SOMMAIRE

P 2

VIE PROFESSIONNELLE

P 12

DÉONTOLOGIE

P 20

JUIN 2021 / N° 80 / VOLUME 21

RESPONSABILITÉ

REVUE DE FORMATION SUR LE RISQUE MÉDICAL

20 ANS



DOSSIER

P 6

Santé sexuelle des adolescents : bonnes pratiques et aspects réglementaires

MACSF
Le Sou Médical

SOMMAIRE



© BSIP

ÉDITO

4/5
Responsabilité : 20 ans de réflexion sur le risque médical

DOSSIER

Santé sexuelle des adolescents : bonnes pratiques et aspects réglementaires

6/8
Santé sexuelle des adolescents : de l'accueil aux soins

9/10
Santé sexuelle et reproductive des mineurs : questions juridiques

11
Contraception et IVG de la patiente mineure

VIE PROFESSIONNELLE

12/14
Assistant médical : une nouvelle aide pour les médecins

15/17
La formation d'assistant médical en pratique

18/19
Décisions médicales concernant les majeurs protégés : ce qui change

DÉONTOLOGIE

20
Refus de soins discriminatoire et conciliation : la CNAM apporte des précisions

ANALYSE DE DÉCISION

21/22
Portée, contrôle et actualisation des recommandations de la HAS : un arrêt du Conseil d'État riche d'enseignements

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

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

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

Me Catherine Paley-Vincent
Avocat à la Cour

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

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

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

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

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

Stéphanie Tamburini
Juriste MACSF

RÉDACTION

Directeur de la publication
Nicolas Gombault

Rédacteur en chef
Germain Decroix

Assistante de rédaction
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 : juin 2021
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.

Responsabilité : 20 ans de réflexion sur le risque médical

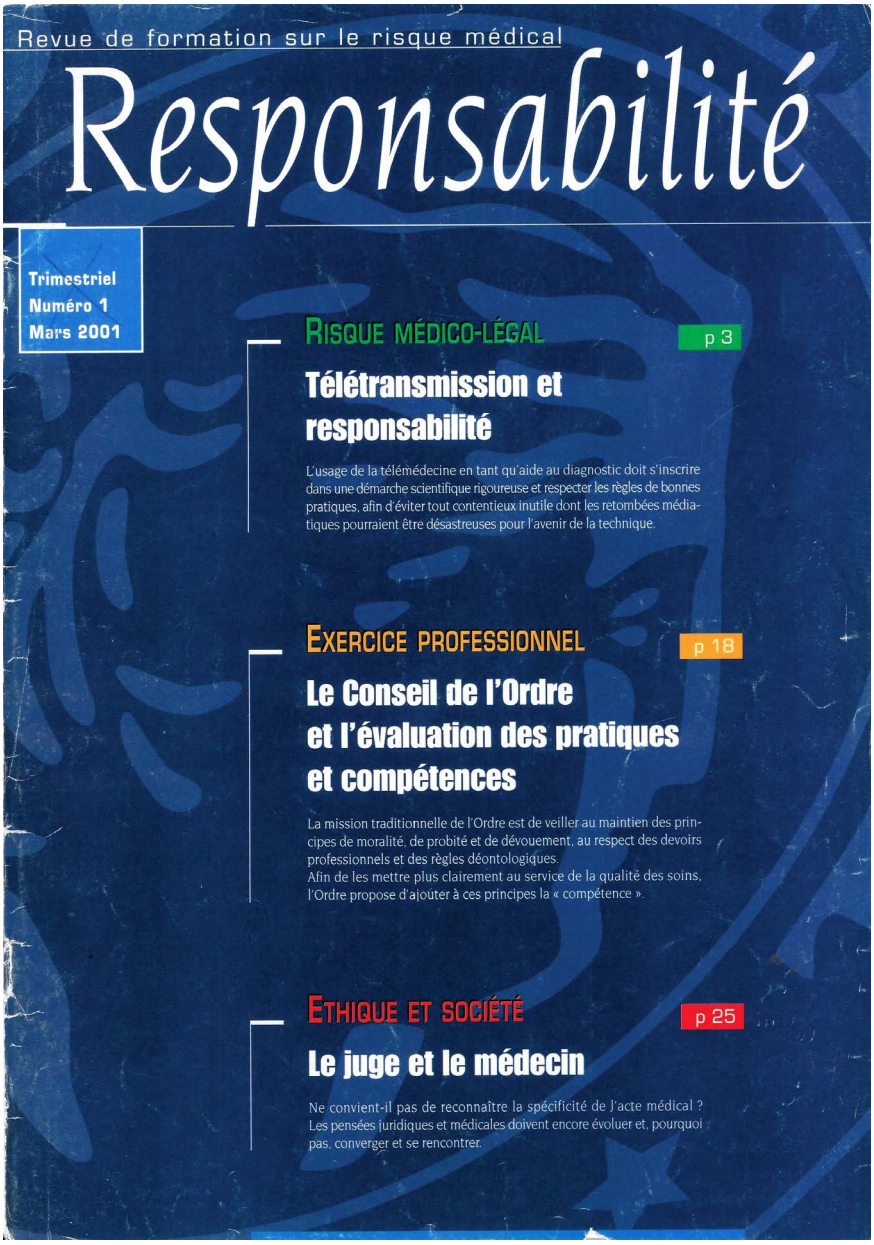
GERMAIN DECROIX, RÉDACTEUR EN CHEF & JURISTE, MACSF

En mars 2001, le Sou Médical (qui a intégré la MACSF en 2007) publiait le premier numéro de sa revue *Responsabilité* pour partager avec ses sociétaires et ses abonnés son expérience sur les questions médico-légales. Nous avons voulu cette revue comme un croisement des expériences, un creuset d'échanges entre professionnels d'horizons différents qui ont envie d'apprendre les uns des autres.

Qui aurait dit que 20 ans plus tard, et après 80 numéros, les sujets abordés resteraient aussi nombreux et même inépuisables ? N'oublions pas : la médecine et le droit sont des matières vivantes aux innovations permanentes nécessitant un dialogue entre ces deux univers, dialogue qu'il n'a d'ailleurs pas toujours été facile de maintenir.

Permettez-moi de rappeler, non sans une certaine nostalgie, la une de ce premier numéro qui confirme combien les sujets abordés restent totalement d'actualité :

- **« Télétransmission et responsabilité »**
  Les débuts de la télémédecine inquiétaient, tant les situations de responsabilité pouvaient être nombreuses ; mais l'encadrement de celle-ci a permis une bonne régulation. 20 ans plus tard et après une pandémie mondiale, la télémédecine est entrée dans le droit commun et va le rester.
- **« Le conseil de l'Ordre et l'évaluation des pratiques et compétences »**
  L'Ordre se proposait alors d'ajouter aux principes de moralité, de probité et de dévouement, l'exigence de la compétence. Que de chemin parcouru



© DR

depuis mais la route est loin d'être terminée…

- **« Le juge et le médecin »**
  Le professeur Claude Sureau, premier président du Conseil de rédaction, demandait la reconnaissance de la spécificité de l'acte médical et proposait aux juges et aux médecins de se rencontrer pour mieux se comprendre. Le dialogue a été maintenu, même si les points de vue sont parfois divergents.

1 an après la création de la revue, la loi Kouchner sur les droits des patients (4 mars 2002) est venue bouleverser les fondamentaux de la responsabilité médicale et en a posé le nouveau socle, encore applicable aujourd'hui. Elle a, entre autres, précisé les contours de l'obligation d'information des médecins, organisé la réparation des aléas médicaux via les Commissions de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CCI) (ce qui a apaisé nombre de situations) et institué une obligation d'assurance en responsabilité pour les professionnels de santé libéraux. Cette obligation d'information a donné lieu à de nombreux articles dans la revue qui ont permis de varier les points de vue et de donner d'utiles conseils aux lecteurs afin d'adapter les pratiques à l'évolution des interprétations jurisprudentielles.

Toujours dans le domaine législatif, les lois de bioéthique (loi du 29 juillet 1994, loi du 6 août 2004 et loi du 7 juillet 2011) – de par leur révision périodique – ont donné lieu à des commentaires qui ont trouvé naturellement leur place dans la rubrique « Éthique & société ». Et 2021 ne sera pas en reste puisqu'une nouvelle loi est annoncée, dont nous ne manquerons pas de présenter les différents aspects.

Une attention toute particulière a été apportée aux lois sur la fin de vie (loi Léonetti du 22 avril 2005, loi Claeys-Léonetti du 2 février 2016) en raison de l'importance du débat et des difficultés de mise en œuvre. Là aussi, il faudra suivre les éventuelles évolutions puisque le débat est loin d'être terminé.

Nous avons eu à cœur de présenter à nos lecteurs un grand nombre de décisions de justice ou de CCI pour partager notre expérience de ce contentieux aux nombreuses facettes, toujours dans l'esprit de chercher des solutions pratiques permettant le respect des exigences croissantes pesant sur les praticiens.

Et parce que nous ne vivons pas en vase clos, nous nous sommes intéressés à ce qui se passe ailleurs, au départ grâce à l'association Europa Medica, puis au-delà de l'Europe. Cela nous a permis de découvrir d'autres pratiques et ainsi de procéder à des comparaisons, et de prendre du recul par rapport aux nôtres.

Ce sont ces évolutions que nous avons observées pendant 20 ans en étant de plus en plus persuadés que, sur les questions abordées, il n'y a pas et il n'y aura pas de réponse définitive. De plus, les innovations incessantes en santé poussent le droit à être lui aussi créatif, vers un droit souple et parfaitement en phase avec son environnement. Même si l'influence du droit anglo-saxon (avec de beaux apports comme la médiation) et surtout du droit européen (avec par exemple l'assouplissement des règles relatives à la publicité) ne peut plus être niée, la construction multi-sources (doctrinale, législative, prétorienne…) a favorisé cette adaptation aux attentes de la société, en adoptant des principes spécifiques et originaux.

Cette double évolution de la médecine et du droit, avec chacune son propre rythme, ouvre des perspectives considérables et offre une matière toujours aussi riche pour les futurs numéros (disons pour les 20 prochaines années…). Grâce à nos nombreux capteurs dans le monde de la santé et du droit, nous avons la chance d'être à un poste d'observation de ces évolutions et pouvons, à notre niveau, transmettre les conclusions qu'elles induisent et participer ainsi au débat qu'elles suscitent.

Il me reste à remercier chaleureusement les membres du Conseil de rédaction pour leur fidélité sans faille, la richesse de leurs idées et les débats passionnés que nous avons eus – et continuerons – à avoir, ainsi que tous les contributeurs, qu'ils soient internes à la MACSF ou du monde de la santé, ou encore du droit, qui font toute la richesse de la revue depuis 20 ans. ■



© ADOBE STOCK



Santé sexuelle des adolescents : de l'accueil aux soins

L'accueil des adolescents dans les structures de soins est spécifique. Le Dr Alan Charissou, médecin en Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF), donne les clés d'une approche *adolescent friendly* pour accueillir les jeunes en quête de soins et de conseils sur leur santé sexuelle et reproductive.

ALAN CHARISSOU, MÉDECIN EN CPEF

↗ Quels sont les enjeux en santé sexuelle ?

En population générale, les enjeux en santé sexuelle portent sur diverses problématiques :

- personnes victimes de violences sexuelles : 777 000/an,
- grossesses non planifiées : 370 000/an,
- chlamydioses : 77 000/an,
- HIV : 6 000/an.

Les priorités en matière de santé sexuelle sont perçues différemment par l'adolescent. L'approche *adolescent friendly* consiste à en avoir une bonne connaissance pour permettre de guider l'interrogatoire de manière plus adaptée lors de la consultation.

PRIORITÉ EN MATIÈRE DE SANTÉ DES JEUNES : 2 POINTS DE VUE

Personnes chargées de la planification dans le domaine de la santé	Jeunes
• IST/Sida	• Relations
• Blessures	• Apparence
• Problèmes psychiatriques	• Brimades
• Grossesses prématurées	• Stress (notamment lié à l'école,
• Bilharziose	• aux examens, au chômage)
	• Accès à la contraception
	• Grossesse

Source : *Programme d'orientation sur la santé des adolescents destiné aux prestataires de soins de santé.*



↗ Comment accueillir les jeunes dans une structure de soins ?

Le site de l'OMS propose une page dédiée aux services de santé adaptés aux adolescents ainsi qu'une bibliographie abondante pour permettre aux prestataires de soins d'accueillir les adolescents selon leurs attentes en matière de services de santé.

Ces guides proposent des moyens pour permettre à l'adolescent de s'engager à bénéficier des soins et services dont il a besoin sans appréhension, notamment celle de la relation entre l'adulte et le jeune, qui crée souvent un frein à sa démarche (la crainte de ne pas être respecté, que les valeurs du soignant lui soient imposées, que la confidentialité ne soit pas respectée ou encore d'être victime de discrimination quant à son genre ou à son orientation sexuelle…).

« Certaines compétences spécifiques sont nécessaires pour une approche adolescent friendly *dans les structures de soins. »*

Certaines compétences spécifiques sont donc nécessaires pour une approche *adolescent friendly* dans les structures de soins :

- **connaître ses propres tabous** afin de prévoir les difficultés que l'on pourrait rencontrer lors d'un entretien ;

- **connaître le cadre légal** du soin au mineur, ce qui est essentiel pour proposer l'ensemble des services de soins dont le jeune dispose sans commettre d'impair, par exemple en termes d'autorité parentale, de présence d'un majeur référent ou de secret médical ;
- **expliquer l'examen clinique, obtenir le consentement** et impliquer le jeune dans la prise de décision ;
- **utiliser la 3e personne** et être précautionneux dans le questionnement pour ne pas aborder les thématiques de manière frontale ;
- **normaliser le problème évoqué par l'adolescent** pour réduire son sentiment de stigmatisation en lui expliquant que cela est fréquent ;
- **s'assurer que la prescription n'aura pas d'impact financier** que l'adolescent ne pourrait pas supporter ;
- **rassurer sur la confidentialité de l'entretien ;**
- **ne pas rompre le parcours de soins** en adressant l'adolescent à un partenaire de santé qui ne serait pas *adolescent friendly*.

↗ Comment organiser les structures de soins destinées aux adolescents ?

Plusieurs critères sont à prendre en compte pour proposer des structures de soins adaptées aux besoins des adolescents :

- **la proximité.** Mieux vaut préférer les interventions dans les établissements scolaires, les locaux d'associations, les gares, qui sont des lieux fréquentés par les adolescents et sont adaptés pour offrir ces services. Il faut éviter de positionner la structure dans un hôpital, qui est souvent excentré et « rebute » les jeunes ;
- **une offre de soins la plus large possible.** Il est par exemple dommage de traiter les IST sans proposer l'offre de contraception *ad hoc*, ou inversement ;
- **des heures d'ouverture en adéquation avec les horaires scolaires ;**
- **une structure accueillante.** Proposer un accès gratuit au Wi-Fi, des prises pour recharger les téléphones. Prévoir un affichage et de la documentation spécifiques sur les problématiques qui interrogent les jeunes (LGBTQ…) ;
- **la disposition des locaux.** Un secrétariat fermé pour le 1er entretien administratif doit être prévu pour permettre la confidentialité. Les jeunes ressentent souvent le bureau comme une barrière physique et préfèrent mener l'entretien autour d'une table ronde. La blouse blanche peut également être une barrière dans la relation soignant-soigné ;
- **impliquer les jeunes dans la gestion de la structure.** Une boîte à idées peut être installée dans la salle d'attente. Des enquêtes* peuvent être menées auprès des jeunes, ou encore, il est possible de faire participer les adolescents ou des représentants d'adolescents au comité organisationnel de la structure. ■

« Plusieurs critères sont à prendre en compte pour proposer des structures de soins adaptées aux besoins des adolescents. »

NOTE

* *Orientations sur les aspects éthiques à prendre en considération pour planifier et examiner des recherches sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents* (OMS).

EN SAVOIR +

- *Global standards for quality health care services for adolescents* (2015)
- Note d'orientation *Une approche fondée sur les normes pour améliorer la qualité des services de santé destinés aux adolescents*
- *Guide pratique pour les soins aux adolescents* (2010)
- *Building an adolescent-competent workforce* (2015)
- *Health for the World's Adolescents – A second chance in the second decade* (2014)
- *Les comportements de santé des jeunes – Analyses du Baromètre santé 2010* - INPES
- *Baromètre santé 2016 – Genre et sexualité* - Santé publique France

Santé sexuelle et reproductive des mineurs : questions juridiques

Les enjeux en santé sexuelle sont nombreux et touchent également les adolescents dont la prise en charge par les professionnels de santé comprend quelques spécificités juridiques. En s'appuyant sur les textes en vigueur, Germain Decroix, juriste, répond à 3 questions posées à l'occasion du congrès sur la santé sexuelle des adolescents.

GERMAIN DECROIX, JURISTE, MACSF

↗ Cadre légal général du soin aux mineurs

Le cadre légal de la prise en charge des mineurs est complexe. Le professionnel de santé doit connaître et respecter les règles spécifiques qui garantissent une prise en charge sécurisée :

- respecter les règles relatives à l'information délivrée au mineur ;
- le consentement des parents doit être recherché mais également celui du mineur lorsqu'il est apte à participer à cette décision et à l'exprimer ;
- obtenir le consentement des 2 parents ;
- le mineur peut refuser l'accès à son dossier médical aux titulaires de l'autorité parentale ;
- le médecin peut délivrer les soins indispensables lorsque le refus des parents risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur.

Ces notions d'ordre général vont aider à répondre aux 3 questions posées lors du congrès sur la santé sexuelle et reproductive des mineurs.

↗ Pose de Dispositif Intra-Utérin (DIU) ou d'implant chez une mineure

Il existe des dispositions particulières relatives à la contraception des mineures, notamment à l'article L. 5134-1 du Code de la Santé Publique (CSP), modifié par la loi nº 2016-41 du 26 janvier 2016, qui prévoit les principes suivants.

• Information, consentement et secret médical

- Toute personne a le droit d'être **informée sur l'ensemble des méthodes contraceptives** et d'en choisir une librement.
- Le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal **n'est pas requis** pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures.
- La délivrance de contraceptifs, la réalisation d'examens de biologie médicale en vue d'une prescription contraceptive, la prescription de ces examens ou d'un contraceptif, ainsi que leur prise en charge, sont protégées par le **secret pour les personnes mineures.**

• Contraception d'urgence

- La contraception d'urgence n'est pas soumise à prescription obligatoire.
- Elle s'effectue à titre gratuit dans les pharmacies.
- Elle peut être délivrée par les infirmières dans les établissements d'enseignement du second degré.

• Contraceptifs intra-utérins, diaphragmes et capes

- Ces dispositifs ne peuvent être délivrés que sur prescription d'un médecin ou d'une sage-femme.
- L'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin ou une sage-femme.

À RETENIR

La recherche du consentement parental n'est pas obligatoire pour la pose d'un DIU. Cependant, des perforations utérines au cours de la pose sont possibles et susceptibles d'entraîner des réclamations.

Les parents, non associés à cet acte, pourraient donc le contester. Il est alors **indispensable de tenter de convaincre la mineure** d'associer ses parents à la décision et, pour le moins, de « verrouiller » l'information préalable par rapport au choix de ce mode de contraception.



© BSIP

Vaccination anti-IST à un mineur

L'article L. 1111-5 du CSP indique que, « *par dérogation à l'article 371-1 du Code civil, le médecin ou la sage-femme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque* ***l'action de prévention, le dépistage,*** *le diagnostic ou* ***l'intervention*** *s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de* ***garder le secret sur son état de santé*** *(…) ».*

L'avis nº 628 du 15 juillet 2015 au nom de la commission des lois du Sénat indique quant à lui que « *(…) quel que soit l'acte médical envisagé, il reviendra au médecin d'apprécier si cet acte* "s'impose pour sauvegarder la santé" *de la personne mineure (…) ».*

À RETENIR

Si aucune disposition spécifique à la vaccination anti-IST des mineurs n'a été prévue, cette vaccination est, en soi, un acte de prévention et est nécessairement visée par l'article L. 1111-5 du CSP.
Cependant, au vu de l'avis nº 628, **le recueil du consentement parental est toujours préférable** et, en cas de recours, il appartiendra au médecin d'apporter la preuve que cet acte s'imposait pour sauvegarder la santé de son patient mineur.
La présence d'un tiers majeur est requise pour cet acte.

« Il est toujours préférable de tenter de convaincre une patiente mineure d'associer ses parents dans son choix de mode de contraception. »

Dépistage et traitement des IST chez un mineur

Si aucune disposition spécifique n'est prévue pour les mineurs, nous pouvons néanmoins nous référer à l'article L. 1111-5 du CSP (cité ci-dessus) ainsi qu'à l'article L. 1111-4 du CSP qui dispose que « *Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale (…) risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur protégé, le médecin délivre les soins indispensables ».* ■

À RETENIR

L'absence de dépistage ou de traitement de l'IST **peut entraîner des conséquences graves.** Le médecin devra donc apprécier s'il s'impose pour préserver la santé du mineur.

Contraception et IVG de la patiente mineure

Quelles sont les règles spécifiques pour les mineures qui souhaitent la délivrance d'une contraception ou qui demandent une IVG sans le consentement des titulaires de l'autorité parentale ? Quelle est la responsabilité pour le professionnel de santé dans de telles situations ?

STÉPHANIE TAMBURINI, JURISTE, MACSF

La prescription d'une contraception à un mineur

Il est possible de bénéficier d'une prescription, d'une délivrance ou d'une administration de contraceptifs sans le consentement des titulaires de l'autorité parentale (article L. 5134-1 du Code de la santé publique).

- **Y a-t-il des règles particulières en matière de contraception d'urgence ?**

La contraception d'urgence fait l'objet d'une réglementation spécifique.

Les mineurs peuvent se la procurer directement auprès d'une pharmacie de ville, de l'infirmerie de leur école ou d'un Centre de planification ou d'éducation familiale, selon des conditions précisées par le Code de la santé publique.

Pharmacie de ville

La délivrance doit s'effectuer dans des conditions de confidentialité permettant une conversation à l'abri des tiers (article D. 5134-1).

Elle est précédée d'un entretien tendant à s'assurer que la personne mineure correspond aux critères d'urgence et aux conditions d'utilisation de cette contraception et à l'informer sur l'accès à une contraception régulière, sur la prévention des maladies sexuellement transmissibles et sur l'intérêt d'un suivi médical.

Une déclaration orale au pharmacien suffit à justifier de la minorité.

Établissements d'enseignement du second degré

La contraception d'urgence est administrée par les infirmiers rattachés à l'établissement et disposant d'un local permettant le respect de la confidentialité (article D. 5134-5).

Là encore, un entretien est nécessaire et une information est donnée, notamment sur le fait que la contraception d'urgence ne constitue pas une méthode régulière de contraception (article D. 5131-7).

Quelles règles en matière d'IVG des mineures ?

Dans le cas particulier de l'IVG, l'article L. 2212-7 du Code de la santé publique dispose :

> *« Si la femme est mineure non émancipée, le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est recueilli. Ce consentement est joint à la demande qu'elle présente au médecin en dehors de la présence de toute autre personne. Si la femme mineure non émancipée désire garder le secret, le médecin doit s'efforcer, dans l'intérêt de celle-ci, d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, le représentant légal soient consultés, ou doit vérifier que cette démarche a été faite lors de l'entretien mentionné à l'article L. 2212-4. Si la mineure ne veut pas effectuer cette démarche, ou si le consentement n'est pas obtenu, l'interruption volontaire de grossesse ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée, présentée dans les conditions prévues au 1er alinéa. Dans ce cas, la mineure se fait accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix ».*

Une circulaire DGS/DHOS nº 2001-467 du 28 septembre 2001 relative à la mise en œuvre des dispositions de la loi du 4 juillet 2001 énonce pour sa part dans son article 1.2.2 :

> *« Le médecin est habilité par la loi à pratiquer l'ensemble des actes afférents à la réalisation d'une intervention décidée de façon autonome par une adolescente et notamment l'anesthésie ».*

Le principe reste donc celui du consentement des parents.

Mais si la mineure souhaite garder le secret, les actes peuvent être pratiqués en l'absence de ce consentement. ■

Assistant médical : une nouvelle aide pour les médecins

Florence Maury, présidente de la Commission Paritaire Nationale de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (CPNEFP) des cabinets médicaux, décrypte la création du métier d'assistant médical et la mise en place de la formation.

FLORENCE MAURY, PRÉSIDENTE DE LA CPNEFP DES CABINET MÉDICAUX



© GETTY IMAGES

Pouvez-vous nous présenter la CPNEFP ?
La CPNEFP est un organe paritaire, composée de membres d'organisations patronales et syndicales représentatives sur la branche des cabinets médicaux.

La loi « Avenir professionnel » du 5 septembre 2018 sur la réforme de la formation professionnelle a donné une nouvelle dimension aux CPNEFP en les rendant actrices de la formation professionnelle par branche. La CPNEFP a constitué une association, l'ACQPCM, qui, en tant que personne morale, peut déposer des titres ou des **Certificats de Qualification Professionnelle (CQP)** auprès de France compétences (instance de gouvernance nationale de la formation professionnelle et de l'apprentissage) et en avoir la propriété intellectuelle. La CPNEFP et l'association ACQPCM sont ainsi co-certificateurs.

Les branches sont les plus à même de mettre en place des formations puisqu'elles connaissent les besoins du terrain. Ce processus évite la « dispersion » qui avait plus ou moins lieu auparavant avec les organismes de formation.

Quels sont les travaux de cette commission ?
Nous travaillons sur toutes les problématiques de formation et d'emploi. Au niveau de la branche des cabinets médicaux, c'est le CQP assistant médical qui constitue actuellement le plus gros dossier en cours.

Les membres de la branche n'étant pas professionnels de la formation, l'aspect de l'ingénierie (rédaction des référentiels de formation) a été travaillé en partenariat avec l'OPCO EP (opérateur de compétences) afin de nous guider dans l'étude des aspects tant techniques qu'économiques et financiers de la création de cette nouvelle formation et de sa mise en place.

« LES BRANCHES SONT LES PLUS À MÊME DE METTRE EN PLACE DES FORMATIONS PUISQU'ELLES CONNAISSENT LES BESOINS DU TERRAIN. »

Plus globalement, nous travaillons chaque année sur la détermination des taux de prise en charge des formations pour proposition

à la Section Paritaire Professionnelle (SPP) de la branche. Nos propositions sont ainsi relayées au Conseil d'administration de l'OPCO qui fixe les barèmes annuels de prise en charge des différentes formations et dispositifs de formation pour toute la branche professionnelle.

↗ Intervenez-vous sur la classification des cabinets médicaux ?

La branche des cabinets médicaux a fait une refonte complète de sa grille de classification des emplois pour « dépoussiérer », rénover et ajouter des métiers, notamment celui d'assistant médical afin de valoriser ce métier puisqu'en parallèle, la CPNEFP travaillait sur la partie QCP.

↗ Pouvez-vous nous rappeler la genèse de ce projet des assistants médicaux ?

Au départ, la demande a émané de certains spécialistes et généralistes qui ont éprouvé le besoin d'une assistance dans leurs tâches quotidiennes. De fait, certaines de ces tâches étaient effectuées par leurs secrétaires médicales.

La réflexion autour de la création de la nouvelle profession d'assistant médical a été initiée depuis de nombreuses années. Cependant, elle n'avait pas abouti au vu de la crainte exprimée par les organisations syndicales, patronales et des professionnels de santé (infirmiers entre autres) ; crainte d'un glissement de tâches institutionnalisé généré par ce nouveau métier et qui aurait empiété sur le périmètre des professions réglementées par le Code de la santé publique, notamment entre les infirmiers et les aides-soignants.

« NOUS SOMMES "MONTÉS AU CRÉNEAU" AUPRÈS DE LA DGOS POUR EXPLIQUER LES ENJEUX DE CE NOUVEAU MÉTIER ET LES BESOINS DES PRATICIENS. »

Lors de mon arrivée à la CPNEFP, branche des cabinets médicaux, il y a environ 5 ans, nous avons repris ce travail de réflexion.

De façon paritaire, nous sommes « montés au créneau » auprès de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) pour expliquer les enjeux de ce nouveau métier et les besoins des praticiens.

Nous avons aussi soulevé le fait que le métier d'assistant médical pouvait permettre une reconversion, en deuxième partie de carrière, des aides-soignants et des infirmiers, avec les problématiques physiques que l'on connaît (dorsales notamment), et ainsi éviter le chômage pour inaptitude. Le représentant de la DGOS a été sensible à cet argument.

Parallèlement, les problématiques liées au manque de médecins généralistes, aux déserts médicaux, au manque de temps des praticiens ont été autant d'éléments déclencheurs à la création par le gouvernement de 4 000 postes d'assistants médicaux d'ici 2022, dans le cadre de son plan de transformation du système de santé.

« NOUS EN SOMMES À 1 739 CONVENTIONS SIGNÉES ENTRE L'ASSURANCE MALADIE ET LES PRATICIENS, CE QUI CORRESPOND À AUTANT D'ASSISTANTS MÉDICAUX RECRUTÉS SUR LE DISPOSITIF. »

> Cette concomitance entre la volonté du gouvernement et le besoin des praticiens a permis l'aboutissement de ce projet, en définissant ce nouveau métier et en figeant, de concert avec la DGOS, un périmètre très précis sur les référentiels afin d'éviter toute dérive au niveau des métiers réglementés.

↗ Les textes nécessaires sont-ils parus à ce jour ?

Oui, la branche a rédigé des référentiels d'activité et de compétences avec l'aide de la DGOS et de la section Recherche et développement de l'OPCO EP.

S'agissant de la partie « réglementée » faisant l'objet d'une convention entre l'Assurance maladie et les praticiens, un avenant a été signé pour concrétiser l'accord.

À fin février 2021, nous en sommes à 1 739 conventions signées entre l'Assurance maladie et les praticiens, ce qui correspond à autant d'assistants médicaux recrutés sur le dispositif.

Par ailleurs, une formation de 150 heures est prévue dans le cadre de l'arrêté du 7 novembre 2019, qui énonce que « *sont autorisés à exercer le métier d'assistant médical les IDE, aides-soignants et auxiliaires de puériculture sans être titulaires du CQP* ».

En effet, ces trois catégories de personnels ne doivent pas faire une formation complète mais une Formation d'Adaptation à l'Emploi (FAE) puisqu'elles ont déjà des bases et des diplômes correspondant à une partie du référentiel. Cette formation dans l'organisation et la gestion du cabinet médical correspond à un bloc de compétences de 112 heures.

En juillet 2020, nous avons lancé un appel à candidature pour sélectionner des organismes de formation en vue de leur octroyer un agrément de la branche. Une convention d'agrément a été signée en décembre 2020 avec 12 organismes de formation sur le territoire. Un dernier cadrage a été réalisé par visioconférence avec ces organismes en janvier 2021. L'un d'eux a commencé le processus de formation dès le mois de mars. Selon l'évolution de la crise sanitaire, les autres organismes proposeront progressivement cette formation.

> En décembre 2020, le métier d'assistant médical a été reconnu par France compétences comme métier émergeant, lui conférant une procédure simplifiée pour l'inscription au Registre National des Certifications Professionnelles (RNCP).

À ce jour, nous sommes en cours de dépôt de dossier auprès de cette instance pour l'instruction et l'inscription du CQP au RNCP, qui devrait intervenir à la fin de l'année 2021.

↗ Quelle est la qualification obtenue à l'issue de cette formation pour les assistants médicaux ? Et quel serait leur profil ?

Les personnes ayant suivi cette formation obtiennent un **CQP** d'assistant médical. Il s'agit de personnes ayant un niveau 4 au moins. Ce titre leur permet d'exercer en tant qu'assistant médical.

PRÉREQUIS À L'ENTRÉE EN FORMATION

- Niveau 4 pour les jeunes sortis de formation initiale
- Niveau 4 pour les demandeurs d'emploi ne possédant pas d'expérience dans le secteur de la santé
- Certification de niveau 4 validée en secrétariat médical, ou non validée à condition d'avoir une expérience professionnelle de 3 ans comme secrétaire médicale
- Certification de niveau 4 pour les salariés en reconversion

À l'occasion d'échanges avec un contact de l'Assurance maladie en charge du suivi de ce dossier, et d'après les statistiques ressortant des 1 739 conventions signées avec les praticiens à février 2021, 2 types de profils émergent :

- **80 % de secrétaires médicales et autres,** qui souhaitent une évolution professionnelle et la reconnaissance de leurs compétences ;
- **20 % de professions réglementées** (infirmiers, aides-soignants, auxiliaires de puériculture), qui feront une formation plus courte à l'issue de laquelle elles obtiendront une attestation et non le CQP.

↗ Quels seront les points qui inciteront un médecin à passer convention avec l'Assurance maladie ? Qu'est-ce que cela va changer ?

L'objectif principal pour les praticiens est de libérer du temps médical pour mieux le consacrer à leurs patients. L'accès aux soins sera notamment facilité dans les déserts médicaux.

Les assistants médicaux pourront préparer les patients, en prenant les premiers renseignements pour constituer leurs dossiers. Ils apporteront ainsi une fluidité dans la prise en charge initiale et permettront d'avoir une meilleure coordination des soins entre les différents acteurs de la chaîne de prise en charge des patients.

« L'OBJECTIF PRINCIPAL POUR LES PRATICIENS EST DE LIBÉRER DU TEMPS MÉDICAL POUR MIEUX LE CONSACRER À LEURS PATIENTS. »

La gestion des salles d'attente devrait également s'en trouver fluidifiée grâce à la facilitation des rendez-vous qui, nous l'espérons, seront plus nombreux et dont les délais seront raccourcis.

Au-delà des critères techniques, l'assistant médical permettra une prise en compte du patient dans sa globalité et de façon plus humanisée.

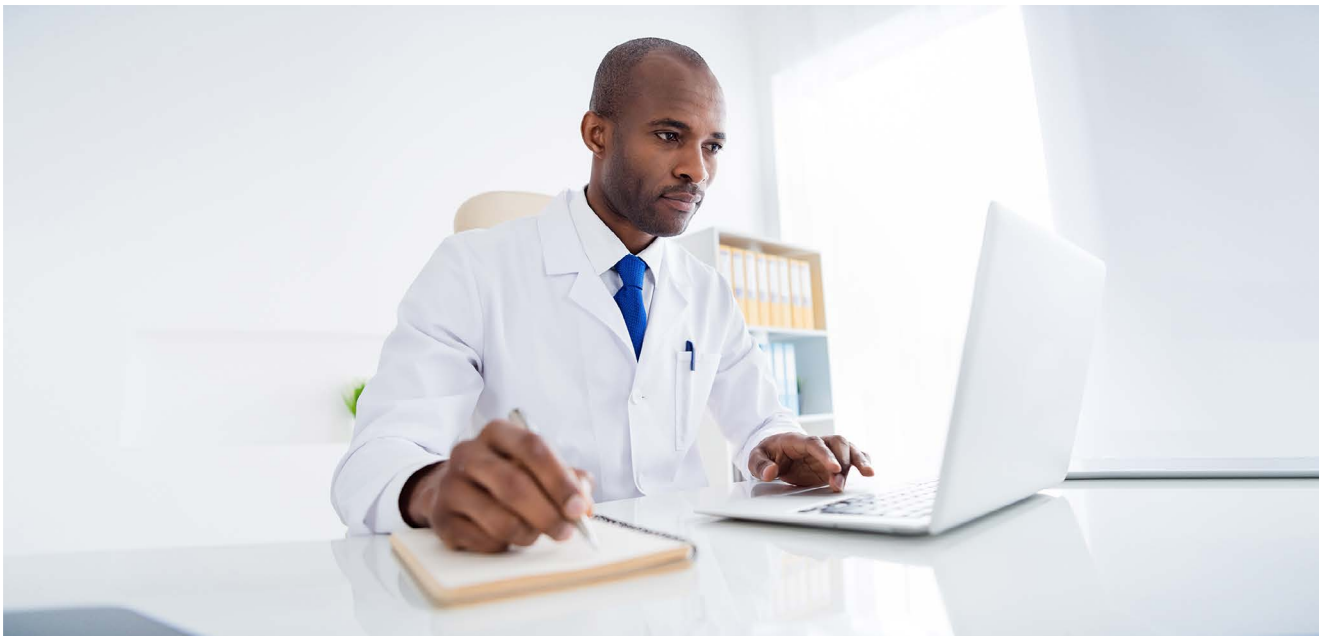
Pour finir, cela permettra aux praticiens de **faire évoluer leurs collaboratrices** qui, au fil du temps, ont acquis des compétences qui jusqu'alors n'étaient pas réglementairement reconnues.

La formation est identique pour tout le monde mais la mise en œuvre ne sera pas déclinée de la même façon selon que l'assistant médical exercera chez un spécialiste, un généraliste, ou encore dans un cabinet pluridisciplinaire et ce, grâce au dispositif de formation du contrat de professionnalisation au sein d'une structure (alternance).

↗ Qu'est-ce que la CPNEFP des cabinets médicaux a-t-elle apporté dans la mise en place de ce dispositif de formation ?

Par son dynamisme, sa capacité d'écoute des besoins des praticiens et sa connaissance du terrain, la branche a contribué à apporter une véritable plus-value pour la profession non seulement pour les praticiens mais aussi les personnels des cabinets médicaux.

Il convient effectivement de le souligner car l'utilité d'une branche est parfois un peu méconnue et la communication sur ses actions pour les professionnels, que ce soit les employeurs ou les salariés, n'est pas aisée. ■



© ADOBE STOCK

La formation d'assistant médical en pratique

C'est dans le cadre du plan Ma santé 2022, visant à favoriser une meilleure organisation des professionnels de santé, que la nouvelle fonction d'assistant médical a été créée par la Commission Paritaire Nationale de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (CPNEFP) des cabinets médicaux. Véronique Vinson, médecin généraliste et référente pédagogique pour l'organisation de cette formation à l'ISRP - établissement d'enseignement supérieur spécialisé dans la formation en santé depuis 1967 -, fait le point pour nous sur la formation et les bénéfices de ce nouveau métier.

VÉRONIQUE VINSON, MÉDECIN GÉNÉRALISTE, RÉFÉRENTE PÉDAGOGIQUE POUR L'ORGANISATION DE LA FORMATION D'ASSISTANT MÉDICAL À L'INSTITUT SUPÉRIEUR DE RÉÉDUCATION PSYCHOMOTRICE (ISRP)

↗ En quoi consiste le nouveau métier d'assistant médical ?

L'activité des assistants médicaux sera articulée autour de 4 missions :

- alléger le quotidien du médecin ;
- aider pour toute la phase de pré-consultation ;
- améliorer la prise en charge et le suivi du patient ;
- faire évoluer les salariés et développer les compétences.

« LA QUALIFICATION D'ASSISTANT MÉDICAL ÉLARGIT LE CHAMP D'ACTION DES PROFESSIONNELS SECONDANT LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES OU SPÉCIALISTES. »

En effet, cette qualification élargit le champ d'action des professionnels secondant les médecins généralistes ou spécialistes.

Ainsi, outre la partie administrative du dossier médical, l'assistant médical pourra renseigner les informations médicales (antécédents, traitement, suivi, vaccination), il sera à même de préparer la salle d'examen et les patients les plus vulnérables à la consultation, de prendre les constantes et mesures.

Il aura les compétences pour expliquer l'utilité et le déroulé des examens complémentaires, des campagnes de dépistages et de prévention.

Enfin, il sera formé à l'utilisation des logiciels professionnels, à l'organisation d'une téléconsultation ; il pourra assurer la gestion des stocks du cabinet et aura connaissance des aspects juridiques liés à l'exercice de sa profession (secret professionnel, limite de l'information en santé et les règles inhérentes à la télémédecine).

> L'enseignement dispensé à ces nouveaux professionnels doit leur permettre d'acquérir toutes ces compétences afin qu'ils puissent seconder en toute confiance les praticiens dans leurs tâches administratives et soignantes.

L'objectif à terme est double, redonner du temps aux médecins pour :

- qu'ils puissent se concentrer sur la prise en charge des patients, leur maintien à domicile et la coordination des soins ;
- mais aussi qu'ils puissent augmenter leur patientèle afin de lutter contre les inégalités d'accès aux soins.

↗ Durée, financement, contenu… pouvez-vous nous apporter des précisions sur la formation d'assistant médical ?

• Qui peut prétendre à la formation d'assistant médical ?

Cette formation s'adresse à 3 types de profils :

- on peut y accéder dans le cadre de la **formation continue,** c'est le cas des secrétaires médicales ; elle sera alors allégée en fonction de l'expérience professionnelle et des diplômes déjà obtenus ;
- elle est aussi ouverte aux professionnels détenteurs du diplôme d'État d'infirmier, d'aide-soignant ou d'auxiliaire puéricultrice voulant bénéficier d'une **formation d'adaptation à l'emploi ;** ils devront obtenir des compétences dans le champ de l'organisation et de la gestion administrative ;
- enfin, le **contrat de professionnalisation** permet aux assistants médicaux déjà en poste mais non détenteurs de la qualification professionnelle et aux bacheliers de se former dans les 3 ans suivant leur prise de fonction. Les demandeurs d'emploi pourront également y accéder, sous couvert d'un financement organisé par Pôle emploi.

• Comment s'organise le financement de cette formation ?

Les candidats devant être salariés des cabinets médicaux, cette formation continue est prise en charge à 100 % par l'organisme paritaire de la branche Cabinets médicaux, l'OPCO EP (notre centre de formation se propose d'être son interlocuteur privilégié).

« LA FORMATION CONTINUE EST PRISE EN CHARGE À 100 % PAR L'ORGANISME PARITAIRE DE LA BRANCHE CABINETS MÉDICAUX. »

Par ailleurs, les médecins souhaitant recruter un assistant médical peuvent également bénéficier d'aides de la CPAM (variant entre 12 000 et 36 000 €), sous certaines conditions qui sont expliquées sur ameli.fr.

• **Le programme de la formation d'assistant médical**

Au début de l'année 2021, l'ISRP a obtenu l'agrément pour dispenser cette formation, que nous commençons dès le 27 mai 2021.

Comme il est stipulé dans le référentiel de la CPNEFP des cabinets médicaux, elle s'organise sur une année. Le programme de 384 heures, réparties en 371 heures d'enseignement et 13 heures d'évaluation, s'articule autour de 4 blocs de compétences et 15 modules.

Elle sera dispensée au rythme de 2 jours par semaine, avec une partie d'enseignement à distance. L'enseignement des modules de pratiques, tels que l'assistance au praticien, l'hygiène ou l'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence (AFGSU), se déroulera en présentiel.

LES 4 BLOCS DE COMPÉTENCES DE LA FORMATION D'ASSISTANT MÉDICAL

1. Suivi du parcours du patient

- Apprentissage de la collecte des informations
- Connaissance des grands examens et soins courants (fond d'œil, fibroscopies bronchique et gastrique, coloscopie, frottis cervico-vaginal, implant sous-cutané…)
- Connaissance des parcours de santé et des grandes structures (HAD[1], soins de suite et de réadaptation, MDPH[2], affections de longue durée, CAMSP[3], SESSAD[4], PAI[5], PPS[6], EHPAD[7]…)
- Connaissance de la vaccination et des politiques de santé publique en termes de prévention et dépistage (mois sans alcool, sans tabac, dépistage du cancer…)
- Limites du rôle de l'assistant, secret professionnel

2. Accueil et prise en charge administrative des patients

- Accueil et prise en charge administrative - Création du dossier médical
- Connaissance du vocabulaire médical et des grandes pathologies du parcours de santé (asthme, épilepsie, diabète, cholestérol, hypertension artérielle, Alzheimer, Parkinson…)
- Connaissance des logiciels médicaux et de la télémédecine

3. Hygiène et qualité

- Hygiène, qualité et gestion du risque contaminant
- Gestion des stocks
- Identitovigilance
- Pharmacovigilance
- Déclaration d'événements indésirables

4. Assistance opérationnelle au praticien

- Assistance opérationnelle auprès des praticiens (prise des constantes et des mesures, assistance technique avec préparation de la salle d'examen et des patients…)
- Acquisition de l'AFGSU[8] de niveau 1

Il est à noter que **cette formation doit être accessible à n'importe quel moment,** elle est donc organisée de façon à ce que les bénéficiaires puissent l'intégrer au cours de l'année, à la condition que ce soit au début d'un bloc.

Enfin, **chaque bloc de compétence est validé par une évaluation** dont la forme varie en fonction des modules : QCM, question rédactionnelle ou jeux de rôle. Certains modules, tels que l'utilisation des logiciels médicaux ou la gestion des stocks, seront évalués au cabinet par le tuteur.

> Pour mener à bien cette formation, l'ISRP a donc fait appel à des professionnels aux compétences variées : médecins, infirmiers, aides-soignants, collaborateurs actifs dans le secteur des cabinets médicaux (Cegedim, Doctolib) ou spécialistes en droit de la santé (MACSF).

↗ Quel est le profil des personnes déjà inscrites ?
Nous avons reçu des demandes de secrétaires médicales, de quelques aides-soignantes et de quelques candidats en contrat de professionnalisation. Par contre, pour l'instant nous n'avons pas de candidatures post-bac ni de demandeurs d'emploi (Pôle emploi n'ayant semble-il pas encore organisé le financement pour cette formation).

L'ISRP est implanté à Paris, Marseille et Vichy, ce qui permet de proposer cette qualification à des candidats venant de nombreuses régions de France en leur facilitant l'accès aux enseignements présentiels, qui seront proposés sur les 3 sites.

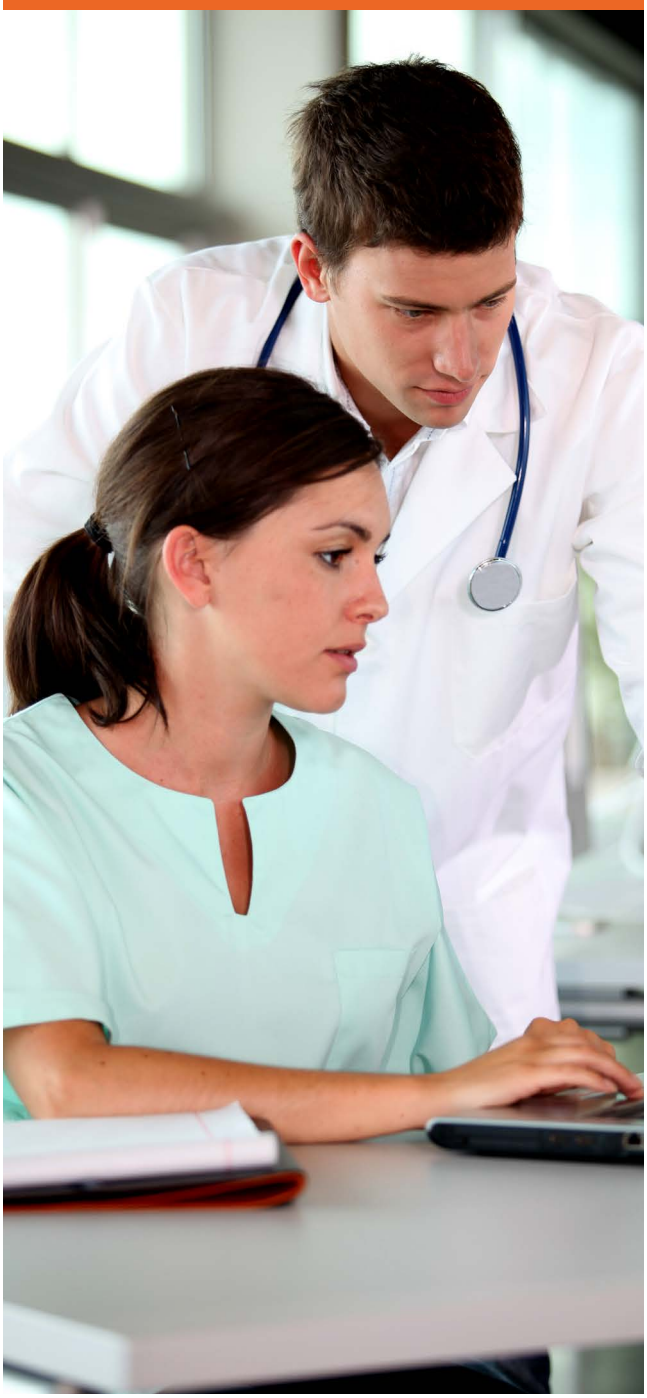
↗ Quelle est l'ambition à terme au niveau national du nombre de personnes formées ?
4 000 personnes devront être formées à l'horizon 2022, ce qui va générer une grosse activité en 2021 et 2022. ■

NOTES
1. Hospitalisation A Domicile.
2. Maison Départementale des Personnes Handicapées.
3. Centre d'Action Médico-Sociale Précoce.
4. Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile.
5. Projet d'Accueil Individualisé.
6. Projet Personnalisé de Scolarisation.
7. Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.
8. Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence.

EN SAVOIR +

Découvrir la formation d'assistant médical proposée par l'ISRP et télécharger le dossier de candidature

« LE PROGRAMME DE LA FORMATION D'ASSISTANT MÉDICAL, DE 384 H, S'ARTICULE AUTOUR DE 4 BLOCS DE COMPÉTENCES ET 15 MODULES. »



© ADOBE STOCK

Décisions médicales concernant les majeurs protégés : ce qui change

Depuis le 1er octobre 2020, le régime des décisions médicales concernant les majeurs protégés est dissocié, pour la première fois, de celui des mineurs. Les nouvelles dispositions, énoncées par l'ordonnance du 11 mars 2020, sont applicables aux mesures de protection juridique en cours et aux situations dans lesquelles aucune décision n'a été prise au jour de son entrée en vigueur. Focus sur ces changements importants qui peuvent avoir un impact sur la pratique quotidienne.

STÉPHANIE TAMBURINI, JURISTE, MACSF

Des termes plus précis

L'ordonnance n° 2020-232 du 11 mars 2020 introduit un changement général de terminologie dans le Code de la Santé Publique (CSP) et le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), dans tous les textes où il était précédemment question de majeurs incapables.

> Alors que la plupart des textes évoquait « le tuteur » et le majeur « sous tutelle » ou « sous curatelle », l'ordonnance impose désormais de parler de « mesures de protection juridique » avec, selon les cas, une précision quant à la prérogative de représentation ou d'assistance de la personne.

« LE TERME "MESURES DE PROTECTION JURIDIQUE" VIENT REMPLACER LES TERMES "TUTELLE" ET "CURATELLE" POUR VISER L'ENSEMBLE DES SITUATIONS. »

Ce changement de terminologie n'est pas anodin.

La seule mention de la tutelle ou de la curatelle n'était plus adaptée compte tenu de l'évolution des mesures de représentation ou d'assistance de la personne incapable, notamment depuis 2007.

Le fait que de nombreux textes ne mentionnaient que la tutelle ou « le tuteur » était source de confusion et d'interrogations pour les professionnels de santé, confrontés à un patient incapable majeur dont la mesure de protection n'était pas expressément visée.

L'emploi du terme « mesures de protection juridique » a l'avantage de viser l'ensemble des situations et de lever certaines incertitudes.

Ainsi ont été modifiés les textes dans des domaines aussi divers que la rédaction des directives anticipées (art. L. 1111-11 CSP), le consentement à des soins psychiatriques (art. L. 3211-12 CSP) ou encore dans le cadre de l'établissement du plan de compensation du handicap tel que prévu dans le Code de l'action sociale et des familles.

Mais, au-delà de la seule terminologie, l'ordonnance introduit dans le corpus de textes existants de véritables nouveautés.

Dans le domaine de l'information

L'article L. 1111-2 du CSP qui énonce les principes applicables en matière d'information du patient est remanié sur la forme (le régime applicable aux mineurs est clairement distingué de celui applicable aux majeurs protégés) et sur le fond.

Dans l'ancienne version du texte, les majeurs pouvaient recevoir une information adaptée et participer à la prise de décision les concernant selon leurs « *facultés de discernement* ».

> C'est désormais la « *capacité de* ***compréhension*** » qui est visée : on privilégie donc la compréhension par rapport à la capacité de jugement.

Dans le domaine du consentement et du refus de soins

L'article L. 1111-4 du CSP prévoyait, dans son ancienne version, la recherche systématique du consentement du majeur sous tutelle, dès lors qu'il était apte à participer à la décision. En cas de refus par le tuteur d'un traitement risquant d'entraîner des conséquences graves pour la santé du majeur sous tutelle, le médecin pouvait délivrer les soins indispensables.

Désormais, le texte distingue 2 situations :

- soit le majeur est apte à exprimer sa volonté, « *au besoin avec l'assistance de la personne chargée de sa protection* », et son consentement doit être obtenu ;
- soit il ne l'est pas, auquel cas c'est la personne chargée de la mesure de protection juridique qui donne son autorisation, en tenant compte de l'avis exprimé par la personne protégée.

« C'EST DÉSORMAIS LA *"CAPACITÉ DE COMPRÉHENSION"* QUI EST VISÉE : ON PRIVILÉGIE DONC LA COMPRÉHENSION PAR RAPPORT À LA CAPACITÉ DE JUGEMENT. »


© ISTOCK

Enfin, le texte règle la difficulté d'un éventuel désaccord entre le majeur et la personne chargée de sa protection, en précisant qu'hormis le cas de l'urgence, c'est le juge qui autorise l'un ou l'autre à prendre la décision.

Dans le domaine de l'accès aux informations médicales

Dans l'ancienne version de l'article L. 1111-7 du CSP, l'accès aux informations concernant la santé d'un majeur incapable était accordé à la personne en charge de l'exercice de la mesure de protection juridique, dès lors qu'elle était habilitée à représenter ou à assister l'intéressé.

La nouvelle version introduit une distinction entre :

- **la mesure de protection juridique avec représentation :** la personne en charge de la mesure de protection a accès aux informations concernant la santé du majeur ;
- **la mesure de protection juridique avec assistance :** l'accès aux informations n'est possible qu'à la condition d'obtenir le consentement exprès du majeur.

Cette distinction selon l'étendue de la mesure de protection permet de renforcer les droits du majeur incapable.

Dans le domaine de la création, de la gestion et de l'accès au Dossier Médical Partagé (DMP)

Dans son ancienne version, l'article L. 1111-14 du CSP prévoyait que la création du DMP se faisait sous réserve du consentement exprès de la personne ou de son représentant légal.

La nouvelle version est plus précise :

> Si le patient est une personne majeure protégée et n'est pas apte à exprimer sa volonté, la personne chargée à son égard d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne peut autoriser la création du dossier médical partagé, en tenant compte de son avis.

« LA VOLONTÉ DE L'INCAPABLE MAJEUR PRÉVAUT SUR CELLE DE SON REPRÉSENTANT LORSQU'IL EST APTE À L'EXPRIMER. »

Les mêmes dispositions s'appliquent, dans le cadre de l'article L. 1111-15, en matière de décision de rendre inaccessibles certaines informations dans le DMP.

Enfin, selon l'article L. 1111-16, le médecin coordonnateur d'EHPAD peut accéder au DMP de la personne hébergée sur accord de la personne chargée d'une mesure de protection juridique avec représentation, mais, dorénavant, uniquement **si la personne majeure n'est pas apte à exprimer sa volonté.**

Cette précision a pour effet de faire prévaloir la volonté de l'incapable majeur sur celle de son représentant. En toutes hypothèses, le texte prévoit qu'il doit être tenu compte de son avis.

Dans le domaine de l'information de la personne qui se prête à une recherche

L'ordonnance du 11 mars 2020 insère de nouvelles dispositions dans l'article L. 1122-2 du CSP.

> Quand la recherche comporte, par l'importance des contraintes ou par la spécificité des interventions auxquelles elle conduit, un risque sérieux d'atteinte à la vie privée ou à l'intégrité du corps humain, seul le conseil de famille (s'il existe) ou le juge des tutelles peut donner son accord.

Dans les autres cas, l'autorisation est donnée par la personne chargée de représenter la personne majeure faisant l'objet d'un mandat de protection future, d'une habilitation familiale ou d'une mesure de tutelle, avec représentation relative à la personne.

Quelques points de vigilance…

L'ordonnance du 11 mars 2020 présente l'avantage de distinguer, pour la première fois, les régimes des décisions médicales concernant les mineurs et majeurs incapables, pour les préciser. Elle renforce les droits et l'autonomie de la personne majeure incapable.

Certaines difficultés demeurent pour les professionnels de santé :

- la distinction entre mesure de protection avec représentation et avec assistance oblige, de fait, le professionnel de santé à avoir une connaissance précise de la nature de la mesure concernant son patient. Dans les faits, il ne sera pas toujours aisé d'obtenir les informations nécessaires ;
- les personnes chargées d'une mesure de protection juridique avec assistance n'ont que peu de pouvoirs en matière de décisions médicales. Il peut donc se poser un problème si le patient perd toute faculté de décision sans avoir pu auparavant autoriser son protecteur à recevoir les informations médicales le concernant ;
- en cas de désaccord entre le patient et la personne chargée de la mesure de protection, le juge des tutelles est supposé trancher, hormis en cas d'urgence. Les délais pour obtenir une telle décision peuvent, même dans une situation ne relevant pas d'une urgence, être à l'origine d'une perte de temps préjudiciable au patient. ■

Refus de soins discriminatoire et conciliation : la CNAM apporte des précisions

Le décret du 2 octobre 2020 a précisé les pratiques de soins discriminatoires, la procédure à suivre en cas de constat de telles pratiques, et les sanctions applicables. Une circulaire de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) du 18 décembre 2020 précise plusieurs points de ce dispositif.

STÉPHANIE TAMBURINI, JURISTE, MACSF

Des précisions sur la notion de refus de soins discriminatoire

Le décret du 2 octobre 2020 a introduit dans le Code de la santé publique la définition du refus de soins discriminatoire.

Mais il s'agit d'une définition générale, que la circulaire CNAM n° 36/2020 du 18 décembre 2020 vient préciser en indiquant que *« le refus de soins peut découler d'une discrimination directe en cas de refus de recevoir un patient ou de moins bien le traiter, comme d'une pratique indirecte. Il peut être retenu même si les soins ont été réalisés »*.

En illustration, la circulaire apporte plusieurs précisions sur les cas concrets qui peuvent se présenter.

- **Pratiques qui contribuent à entraver l'accès au professionnel de santé**

- Orientation répétée ou abusive du patient vers un autre professionnel de santé.
- Fixation d'une date de rendez-vous manifestement tardive au vu des délais habituels et de la pathologie en cause.

- **Procédés visant à dresser des obstacles financiers d'accès aux soins**

- Non-respect des tarifs opposables pour les bénéficiaires de protection complémentaire.
- Non-respect des limitations d'honoraires ou des plafonds tarifaires.
- Refus d'application du tiers payant.
- Refus de délivrer un devis lorsqu'il est obligatoire.

Des précisions quant aux professionnels concernés par la procédure de conciliation

La circulaire précise que la procédure de conciliation ne s'applique pas à tous les professionnels de santé, mais uniquement aux plaintes engagées contre ceux qui relèvent d'un ordre professionnel.

Les plaintes dirigées à l'encontre des professions qui n'en relèvent pas sont traitées dans le cadre de la procédure de médiation des caisses primaires d'Assurance maladie.

Des précisions sur la procédure de conciliation

La circulaire, reprenant les dispositions du décret du 2 octobre 2020, en précise plusieurs points importants sur la procédure de conciliation :

- **elle n'est pas applicable lorsque le professionnel se trouve en situation de récidive,** c'est-à-dire qu'il a fait l'objet, dans les 6 années précédentes, d'une sanction définitive (par son ordre professionnel ou par la caisse) pour refus de soins discriminatoire ;
- **il n'est pas nécessaire que la personne s'estimant victime d'un refus de soins discriminatoire porte expressément plainte :** il existe un formulaire de plainte, mis à disposition sur le site ameli.fr, mais son utilisation, bien que recommandée, n'est pas obligatoire pour valider la saisine de l'ordre ou de la caisse.

Des précisions sur l'articulation entre conciliation et médiation

Avant la mise en place du dispositif de conciliation par le décret du 2 octobre 2020, il existait une procédure de médiation, qui permettait de faire examiner les refus de soins discriminatoires par le médiateur de l'Assurance maladie.

La circulaire précise que cette procédure ne disparaît pas. Elle subsiste, en complément de la procédure de conciliation et en s'articulant avec elle.

Le médiateur peut toujours orienter les signalements qu'il reçoit vers le dispositif de conciliation. Et à l'inverse, lorsque le directeur de la caisse reçoit une plainte pour refus de soins discriminatoire, il peut parallèlement diriger le patient vers le médiateur afin de l'aider à bénéficier des soins. ■



© GETTY IMAGES

Portée, contrôle et actualisation des recommandations de la HAS : un arrêt du Conseil d'État riche d'enseignements

La Haute Autorité de Santé (HAS) doit actualiser ses recommandations de bonne pratique. Cela peut la conduire à les abroger ou, si l'obsolescence porte sur un point précis, à publier un avertissement approprié. C'est ce que conclut le Conseil d'État dans un arrêt du 23 décembre 2020 complexe, mais très riche d'enseignements.

STÉPHANIE TAMBURINI, JURISTE, MACSF

Une contestation des recommandations de 2012 sur la prise en charge de l'autisme

En mars 2012, la HAS a publié une Recommandation de bonne pratique intitulée *Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent*.

Parmi les interventions globales « non recommandées » figure une méthode dite des « 3i », consistant à stimuler l'enfant autiste de manière individuelle, interactive et intensive, grâce à l'intervention de bénévoles au domicile. L'objectif est de développer la communication avec lui dans un cadre sécurisant.

> « LES RECOMMANDATIONS NE DISPENSENT PAS LES PROFESSIONNELS D'ENTRETENIR ET PERFECTIONNER LEURS CONNAISSANCES PAR D'AUTRES MOYENS. »

Dans sa recommandation, la HAS a considéré que l'absence de données sur l'efficacité de cette méthode et son absence de fondement théorique ne permettaient pas de la recommander.

Néanmoins, elle a indiqué que cette position n'excluait pas que soient menés des travaux de recherche clinique pour évaluer l'efficacité et la sécurité de ce type d'intervention.

Une association qui promeut cette méthode, estimant cette appréciation non fondée, demande à la présidente de la HAS de réexaminer la recommandation de bonne pratique et de la modifier, ce qu'elle refuse. L'association saisit le Conseil d'État d'un recours en excès de pouvoir contre ce refus.

Les recommandations constituent l'état de l'art et doivent être actualisées

En préambule de son arrêt du 23 décembre 2020, le Conseil d'État précise la portée des recommandations de bonne pratique de la HAS : elles guident les professionnels de santé dans la mise en œuvre des stratégies de soins, en mettant à leur disposition les données acquises de la science et les connaissances médicales avérées à la date de leur édiction, y compris au niveau international, sur lesquelles doivent être fondés les soins qu'ils assurent aux patients.

Il rappelle cependant que **les recommandations ne dispensent pas les professionnels d'entretenir et perfectionner leurs connaissances par d'autres moyens** et de rechercher, pour chaque patient, la prise en charge la plus appropriée en fonction de leurs constatations et des préférences du patient.

La HAS doit donc veiller à l'actualisation de ses recommandations, en engageant les travaux nécessaires à leur réexamen, pour tenir compte notamment des données nouvelles publiées dans la littérature scientifique et des évolutions intervenues dans les pratiques professionnelles.

Si une recommandation est obsolète ou manifestement erronée au regard des données de la science, ce peut être source d'erreurs pour les professionnels auxquels elle s'adresse. Dans ce cas, il appartient à la HAS de la modifier ou de l'abroger en tout ou partie.

Si une recommandation comporte, sur un point précis, une disposition manifestement erronée au regard des données de la science, il incombe alors à la HAS, alors même que l'engagement de travaux de refonte de l'ensemble de la recommandation ne serait pas justifié, d'en tirer les conséquences, à tout le moins en accompagnant sa publication d'un avertissement approprié.

Le Conseil d'État peut apprécier la légalité d'une recommandation de bonne pratique de la HAS

C'est un autre enseignement de l'arrêt du 23 décembre 2020 : pour se prononcer sur le recours pour excès de pouvoir dont il est saisi, le Conseil d'État doit juger si certaines dispositions des recommandations de bonne pratique de 2012 sont possiblement obsolètes et nécessitent un réexamen.

Le juge administratif dispose donc d'un pouvoir pour « *apprécier la légalité de la recommandation litigieuse au regard des règles de droit et des circonstances de fait applicables à la date de la présente décision* ».

Ce pouvoir est d'autant plus important qu'il lui permet de porter une appréciation sur la validité d'études scientifiques.

Se plaçant donc à la date de sa décision, le Conseil d'État relève que la méthode des « 3i » a été considérée par la HAS comme « non recommandée » en raison de l'absence de données sur son efficacité, du caractère exclusif de son application et de l'absence de fondement théorique.

Mais la HAS a fait preuve de prudence et s'est gardée de tout rejet péremptoire, puisque, tenant compte du faible nombre d'études scientifiques sur les effets à long terme et de l'absence de données sur ce type d'interventions récentes, elle n'a pas écarté le recours à des travaux de recherche clinique permettant de juger de leur efficacité et de leur sécurité.

En l'espèce, l'association produit deux études selon lesquelles on constaterait une diminution des handicaps liés aux troubles du spectre autistique grâce aux « 3i ». Le Conseil d'État considère cependant que la validité scientifique de ces deux études n'est pas suffisante pour conférer un caractère manifestement erroné, au regard des données actuellement acquises de la science, à l'appréciation portée sur cette méthode dans les recommandations de 2012.

Le Conseil d'État rejette donc la requête, considérant que le refus par la présidente de la HAS d'abroger la recommandation concernant la méthode « 3i » n'était pas illégal.

↗ Le Conseil d'État impose à la HAS un processus de veille et de réactualisation continue de ses recommandations

Si le Conseil d'État a rejeté le recours pour excès de pouvoir, il applique néanmoins les principes qu'il a rappelés en préambule sur la nécessité d'actualiser les recommandations pour se prémunir de toute obsolescence : il impose à la HAS de *« déterminer un cadre et d'élaborer un référentiel méthodologique permettant d'assurer une évaluation indépendante des méthodes telles que celle des "3i" pour préparer les travaux nécessaires au réexamen de la recommandation de bonne pratique de mars 2012 à bref délai »*.

À l'appui de cette nécessité d'actualisation, le Conseil d'État invoque *« l'évolution des connaissances et des pratiques dans la prise en charge de l'autisme depuis bientôt neuf ans et aux enjeux que comporte cette prise en charge pour les enfants et pour leur famille »*.

« LA HAS POURRAIT ENGAGER SA RESPONSABILITÉ EN CAS D'APPLICATION PAR UN SOIGNANT D'UNE RECOMMANDATION OBSOLÈTE. »

Il s'agit d'une exigence contraignante pour la HAS, qui devra donc réexaminer régulièrement ses recommandations, les abroger si nécessaire, et les assortir d'avertissements dans l'attente de la formalisation et l'adoption des modifications nécessaires.

Mais c'est aussi une exigence logique : puisque les recommandations sont considérées comme le reflet de l'état de l'art et peuvent servir de support aux prises en charge des professionnels de santé, elles doivent être à jour.
À défaut, la HAS pourrait engager sa responsabilité en cas d'application par un soignant d'une recommandation obsolète. ■

À RETENIR

- Les recommandations de bonne pratique de la HAS constituent *l'état de l'art* pour les professionnels de santé soumis à une obligation déontologique en vertu des dispositions du Code de la santé publique qui leur sont applicables. Elles font partie des éléments pris en compte dans l'appréciation de leurs responsabilités en cas de mise en cause ou de litige.
- Il est donc indispensable que la HAS veille à leur actualisation régulière, en fonction des nouvelles données issues de la recherche ou de l'expérience, pour correspondre aux données de la science, à la date de leur publication évidemment, mais aussi ultérieurement, au cours du temps.
- Cette actualisation peut consister en une abrogation, une modification ou, *a minima,* un avertissement adéquat.
- Le juge administratif peut exercer un contrôle sur la légalité d'une recommandation, ce qui sous-entend qu'il peut se prononcer sur la validité d'une thèse scientifique.
- Il est logique que l'opportunité d'une actualisation et la prise en compte de l'évolution des données scientifiques et des pratiques soient plutôt du ressort de la HAS. C'est pourquoi le juge lui impose de mettre en place une procédure de veille et d'actualisation.



“Je commence à pratiquer la téléconsultation. Vous m’assurez ?„

NOUS ASSURONS LA PRATIQUE DE LA TÉLÉMÉDECINE.
Nous innovons toujours dans votre intérêt.

3233 Service gratuit + prix appel

macsf.fr

21-284 - 05/2021

MACSF assurances - SIREN n° 775 665 631 - Société d’Assurances Mutuelle - Entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 PUTEAUX.