. ?

À mon sens, cela pose aussi la question de la responsabilité du médecin qui accepte d'avoir un rôle comme cela de coordinateur à distance sur certains soins qui pourraient clairement poser des problématiques à court-terme.

M. SZAMES.- Merci, Julie DEVICTOR, parce que le médecin coordinateur, c'est un peu la question qu'on avait abordée en préparant notre débat et je voulais vraiment vous entendre sur ce point.

L. BLOCH.- Je réponds juste à cela. On emploie le terme de « protocole » et on met beaucoup de choses derrière. Les protocoles de collaboration interprofessionnelle sont, soit des protocoles locaux, soit des protocoles nationaux. C'est très formalisé et cela correspond aux données acquises, aux bonnes pratiques. Quand on sort des clous, on n'est plus bon. Les organisations que vous décrivez ne sont dans aucun protocole national ni aucun protocole local validé par les autorités de santé.

Nécessairement derrière, des responsabilités seraient engagées en cas de dysfonctionnement. Comme vous l'avez dit, dans les établissements, il y a un défaut d'organisation, le médecin également parce qu'il a délégué des choses qu'il n'avait pas le droit de déléguer, et des IPA parce qu'elles ont accepté quelque chose qu'elles n'avaient pas le droit de faire. Tout le monde tomberait, avec un effet domino, dans ce genre d'hypothèse.

Le médecin coordinateur me pose un problème. J'entends qu'il puisse être responsable, mais il faut qu'il ait les moyens de cette responsabilité, c'est-à-dire que la responsabilité ne peut être assumée que si on a les moyens de corriger le tir si cela part mal.

J'insiste là-dessus, mais cela passe par une remontée d'informations. On ne va pas dire que le médecin coordinateur est responsable par défaut : cela ne marche pas, donc c'est lui. Cela me paraîtrait extrêmement dangereux et, finalement, ce serait l'échec de ce processus puisque trop de responsabilités déresponsabilise. On va dire : « *Je ne vais pas dans ce truc-là parce que c'est compliqué* ».

M. SZAMES.- Et moyens, qu'est-ce que cela signifie ?

L. BLOCH.- Je reviens au protocole bien fait. Le DMP peut être un outil quand même parmi les autres. Il ne faut pas oublier que l'espace santé du patient aujourd'hui est ouvert par défaut. Il faut que ce soit renseigné et que, culturellement, les médecins prennent l'habitude d'aller voir aussi cet élément-là parce qu'aujourd'hui, on sait très bien que ce n'est pas suffisamment renseigné déjà par les médecins traitants.

Il y a des barrages culturels, mais aussi des barrages fonctionnels. Parfois, ils utilisent des outils qui ne sont pas compatibles avec l'interface du DMP et cela prend du temps à remplir.

Le problème, c'est qu'on va vite sur des questions qui supposeraient du temps, et on a les outils qui arrivent parfois avant les responsabilités, ou les responsabilités qui arrivent avant les outils. Il ne faut pas oublier que la période Covid a considérablement accéléré ces outils numériques et qu'il y a une révolution numérique qui a été faite, mais qu'il faut une révolution culturelle derrière. Là, tout va trop vite, les lois s'enchaînent les unes après les autres, on attend les décrets qui ne précisent pas forcément grand-chose...

M. SZAMES.- Donc on a besoin de se poser, d'organiser des débats comme celui-ci, de comprendre ?

L. BLOCH.- On n'est pas à un an près sur ces questions-là. Prenons le temps de réfléchir dans l'intérêt du patient parce que c'est quand même cela, la clé. On raisonne en termes de responsabilités, c'est le service après-vente. En amont, tout le monde est d'accord pour dire que l'intérêt du patient, c'est que les soins soient coordonnés, mais qu'on se pose trois minutes sur la manière de coordonner du mieux possible ces soins dans l'intérêt des professionnels de santé aussi parce qu'il peut y avoir une insécurité juridique assez forte.

Ce que je conteste, en tant que juriste, c'est cet empilage de normes sans retour d'expérience, sans aspect critique. On est parti là-dedans, il fallait partir là-dedans, effectivement, mais c'est bon, on a fait pendant X années sans, on peut prendre quelques années pour le mettre en place.

M. SZAMES.- Et dans cet entre-deux, le temps qu'on mette en place les outils ou les moyens ?

L. BLOCH.- Dans cet entre-deux, je n'ai pas d'exemple de contentieux où un médecin

coordinateur aurait vu sa responsabilité engagée en l'état. On est sur des concepts hyperclassiques : est-ce qu'il avait les moyens de savoir ? S'il n'a pas les moyens de savoir, sa responsabilité ne peut pas être engagée parce qu'il ne pouvait pas rectifier le tir si quelque chose était mal parti. Pour l'instant, je n'ai pas de contentieux, sauf à assumer ses propres carences, mais qui ne sont pas les carences des autres.

L. BESSET.- Je suis absolument d'accord avec ce qui vient d'être dit à cet instant, mais il faut quand même le prendre en compte parce que cet entre-deux, il ne va pas durer longtemps maintenant. Vont arriver les moyens numériques et technologiques d'accès à l'information de l'ensemble des actes de l'équipe de soins dans pas très longtemps, et l'acculturation de l'ensemble des professionnels, ce qui est la deuxième chose nécessaire pour que nous travaillions correctement, elle, n'a pas commencé du tout.

Je crains que, dans cet entre-deux, l'information ne soit disponible avant que les professionnels n'aient eu la formation ou l'information qu'ils devaient vraiment regarder parce que maintenant, cela y était.

Pour vous donner un exemple, [les pharmaciens ont poussé au mois d'octobre 2023 un million de notes de vaccination dans le DMP](#). C'est la première fois qu'il y a une alimentation de DMP à hauteur d'un million par mois, et [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, de mon point de vue, l'être humain ne pourra pas gérer dans le temps de prise en charge d'un patient.

On aura l'occasion de revenir sur des débats sur l'appui de l'intelligence artificielle pour vous donner au bon moment l'information, mais l'information arrive, et ce qui est très important, et qui vient d'être dit, c'est que cela ne suffit pas d'avoir l'information, il faut aussi savoir qu'elle est là et aller la traiter. Et cela, c'est l'enjeu de l'année à venir. Je pense qu'en 2024 encore, on sera dans cet entre-deux, mais je crains qu'en 2025, l'information soit disponible. [Si on ne sait pas aller la chercher, c'est un problème juridique](#).

M. SZAMES.- Julie DEVICTOR, on va terminer ce débat, même s'il ne fait que commencer, si on comprend bien. Sur le rôle des IPA, après tout ce qu'on a dit, vous êtes prête, évidemment, à aller dans la concertation, qu'il y ait du dialogue, etc.. ?

J. DEVICTOR.- Oui. La démarche du Conseil National Professionnel des IPA, et assez globalement d'ailleurs des IPA, se situe clairement dans une démarche de travailler ensemble, mais on ne peut pas travailler ensemble si on n'échange pas, si on ne discute pas ensemble.

On a déjà eu plusieurs réunions de travail avec le CNOM, entre autres, et je remercie vraiment le Président de m'avoir conviée pour un échange dès qu'il a été élu. On se situe dans cette volonté de concertation, mais on a aussi envie d'avancer, et il faut que tout le monde puisse le comprendre.

Le premier intérêt, c'est de faciliter l'accès aux soins, d'améliorer les parcours patient.

Deuxième chose : vous n'êtes pas sans savoir que la profession d'infirmière est un peu en souffrance et que, clairement, on a aussi besoin que la profession avance parce qu'on a depuis trop longtemps l'impression que nos compétences ne sont pas exploitées comme elles pourraient l'être. La voie de la pratique avancée est une vraie avancée pour la profession d'infirmière au service des patients, mais, bien sûr, c'est à construire ensemble.

C'est le message que je pouvais faire passer.

M. SZAMES.- Mariannick LAMBERT, sur la responsabilité médicale, évidemment, priorité aux patients. De ce que vous avez entendu là ce matin, il y a des avancées ?

M. LAMBERT.- En l'occurrence, sur ce sujet-là, 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 qu'on travaille ensemble.

Je suis assez d'accord, il faut maintenant tirer la leçon des pratiques et ne pas se précipiter sur la rédaction de textes qui ne correspondraient pas à la réalité des choses. Oui, il faut formaliser, mais il faut prendre le temps de formaliser en utilisant les bonnes pratiques et les bons outils.

Je regrette seulement d'être ici en remplacement parce que le sujet du Health Data Hub est le sujet de Gérard RAYMOND, qui aurait dû être parmi nous et que je n'ai pu que remplacer au pied levé. Ce n'est pas vraiment mon sujet, mais sur le Health Data Hub, Gérard RAYMOND aurait été plus précis que moi.

M. SZAMES.- Et merci encore d'avoir pu le remplacer.

Madame ROSSANT-LUMBROSO, quelques mots de conclusion pour cette deuxième table ronde pour la fin de la matinée ?

J. ROSSANT-LUMBROSO.- Ce que je retiens de ce dont nous avons débattu, c'est que la situation du médecin et des professionnels autour de lui change et que, si ce changement est inscrit dans la loi, les modalités pratiques sont encore à préciser et à améliorer pour que cela puisse déboucher sur une manière de travailler qui soit plus efficace dans l'intérêt du patient.

J'en retiens que le médecin va sans doute voir son métier changer, mais qu'il va rester au centre du tableau, c'est-à-dire au côté du patient, et qu'autour de lui, il va avoir toute une équipe qui va être en capacité de l'aider au mieux et de procurer les meilleurs soins possible.

Beaucoup de questions, pour moi, sont encore en suspens. On a rapidement évoqué celle du secret professionnel. J'aimerais savoir, mais peut-être que la réponse est évidente, si l'ONIAM aura sa compétence élargie aux autres professionnels que les médecins qui réalisent des actes **médicaux -IPA, pharmaciens, kinés, etc.-** ; est-ce que l'ONIAM pourra être saisi de la même manière en cas d'accident médical ?

Pour le médecin, je crois aussi que c'est une nouvelle ère. Il n'y a pas que ce partage ou ce transfert et cette délégation de compétences, chaque chose étant différente. Il y a aussi, et ce sera vu tout à l'heure, l'apport de l'IA et des nouvelles technologies dans l'exercice. Si nous

refaisons ce débat dans dix ans, le cadre autour de nous sera totalement différent, et tout le monde sera content, en particulier les patients, parce que j'espère que les soins, finalement, seront encore plus adaptés pour les patients.

M. SZAMES.- Laurent BLOCH, pour conclure également, et peut-être la réponse ?

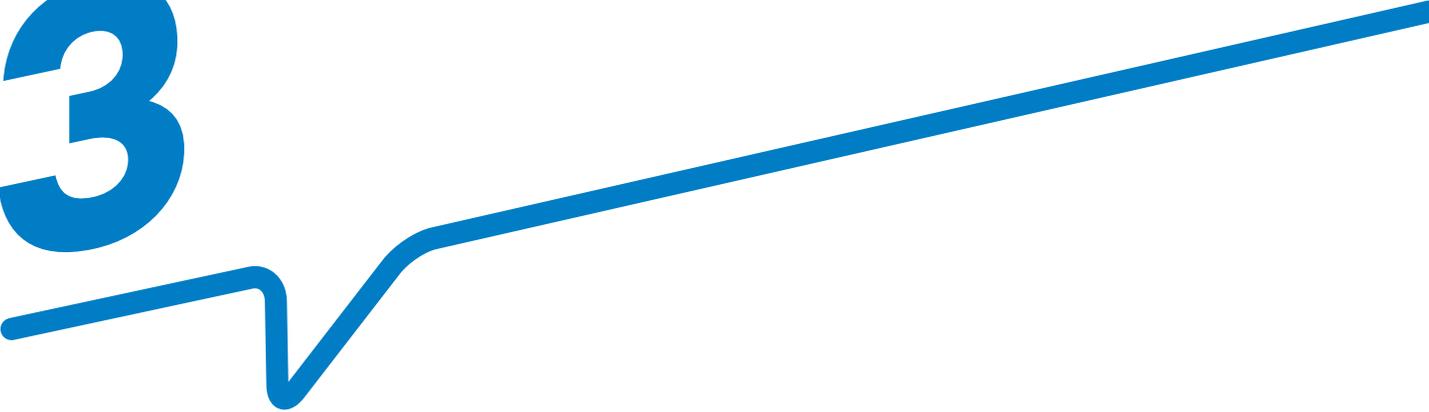
L. BLOCH.- Pour répondre sur l'ONIAM, plus exactement les CCI et leurs compétences, c'est déjà le cas. Dès qu'il y a un acte de prévention, de diagnostic ou de soins qui est en cause, c'est un accident médical, que ce soit un kiné, un médecin ou autre, cela ne change strictement rien, il y a une compétence des commissions.

Sur le fond, et peut-être pour conclure sur la coopération, c'est vraiment un problème de méthode. Il y a un paradoxe car on demande aux professionnels de santé de collaborer ensemble, de coconstruire, etc., et le législateur, lui, en revanche, coconstruit assez peu. On a vraiment le sentiment qu'on a des protocoles qui tombent avec un delta peut-être trop important entre les pratiques du terrain et un modèle trop rigide ou pas forcément adapté. C'est facile à dire parce qu'évidemment, l'art de légiférer est compliqué, mais c'est quand même paradoxal de dire : « // faut coopérer, il faut coconstruire » et soi-même faire son truc dans son coin !

M. SZAMES.- En tout cas, le message est passé et on espère que vous serez entendus.

Merci d'avoir participé à cette table ronde, qui mérite quelques applaudissements.

3



**LA RESPONSABILITÉ
MÉDICALE
À L'AUNE DU
NUMÉRIQUE
(TÉLÉMÉDECINE, ESPACE
NUMÉRIQUE DE SANTÉ...)
ET DE L'IA**

TABLE RONDE N°03 .

LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE À L'AUNE DU NUMÉRIQUE (TÉLÉMÉDECINE, ESPACE NUMÉRIQUE DE SANTÉ...) ET DE L'IA

M. SZAMES.- Mesdames et Messieurs, on a commencé à aborder ce thème ce matin, mais on va essayer d'aller un peu plus dans le fond, avec nos invités :

> **Stéphane OUSTRIC**, est Conseiller national. C'est notre modérateur pour notre débat.

> **Maroussia GALPÉRINE**, avocate au Barreau de Paris.

> **Lina WILLIATTE**, avocate au Barreau de Lille, professeur à la Faculté de droit de l'Université Catholique de Lille.

> **Arthur DAUPHIN**, chargé de mission numérique en santé chez France Assos Santé.

> **Nicolas GOMBAULT**, directeur de la MACSF, Mutuelle des professionnels de santé.

Stéphane OUSTRIC, il vous revient, en tant que modérateur, de nous donner les grands axes de cette table ronde, ce sur quoi nous allons débattre cet après-midi.

S. OUSTRIC.- Merci, Michael. Bonjour à toutes et à tous.

C'est une première rencontre sur l'intelligence artificielle, souhaitée par le Conseil national et son Président, François ARNAULT, qui va nous amener jusqu'au congrès d'octobre de l'année prochaine, sur la posture que les médecins et notre institution doivent adopter face aux enjeux du numérique, plus généralement de la place du médecin dans son exercice, mais surtout avec tous les outils et la totalité du numérique, des nouvelles technologies, de l'intelligence artificielle.

Quoi qu'il en pense, cela existe déjà fortement dans son activité et son exercice, même s'il n'en perçoit pas réellement les enjeux ou les contours. Pour autant, afin de bien ancrer les exercices dans les décennies à venir, il ne pourra pas ne pas pleinement embrasser la réalité de l'intelligence artificielle dans ses pratiques.

On le voit déjà sur de nombreux plateaux techniques -biologie, radiologie, métiers nucléaires, oncologie ou d'autres-, mais aussi dans notre quotidien avec l'ensemble des différents outils, applications Smartphone ou téléphone.

C'est aujourd'hui l'occasion de rencontrer des experts, et j'en suis très heureux, je les remercie d'être là, que ce soit dans le monde juridique, assurantiel ou foncièrement avant tout des patients, mais pour autant, c'est une vraie posture, une vraie stratégie portée par l'institution pour les années à venir.

Je compte sur leur présentation et les échanges qui vont tout au long de l'année jusqu'en octobre 2024, essayer de définir, à travers ces différents rapports d'experts, une posture institutionnelle et surtout, amener les médecins à être dans la réalité de l'intelligence artificielle et le numérique dans leur exercice.

Merci pour cette invitation et bonne séance.

M. SZAMES.- Merci beaucoup. On va déjà aborder quelques questions pour poser le débat. Et comme ce matin, n'hésitez pas à lever la main, je me ferai l'écho de vos questions.

Madame WILLIATTE, est-ce que le recours aujourd'hui à tous ces instruments de nouvelles technologies ou de l'IA entre autres exonère le médecin de toute responsabilité ? Entrons directement dans le sujet !

L. WILLIATTE.- Merci pour cette question. À l'évidence, non. L'utilisation des outils qui embarquent le numérique n'exonère absolument pas le médecin de sa responsabilité.

On rappellera que, comme il a été dit ce matin, juridiquement parlant, le médecin est un professionnel responsable, cette responsabilité se poursuit aussi dans le choix des outils qu'il utilise pour exercer son art. Il faut, à ce titre, pour que, juridiquement, il soit en capacité d'assumer cette responsabilité, que le médecin connaisse les enjeux qu'il mobilise lorsqu'il utilise ces outils numériques pour réaliser son acte.

M. SZAMES.- Justement, vous tendez la perche. Quels sont ces enjeux ?

L. WILLIATTE.- Ils sont nombreux. Il y a un clivage sur le terrain :

> Les médecins qui ne veulent même pas entendre parler de l'intelligence artificielle, du numérique de manière générale ; ils en font un rejet total et partent du principe que la relation médicale est une relation de soins, une relation humaine avant tout et que le numérique n'y a pas sa place.

> Les médecins que l'on les appelle pour s'amuser les *geeks*, ceux qui considèrent au contraire que le numérique va leur permettre de pratiquer une médecine *upgradée*, avec une meilleure précision, une technicité qui leur permettra d'atteindre des résultats qu'ils n'auront jamais atteint sans l'outil.

Quand on les écoute de part et d'autre, on se rend compte qu'il doit y avoir une médiane. Le numérique ne peut pas réaliser le soin en lieu et place du médecin puisque ce médecin a toujours sa place dans la relation de soins, mais il doit avoir conscience de la place que doit avoir et doit garder l'outil numérique.

Il s'agit de prendre l'exemple du médecin qui va se confier totalement à l'intelligence artificielle, aux résultats proposés par l'intelligence artificielle, et qui va en perdre son sens critique ; il va donc rendre une décision qui n'est absolument pas celle qu'il aurait prise si jamais il avait exercé son sens critique.

M. SZAMES.- C'est un constat que vous faites sur le terrain ?

L. WILLIATTE.- C'est un vrai constat, tout à fait. Et pour revenir sur le premier camp, le médecin qui ne veut pas entendre parler de l'intelligence artificielle, et pardonnez-moi pour ce terme, mais j'ai eu l'autorisation de l'utiliser, c'est ce que, moi, j'appelle « *les utilisateurs ignorants* ».

Ils disent : « *Je ne veux pas de l'intelligence artificielle* », mais ne se rendent pas compte que, ne serait-ce que le matin, quand ils allument l'ordinateur, qu'ils mettent en place le logiciel d'aide à la prescription, par exemple, c'est de l'intelligence artificielle, et ils ne le savent pas. Ils vont donc l'utiliser sans avoir conscience des enjeux que ce logiciel génère dans leur propre pratique.

Vous voyez bien, de part et d'autre, on se retrouve face à des professionnels qui engagent leur responsabilité par l'usage de l'intelligence artificielle ; il y en a un qui ne connaît pas les enjeux parce qu'il ne sait pas à quel point cela a un poids sur sa décision médicale, et l'autre qui sait qu'il l'utilise, mais qui considère qu'elle est beaucoup trop intelligente pour pouvoir la critiquer et qui s'y fie totalement.

Finalement, d'un point de vue juridique, de part et d'autre, ils sont tous les deux responsables et je considère effectivement que, malgré tout, ils ne sont pas conscients des enjeux, juridiques, et éthiques, et de ce que cela implique aussi dans leur capacité ensuite à assumer finalement les conséquences de leur acte.

M. SZAMES.- Exactement. Sur un point de vue juridique et peut-être assurantiel, Nicolas GOMBAULT, que peut-on rajouter au constat qui vient d'être fait et que pouvez-vous également nous faire partager sur l'élément de terrain ?

N. GOMBAULT.- D'abord, 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 qui a été rendu public la semaine dernière. Cela date du 7 novembre et c'est un élément extrêmement important, je vous invite à en prendre connaissance si vous ne l'avez déjà fait. Il est certain que les récalcitrants deviendront de plus en plus rares quant à l'utilisation de l'IA.

Stéphane l'a cité, dans les domaines, les spécialités qui utilisent aujourd'hui l'IA -on cite l'oncologie, la radiothérapie et aussi la dermatologie-, sur le plan pratico-pratique, de la description qui vient d'être faite, on peut tirer finalement deux questions.

Est-ce que le médecin qui utilise l'IA et qui va aboutir à une décision médicale infondée, contestable, engage sa responsabilité du seul fait que l'algorithme l'a trompé ? C'est le premier point.

Au contraire, est-ce que le médecin réfractaire, celui qui n'utilise pas l'IA, fait perdre une chance à son patient, en ne lui permettant pas de bénéficier des avancées technologiques, justement, et de cette aide au diagnostic, au traitement personnalisé ?

Voilà les termes dans lesquels, à mon sens, le débat se pose aujourd'hui. Il est extrêmement important, mais je dois dire que, de notre côté, à la MACSF, nous n'avons pas encore connaissance

de mise en cause de responsabilité. Cela ne veut pas dire, fort au contraire, qu'il ne faut pas y songer dès maintenant. Faut-il légiférer ?

M. SZAMES.- On va y venir.

N. GOMBAULT.- L'Europe va sans doute s'en charger pour nous. Voilà les questions aujourd'hui, à mon sens.

M. SZAMES.- Merci.

Deux questions très importantes que vous avez posées, notamment sur la responsabilité ; aujourd'hui : où est-on, Maître GALPÉRINE ?

M. GALPÉRINE.- Il y a une partie que vous n'avez pas citée, que vous m'avez laissé traiter, et je vous en remercie, c'est la chirurgie. Les chirurgiens sont de grands utilisateurs de l'IA et dès aujourd'hui, il va y avoir une conséquence de ce que vous avez dit, à mon sens, en termes d'information, l'information du patient.

C'est ce que vous venez de dire, Monsieur GOMBAULT : est-ce qu'on fait perdre une chance en n'utilisant pas l'IA parce qu'on va avoir plus de données, par exemple ? Tout récemment, [l'IA vient de créer un algorithme incroyable sur les luxations des prothèses et qui permettrait de déterminer s'il y a un risque, pour le patient X, d'avoir une luxation. Mon Dieu ! 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 ?](#)

Voilà les vraies questions qui se posent. Il y a aussi eu des exemples dans la jurisprudence avec des robots en urologie, où un chirurgien s'est fait condamner parce qu'il avait utilisé un robot alors qu'il ne savait pas du tout s'en servir et le patient était décédé. Et la Cour vient nous dire en 2020 : sur l'information patient, c'est difficile de le dire puisqu'on ne connaissait pas les conséquences de l'utilisation de ce robot. En revanche, ce que l'on sait, c'est qu'un médecin doit donner des soins consciencieux et il aurait dû évidemment être aguerri à cette nouvelle pratique avant d'opérer son malade.

M. SZAMES.- Vous parlez de responsabilité du médecin face à l'IA, puisque M. GOMBAULT a soulevé la problématique ; est-ce qu'aujourd'hui, on est suffisamment armé juridiquement ? Est-ce que le médecin a suffisamment d'informations face justement à ce qui est en train de nous arriver ? Stéphane OUSTRIC, est-ce que le Conseil national commence à travailler sur ces questions ? J'imagine que oui. Est-ce qu'on a déjà un début de réponse ?

S. OUSTRIC.- Sur le contexte juridique, on a deux avocates, elles vont s'en charger.

Concernant les droits et devoirs des médecins, le Conseil national a travaillé sur un nouvel article du code de déontologie, mais qui est dans les méandres des ministères et pas encore au Conseil d'État. Cependant, il est essentiel à l'évolution et à la maîtrise, ou du moins à l'appropriation des outils du numérique du professionnel parce qu'il va définir une responsabilité ordinale, une responsabilité déontologique, et surtout, on le souhaite, éthique à l'exercice pour l'ensemble des différentes spécialités.

On attend avec force les retours du ministère, et si possible, la publication de cet article puisqu'il avait été déjà porté depuis plus de deux ans par le Conseil national, mais c'est un cadre minimal qui est nécessaire parce que ce n'est pas un cadre de loi, c'est une partie réglementaire du code de la santé publique.

C'est un élément certainement essentiel dans ce qui va se passer. C'est ce qui va permettre d'aller plus loin, en tout cas, et probablement que les juristes vont apporter des éléments là-dessus.

M. SZAMES.- Sur le plan juridique, a-t-on déjà des choses qui sont abouties pour le médecin, pour répondre à la question de la responsabilité face à l'IA ? Maître, éclairez-nous !

L. WILLIATTE.- Il y a plusieurs points.

Sans entrer dans le détail des textes, il y a un point sur lequel j'aimerais revenir puisque vous parliez des moyens mis à disposition du médecin. On peut même -ce serait intéressant- interroger la salle parce qu'on parle d'intelligence artificielle et on se pose les vraies questions : doivent-ils ? Ne doivent-ils pas ? Y a-t-il une perte de chance, etc. ?

Mais comment un médecin peut-il se fier à un outil qu'il ne comprend pas ? On parlait du chirurgien ; on demande au chirurgien d'utiliser un outil à partir du moment où il a été formé à utiliser cet outil sauf qu'aujourd'hui, les médecins sont face à une intelligence artificielle et souvent, ce sont les éditeurs qui arrivent en disant : « *J'ai la solution miracle, j'ai une IA, elle fonctionne* », etc., sauf qu'en médecine, on ne fait pas les choses par hasard, il nous faut avoir des preuves, il faut questionner, et est-ce que le médecin est en position de questionner ? Plus que cela, est-il en capacité de comprendre ?

D'un point de vue juridique, vous m'avez posé la question tout à l'heure et je vous ai dit clairement que, juridiquement, le médecin est

toujours responsable de ses actes, c'est vrai, mais quand on entre un peu plus dans le détail, on se dit : très bien, il s'est fié à l'intelligence artificielle pour rendre une décision, mais est-ce que, juridiquement, quand on dit « il s'est fié », peut-on en tirer des conséquences juridiques ?

Autrement dit, avait-il les compétences pour comprendre comment fonctionne l'IA ? La réponse est non. Pour comprendre comment fonctionne une IA, aujourd'hui -les textes sont en train de changer, il faut avoir fait des maths, être ingénieur, statisticien, etc., donc c'est inutile de poser la question.

Néanmoins, vous le savez, il y a quelques années, les doyens des facultés de médecine, des écoles de santé, ont interpellé justement le ministère de l'enseignement supérieur et le ministère de la santé en disant : « *Cela suffit, on dit au médecin qu'il faut utiliser l'intelligence artificielle, de manière générale le numérique en santé, mais on ne leur donne pas les moyens de comprendre* ». Vous savez qu'un arrêté en décembre 2022 est venu déterminer le socle de compétences que, désormais, les études de santé doivent garantir aux étudiants, en ce compris les médecins.

Je vous invite à consulter cet arrêté de décembre 2022 qui s'est décliné avec une annexe qui vient identifier toutes les compétences que désormais les médecins doivent avoir, entre autres.

Cela commence par le RGPD, évidemment, parce que l'intelligence suppose une maîtrise du règlement général sur la protection des données ainsi que la Loi Informatique et libertés, mais aussi comment fonctionnent les algorithmes.

Rien que cela va permettre de démystifier l'intelligence artificielle qui, comme vous le savez, n'a rien d'intelligent, c'est juste un algorithme expert avec des approches différentes, symboliques, d'approche par la donnée. À partir du moment où le médecin comprend comment cela fonctionne, on peut considérer que, juridiquement, il est mis en position pour essayer de critiquer le résultat qui n'est simplement que proposé.

D'ailleurs, pour terminer sur la question que vous posiez, outre cela, et je pense que c'est une avancée intéressante, il faut savoir que, sur le terrain, cela a été très compliqué pour obtenir cet arrêté, mais on l'a obtenu, on est très content. On l'a obtenu en 2022 alors que l'intelligence artificielle existe depuis 1950 ; il y a un petit laps de temps, mais, ma foi, cela existe et c'est très bien.

Néanmoins, on a quand même la Loi bioéthique en France de 2021. Elle crée de nouvelles obligations à l'égard des médecins, en l'occurrence, qui utilisent l'intelligence artificielle lorsqu'ils pratiquent leurs soins. Parmi les obligations, il y a l'obligation de transparence.

C'est ce que vous disiez très justement tout à l'heure : le médecin doit être transparent vis-à-vis du patient quand il utilise l'intelligence artificielle, ce qui dénote aussi une autre obligation : l'obligation d'information. Le médecin doit indiquer au patient qu'il utilise l'intelligence artificielle.

Et quand on dit « obligation d'information », on sait très bien que, derrière, il y a obligation de recueil de consentement. Eh oui, cela sous-entend que le patient informé puisse très bien vous dire : « *Docteur, je ne veux pas que utilisiez l'intelligence artificielle* ». Est-ce que, véritablement, il est en pleine possession de ses capacités pour dire non ? Néanmoins, le texte existe, il y a obligation de recueil de consentement.

Et énième obligation que je tenais absolument à souligner cet après-midi : en plus, **il est exigé que le médecin exerce un esprit critique sur le résultat proposé par l'intelligence artificielle**, et aussi sur la solution qui embarque l'intelligence artificielle, c'est-à-dire que **vous devez, en tant que médecin, non seulement soigner, mais en plus, quand vous utilisez l'intelligence artificielle, il faut que vous soyez en compétence pour critiquer la solution qui vous est proposée par l'éditeur, ce qui suppose à la base quand même une connaissance**.

Les textes existent, ils existent depuis la loi de 2021, mais est-ce que nos médecins sont en capacité d'assumer ces obligations ? Cela, c'est une autre question.

M. SZAMES.- On va poser la question, justement. C'est important ; cela veut dire qu'aujourd'hui, on n'aurait plus besoin de légiférer, en tout cas en l'état ?

L. WILLIATTE.- On a les obligations générales. Après, bien évidemment, il faut les appliquer.

M. SZAMES.- Toujours dans les détails, bien évidemment. Il y a le rôle du patient, mais, Stéphane OUSTRIC, pour le rôle du médecin, quand j'entends Mme WILLIATTE nous dire : « *C'est à vous d'avoir cet esprit critique face à l'IA* », on peut poser la question, et dans le public

aussi : comment est-ce que vous pratiquez au quotidien à partir du moment où vous ouvrez l'ordinateur et que tout est déjà devant vous ?

S. OUSTRIC.- Il y a plusieurs niveaux dans la lecture critique d'une information. Il y a celle qui est transmise parce qu'on est dans la prise en charge d'un patient et de son parcours. On le fait habituellement, mais c'est sûr que bon nombre de process sont à revoir. Il faut aussi faire confiance de fait.

Avant, quand on avait une radio, on pouvait regarder la radio et se dire : « *Il y a un truc, je vais rappeler mon confrère* ». Aujourd'hui, il faut aller chercher le compte rendu sur une plateforme avec des codes d'accès qui, au bout d'un moment, ne sont plus accessibles, donc si le patient ne revient pas vous voir tout de suite, on fait confiance au confrère. Quand on a le cdrom, cela va bien, et quand on ne l'a plus...

Il y a tout un process dans le parcours du patient car il va falloir informer le patient. Et puis il y a des notions de délais qui ne sont plus les mêmes, des éléments de décision et des éléments écrits. Cela peut aussi être compliqué quand on dit : « *On fait cela, mais on pourrait aussi faire cela et cela* ». Le patient va vous demander : « *Alors, qu'est-ce qu'on fait ?* » - « *Je ne sais pas, on nous propose des solutions* ». Cela va venir faire évoluer aussi le cadre de l'exercice.

M. SZAMES.- Cela, c'est très clair, et vous dites que c'est un process lourd ; est-ce que certains médecins peuvent se dire : « *Je passe outre, tant pis* » ?

S. OUSTRIC.- La jeune génération est dans ce process, mais il faut 10 ans pour une jeune génération, les patients, c'est maintenant. Eux, ils veulent des réponses maintenant face à une intelligence artificielle et 2030, pour elle, c'est déjà fait. C'est bien qu'on réfléchisse, mais aujourd'hui, on est déjà à 2030, voire 2040.

Il ne faut pas être suiveur, il ne faut pas être en retard, c'est pour cela qu'il y aura un intérêt à amener une règle qui soit discutée et négociée avant tout avec tous les citoyens et les patients, que les professionnels sachent aussi dès le départ quel va être le cadre de leur exercice. Cela ne peut pas être un exercice futur sous contrainte ou, en permanence, on court après le risque médicolegal et assurantiel sinon, la relation de soin n'est plus ce qu'elle est, et même si le praticien utilise pleinement toutes les dispositions du numérique et des nouvelles technologies, pour autant, il ne faut pas le mettre en situation de précarité professionnelle parce

qu'à l'arrivée, ce sont des pertes de chance pour les patients.

M. SZAMES.- Bien sûr. On va venir au patient dans un instant. Maître GALPÉRINE, vous vouliez réagir ?

M. GALPÉRINE.- On fait peut-être une différence entre l'IA faible et l'IA forte parce que l'IA faible, que l'on utilise déjà, à mon sens, ne pose pas de problème. Ce que l'on vise, qui fait l'objet de nos craintes, c'est lorsque l'algorithme va être nourri par lui-même et va être capable de reprendre ses propres erreurs et de les corriger, puis de vous donner une autre version.

Mais cette correction, qui sera faite uniquement sur un plan mathématique et qui ressortira en français dans le texte, le médecin n'en aura pas la capacité. Il est toujours dans cette boîte noire informatique et comment va-t-il savoir exactement ce qui s'est passé ?

C'est pour cela que je pense que la notion de responsabilité des concepteurs, des fabricants, va de nouveau être dans la lumière.

M. SZAMES.- Sur la responsabilité, Monsieur GOMBAULT, est-ce que quelque chose est en train de se mettre en place ?

N. GOMBAULT.- C'est évidemment complexe et il va falloir mûrir tous les principes parce que, encore une fois, nous ne connaissons pas de poursuites, de mises en cause de responsabilité liées à ces cas d'usage.

Je voudrais revenir sur quelques évidences et quelques convictions que j'ai en matière de responsabilité médicale au travers d'une quarantaine d'années de réflexion sur le sujet. Je sais que je fais un peu dinosaure, mais pardonnez-moi.

La première chose, c'est que, à mon sens, et **face à ces évolutions technologiques qui sont considérables, le médecin a besoin d'être protégé**. En effet, vu ce contexte extrêmement mouvant, cette évolution des technologies, je crois que **l'exercice ne peut être de qualité que s'il est serein** et que si les conditions, notamment de la responsabilité, sont bien fixées, et que, finalement, on ne donne pas pour charge au médecin d'essayer les plâtres.

C'est absolument fondamental et c'est de notre rôle, de notre responsabilité à tous que de fixer ces limites, ces bornes parce qu'un médecin qui ne sera pas à l'aise, un médecin qui sera en mauvaise santé lui-même, un médecin qui sera

en difficulté, assurera de mauvais soins et ce sera finalement préjudiciable pour l'ensemble des patients. Donc un besoin de protection.

Deuxième point, mais c'est le corollaire de la sécurité des soins, l'IA, et quels que soient du reste les autres moyens **n'est pas là pour pallier une incompétence. Le médecin est évidemment 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 ».**

Que recourent ces données actuelles de la science quand les choses vont si vite ? Finalement, c'est à nous tous, aux sociétés savantes, aux experts de la spécialité de le définir, et l'IA, pas plus qu'une autre technique, ne doit déroger à ces fondamentaux que je viens de rappeler.

M. SZAMES.- Cela nous donnera quand même quelques idées pour la suite de notre débat. Monsieur DAUPHIN, on n'a pas encore pu vous donner la parole et pourtant, Stéphane OUSTRIC a lancé l'idée de cette règle « citoyen/patient » qui est essentielle dans notre espèce de champ très ouvert.

Vous, chez France Assos Santé, comment percevez-vous la responsabilité médicale et comment travaillez-vous sur cette question ?

A. DAUPHIN.- Merci beaucoup. Je vais faire écho à beaucoup de choses qui ont été dites. Nous réfléchissons énormément sur cette question de l'arrivée du numérique de manière générale, et de l'IA, qui est très prégnante en ce moment, sur des questions de transparence, d'information, de dialogue avec les patients. On parle de plus en plus de décision partagée en médecine, dans la santé de manière générale. Il est donc extrêmement important, quand un médecin requiert un logiciel d'aide à la décision médicale, que cette décision ne soit pas uniquement négociée entre l'outil numérique et le professionnel de santé.

Cela implique aussi que le médecin ait une certaine conscience des données qui sont utilisées par sa solution pour prendre cette fameuse décision, et de comprendre quel peut être son apport aussi, en tant que médecin, de toutes les données qui sont autres, qui sont des données parfois plus personnelles sur l'environnement du patient, des choses comme cela qui vont contribuer justement à nourrir et permettre de faire repartir aussi cette question vers le patient, donc de faire construire une décision partagée au maximum.

Ce n'est pas évident du tout parce que ces logiciels sont beaucoup de boîtes noires encore, pour beaucoup de professionnels, et même pour les experts, ce n'est pas forcément évident de détricoter quelles sont les données qui ont été prises en compte et qui ont abouti au résultat.

Donc un vrai enjeu, une vraie attente pour les patients, les usagers de la santé, pour que les médecins prennent à bras-le-corps cet enjeu, cette question. On sait que la réponse n'est pas simple et va se construire aussi dans les usages.

Cette question fait aussi écho à tous les enjeux d'explicabilité de ces résultats, avec des exemples. Quand vous avez aux urgences, un logiciel d'interprétation d'imagerie et que le praticien dit : « *Je vais contredire, en fonction du tableau clinique que je vois, de l'interrogatoire de mon patient, de mes connaissances du logiciel, la recommandation de ce logiciel* », quel message donne-t-il au patient ? Est-ce qu'il lui en parle ou pas ? Par quels mots ? Comment fait-on ? Si on dit au patient : « *Le logiciel, qui ne se trompe que 2 % du temps, je vais le contredire aujourd'hui, est-ce que vous me faites confiance ou pas ?* », ce n'est pas évident.

En tout cas, **cela remet beaucoup d'enjeux dans cette notion de dialogue et finalement, l'arrivée de l'IA, et même du numérique de manière générale, n'a jamais autant mis en avant le besoin d'humain,** et c'est vraiment cela que les patients attendent, parce qu'on a une vraie peur, qui est un peu dite parfois à l'emporte-pièce, de la déshumanisation de la santé avec l'IA notamment, qui recouvre plusieurs aspects à la fois : la peur de voir son médecin être remplacé par un robot, une IA, un logiciel ou quoi que ce soit, qui n'est pas forcément fondée, et c'est pour cela que le côté d'aide à la décision est très important.

Pour eux aussi, c'est la peur d'être remplacé par juste 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.

M. SZAMES.- Finalement, il y a une forme de crainte des deux côtés. C'est ce qu'on ressent en tout cas dans vos propos, et certainement aussi chez les médecins.

Maître GALPÉRINE ?

M. GALPÉRINE.- Oui, mais c'est illustré avec les applications connectées. On l'a vu pour les pathologies chroniques. Le patient est acteur de sa pathologie, mais cela remet encore plus la relation médecin/patient en amont, à mon sens,

la notion de confiance, et le dialogue est encore plus fort.

A. DAUPHIN.- En tout cas, cela fait partie des attentes, et c'est vrai que l'ère du numérique bombarde parfois un peu les médecins de données. Il y a parfois un peu une avalanche. On parle du numérique, de *Mon Espace Santé*, de l'espace numérique en santé, etc. ; il faut se demander si, aujourd'hui, les médecins qui, parfois, nous disent : « *On veut avoir accès à toutes les données médicales pour prendre la meilleure décision* », sont vraiment prêts à lire, analyser, interpréter tout ce qui peut arriver d'un coup, que ce soit tout bêtement les documents de toute une histoire médicale dans *Mon Espace Santé*, tout ce que l'IA pourrait dire et tout ce que les objets connectés peuvent dire aussi.

Aujourd'hui, on a des montres connectées qui peuvent nous faire des ECG tous les quarts d'heure si on en a envie, mais si j'arrive chez le médecin avec le compte rendu de tous ces tracés d'ECG, il va être bien en peine de pouvoir m'en dire quelque chose.

Un vrai enjeu est de trouver quels sont ces usages un peu impactants. Vous l'avez dit, on a eu des exemples en chirurgie et je parlais tout à l'heure de la radiographie aux urgences. Il y a de nombreux cas d'usage à prendre au sérieux et il faut profiter de cette arrivée avec l'engagement de tous les médecins, les sociétés savent, tous les acteurs pour vraiment trouver ces bons usages, ces bons dialogues et accepter que ce n'est pas neutre et que cela a un impact sur la manière dont on fait la santé de soin aujourd'hui.

M. GALPÉRINE.- Mais ne pensez-vous pas que, par exemple, avec les bases de données importantes, le médecin qui va prendre moins de temps pour faire sa recherche bibliographique grâce à cela, ne va pas pouvoir consacrer plus de temps à la relation avec le patient ?

A. DAUPHIN.- En tout cas, on en émet le vœu, c'est-à-dire que l'IA et les outils numériques doivent être des outils pour des soins qui soient plus performants, plus personnalisés, plus rapides aussi, que passer du temps à éplucher certains dossiers médicaux qui donnent des pistes, ce qui n'empêche pas qu'il va quand même falloir prendre le temps de voir si on est d'accord avec la décision.

C'est vraiment l'occasion de redonner plus de temps à l'échange et à cet accompagnement qui est très attendu par les patients dont ils se sentent un peu privés parce qu'on est dans un système de santé qui reste en crise, avec

un temps médical qui reste contraint ou des consultations qui ne sont pas infinies non plus en termes de temps. C'est une vraie attente de réussir à retrouver cela.

L'IA est aussi l'opportunité de redonner cette tonalité à l'échange médical.

M. SZAMES.- Vous avez parlé de la notion de rapidité, et c'est vrai aussi que le patient est en attente d'une décision rapide. Justement, Stéphane OUSTRIC, est-ce qu'on n'est pas pris au piège par cette rapidité, tant de l'avis du médecin que de l'attente du patient ?

S. OUSTRIC.- Il va falloir redéfinir réellement le cadre des exercices quand on aura la maîtrise des outils.

Cela passe par la formation, comme l'a dit Nicolas, dans le cadre réellement du champ des compétences de chaque spécialité. Cela va aussi répondre à une information au patient. Il ne faut pas que la pression de la société soit : « *J'appuie sur un bouton, j'ai une solution* ». La relation humaine est coconstruite, réciproque, et c'est la base du respect.

J'ai beaucoup aimé ce qu'a dit Nicolas, c'est-à-dire que si, à un moment donné, on ne dit pas qu'un médecin, c'est important pour la société, c'est important pour chacun de nous, on peut lui demander des devoirs, mais il a aussi des droits et il faut les respecter sans en permanence les clouer au pilori.

Ce matin, je n'ai pas pu être là, mais c'est un élément d'actualité : l'accès au DMP, à *Mon Espace Santé* numérique, où on va avoir des milliers de données auxquelles beaucoup ne comprennent rien. Certains voudraient y avoir accès, mais finalement, ne comprennent pas la teneur et le respect que l'on doit aux patients dans l'utilisation de ces données.

Ce n'est quand même pas anecdotique, il ne faut pas non plus que ce soit sur la place publique, que le RGPD puisse s'exprimer pleinement et pour chaque patient, et que ce soit une garantie. Il faut que ce soit une garantie parce que tout ce numérique est au service de ; si c'est pour être dévoyé et que cela soit sur la place publique, comme certains le souhaiteraient, que ce soit accessible partout et qu'à la fin, ce soit le patient, et chacun de nous qui en soyons les perdants, cela n'a pas d'intérêt.

C'est pour cela que le cadre de l'exercice des médecins va nécessairement évoluer. C'est pour cela qu'il y a nécessité d'une formation, Lina l'a

rappelé. C'est pour cela qu'il y a nécessité d'une sérénité qui permet une garantie puisque quand le patient vient, il va apporter de la donnée où on va lui en procurer, il veut échanger sur cette donnée et, par rapport à mon cas particulier, quelle est la meilleure solution que nous négocions ensemble ? Les refus de soins en font partie des deux côtés.

Tout cela va se construire ; c'est un monde qui bouge beaucoup. Le fait de parler de l'intelligence artificielle amène le cadre de ce grand chambardement, mais, pour autant, il ne faut pas perdre l'essentiel, il y a initialement une plainte et, en face, une rencontre avec un professionnel qui est là pour garantir tout au long de la vie, on l'espère, une prise en charge et un parcours.

C'est cela qu'il va falloir construire un peu sans partir sur des solutions empiriques qu'on a connues. En ce qui me concerne j'ai appris il y a 30 ans et ce que j'apprends aujourd'hui à mes étudiants, ce n'est plus du tout la même chose.

M. SZAMES.- Vous parlez de formation, peut-être, Monsieur GOMBAULT ?

N. GOMBAULT.- Non, ce n'est pas là-dessus que je voulais insister !

M. SZAMES.- Je vous en prie !

N. GOMBAULT.- Je vais continuer, avec votre autorisation, sur mon idée.

Nous vivons dans une société avec une aversion au risque et toute nouvelle technique engendre de nouveaux risques. Je voudrais prendre l'exemple de la télémedecine, et notamment de la téléconsultation.

On a la chance, à la MACSF, d'avoir tous nos sinistres codés, donc il suffit que je tape sur mon ordinateur tel ou tel mot-clé et cela va me ressortir l'ensemble des sinistres qu'on a eu l'occasion de gérer.

Avant de venir, j'ai tapé « téléconsultation » et cela m'a ressorti tous les sinistres que nous avons, liés à la téléconsultation. J'ai affiné ma démarche parce que je voulais connaître les sinistres récents, et notamment ceux liés à la phase Covid qu'on a connue, où la téléconsultation, comme vous le savez, a été autorisée de façon dégradée parce qu'il n'y avait pas moyen de faire autrement. Ce sont les pouvoirs publics qui ont autorisé la téléconsultation de façon totalement dégradée, sans visio, donc simplement au téléphone.

J'ai eu l'occasion de publier sur notre site internet un petit mémo sur le sujet, donc de retracer une dizaine de conseils pratiques pour éviter de se faire piéger parce qu'on a eu des erreurs de diagnostic liées à de la téléconsultation qui ne se seraient, à mon sens, jamais produites si nous avions eu un examen clinique réalisé par le praticien.

Je prends cet exemple. Le premier des conseils, évidemment, c'était de se poser la question de savoir si, oui ou non, la consultation pouvait se dérouler en téléconsultation, en fonction du patient et de nombreux critères.

Deuxième conseil, très prégnant, qui revient dans ces dossiers : est-ce qu'il ne convient pas d'étendre le questionnement du malade au-delà de la symptomatologie qu'il décrit ? Car quand on n'a pas en face de soi un patient qu'on peut examiner, on peut passer à côté de quelque chose et le patient ne pense pas lui-même à exprimer tel ou tel symptôme qui est pour autant essentiel.

Il y a donc, dans toute nouvelle pratique, évidemment, une acquisition des compétences qui va générer du risque supplémentaire qu'il faut maîtriser, c'est une évidence. Il faut être totalement transparent là-dessus et savoir, vu l'évolution des compétences scientifiques, qui est extrêmement rapide, savoir à un moment T à quoi va correspondre ce fameux état de l'art, ces connaissances médicales avérées.

M. SZAMES.- Vous avez ouvert un champ et c'est évidemment une question qu'on allait vous poser.

Maître WILLIATTE, vous vouliez intervenir sur cette question, et Maître GALPÉRINE dans la foulée parce que, là, on a de vraies interrogations de responsabilité.

L. WILLIATTE.- Je vais immédiatement rebondir sur ce qui vient d'être dit. L'exemple de la téléconsultation me va parfaitement bien parce que je pense que cela va permettre d'illustrer un certain nombre de choses, mais quand même juste reprendre ce qui a été dit tout à l'heure et on terminera avec l'IA, si vous en êtes d'accord.

Pour l'intelligence artificielle, on a beaucoup parlé de la capacité que peut, que doit avoir le médecin de critiquer l'outil. On a parlé de « boîtes noires ». On ne l'a pas fait, donc je le fais. On sait qu'aujourd'hui, un règlement européen est sur le point d'être finalisé concernant l'intelligence artificielle.

Parmi les textes des articles, plusieurs donnent l'obligation aux éditeurs d'intelligence artificielle -ce ne sont pas des mots justes, c'est juste pour permettre de faciliter le propos- d'être en capacité d'expliquer comment fonctionne l'intelligence artificielle et d'avoir une surveillance de cet algorithme au moment où il est conçu, fabriqué, exercé, utilisé.

Il y a donc vraiment une chaîne qui se traduit par des obligations, de manière ponctuelle, qui s'adressent bien sûr à l'éditeur. Il sera dans l'obligation de l'expliquer aux utilisateurs.

Je tenais à le dire parce que c'est important.

M. SZAMES.- C'est important, cela nous donnera un cadre.

L. WILLIATTE.- Absolument.

M. SZAMES.- Une forme de jurisprudence par rapport à certains exemples précis.

L. WILLIATTE.- Ce sera un règlement européen qui va être d'application directe, un peu comme le RGPD. Il va s'appliquer à tous les éditeurs des IA sur le territoire européen.

M. SZAMES.- Je me fais peut-être l'écho de la salle s'il n'y a pas de questions : ce serait pour quand ?

L. WILLIATTE.- Les discussions sont longues. Là, on est sur la discussion finale. Il y a toute une méthodologie sur l'adoption des règlements européens. En principe, ce sera en 2024.

M. SZAMES.- D'accord. Donc cela va être rapide.

L. WILLIATTE.- Tout à fait. Il y a aussi obligation de démystification parce que c'est une réalité le comportement des médecins et patients qui utilisaient le numérique dans leur relation de soin..

On a fait pas mal d'études. Dans mes recherches universitaires, on a étudié le comportement des médecins et patients qui utilisaient le numérique dans leur relation de soin. Plusieurs conclusions ont pu être tirées, dont une que j'aimerais souligner parce qu'on ne s'y attendait pas : on s'est rendu compte le numérique permettait un rééquilibrage de la relation patient/médecin en faveur du patient.

L'exemple de la téléconsultation est un parfait exemple. J'évoque en revanche la téléconsultation non dégradée, la téléconsultation selon les bonnes pratiques, celles qui sont recommandées par l'HAS, les sociétés savantes, etc.

On a un patient qui est à domicile, à qui le médecin traitant va proposer une vidéoconsultation. On a remarqué que le patient était très à l'aise. Je vous donne un exemple avec un service d'oncologie avec lequel je travaille pour ces recherches.

Un médecin oncologue des Hauts-de-France, tous les six mois, voit un patient qui, d'ailleurs, pour rejoindre ce médecin, doit parcourir à peu près 150 kilomètres -la région des Hauts-de-France est une très grande région. Le médecin me dit : « À chaque fois que je vois ce patient, il est aigri, triste, et pour moi, c'est un élément de diagnostic : moralement, cela ne va pas ». C'est un élément de diagnostic.

A un certain moment, il lui est proposé d'opter pour une téléconsultation. Au bout de la troisième téléconsultation, le patient était gai, à l'aise. Il lui a même dit : « Mais, docteur, vous êtes allé chez le coiffeur ? », remarque que le patient ne se serait jamais permis de faire auparavant. On a étudié pourquoi. Le patient n'avait pas le stress de la route, les odeurs de l'établissement qui lui rappellent à quel point il est malade. Il n'était pas stressé par la blouse blanche. Il était chez lui, au chaud, dans son canapé, avec sa vidéoconsultation et, enfin : il était à l'aise avec son médecin.

La téléconsultation a permis au patient « d'avoir sa place face au médecin ».

Pour terminer sur la téléconsultation et faire le lien entre la téléconsultation et l'IA, vous avez raison, tout n'est pas éligible à la téléconsultation, on est tous d'accord là-dessus, mais tout n'est pas éligible non plus à l'examen clinique physique parce que certains médecins reçoivent leurs patients sans avoir à faire un examen clinique.

On a décliné cela. Il y a deux types d'examen : l'examen clinique et l'examen physique. L'examen physique nécessite un contact physique entre le médecin et le patient. C'est clair que le numérique n'a pas sa place, le patient doit être au cabinet, le médecin doit le consulter.

L'examen clinique est en fait le raisonnement que le médecin utilise pour établir son diagnostic, l'arbre décisionnel, celui que vous avez dans votre esprit. Avec le numérique, ce raisonnement est reproduit par des algorithmes.

Précisément, quand la téléconsultation utilise un algorithme qui propose cette arborescence et qui permet au médecin d'établir un diagnostic sur la base d'un examen clinique qui ne nécessite pas un examen physique, on est dans de bonnes conditions. C'est quand l'IA permet à un médecin même parfois de faire un diagnostic qui serait plus pertinent que celui qu'il aurait fait simplement en voyant le patient et en ne posant pas les questions que l'algorithme lui avait proposé de poser.

M. SZAMES.- Là, cela demande aussi à faire du cas par cas. Comment savoir si c'est le jour pour faire une téléconsultation ou au contraire, en fonction des pathologies...

L. WILLIATTE.- Absolument.

M. SZAMES.- On retombe encore une fois sur les questions de formation, qui vont devoir évoluer.

L. WILLIATTE.- Tout à fait.

Si vous permettez, une dernière remarque parce que, là, je suis tout à fait d'accord avec Stéphane, on évoque les obligations du médecin, etc., mais je pense que le numérique va générer aussi des obligations à l'égard du patient. Quand le patient dit : « Je suis le maître de mon DMP » et que le médecin tape à la porte en disant : « *Je voudrais accéder à ton DMP pour savoir précisément quelles sont les informations parce que tu n'es pas, à ton niveau excuse-moi- compétent pour savoir quelles sont les données qui sont importantes pour moi* » -je grossis le trait, pardonnez-moi, juridiquement, je me pose la question de savoir si, finalement, il n'y a pas une obligation de la part du patient de donner accès à ces données quand il entend du médecin qu'il pratique une médecine de qualité le concernant.

Comment le médecin peut-il être dans des conditions qui lui permettent de pratiquer de manière qualitative si le patient ne lui donne pas accès aux données que seul le médecin est capable de trier ?

M. SZAMES.- Arthur DAUPHIN, vous avez le micro en main pour répondre.

A. DAUPHIN.- Sur les constats sur la téléconsultation, on converge tout à fait. Ce sont aussi des observations que l'on a faites à travers des enquêtes et des analyses, exactement sur le même aspect : on avait beau avoir des patients qui nous disaient : « *On a quand même peur que le numérique, la téléconsultation, etc., soit un facteur de déshumanisation* ».

Mais en même temps, quand on les interrogeait à la sortie du Covid, beaucoup de gens avaient fait connaissance avec la téléconsultation, et pas toujours dans de bonnes conditions, mais on voyait qu'il n'y avait pas du tout cette structure du colloque singulier et qu'on avait un peu plus de personnes qui se trouvaient plus à l'aise dans la téléconsultation, en particulier les patients chroniques pour beaucoup de raisons que tu as pu évoquer, Lina.

On converge tout à fait et cela souligne bien cette notion du recours approprié à la téléconsultation pas pour toutes les demandes, les solutions. L'IA, demain, ne sera peut-être pas forcément pour toutes les solutions non plus et il faudra aussi savoir faire sans ces outils demain.

Sur la question de l'accès au dossier médical partagé, *Mon Espace Santé*, côté patient, on se pose beaucoup la question de savoir ce que changent aujourd'hui ces outils numériques, ces accès numériques sur les dossiers médicaux par rapport au patient qui vient au cabinet en consultation.

Parfois, on lui dit : « *Vous avez quinze minutes et un motif de consultation, donc vous n'allez pas pouvoir raconter vos antécédents médicaux parce que vous n'êtes déjà pas sûr d'être entendu sur votre demande de base* ».

Il y a aussi, pour beaucoup de patients encore, des parcours très cloisonnés, liés à une certaine stigmatisation médicale qui peut encore être vécue dans des parcours en psychiatrie, en addictologie, pour des personnes qui vivent avec le VIH pour beaucoup de raisons. On peut dire qu'elles sont bonnes ou mauvaises, elles restent celles des patients qui, aujourd'hui déjà, partagent ou pas ses informations en toute connaissance de cause et en sachant que cela peut altérer, d'une certaine manière, la qualité du service médical qui est rendu.

Ils le font en toute connaissance de cause parce que, souvent, ils ont aussi souffert dans l'autre sens, même sur des questions de refus de soins qu'ils ont pu subir ou des choses comme cela.

La question du dossier médical partagé est avant tout de donner en partie la main au patient. C'est aussi dans ce sens-là que le législateur, mine de rien, a fait naître *Mon Espace Santé* puisque c'est la loi qui dit ce que doit faire un espace santé, ce qu'il y a dedans et comment cela fonctionne.

Ce n'est pas une agence ou une entreprise, c'est le législateur qui a avant tout pensé *Mon Espace Santé* comme un droit, pour le patient, à accéder à son dossier médical. Aujourd'hui, malgré le numérique ou le papier ou tout ce qu'on veut, on reçoit encore énormément de témoignages, on fait beaucoup de constats sur des difficultés d'accès au dossier médical dans de nombreuses situations différentes.

Il s'agit avant tout que les patients aient, à travers cet outil, l'accès et la gestion de leur dossier médical et, évidemment, qu'ils puissent avoir un outil de continuité des soins, de partage des informations qui puisse les aider à avoir un meilleur service médical rendu. Cela, c'est une certitude, c'est une question de confiance aussi.

Mon Espace Santé reste très récent ; les patients ont une très bonne confiance dans leur médecin, dans l'ensemble de leurs professionnels de santé, il n'y a donc pas de raison qu'il y ait de danger de la part des patients, mais c'est à entendre des deux côtés, et avec ce danger pour la responsabilité aussi que si le dossier médical partagé est réputé accessible à l'ensemble de l'équipe de soins, quelle responsabilité pour cette équipe de soins !

M. SZAMES.- C'est un point très important. Maître GALPÉRINE, vous vous vouliez peut-être intervenir sur plusieurs points.

M. GALPÉRINE.- Vous parlez du dossier médical papier et du dossier médical informatisé. Effectivement, l'ensemble des établissements de santé sont conduits à informatiser les dossiers médicaux et cela va certainement être différent. Ce n'est pas encore le cas dans tous les établissements, je n'en disconviens pas, mais demain matin, ce sera autrement parce qu'il y aura plus de papier, ou très peu. Cela change la donne, à mon sens, et pour moi, l'IA ne va pas changer l'interrogatoire du patient. Pour moi, si le patient ne veut pas tout dire ou ne donne pas l'ensemble de ses éléments médicaux à son médecin, il peut poser des questions pour aller plus loin, mais aussi se retrouver dans une situation où il ne sait vraiment pas.

A. DAUPHIN.- Cela va remettre en avant la question de la relation humaine parce que ce sera toujours d'aller trouver les bonnes données pour les bons outils et les bons services que l'on pourra proposer.

M. SZAMES.- Je donne la parole à la salle.

H. DIEULANGARD.- Je suis Président du CDOM de la Vienne. Je m'interroge sur le DMP et l'expertise médicale en responsabilité puisqu'on va rapidement arriver à un accès autorisé par le patient, bien sûr, pour l'expert, aux données du DMP. L'expert ne va pas être discriminant au départ, il va prendre l'ensemble des données du DMP, il va trier ce dont il a besoin pour son expertise, mais le contradictoire va faire que, puisque lui dispose de l'ensemble des pièces et que la partie demanderesse fournit ces pièces, l'ensemble du DMP va se retrouver dans les mains des autres parties.

Or, comme vous le disiez tout à l'heure, Maître, le patient peut refuser de donner certaines données médicales ; cela va devenir de plus en plus difficile de le faire.

M. SZAMES.- Qui veut répondre ? Maître ?

L. WILLIATTE.- Pour information, un arrêté très récent du 26 octobre vient déterminer les professionnels qui ont accès au DMP, celui même que vous évoquez, et ils sont nommés en leur qualité de professionnel et non pas par rapport à la mission qu'ils auraient.

En l'occurrence, le médecin mandaté en tant qu'expert ne fait pas partie de ces professionnels qui sont visés comme étant autorisés à y accéder, ce qui veut dire que, concrètement, s'il y a une expertise médicale, il faut que ce soit quand même le patient qui autorise l'accès à certaines de ces données, après, selon la mission qui a été donnée à l'expert par le juge.

M. GALPÉRINE.- La mission, en ce moment, change. Aujourd'hui, on a vu des missions qui demandaient l'accord du patient et désormais, c'est l'inverse.

H. DIEULANGARD.- Mais actuellement, on a de nombreuses missions ciblées sur l'entier dossier médical. Prenez, par exemple, les courriers du CHU de ma ville qui, systématiquement, reprennent tous les antécédents, tous les déroulés antérieurs et toutes les parties se retrouvent avec ces pièces en main, donc le passage en psychiatrie, l'alcoolisation à l'âge de 18 ans, etc., sont accessibles à toutes les parties. Le DMP va être un danger à ce niveau-là.

S. OUSTRIC.- Ce matin, vous avez parlé du DMP. Un arrêté est sorti, mais délai court. Le Conseil national va être vigilant à ce niveau. Là, il y a la volonté du législateur d'association et

la réalité. C'est un gros problème. Est-il normal que le directeur d'un centre d'addictologie soit au courant de problématiques d'usage de drogues toxiques, de pratiques personnelles ou de troubles psychologiques ?

Aujourd'hui, ces éléments sont posés dans un Conseil de l'Ordre, portés par des médecins. Le DMP souhaitait cela. Est-ce que c'est cela que les citoyens veulent ? Moi, je n'en suis pas sûr parce que, comme tu l'annonces, on va mettre sur la place publique toutes les pathologies, tous les troubles avérés, tout un passé, et avec des parties qui n'ont pas capacité à recevoir une information quand même qui ne dépend que du patient d'abord et de la relation contractuelle qu'il souhaite avec son praticien. Cela risque d'être très problématique.

Nous sommes, et le Président François ARNAULT particulièrement, très sensibles à cette utilisation. On pense que parce que la société veut tout mettre sur la place publique, cela marche. On a vu que, quand même, quand certains voulaient aller dans le dossier du président la République, cela a posé des questions. Il faut donc faire attention.

Ce sont de vraies questions. Sur l'arrêté au sujet du DMP, des informations nationales ont été portées dont je n'ai pas à faire état, mais cela va poser une vraie question : qu'est-ce qui peut réellement et durablement être porté par certains professionnels à qui on donne des capacités et qui n'ont pas les formations ni les compétences ? On peut donc se poser légitimement la question : est-ce que c'est aujourd'hui supportable dans la société actuelle ? Je ne suis pas sûr.

M. SZAMES.- On va prendre d'autres questions.

G. EUGÈNE.- Je suis trésorier du Loiret. Je voudrais poser une question de prospective dans ce débat sur la responsabilité. Quelle responsabilité verriez-vous à un praticien qui réfute une hypothèse forte suggérée par un logiciel d'aide à la décision ?

M. GALPÉRINE.- Il ne doit pas être reconnu comme responsable ou fautif *ipso facto*. Il a le droit de ne pas être d'accord avec le logiciel.

G. EUGÈNE.- Ce que j'ai oublié de préciser, c'est si l'évolution ultérieure montre que la décision proposée par le logiciel était la bonne.

M. GALPÉRINE.- Oui, mais là, vous raisonnez *a posteriori*, si je peux me permettre ; c'est au moment où le praticien va poser son indication ou son diagnostic qu'il faut se replacer, à mon avis. C'est à ce moment-là qu'il faut donc analyser sa responsabilité.

N. GOMBAULT.- D'une façon générale, si vous me permettez un commentaire, il devra se justifier, bien entendu, quant à la solution qu'il aura adoptée, mais il n'est nullement tenu de suivre ce que va lui indiquer le logiciel. C'est exactement la même chose pour les RCP en oncologie qu'on a évoquées ce matin : cela ne donne qu'un avis, le praticien est tout à fait libre de suivre cet avis ou de ne pas le suivre.

Évidemment, en cas de contestation ultérieure, s'il ne se suit pas l'avis de la RCP, il devra se justifier, mais il n'est absolument pas, *ipso facto*, considéré comme fautif du fait de ne pas avoir suivi l'avis de la RCP, et c'est la même chose dans le cas de figure que vous évoquez.

M. SZAMES.- Merci. Une autre demande également ?

J. CANARELLI.- C'est un véritable souci.

Tout à l'heure, on a abordé un sujet qui, à mon sens, est très important pour les médecins et pour les patients : la capacité de comprendre et de critiquer l'IA. Or, si on se dirige doucement vers cette solution, je pense qu'on se dirige vers une vision inhumaine du travail du médecin parce qu'aujourd'hui un médecin a déjà son métier à faire, on ne va pas lui demander d'être un ingénieur en IA pour comprendre et critiquer. Les limites sont quand même relativement ténues à ce niveau-là, on le voit bien au niveau de la quantité de données qu'on doit aujourd'hui ingurgiter.

Il y a quelques jours, à la Conférence des doyens, on évoquait qu'en 76 jours, le niveau de données dans la santé doublait. Clairement, aujourd'hui, un étudiant ou médecin en exercice ne peut plus avoir toute la connaissance et toute la compréhension.

Je vais vous faire un parallèle qui est peut-être un peu osé, avec ce qu'on a pu faire dans le véhicule autonome et ce qu'on fait, qu'on réglemente, qu'on stratifie, qu'on laisse évoluer à petits pas, et la jungle -ou le Far West, comme on veut- qu'il y a dans l'IA en médecine.

Aujourd'hui, on ne réglemente rien, on ouvre tout et on se contente de voir le résultat parce qu'on a des réglementations générales -je les connais, qu'elles soient européennes ou française-, mais sur le terrain, la pratique prime. Si on pense que la pratique va donner un bon résultat, on aura fait de l'expérimentation animale sur les patients, et cela, à mon sens, c'est intolérable.

Pour le véhicule autonome, on se pose beaucoup plus de cas de conscience et on a autour de nous une institution générale qui organise les différentes étapes. En tout cas, c'est ce qui m'apparaît aujourd'hui parce qu'en matière d'IA, il y a des spécialités dans lesquelles on l'utilise depuis la nuit des temps. Il n'y a jamais eu une quelconque question si ce n'est la capacité critique des médecins d'utiliser ou pas ce type de système.

Bien sûr, aujourd'hui, on légifère, on commence à avoir des réglementations européennes, mais on n'a pas du tout ces marches qu'on retrouve dans d'autres avancées, et cela, cela a tendance à m'inquiéter un peu et je ne suis pas tout à fait sûr que cela protège vraiment ni le médecin ni le patient.

M. SZAMES.- Maître WILLIATTE, vous voulez répondre ?

L. WILLIATTE.- Merci pour cet exemple que vous prenez du véhicule autonome. En France, on a la Tesla. Précisément, on sait que, dans d'autres territoires de cette terre, la Tesla a la possibilité de prendre le contrôle de la conduite et l'homme n'est que celui qui se laisse conduire.

Sur le territoire européen, on a refusé ce principe parce que l'homme doit toujours être le maître de son véhicule même si on sait que le véhicule a cette capacité, a le logiciel pour conduire de manière autonome. C'est un premier point. Et pourquoi ? Parce qu'on considère que le conducteur est toujours le responsable de l'outil qu'il utilise, en l'occurrence sa voiture.

C'est exactement le même principe pour les médecins. Il y a des logiciels qui ont un potentiel énorme, mais qu'on va limiter dans leur usage pour que le médecin reste toujours en capacité d'être en maîtrise. C'est le principe, le postulat français, européen, il faut le savoir. Des logiciels que vous utilisez ont des potentiels beaucoup plus importants, qu'on limite dans l'usage.

D'ailleurs, si vous lisez les conditions générales d'utilisation de ces logiciels. Il est indiqué : « *Si jamais vous n'utilisez pas l'outil comme on vous dit de l'utiliser, c'est de votre propre responsabilité* » l'éditeur se dégage ainsi de sa responsabilité.

Ensuite, on ne demande pas au médecin d'être ingénieur, ce n'est pas le but, mais quand on vous met une Tesla entre les mains, on vous apprend à la conduire parce que ce n'est pas la même façon de conduire. C'est exactement ce que l'on veut faire avec l'IA : on vous apprend simplement à maîtriser les fonctions principales pour que vous puissiez toujours, à un moment donné, reprendre le contrôle.

C'est exactement la même chose qu'on cherche à faire avec la réglementation, d'une part européenne et d'autre part, française. Ce n'est ni plus ni moins que cela. Je me permets simplement de vous répondre parce qu'il n'est pas question, d'un point de vue législatif et juridique, de faire du médecin un ingénieur, un technicien, un juriste, un éthicien et un soignant s'il le peut. Ce n'est pas cela. Mais pour que le médecin le soit, il faut qu'il soit formé à utiliser l'outil pour que ce ne soit pas l'outil qui prenne la maîtrise sur le médecin et que le médecin reste toujours le maître de l'outil.

M. SZAMES.- J'ai entendu le mot « terrain », c'est-à-dire que le retour de terrain est à prendre en compte parce qu'entre la législation et le retour de terrain, il y a certainement un gouffre.

G. EUGÈNE.- Excusez-moi, je parlais juste de la capacité à critiquer. Il faudrait un niveau de connaissance tel qu'on n'aura jamais la capacité de critiquer ce type d'outil. C'est cela, mon inquiétude, ce n'est pas le fait qu'on ne sache pas l'utiliser, c'est la critique.

M. GALPÉRINE.- Je partage votre analyse sur le scepticisme. Si on en revient à des fondamentaux tels que la notion d'innovation, au début, en latin, « innover » signifie « revenir à ». La première évolution du mot, au début, était juridique : insérer une clause dans un contrat. Puis elle est devenue politique avec Machiavel, bien sûr, puis ensuite économique, comme vous le savez.

Peut-être qu'on en est aux prémisses de l'IA ; pour l'instant, on est en train de se dire : on revient à. On ne nous a pas imposé des choses, mais il y a un pan de l'IA qui est merveilleux, c'est cette innovation. On a un corpus de droits qui permet justement au médecin d'innover. Il ne faut pas l'ignorer, l'IA peut permettre une innovation médicale. Et là, le médecin maîtrisera la chose.

M. SZAMES.- On va tomber d'accord !

J. ROSSANT-LUMBROSO.- Ce matin, nous avons évoqué la responsabilité entre les différents professionnels prenant en charge un patient et là, nous voyons qu'avec l'IA, avec le DMP, le patient va probablement jouer un rôle de plus en plus important.

Et comme on parle de former le médecin à comprendre l'IA, ce que j'entends bien, quand on utilise un robot, on ne sait pas comment il fonctionne, mais on apprend quand même à l'utiliser et là, cela va être pareil, la question que je me pose pour que l'utilisation de cette IA soit optimale, c'est de savoir dans quelle mesure il ne faudra pas également éduquer le patient puisque c'est le patient qui va devoir finalement accorder l'accord à telle ou telle donnée.

Lui saura tout ce qu'il y a dans son dossier, mais après, il va peut-être falloir le répartir entre les différents professionnels, il va falloir qu'il s'approprie cet outil. Finalement, c'est une question pour les associations de patients : est-ce que -mais j'imagine que oui- vous avez prévu d'apprendre aux patients ce qu'était l'IA, comment l'utiliser, quoi mettre dans son dossier, comment gérer son DMP et comment tout cela fonctionne de telle manière que le patient soit le plus éclairé possible ? Parce qu'un patient éclairé va permettre un médecin mieux éclairé et des soins *in fine* qui seront plus appropriés.

M. SZAMES.- Merci. Arthur DAUPHIN ?

A. DAUPHIN.- C'est effectivement un enjeu extrêmement fort, important et systémique, c'est-à-dire que cet enjeu d'appropriation des enjeux du numérique et de l'IA ne se cantonne pas effectivement au médecin ou au professionnel de santé, il doit être partagé par notre société tout entière : citoyens, patients, décideurs, tous. De la même manière qu'aujourd'hui, on continue à se battre sur les questions d'antibiorésistance et que la pédagogie n'a pas de limite en santé, demain, tous les professionnels de santé devront trouver les mots justes pour expliquer l'apport de cette solution d'IA et ses potentielles limites, qu'il puisse faire confiance, comme aujourd'hui, un médecin prescrit un médicament et le médecin n'est jamais derrière le patient pour vérifier qu'il avale bien son comprimé matin, midi et soir, que ce soit un antibiotique ou même une chimiothérapie.

C'est un défi de société dont on prend conscience du côté des associations de patients. C'est un travail titanesque. On travaille avec différentes agences publiques et les acteurs publics de manière générale pour essayer, autour de *Mon Espace Santé*, de leur expliquer.

Aujourd'hui, on dit : « *Vous pouvez remplir votre profil médical de Mon Espace Santé* », mais vous mettez un patient devant toutes ces cases à remplir, qu'est-ce qu'il met ? Est-ce qu'il utilise son vocabulaire ? Celui des médecins ? Est-ce qu'il est exhaustif ? Il en écrit trois pages ou deux lignes ? Aujourd'hui, on ne sait pas encore répondre à ces questions.

C'est un vrai enjeu, qu'il soit pédagogique ou collégial parce qu'on ne peut pas tout à fait voir le côté patient sans parler du côté des professionnels de santé et des médecins. Il faut que ce soit bien complémentaire, donc cela doit s'insérer de la bonne manière dans le dialogue et il y a des enjeux citoyens et vraiment sociétaux à intégrer tout cela.

Les professionnels de santé doivent être des vecteurs d'une partie de cette sensibilisation, de cette explication, et je vais le redire : c'est un grand défi parce qu'aujourd'hui le temps médical n'est pas infini. La compétence, connaissance des médecins de tous ces enjeux est encore parcellaire, mine de rien, notamment dans la pratique.

Ce sont des défis pour les années à venir. C'est extrêmement important que, collectivement, on en prenne conscience, et on vous l'avait dit, la formation des professionnels de santé va intégrer à partir de la rentrée prochaine de nombreux éléments sur le numérique en santé, notamment sur l'IA, sur beaucoup de choses. C'est un prérequis nécessaire, ce n'est pas suffisant et il faut que cela infuse dans toutes les couches de la société.

M. SZAMES.- Effectivement, encore une fois, la concertation, c'est ce qui a été dit par Stéphane OUSTRIC.

On va prendre une dernière question dans la salle avant un petit mot de conclusion.

P. PARIS.- Je voulais vous faire un retour du terrain. Je suis vice-président des Bouches-du-Rhône, chirurgien orthopédiste. Je suis représentant du Conseil national à mon CNP de chirurgie orthopédique.

Pas plus tard qu'hier matin, on a eu une formation Orthorisq pour notre accréditation concernant les rapports des chirurgiens orthopédistes avec la radiologie actuelle. Il y avait, comme à toutes les matinées Orthorisq, 3 à 4 000 chirurgiens orthopédistes qui venaient écouter la bonne parole, puis certains se sont mis à siffler parce qu'on a évoqué les difficultés pour obtenir des clichés radio.

Pour faire simple, avant, un patient venait avec son enveloppe, ses clichés et son compte rendu, on ouvrait l'enveloppe, on affichait les radios, on lisait le compte rendu éventuellement, cela prenait trois minutes, c'était terminé. Là, il faut entrer des codes, aller sur l'ordinateur ; est-ce que le cdrom est accessible ? Là, j'ai fait une FEI pour mon établissement parce qu'ils ont changé quelque chose et je n'arrive plus à ouvrir le tiroir. Tout est devenu plus compliqué, donc la salle s'est mise à siffler.

Les orthopédistes qui sont là roulent peut-être en Tesla, ont peut-être une montre connectée, un ordinateur tout neuf, donc ce ne sont pas des anti-geeks, ils ont juste une difficulté de travail sur le terrain.

On est en train de traverser le gué ; on est passé d'une rive où le travail était simple, comme quand on fait un arrêt de travail qui n'est pas dématérialisé, cela prend deux secondes, quand on doit le faire dématérialisé, cela prend beaucoup plus de temps. On est en train de traverser le gué, mais pour l'instant, on est au milieu du gué.

Ce que je voulais faire remonter, c'est cela, l'expérience des chirurgiens orthopédiques concernant la radiologie ; on passe d'une situation simple à une situation qui sera simple. Le problème est qu'on est au milieu du gué, donc deux constatations.

Si on parle de responsabilité médicale, c'est toujours le chirurgien orthopédiste qui, s'il n'a pas les images à la consultation, doit aussi les avoir au bloc. S'il ne les a pas au bloc, ce sera sa responsabilité à lui d'avoir opéré quelqu'un sans avoir les images, cela ne fait pas de doute.

D'autre part, il faut bien savoir, pour les associations de patients, que la victime *in fine*, c'est le patient. On ne se pose pas la question, on fait des économies d'échelle, on essaie de décarboner je ne sais pas quoi parce que les serveurs produisent beaucoup de CO². On veut simplifier les choses, on veut que la qualité des soins et la sécurité des soins soient optimales ; pour l'instant, on est au milieu du gué, les médecins sur le terrain sont les victimes, mais les

patients sont aussi victimes parce que je pense que, dans cet état-là, tant qu'on n'est pas passé sur l'autre rive, la qualité des soins est diminuée. L'idée était : pourquoi ne pas transformer notre culture du numérique tout en continuant à avoir des pochettes avec des radios, qu'il y ait au moins une période de transition qui ne diminue pas la qualité des soins ?

M. SZAMES.- Permettez-moi de vous poser une question à mon tour parce que vous faites un retour de terrain. Vous dites que vous êtes au milieu du gué ; de quoi auriez-vous besoin aujourd'hui pour essayer de vous aider ?

P. PARIS.- Ce qui doit le plus manquer à l'assemblée des 3 à 4 000 chirurgiens hier, c'est la considération, c'est-à-dire que des décisions sont prises par les plus hautes instances et par les industriels du numérique, de l'intelligence artificielle, et puis nous, nous sommes les petits effecteurs de terrain et nous faisons avec ce qu'on nous donne, ce qu'on ne nous donne plus, le temps qu'on peut consacrer à nos patients, qu'on soit hospitalier ou dans le privé.

J'ai discuté avec un hospitalier hier, il a 45 patients à la consultation. Dans le privé, on peut en avoir peut-être un peu moins, on peut y consacrer un peu plus de temps, mais pas de façon éternelle. On parlait d'une IRM à rentrer sur un truc ; quand vous rentrez un scanner sur le cdrom, il y a 700 images, c'est une seconde par image. On a résumé le truc. On ne peut pas regarder, donc soit vous rentrez le soir avec le scanner et vous passez une heure de temps à refaire les trucs.

Je ne veux pas critiquer l'outil, moi aussi, je suis un peu *geek*. Quand on fait des reconstructions dans tous les sens, voir sa technique opératoire, c'est primordial, mais il faut qu'on ait un outil simple pour opérer comme avant, en tout cas sans perte de chance. On est en train de traverser le gué, mais il y a une perte de chance évidente. Et puis on met en danger les praticiens parce qu'on prend moins de temps. On va prendre du temps pour un patient, mais on ne va pas en passer pour tous.

M. SZAMES.- Considération, adaptation ?

P. PARIS.- Au bloc, le patient n'a pas sa pochette ; lorsqu'il l'oublie, on peut annuler un patient, mais de toute façon, il ne l'a pas, donc va nous dire : « Vous l'aviez sur l'ordinateur ». On est obligé d'imprimer sur des feuilles A4 quelques images pour les avoir au bloc, mais c'est un truc de dingue ! Et c'est 4 000 chirurgiens orthopédistes de France.

M. GALPÉRINE.- Cela ne se passe pas partout pareil ?

P. PARIS.- Cela se passe partout pareil, Madame, excusez-moi ! Vous êtes avocate, je suis médecin...

M. GALPÉRINE.- Non, je vous demande si cela se passe partout pareil.

P. PARIS.- Là, il y avait toute la France.

M. GALPÉRINE.- Est-ce que cela se passe partout pareil ?

P. PARIS.- Cela se passe partout pareil en France. Là, tout le monde sifflait. Il y a un ras-le-bol.

M. SZAMES.- Vous pourrez peut-être interroger la salle si d'autres personnes veulent répondre pour avoir un témoignage. En tout cas, Monsieur PARIS, merci beaucoup pour votre prise de parole. Éventuellement, est-ce que quelqu'un voudrait apporter un éclairage sur ce qui vient d'être dit ?

A. DAUPHIN.- Je vais apporter, non pas des éléments de réponse, mais des éléments de réflexion sur cette question.

On a beaucoup entendu parler -c'est un élément de langage- ce fameux : « *On traverse le gué et on est pour l'instant au milieu du gué* ». En réalité, on n'aura jamais fini de traverser ce gué, pour des raisons très simples : la transition numérique de notre société est une quatrième révolution industrielle de masse, et à la vitesse à laquelle va l'innovation digitale, qui est vraiment exponentielle, on sera toujours à courir derrière certaines innovations.

Demain, peut-être qu'on aura des imageries holographiques, en 3D, avec de nouvelles technologies constamment. Il faut s'attendre à ce que notre système de santé, pour être vraiment efficace et répondre aux besoins d'aujourd'hui, qui sont de soigner les patients, parce qu'on veut être soigné, et avec un système de santé efficace, ait la soutenabilité de l'absorption de toutes ces innovations, c'est évident.

Mais il ne faudrait pas penser que, dans quinze ans, parce qu'on aurait les anciennes générations de médecins, de professionnels de santé, de patients qui ne seraient plus là, on n'aurait que

des gens qui sont nés avec l'internet ou de choses comme cela, on n'aurait plus de problèmes.

C'est faux parce que l'innovation va sans cesse nous tirer. Il ne faut pas qu'on coure après derrière. C'est pour cela que le sujet de l'IA est extrêmement important : on ne sait pas ce que demain, dans deux ans, cinq ans, 20 ans, l'IA fera pour nous, pour les patients, pour les médecins, pour le système de santé.

Il faut au maximum prendre conscience de ces enjeux, essayer de préparer l'arrivée de tout cela. On ne pourra jamais anticiper tout ce qui se passera dans le futur et dans le sujet numérique, mais c'est effectivement un sujet. On veut soigner tout de suite et on est vraiment en tension entre ces deux aspects.

M. SZAMES.- Nicolas GOMBAULT, un mot juste pour finir sur ce débat, et puis Stéphane OUSTRIC conclura.

N. GOMBAULT.- Ce sont évidemment des équilibres à trouver et les chirurgiens ont besoin de temps, c'est évident, mais d'une façon générale, la société a besoin de temps pour digérer toutes ces innovations et toutes les conséquences qui s'ensuivent. Cela ne se fera pas en un claquement de doigts. J'ai évidemment confiance dans l'avenir et notre faculté à trouver les bonnes règles pour qu'au final, la responsabilité soit moins prégnante avec comme corollaire une meilleure qualité des soins.

M. SZAMES.- Le mot de conclusion revient à notre modérateur, Stéphane OUSTRIC.

S. OUSTRIC.- Merci. On a entendu d'excellentes choses. L'ensemble des quatre experts ici ont apporté des éléments importants qui vont permettre, je pense, de construire quelque chose de durable. Ce sera du respect de chacun de comprendre qu'on ne peut pas mettre de la contrainte tant sur le patient que sur le professionnel, que l'outil va produire certainement énormément de choses positives, de permettre aux uns et aux autres, en coconstruction, de l'appréhender.

À chaque fois, on dit qu'il y a une avancée, mais plus on avance, plus on recule. Il y aura des effets néfastes et collatéraux tant pour les patients que pour les professionnels qu'aujourd'hui, nous ne maîtrisons pas du tout.

À l'arrivée, il faut rester assez serein sur ce qui va se passer, mais ne pas être naïf non plus et penser qu'on peut encore maîtriser. On ne maîtrise pas, mais en tout cas, on pourra encadrer. Tous les citoyens sont des patients, nous les premiers. Il faudra qu'on puisse encadrer cela, mais c'est sûr que la relation réciproque de respect entre un patient et son médecin dans un parcours pour sa pathologie doit être totalement maîtrisée et garantie aujourd'hui.

Cet échange doit se faire avec tout le monde et permettre que cela se fasse en bonne intelligence, et l'intelligence artificielle ou ce qu'il y aura au-delà, parce qu'on est déjà au-delà.

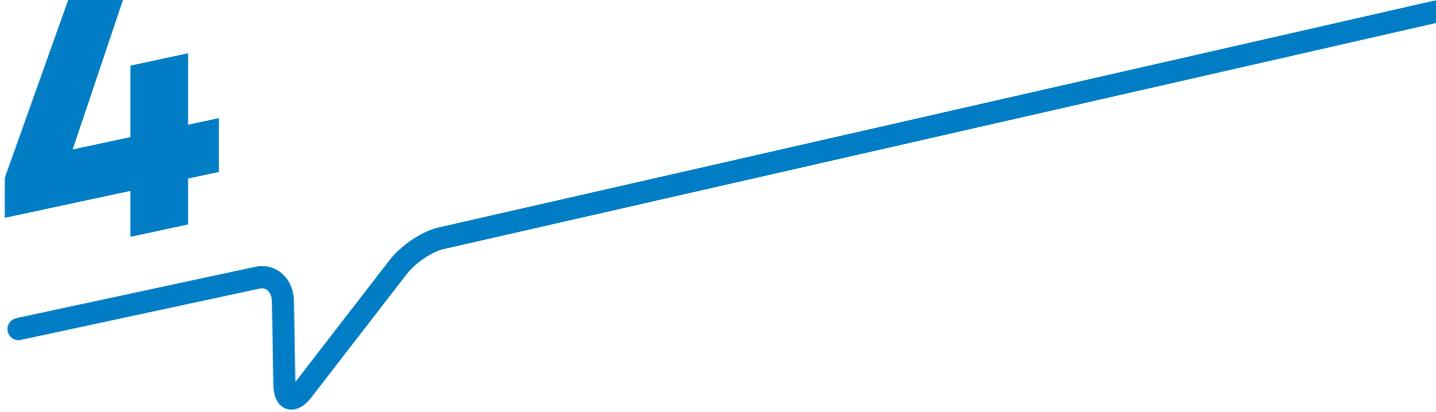
M. SZAMES.- N'allons pas trop vite !

S. OUSTRIC.- C'est déjà acté. Pour autant, il faut réellement qu'on ait des professionnels qui soient vraiment, comme dit Nicolas -je retiens cette idée- sereins, respectés parce qu'ils ont des droits et des devoirs, et des devoirs majeurs, et on sait le leur rappeler souvent, parce que, pour eux, la garantie, c'est la garantie qu'ils vont annoncer et qu'ils vont afficher vis-à-vis de leurs patients.

Et l'outil ne doit rester qu'un outil. Il doit apporter des éléments, mais cela ne reste qu'un outil.

M. SZAMES.- Merci beaucoup. Merci Mesdames, merci à tous les cinq d'avoir participé à ce débat.

4



**LA RESPONSABILITÉ
CIVILE PROFESSION-
NELLE (RCP)
ET LE CHOIX DE LA
SPÉCIALITÉ
ET DU MODE
D'EXERCICE DES
FUTURS MÉDECINS**

TABLE RONDE N°04 .

LA RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE (RCP) ET LE CHOIX DE LA SPÉCIALITÉ ET DU MODE D'EXERCICE DES FUTURS MÉDECINS

M. SZAMES.- Nous avons de jeunes médecins avec nous aujourd'hui.

Nos invités :

> **Philippe DOMBLIDES**, Président du Conseil régional de l'Ordre des médecins Nouvelle Aquitaine, pneumologue.

> **Nicolas GOMBAULT**, Directeur de la MACSF, qui est resté avec nous.

> **Sébastien LELOUP**, Directeur de l'ONIAM, Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux.

> **Jérémy DARENNE**, Président de l'ANEMF, l'Association Nationale des Étudiants en Médecine de France.

> **Raphaël DACHICOURT**, Président de REAGJIR, Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants.

> **Jean CANARELLI**, Conseiller national, qui sera notre modérateur.

> **Christine LOUIS-VAHDAT**, Conseillère nationale.

Jean CANARELLI, il vous revient de prendre le micro et de nous donner les orientations de ce débat.

J. CANARELLI.- Je vous remercie. Je remercie les participants, les plus jeunes comme les plus anciens.

Pour clôturer, avant les conclusions de notre fin de journée, on a un sujet important, « responsabilité civile professionnelle et choix de spécialité », en amont de tout ce qu'on vient de voir.

De jeunes médecins ou jeunes en passe de devenir médecins vont se poser la question de leur spécialité, de leur orientation, salariée, hospitalière, privée, publique, libérale. Ce sont des questions que nous nous sommes tous posées, mais qui ont aujourd'hui certainement

une résonance différente quand on parle de responsabilité civile professionnelle et tout ce qui va autour.

Au terme de cette heure et demie de discussion, y aura-t-il une véritable orientation ? Nos jeunes confrères vont nous le dire. Qu'en est-il de la réalité des sinistres ? Les assureurs de l'ONIAM se feront un plaisir de nous en parler. Quelle sera la réalité des primes qu'on a aujourd'hui à supporter ? Un médecin libéral ou un établissement de santé supporte la charge des assurances, même si, pour autant, la couverture assurantielle est primordiale dans notre exercice. C'est qui nous sécurise.

On a donc un certain nombre de questions à se poser, le même type de questions qu'on peut se poser sur la judiciarisation de notre profession. L'ensemble est assez impalpable ; des questions vont se poser sur la réalité et sur le ressenti parce qu'il faut voir que ce sont des éléments qui, pour nous, sont tous imparfaits. On n'a pas la connaissance des statistiques, la connaissance de la réalité du terrain, et pour nos jeunes confrères, il en est certainement de même, voire encore pire pour eux parce qu'ils sont en cours de formation et n'ont certainement pas tous ces éléments.

Il y a une vérité à trouver entre les deux, des orientations vont être prises -ou pas- pour leur carrière professionnelle, qui ne seront peut-être pas liées à cette notion-là. En tout cas, la rémunération joue, c'est sûr. Est-ce que, dans la réflexion, on va aller jusqu'au bout de la rémunération du brut passé au net en se disant : « *Je choisis une spécialité parce que je vais bien gagner ma vie, mais je ne la choisis pas parce que je gagne bien ma vie, mais je vais payer tellement de primes que tous comptes faits, cela m'intéresse moins* ». Ce sont des discussions à avoir.

Ensuite, il y aura un véritable sujet qui nous concerne tous : que se passe-t-il quand il survient un incident en cours de carrière, ce qui arrive fréquemment ? Je siège à la CCI de Corse depuis très longtemps, donc j'ai vu passer beaucoup de monde. Je suis au Conseil

de l'Ordre où on a effectivement beaucoup de différends qu'on règle en conciliation, et on voit bien que, chez certains, cela entraîne une notion très complexe de culpabilité, très souvent un traumatisme, avec un sentiment qui, parfois, est d'injustice.

Tout à l'heure, nous discutons avec les avocats ; très souvent, les patients viennent au Conseil de l'Ordre en disant : « *De toute façon, avec mon avocat, on a vu, on veut mettre tout le monde en cause* ». Et là, vous vous retrouvez avec des médecins qui étaient très peu rattachés à la cause et qui se retrouvent embarqués pour deux ans de débats, et ils n'en sortent pas toujours si bien que cela.

Ils envisagent de temps en temps des réorientations professionnelles, ou en tout cas, de partir sur une autre voie que la leur, qui était du diagnostic, de la thérapeutique. Quelques cas, dans nos Conseils, ont changé en cours de carrière, peut-être par usure, peut-être par dépression, peut-être par sentiment d'impuissance devant quelque chose qu'ils ne maîtrisent pas et ne comprennent pas.

C'est donc beaucoup d'interrogations, peu de réponses, mais je pense que les participants à la table ronde en apporteront beaucoup plus que moi.

M. SZAMES.- Merci beaucoup, c'est très clair et on va commencer tout de suite, évidemment, par quelques questions.

Nicolas GOMBAULT, tout ce qui vient d'être dit doit certainement aussi avoir un écho à la MACSF, peut-être sur le côté des assurances, des risques en tout cas pour les jeunes ?

N. GOMBAULT.- Est-ce que le risque influe sur le choix de la spécialité ? Je ne me permettrai pas de répondre, mais je peux peut-être faire un état de la situation aujourd'hui très rapide parce que j'enfonce des portes ouvertes.

Je suis sûr que vous connaissez tous ces notions, mais le risque médico-légal est complètement hétérogène parce qu'il dépend finalement de deux facteurs : un facteur endogène et un facteur exogène.

Il dépend d'abord de la spécialité. Le risque de mise en cause, de responsabilité, varie d'une spécialité à l'autre de façon considérable. Les praticiens qui sont les plus mis en cause sont indéniablement les chirurgiens, et parmi les chirurgiens, ceux qui sont les plus mis en cause sont les neurochirurgiens, les chirurgiens orthopédiques -je parle de la fréquence des

mis en cause- et les chirurgiens viscéraux.

Certaines années -c'était le cas l'an dernier-, nous avons, dans notre portefeuille, à la MACSF et au Sou Médical, constaté une fréquence de déclaration de sinistres en neurochirurgie qui avoisinait les 100 %, c'est-à-dire que quand nous assurions dans l'année 100 neurochirurgiens libéraux, nous enregistrons 100 plaintes.

C'est vous dire que l'exercice est à très haut risque statistiquement. Cela ne veut pas dire que chacun avait une plainte à son actif parce que, malheureusement, certains en avait plusieurs dans l'année et d'autres n'en avaient pas, mais statistiquement, une fréquence qui confine à 100 %, c'est malheureusement dramatique.

Cela veut dire que, si on projette sur une carrière entière, on obtient des mises en cause en hauteur de 17 ou 20 fois dans un exercice ; on devient un véritable professionnel du droit médical quand on est assujéti à une telle fréquence de déclarations.

M. SZAMES.- Qu'est-ce qui explique cela, selon vous ?

N. GOMBAULT.- La nature des actes pratiqués, la nature des interventions parce que ce sont des interventions qui sont elles-mêmes à haut risque, même entre les mains les plus compétentes et les plus avisées.

Il y a les neurochirurgiens, les chirurgiens viscéraux, notamment ceux qui font de la bariatrique, sont sujets eux aussi à une fréquence de déclarations extrêmement élevée, et les orthopédistes aussi.

Au contraire, au bas de l'échelle, les médecins généralistes et les psychiatres, eux, sont soumis à une fréquence d'1 %. Un médecin généraliste sur 100 sera mis en cause dans l'année, ce qui veut dire qu'avec cette fréquence, si on la projette sur une carrière entière, un médecin généraliste sera en moyenne mis en cause une seule fois au cours de sa carrière. Vous voyez que, comparé aux risques d'un chirurgien, c'est sans commune mesure.

Le deuxième facteur qui joue, c'est le statut. Je parlais pour les libéraux parce que **les libéraux sont personnellement responsables de leurs actes** alors que, pour un praticien salarié, qu'il exerce sur un statut de salarié privé ou à l'hôpital public, **comme praticien hospitalier**, quel que soit son statut, cela a été rappelé ce matin, **les règles juridiques sont complètement différentes puisqu'à ce moment-là, on va rechercher la responsabilité de l'employeur.**

Si c'est une clinique privée qui emploie le médecin, ce sera la clinique qui verra sa responsabilité recherchée et éventuellement retenue, si c'est un praticien à l'hôpital public, ce sera le tribunal administratif qui jugera et ce sera la responsabilité de l'hôpital qui sera recherchée et non pas celle du praticien, sauf des cas extrêmement rares que sont la faute détachable de la fonction et la possibilité aussi de mettre en cause la responsabilité pénale, mais dans l'un et l'autre des deux cas, c'est assez exceptionnel.

Donc une très grande hétérogénéité au risque, qui se traduit évidemment, sur un plan assurantiel, par une échelle de primes qui varie du tout au tout parce qu'évidemment, les cotisations sont fonction du risque.

Il n'y a pas de statistiques officielles, mais j'espère que vous me croirez sur parole parce que j'essaie de colliger toutes les informations depuis maintenant de nombreuses années, et au niveau de la MACSF, je publie nos statistiques chaque année. France entière, le nombre de réclamations qui sont adressées aux hôpitaux publics, aux praticiens libéraux, aux cliniques, quelle que soit l'instance saisie, c'est-à-dire les dossiers que nous gérons à l'amiable, car on a parlé de judiciarisation, de CCI, mais il faut savoir que les dossiers que nous gérons à l'amiable, nous, assureurs, sont les plus fréquents, les plus nombreux.

Viennent ensuite les dossiers qui sont portés devant les CCI et, en troisième lieu, les dossiers qui sont portés devant les juridictions.

Si on additionne l'ensemble des mises en cause, quelle que soit encore une fois l'instance devant laquelle elles sont portées, entre le public et le privé, selon les années, on arrive à 15 000 à 18 000 cas.

Cela reste tout de même extrêmement faible par rapport au nombre d'actes pratiqués en France et il faut s'en réjouir. On parle beaucoup de la responsabilité médicale, mais il faut savoir que, statistiquement, le nombre de réclamations est faible. Reste que, nous le savons tous, certains accidents interviennent sans que les patients ne se manifestent et qu'ils agissent. Il y a beaucoup plus d'accidents médicaux que de réclamations, quelle que soit leur origine, encore une fois, mais le risque est extrêmement hétérogène.

M. SZAMES.- Oui, il y a peut-être de quoi rassurer les médecins.

Christine LOUIS-VAHDAT, vous êtes Conseillère nationale de l'Ordre des médecins.
Une réaction ?

C. LOUIS-VAHDAT.- Oui. Je suis gynéco-obstétricienne et c'est sûr que notre spécialité, qui a la particularité d'être médico-chirurgicale, on a des primes d'assurance extrêmement variables et élevées en fonction du type d'activité. Si on ne fait que de la gynéco médicale, on va être aux alentours de 2 000 € et si on est aux alentours -vous me le confirmerez, j'imagine- de la gynéco-obstétrique avec une activité obstétricale et chirurgicale, les primes peuvent aller jusqu'à 40 000 € par an.

Je ne pense pas que ce soit un frein au choix de la spécialité. J'ai fait un petit tour en préparation de ces débats, des jeunes qui ont fait le choix de la spécialité, ou des internes, ou des jeunes futurs médecins qui vont passer l'internat de spécialité, je ne pense pas que ce soit un frein.

La réflexion sur le choix de la spécialité vient essentiellement, pour ceux qui sont bien classés et qui ont ce choix, de la difficulté de la spécialité en cause. Dans une spécialité comme la mienne, la difficulté vient du nombre de gardes très important et de la particulière complexité récente de la mise en cause des médecins de par les particularités des examens pelviens.

C'est plutôt sur ces problématiques-là. Les obstétriciens que j'ai rencontrés et à qui j'ai parlé, toujours en préparation de ces débats, qui avaient des primes aux alentours de 40 000 € par an, trouvaient que c'était normal, qu'ils étaient satisfaits d'être bien assurés, qu'ils étaient bien défendus par leur RCP et que cela couvrait ce risque, qui est totalement imprécisable et très difficile à cerner en obstétrique.

Si je réponds pour ma spécialité, ce n'est pas le frein au choix.

M. SZAMES.- C'est important parce que cela va éclairer notre débat.

Sur ce contexte-là, c'est-à-dire la RCP et le fait qu'il y ait entre 15 000 et 18 000 réclamations, on peut considérer que c'est un chiffre moyen. À l'ONIAM, vous avez également une considération par rapport à la RCP ?

S. LELOUP.- En vous écoutant, je pensais à la Lettre d'un jeune poète de Rainer-Maria Rilke... Je pense qu'il faut choisir la spécialité qu'on aime parce que, quand on fait ce qu'on aime, on est compétent et on est bon. Cela a été parfaitement décrit, la sinistralité est beaucoup plus élevée dans certaines spécialités et ce n'est pas simple à gérer.

Mais le médecin n'est pas tout seul pour faire face, cela a été bien décrit par la MACSF, il y a tout un dispositif qui s'est considérablement renforcé au cours des dernières années. Un certain nombre de médecins font de la médiation, des dispositifs nationaux se sont mis en place, les représentants des usagers mouillent aussi la chemise dans des commissions d'amélioration de la qualité de la prise en charge et des choses qui n'existaient pas il y a quelques années se sont renforcées, fonctionnent et cela permet de déminer un certain de situations.

Et puis il y a les commissions de conciliation et d'indemnisation, que vous connaissez bien, et l'ONIAM, qui fonctionne comme un paratonnerre de ce système de santé et qui permet d'amortir des chocs parce que des accidents médicaux, il y en aura toujours, ce sont des activités à risque ; il y a des volumes de soins absolument considérables, des innovations dans les modalités de prise en charge. Aujourd'hui, on fait des choses en hospitalisation à domicile qu'on n'imaginait pas faire il y a quelques années.

Il y a donc en permanence de nouveaux risques qui s'ouvrent et les médecins, jeunes ou moins jeunes, sont confrontés à ces évolutions.

C'est là où cette grande loi de 2002 nous a permis de prendre de l'avance puisqu'il y a eu ce pari incroyable de dire : « *On prend les accidents médicaux les plus graves, on fixe un seuil de gravité, et on va être en capacité de trouver une solution amiable* ». Ce n'était pas gagné dès le départ.

L'année dernière, il y a eu 225 séances des commissions de conciliation et d'indemnisation dans tous les territoires de France et d'Outre-mer ; 225 séances dans le contexte post-Covid dans la France d'aujourd'hui. On les a tenues avec des personnes bénévoles. Il faut y croire ! Si cela ne fonctionnait pas, on ne le ferait pas.

La bonne boussole, c'est : « Jeunes médecins, choisissez votre spécialité ». Vous avez parlé de l'importance de la protection du métier de médecin dans le système actuel ; il existe beaucoup de choses.

Un mot quand même sur les compétences de l'ONIAM et des CCI. Si vous choisissez la chirurgie

esthétique, on ne pourra rien faire pour vous au niveau des CCI et de l'ONIAM, on n'est pas compétent, donc optez plutôt pour la chirurgie reconstructrice -c'est absolument essentiel- et là, pour le coup, l'ONIAM pourra agir et intervenir à vos côtés.

Je suis très sensible à ce que vous avez dit sur l'importance d'accompagner les carrières des jeunes médecins. J'ai été directeur des ressources humaines à l'hôpital Necker Enfants Malades, j'ai vu beaucoup de jeunes médecins, internes, chefs de clinique, abandonner une spécialité qu'ils rêvaient d'exercer depuis qu'ils étaient tout petits suite à un accident médical mal géré. On aura l'occasion d'y revenir dans la table ronde, mais c'est absolument fondamental. Là aussi, l'expérience acquise à l'occasion des accidents médicaux peut servir.

M. SZAMES.- Merci. Cela tombe bien parce qu'en vous interrogeant, on va aussi apprendre à connaître le sentiment de cette jeunesse aujourd'hui, des futurs médecins. Vous parliez il y a quelques instants, Monsieur LELOUP, du fait que la RCP a une influence -pourquoi pas- sur votre choix de futur médecin ; Jérémy DARENNE, la RCP, les risques, les chiffres qui viennent d'être dits ont-ils une influence sur les choix des futurs médecins ?

J. DARENNE.- Quand on demande aux étudiants le choix de leur spécialité, la première chose qui revient, c'est le temps qu'ils auront à consacrer à leurs patients. Ensuite, il va y avoir la jonction avec leur vie professionnelle, notamment la capacité à réguler leur temps de travail, la capacité à réduire le nombre d'astreintes ou de gardes qu'ils vont devoir effectuer dans leur carrière. Ensuite, il y a tout ce qui concerne les activités de recherche, puis les aspects de rémunération.

On pourra revenir sur la rémunération puisque cela va jouer, notamment la question des RCP, mais globalement, si on traduit la question de l'impact du poids des RCP dans le choix des spécialités, on demande aux étudiants quel risque acceptable d'erreurs et de poursuites pourrait ne pas les dissuader de choisir la spécialité qu'ils auraient aimée.

Malgré le constat qui est fait, par exemple, que la chirurgie est l'une des spécialités dans laquelle on retrouve énormément de poursuites -je pense notamment à la gynécologie obstétrique-, où, avec la notion de consentement, on retrouve une responsabilité des médecins qui est extrêmement forte, pourtant, c'est une spécialité qui reste extrêmement choisie alors que d'autres qui sont moins un risque, pourtant, sont moins

attractives.

L'aspect rémunération, qui est aussi une part importante puisque les poursuites ont un coût, n'a pas réellement d'impact puisque, de toute façon, les spécialités qui sont les plus susceptibles d'attribuer des coûts pour des poursuites éventuelles sont non seulement les plus lucratives, mais aussi celles qui bénéficient le plus d'avantages de sorte qu'elles restent attractives pour les étudiants, notamment le statut, l'importance, l'attractivité de la spécialité, c'est-à-dire l'effet de manque qu'il va y avoir, puisque plus une spécialité est prisée, plus les futurs internes vont vouloir s'y diriger.

Malgré le risque d'erreur, le risque de poursuite et les dégâts que cela peut avoir sur le cursus d'un interne, cela ne change pas réellement la donne dans le choix des spécialités.

M. SZAMES.- Mais quand on est à l'université, est-ce qu'on a conscience de la RCP ? Est-ce qu'on l'applique ? Est-ce qu'on a un savoir, une formation à ce sujet ?

J. DARENNE.- Est-ce qu'on en a conscience ? Pas réellement. La RCP n'est pas obligatoire pendant les trois premiers cycles. En revanche, de plus en plus, les étudiants commencent à en prendre conscience.

Tout bêtement, les étudiants sont généralement, dans le cadre de leur cursus pédagogique, amenés à collaborer ensemble avec des systèmes de cours partagés et autres, et passent forcément, pour ce type de dispositif, par leurs associations. Ces associations, par exemple, sont en partenariat avec des assurances qui, justement, contribuent à sensibiliser au RCP.

Même si c'est assez méconnu, la plupart des étudiants, dès leur premier cycle, ont déjà quand même souscrit une assurance, mais après, c'est assez méconnu. On en prend de plus en plus conscience quand on avance dans les études, c'est-à-dire que, pendant les premiers stages de premier cycle, on n'a pas réellement de responsabilités, on est beaucoup plus encadré.

Dès qu'ils commencent à devenir plus autonomes, qu'ils commencent à être indépendants et endossent des responsabilités, les étudiants se posent beaucoup plus la question du risque, de ce qu'ils pourraient encourir en cas d'erreur.

Ensuite vient l'internat où les étudiants sont de futurs médecins. Pour la fin de leur internat,

généralement, certains ont déjà passé leur thèse, donc sont docteurs juniors et à ce moment-là, ils se rendent compte de l'importance que cela a.

M. SZAMES.- Raphaël DACHICOURT, c'est un peu la même question, mais c'est le prolongement parce que ce sont les généralistes qui sont engagés, donc ils sont déjà presque actifs. Cette thématique de la RCP influence-t-elle leur choix ou pas ?

R. DACHICOURT.- Ils ne sont pas presque actifs, ils sont actifs. On représente les jeunes médecins généralistes, donc en post-internat. Au final, ce qui ressort, c'est une certaine méconnaissance de la RCP même à la fin de l'internat. C'est souvent intégré comme une démarche assez systématique, au même titre que des démarches pour obtenir une licence de remplacement, pour souscrire une prévoyance, mais sans véritable compréhension de ce que cela implique d'avoir une RCP et pourquoi c'est important.

Peut-être y a-t-il un biais du fait que la médecine générale est assez peu impactée. J'entends les chiffres. Moi, j'avais les chiffres du taux de sinistralité, qui était de 0,87 % pour une moyenne toutes spécialités à 1,17 %. Le taux de la médecine générale est donc quand même en-dessous du taux de sinistralité moyen.

Il a été dit tout à l'heure que, justement, il y avait une différence entre ce statut libéral et le statut salarié, à savoir que le salarié a la couverture assurantielle de l'employeur. On pourrait penser que ce facteur va être décisif dans le choix du mode d'exercice, mais finalement, pas tellement parce que ce qui va passer en priorité sur le libéral, c'est la complexité, la rémunération.

Finalement, on va décider d'aller vers du libéral parce qu'on va prioriser une certaine forme de rémunération, de liberté, quitte à avoir plus de démarches administratives, en comparaison d'un statut salarié où il y a moins de démarches administratives -il y a juste un contrat- et où on a un certain fonctionnement d'équipe au sein d'un établissement. Il n'y a pas forcément d'impact de la RCP.

En revanche, à partir du moment où on commence à s'installer, on commence à se poser certaines questions, notamment sur la responsabilité vis-à-vis de la patientèle. La médecine générale est quand même une spécialité particulièrement polyvalente avec des évolutions comme on l'a vu tout au long de la journée : il y a tout ce

qui est pratique de la télé-médecine, mais aussi l'arrivée de l'échographie en médecine générale, l'utilisation de spiromètres, d'ECG, des pratiques de gynécologie, etc.

M. SZAMES.- Là, il y a une incidence ?

R. DACHICOURT.- Là, justement, il va y avoir une incidence, les médecins généralistes vont se poser la question : qu'est-ce que cela implique de pratiquer ce type de gestes, d'utiliser ce type d'outils en termes d'obligation de moyens ? Et après, en termes de pratique, plus largement, c'est la responsabilité vis-à-vis de la patientèle, mais cela, je pense qu'on peut en reparler.

M. SZAMES.- Oui. Philippe DOMBLIDES, au CROM (Conseil Régional de l'Ordre des médecins en Nouvelle Aquitaine), vous êtes le seul implanté dans une université, donc vous êtes au contact des plus jeunes qui veulent devenir médecin ; est-ce qu'il y a une façon de les « éduquer », en tout cas de favoriser ce lien autour de la RCP ? Mais pas que, parce que cela donne aussi, j'imagine, d'autres pistes de travail avec les jeunes.

P. DOMBLIDES.- Bonjour à toutes et à tous.

En tant que pneumologue qualifié en oncologie thoracique, j'ai mon assureur juste à côté de moi.

M. SZAMES.- C'est pratique !

P. DOMBLIDES.- La pneumologie n'est pas la plus exposée, mais j'ai été un peu étonné de votre réponse tout à l'heure sur les RCP parce que, nous, nous les suivons, les RCP.

N. GOMBAULT.- Ce n'est pas une obligation. Et il faut ajouter que la RCP n'a pas de personnalité morale, donc elle ne peut pas être mise en cause.

P. DOMBLIDES.- On était convenu, effectivement, de faire quelque chose de factuel et de pratico-pratique. Suite au tour de table précédent, je précise que je n'ai pas de Tesla à 50 ans, ce qui veut dire que j'ai raté ma vie ! C'est à peu près cela.

Nous avons essayé de travailler, nous, au CROM Nouvelle Aquitaine, sur ce territoire qui est extrêmement vaste, sur les trois subdivisions que nous avons, c'est-à-dire :

> Une énorme université

> Une université moyenne

> Une université un peu plus petite

On a un échantillonnage des différentes universités et on a essayé de voir si l'enseignement de la RCP était envisagé et à quel moment. Je ne vais pas citer chaque université pour qu'il n'y ait pas de problème, mais en gros, il y en a deux sur trois qui interviennent en DFASM 2, c'est-à-dire en 5^{ème} année, dans le département de médecine légale et de médecine générale. Une autre intervient un peu plus tard dans le département de médecine générale.

Quand j'ai posé la question aux doyens : « Est-ce que vous faites un enseignement de la RCP ? », j'ai senti quand même un peu de mou, un peu de vide, et je comprends parce qu'avec uniquement dix heures de cours, il est difficile d'envisager toute la palette de ce qu'il faut apprendre aux étudiants. Je tiens à rappeler que cela va du certificat médical à tous les autres problèmes auxquels nous sommes confrontés nous-mêmes, ordinaires, ensuite.

Dans ma structure, qui est une structure extrêmement lourde, je retrouve à peu près les mêmes chiffres dont vous nous avez parlé : pour un anesthésiste moyen dans le libéral, c'est 7 à 8 000 € ; pour un chirurgien orthopédiste, c'est autour de 25 à 30 000 € ; pour un gynéco-obstétricien -chirurgien-, c'est autour de 28 à 30 000 €, sachant que s'ils sont accrédités, la moitié est réglée par les caisses d'assurance-maladie. C'est aussi un élément qui peut indéniablement rassurer.

Nous disposons d'un espace et nous sommes les seuls à avoir un local ordinal à l'espace santé de l'université de Bordeaux. Nous sommes bien placés, juste à côté du bureau du Doyen. Nous allons d'ailleurs l'inaugurer lundi prochain, mais nous fonctionnons depuis un an et demi, à peu près. On a été un peu ennuyé avec le Covid, mais...

M. SZAMES.- Et quel est le constat que vous faites ?

P. DOMBLIDES.- Le constat que nous faisons, c'est qu'on ne nous pose jamais la question de la RCP. Ce sont essentiellement des étudiants en deuxième cycle, voire des internes ; ils ne nous posent pas de questions sur ce sujet. Pourquoi ? Parce qu'ils ont déjà déterminé leur spécialité et que c'est au décours de l'exercice de leur spécialité qu'ils vont se confronter au problème et qu'à ce moment-là, ils vont se

poser la question. C'est probablement avec les formations et éventuellement les assureurs qu'ils vont poser des questions une fois installés.

M. SZAMES.- Est-ce que cela pose un problème ? Je vais tenter quelque chose : est-ce que c'est grave, Docteur ? !

P. DOMBLIDES.- C'est toujours ennuyeux, bien évidemment. Le seul problème aussi, c'est que je vais retourner la question : et si on faisait un enseignement meilleur, est-ce que cela influencerait leur choix ?

M. SZAMES.- On peut leur poser tout de suite la question pour avoir la réponse. Jérémy DARENNE, il y avait des cours ou une éducation autour de la RCP, est-ce que cela changerait la donne ?

J. DARENNE.- L'idée reste d'avoir la formation qui soit la plus qualitative possible. Il n'y a pas que la question des RCP, mais de savoir comment éviter le risque, améliorer la formation, la communication. Ce sont des choses qui peuvent beaucoup influencer lorsqu'on va être confronté à une responsabilité.

C'est un sentiment qui sera beaucoup plus général et qui va plus axer, pas sur les connaissances techniques que doit acquérir le futur médecin, mais plus sur la manière dont il va pouvoir pratiquer.

M. SZAMES.- Jean CANARELLI, vous voulez intervenir ?

J. CANARELLI.- Oui. Ce que vient de dire Jérémy est très vrai. Je suis très souvent frappé par l'impréparation des médecins, pas l'impréparation à la RCP parce qu'à la limite, ils en ont tous une. Je parle de l'impréparation à ce qui va arriver, à l'incident ou l'accident.

À chaque fois, on a l'impression que c'est un coup de tonnerre dans un ciel serein, ils ne sont absolument pas psychologiquement préparés. Quelques-uns, oui ; je suppose que les « multirécidivistes » sont les neurochirurgiens dont vous avez parlé parce que s'ils ont un incident par an, au bout de dix ans, ils sont un peu rodés. Cela dit, je me demande ce que font vos actuaire et comment vous continuez à les assurer parce qu'avec un incident par an, vous devez vraiment mutualiser avec tous les autres !

Toute plaisanterie mise à part, quoi que ce soit un vrai sujet, et je m'adresse plutôt à Jérémy et

Raphaël, on vous explique qu'il faut prendre une RCP, que vous devez être couvert, mais est-ce qu'on vous explique ce qui se passe quand vous avez un problème de ce genre, quand vous êtes, en quelque sorte, entraînés devant une instance ? Vous avez un assureur à prendre, un avocat, un patient, une famille en face de vous, qui ont une réalité de souffrance ; est-ce que vous vous êtes préparés à cela ? Avez-vous un enseignement sur ces sujets ? C'est un élément fort.

M. SZAMES.- Raphaël DACHICOURT, une réponse ?

R. DACHICOURT.- J'ai récemment fini mon internat donc je vais pouvoir témoigner de ce que j'ai eu dans mon internat. La réponse est non, je n'ai pas eu de formation là-dessus, et ce qui est dommage, c'est que, justement, le troisième cycle internat, c'est le moment où on commence à se confronter à l'exercice pratique. Ce sont notamment les premiers remplacements pendant l'internat et on se rend compte que, finalement, on commence cet exercice sans avoir ce bagage nécessaire pour être préparé, comme vous le dites, aux situations problématiques que l'on va évidemment rencontrer dans sa carrière.

Donc non, nous n'y sommes pas préparés. C'est aussi l'enjeu de la quatrième année de médecine générale de préparer vraiment un exercice professionnalisant. On espère que ces sujets seront sur la table à ce moment-là.

J. CANARELLI.- C'est un véritable enjeu et cela fera plaisir à Stéphane OUSTRIC de voir que la 4ème année servira à cela. Il faut vraiment apprendre à encaisser les coups, et surtout à répondre bien, à communiquer avec les patients. Cela rendra notre métier beaucoup plus facile.

M. SZAMES.- Je rappelle que la salle peut intervenir à tout moment. On commence par Sébastien LELOUP.

S. LELOUP.- En médecine générale, certains accidents médicaux gravissimes coûtent extrêmement cher. Pendant des années le médecin est préoccupé, il n'arrive plus à construire sa vie comme il aimerait.

Ce point de discussion m'apparaît absolument fondamental aujourd'hui : **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 métier de 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.

Éviter les plaintes injustifiées est absolument fondamental pour vous parce que la sinistralité va augmenter et vos coûts d'assurance vont augmenter, vous allez avoir un profil.

Être formé indépendamment de graves accidents et permettre de faire en sorte qu'il y ait moins de plaintes contre vous est absolument essentiel. C'est toujours désagréable, c'est décourageant de recevoir des plaintes et il faut vraiment se former par des personnes qui ont de l'expérience sur ces sujets de manière à pouvoir faire face en ayant réfléchi au sujet.

L'un des points absolument essentiel, c'est la qualité de l'information qui est donnée. Cela ressort beaucoup des plaintes devant les commissions de conciliation et d'indemnisation et également auprès de l'ONIAM. Il faut bien noter l'information. Le chef du service médical de l'ONIAM m'a dit : « *Il faut recommander de dicter le compte rendu en présence du patient en précisant ce qui a été abordé ; il faut qu'il y ait une information sur les complications, les alternatives, évoquer le postopératoire, dire que, s'il y a besoin, ils sont accompagnés* ».

Il y a un certain nombre d'étapes et ne pas penser qu'à son acte, à soi, mais à ce qui est avant, pendant, et aussi après. On le voit bien notamment en chirurgie de l'obésité.

M. SZAMES.- Monsieur GOMBAULT ?

N. GOMBAULT.- Je voudrais juste faire état d'une expérience personnelle parce que la formation m'a toujours sensibilisé, et j'ai pour elle beaucoup d'appétence. J'ai enseigné le droit de la responsabilité médicale et le droit médical pendant à peu près 35 ans. Je l'ai fait en faculté de droit, puis je me suis aperçu qu'une grande part de mes étudiants, après, s'installaient comme avocats pour faire des procès à des médecins, donc j'ai arrêté !

Après, j'ai beaucoup enseigné en faculté de médecine en D4, à l'époque, en 6^{ème} année, et les bancs étaient très clairsemés. C'était sans doute en fonction de la qualité de mon enseignement, bien sûr, mais quand on est cinq ou six enseignants pour à peu près le même nombre d'étudiants, on en tire les leçons.

En revanche, jusqu'à il y a deux ans, j'étais coresponsable du DU de responsabilité médicale à Paris Descartes, où, en formation postuniversitaire, on voyait -cela a été signalé

ce matin- des praticiens extrêmement motivés et extrêmement assidus aux cours, comme cela a toujours été tout au long de ces années, et avec une véritable envie de progresser.

Par la suite, nous avons créé, au sein de la MACSF, des modules qui ont un succès assez intéressant sur : « Que faire en cas d'accident médical ? », « Que faire en cas de plainte ? », « Comment tenir un dossier ? », « Que dire à la famille ? », etc.

Mais je dois avouer que ce n'est qu'en postuniversitaire qu'on a véritablement un succès.

M. SZAMES.- Pourquoi est-ce qu'on ne peut pas l'avoir avant ?

N. GOMBAULT.- D'abord, les cours n'étaient jamais obligatoires, et encore une fois, ils étaient plus que clairsemés. C'est sans doute que les étudiants n'ont pas conscience de l'intérêt du sujet alors que c'est vraiment du pratique-pratique. On recouvre du reste des intérêts qui, je crois, sont communs avec le CNOM, par exemple : « Comment rédiger un certificat médical ? », « Quels sont les pièges à éviter ? », etc., choses qui me semblent très utiles parce que, chaque année, nous voyons dans nos dossiers de sinistres des aberrations ; à voir comment certains praticiens rédigent des choses, les bras nous en tombent régulièrement.

Cela peut donner lieu à des plaintes pénales, des procédures civiles ou des procédures devant le Conseil de l'Ordre, donc au niveau de la formation initiale, il y a beaucoup de choses à faire, mais sans doute que la matière ne recueille pas, de la part des étudiants, un intérêt certain.

M. SZAMES.- Merci. Madame LOUIS-VAHDAT ?

C. LOUIS-VAHDAT.- J'insiste sur ce que vous avez dit : l'importance de l'information et le recueil du consentement. Il est vrai qu'il faut insister, durant les études, sur cette façon de délivrer l'information et ensuite de la consigner de façon qu'elle puisse être gravée dans le marbre dans les dossiers médicaux pour pouvoir en apporter la preuve, et également se former à la communication.

C'est important d'avoir des formations spécifiques durant les études, mais il faut aussi reconnaître que c'est la pratique, et c'est notre exercice et notre communication avec les patients qui va se répéter au cours de nos années. C'est cette expérience qui va faire que l'on va

être plus apte à appréhender, et cette délivrance, et ce recueil de consentement d'une manière beaucoup plus sereine. Il y a aussi l'expérience qui aide à être assis dans cette pratique et dans cette difficulté face à un litige.

Il est très important que les jeunes médecins n'hésitent pas à se retourner vers leur RCP justement parce qu'ils trouveront toujours des conseils extrêmement importants avec des juristes et vers les conseils départementaux dont ils dépendent, qui apportent également une aide.

Les réunions de conciliation quand il y a des plaintes en déontologie sont également là pour cela, avec un échange de parole qui permet, dans 60 % des cas, de régler des litiges quand ils portent sur le versant de la déontologie.

M. SZAMES.- Merci, Madame. Une question dans la salle.

RP. LABARRIÈRE.- Je suis Président de la section « exercice professionnel » du CNOM et par ailleurs Président du CD 74. Pour aller dans le sens de ce que disait Christine LOUIS-VAHDAT, un sujet important dans la formation est aussi de dédramatiser la situation pour les médecins et de leur faire comprendre que ce n'est pas infamant d'être malheureusement dans une situation difficile.

C'est notre rôle, en particulier au niveau des départements, quand on les reçoit, de leur expliquer cela. On voit bien cette façon difficile de vivre une plainte que ressentent les médecins ; il faut vraiment qu'on leur fasse comprendre que, bien sûr, il y a des choses inexcusables, mais les présidents de département qui sont là savent bien que la plupart des plaintes sont pour des erreurs, des fautes, mais pas de la malveillance. Il faut vraiment arriver à sortir de notre tête ce caractère infamant.

Deuxième point sur lequel nous avons un travail à faire, à mon avis : on peut classer des plaintes « abusives » qui représentent quand même un nombre important et qui mettent régulièrement en colère nos conseillers départementaux en disant que cette plainte n'est pas fondée ou, *a priori*, ne l'est pas. Le médecin n'est pas protégé dans ces situations-là et il y a un travail à faire.

M. SZAMES.- Merci beaucoup. Philippe DOMBLIDES, une réaction ?

P. DOMBLIDES.- Pas franchement, en réaction, mais plutôt pour compléter ce qui vient d'être dit. Dans les études médicales, et

particulièrement dans le deuxième cycle, il y aurait la place pour une formation précoce au management de l'entreprise médicale, je crois, apprendre un peu à l'étudiant l'entrepreneuriat. C'est aussi un des éléments ensuite de l'explication de la difficulté que l'on a.

On a vu dans la commission « jeunes médecins » il y a quatre ans, qui avait fait une enquête dans la section « exercice professionnel » que les internes étaient très intéressés par le libéral, envisageaient dans 75 % de s'installer dans le libéral et finalement, la sortie, il y en a eu 12. Il y a de la perte.

Et puis on ne relèvera jamais assez le malheur qu'a été ce deuxième cycle. Il y a la réforme actuellement du deuxième cycle, mais l'ancien deuxième cycle avec les ECN tels qu'ils étaient formatés, avec des items.

Nous l'avons vécu parce qu'on nous avait permis, dans le département de médecine générale, de faire cours en DFSM 3, en 6^{ème} année, mais pour intéresser un étudiant, il fallait être dans les items de l'internat, c'est-à-dire que si, à l'internat, l'item n'y était pas, vous pouviez traiter le cours, il n'était pas vu, c'était très simple.

J'avais essayé de truander un peu pour le secret médical ; cela me permettait de parler du Code de déontologie et j'avais pu traiter l'institution ordinale, et je voyais bien que le secret médical était un des items, mais pas les autres. J'espère qu'avec la réforme du deuxième cycle, cela se modifiera.

Il y a vraiment la place pour un module entrepreneurial à l'intérieur de l'université. Si le 1^{er} étage d'une fusée ne fonctionne pas, le satellite ne sera jamais mis en bonne position.

M. SZAMES.- Justement, on va poser la question à Jérémie DARENNE et Raphaël DACHICOURT.

Une réaction à l'intervention de Philippe DOMBLIDES sur cette notion qui vient d'être abordée pour l'université, et puis Monsieur parlait de crainte, ou en tout cas de dédramatiser ; est-ce quelque chose que vous parlez avec vos confrères sur les craintes d'être poursuivi devant une instance ?

J. DARENNE.- Je vais revenir rapidement sur la réforme du second cycle. Effectivement, il y a des difficultés, mais l'objectif de cette réforme était aussi de permettre de valoriser des enseignements qui n'étaient pas demandés et

qui n'étaient pas requis pour le classement dans les épreuves nationales. On espère que ce sont des choses qui vont se développer.

Pour compléter sur la crainte, à notre échelle, ce n'est pas tellement sur les erreurs, mais ce sont des choses dont on parle avec les étudiants puisqu'ils ont forcément des vécus de stage. On sort un peu du cadre uniquement de l'erreur, mais il y a un accompagnement derrière, que l'on fait en tant qu'association, et pour lequel on pousse aussi pour que, par exemple, le ministère de l'Enseignement supérieur mette en place ce genre de cellule.

Il existe actuellement des dispositifs qui sont encore à développer, mais la prise en compte et la dédramatisation de l'erreur peuvent être ajoutées à ce dispositif, qui peut être développé et, surtout, qui peut être intégré peut être directement aussi à la formation.

M. SZAMES.- Et parlez-vous régulièrement de la dédramatisation nécessaire aussi ?

J. DARENNE.- On n'en parle pas forcément régulièrement, mais c'est aussi à développer.

R. DACHICOURT.- Je ne me prononcerai pas sur la réforme du deuxième cycle. Moi, j'ai connu l'ancien deuxième cycle et je suis tout à fait d'accord avec l'analyse qu'il y a eu. On a l'impression qu'à chaque sujet abordé, on ressort un besoin de formation, qui est réel, mais cela donne une certaine forme d'inflation de la formation qui n'est pas cohérente avec ce qu'il y avait au niveau des épreuves classantes nationales, qui posaient réellement problème. J'ai beaucoup entendu dire que les étudiants n'étaient pas dans les amphithéâtres, très certainement qu'ils étaient à la bibliothèque universitaire en train de travailler leur collège.

Au-delà de cela, sur la formation à la dédramatisation ou bien à l'annonce diagnostique, à la communication, des choses sont mises en place dans le troisième cycle et qui se poursuivent aussi après le troisième cycle par des mises en place de groupes d'échange de pratiques ou des groupes Balint.

C'est aussi le rôle syndical, parfois, de recueillir malheureusement certains médecins en détresse, que très régulièrement on réoriente vers l'Ordre justement parce que, soit, ils n'ont pas osé contacter l'Ordre, soit ils n'étaient pas forcément au courant du rôle de l'Ordre dans telle ou telle situation. On essaye de jouer ce rôle d'intermédiaire parfois.

M. SZAMES.- Christine LOUIS-VAHDAT ?

C. LOUIS-VAHDAT.- Pour parler de la dédramatisation, dans notre spécialité, on est plutôt à l'heure de la dramatisation parce que les plaintes pour violence obstétricale et gynécologique lors des examens pelviens ont sensibilisé d'une manière extrêmement forte et violente -j'utilise bien le mot « violent »- les médecins spécialistes et également les jeunes internes que je croise dans la spécialité.

Il y a une réflexion extrêmement forte, au-delà de l'information parfaitement délivrée, du consentement parfaitement recueilli, sur la pertinence de continuer à faire des examens cliniques. Cela revient de plus en plus. C'est une réflexion qu'on mène au sein du collège des gynécologues-obstétriciens : quand va-t-on décider d'arrêter complètement de faire un toucher vaginal ou un toucher rectal compte tenu des risques ?

C'est vraiment un tournant dans notre exercice, il faut être au côté des médecins pour les protéger, les défendre, les accompagner dans la spécialité. Au Conseil national, on a mis en place une charte sur les règles de bonnes pratiques de l'examen ; dans le collège, on a fait des picots qui définissent par pathologie la conduite à tenir en précisant si on va devoir faire un toucher ou pas, mais il y a quand même pas du tout de la dédramatisation, on en est loin, on est dans la phase extrêmement aigüe de la dramatisation avec une vraie interrogation : dans la spécialité : va-t-on continuer à faire des examens ?

Je rappelle que, dans une maternité, la semaine dernière, il y a eu une plainte pour une sage-femme -c'est une sage-femme, on va la défendre aussi- qui a fait un toucher vaginal à une patiente qui entrait en travail. Le couple a porté plainte parce qu'ils avaient précisé qu'ils refusaient d'avoir des touchers vaginaux. Je ne sais pas comment on peut évaluer un travail sans faire des touchers vaginaux.

C'est pour vous dire qu'on arrive à des situations, même si la plainte est rejetée, qui, quand même, crée une suspicion pour les professionnels de santé.

M. SZAMES.- À quoi est-ce dû, selon vous ? Pourquoi est-ce qu'à ce moment, on traverse une phase aigüe ? C'est une question de société ?

C. LOUIS-VAHDAT.- On ne va pas montrer du doigt le phénomène *#MeToo*, on ne va pas parler du wokisme, ce n'est pas le sujet aujourd'hui ; il y a une majorité de médecins dans la spécialité qui font extrêmement bien leur examen pelvien, l'information des patients, etc., mais on est parfois face à des patientes dans cette spécialité qui, de par leur profil, de par les associations auprès d'usagers vers lesquelles elles vont se tourner, vont se sentir agressées pour des gestes qui font partie inhérente d'un examen mené correctement, parce que c'est très intrusif, la gynécologie, et ce n'est pas la seule spécialité. À chaque fois qu'on fait des examens pelviens, les urologues, les proctologues, on est dans un geste intrusif qui, parfois, peut être un peu douloureux. Et puis on est peut être victime, mais c'était il y a fort longtemps, de médecins dans la spécialité qui n'informaient pas et qui ne prenaient pas en compte le ressenti.

M. SZAMES.- Peut-être qu'il y a une notion de dialogue, de communication ?

C. LOUIS-VAHDAT.- On a un retour de flamme un peu violent et il faut vraiment être présent aux côtés des jeunes médecins -de tous les médecins, d'ailleurs- pour les accompagner. Je pense que le balancier va se renormaliser, mais quand on voit des femmes accuser de viol, comme cela l'a été pour une secrétaire d'État -l'affaire a été très médiatisée-, ce n'est pas la seule, on reçoit des plaintes sans cesse, cela va un peu trop loin.

M. SZAMES.- Monsieur LELOUP ?

S. LELOUP.- Je dirais de manière un peu distanciée parce que c'est un sujet particulièrement dans l'actualité qu'une famille bien informée ira moins au procès et plus facilement à l'amiable. Cela suppose de réussir cet exercice d'information et de communication, qui est difficile. C'est difficile parce que, d'abord, il faut y consacrer du temps, il faut en mesurer l'importance.

Des sociologues ont fait des études très précises sur ce sujet, cela a été cité au colloque sur l'expertise médicale organisé par la CCI Île-de-France : prenez un médecin qui parle à sept personnes de niveaux éducatifs, culturels, différents, qui tient un propos pendant 30 secondes, qui donne une information sur les risques, les alternatives, etc., et qui demande ensuite ce qui a été compris par les uns et les autres ; car finalement, en communication, ce qui est important, c'est ce qu'on dit, ce qu'on consigne par écrit, mais aussi ce qui est compris par l'autre. C'est là où ce n'est pas simple.

Il faut investir dans ce moment-là, et comme solution au problème que vous soulevez, vous l'avez indiqué, c'est la réflexion sur l'actualisation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, tout ce travail qui est fait par les médecins et qui associe de plus en plus les représentants des patients par rapport à il y a quelques années. Maintenant, il y a des modalités d'élaboration qui font qu'il y a des évolutions sociétales, des choses qui n'étaient pas l'ordre du jour il y a quelques années, dont on voit bien aujourd'hui qu'il faut se préoccuper. L'exemple que vous citez de la sage-femme est très précis. Il faut donc trouver des solutions, mais qui sont réfléchies par les sociétés savantes, la Haute Autorité de Santé. L'objectif est d'y arriver.

C. LOUIS-VAHDAT.- Pour les plaintes qui sont remontées au collège sur des violences, il y a quand même toujours aussi un problème de personnalité ; on a affaire à des personnalités qui, avec l'évolution sociétale à laquelle vous faites allusion, remettent en cause systématiquement le médecin vraiment avec une information très bien délivrée.

Je peux vous citer des exemples en onco-gynéco ; il y a une plainte actuellement au pénal contre un professeur de gynéco parce que, dans la surveillance du cancer du col de la patiente, qui refusait, au bout de cinq ans, de se faire suivre par sa gynécologue de ville, il a fait un toucher vaginal et un toucher rectal. Cela fait partie des recommandations.

La plainte sera rejetée, il y a une instruction, cela va être classé, etc., mais il faut se mettre, Monsieur, du côté du médecin qui, pendant des mois, d'abord, va être reçu par les OPJ. C'est d'une violence extrême pour des médecins. On peut dédramatiser, mais on n'arrivera jamais à effacer ce que c'est que de passer trois heures chez des OPJ comme si on était un criminel parce que c'est du pénal et qu'on est accusé d'actes de torture et de barbarie.

Il y a une instrumentalisation, à mon avis, du fait de la justice, et d'ailleurs, c'est formidable que des procureurs aient accepté de ne plus reconnaître qu'on pouvait associer l'intentionnalité sexuelle à un acte technique médical comme un toucher vaginal.

Cela a été une grande avancée dans un laps de temps très court, mais il faut bien comprendre les conséquences, quand le travail a été parfaitement bien fait -je ne parle pas des exceptions-, de la violence de ce que cela représente pour des médecins, qui vont être totalement lavés, mais qui auront passé des mois d'angoisse et à se

dire : « *Je ne vais plus faire un toucher vaginal pour surveiller une patiente après cancer du col irradié, je vais faire des IRM, mais ce sera pas aussi performant* ». Et on va être obligé de les encourager à cela.

M. SZAMES.- C'est un exemple. Merci beaucoup. Jean CANARELLI, pour resituer le débat ?

J. CANARELLI.- Pour revenir à nos jeunes grands frères, avec toute la problématique que tu as exprimée, je reviens sur le problème de la formation.

Il est important de réfléchir à cette formation. Et cette formation, comme on l'a bien décrit, et tu viens de le décrire avec beaucoup de passion, il faut la vivre. Et pour la vivre, il faut travailler, sur ce type de formation, sur de la simulation. Il faut que vous soyez en condition de voir ce qui se passe réellement, comment vous êtes pris à partie, parce que c'est très fréquent.

Dans une carrière, vous allez être pris à partie par une famille dans la détresse, avec la violence qui va émaner de cette détresse, avec une société qui devient de plus en plus agressive ; c'est une violence qui est surajoutée par la société et cela, il faut qu'on vous l'apprenne, qu'on vous le montre et que vous le viviez.

En-dehors de cela, n'oubliez pas -on vous le dit et il faut le dire à tous les médecins- le rôle des Conseils départementaux, qui sont en proximité avec les médecins. On est là pour vous aider, vous accompagner plusieurs fois dans l'année, malheureusement, et je ne veux surtout pas vous paniquer. On a le contact avec des médecins qui ont été victimes d'une erreur de leur part, avec une agressivité derrière, qui sont convoqués à la gendarmerie, au commissariat ; on les accompagne dans ce qui va leur arriver, ce qui les attend, la façon dont cela va être suivi.

C'est important aussi, il faut savoir vous retourner vers vos Conseillers ordinaires qui pourront vous accompagner.

M. SZAMES.- Je rappelle que, dans la salle, vous pouvez faire un commentaire ou une appréciation. Nicolas GOMBAULT, pour suivre ce qui vient d'être dit par Monsieur CANARELLI ?

N. GOMBAULT.- Je voulais simplement abonder parce que la simulation, notamment situationnelle, répond parfaitement, à mon sens, à tous ces objectifs. Pourquoi est-ce que je vous en parle ? Parce qu'on la développe, on la propose. J'ai la chance d'avoir pu recruter, au

sein de mon entreprise, la vice-présidente de la Société Française de Simulation, qui nous aide à monter ce type de formation en simulation.

Ces formations donnent des résultats, s'agissant de situations, encore une fois, qui sont exceptionnelles et extrêmement formatrices.

M. SZAMES.- Monsieur DOMBLIDES, un commentaire là-dessus ?

P. DOMBLIDES.- Oui, je voulais rebondir sur ce que j'avais dit sur les ECN et que tu avais complété. Il faut quand même se dire que les ECN telles qu'elles étaient définies ont duré une quinzaine d'années et que ce sont ces médecins-là qui vont nous soigner. Ne jamais oublier cela. Une réforme ne gomme pas les erreurs qui ont été commises précédemment ou les oublis, il faut bien assumer ce qui a été fait et ce qui est fait. Il faut toujours venir sur l'université, essayer d'impliquer le plus, dans les universités, des médecins qui ont une expérience. Je n'ai pas d'idée de corps intermédiaire particulier, je pense que l'Ordre des médecins est bien positionné, entre autres, mais il faut essayer de le faire participer le plus possible à l'ensemble de ces formations.

En effet, comme je le disais tout à l'heure, c'est un pack, cela va des certificats médicaux jusqu'à la RCP en passant par d'autres sujets auxquels vous n'êtes absolument pas sensibilisés.

M. SZAMES.- Raphaël DACHICOURT, vous avez entendu ce qu'a dit Christine LOUIS-VAHDAT : « *Vous mettre en condition et mettre en condition les plus jeunes* » ; est-ce que c'est fait aujourd'hui ? Est-ce suffisamment fait ? Vous êtes en demande de plus de stages ?

R. DACHICOURT.- Au final, on est assez tardivement confronté au libéral. Un stage a maintenant lieu pendant le deuxième cycle, mais la majorité de la formation est toujours très hospitalière avec une façon de fonctionner qui est quand même très différente de celle du libéral. Le lien avec le patient n'est pas du tout le même dans cette relation avec le médecin traitant.

Le fait d'y être exposé avec un certain compagnonnage, ne serait-ce que sur la tenue de dossiers, n'a absolument rien à voir avec ce qui se passe en établissement de santé ou dans un cabinet de médecine générale libérale ; sur l'utilisation de tels outils, sur le fait de récupérer des biologies, de savoir quoi faire, comment gérer, avec beaucoup moins de moyens techniques à disposition, la gestion de l'incertitude n'est pas

du tout la même et il y a un besoin de formation, mais de formation pratique aussi là-dessus.

M. SZAMES.- Vous demandez éventuellement à pouvoir faire des stages ?

R. DACHICOURT.- Un vrai virage ambulatoire de la formation, avoir plus de stages en libéral, notamment pour ceux qui ont un projet professionnel d'exercice en libéral, bien évidemment.

M. SZAMES.- Bien sûr.

Même question, Jérémy DARENNE, et là, je vais aller un peu plus loin. Vous avez entendu l'exemple qu'a donné Mme LOUIS-VAHDAT. Cela vous fait-il peur ?

J. DARENNE.- C'est quelque chose dont les jeunes générations sont assez conscientes, finalement. Le mouvement de libération #MeToo a été cité, c'est quelque chose que notre génération a connu. On dénonce également toutes ces violences, notamment les violences obstétricales et gynécologiques, donc d'une certaine manière, on participe un peu de cette dramatisation, mais ce n'est pas pour dramatiser, pour lever le doigt sur un problème pour plus de sécurité pour les patients. Après, il faut trouver ce juste milieu, mettre de côté les médecins qui abuseraient et, d'autre côté, éviter les procédures abusives.

M. SZAMES.- Je ne voudrais pas entrer dans le détail de ce qui a été dit, mais simplement le contexte. Est-ce que les jeunes médecins qui vont entrer en fonctions craignent, justement, ce contexte de société ? Est-ce que cela leur fait changer d'avis ? Il existe la RCP, on comprend très bien, on essaie d'avancer, mais est-ce qu'ils craignent ?

J. DARENNE.- Je ne dirais pas que cela les fait changer d'avis, mais est-ce qu'ils craignent ? Oui, forcément, c'est quelque chose qui peut leur faire peur. J'ai cité une enquête diffusée auprès des étudiants avant leur choix de spécialité, l'enquête Med Spé, qui avait pour vocation de définir les grandes lignes, ce qui attirait les étudiants vers une spécialité ou une autre.

Une question demandait si les étudiants se sentaient prêts et surtout s'ils avaient connaissance de ce qui les attendait après dans la spécialité ; 60 % des étudiants ont répondu que non, c'est-à-dire qu'ils avaient conscience qu'ils ne connaissaient qu'une infime partie du métier qu'ils allaient choisir, et pourtant, ils le choisissaient quand même.

Si on prend l'exemple de la gynécologie, les étudiants, en connaissance des risques, vont choisir cette spécialité en sachant également qu'ils ne savent pas tout sur l'exercice.

M. SZAMES.- Comment est-ce possible d'arriver à ce constat aujourd'hui ?

J. DARENNE.- Ce n'est pas une petite peur qui va changer une vocation.

J. DARENNE.- La première année, ce sont des études extrêmement rudes, et on le voit sur les diagnostics de santé mentale, par exemple. On va avoir encore maintenant un concours, qui s'appelle « examen » puisqu'il a aussi un caractère validant désormais, qui va également définir le choix des étudiants dans leur spécialité.

On va dire qu'on n'est plus à un obstacle près.

M. SZAMES.- Bravo. Monsieur CANARELLI, vous allez commencer à résumer ce qu'on a dit cet après-midi, et plus généralement, un ou deux commentaires à faire en plus.

Avant, je vais prendre une question et cela nous permettra d'amorcer une conclusion.

H. FOLENS.- Je suis juriste au Conseil du Nord.

J'ai juste une question sur les remplacements effectués par les étudiants avant leur inscription au Tableau avec une licence de remplacement, mais qui n'ont pas été autorisés par le Conseil départemental. Si un sinistre survient pendant le remplacement, dans ce cas, est-ce que l'étudiant est couvert ? C'est un exercice qui n'est pas vraiment régulier.

J. CANARELLI.- La réponse sera peut-être au niveau des assureurs, mais en tout cas, cela va être très compliqué. Cela veut dire qu'il a fait un remplacement sans autorisation. Le Conseil n'est pas au courant et l'assureur pas plus. Un véritable sujet va se poser entre le médecin qui s'est fait remplacer et le malheureux remplaçant. Il y a deux malheureux dans l'histoire.

M. SZAMES.- Nicolas GOMBAULT, vous voulez apporter un éclairage supplémentaire sur la question ?

N. GOMBAULT.- Non, j'ai rien à ajouter, l'exercice n'est pas régulier et tous les contrats d'assurance précisent que la condition pour que la garantie de responsabilité fonctionne, c'est que l'exercice soit régulier. La licence, évidemment,

ne suffit pas ; sans l'autorisation, l'assureur sera parfaitement recevable à dénier sa garantie. C'est extrêmement dangereux. Le remplaçant et le remplacé, parce que les deux seraient susceptibles d'être mis en cause, doivent veiller à ce que le remplacement soit parfaitement régulier, autorisé par l'Ordre.

Je me permets d'ajouter qu'il faut vérifier aussi que le remplaçant soit effectivement assuré parce que la loi du 4 mars 2002 dispose que le remplaçant doit avoir souscrit une garantie d'assurance et, à mon sens, le fait d'utiliser ce verbe proscrit la solution dans laquelle certains se trouvent de dire : « *Moi, en tant que remplaçant, je suis assuré au titre de la garantie du médecin que je remplace* ». À mon sens, ce n'est pas une souscription personnelle du remplaçant, donc c'est à haut risque.

J. CANARELLI.- Je crois que c'est malheureusement assez clair.

M. SZAMES.- Sébastien LELOUP, on va commencer un petit tour de table de conclusion.

S. LELOUP.- Il y a des cas où il n'y a pas de RCP et où on a besoin de vous. Un cas récent a été le besoin d'avoir des médecins retraités pour *staffer* des centres de vaccination dans le cadre des mesures sanitaires d'urgence.

Effectivement, l'ONIAM a une mission d'indemnisation des victimes des mesures sanitaires d'urgence. La France a la chance d'avoir cet établissement et j'ai pu avoir beaucoup de questions sur ce sujet il y a deux ans, quand on a commencé à solliciter des médecins retraités qui n'avaient plus de contrat en RCP et qui s'inquiétaient : « *Monsieur le maire me demande demain matin d'aller faire un certain nombre d'injections, Monsieur LELOUP, est-ce que vous pouvez me faire une attestation RCP ?* ».

Nous avons répondu à 500 mails sur ce sujet-là. Je tiens vraiment à remercier tous les médecins retraités qui sont venus, qui ont assuré le fonctionnement des centres de vaccination, et soyez complètement rassurés sur le fait que l'ONIAM a une mission de service public et que, dans ces moments-là, l'ONIAM répond présent et vous couvre dans le cadre de votre exercice.

M. SZAMES.- Philippe DOMBLIDES, vous avez parlé tout à l'heure de la formation nécessaire de l'université ; peut-être un mot pour conclure, pour donner un peu d'espoir aux plus jeunes, si c'est possible ? !

P. DOMBLIDES.- Oui, je pense que c'est tout à fait possible. La preuve, c'est que nous l'avons fait. Nous l'avons fait aussi avec des

formations qui étaient totalement insuffisantes, simplement, cela ne veut pas dire qu'on doit rester en l'état, on peut progresser.

Je reprends simplement en deux mots l'enquête qui avait été faite par la commission « jeunes médecins », d'ailleurs avec REAGJIR entre autres en 2019 et avec la section « exercice professionnel ». Sur 15 000 médecins, 2 500 internes avaient répondu sur les caractères pour eux pour leur installation. Il y avait la dimension territoriale en un ; la relation avec les autres professionnels de santé en deux ; l'équilibre et les horaires au travail ; les aides financières étaient estimées importantes, mais pas déterminantes. L'appréhension du risque économique était importante, mais la RCP n'apparaissait pas.

Cela fait partie d'un pack, mais cette réflexion n'est pas nouvelle d'entrer dans cette première phase de sensibilisation. Cela ne veut pas dire qu'ils vont tout faire et tout comprendre, mais c'est cela, le mot positif : vous sensibiliser.

M. SZAMES.- Nicolas GOMBAULT, quelques mots également ?

N. GOMBAULT.- C'est difficile de conclure sur un sujet comme celui-là, mais je vais essayer de m'en tirer avec du « en même temps », si vous me le permettez.

M. SZAMES.- C'est à la mode !

N. GOMBAULT.- Des plaintes abusives, il y en a, et je crains qu'il y en ait toujours. Il faut simplement veiller à ce que leurs auteurs soient sanctionnés, mais à côté de cela, on a des accidents médicaux, parfois avec des conséquences extrêmement graves. Et dans ces accidents médicaux, il y a des accidents évitables.

C'est de notre responsabilité à tous, vous, professionnels de santé, et nous, assureurs qui avons connaissance de ces cas, de mener des politiques de prévention justement à partir de ces accidents pour dégager leur cause-racine, pour tenter qu'ils ne se reproduisent pas à l'avenir.

Et puis, quand on a un accident médical, il faut savoir le gérer. Pour les jeunes ici présents, c'est absolument fondamental. Comment le faire ?

Ce que j'ai appris, en tout cas ce dont je suis sûr, c'est qu'un médecin aime autant se retrouver à la barre d'un tribunal qu'un magistrat dans un lit d'hôpital.

M. SZAMES.- Belle image !

N. GOMBAULT.- On n'insistera jamais assez sur la nécessaire information quant au risque, parce que si un patient a été informé des risques avant l'acte, il l'acceptera d'autant plus volontiers si ce risque se produit malheureusement.

Deuxième point : si, par malheur, ce risque intervient et qu'il y a « de la casse humaine », on n'insistera jamais assez sur la nécessité de l'empathie, de la compassion, sur la nécessité de prendre des nouvelles du malade, en fait, sur tout cet accompagnement alors qu'à l'inverse, malheureusement, certains médecins adoptent une position complètement contraire : ils refusent de recevoir le patient, de recevoir la famille.

C'est dans ces hypothèses-là qu'on a des procédures juridictionnelles, civiles ou pénales alors que si de l'empathie, de la compassion a été marquée face à l'accident, on arrive à ce que cette réclamation ne soit qu'amiable ou portée devant les CCI, et finalement, cela évite à vos confrères de se retrouver à la barre d'un tribunal parce que cela, c'est terriblement éprouvant.

Il existe des formations pour cela, mais ce sont souvent aussi des principes de bon sens à appliquer, tout simplement : continuer à être humain.

M. SZAMES.- Merci beaucoup. Raphaël DACHICOURT, vous avez eu quelques conseils. Qu'est-ce que vous reprenez et qu'est-ce que vous allez appliquer ?

R. DACHICOURT.- Beaucoup de choses ont été dites. La première chose que j'ai envie de retenir, c'est que, probablement, il y a plus de craintes que de risques réels d'un point de vue de médecine générale, quand je regarde les premiers chiffres qui ont été donnés.

C'est quand même rassurant. Le fait de former et d'informer est aussi une façon de rassurer vis-à-vis de ce risque. **On peut penser que le fait que la RCP n'a que peu d'impact dans le choix de 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. SZAMES.- Je vous propose de donner le micro à votre voisin.

C. LOUIS-VAHDAT.-

Pour conclure, et en synthèse, j'ai l'impression qu'il ressort de nos échanges qu'il est essentiel qu'il y ait, en transversalité, des liens entre les Conseils départementaux et les facultés, les universités, pour arriver à faire bouger les lignes, pour qu'on ait un enseignement efficace.

Je voudrais conclure et rester sur ce qu'a dit M. DARENNE : aucune peur ne pourrait éviter à une vocation de se réaliser.

M. SZAMES.- Jérémy DARENNE, vous avez été applaudi et c'est bien normal. Quelques mots pour conclure également ?

J. DARENNE.- Pour conclure, je dirai que, finalement, même si c'est quelque chose qui peut faire peur aux étudiants, même si on fait de la formation derrière et qu'on les sensibilise, cela restera extrêmement minoritaire puisque, comme l'a très bien dit Raphaël, c'est plus de peur que de mal.

Des choses peuvent être améliorées pour sensibiliser les étudiants, tant en formation initiale qu'en formation continue puisqu'on voit notamment que la société a énormément évolué, et pas forcément la formation médicale. C'est aussi le genre de sujet qui peut être amené en formation continue, mais ce seront des perspectives de travail qui seront à développer et qui entraineront dans une amélioration globale de la formation en médecine.

M. SZAMES.- Merci. Jean CANARELLI, modérateur de notre débat, il vous revient de faire la petite synthèse.

J. CANARELLI.- La synthèse va être assez brève.

D'abord, je veux remercier l'ensemble des participants à la table ronde, qui a été d'une très grande qualité, avec des échanges très constructifs. Cela nous a permis de voir clair dans ce sujet, qui n'était pas aussi évident au départ. Les difficultés sont, certes, réelles, mais on a bien vu qu'il y a une part de ressenti aussi importante que la réalité sur le terrain.

On a bien vu qu'il y a une insuffisance de formation. Cela veut dire qu'on peut continuer à améliorer le vécu des médecins et des patients, parce qu'il ne faut pas oublier que l'autre partie souffre aussi dans ces circonstances. Il y a un vrai sujet de communication, il va falloir communiquer.

La société a évolué, avec une hypersensibilité, et donc, des citoyens qui sont confrontés aux difficultés médicales, et le médecin de l'autre côté, lui aussi, est un citoyen et a cette hypersensibilité. L'ensemble est à améliorer par un travail de fond et on a cité plusieurs pistes, comme la simulation, qui seraient intéressantes et qui pourraient faire progresser le vécu des uns et des autres.

Au final, la question qu'on se posait au début de cette table de ronde, c'était que le choix des étudiants dans la spécialité ou dans l'orientation professionnelle est assez peu, voire pas du tout, impacté par la RCP.

Je ne retiendrai qu'un mot, le mot emblématique de cette table ronde : vocation.

Je remercie Jérémy de l'avoir prononcé parce que la vocation prime et le plaisir d'avoir un métier qu'on a voulu faire passe avant tout. Et le choix passera par la vocation et par le métier, et non pas par des considérations assurantielles ou

de rémunération. C'est important de l'entendre et cela fait toujours chaud au cœur pour l'ensemble des Conseillers ordinaires et l'ensemble des médecins français, d'entendre cette affirmation. Et n'oubliez pas une chose -on va faire un jingle pub !- : l'Ordre est toujours présent pour vous accompagner.

M. SZAMES.- Merci à vous.

SYNTHÈSE .

DES DÉBATS DE L'ORDRE DU 14 NOVEMBRE 2023

M. SZAMES.- J'appelle Anne-Marie TRARIEUX, présidente de la section « éthique, déontologie » de l'Ordre à venir à mes côtés. On va ensemble faire une synthèse de toute cette journée de débat.

On a entendu beaucoup de choses, il y a eu de nombreux débats ; qu'est-ce que vous avez noté en premier lieu ? Est-ce que ces débats du jour sur la responsabilité médicale ont tenu leur promesse ?

AM. TRARIEUX.- Je dirai carrément oui et je remercie vraiment tous ceux qui se sont exprimés parce que le sujet était restreint sur la responsabilité civile, professionnelle, mais large quand même.

La richesse des échanges nous a permis d'avoir une vision très précise des difficultés de notre époque, de la complexité, parfois, de nos exercices, et de cette montée qui a continué depuis 2002, de l'importance du droit en santé, on nous l'a rappelé dans le premier atelier en particulier.

Il y a eu des temps forts à chaque atelier, et finalement, ils se rejoignent sans doute sur certaines lignes de force. Tout change, tout se transforme, mais rien ne change absolument sur ce qui concerne la responsabilité civile.

M. SZAMES.- Pour ma part, j'ai noté aussi ce besoin de dialogue et de concertation. C'est vrai que c'est revenu très souvent dans les débats.

AM. TRARIEUX.- Un temps d'échange comme celui que nous avons aujourd'hui était important, un dialogue entre les professionnels de santé. On a parlé de coopération interprofessionnelle, mais là, on a vu qu'il était vraiment temps de se projeter sur ce que l'avenir nous réserve et comment on va s'organiser : le médecin au centre et comment il aura les moyens, dans cette coordination. Il faut qu'on se projette dans tout cela.

M. SZAMES.- Pour conclure, avez-vous quelques pistes ? On a entendu beaucoup, et la parole des jeunes était très forte. On sent que le médecin reste au centre du jeu, mais qu'il a besoin aussi d'être bien entouré.

AM. TRARIEUX.- Tout à fait. J'étais psychiatre hospitalier et j'ai toujours été bien entourée. J'étais au centre et je crois que, dans les exercices, les choses ne se passent finalement pas si difficilement, mais j'ai quand même la conscience aiguë que cette structuration de la coordination n'est pas un temps si facile. Et oui, il est structuré, cela a été dit. C'est peut être là-dessus que la responsabilité pourrait être interrogée.

Il nous reste à nous projeter là-dessus.

M. SZAMES.- Merci beaucoup pour ces quelques mots, Madame TRARIEUX.

CONCLUSION .

DES DÉBATS DE L'ORDRE DU 14 NOVEMBRE 2023

M. SZAMES.- J'appelle le Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Monsieur ARNAULT, je vous laisse conclure cette journée, et on demandera à M. MOURGUES de venir conclure également.

F. ARNAULT.- Merci, Michaël, de la façon dont vous avez mené le débat, toujours avec autant d'écoute.

Ce soir, je suis plutôt heureux d'être Président et je pense que Jean-Marcel est heureux d'être vice-président. J'ai assisté à une journée passionnante avec des intervenants d'extrême qualité qui ont tous été dans l'écoute, il faut le souligner.

Imaginons ce débat il y a une dizaine d'années ; je pense qu'il aurait eu une tout autre nature. On aurait entendu parler de pouvoir médical qu'il faut combattre. On n'a pas entendu cela. On a entendu la responsabilité du médecin qu'il va partager avec la responsabilité des autres professionnels de santé dans une équipe qu'il faut organiser.

J'ai entendu aussi qu'il était vain d'essayer d'aller trop vite. Cela m'a beaucoup plu. Il faut prendre son temps et ne pas construire l'équipe de soins territoriale à coups d'amendements que l'on combat au Sénat ou à l'Assemblée nationale, cela mérite un autre débat.

C'est la responsabilité du gouvernement, indiscutablement, mais je sais que nous avons actuellement une équipe sensible à cela. Il faut organiser ce débat entre les professionnels de santé autour du patient.

Ce mot que je viens de prononcer, « patient », est peut-être la nouveauté la plus significative dans ce débat d'aujourd'hui : le patient était présent, il n'aurait pas été présent il y a une dizaine d'années.

Le patient était présent, le patient acteur de sa santé, c'est indiscutablement nécessaire. Loin de perdre une position, nous tous, tous les soignants, nous avons besoin de cela et les patients ont besoin de comprendre ce que nous faisons,

de le partager avec nous. Nous n'en serons que plus pertinents pour les conseiller et qu'ils comprennent -ils le savent- que nous sommes complètement investis dans la protection de leur santé.

J'ai beaucoup aimé aussi les conclusions de nos jeunes collègues. J'ai apprécié ce que Nicolas GOMBAULT a dit sur la formation des médecins quand ils ont un sinistre lié à une faute ou pas. C'est très important que le médecin accompagne son patient au milieu d'une difficulté qu'il rencontre avec lui, qu'il soit responsable d'une faute ou pas, d'ailleurs.

Beaucoup de sinistres ne se transformeront pas en conflit si le médecin sait rester proche de son patient pour l'aider à traverser la difficulté, même s'il a commis une faute. C'est très important et je vous remercie de l'avoir dit.

Je vous remercie tous et je passe la parole à Jean-Marcel.

J'ai passé une excellente journée et ce sera sûrement à refaire.

M. SZAMES.- Jean-Marcel MOURGUES, on a travaillé ensemble à la préparation de ce débat ; il a tenu ses promesses ? C'est ce que vous souhaitiez ?

JM. MOURGUES.- Je dirais même peut-être au-delà. D'abord, je voudrais remercier personnellement mon cher Président, notre Président François, de nous avoir fait confiance, à une petite équipe, et je veux remercier le collectif. Encore une fois, de peur de les oublier, je ne les citerai pas nominativement, mais j'essayerai de trouver les mots au moment opportun.

Je vais revenir sur les deux piliers du pont :

> La loi du 4 mars 2002, un peu plus de 20 ans après, comme on avait pu le dire lors d'une discussion des débats de l'Ordre il y a un an et demi au siège de l'Ordre, une loi qui a suscité tant d'anxiété, tant de craintes, et dont on a pu mesurer encore aujourd'hui la robustesse, la qualité.

C'est suffisamment rare pour le dire, cela a vraiment été une loi d'exception qui n'a pas mis en péril le système assurantiel et qui, en même temps, a consacré sur de grands principes la solidarité nationale et qui, enfin, a développé des droits nouveaux pour les patients, et je crois que les choses ne sont pas finies.

> On voit bien qu'on est dans la même effervescence dans la révision et les perspectives du champ de la responsabilité, d'abord, les coopérations interprofessionnelles et les transferts.

J'ai particulièrement apprécié la qualité, la tolérance et vraiment l'écoute réciproque parce que si j'avais écouté certains, il ne fallait peut-être pas oser inviter certaines professions de santé -je ne serai pas nominatif.

Je pense vraiment que l'institution sait être une agora pour porter de façon très constructive des débats loin des débats publics qui, il faut bien le dire, ont considérablement abîmé la construction d'une réflexion commune. Qu'est-ce que c'est dommage !

Et puis, évidemment, le champ de l'intelligence artificielle. C'est vertigineux, ce qu'on a pu entendre du numérique !

Enfin, on a été rassuré parce que, comme cela a été si bien dit, finalement, on n'est pas médecin par hasard, et quand on fait ce choix-là, quelles que soit les difficultés, on tient le Cap.

Quelques précisions pratiques parce que j'ai peur d'oublier : la vidéo devrait être accessible début décembre et le verbatim après la relecture revue et corrigée des orateurs et oratrices, en janvier. Merci.

REMERCIEMENTS

DES DÉBATS DE L'ORDRE DU 14 NOVEMBRE 2023

Le Conseil national de l'Ordre des médecins par l'intermédiaire de

François ARNAULT, Président, **Jean-Marcel MOURGUES** Vice-président **Philippe CATHALA**, **Jacqueline ROSSANT-LUMBROSO**, **Stéphane OUSTRIC**, **Jean CANARELLI**, conseillers nationaux et modérateurs des tables rondes et **Anne-Marie TRATRIEUX**, présidente de la section Ethique et déontologie

Exprime leurs sincères remerciements aux intervenants pour avoir nourri les réflexions de cette journée débat et avoir apporté leurs éclairages pertinents sur les 4 thématiques retenues

Cécile MANAOUIL, Professeur de médecine légale à l'université de Picardie, docteur en droit et expert près de la Cour d'appel d'Amiens
• **Marianick LAMBERT**, Représentante de France Assos Santé • **Karine BALAND-PELTRE**, Conseillère nationale.

Laurent BLOCH, Professeur de droit privé – Collège Santé à l'Université de Bordeaux
• **Marianick LAMBERT**, Représentante de France Assos Santé • **Philippe BESSET**, Président de la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF) et des Libéraux de Santé • **Julie DEVICTOR**, Présidente de la CNP des infirmiers en pratique avancée.

Lina WILLIATTE, Avocate au Barreau de Lille, Professeur à la Faculté de droit de l'Université catholique de Lille • **Maroussia GALPERINE**, Avocate au Barreau de Paris • **Nicolas GOMBAULT**, Directeur de la MACSF • **Arthur DAUPHIN**, Chargé de mission numérique de France Assos Santé.

Sébastien LELOUP, Directeur de l'ONIAM
• **Nicolas GOMBAULT**, Directeur de la MACSF
• **Raphaël DACHICOURT**, Président de REAGJIR
• **Jérémy DARENNE**, Président de l'ANEMF
• **Philippe DOMBLIDES**, Président du CROM Nouvelle Aquitaine • **Christine LOUIS-VAHDAT**, Conseillère nationale

Tous les membres du Cnom assurent leur reconnaissance à **Michaël SZAMES**, directeur de la communication et des relations parlementaires de l'UNCCAS pour l'animation de cette rencontre.

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS

4 rue Léon Jost – 75017 Paris

Tél. 01 53 89 32 00

www.conseil-national.medecin.fr

