

SEPTEMBRE 2022 / N° 85 / VOLUME 22

RESPONSABILITÉ

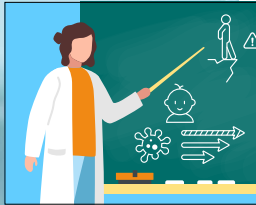
REVUE DE FORMATION SUR LE RISQUE MÉDICAL



SOMMAIRE



DOSSIER



Covid, quelques leçons de prudence

VIE PROFESSIONNELLE

ANALYSES DE DÉCISIONS

© GETTY IMAGES



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

RESPONSABILITÉ

REVUE DE FORMATION SUR LE RISQUE MÉDICAL

COMITÉ DE PARRAINAGE

Pr René Amalberti
Médecin expert gestion des risques

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

Pr Roger Henrion
Membre de l'Académie de médecine

Pierre Joly
Président de la Fondation pour la recherche
médicale

Dr Jacques Pouletty
Président d'honneur du Sou Médical

Jerry Sainte-Rose
Avocat général à la Cour de Cassation

Pr André Vacheron
Ancien président de l'Académie de médecine,
président du Conseil médical du Sou Médical

Gérard Vincent
Délégué général de la Fédération
hospitalière de France

CONSEIL DE RÉDACTION

PRÉSIDENT

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

MEMBRES

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

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

Dr Pierre-François Cambon
Chirurgien-dentiste, président d'honneur
de MACSF épargne retraite et MACSF
financement

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

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

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

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

Dr Jean-François Gérard-Varet
Président d'honneur du Sou Médical

Dr Thierry Houselstein
Directeur médical, MACSF

Dr Xavier Laqueille
Président d'honneur de MACSF assurances

Dr Catherine Letouzey
Médecin interniste

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

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

M^e Catherine Paley-Vincent
Avocat à la Cour

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

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

Stéphanie Tamburini
Juriste MACSF

RÉDACTION

Directeur de la publication
Nicolas Gombault

Rédacteur en chef
Germain Decroix

Assistante de rédaction
Sandrine Layani

Conception et réalisation
Sophie Magnin

ÉDITEUR

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

Dépôt légal : septembre 2022
ISSN : 2491-4657

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



CRÉDIT ILLUSTRATION : SOPHIE MAGNIN



Covid « long » : les enfants aussi !

Un an après la publication par la Haute Autorité de Santé (HAS) d'un document proposant une définition du Covid long et des fiches pratiques pour guider les praticiens et optimiser la prise en charge des malades atteints, le 17 mars 2022, la HAS a cette fois mis à disposition une fiche intitulée « Réponses rapides dans le cadre de la Covid-19. Symptômes prolongés à la suite d'une Covid-19 de l'enfant et de l'adolescent ».

DR CAROLE GERSON, MÉDECIN-CONSEIL MACSF

➤ Un constat : comme chez l'adulte, le Covid peut durer chez l'enfant...

Des parents désemparés se sont heurtés à l'embarras, si ce n'est l'incrédulité de certains médecins lorsque l'hypothèse du Covid long leur était suggérée pour tenter d'expliquer le brutal et durable changement de comportement ou de performances de leur enfant après avoir contracté le Covid¹. Et ce, alors que cette affection avait jusqu'à présent été présentée comme, dans l'immense majorité des cas, asymptomatique ou, au pire, bénigne et de toute façon rapidement résolutive.

Rappelons en effet que déjà, les cas de Covid graves restent exceptionnels chez l'enfant. Un communiqué de Santé Publique France² rapportait « seulement » 2 433 jeunes patients de moins de 18 ans hospitalisés entre janvier 2021 et janvier 2022 et 86 enfants hospitalisés en réanimation du 30 août au 9 septembre 2022.

Comparée à celle observée chez l'adulte, la mortalité est finalement faible chez l'enfant puisque seulement 30 enfants sont décédés en France de la Covid-19 depuis le début de la pandémie, dont :

- 13 avaient moins de 5 ans,
- 5 avaient entre 5 et 11 ans,
- 12 avaient entre 12 et 17 ans.

Pour autant, comme chez l'adulte, est apparu le fait que l'infection puisse durer au-delà des classiques quatre semaines délimitant la Covid aiguë et que des enfants puissent présenter de manière persistante des symptômes au-delà de douze semaines, que nuls autres diagnostic ou situation ne venaient expliquer...

Si on ne connaît toujours pas bien les mécanismes physiopathologiques pouvant expliquer ces formes

« prolongées » (il a été évoqué le rôle de cytokines pro-inflammatoires), les nombreux cas rapportés tendent à prouver leur existence. Même si on remarquera que la HAS elle-même préfère le qualificatif de « formes prolongées » chez l'enfant à celui de Covid long, qu'elle utilise sans réserve pour l'adulte...

« Si on ne connaît toujours pas bien les mécanismes physiopathologiques pouvant expliquer ces formes "prolongées", les nombreux cas rapportés tendent à prouver leur existence. »

➤ Que disent les études ?

Peu d'études pédiatriques étaient jusqu'à présent disponibles et elles étaient de surcroît difficiles d'interprétation car comportant des biais méthodologiques.

Une récente étude britannique³ menée par le biais de questionnaires concernant 6 000 enfants a pu montrer que seulement 1 % des enfants âgés de 5 à 11 ans souffraient de Covid « long » contre 2,7 % de ceux âgés de plus de 11 ans, et que la majorité de ceux-ci avaient d'ailleurs contracté une infection bénigne n'ayant pas nécessité leur hospitalisation.

D'après ces études, comme chez l'adulte, les symptômes compatibles avec un Covid long sont variés, non spécifiques et dominés en termes de fréquence par une asthénie persistante parfois très profonde (des cas d'hypersomnie diurne sont rapportés) ayant un fort impact sur la scolarité comme sur les loisirs de ces enfants. Asthénie que ne viendraient pas expliquer

des troubles psychologiques antérieurement méconnus ou secondaires à des problèmes familiaux ou tout simplement au stress induit par la crise sanitaire et les confinements successifs...

La HAS rappelle que de nombreux autres symptômes peuvent également être rattachés à une infection par la Covid : « *Fatigue, maux de tête, troubles du sommeil, difficultés de concentration, douleurs articulaires diffuses, douleurs abdominales, intolérance à l'effort, vertiges, douleurs thoraciques, ou encore perte de poids et toux prolongée, ces signaux sont nombreux et souvent associés.* »

« La HAS recommande de ne pas trop rapidement imputer les symptômes à des troubles psychologiques ou à une adolescence difficile. »

➔ Quelles sont les recommandations de la HAS aux médecins traitants ?

Si la HAS recommande de ne pas trop rapidement imputer ces symptômes à des troubles psychologiques ou à une adolescence difficile, attitude souvent très mal vécue par l'entourage, elle insiste aussi et surtout sur la nécessité d'un examen clinique rigoureux et d'éliminer par des examens une autre origine possible afin d'éliminer en premier lieu une complication de l'infection passée inaperçue (notamment péricardite et myocardite) ou toute autre maladie intercurrente.

Pour aider les médecins traitants, la HAS leur propose de :

- **définir des objectifs propres à chaque patient** selon ses capacités en s'intéressant aux différents domaines

de sa vie quotidienne : scolaire, social, loisirs, pairs, sport, activité physique, vie familiale ;

- **réguler ses différentes activités** en adaptant le rythme de l'activité et du repos, en ayant recours si possible à la rééducation à l'effort respectant les capacités de l'enfant, la régulation du sommeil et de l'alimentation ;
- **soutenir l'enfant et sa famille**, grâce à l'écoute du médecin traitant et si nécessaire un soutien psychologique ;
- **limiter l'impact social** avec une adaptation souple et évolutive de la vie quotidienne et parfois un aménagement du temps scolaire et de l'activité physique ;
- **prescrire, en fonction des symptômes** et, si nécessaire, des traitements médicamenteux (traitement symptomatique, traitement psychotrope en collaboration avec un pédopsychiatre).

Enfin, parce que les symptômes présentés peuvent être nombreux et intéresser plusieurs appareils, l'accent est mis sur la nécessité d'une prise en charge spécialisée parfois multidisciplinaire à visée rééducative notamment (respiratoire, olfactive, réentraînement à l'effort...) en ne négligeant pas l'apport d'un soutien psychologique spécialisé dont on imagine bien qu'il puisse aussi concerner les parents ! ■



SOURCES

1. Covid-19 : repérer et prendre en charge les symptômes prolongés chez l'enfant et l'adolescent – Communiqué de presse HAS.
2. Situation épidémiologique liée à la COVID-19 chez les 0-17 ans. Point au 13 janvier 2022 – Santé publique France.
3. COVID-19 Schools Infection Survey, England: pupil antibody data, January to February 2022 – Office for National Statistics.

« DGS Urgent », informations contradictoires : quelles leçons tirer de la communication pendant la crise Covid ?

Au plus fort de la crise sanitaire, les professionnels de santé ont été submergés d'alertes quotidiennes, parfois contradictoires et donc contre-productives. La mission CREA-DIFF, nommée par le ministre de la Santé en mai 2021, dresse un bilan sévère de cette communication. Elle a émis des recommandations, en octobre 2021, en faveur d'un dispositif opérationnel plus cadré en cas de nouvelle urgence sanitaire.

STÉPHANIE TAMBURINI, JURISTE, MACSF

➤ Communication vers les soignants au plus fort de la crise sanitaire : un bilan sévère

Un bilan a été dressé par la mission CREA-DIFF après envoi d'un questionnaire à un panel représentant l'ensemble des professions de santé et 160 entretiens d'une heure sur une période de cinq mois. Il fait ressortir l'incapacité de la parole officielle à atteindre sa cible. Pire, cette parole, en concurrence avec celle de nombreux experts (ou pseudo experts) sur les réseaux sociaux ou dans les médias, a souvent été parasitée et reçue avec défiance.

Les sources officielles d'information n'ont pas toujours su reconnaître qu'elles ne « savaient pas » et n'avaient

pas réponse à toutes les questions, au moment où elles se posaient.

La crise sanitaire a donc révélé les fragilités du système d'alerte des soignants, qui s'expliquent par :

- des réflexes et une acculturation à la gestion de crise insuffisants de la part de beaucoup de professionnels de santé ;
- un mode de diffusion des messages d'alerte, principalement via des flash, les fameux « DGS Urgent », inadapté sur la forme et pas toujours clair sur le fond ;
- une multiplicité des canaux et des intervenants, avec une frontière difficile à tracer entre les informations officielles et officieuses, sérieuses et fantaisistes, vérifiées ou encore à l'état d'hypothèses.



« La crise sanitaire a révélé les fragilités du système d'alerte des soignants. »

© GETTY IMAGES

De ce constat est née la nécessité de réfléchir à des propositions d'améliorations pour éviter que le phénomène ne se reproduise lors d'une nouvelle crise sanitaire.

➤ Focus sur les « DGS Urgent »

Ce dispositif, qui fonctionnait plutôt bien auparavant, a paradoxalement été source d'inefficacité au plus fort de la crise sanitaire liée au coronavirus.

Les messages se sont succédés et empilés, parfois au cours de la même journée. Les contenus textuels étaient trop longs ou confus. À force d'être utilisés de façon systématique et pas toujours bien ciblée, ces messages ont fini par être banalisés par les professionnels de santé, qui se sont de surcroît sentis « agressés » et déresponsabilisés.

La mission préconise de développer des formats plus adaptés, plus lisibles (infographies, modules téléchargeables, etc.) et adaptables selon les cibles.

Par exemple, prévoir un tronc commun destiné à tous les professionnels de santé et une partie spécifique à certaines professions seulement pourrait s'avérer beaucoup plus efficace.

« Pour être efficaces, les modalités de diffusion des messages doivent évoluer. »

Mais la mission ne se limite pas à ces « DGS Urgent » et aborde, de façon beaucoup plus large, les axes de progrès à envisager pour communiquer dans le cadre de la gestion d'une crise sanitaire.

➤ 1^{er} axe de progrès : former les professionnels de santé et anticiper

Cette stratégie passe par plusieurs étapes :

- créer une cellule dédiée à la rédaction et à la diffusion de contenus, placée sous la responsabilité d'un « Chief Digital Officer » ;
- développer des contenus basés sur le « micro-learning » sur des thèmes divers : connaissance et utilisation des bases de données existantes, utilisation des réseaux sociaux, média training, etc. ;
- anticiper en intégrant la gestion d'une crise sanitaire à la formation continue ou au processus de recertification ;

- développer la culture du « travailler ensemble » et de l'exercice (s'entraîner pour être prêt quand la crise survient) ;
- sélectionner plus efficacement les informations fiables, émanant de sources officielles ;
- développer l'information entre pairs en favorisant le compagnonnage ;
- investir dans des algorithmes de push de contenus qui permettent d'observer, analyser et transformer l'analyse des signaux en recommandations fiables ;
- faire évoluer l'application TousAntiCovid en la scindant en deux applications différentes : l'une destinée au grand public, l'autre aux professionnels de santé.

➤ 2^e axe de progrès : mieux diffuser et mieux partager

Pour être efficaces, les modalités de diffusion des messages doivent évoluer. Plusieurs relais peuvent coexister et les supports de diffusion doivent être diversifiés pour « coller » au mieux à la réalité du terrain.

• Quels relais pour l'information ?

- Des réseaux généralistes, dont les réseaux sociaux qui permettent par exemple d'adresser un message ciblé à une communauté.
- Des réseaux spécialisés, en attendant la messagerie instantanée sécurisée dédiée prévue par l'Agence numérique en santé.
- Des relais institutionnels : les Ordres professionnels, les sociétés savantes, la CNAM, etc.
- Des influenceurs santé sur les réseaux sociaux, après vérification de leur fiabilité et validation.
- Des élus locaux.
- Éventuellement des industriels.

• Quels supports pour l'information ?

Plusieurs supports peuvent être utilisés :

- des QR codes via une plateforme sécurisée ;
- des campagnes de SMS, pour améliorer le taux d'ouverture des messages ;
- des courriers postaux, car il ne faut pas oublier que tous les professionnels de santé n'ont pas de comptes sur les réseaux sociaux et ne consultent pas régulièrement leur boîte mail ;
- une newsletter brève, régulière, claire et de qualité. ■



EN SAVOIR +

Création et diffusion de contenus destinés aux professionnels de santé en cas de nouvelle urgence sanitaire - Solidarité Santé Gouv

Les centres antipoison et de toxicovigilance : une réponse experte en toxicologie aiguë

Les huit centres antipoison jouent un rôle primordial dans la prise en charge de première ligne des intoxications à toute substance, naturelle ou de synthèse, présente sur le marché. Comment ces centres fonctionnent-ils et sur quels outils s'appuient-ils ?

DR MARIE DEGUIGNE, CENTRE ANTIPOISON ET DE TOXICOVIGILANCE GRAND OUEST, CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (CHU) ANGERS
DR GAËL LE ROUX, CENTRE ANTIPOISON ET DE TOXICOVIGILANCE GRAND OUEST, CHU ANGERS - UNIVERSITÉ ANGERS, CHU ANGERS, UNIVERSITÉ RENNES, INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE (INSERM), ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SANTÉ PUBLIQUE (EHESP), INSTITUT DE RECHERCHE EN SANTÉ, ENVIRONNEMENT ET TRAVAIL (IRSET), UMR_S 1085, IRSET-ESTER (ÉPIDÉMIOLOGIE EN SANTÉ AU TRAVAIL ET ERGONOMIE), SFR INTERACTIONS CELLULAIRES ET APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES (ICAT), CDC, ANGERS
PR ALEXIS DESCATHA, CENTRE ANTIPOISON ET DE TOXICOVIGILANCE GRAND OUEST, CHU ANGERS - UNIVERSITÉ ANGERS, CHU ANGERS, UNIVERSITÉ RENNES, INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE (INSERM), ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SANTÉ PUBLIQUE (EHESP), INSTITUT DE RECHERCHE EN SANTÉ, ENVIRONNEMENT ET TRAVAIL (IRSET), UMR_S 1085, IRSET-ESTER (ÉPIDÉMIOLOGIE EN SANTÉ AU TRAVAIL ET ERGONOMIE), SFR INTERACTIONS CELLULAIRES ET APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES (ICAT), CDC, ANGERS - DEPARTMENT OF OCCUPATIONAL MEDICINE, EPIDEMIOLOGY AND PREVENTION, NORTHWELL HEALTH, NEW YORK, USA

➤ Comment fonctionnent les centres antipoison et de toxicovigilance ?

Une équipe spécialisée en toxicologie est présente 24 h/24 dans chacun des 8 centres antipoison et de toxicovigilance français pour répondre à des appels concernant les intoxications notamment aiguës.

Dans la salle dédiée à la Réponse Téléphonique à l'Urgence (RTU), une des grandes missions du centre antipoison permet à une équipe de toxicologues de répondre aux appels du public, des professionnels de santé (médecins urgentistes, intensivistes et réanimateurs, pharmaciens, médecins généralistes, médecins spécialistes en santé au travail...). Cette équipe est constituée de toxicologues cliniciens de formation initiale médecine ou pharmacie, d'internes et étudiants hospitaliers, d'infirmiers spécialisés en réponse toxicologique et d'assistants administratifs.

Ils se répartissent sur le territoire en fonction de zones prédéfinies (voir carte Les 8 centres antipoison et de toxicovigilance et leur zone de compétence).

À chaque appel, un avis toxicologique sera fourni permettant d'évaluer le risque toxique et de préciser la prise en charge souhaitable du patient.

Complémentaire des SAMU - Centre 15 qui sont contactés prioritairement pour

les détresses, l'équipe de toxicologues créera un dossier médical, recueillera les éléments sur le terrain, les circonstances précises, le toxique incriminé (qu'il soit industriel, domestique, médicamenteux, récréatif, végétal, animal, de guerre...), la chronologie, les effets... Plus les éléments sont précis, plus la réponse est précise.

« À CHAQUE APPEL, UN AVIS TOXICOLOGIQUE SERA FOURNI PERMETTANT D'ÉVALUER LE RISQUE TOXIQUE ET DE PRÉCISER LA PRISE EN CHARGE SOUHAITABLE DU PATIENT. »

➤ La base de données toxicologiques, une aide précieuse pour orienter la prise en charge

Ce travail est facilité par la notification obligatoire pour les industriels, de la composition exacte des produits. Seuls les centres antipoison et de toxicovigilance ont accès à ces informations confidentielles.

Les centres antipoison et de toxicovigilance ont également accès à un système d'information, la base nationale des cas d'intoxications.

Cela permet d'une part d'avoir très rapidement accès à une importante base de données toxicologiques en lien direct avec le cas que l'on est en train de traiter afin d'apporter rapidement une réponse

experte à son interlocuteur : un conseil, la description de symptômes susceptibles d'apparaître, une mise en garde ou l'orientation vers une prise en charge...

D'autre part, cet outil est une banque qui permet, par son action de recensement, une veille sanitaire très rigoureuse sur les risques émergents de certains produits, médicamenteux ou non.

➤ La toxicovigilance, une mission essentielle

Toutes les demandes traitées font l'objet d'un dossier dans lequel sont consignées la gravité du cas et l'imputabilité du produit en question.

Un suivi de la majorité des cas est réalisé par téléphone ou SMS auprès du patient ou du praticien afin de pouvoir s'assurer de l'évolution favorable dans le cadre de la toxicovigilance.

Cette toxicovigilance est assurée en étroite partenariat régional avec les Agences Régionales de Santé (ARS) et, au niveau national, avec l'Agence Nationale de Sécurité

« TOUTES LES DEMANDES TRAITÉES FONT L'OBJET D'UN DOSSIER DANS LEQUEL SONT CONSIGNÉES LA GRAVITÉ DU CAS ET L'IMPUTABILITÉ DU PRODUIT EN QUESTION. »

du Médicament (ANSM), l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), Santé Publique France et la Direction Générale de la Santé. Par exemple, des [programmes de surveillance](#) syndromique par ces autorités de tutelle ont été mis en place.

Les centres antipoison et de toxicovigilance permettent de répondre également aux professionnels de santé sur l'utilisation d'antidote et guider les professionnels de l'urgence sur la prise en charge aiguë des intoxiqués ou d'orienter le diagnostic face à des syndromes graves inexplicables où la piste toxicologique est évoquée. ■

→ **EN SAVOIR +**
[Site de l'association des centres antipoison et toxicovigilance Français](#)



L'importance de la bonne tenue du dossier médical en médecine d'urgence

Le dossier du patient, support indispensable à la pratique des professionnels de santé, doit permettre à chacun d'entre eux d'y retrouver la trace de chacune des interventions dont le patient a bénéficié au cours de sa prise en charge. C'est un document très important dans la prise en charge des patients, puisqu'outre le recueil et la conservation des informations médicales, il est indirectement le reflet de la qualité de la prise en charge des patients mais doit également être accessible aux usagers du système de santé ou à leurs ayants droit pour faire valoir leurs droits.

DR YAMALDINE ALOUACHE, PRATICIEN HOSPITALIER EN SERVICE D'URGENCE ET SERVICE MOBILE D'URGENCE ET DE RÉANIMATION (SMUR) - DIPLÔMÉ DE RÉPARATION JURIDIQUE DU DOMMAGE CORPOREL, DU CERTIFICAT D'APTITUDE À L'EXPERTISE DU DOMMAGE CORPOREL (CAPEDOC) ET D'UN MASTER 2 DE DROIT DE LA SANTÉ - MÉDECIN-CONSEIL, EXPERT EN RESPONSABILITÉ MÉDICALE, MACSF

➤ Une obligation pour le professionnel de santé

L'ARTICLE 32 DU CODE DE DÉONTOLOGIE PRÉVOIT QUE...

Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement à son malade des soins consciencieux et dévoués et à faire appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents.

- Dans une décision du 22 septembre 1993, la section disciplinaire de l'Ordre des médecins a rappelé que le fait de ne pas tenir un dossier médical pour ses malades est constitutif d'une insuffisance technique et viole l'article 34 du Code de déontologie médicale.

- Dans un arrêt du 14 avril 2016, la Cour de Cassation a retenu le renversement de la charge de la preuve en cas de dossier médical incomplet en la faisant peser, non sur le patient qui sollicitait une indemnisation pour le dommage corporel subi, mais sur le professionnel de santé¹.

Parallèlement, des notes médicales rédigées de façon très sommaire et pour lesquelles le praticien n'a pas pris le soin de recenser toutes les informations recueillies lors de sa prise en charge peuvent engager sa responsabilité au titre d'un **manquement dans sa prise en charge**, le praticien étant dans l'incapacité de démontrer que sa prise en charge, au moment des faits, était conforme aux données acquises de la science et qu'elle n'a pas participé à l'apparition du dommage.

➤ Dossier médical : un outil qui est le reflet de la qualité de la prise en charge

Ainsi, lors de chaque prise en charge médicale, le praticien doit renseigner les informations recueillies lors de l'interrogatoire



© GETTY IMAGES

du patient, les données précises de son examen clinique et des examens paracliniques auxquels il a eu recours pour étayer son diagnostic.

Le praticien doit également expliquer les orientations diagnostiques et thérapeutiques retenues à travers une argumentation précise en complétant, le cas échéant, par les diagnostics différentiels plausibles.

Chaque décision doit faire l'objet d'une explication claire que les professionnels de santé, qui se succèdent dans la prise en charge du patient, pourront enrichir et faire évoluer dans l'intérêt de la prise en charge du patient.

Une observation médicale bien renseignée et argumentée est souvent le reflet d'un raisonnement et d'une prise en charge médicale de qualité. Outre la mémoire que représente ce document dans l'itinéraire médical du patient, elle atteste de sa qualité.

Plusieurs travaux ont démontré des liens entre l'amélioration de la qualité du dossier patient et la qualité de la prise en charge. Ainsi l'impact sur la qualité de la prise en charge des patients est reconnu².

➤ **Traçabilité du dossier médical : un moyen de preuve devant une juridiction**

La traçabilité d'un dossier médical bien tenu et dont la prise en charge est bien argumentée permet, en cas de contentieux, de défendre la position prise par le professionnel de santé ou de minimiser, voire l'exonérer de tout manquement.

Un dossier médical bien tenu renseigne à la fois l'expert judiciaire désigné par le magistrat mais nourrit également le débat lors de la discussion médico-légale avec les conseils des parties, médecins ou avocats.

« **UNE OBSERVATION MÉDICALE BIEN RENSEIGNÉE ET ARGUMENTÉE EST SOUVENT LE REFLET D'UN RAISONNEMENT ET D'UNE PRISE EN CHARGE MÉDICALE DE QUALITÉ.** »

Lorsqu'une zone d'ombre plane sur le lien d'imputabilité entre la prise en charge du praticien et le dommage, les experts retiennent un manquement qu'ils expriment sous la forme de perte de chance d'éviter le dommage.

L'absence de dossier médical bien renseigné affaiblit la ligne de défense du praticien mis en cause et l'expose à voir sa responsabilité retenue, entièrement ou partiellement.

En cas de dossier médical insuffisamment documenté, des manquements pourraient lui être reprochés.

Afin d'anticiper toute difficulté sur ce plan, l'importance d'une observation médicale bien renseignée représente un élément de preuve pour démontrer une prise en charge dans les règles de l'art.

Rappelons que **cette charge incombe au professionnel de santé** et non au demandeur.

➤ **Droit à l'accès au dossier médical**

L'ARTICLE L. 1111-7 ALINÉA 1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DISPOSE QUE...

Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenue, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisés ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment les résultats d'examens, compte-rendu de consultation, d'interventions, d'exploration ou d'hospitalisation, les protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuille de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

Les patients ou leurs ayants droit peuvent accéder aux données médicales les concernant afin de faire valoir leurs droits :

- soit dans le cadre d'un recours auprès des tribunaux ou des Commissions de Conciliation et d'Indemnisation (CCI) afin d'apporter la preuve du lien entre un acte de soin, de diagnostic, thérapeutique, de prévention ou de surveillance et le dommage dont ils réclament l'indemnisation ;
- soit pour la mise en œuvre des garanties d'un contrat d'assurance ou encore pour accomplir les formalités en lien avec leur caisse de sécurité sociale ou autres organismes sociaux.

À RETENIR

Un dossier médical bien tenu et renseigné sera le meilleur garant d'un bon exercice médical au service du patient et sera également utile en cas de recherche de sa responsabilité en cas de contentieux. ■

NOTES

1. C. Cass, 1^{re} Ch. Civ., 14 avril 2016 (n° 15-14629). Voir aussi dans le même sens C. Cass. 1^{re} Ch. Civ., 9 avril 2014 (n° 13-14.964) : *Renversement de la charge de la preuve en cas de dossier médical incomplet : la faute du professionnel de santé est présumée.*
 2. Fiche descriptive de l'indicateur : Tenue du Dossier Patient (TDP) – Généralisation des indicateurs 2008 – HAS/DAQSS/SIPAQH/10/07/2008.



Pédiatre : une obligation de moyens limitée au domaine de compétences

Quand un praticien assure le suivi pédiatrique ordinaire d'un jeune patient, il ne peut lui être reproché de ne pas avoir diagnostiqué une pathologie qui outrepassé ses compétences. C'est ce que rappelle un arrêt de la Cour de cassation du 6 avril 2022, dans une affaire concernant une pathologie urologique tardivement diagnostiquée.

STÉPHANIE TAMBURINI, JURISTE, MACSF

➤ Mise en cause tardive d'un pédiatre pour négligence

Un enfant naît avec une malformation congénitale de la partie basse de la moelle épinière, commandant la motricité et la sensibilité des membres inférieurs, ainsi que le sphincter anal et vésical. À l'âge de 4 mois, il subit une intervention neuro-chirurgicale pour remédier à cette malformation. Par la suite, son suivi pédiatrique est assuré par un pédiatre de ville.

Alors que l'enfant a 12 ans, il consulte pour une rétention d'urine. Le praticien l'adresse en urgence à un urologue pédiatrique, qui à son tour l'oriente vers un urologue référent en neuro-urologie hospitalier.

Quelques mois plus tard, l'adolescent subit une intervention chirurgicale réalisée par un neurochirurgien pédiatrique en raison d'une vessie neurologique qui s'est développée à bas bruit.

Dans une lettre qu'il adresse au pédiatre traitant, le neurochirurgien déplore l'absence de mise en place plus systématique et plus précoce d'un suivi électrophysiologique et urodynamique. Il estime que cela aurait pu empêcher la survenue de la vessie neurologique.

Dix ans plus tard, le patient, devenu majeur et atteint d'une paralysie vésicale définitive, invoque le contenu de cette lettre pour mettre en cause la responsabilité du pédiatre. Il lui reproche, alors qu'il était le pédiatre traitant, de ne pas avoir dispensé des soins appropriés et de ne pas avoir « passé la main » à un praticien plus spécialisé, si les particularités du suivi l'imposaient.

Il est débouté en appel et se pourvoit en cassation.

➤ Une pathologie urinaire qui outrepassé les compétences du pédiatre

La Cour de cassation approuve et confirme le raisonnement de la Cour d'appel.

Il est établi par les pièces du dossier qu'à l'époque de l'épisode de rétention urinaire, le pédiatre n'assurait que le suivi pédiatrique courant de l'enfant. Or, la pathologie urologique nécessitait, selon l'expert judiciaire, « l'intervention de plusieurs praticiens hyperspécialisés en neurologie et en urologie pédiatrique ».

Le pédiatre n'avait donc ni la compétence, ni les moyens de suivre une pathologie telle que celle de la victime.

Il ne peut lui être reproché de ne pas avoir fait appel à des tiers plus compétents, dans la mesure où il n'était pas en charge du suivi de la pathologie du patient et qu'à compter de 1998, les consultations n'étaient que sporadiques. Ceci d'autant plus que quand il a été consulté pour un motif de rétention d'urine, le praticien a bien adressé son patient à un spécialiste pour une prise en charge adaptée.

➤ Que retenir de cette affaire ?

La solution retenue par la Cour de cassation est parfaitement logique au regard des textes et de la jurisprudence.

Le patient reprochait au pédiatre de ne pas avoir correctement traité une pathologie urologique dont l'expertise judiciaire a pourtant établi le caractère très spécifique.

Or, et c'est ce qu'illustre l'arrêt de la Cour de cassation :

L'omnivalence du diplôme de docteur en médecine ne signifie pas que tout praticien peut prendre toute pathologie en charge, sans distinction. Excepté dans des cas d'urgence très particuliers, il doit apprécier en conscience s'il est compétent pour assurer une prise en charge au-delà de sa sphère habituelle de compétences.

Quand ce n'est pas le cas, poursuivre la prise en charge malgré tout peut même engager la responsabilité du praticien, comme l'a jugé la Cour de cassation depuis 2012.

Dans cette affaire, le pédiatre s'est cantonné au suivi pédiatrique courant, conformément à son périmètre de compétences. Puis, quand le patient a commencé à présenter des troubles évocateurs d'une pathologie urologique nécessitant des soins plus pointus, il l'a adressé aux spécialistes *ad hoc*.

Il a ainsi pleinement respecté les limites de ses compétences. Compétences qui doivent servir de référence pour déterminer les règles de l'art dont le respect s'impose dans le cadre de l'obligation de moyens. ■



EN SAVOIR +

Décision : [Cour de cassation, civile, Chambre civile 1, 6 avril 2022, 20-21.645](#)

Transmission du dossier médical d'un patient décédé : le Conseil d'État confirme les pouvoirs de la CNIL

Quand les ayants droit d'un patient décédé demandent la transmission de son dossier médical, certaines conditions, posées par le Code de la santé publique, doivent être réunies. En cas de refus de transmission, les ayants droit peuvent se tourner vers la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), qui dispose d'un large pouvoir d'appréciation pour déterminer s'il est ou non justifié. Y compris sur des critères qui vont au-delà des seules conditions posées par le Code de la santé publique. C'est ce que juge le Conseil d'État, dans un arrêt du 18 novembre 2021.

STÉPHANIE TAMBURINI, JURISTE, MACSF

➤ Un médecin refuse de transmettre le dossier d'une patiente décédée

Les ayants droit d'une patiente décédée adressent plusieurs courriers à son médecin traitant, pour obtenir l'accès au dossier médical de leur mère.

À plusieurs reprises, le médecin refuse par écrit la communication du dossier médical sollicité, pour deux raisons :

- la demande concernerait, selon lui, une pathologie survenue dans un hôpital antérieurement au suivi qu'il a assuré ;
- la demande ne viserait aucun des motifs légaux justifiant l'accès au dossier médical d'une personne décédée. En effet, la loi réserve cet accès à trois motifs, qui n'existaient pas en l'espèce.

Face à ce refus, les ayants droit forment une plainte devant la CNIL à l'encontre du praticien. La CNIL clôt cette plainte, par une décision dont les requérants demandent l'annulation pour excès de pouvoir devant le Conseil d'État.

➤ Quels sont les textes applicables à la transmission du dossier d'un patient décédé ?

L'article L. 1110-4 du Code de la Santé Publique (CSP) rappelle que le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne majeure décédée soient délivrées à ses ayants droit, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès, dans la mesure

« TOUTE DEMANDE D'ACCÈS AU DOSSIER PAR L'AYANT DROIT DOIT ÊTRE ACCOMPAGNÉE DE JUSTIFICATIFS. »



© GETTY IMAGES

où elles leur sont nécessaires pour répondre exclusivement à trois motifs :

- connaître les causes de la mort,
- défendre la mémoire du défunt,
- faire valoir leurs droits.

Toute demande d'accès au dossier par l'ayant droit doit donc être accompagnée de justificatifs, destinés à établir que l'un au moins des trois motifs est bien présent.

Si le praticien a connaissance que, de son vivant, le patient avait formé une opposition à cette transmission, il ne peut faire droit à la demande des ayants droit.

➤ Sur quels critères la CNIL s'est-elle fondée pour clore la plainte ?

Logiquement, la CNIL s'est fondée sur l'article L. 1110-4 du CSP qui s'applique aux dossiers médicaux, mais pas seulement. Elle s'est également appuyée sur les articles 84 et 86 de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés qui, eux, visent plus généralement les données à caractère personnel.

Ces dernières dispositions rappellent que le droit d'accès aux données personnelles s'éteint au décès de la personne concernée et que les héritiers peuvent exercer, après le décès, le droit d'accès à ces données :

- dans la mesure nécessaire à l'organisation et au règlement de la succession du défunt ;
- en l'absence de directives relatives à la communication des données à caractère personnel de la personne décédée, ou de mention contraire dans de telles directives.

Ainsi, la CNIL a pris en compte à la fois les dispositions générales sur les conditions de la transmission de données personnelles et celles, spéciales, sur la transmission du dossier médical.

« LE DROIT D'ACCÈS AUX DONNÉES PERSONNELLES S'ÉTEINT AU DÉCÈS DE LA PERSONNE CONCERNÉE. »

En l'occurrence, les ayants droit ne semblaient avoir respecté aucune des conditions posées par les textes :

- ils n'avaient pas précisé les motifs de leur demande ;
- le dossier ne comportait pas d'éléments qui auraient permis de répondre à l'un des motifs prévus par la loi ;
- ils n'avaient pas non plus justifié d'une nécessité liée à l'organisation ou au règlement de la succession ;
- le praticien mis en cause avait cessé d'être le médecin traitant de la patiente depuis plus d'un an à la date du décès.

➤ Que retenir de l'arrêt du Conseil d'État ?

Le Conseil d'État, par son arrêt du 18 novembre 2021, confirme que la décision de la CNIL de clore la plainte était

fondée, et rejette le recours en excès de pouvoir formé par les ayants droit.

Il rappelle que quand elle est saisie d'une plainte ou d'une réclamation, la CNIL dispose d'un large pouvoir d'appréciation qui repose évidemment sur la législation applicable, mais aussi sur le sérieux des indices relatifs aux faits, sur la date à laquelle ils ont été commis et le contexte. En l'espèce, c'est bien ce qu'a fait la CNIL en considérant plusieurs éléments résultant à la fois des faits, des dispositions du Code de la santé publique et de celles de la loi de 1978.

« EN CAS DE REFUS DE TRANSMISSION D'UN DOSSIER MÉDICAL, LA CNIL A LA FACULTÉ DE SANCTIONNER LE PRATICIEN. »

• La compétence de la CNIL se trouve donc confirmée...

En cas de difficultés d'accès, par les ayants droit, au dossier médical d'une personne décédée, peu importe que le détenteur du dossier soit un établissement ou un praticien, qu'il exerce en secteur public ou libéral. Cette compétence permet à la CNIL, en cas de non-respect des conditions de transmission, de sanctionner le praticien, ce qu'elle a d'ailleurs déjà fait, parfois sévèrement, comme en témoigne cette affaire.

• Mais la décision soulève également une question

La CNIL, saisie pour un refus de transmission d'un dossier médical, pourrait-elle s'appuyer sur les seules conditions posées par la loi de 1978 pour enjoindre au praticien de transmettre le dossier, ou le sanctionner en cas de refus ?

Imaginons en effet qu'aucune des conditions légales prévues par le Code de la santé publique ne soit réunie : en principe, le praticien est fondé à refuser la transmission. Mais si le motif donné par les ayants droit concerne l'organisation de la succession (non expressément visée dans le Code de la santé publique mais mentionnée dans la loi de 1978 sur les données personnelles), est-il obligé de transmettre les éléments, et s'il ne le fait pas, peut-il être sanctionné pour cela ?

Cela semblerait étonnant, car cela reviendrait à retenir des conditions supplémentaires à celles posées dans le Code de la santé publique. À moins qu'il ne soit considéré que l'organisation de la succession (condition posée dans la loi de 1978) est incluse dans la condition posée par le Code de la santé publique, plus vague, de « faire valoir les droits » de l'ayant droit...

Peut-être le Conseil d'État aura-t-il l'occasion d'affiner et de préciser sa position dans de prochaines décisions rendues sur ce sujet. ■



Oui,
votre responsabilité
civile professionnelle
doit aussi vous

protéger

**dans vos nouvelles
pratiques**



Ensemble, prenons soin de demain