

Cycle de conférences sur les enjeux éthiques du Droit et de la Médecine en 2016
« L'accès aux soins »
Mercredi 9 mars de 18h à 20h, Faculté de droit de Strasbourg

Le 9 mars 2016 a lieu la deuxième conférence du cycle de conférences « Les enjeux éthiques du Droit et de la Médecine en 2016. »

L'objectif était de montrer quelles sont les problématiques sociales et judiciaires que pose l'accès aux soins. Cette conférence a été animée par Hélène Gebel, ingénieure de recherche, avec la participation du Professeur Michel Hasselmann, directeur de l'ERERAL et le concours de l'amicale des étudiants de droit. Ce colloque s'est déroulé en deux temps.

Maître Tabiou, avocat au barreau de Strasbourg, et Monsieur Bauer, sociologue ont présenté leurs exposés. Puis s'en est suivi un temps de débat (questions/réponses).

Le 26 juin 2013, l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe votait une résolution sur l'égalité de l'accès aux soins, qui commençait par les deux articles ci-dessous :

- Art 1 : Le droit à la santé est un droit fondamental de l'être humain. Ce droit est également une des conditions pour garantir la condition sociale et le développement économique.
- Art 2 : Les autorités constatent que les inégalités d'accès aux soins sont en train de s'accroître dans l'ensemble de l'Union européenne.

1) Le « Médecin » à l'épreuve du droit des patients : le refus de soins, Maître Tabiou

Chaque individu doit avoir accès aux soins dont il a besoin. Cela fait partie des valeurs constitutionnelles depuis la révolution française. Il existe deux variantes d'accès aux soins qui sont :

- l'accès aux soins est autorisé conformément à la loi ;
- l'accès aux soins est refusé.

La notion de refus de soin n'est pas équivalente à la notion du défaut de prise en charge. En effet, dans le défaut de prise en charge, le médecin commet une faute dans la prise en charge du patient. D'autre part le médecin n'a aucune volonté de ne pas soigner le patient, ce qui diffère du refus de soin.

Notion de refus de soins

- **Comportements et pratiques** d'un professionnel ou d'un établissement de santé qui ont pour objet ou pour effet d'empêcher un patient d'être pris en charge.
- Notion large qui inclut :
 - les refus de soins **explicites** ;
 - les refus de soins **implicites** : pratiques rendant les soins impossibles en raison des obstacles indirects que le patient se voit opposer par le professionnel ou l'établissement de santé ;
 - toute forme de **dissuasion** (exemple des honoraires excessifs).

Principe : obligation de soins

Article 9 du Code de déontologie médicale

Article R.4127-9 du Code de la santé publique

« Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires. »

1) Licéité du refus de soins

a) Faculté du refus de soins

Le refus de soin peut être motivé par des motifs personnels ou professionnels. Effectivement le médecin comme tous les citoyens a un droit de refus si les soins sont contraires à ses convictions.

Professionnel Libéral	Médecin hospitalier
<p>-« Liberté » de choisir ses patients: conséquence de la liberté contractuelle, applicable aux relations entre un malade et un professionnel libéral.</p> <p>- L'article 47 du code de déontologie médicale (R 4127-47 alinéa 2 du CSP) « <i>Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles</i> ».</p> <p>-L1110-3 du CSP: l'interdiction des refus de soins discriminatoires ne fait pas obstacle à un refus dès lors que les conditions énoncées ci-dessus sont réunies</p>	<p>-Agent du service public hospitalier: application de la déontologie de la fonction publique. Principe traditionnels: égalité, continuité, neutralité et mutabilité du service public hospitalier.</p> <p>-Cependant: le médecin hospitalier demeure un praticien soumis aux principes issus du Code de déontologie médicale: conservation de son indépendance professionnelle</p>

b) Obligation du refus de soins

- En cas d'incompétence (notamment technique) – art. R. 4127-70 du CSP.
- Absence de nécessité médicale : obligation de ne pas soigner pouvant résulter de l'interdiction pour le médecin d'intervenir en l'absence d'une « *nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui* » - art. 16-3 du C. Civ. Car dans certain cas l'intervention médical peut avoir des conséquences sur le patient. Le patient peut se retourner contre le médecin.
- Clause de conscience – art. L. 2123-1, L. 2212-8, et R. 4127-18 du CSP (cas fréquents en matière d'IVG) – cette clause est une liberté fondamentale du médecin. Le praticien a le droit comme tous les citoyens de refusé si le soin relevé pour lui d'un cas e conscience. Cela est inscrit dans le code de déontologie médical.
- Bilan négatif bénéfices/risques (nécessite donc un diagnostic) – l'acte ne doit pas exposer le patient à des risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté (art. L1110-5 al. 1 du CSP) ; ne pas exposer le patient à un risque injustifié (art. R. 4127-40 du CSP).
- Obstination déraisonnable – Art. L 1110-5 al. 2 du CSP : lorsque les actes médicaux apparaissent « *inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris* ».
- Devoir d'économie - régulation des dépenses de santé : Art. L.162-2-1 du CSS. Le médecin peut donc s'opposer à la prescription de certains traitements qui constitueraient une dépense injustifiée (Cons. const. 12.08.2004, DC n°2004-504 ; CE 26.02.2007, n°297084). Le médecin ne doit pas dépasser les prescriptions nécessaires à la seule efficacité du traitement (Cass. 2e civ, 24.05.2005, n°03-30775.32) cela implique que le médecin pourra refuse de soigner un patient si le soin à un prix trop élevé pour le système de sante français.

- Situations particulières : actes soumis à la réunion de certaines conditions: AMP (L. 2141-2 du CSP) ; IVG (L.2212-1 du CSP). Le praticien doit refuser le soin si celui-ci ne respecte pas les conditions légales dans le domaine médical.
- Défaut de moyens : hypothèse du choix des bénéficiaires de greffes dont la liste est tenue par l'Agence de la biomédecine.

2) Refus de soins illicites

Selon le code de déontologie médicale, les médecins doivent prodiguer les soins en réponse à toutes les sollicitations des patients. Les praticiens doivent soigner le patient avec bonne conscience et avec l'utilisation de la technique de la science acquise. De plus le médecin est également tenu, par le code de déontologie, à donner des soins consciencieux.

a) Soins non consciencieux

L'article R. 4127-32 du CSP : obligation de délivrer des soins consciencieux

L'article R 4127-37 CSP : obligation de prise en charge de la douleur ; devoir d'humanisme = être suffisamment diligent, attentif au sort du malade

Est illicite le fait de :

- dispenser volontairement des soins inefficaces ou illusoire, des soins de mauvaise qualité, ou superficiels (dispenser des soins de base aux bénéficiaires de la Couverture maladie universelle).
- manifester une attitude désobligeante ou humiliante envers un patient (jugé fautif, le fait pour un ophtalmologiste de refuser d'examiner un patient qui se présente à son rendez-vous avec quelques minutes de retard alors que ce dernier était handicapé et avait effectué 80km en ambulance).

b) Urgence ou abstention/négligence fautive

- Obligation d'agir pesant sur le médecin et obligation sous-jacente de s'informer de l'état du patient (CNOM 1989 : commet une faute un médecin de garde qui refuse de se rendre au chevet d'un enfant ayant subi un traumatisme crânien et dont l'état s'est aggravé pendant la nuit).
- Manquement déontologique : Art. 47 du code de déontologie médicale.
- Délit : Art. 223-6 Code pénal, délit de non-assistance à personne en péril. Peines encourues : 5 ans d'emprisonnement / 75 000€ d'amende. Conditions :
 - Un péril grave et imminent ;
 - La conscience par le médecin de ce péril.

Les conditions d'application de l'article 223-6 du Code pénal ne diffèrent pas selon que la personne en cause est une personne physique ou une personne morale (CAA Paris, 9 juin 1998 : la Cour Administrative d'Appel a retenu la responsabilité de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris pour avoir différé de trois semaines une intervention chirurgicale sur une patiente en raison de son absence de couverture sociale. Cette décision a aggravé l'état de santé de la patiente, qui est restée atteinte d'une cécité quasi complète et définitive).

c) Défaillance de la permanence ou de la continuité des soins

L'article R. 4127-47 du CSP : « *Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins doit être assurée* »

L'article R.4127-77 du CSP : le médecin est également tenu de « *participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent* » - service de garde

Si le praticien hospitalier se rend coupable d'un refus de soins illicite, il pourra être sanctionné pour faute détachable, engageant sa responsabilité personnelle et non celle de l'établissement au sein duquel il exerce.

La Ch. Crim. de la Cour de cassation a jugé que « *pour condamner le prévenu à réparer personnellement les conséquences dommageables du décès de Mme X., la Cour d'appel énoncé à bon droit que le fait pour un chirurgien de garde d'avoir omis de se déranger pour examiner dans un hôpital public une blessée atteinte d'une balle dans le ventre, constitue une faute personnelle lourde détachable par sa nature même de la fonction* » - Cass. crim, 25.05.1982, n°80-95056).

d) Refus discriminatoire

- Prohibition du refus de soins discriminatoire :
 - Article 7 du code de déontologie médicale.
 - Article 225-1 du code pénal : Prohibition du refus de soins pour motif discriminatoire. Infraction punie de 3 ans d'emprisonnement et 45 000€ d'amende.
- Illustrations :
 - Cas des personnes démunies : bénéficiaires de la CMU ou de l'Aide médicale d'Etat.
 - Discriminations fondées sur l'état de santé des patients (ex : patients atteints de VIH).
 - Les personnes âgées

e) Une forme spécifique de refus de soins illicites les pharmaciens

Les pharmaciens sont considérés comme des professionnels de la santé au même titre que les médecins. Les pharmaciens ne peuvent pas refuser de vendre des médicaments même si ses deniers ne sont pas conformes à leurs convictions personnelles. La seule circonstance où le pharmacien peut ne pas délivrer le médicament, c'est lorsque ce dernier se trouve en rupture de stock.

- Monopole en matière de vente de médicaments : obligation de délivrer les médicaments prescrits par le médecin (Art L.122-1 du Code de la consommation).
- Sanctions en cas de violation de l'article précité :
 - Code de la consommation: soit contravention de 5e classe (au maximum 1 500€, doublés en cas de récidive, et 7 500 € s'il s'agit d'une société), tantôt un délit correctionnel (discrimination aux articles 225-1 à 225-4 du CP) puni de 45.000€ d'amende et un d'emprisonnement jusqu'à 3 ans (peines quintuplées pour les personnes morales)
 - Code pénal : qualification d'escroquerie, passible de 5 ans d'emprisonnement et 375.000€ d'amende.
- Refus de vente, par un pharmacien, de produits contraceptifs. Cass crim 1998 : le pharmacien invoquait des motifs éthiques et médicaux pour refuser de détenir de tels produits et donc de les vendre dans son officine. La Cour a jugé que « *le refus de délivrer des médicaments contraceptifs ne procède nullement d'une impossibilité matérielle de satisfaire la demande en raison d'une indisponibilité des produits en stock, mais est opposé au nom de convictions personnelles qui ne peuvent constituer, pour les pharmaciens auxquelles est réservée la vente des médicaments, un motif légitime au sens de l'article L. 122-1* ».

3) Le médecin devant la juridiction ordinaire

Le praticien ayant commis une faute disciplinaire peut voir sa responsabilité disciplinaire engagée devant la cour dont il dépend.

Notion de faute disciplinaire : « *toute violation et tout manquement caractérisé aux obligations professionnelles* ». Pour justifier une sanction, ces fautes (des professionnels de santé) doivent relever d'un manquement sérieux à leurs obligations déontologiques et/ou statutaires. Notamment pour la disposition consciente de l'accès au soin.

Les fautes disciplinaires sont imprescriptibles (le jugement peut avoir lieu sans délai ou la faute ne sera plus valable)

La procédure disciplinaire : mise en œuvre de l'action disciplinaire différente selon qu'il s'agit de médecins exerçant à titre libéral ou de médecin du service public hospitalier

Possible cumul des sanctions déontologiques avec les sanctions disciplinaires infligées par l'autorité hiérarchique compétente.

Echelle des sanctions disciplinaires - Article L.4124-6 du CSP

- avertissement ;
- blâme ;
- interdiction temporaire avec ou sans sursis ou interdiction permanente d'exercer une, plusieurs ou la totalité des fonctions de médecin
- interdiction temporaire d'exercer avec ou sans sursis ; cette interdiction ne pouvant excéder trois années ;
- radiation du tableau de l'ordre.

Statuts des praticiens hospitaliers : peines disciplinaires ayant une incidence directe sur la carrière du praticien hospitalier sanctionné. Sont par conséquent applicables les peines suivantes :

- réduction d'ancienneté de services ;
- abaissement d'échelon ;
- mutation d'office ;
- suppression totale ou partielle d'émoluments. (honoraires)

4) La responsabilité civile contractuelle - loi du 04.03.2002

Relation contractuelle entre professionnel de santé et son patient : contrat médical (hors établissement public où le praticien n'est pas lié par un contrat avec l'utilisateur du service public).

La responsabilité des médecins et des établissements de santé privés a un fondement contractuel – arrêts Mercier (20.05.1936) et Clinique Sainte Croix (06.03.1945). Prescription par 10 ans à compter de la consolidation du dommage (L. 1142-28 du CSP)

Le médecin qui refuse l'accès aux soins peut également engager sa responsabilité civile en plus de sa responsabilité disciplinaire.

La responsabilité des professionnels de santé :

- Faute :
 - Manquement aux devoirs généraux : recueil de consentement ; devoir d'information suffisante dont la preuve positive incombe au professionnel (état de santé, soins et actes envisageables, technique projetée, suites prévisibles ou non, ...)

- Faute technique : obligation de donner des soins conformes aux données acquises de la science; l'obligation de recourir aux mesures d'aseptise permettant d'éviter la survenue d'infections nosocomiales.
 - Lien de causalité (lien entre la faute et le préjudice)
 - Préjudice

La responsabilité des établissements de santé correspond à la responsabilité liée aux actes de leurs professionnels de santé. Par ailleurs le médecin a une indépendance intellectuelle et professionnelle. Ainsi le patient qui subit le préjudice peut décider de poursuivre uniquement le médecin ou l'établissement .Il peut aussi poursuivre hôpital et le médecin.

- Actes accomplis dans le cadre d'un contrat d'exercice libéral : absence de lien de subordination et de rémunération du praticien par l'établissement de santé = responsabilité assumée par le professionnel de santé. Possible condamnation *in solidum* (théorie de l'apparence)
- Actes accomplis dans le cadre d'un contrat d'exercice salarié :
 - l'établissement de santé privé est responsable des fautes commises par des substitués ou ses préposés (médecins salariés)
 - Les professionnels de santé, agissant en tant que préposés de l'établissement et sans excéder les limites de la mission qui leur est impartie, n'engagent pas leur responsabilité à l'égard des tiers.
 - Cependant : les médecins gardent une responsabilité personnelle du fait de l'indépendance professionnelle inaliénable dont ils disposent = le patient peut engager la responsabilité des médecins sur le fondement des articles 1382 et suivants du Code civil.

II) Regards sociologiques sur l'accès aux soins, Monsieur Bauer

1) Le malade face à la norme

Pour l'ensemble de la population lorsqu'un individu est malade, il va se soigner par l'intermédiaire d'un médecin. Par ailleurs, chaque personne réagit à différents degrés à propos de la santé. Cet intérêt pour la santé est intériorisé par l'enfant dès le plus jeune âge. Car la santé correspond à un élément de la vie qui la rend supportable et épanouissante. Cela aboutit à une consultation médicale lorsqu'une personne a un souci de santé. Il y a également des institutions sociétales qui incitent à la prévention. Ces dernières mettent en place des techniques diverses :

- Campagne de prévention
- Campagne de dépistage (VIH)
- Publicité de prévention (manger cinq fruits et légumes par jour)
- Incitations à des activités sportives.

D'un point de vue social, la santé est considérée comme un bien commun¹. De plus les pratiques mettant en danger un individu tel que le tabagisme ou la prise de drogue sont considérées comme des pratiques attentatoires à l'individu et également à la société elle-même. Ces pratiques sont de fait illicites et peuvent donc être répréhensibles. Cela s'explique par le fait qu'un individu qui ne travaille pas, car il est souffrant, ne remplit pas sa part de productivité pour la société. Ainsi quand un individu n'est pas en bonne santé son intégration à la société est remise en cause. Cette conduite est

¹ Bien commun : c'est un bien dont la vocation est de répondre au besoin de l'ensemble de la population.

d'autant plus grave pour la société car la charge sanitaire est soumise à une obligation morale et politique.

2) une multiplicité de freins à l'accès aux soins

L'accès aux soins devient difficile dans certaines conditions même si cela reste obligatoire pour la société. Par ailleurs certaines conceptions vont être différentes selon des facteurs qui sont :

- Le facteur géographique : la vision de l'accès aux soins sera différente selon le pays où l'on se trouve. Par exemple, aux Etats-Unis la prise en charge sanitaire se fait aux frais du patient.
- Le facteur historique : que la vision de l'accès aux soins peut varier en fonction des générations.

Actuellement le système de santé français est un système de plus en plus pyramidal. Ainsi toutes les institutions sont régies par des agences régionales de santé qui sont elles aussi régies par le ministère de la santé. Cela traduit une vision étatique de la santé et engendre une certaine complexité. L'accès aux soins peut être rendu difficile du fait de certaines conditions personnelles :

- Le rapport que chaque individu a à sa propre santé. Les personnes doivent savoir qu'elles ont une valeur ce qui n'est pas évident pour certaines personnes.
- Certains soins font peur ce qui aboutit à un refus de soins, notamment pour les soins dentaires.
- Certaines considérations sociales empêchent l'accès aux soins. En Afrique une équipe médicale devait faire une campagne de dépistage du VIH. Mais celle-ci s'est avérée difficile notamment chez les hommes. En Afrique l'homme ne peut pas être malade car il est considéré comme fort. Ainsi l'homme atteint du VIH ne se présente pas aux autorités sanitaires car il a peur de perdre sa virilité.
- L'accès aux soins est contraint par certaines idéologies. Selon l'idéologie des témoins de Jéhovah les transfusions sanguines sont interdites. On peut aussi parler du refus d'être soigné par un médecin homme pour les femmes musulmanes.
- L'accès aux soins est d'autant plus compliqué qu'il y a une notion économique du corps.

L'accès aux soins est également rendu difficile du fait de nos institutions :

- Le système de santé français est complexe. Le citoyen lambda a déjà du mal à s'y retrouver alors que dire des personnes ayant une défiance intellectuelle et des personnes ne parlant pas français.
- L'accès aux soins est contraint par le coût. Bien que la France prenne en charge une partie des soins, la plupart des personnes étant couvertes par la CMU (couverture mutuelle universelle) ne peuvent pas payer les frais sanitaires qui restent à leur charge. Le système de santé est fait pour les personnes ayant un statut de travailleur.
- L'accès aux soins est contraint par un facteur géographique. Là où il y a des déserts médicaux², il faut que les personnes fassent un certain nombre de kilomètres pour trouver un médecin. Par exemple, une personne habitant un village reculé a dû faire 80 kilomètres pour trouver un médecin. Les agences régionales de santé essayent de faciliter l'accès aux soins en incitant les structures médicales à s'implanter dans les régions en manque de structures sanitaires.
- Il y a également un problème de stigmatisation de certaines structures médicales. Par exemple les hôpitaux psychiatriques ne sont pas très attirants pour la plupart de la population, car personne ne veut être affilié aux patients et aux structures psychiatriques.
- Les personnes à mobilité réduite n'ont pas accès aux soins par manque d'équipements spécifiques.

² Désert médical : un endroit où il n'y a aucune structure médicale.

Lorsque la personne va chez le médecin, il y a d'abord la pose du diagnostic puis vient la prescription du praticien. Certaines prescriptions sont lourdes ce qui peut décourager certains patients. Cela s'explique par le fait que certains médicaments ont des effets secondaires qui peuvent handicaper les personnes prenant ces médicaments. De plus la relation entre le patient et le médecin doit être bonne. En effet, dans certain cas il peut y avoir une négligence du médecin ou du patient, car le praticien et la personne en demande de soins n'ont pas une relation de confiance, ce qui conduit quelquefois à des situations d'incompréhension et donc d'inégalité de soins. Il y également le problème de la langue, certaines personnes ne parlant pas français ne comprennent pas forcément les prescriptions des médecins ce qui va également créer une inégalité d'accès aux soins.

L'égalité d'accès aux soins ne va pas de soi comme d'autres égalités qui sont pourtant inscrites dans la constitution. Cela s'observe notamment grâce à une étude de 2005 qui compare un score de précarité (qui prend les valeurs du salaire, du niveau étude) et des indicateurs sanitaires. Ainsi sur un échantillon de 100 000 personnes, on constate que plus le score de précarité est grand, plus les comportements à risque augmentent (tel que le tabagisme, la prise de psychotropes). De la même façon plus le score de précarité est élevé moins les personnes consultent le médecin (les personnes vivant dans une grande précarité n'ont pas vu le médecin depuis deux ans alors que paradoxalement ce sont les personnes qui sont le plus souvent souffrantes). De la même manière, le suivi gynécologique est plus faible lorsque le score de précarité augmente. Cette étude permet de souligner que l'accès soins n'est pas lié directement à l'état de santé de la personne.

L'Etat a fondé son système de santé sur une image erronée du citoyen. Effectivement, pour l'Etat un citoyen doit être quelqu'un :

- de rationnel,
- ayant un comportement responsable.
- ayant toute ces capacités intellectuelles
- ayant un capital social³.
- partageant la même culture que le personnel médical.

L'Etat devrait faire des efforts afin de garantir l'accès aux soins à l'ensemble de la population conformément au principe démocratique français. Il faut aller plus que la simple facilitation (prévention, dépistage, sensibilisation) et que les visites médicales obligatoires (visites : scolaire, sportive, travail obligatoire).

III) Questions

1. Sachant que 22% de la population étudiante ne consulte aucun personnel médical lors de leurs études, l'Etat remplit-il son obligation d'assurer l'accès aux soins pour les étudiants ?

Selon maître Tabiou, l'Etat n'est pas fondamentalement en cause dans le fait qu'un certain nombre d'étudiants n'ont pas accès aux soins.

Pour Monsieur Bauer le statut de l'étudiant est un statut particulier. En effet, les étudiants sont entre deux zones (ils ne sont plus considérés comme étant mineurs mais ils ne sont pas encore considérés comme des personnes majeures pouvant travailler). Cela implique une situation particulière car les étudiants ne sont pas encore considérés comme appartenant à la société. Cette question serait une bonne question à poser aux pouvoirs politiques pour essayer d'améliorer la situation.

³ Capital social : Cela correspond à l'ensemble des réseaux et des connaissances d'une personne.

3. Que se passe-t-il lorsqu'un patient refuse le soin ?

Selon maître Tabiou, il y a deux possibilités d'action. Lorsque des personnes sont confrontées à une autre personne souffrante : l'hospitalisation forcée par un tiers et l'hospitalisation d'office par contrainte. Ces procédures sont encadrées par la loi, qui fixe certaines conditions à respecter :

- Si la personne met en danger sa propre vie.
- Si la personne met en danger la vie d'autrui.
- Si la personne met en danger l'ordre public.

Selon le professeur Hasselmann, ces cas sont très difficiles à gérer car selon le code de déontologie médicale, les personnes ne voulant pas se faire soigner ne peuvent en aucun cas se faire contraindre par le personnel médical. Il y a trois lois qui protègent le patient ne voulant pas se faire soigner.

Loi protégeant le patient	Contenu de la loi
2002 lois Koppers	Le patient peut refuser d'être soigné par un médecin
2005 lois Leonetti	Le patient peut refuser l'ensemble des traitements
2010 lois Leonetti	Le patient peut refuser un traitement

Il existe une seule exception : lors d'une urgence, car un patient qui refuse le soin doit répéter au moins 3 fois son refus sur un intervalle espacé.

4. Comment fait-on lorsqu'une personne a une pathologie contagieuse et ne veut pas se faire soigner ?

Selon maître Tabiou, cela pose la question de la conscience et la volonté délibérée d'exposer son entourage à un danger. Si une personne refuse de se faire soigner en ayant conscience du caractère contagieux de sa pathologie, cela va entraîner une considération pénale. Dans ce cas de refus, juridiquement, on peut forcer la personne à se faire soigner conformément au code de la santé publique. C'est l'intérêt général qui prime sur l'intérêt personnel.

D'ailleurs, dans le cadre de l'état d'urgence, les centres de confinement épidémiologique sont sous surveillance militaire et les personnes contaminées ont obligation de rester confinées.

5. Une praticienne s'interroge sur le fait que la santé est également régie par un code économique. Peut-on s'y opposer ?

Selon Maître Tabiou, le code de la sécurité sociale ne s'applique que dans certains cas. Par exemple, lorsqu'une personne fait l'objet d'un traitement lourd et cher et que selon la sécurité sociale le coût paraît trop élevé, le traitement n'est pas pris en charge. Mais selon le code de santé public et le code de déontologie médicale, les médecins doivent prendre en charge et soigner au mieux les patients. Ainsi le médecin pourra estimer si le patient doit être soigné malgré le coût élevé du traitement. Dans cette situation, le praticien peut saisir le tribunal de santé publique qui tranchera.

6. Quelles sont les responsabilités encourues par les associations incitant à ne pas faire vacciner les enfants

Dans la situation où une association incite à ne pas faire vacciner une personne mineure, cela pourrait conduire à une infraction et donc à une sanction pénale dont l'importance dépendra du risque que la non vaccination engendrera pour l'enfant. De plus des parents qui refusent la vaccination de leur enfant commettent une infraction pouvant être répréhensible.

7. Comment faire lorsqu'un patient atteint du VIH refuse d'informer son conjoint de sa pathologie ?

Le secret médical interdit aux personnels médicaux de divulguer la moindre information liée à l'état de santé d'un patient. Seul celui-ci pourra informer son conjoint sur sa pathologie. Maître Tabiou nous explique que le médecin pourra signaler le cas à l'agence régionale de santé.

8. Comment faire pour qu'une personne handicapée puisse avoir accès aux soins ?

Selon Monsieur Bauer, il y a des problèmes d'accès aux soins pour les personnes à mobilité réduite. Même si depuis 2005 l'Etat a théoriquement mis en place une politique d'accessibilité, l'application de la politique reste minoritaire. Les associations peuvent jouer un rôle de lobby⁴ auprès des pouvoirs publics. Selon Maître Tabiou, il y a également un problème architectural concernant l'accès aux soins. Effectivement, lorsque le cabinet se trouve dans un bâtiment historique, il est très difficile d'installer une rampe d'accès.

9. Le Médecin peut-il proposer un médicament moins cher sans pour autant exposer sa responsabilité ?

Selon Maître Tabiou, les médecins ont le droit de refuser un soin. Mais dans ce cas précis cela sera considéré comme un refus illicite, car les médecins ne sont pas des économistes. Le médecin doit traiter au mieux son patient. Le médecin n'engage pas sa responsabilité si c'est la sécurité sociale qui demande une coupe budgétaire car il est couvert par le devoir d'économie. Par ailleurs le médecin qui commet une faute déontologique, comme le refus de prise en charge d'un patient, pourra voir sa responsabilité engagée.

Un médecin présent dans la salle souligne que les pouvoirs politiques voient uniquement les économies à court terme alors qu'il faut les voir à long terme. Par exemple un patient ayant une pathologie lourde ne bénéficiera le plus souvent d'un traitement qu'à un stade avancé or s'il avait pu bénéficier d'un traitement dès le début cela aurait entraîné un coût certes important mais sur une plus courte durée. Selon ce même médecin, il faudrait que la société selon le principe de responsabilité civile donne les moyens aux médecins de soigner au mieux leurs patients.

10. Maître Tabiou s'interroge sur la question des témoins de Jéhovah : Y a-t-il des études portant sur les soins prodigués aux témoins de Jéhovah ?

Selon Monsieur Bauer, les témoins de Jéhovah sont soumis à une idéologie de groupe qui interdit certains soins comme les transfusions sanguines. La personne étant témoin de Jéhovah ne refuse pas de façon individuelle mais par conscience de groupe. Cela crée de nouveaux problèmes concernant la santé.

⁴ Lobby : groupe de pression qui tente influencer les pouvoirs publics.