

N°19 SEPT. - OCT. 201





# Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins



Exclusif
Une interview du D' Michel
Legmann, président
du conseil national p.3

Réflexion
Soins psychiatriques
sans consentement : une
réforme contestée p.10

Lurispratique
Comment redonner toute
sa valeur à la signature
du médecin? p.16

# médecins n° 19 Sept. 2077



#### **⊻Édito** I 03

Interview du D<sup>r</sup> Michel Legmann, président du conseil national de l'Ordre des médecins

#### **∠L'essentiel** | 06

- Les comptes 2010 certifiés sans réserve
- Rougeole: freiner l'épidémie

#### **Sur le terrain** 108

Doubs: l'accessibilité au banc d'essai

#### **⊻Réflexion** I 10

Soins psychiatriques sans consentement: une réforme contestée

#### **∆illeurs** | 21

Les priorités santé de la présidence polonaise

### **→Courrier**des lecteurs | 28

### **La voix des associations** 130

Association Sud-West Faire connaître le syndrome de West

#### **■Culture médicale** | 28

La sélection du mois

#### ¥À vous la parole | 32

Drs Maud Binard, Marianne Dechenaud et Jessica Dubois, médecins généralistes dans l'Ain

#### Dossier | 22

# Comment annoncer une maladie grave?



Depuis le premier Plan cancer, la consultation d'annonce a progressé dans les établissements hospitaliers. Mais elle n'est pas appliquée partout, et certaines pratiques manquant de délicatesse persistent. Comment améliorer le dispositif d'annonce et l'étendre à d'autres maladies graves que le cancer? C'est sur ce thème qu'a planché le conseil national de l'Ordre des médecins lors de son séminaire annuel et d'un débat organisé en présence de personnalités reconnues.

#### Cahier jurispratique | 13

- **EXERCICE PROFESSIONNEL** Ces complémentaires qui ne respectent pas le secret médical I 13
- Levée de boucliers contre la signature du contrat type en EHPAD I 14
- **QUALIFICATIONS** Services d'urgences: ne pas intervenir au-delà de ses compétences I 15
- ÉTHIQUE ET DÉONTOLOGIE Comment redonner toute sa valeur à la signature du médecin? 1 16
- MÉDECINE DU TRAVAIL Nouvelles coopérations en santé au travail: les recommandations de l'Ordre I 18
- INFORMATIQUE E-santé: mieux gérer les fichiers informatisés I 20

#### Vos réactions nous intéressent

Envoyez vos messages à l'Ordre des médecins 180, bd Haussmann 75389 Paris Cedex 08 ou par mail conseil-national@cn.medecin.fr



# 66 Je veux rappeler la vérité sur l'histoire de l'Ordre 99

**D' Michel Legmann,** président du conseil national de l'Ordre des médecins

Célébration de la 300° session du conseil national, loi Fourcade, DPC, conflits d'intérêt...

Tour d'horizon, avec le D' Michel Legmann, président du conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom), des sujets qui font l'actualité de cette rentrée 2011-2012.

#### Le Cnom fêtera bientôt sa 300° session. Pourquoi avez-vous souhaité marquer cette date?

Cet événement va me permettre de rappeler, devant de nombreux ministres, parlementaires et élus, que l'Ordre a été créé le 24 septembre 1945 par une ordonnance du général de Gaulle, signée de M. François Billoux, ministre communiste de la Santé publique. Ce sera l'occasion de souligner, de facon solennelle, que l'Ordre des médecins n'a aucun lien avec le Conseil supérieur de la médecine, créé par le gouvernement de Vichy puis dissous par le gouvernement provisoire de la République française présidé par le général de Gaulle à Alger, en 1943. Ce Conseil supérieur de la médecine s'est rendu tristement célèbre pour avoir appliqué avec zèle les lois raciales et discriminatoires promulguées dès octobre 1940

par le maréchal Pétain, chef de l'« État français ». D'après Robert Owen Paxton, grand historien américain et spécialiste reconnu de cette période, cet organisme fut même le premier à exécuter les mesures ségrégationnistes, devançant dans ce domaine les exigences de l'occupant. Il est particulièrement crucial, pour moi en particulier, de rappeler cette vérité historique, car je me suis rendu compte, au fil de mes visites auprès de nos confrères français, hexagonaux ou extra-hexagonaux, et étrangers, combien tout cela était méconnu et que, par conséquent, une gêne réelle persistait dans de nombreux esprits sur l'histoire de l'Ordre.

#### Néanmoins, la place de l'Ordre est-elle mieux reconnue aujourd'hui?

Quand j'ai été élu à la présidence de l'Ordre, j'ai dit, sous la forme d'une boutade, que je voulais « réanimer le château

médecins

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION: D' Walter Vorhauer - ORDRE DES MÉDECINS, 180, bd Haussmann, 75389 Paris Cedex 08. Tél.: 0153893200. E-mail: conseil-national@cn.medecin.fr – RÉDACTEUR EN CHEF: D' André Deseur – COORDINATION: Évelyne Acchiardi

- CONCEPTION ET RÉALISATION: CITIZEN PRESS 48, rue Vivienne, 75002 Paris - RESPONSABLE D'ÉDITION: Claire Pettier - DIRECTION ARTISTIQUE:

Marie-Laure Noel – SECRÉTARIAT DE RÉDACTION: Alexandra Roy – FABRICATION: Sylvie Esquer – COUVERTURE: BSIP – IMPRESSION: IGPM

Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs – DÉPÔT LÉGAL: septembre 2011 – n°16758 – ISSN: 1967-2845.
 Ce magazine est diffusé avec un numéro spécial.





Ce document a été réalisé selon des procédés respectueux de l'environnement.



L'Ordre des médecins a été créé le 24 septembre 1945, par une ordonnance du général de Gaulle signée de M. François Billoux, ministre communiste de la Santé publique

---

de la Belle au bois dormant. » Mais, pour cela, il me fallait des moyens. Ces moyens, je les ai en partie obtenus avec le vote de la loi HPST, dont un chapitre a permis de rénover l'organisation des ordres professionnels. Ainsi, le nombre de conseillers nationaux a été revu pour tenir compte de la démographie médicale. Aujourd'hui, l'Ordre est davantage écouté, ses propositions sont prises en considération, mieux relayées par les médias... Nous sommes représentés au sein de toutes les agences sanitaires et en lien presque quotidien avec les ministères concernés. Il n'y a pas de sujet à propos duquel nous ne soyons pas interrogés, à l'exception, bien entendu, de la convention médicale, qui relève des syndicats mais pour laquelle nos avis consultatifs quant à la déontologie sont requis avant sa publication officielle.

#### Vous publiez chaque année un Atlas de la démographie médicale. Quel constat faites-vous? L'accès aux soins est-il en danger?

cet Atlas présente, de façon très complète, l'ensemble des données démographiques que permet l'analyse du tableau de l'Ordre (inscriptions, entrées, sorties, etc.). C'est un travail de très grande qualité, très apprécié par nos partenaires institutionnels, car il est essentiel pour comprendre le

phénomène de désertification médicale qui touche de nombreux territoires français. Il est de plus en plus précis, puisque nous avons affiné nos données par régions et que nous publierons, fin 2011, des cartes par bassins de vie. Que dit cet Atlas? Oui, l'accès aux soins est en danger si nous n'agissons pas. Mais, l'objectif, c'est de trouver ensemble, avec les médecins, avec les pouvoirs publics, les movens de résoudre ces difficultés, tout en sachant que l'Ordre est opposé à des mesures coercitives, qui seraient d'ailleurs très délicates à mettre en place.

# Justement, depuis le vote de la loi HPST, vous avez dénoncé certaines mesures vexatoires pour les médecins. Avez-vous obtenu leur suppression?

Je me suis effectivement mobilisé contre deux mesures: le contrat santé solidarité et la déclaration obligatoire des congés au conseil départemental de l'Ordre. Dès juillet 2010, Roselyne Bachelot m'a promis qu'elles seraient retirées. La loi Fourcade, publiée au Journal officiel le 10 août 2011, a confirmé leur suppression. Face aux déficits médicaux, il faut arrêter la démagogie de certains élus locaux. Nous ne parviendrons pas à installer des médecins dans des villages où il n'y a ni école, ni commerces,

ni services publics! Essayons plutôt de trouver des solutions incitatives et raisonnables! J'ai notamment proposé que, sur certains territoires isolés, les médecins puissent exercer à l'intérieur de bus médicalisés, sous le contrôle du conseil départemental de l'Ordre.

#### Quelles mesures préconisez-vous pour sauver la médecine libérale, qui n'attire plus les jeunes médecins?

Nous souhaitons faire évoluer la formation médicale initiale, afin que les étudiants soient sensibilisés à l'exercice libéral dès les premières années, y compris sous la forme de stages pratiques. Nous avons aussi présenté plusieurs pistes, que j'ai détaillées dans mon rapport1: ressusciter le compagnonnage, davantage mutualiser les moyens publics et privés et augmenter le nombre de collaborations interprofessionnelles. Nous proposons également la création de gestionnaires de santé aux côtés des médecins, qui soient capables de gérer les aspects administratifs et matériels de l'exercice pour améliorer la prise en charge des patients en libérant du « temps médecin ».

#### Et à l'hôpital, les médecins sont-ils sous pression?

Incontestablement, la loi HPST a modifié les rapports

entre les médecins et la direction de l'établissement. Le véritable patron, c'est le directeur, dont le rôle décisionnaire s'est considérablement accru, tandis que le nombre de personnels soignants ne cesse de diminuer. Quoi qu'il en soit, ce serait une grossière erreur que de croire que l'on peut gérer les établissements sans la coopération des médecins. Le risque que les médecins quittent l'hôpital en cas de conflit avéré, ne doit pas être négligé. Dans ce domaine, il faut miser sur l'implication et la collaboration efficace des médecins avec les administratifs, dans un climat d'intérêt général et de raison.

#### L'Ordre s'implique depuis longtemps dans le développement de la formation médicale continue. Avez-vous bon espoir que les décrets sur le développement professionnel continu (DPC) paraissent enfin?

La parution de ces décrets a pris du retard, car le ministère souhaite résoudre la question des conflits d'intérêt avant de les publier. Mais il est acquis que ces nouveaux principes légaux viendront renforcer les obligations déontologiques, déjà, et depuis longtemps, inscrites dans le code de déontologie.

#### L'Ordre sera-t-il associé à la réflexion pour une meilleure gestion des conflits d'intérêt?

L'Ordre aura toute sa place dans cette réflexion. Le ministre de la Santé vient d'ailleurs de me demander de nommer trois experts pour participer au groupe de travail sur le Médiator. L'Ordre est depuis plus de quinze ans chargé par la loi d'examiner les déclarations des conventions passées entre les médecins et l'industrie pharmaceutique et biomédicale, pour veiller à leur conformité avec la Loi dite « anticadeau »: 80000 déclarations ont été examinées en 2010 au titre des articles L. 4113-6 et L. 4113-9 du code de la santé publique, et ainsi chaque année depuis 1993. Mais nous réclamons des adaptations législatives, afin que l'avis donné par l'Ordre ait un caractère impératif et non plus seulement indicatif, avec d'éventuelles sanctions en cas de non-respect.

#### Autre thème, les NTIC, qui bouleversent l'exercice de la médecine: craignez-vous que leur développement remette en cause les principes essentiels de la déontologie?

développement de l'e-santé
n'exonère en rien du respect
du secret médical, de la
confidentialité des échanges, de
l'indépendance professionnelle...

Le conseil national de l'Ordre des médecins a d'ailleurs appelé à la tenue d'une conférence nationale de consensus sur la protection des données de santé. Cette démarche intervient après la publication de nombreux rapports et de trois livres blancs sur l'informatisation de la santé en 2008, la télémédecine en 2009 et la dématérialisation des documents médicaux en 2010.

### La loi sur la fin de vie doit-elle évoluer?

Le problème n'est pas là. Il vient du fait que la loi sur la fin de vie, du 22 avril 2005, que l'Ordre a contribué à élaborer en parfaite collaboration avec M. Jean Leonetti, est méconnue et donc imparfaitement appliquée. Rappelons-en les grands principes: le refus de l'acharnement thérapeutique, un meilleur accompagnement des mourants, l'instauration de la personne de confiance, la possibilité de rédiger des directives anticipées et, enfin et surtout, la collégialité de la décision médicale. Plutôt qu'une évolution, nous demandons aux pouvoirs publics de mieux faire connaître la loi. L'Ordre y contribue en publiant régulièrement des informations pratiques sur la fin de vie, dans les colonnes de son magazine ou sur son site Internet (voir notre supplément à ce Bulletin).

1. Rapport sur la définition d'un nouveau modèle de médecine libérale, conclusions de la mission Legmann, avril 2011.

# Les comptes 2010 certifiés sans réserve

En application de l'article L.4122-2 du code de la santé publique, lors de sa 299e session du 16 juin 2011, le conseil national de l'Ordre des médecins a été informé par le commissaire aux comptes que les comptes pour l'année 2010 avaient été certifiés sans réserve.



L'AVIS DU D<sup>r</sup> Pierre Maurice, président de la Commission de contrôle des comptes et placements financiers

En vertu des articles L.4122-2 et L.4132-6 du code de la santé publique modifiés par la loi HPST du 21 juillet 2009, la Commission de contrôle des comptes et placements financiers placée auprès du conseil national doit se faire communiquer chaque année l'ensemble des comptes et le budget prévisionnel du conseil national de l'Ordre, des conseils départementaux, régionaux et interrégionaux.

Elle a reçu des trésoriers toutes les informations et précisions qu'elle désirait, et de l'expert-comptable son rapport comptable de l'année 2010, lors de sa réunion du 25 mai 2011, qui s'est tenue au siège du conseil national.

La Commission a conclu à l'intégrité et à la sincérité des comptes du conseil national et de l'ensemble des structures ordinales examinées.

BILAN / 31.12.2010	
ACTIF	
IMMOBILISATIONS INCORPORELLES	35 207,08
IMMOBILISATIONS CORPORELLES	17 131 560,16
IMMOBILISATIONS FINANCIÈRES	13 209 381,29
CRÉANCES	2 492 137,25
DISPONIBILITÉS	9 217 310,60
FRAIS PAYÉS D'AVANCE	176 992,27
TOTAL GÉNÉRAL	42 262 588,65
PASSIF	
CAPITAL dont:	5 322 106,27
• Fonds d'harmonisation 2 974 355,17	0 022 100,27
• Fonds d'entraide 1 575 067,82	
GESTION ADMINISTRATIVE	27 932 355,27
PROVISIONS POUR RISQUES & PENSIONS	2 776 653,27
DETTES	6 231 473,84
TOTAL GÉNÉRAL	42 262 588,65
70.7.2 0.2.7.2.0.12	
<b>GESTION ADMINISTRATIVE</b> / 31.12.2010	
CHARGES	
ACHATS	
Bulletins	789 793,53
Impressions	347 916,54
Fournitures	197 816,52
AUTRES CHARGES EXTERNES	
Loyers et charges locatives	168 944,54
Location, entretien et réparations	571 184,25
Assurances	83 949,24
Documentation et colloques	129 296,83
Personnel extérieur	12 163,98
Honoraires	769 097,22
Indemnisations des conseillers	1 793 856,56
Communication, annonces	158 924,84
Déplacements et missions	1 527 220,00
Frais du conseil	445 079,18
Frais postaux	861 659,29
Cotisations, pourboires et dons	2 822,00
Informatique	1 423 649,82
IMPÔTS, TAXES ET VERSEMENTS ASSIMILÉS	1 080 061,73
CHARGES DE PERSONNEL	6 787 653,15
AUTRES CHARGES DE GESTION	1 767 277,56
CHARGES FINANCIÈRES	196 818,40
CHARGES EXCEPTIONNELLES	30 583,45
TOTAL	19 145 768,63
PRODUITS	
PRODUITS DE GESTION COURANTE	20 685 384,22
PRODUITS FINANCIERS	101 541,02
PRODUITS EXCEPTIONNELS	511 951,38
TOTAL	21 298 876,62
RÉSULTAT DE L'EXERCICE	2 153 107,99

# Les enjeux déontologiques de la dépendance

En juin, la Commission nationale permanente, laboratoire d'idées du conseil national de l'Ordre des médecins, a adopté un rapport sur les enjeux déontologiques de la dépendance.

elon son rapporteur, le D<sup>r</sup> Patrick Bouet, ce rapport a pour objectif d'être utile à tous les médecins mais aussi de rappeler que, dans un débat aussi fondamental que celui de la prise en charge de la dépendance, n'écouter que les acteurs économiques sociaux et politiques serait une erreur. « Il n'y aura pas de prise en charge cohé-

rente des problèmes de dépendance si, au nom de "l'anti-administratif", nous n'accomplissons pas, dans le cadre de notre déontologie, sereinement et efficacement, notre mission fondamentale. » Ce rapport détaille notamment les dispositifs sociaux et contractuels actuels, rappelle quels sont les principes directeurs de la loi du 5 mars 2007 applicable à compter du 1er janvier 2009, précise quel est le rôle du médecin vis-à-vis de la gestion de la dépendance, pour les moins et pour les plus de 60 ans. Enfin, il fait une large place aux aspects déontologiques dans les rapports des médecins avec les aidants, les structures d'accueil, etc.

+ D'INFOS SUR LE SITE: www.conseil-national.medecin.fr

Rubrique L'Ordre / Nos publications/ Les rapports.

# Rougeole: freiner l'épidémie

La section Santé publique et Démographie médicale du conseil national de l'Ordre des médecins accompagne l'action de la Direction aénérale de la santé (ministère de la Santé) pour éradiquer la rougeole en France. En raison d'une épidémie de rougeole aggravée depuis fin 2010, la Direction générale de la santé met en place pour la rentrée scolaire 2011-2012 une action de sensibilisation pour inciter les parents des enfants scolarisés (de la 6e à la terminale, ainsi qu'aux élèves de 2º année de CAP, CAPA, BEP et BEPA) à vérifier que leurs enfants sont à jour de la vaccination contre la rougeole. Après contrôle du carnet de santé par les infirmières scolaires, les parents dont les enfants ne sont pas à jour de leur vaccination seront invités à se rendre chez leur médecin ou dans un centre de vaccination.



### **Enquête** nationale

sur les conditions de vie des personnes atteintes d'une maladie longue ou chronique

À partir de décembre 2011, et durant l'année 2012. l'Assurance maladie et l'Inserm réaliseront une enquête sur les conditions de vie, deux ans après le diagnostic, des personnes atteintes d'une affection de longue durée.

Cette recherche a pour objectif de mieux connaître les difficultés que ces personnes rencontrent dans leur quotidien. Un questionnaire sera administré auprès d'un échantillon de patients volontaires, sélectionnés de manière aléatoire par l'Assurance maladie. Pour mener ce travail à bien, des informations médicales sur la situation au diagnostic seront collectées par l'Inserm directement auprès des médecins désignés par les patients interrogés comme ceux ayant assuré leur suivi lors du diagnostic de la maladie. À noter que cette enquête est soumise à l'accord de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil).

¥ Texte: Éric Allermoz

#### ■ Doubs

# L'accessibilité au banc d'essai

Des étudiants de Besançon se sont penchés sur la question de l'accessibilité des cabinets médicaux en centre-ville. Les résultats sont mitigés, avec une note moyenne de quatre sur dix. Explications.

e faire soigner relève-t-il du parcours du combattant lorsque l'on se déplace en fauteuil roulant? C'est pour tenter de répondre à cette épineuse question que des étudiants en BTS Services et Prestations du secteur sanitaire et social du lycée Pergaud, à Besançon, ont mené en mars dernier une enquête de terrain auprès de 44 professionnels de santé installés dans le centre-ville de la capitale comtoise. « L'objectif n'était pas d'effectuer un contrôle, mais plutôt de recenser les lieux accessibles et de sensibiliser les médecins aux enjeux de cette problématique, explique Michèle Munier, membre élue au conseil départemental de l'Association des paralysés de France (APF), partenaire de ce projet (tout comme le conseil départemental de l'Ordre des médecins du Doubs, voir cicontre). En effet, la loi « Handicap » de février 2005 prévoit qu'à l'horizon 2015 les cabinets médicaux devront être rendus accessibles aux personnes en situation de handicap. Une obligation avec effet immédiat pour les praticiens qui s'installent dès à présent. C'est donc dans ce contexte que les étudiants sont partis à la rencontre des professionnels de santé (médecins généralistes, dentistes, kinésithérapeutes, dermatologues, gynécologues, ophtalmologues et cardiologues). « Grâce à des critères d'accessibilité, une note a été attribuée aux cabinets visités, relate le rapport d'enquête. Un tiers d'entre eux ont reçu une



**D**<sup>r</sup> **Christian Curlier,** secrétaire général adjoint du conseil départemental de l'Ordre des médecins du Doubs

# Des contraintes incontournables



émoignage

Les professionnels de santé connaissent la loi. Ils ont bien conscience des enjeux liés à l'accessibilité des personnes à mobilité réduite, et des obligations qui leur incombent. La situation, dans son ensemble, s'améliore. Les nouvelles maisons médicales et les cabinets en périphérie du cœur de Besançon sont plus accessibles. Mais, en centre-ville, les médecins se heurtent parfois à des contraintes incontournables. Par exemple, pour faire des travaux de mise aux normes dans son cabinet, le praticien doit obtenir l'autorisation de la copropriété dans laquelle il est installé, ou celle des architectes de France si le bâtiment est classé. La réponse est souvent négative. Et comment rendre accessible un cabinet situé au deuxième étage? Il y a aussi le coût financier de ces travaux à supporter. En somme, les médecins n'ont pas

toujours le choix. Pour autant, il ne faut pas croire qu'ils restent inactifs: par exemple, lorsqu'un patient à mobilité réduite a rendez-vous, le médecin va l'attendre à la porte du cabinet et l'aide à accéder à la salle d'attente. Ou alors, il l'oriente vers des confrères mieux équipés.

note supérieure à six sur dix. En revanche, un tiers des cabinets ne sont pas du tout accessibles, avec une note inférieure à deux sur dix. Au final, la note moyenne atteint quatre sur dix. »

#### Places de parking, espace de rotation et toilettes surélevées

Dans le détail, on s'aperçoit que 70 % des cabinets n'ont pas de places de parking réservées aux personnes en situation de handicap. Plus de la moitié comportent des obstacles au niveau de l'accès extérieur (absence de rampe, sonnette trop haute, porte difficile à ouvrir, cabinet à l'étage sans ascenseur, etc.) ou intérieur (espace de rotation insuffisant dans la salle d'attente, pas de toilettes surélevées ou de table d'auscultation réglable, bureau trop haut). Le rapport d'étude a été remis à l'Association des paralysés de France. Michèle





Photo ci-dessus Les élèves de BTS Services et Prestations du lycée Pergaud de Besançon, aux côtés des bénévoles de la section locale de l'Association des paralysés de France.

#### LES MÉDEÇINS ONT JOUÉ LE JEU

Dans l'ensemble, les professionnels de santé ont joué le jeu face aux étudiants, en prenant le temps de les recevoir et de répondre à leurs questions. En amont, le Conseil départemental avait adressé à ses adhérents un courrier leur expliquant la démarche, puis conseillé les enquêteurs sur la façon d'aborder le thème de l'accessibilité auprès des médecins. Enfin, le Conseil départemental a relayé les conclusions de l'étude dans sa lettre d'information.



# Soins psychiatriques sans consentement: une réforme contestée

**Entrée en vigueur le 1er août,** la loi du 5 juillet 2011 modifie la prise en charge des personnes dont les troubles mentaux rendent impossible le consentement aux soins. Loi opportuniste ou réforme réaliste? Les avis sont partagés.

romise par le président de la République en novembre 2008 après qu'un étudiant a été poignardé à Grenoble par un schizophrène évadé d'un hôpital psychiatrique, la réforme de la loi du 27 juin 1990, qui déterminait jusqu'à maintenant les modalités des soins psychiatriques sans consentement, a fait grand bruit. Le nouveau texte du 5 juillet 2011, complété par deux décrets parus le 18 juillet (n° 2011-846 et n° 2011-847), introduit plusieurs dispositions nouvelles. Parmi elles, la possibilité de soins psychiatriques sans demande de tiers, venant s'ajouter aux modalités déjà existantes (soins sur demande d'un tiers et soins sur décision du préfet); l'intervention systématique du juge des libertés et de la détention (JLD) dès le quinzième jour d'hospitalisation; et la possibilité d'organiser les

#### Bon à savoir

#### PRÉVENIR LES PASSAGES À L'ACTE

La Haute Autorité de santé (HAS) a présenté, en début juillet, 84 recommandations pour améliorer le repérage des patients à risque et prévenir les passages à l'acte violents. Notamment: connaître les antécédents de son patient, prendre en compte les signes cliniques d'alerte et éviter toute rupture de soins.

www.has-sante.fr, espace Professionnels de santé, onglet Recommandations de bonne pratique.

#### EN CHIFFRES

# 70000 patients

pris en charge chaque année dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement. (Source: DGS)

soins sans consentement hors de l'hôpital, le suivi ambulatoire se substituant aux sorties d'essai jusqu'alors en viqueur.

Si la réforme recueille l'assentiment des associations familiales, une partie des soignants et des associations de patients la jugent avant tout « sécuritaire », dénoncent des atteintes au secret médical et à la liberté de soins des patients et soulignent le manque de moyens pour la mettre en œuvre. La disponibilité des médecins psychiatres d'une part, et celle des juges d'autre part, sont notamment sources d'interrogations. Dans ce contexte, le conseil national de l'Ordre des médecins soulève les difficultés éthiques liées à l'application de la loi. Il sera particulièrement attentif aux décisions du Conseil d'État, lequel doit notamment déterminer par décret les conditions du programme de soins sans consentement en ambulatoire.



Le D<sup>r</sup> Piernick Cressard

est président de la section Éthique Et Déontologie du Cnom. Neurologue et psychiatre, il a travaillé pendant trentesept ans au centre hospitalier régional d'Orléans, et il exerce aujourd'hui en libéral, à Saint-Denis-en-Val (45).



Jean-Yves Grall

est directeur général de la santé (DGS) depuis mai 2011.

Ancien cardiologue libéral et praticien hospitalier à Châteaubriant (Loire-Atlantique), il était auparavant directeur de l'Agence régionale de santé (ARS) de Lorraine.



#### Jean Canneva

est président de l'Union nationale des amis et familles de malades psychiatriques (Unafam). Forte de près de 2000 bénévoles qui animent 300 points d'accueil dans toute la France, l'association regroupe plus de 15000 familles concernées par la maladie psychique.

## Cette réforme était-elle nécessaire?

Jean-Yves Grall: L'objectif est de prendre en compte les évolutions des modalités de prise en charge en psychiatrie, et de remédier aux difficultés constatées dans l'accès aux soins. Le Conseil constitutionnel, sur le fondement de l'article 66 de la Constitution, a demandé que la loi de 1990 soit modifiée pour introduire l'intervention du juge pour tout maintien de l'hospitalisation au-delà de 15 jours. La réforme a intégré cette exigence.

D' Piernick Cressard: La loi de 1990 était satisfaisante, mais devait évoluer pour être en phase avec la société. La réflexion n'aurait pas dû être soumise à une date butoir. Le texte du 5 juillet est une loi du moment, en réponse à des faits dramatiques pour les familles, pour mieux contrôler les malades psychiatriques tout en respectant les droits de la personne. Garantir à la société une sécurité absolue est non seulement impossible, mais aussi incompatible avec les droits fondamentaux: la liberté de circuler et de penser, le droit

au secret médical et le droit au refus du traitement.

Jean Canneva: Dans son interprétation sécuritaire, la loi de 1990 laissait aux préfets toute autorité sur les hospitalisations d'office (HO), sans recours possible. C'est pourquoi l'intervention du juge a été demandée - et obtenue - dans le cadre d'une question prioritaire de constitutionnalité (QPC). Certains soignants contestent la réforme, en invoguant les droits de l'homme. Un million de personnes souffrent de pathologies mentales et vivent à 95 % hors de l'hôpital. Nous, leurs familles, savons ce qu'est une crise lorsque la personne n'est plus en état de demander des soins. Doit-on laisser une personne conduire si elle est aveugle? L'impératif de protection prend alors le pas sur les droits individuels.

#### Quels sont les points clés de la loi du 5 juillet 2011?

J.-Y. Grall: Le juge doit désormais rencontrer le patient soit au tribunal, soit à l'hôpital, à 15 jours et 6 mois d'hospitalisation, accompagné ou représenté par un avocat. En cas de difficulté pratique, l'audience peut se dérouler par visioconférence. Le juge dispose de l'avis de deux psychiatres. D'autres dispositions visent aussi à renforcer les droits du patient, comme l'exigence de recueil de son avis sur les soins ou l'organisation d'un examen particulier de sa situation après un an ou plus de soins. Pour favoriser la prise en charge, l'accès aux soins est facilité en cas d'une gravité particulière de la santé du patient, et les soins peuvent dorénavant se dérouler hors de l'hôpital, y compris à domicile. Enfin, des modalités particulières d'examen de la situation de certains patients sont exigées avant leur sortie, dans un objectif général de sécurité publique, et en particulier de celle de leurs proches. J. Canneva: L'hospitalisation sans consentement « en cas de péril imminent et en absence de tiers » est une mesure nécessaire quand la personne

n'a pas de famille ou que celle-

ci a trop peur pour en faire la



#### Soins psychiatriques sans consentement: une réforme contestée

#### Avec la participation de...







Le D' Piernick Cressard est président de la section Éthique et Déontologie du Cnom. Jean-Yves Grall est directeur général de la santé (DGS) Jean Canneva est président de l'Union nationale des amis et familles de malades. psychiatriques (Unafam)

demande. Dans tous les cas, l'hospitalisation doit débuter par une période d'observation de 72 heures au maximum: une fois la crise passée, la personne se calme et souvent consent aux soins. Quant à la possibilité d'organiser les soins dans le cadre ambulatoire, ce n'est rien d'autre que l'officialisation des sorties d'essai existant jusqu'à maintenant. Les protocoles ne seront guère différents.

D' Cressard: Plusieurs points sont médicalement contestables. Un seul certificat est requis pour une hospitalisation en absence de tiers, de même qu'un simple avis sur dossier médical avant le huitième jour d'hospitalisation si aucun psychiatre n'est disponible pour l'examen. Or la psychiatrie est une science clinique sans apport paraclinique, le diagnostic est toujours révisable. Un seul psychiatre peut se tromper, d'autant plus s'il ne voit pas le malade! On peut s'interroger sur le rôle et la responsabilité du juge des libertés et de l'avocat, amenés à rendre un jugement dans un contexte juridique. Et sur les moyens de préserver le secret médical si le patient n'est pas vu dans une salle dédiée, sans la présence d'un gardien. Par ailleurs, concernant les soins en ambulatoire, qui prendra en charge une crise survenant le week-end?

#### Cette réforme s'accompagne-t-elle de moyens suffisants?

D' Cressard: Outre le manque de psychiatres qualifiés dans les établissements, il faudrait 80 postes de magistrats et 70 postes de greffiers supplémentaires, sans compter les accompagnants pour les déplacements au tribunal. Quant à la visioconférence, elle n'est pas adaptée à un patient délirant. L'inflation des certificats médicaux demandés - à 24 h, 72 h, avant le huitième jour, avant le premier mois, puis tous les mois - nécessite aussi des moyens dont mes confrères psychiatres ne disposent pas. Enfin, au-delà d'un an d'hospitalisation, demander à un collège (deux psychiatres et un cadre de santé) de rendre son expertise sous dix jours, c'est simplement utopique dans le contexte actuel!

J.-Y. Grall: Les agences régionales de santé veillent à la bonne coordination des différents partenaires impliqués dans la mise en œuvre de la loi. Pour les aider à s'approprier les nouvelles dispositions, une page ouverte sur le site du ministère (www.sante.gouv.fr/ la-reforme-de-la-loi-relativeaux-soins-psychiatriques) met à leur disposition des outils pédagogiques.

#### Quelles sont les priorités du plan psychiatrie et santé mentale en préparation?

J-Y. Grall: Au-delà de cette nécessaire réforme, ce nouveau plan doit permettre de mieux prendre en charge et accompagner l'ensemble des personnes présentant des troubles mentaux, afin notamment de tenter de prévenir les crises, et donc le recours aux soins imposés, et de soutenir leurs proches. Rappelons que les soins psychiatriques libres restent la règle et représentent la très grande majorité des soins psychiatriques.

J. Canneva: Nous demandons que, dans chaque territoire de santé, un service d'urgences spécialisé en psychiatrie ait l'obligation de répondre quand une famille appelle pour une crise, et que le Samu se déplace avec des professionnels de la psychiatrie. Nous souhaitons une reconnaissance du rôle des aidants de proximité, y compris du médecin généraliste, qui doit être aidé, formé et rémunéré pour ces consultations longues. Il faut aussi améliorer le suivi dans le temps des patients en affection de longue durée (ALD): soutien social, surveillance de la poursuite du traitement et de la consommation de substances addictives, création de logements accompagnés...

# CAHIER JURISPRATIQUE

n° 19 sommaire :

- **EXERCICE PROFESSIONNEL** Ces complémentaires qui ne respectent pas le secret médical l 13
- Levée de boucliers contre la signature du contrat type en Ehpad I 14
- **¥QUALIFICATIONS** Services d'urgences : ne pas intervenir au-delà de ses compétences I 15
  - **YÉTHIQUE ET DÉONTOLOGIE** Comment redonner toute sa valeur
  - à la signature du médecin? I 16
  - ▶MÉDECINE DU TRAVAIL Nouvelles coopérations en santé au travail :
- les recommandations de l'Ordre I 18
  - **INFORMATIQUE** E-santé: mieux gérer les fichiers informatisés I 20

# Ces complémentaires qui ne respectent pas le secret médical

Le conseil national de l'Ordre des médecins met en garde les médecins contre certaines demandes abusives formulées par les mutuelles et assureurs complémentaires.

L'attention du conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) a été attirée par de nombreux praticiens sur les exigences des certaines mutuelles et assureurs complémentaires qui n'acceptent de rembourser les actes médicaux – pris en charge par l'Assurance maladie – qu'à la condition de disposer de la cotation précise de ces actes. Une telle requête est totalement

contraire au secret médical et au respect de la vie privée. Le Cnom est donc intervenu auprès de la Fédération française des sociétés d'assurances, de la Fédération nationale des mutuelles, du Groupement des entreprises mutuelles d'assurance, etc. Nous attirons votre attention sur ces pratiques et vous incitons à refuser ces demandes abusives.

# Levée de boucliers contre la signature du contrat type en Ehpad

L'Ordre des médecins réédite ses critiques à l'égard de l'obligation faite aux praticiens libéraux de signer un contrat type pour exercer dans les Ehpad (décret 2010-1730 du 30 décembre 2010). Des pressions sur les médecins et les patients ont été rapportées et il n'est pas certain que ces contrats respectent la liberté de choix des malades.

Suite au recours déposé devant le Conseil d'État contre le décret 2010-1730 du 30 décembre 2010, le Cnom maintient ses réserves sur la mise en place de l'obligation pour les médecins de signer un contrat type pour travailler à titre libéral au sein des Ehpad. Depuis le 1er avril 2011, l'absence de signature interdit au médecin de continuer à prendre en charge ses patients, quelle que soit l'option tarifaire de l'établissement où il exerce. Pis, de nombreux conseils départementaux ont fait état de pressions inacceptables de la part de directeurs d'établissement. Elles visent les médecins, pour qu'ils signent sans réserve le contrat type établi par l'administration, et les résidents, pour qu'ils portent le choix de leur médecin traitant sur les seuls praticiens qui signeraient ce contrat. Or ce contrat type mécontente les médecins comme les établissements. Cependant, les Ehpad sont soumis à la pression des directions générales des agences régionales de santé (ARS), qui leur ont rappelé

que cette signature est l'une des conditions de l'autorisation de fonctionnement de l'établissement et de son renouvellement...

D'autre part, certains établissements s'abritent derrière une décision du Conseil d'État du 20 mai 2011 pour prétendre que les contrats types proposés par l'administration respectent le libre choix des patients. Or cette résolution s'est uniquement prononcée sur la question du renvoi devant le Conseil constitutionnel du principe même des contrats entre établissements et médecins. Il reste à juger l'essentiel : les contrats types imposés par l'administration respectent-ils la liberté de choix?

Le Conseil d'État doit se prononcer sur ce point dans les prochains mois.

#### + D'INFOS:

http://www.conseil-national.medecin.fr/ article/contrat-type-ehpad-1078

#### **VEILLE JURIDIQUE** (JUILLET/AOÛT 2011)

#### AIDE MÉDICALE D'ÉTAT

JO du 30/06/2011

Arrêté du 19 juin 2011 fixant le modèle du formulaire « Demande d'aide médicale de l'État »

#### BIOÉTHIQUE

JO du 08/07/201

Loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique

#### CONTRAT D'ENGAGEMENT DE SERVICE PUBLIC

JO du 29/06/2011

Arrêté du 24 juin 2011 fixant le nombre d'étudiants et d'internes en médecine pouvant signer un CESP au titre de l'année universitaire 2011-2012

- Arrêté du 24 juin 2011 relatif aux modalités de calcul de l'indemnité mentionnée à l'article L. 632-6 du code de l'éducation
- Décret n° 2010-735 du 29 juin 2010 relatif au contrat d'engagement de service public durant les études médicales

#### **DÉFENSEUR DES DROITS**

- Décret n° 2011-904 du 29 juillet 2011 relatif à la procédure applicable devant

relatif à la procédure applicable devant le Défenseur des droits – Décret n° 2011-905 du 29 juillet

 Decret n° 2011-905 du 29 juille 2011 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services du Défenseur des droits

#### **LOI HPST**

JO du 11/08/2011

LOI n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Circulaire du 3 août 2011 relative aux mesures de lutte contre le tabagisme prévues par la loi n° 2009-879 du 21 juillet

#### MÉDECINE DU TRAVAIL

JO du 24/07/2011

Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail

#### **PSYCHIATRIE**

J0 du 06/07/2011

Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

#### IO du 19/07/2011

- Décret n° 2011-846 du 18 juillet
   2011 relatif à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques
- Décret n° 2011-847 du 18 juillet
   2011 relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

#### SÉCURITÉ ROUTIÈRE

JO du 12/07/2011

Arrêté du 29 juin 2011 fixant le montant des honoraires des médecins agréés pour le contrôle médical de l'aptitude à la conduite

# Services d'urgences : ne pas intervenir au-delà de ses compétences

..... Le Cnom invite les médecins à ne pas intervenir dans les services

d'urgences au-delà de leur spécialité et de leurs compétences, en vertu du code de déontologie et malgré l'insuffisance de praticiens qualifiés.

#### L'Ordre des médecins est régulièrement interrogé par des médecins hospitaliers sur

la participation de praticiens spécialisés au service des urgences, pour y pratiquer des actes étrangers à leur spécialité. Cette situation est-elle conforme à la loi?

#### 1/ Ce que dit la loi

Ce sont les articles D. 6124-1 et suivants du code de la santé publique qui réglementent les services d'accueil des urgences. Il y est indiqué que tous les médecins intervenant dans le cadre d'une structure de médecine d'urgence doivent avoir acquis une formation à la prise en charge des urgences, soit par une qualification universitaire, soit par une expérience professionnelle d'au moins 3 ans dans un service d'urgences. L'article prévoit aussi que tout médecin peut participer à la continuité des soins de la structure d'urgence après inscription au tableau de service et avec l'accord de son responsable. La participation des médecins spécialistes ne justifiant ni de la qualification universitaire, ni de l'expérience requise en urgence polyvalente tout médecin spécialiste étant bien évidemment compétent pour traiter les urgences de sa discipline - soulève donc des difficultés au regard des textes réglementaires susvisés. Pour clarifier la situation, une circulaire du Cnom datée du 10 février 1999 précise que

« tout médecin, généraliste ou spécialiste, peut exercer les fonctions de médecin de permanence dans un service de porte, dès lors qu'il ne lui est pas demandé de réaliser des actes dans une discipline qui ne serait pas la sienne et donc d'assurer un service actif de garde. »

# 2/ Jurisprudence contre déontologie

de médecins qualifiés, les

Mais, pour pallier l'insuffisance

directeurs d'établissement ont été contraints d'intégrer des spécialistes non formés aux urgences pour pratiquer des actes en dehors de leur spécialité. C'est ainsi que la cour administrative d'appel de Nantes a validé la décision d'un directeur de centre hospitalier qui faisait intervenir des médecins de disciplines non impliquées dans la prise en charge des urgences. La cour d'appel a estimé qu'il agissait dans le cadre de son pouvoir administratif. Cet arrêt du 11 avril 2003 s'appuie sur l'article 70 du code de déontologie médicale qui présume l'omnivalence du médecin. Mais, comme toute présomption, celle-ci peut être renversée et les médecins spécialistes qui ne

s'estimeraient pas compétents

pour assurer les urgences

doivent le notifier au

en dehors de leur spécialité

directeur de l'établissement.

Si l'article 70 pose le principe de l'omnivalence du diplôme, il en fixe aussi les limites : « Tout médecin est, en principe, habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose. » Dans le cadre d'un service d'urgences, on ne peut évoquer ici des « circonstances exceptionnelles » auxquelles le praticien serait confronté et dans lesquelles il se doit d'intervenir. Nous sommes ici en présence d'une organisation programmée, qu'on demande au médecin d'intégrer. Un arrêt de la Cour de cassation du 25 novembre 2010 a d'ailleurs condamné un médecin qui travaillait aux urgences d'un établissement privé, pour avoir pris en charge un patient dans des conditions contraires à l'article 70.

#### **CE QU'IL FAUT RETENIR**

Le conseil national de l'Ordre des médecins invite donc les médecins sollicités à répondre par écrit au directeur qu'ils ne pourront intervenir dans le service des urgences au-delà de leur spécialité et de leurs compétences.

# **Comment redonner toute sa valeur**

......La Commission nationale permanente de l'Ordre des médecins

a adopté en juin un rapport sur l'engagement personnel du médecin au travers de sa signature. Le message : redonner tout son sens et (re)prendre conscience de l'engagement du médecin lorsqu'il appose sa signature. Présentation avec son rapporteur, le D' Xavier Deau, également vice-président du conseil national de l'Ordre des médecins.

« Docteur, vous avez oublié de signer mon ordonnance... », « Pouvez-vous me signer un arrêt de travail? », « Surtout, n'oubliez pas de signer ma dispense de sport... ». Voici quelques exemples de demandes de signatures, glanés au cours d'une journée d'exercice. La signature du médecin est sollicitée tous les jours afin d'attester, de certifier, de confirmer ou de décrire un état de santé. Mais les médecins sont-ils vraiment conscients de toutes les conséquences individuelles et collectives de leur signature? Pour le D' Deau,

#### LES GRANDES LIGNES DU RAPPORT

**1.La signature du médecin - D' Xavier Deau** Dans cette introduction, le D' Xavier Deau présente les enjeux et l'objet du rapport : redonner à la signature du médecin toute sa valeur.

2. Les conséquences légales et déontologiques de la signature - D' Piernick Cressard

Cette deuxième partie débute par une brève histoire de la signature, de la préhistoire à nos jours. Le D' Piernick Cressard, également président de la section Éthique et déontologie du Cnom, y donne également sa définition de la signature et expose ses implications, sa banalisation et les dérives qui en découlent. Il rappelle aussi les principaux articles et les sanctions prévues par le code de déontologie médicale et le code pénal en cas de faute du médecin.

### 3. Le contexte sociétal de la signature - D' Jean-Alain Cacault

Le D' Jean-Alain Cacault, conseiller départemental, brosse ici le portrait du médecin généraliste, figure emblématique de la profession médicale. Il décrit l'évolution des rapports entre médecin et patient, totalement modifiés par la mise en place progressive de la Sécurité sociale. Il explique que la signature n'engage pas que le médecin mais tout le système de santé.

### 4. Les caractéristiques et la formalisation de la signature – D' Jean-François Rault

Ce chapitre pourrait s'appeler « La signature pour les nuls ». Rédigé par le D<sup>r</sup> Jean-François Rault, conseiller national, vous y trouverez « tout ce que vous avez voulu savoir sur la signature et que vous ne savez pas ».

### 5. Dans quelles circonstances la signature du médecin est-elle sollicitée?

Très technique, cette partie, introduite par le D' Gérard Lagarde, conseiller national, recense toutes les circonstances dans lesquelles la signature du médecin est sollicitée : certificats obligatoires, certificats établis sur réquisition demandés par l'autorité policière sur injonction judiciaire ou directement par l'autorité policière, certificats circonstanciels à l'occasion d'un événement médical, courriers entre médecins etc. Cette partie est ensuite détaillée en fonction des différents exercices du médecin.

A. Médecins libéraux en exercice ambulatoire

- D' Albert Dezetter

B. Médecins en exercice hospitalier

- D' Bertrand Leriche

C. Médecins experts - D' Piernick Cressard

D. Médecins agréés - D' Albert Dezetter

### 6. La complexité de la signature - D' Albert Dezetter

Si la signature est la décision du médecin, comme le rappelle le D<sup>r</sup> Albert Dezetter, conseiller national et auteur de cette partie, elle est néanmoins bien souvent coordonnée à de multiples autres avis, ce qui accroît la responsabilité du rédacteur : délégation de signature, signature en milieu scolaire, certificat de décès, signalement de maltraitance, certificat pour sportif, etc.

#### 7. Conclusion, éthique de la signature

- D' Xavier Deau
- 8. Quelques recettes pratiques
- D' Xavier Deau

# à la signature du médecin?

« compétence, liberté et indépendance » sont les valeurs fondamentales que les médecins ne doivent jamais trahir avant toute signature. Il rappelle également que l'interrogatoire et l'examen clinique du patient sont les préliminaires incontournables à toute signature de document. La signature « concrétise un véritable engagement personnel du médecin dans la société, et de la société vis-à-vis du médecin. Cet engagement réciproque est un véritable contrat et nécessite d'être encadré car il entraîne aussi toute la crédibilité sociétale de la profession médicale. » La signature du médecin n'est donc concevable que dans un encadrement rigoureux : le code de déontologie médicale et le code pénal. Le rapport rappelle là encore que la signature se doit de répondre à « une exigence de vérité ». Si la vérité absolue n'existe pas, sa quête doit être une préoccupation permanente et ne peut se concevoir qu'en toute indépendance, valeur déontologique éternelle de l'exercice médical. Voltaire disait : « donnez-moi trente lignes écrites par un homme et je le fais pendre »... Par sa signature, le médecin possède symboliquement un pouvoir équivalent.



#### + D'INFOS :

Pour télécharger le rapport : http://www.conseil-national.medecin.tr/ article/signature-engagement-personnel -du-medecin-1098

## QUELQUES « RECETTES » PRATIQUES AVANT D'APPOSER SA SIGNATURE

Avant d'apposer ma signature sur tout document, je me pose quelques questions essentielles :

- Ma signature ouvre à mon patient l'accès à des droits sociaux ou le bénéfice secondaire d'exceptions prévues par la loi « générale ». Mon rôle sociétal est majeur. Est-ce que je signe en toute indépendance et liberté ces documents?
- J'ai bien interrogé et examiné mon patient.
   Suis-je compétent pour signer et suis-je prêt à assumer les conséquences individuelles et sociétales de ma signature?
- Mon interlocuteur est-il conscient que ma signature n'est valable qu'à l'heure ou la date où celle-ci est apposée?
- Est-ce que mon certificat est rédigé correctement?
- Ai-je bien pris le temps de relire et d'informer mon patient de mes écrits avant de les signer?
- Afin de ne pas banaliser ma signature, ai-je pris le soin d'informer mon patient des conditions dans lesquelles j'appose ma signature : acte de prévention au cours d'une consultation normale ou acte purement administratif dont la valorisation est laissée à la libre appréciation de « mon tact et de ma mesure »?
- Au travers de la demande de signature, la société me fait confiance en me donnant un vrai rôle « d'arbitre », mais avant de signer je me dois de me poser 4 questions fondamentales :
- 1. Qui me demande cette signature?
- 2. Cette signature est-elle demandée avec le consentement du patient?
- 3. Pourquoi et dans quel but cette signature est demandée?
- 4. Quelles sont les conséquences personnelles et sociétales de ma signature?

# Nouvelles coopérations en santé les recommandations de l'Ordre

...... Interrogé par de nombreux médecins du travail sur le bien-fondé

de l'embauche d'infirmières par les services de santé au travail, le conseil national de l'Ordre des médecins a constitué début 2011 un groupe de travail chargé d'analyser les expériences qui lui ont été présentées. Ses travaux lui permettent aujourd'hui d'élaborer des recommandations sur le contenu et le fonctionnement de ce partage des tâches. Ils ont été présentés à la session de juin 2011 du Cnom par la section exercice professionnel et ont été approuvés.

#### A. LE CONTEXTE

#### • De moins en moins de médecins du travail

En 2007, les statistiques démographiques publiées par le conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) mettaient en lumière la situation alarmante des effectifs médicaux en santé au travail: moyenne d'âge élevée des médecins; prévision de départ à la retraite d'un important contingent dans les cinq ans; postes d'internat non pourvus... En 2011, cette situation se confirme : 30 % des médecins du travail ont plus de 60 ans et seulement 76 jeunes médecins se sont inscrits dans la spécialité en 2010.

#### Une solution possible : la coopération technique médecins-infirmières

Pour faire face à la pénurie de médecins du travail, le recrutement d'infirmières appelées « infirmières de santé au travail » (IST) et le développement de nouvelles formes de coopérations médecins-infirmières ont pu apparaître comme une solution. Plusieurs services de santé au travail ont commencé à tester ce type de pratiques professionnelles au travers d'expérimentations

« autorisées » par la Direction générale du travail ou d'autres dites « sauvages ». Il est important de préciser que les hypothèses envisagées ne sont pas celles d'une coopération entre professionnels de santé au sens des articles L. 4011-1 et suivants du code de la santé publique. Après avoir écouté les retours d'expériences, le groupe de travail du Cnom a conclu que les nouvelles coopérations médecins-infirmières permettaient de conserver un « suivi individuel médicalisé » des salariés. Celui-ci donne satisfaction à la fois aux salariés et aux employeurs, à condition que les recommandations suivantes soient respectées.

## B. LES RECOMMANDATIONS ORDINALES

#### 1/ Formation des IST

Outre leur diplôme de base, le Cnom souhaite que l'IST possède un diplôme inter-universitaire de santé au travail (DIUST), une licence ou une validation d'acquis de l'expérience (VAE). Cette formation doit être complétée et finalisée par un tutorat avec le médecin du travail, lequel décide ensuite, au vu des acquisitions, de la confiance à lui accorder.

# 2/ Moyens indispensables à la coopération technique

Il appartient au médecin du travail de mettre en place et d'organiser son binôme en toute indépendance professionnelle, sans interférence de l'employeur ou de la direction du service de santé au travail. L'IST doit pouvoir se consacrer effectivement et exclusivement à ses nouvelles missions et doit disposer du temps nécessaire pour mener les entretiens infirmiers dans de bonnes conditions. L'architecture des locaux doit être adaptée : chaque infirmière doit se voir attribuer un bureau correctement équipé qui doit respecter la confidentialité. Le système informatique devra également comporter des adaptations comme un « module infirmier » dans des conditions de sécurité et de confidentialité strictes. Un tableau des compétences de chacun doit être stabilisé par les fiches de poste afin d'éviter les confusions des rôles et le télescopage des tâches, sources possibles de conflits futurs.

#### 3/ Missions des IST

La réglementation prévoit un entretien d'accueil effectué par l'infirmière (article R. 4311-5 42° du code

# au travail:

de la santé publique). Dès lors, l'IST peut assurer des entretiens infirmiers assortis de recueil d'observations et de paramètres (hors examen corporel médical). Attention: les visites d'embauche, de préreprise, de reprise et toute autre visite à la demande du salarié ou de l'employeur relèvent du domaine exclusif du médecin du travail, mais elles peuvent être préparées par l'IST (préparation du dossier et constitution du cursus professionnel et médical, réalisation des examens complémentaires). Le Cnom estime que le médecin du travail doit avoir la latitude décisionnelle du choix des salariés et des populations susceptibles de bénéficier de l'entretien infirmier. Sur le plan pratique, le Cnom recommande que des grilles d'entretien adaptées aux branches, aux métiers ou aux risques professionnels soient fournies aux IST. La grille d'entretien doit être intégrée au dossier médical. À l'issue de cet entretien, l'infirmière doit rédiger une attestation de suivi infirmier à destination de l'employeur. Ce document ne se substitue pas à l'avis d'aptitude qui relève de la compétence exclusive du médecin du travail. Enfin, le Cnom souhaite que la mission des IST ne se limite pas à l'entretien infirmier. Elles doivent pouvoir agir sur le milieu de travail : d'une part, visites d'entreprise avec ou sans le médecin du travail, préorientées par des instructions précises et discutées au préalable avec le médecin du travail; d'autre

part, participation aux comités d'hygiène, sécurité et des conditions du travail (CHSCT) suivant les mêmes modalités. Elles peuvent aussi jouer un rôle dans l'éducation pour la santé : son contenu et le choix des thèmes seront à préparer par le médecin du travail et l'IST.

#### Organisation du binôme médecin du travail-IST

Le contenu du travail de l'IST dépend exclusivement du médecin du travail, d'où la nécessité de travailler en binôme (dans l'idéal sur le mode un temps plein médical pour un temps plein infirmier). Le médecin du travail exerce une autorité fonctionnelle sur l'IST : il est responsable de ses actes sur le plan technique. Par ailleurs, l'IST doit toujours avoir la possibilité de joindre un médecin du travail. Au vu des expérimentations, le Cnom estime que chaque médecin ayant son mode d'exercice personnel, l'infirmière ne peut s'y retrouver si plusieurs médecins la sollicitent. La bonne formule est donc un médecin pour une infirmière (ou pour deux au maximum). Dans les services autonomes, une plus grande stabilité des effectifs et une plus grande homogénéité des risques permettent que ces coopérations s'établissent entre plusieurs médecins et infirmières. La réunion « staff » hebdomadaire doit être obligatoire, prise sur le temps de travail du médecin du travail et de l'IST. Elle doit donc être programmée et institutionnalisée (environ l'équivalent d'une demi-journée par semaine). Elle comporte

une partie médicale (étude des dossiers singuliers vus par l'infirmière en santé au travail et présentant des problèmes) et une partie intéressant l'action en milieu de travail (analyse, programmation de l'activité de l'IST, etc.). Il est à noter que les expérimentateurs estiment à 15 % environ le pourcentage de salariés vus en entretien par l'infirmière repris et étudiés en réunions « staff ».

### Relations avec les autres intervenants

La collaboration et l'échange d'informations sont fréquents entre les IST, les intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) et les assistants en santé du travail : par exemple, les informations collectées par l'IPRP peuvent être transmises à l'IST; des visites des lieux de travail peuvent même être organisées en commun. Le Cnom rappelle que l'IST ne peut communiquer de données médicales. Le Cnom estime que les rôles des différents professionnels doivent être définis préalablement lors de réunions « staff » de l'équipe et sous l'autorité du médecin du travail, avant d'être traduits dans les protocoles. Des coopérations techniques entre l'IST et l'assistante en santé au travail doivent aussi être envisagées sur le même mode que celles qui se mettent en place entre le médecin du travail et l'infirmière en santé au travail.

#### + D'INFOS:

www.conseil-national. medecin.fr/article/nouvellescooperations-en-sante-autravail-1101

y D™ François-Xavier Ley et Denis Saint-Paul, consultants pour le Cnom

# E-santé: mieux gérer les fichiers informatisés

..... La Commission nationale informatique et libertés

#### a publié un guide pour conseiller les professionnels de santé sur les mesures à adopter pour la gestion de leurs fichiers informatisés.

Les professionnels de santé concernés sont ceux qui mettent en place des fichiers informatisés sur les patients ou sur des personnes participant à des recherches médicales et tous ceux qui souhaitent recourir à des réseaux pour recevoir et transmettre des informations à caractère médical (feuilles de soins, résultats d'analyse ou gestion partagée des dossiers médicaux). Tous ces fichiers comportent des données de santé dont la loi « Informatique et Libertés » encadre la collecte et le traitement. Cette loi a pour objet de protéger ces données contre une mauvaise utilisation qui pourrait porter atteinte aux droits et aux libertés des personnes, ou à l'intimité de leur vie privée. Elle définit 5 principes clés à respecter.

#### 1/Le principe de finalité

Les informations qui concernent les patients ne peuvent être recueillies et traitées que pour un usage déterminé et légitime. Par exemple : un fichier de patients détenu par un médecin exerçant à titre libéral ne peut pas être utilisé à des fins de prospection commerciale ou de communication politique. Tout détournement de finalité est passible de sanctions pénales (article 226-21 du code pénal).

# 2/Le principe de pertinence des données

Seules doivent être traitées les informations pertinentes et nécessaires au regard des objectifs poursuivis par le traitement. Par exemple : l'enregistrement de la nationalité d'un patient dans le fichier du cabinet médical ou encore dans le fichier clients d'une pharmacie n'est pas pertinent. L'enregistrement des informations relatives aux habitudes de vie d'un patient peut en revanche être admis dans la mesure où ces informations sont nécessaires au diagnostic et aux soins.

# 3/Le principe d'une durée limitée de conservation

Les informations ne peuvent être conservées pour une durée illimitée. Elles doivent être conservées pendant une durée précise et déterminée en fonction de l'objet de chaque fichier.

# 4/ Le principe de sécurité et de confidentialité

Le professionnel de santé doit prendre les mesures nécessaires pour garantir la confidentialité des informations et éviter leur divulgation à des tiers non autorisés. Par exemple : chaque personne doit disposer d'un mot de passe individuel régulièrement renouvelé. Les droits d'accès aux données doivent être précisément définis en fonction des besoins réels de chaque personne (lecture, écriture, suppression). Il peut également être utile de prévoir un mécanisme de verrouillage systématique des postes informatiques au-delà d'une courte période de veille. Enfin, les informations ne doivent

être consultées que par les personnes habilitées à y accéder en raison de leurs fonctions.

# 5/Le principe du respect des droits des personnes

#### • Information des personnes

Lors de la collecte des informations qui les concernent, les personnes doivent être clairement informées des objectifs poursuivis, du caractère obligatoire ou facultatif de leurs réponses, des destinataires et des modalités d'exercice de leurs droits au titre de la loi « Informatique et Libertés » (droit d'accès, de rectification et d'opposition).

#### • Droits d'accès et de rectification

Toute personne peut demander au détenteur d'un fichier de lui communiquer toutes les informations qui la concernent. Elle a également le droit de faire rectifier ou supprimer les informations erronées. Par exemple : un patient peut accéder à son dossier médical.

#### Droit d'opposition

Toute personne a le droit de s'opposer, pour des motifs légitimes, à ce que des données qui la concernent soient enregistrées dans un fichier informatique, sauf si ce motif résulte d'une obligation légale ou réglementaire.

Par exemple : un patient atteint d'une affection grave souhaite que son dossier médical ne soit pas accessible dans le système d'information de l'hôpital. Le motif légitime invoqué à l'appui de cette demande est d'éviter qu'un membre de sa famille, appelé à travailler dans l'hôpital, accède à son dossier car le patient ne souhaite pas lui révéler sa pathologie.

#### + D'INFOS :

www.cnil.fr/ Espace En savoir plus / Sous-rubrique Les guides. Ce guide contient également de nombreuses fiches pratiques ainsi qu'un tableau qui permet de récapituler quels sont les fichiers qui doivent obligatoirement faire l'objet de formalités auprès de la Cnil.

# Les priorités santé de la présidence polonaise

#### La Pologne assume depuis le 1er juillet 2011

la présidence du Conseil de l'Union européenne (UE). Parmi ses priorités: l'amélioration de la santé des citoyens de l'UE, la protection des populations contre les facteurs communs de risque et la solidarité européenne.

e 14 juillet dernier, à Bruxelles, Ewa Kopacz, ministre polonaise de la Santé, a présenté les priorités santé de la présidence polonaise aux eurodéputés chargés des questions de santé.

### Réduire les différences de niveau de santé

Pour y parvenir, Ewa Kopacz propose d'agir sur les déterminants de santé, plus particulièrement sur la bonne nutrition et l'activité physique; de mieux prévenir et contrôler les maladies de l'appareil respiratoire chez les enfants; et enfin, d'améliorer la prévention et le traitement des troubles de communication chez les enfants, en recourant notamment à l'e-santé et à des solutions novatrices.

# Prévenir les maladies du cerveau, les maladies neurodégénératives, dont la maladie d'Alzheimer

La présidence souhaite aussi aborder des sujets tels que le partenariat pour un vieillissement sain et actif, les services de santé en ligne, la résistance aux antibiotiques et l'accès des patients à des informations fiables sur les médicaments à prescription facultative. Ewa Kopacz a également insisté sur le besoin de solidarité européenne en matière de santé: « Ce qui importe, pour nous, c'est (...) la solidarité en matière de santé, et c'est une telle solidarité que nous souhaitons développer en Europe. »



Ewa Kopacz, ministre polonaise de la Santé.

Au sein du Conseil « Compétitivité », la présidence polonaise cherchera par ailleurs à faire avancer la mise en œuvre de l'Acte pour le marché unique. Dans cette perspective, la révision de la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles sera un dossier prioritaire de la présidence.

La ministre a aussi rappelé que la présidence polonaise « inaugure un nouveau trio de présidence, aux côtés du Danemark et de Chypre ».

#### Agenda

#### **CONFÉRENCES AUTOMNE 2011**

- → 8-9 septembre 2011, Londres Conférence internationale sur la santé publique
- → 9-10 Septembre 2011, Udine For an European Accredited Specialist Doctor
- → 11-14 septembre 2011, Milan 17° Conférence internationale de l'European Society of Gynaecological Oncology
- → 29-30 septembre 2011, Lisbonne

Des soins de santé adaptés aux enfants: construire un avenir sain pour et avec les enfants

- → 12 octobre 2011, Bruxelles 2014 + Will Cross-Border Cooperation in Health still matter? Innovation for a healthy future
- → 7 novembre 2011, Poznań Solidarité en matière de santé – Réduction des disparités dans la santé

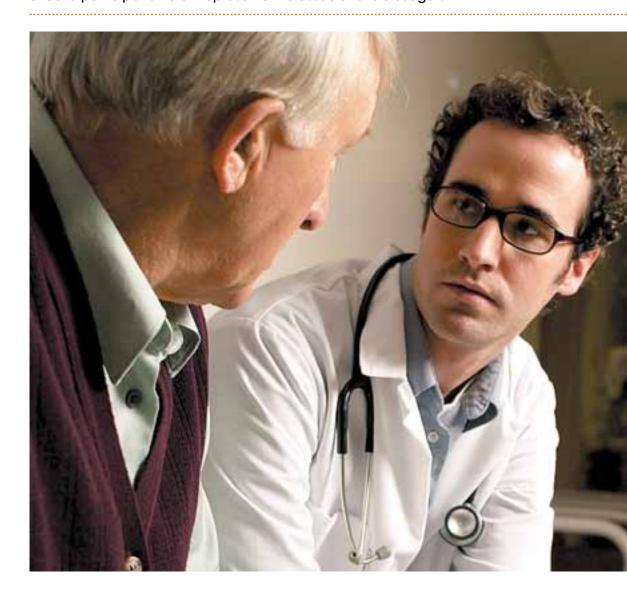
entre les pays de l'Union européenne → 18 novembre 2011, Düsseldorf

First Joint European Hospital Conference



# Annonce d'une maladie grave: les mots pour le dire

Depuis le premier Plan cancer, la « consultation d'annonce » a progressé dans les établissements hospitaliers. Mais elle n'est pas appliquée partout et certaines pratiques manquant de délicatesse persistent. Comment améliorer le dispositif d'annonce et l'étendre à d'autres maladies graves que le cancer? C'est sur ce thème qu'a planché le conseil national de l'Ordre des médecins, lors de son séminaire annuel et d'un débat organisé en présence de personnalités reconnues, avec la participation d'un représentant d'associations d'usagers.



éclamée dès 1998 par les patients lors des États généraux de la santé, la « consultation d'annonce » voit le jour avec le premier Plan cancer (2003-2007). L'objectif: prévoir un accompagnement adapté lorsqu'un médecin informe un patient qu'il est atteint d'un cancer. Auparavant, trop de dérives avaient été signalées par les malades, qui brocardaient une

annonce faite entre deux portes, dans un couloir d'hôpital, les laissant à la fois sidérés par l'information et démunis face aux interrogations sur leur avenir...

Depuis, de nombreux établissements hospitaliers ont mis en œuvre la « consultation d'annonce »: un temps dédié, qui permet de répondre aux questions du patient, de reformuler le diagnostic, d'expliquer le déroulement des événements à venir; ces temps sont parfois réalisés avec l'intervention

d'un infirmier. Mais, sept ans après la promulgation du Plan cancer, cette démarche fait encore défaut dans certains établissements, et des comportements manquant de délicatesse demeurent. De plus, d'autres champs thérapeutiques pourraient bénéficier de cette démarche. C'est pourquoi le conseil national de l'Ordre des médecins a choisi de plancher sur l'amélioration du dispositif d'annonce dans plusieurs domaines: cancers; neurologie et maladies

#### POINT **DE VUE** de l'Ordre



#### 66 Ramener plus d'humain dans le dispositif d'annonce 🤧

#### Dr Michel Legmann, président du Cnom

Pour cette année 2011. consacrée aux patients et à leurs droits, le Cnom a souhaité concentrer ses travaux autour de la formalisation d'un "dispositif d'annonce". J'ai été confronté professionnellement, en tant que médecin, mais aussi personnellement, à l'annonce d'une maladie lourde faite à un patient ou à un proche. Les témoignages de patients nous révèlent que les médecins ne savent pas nécessairement comment se comporter. Certaines annonces peuvent encore être faites de façon trop brutale, parfois entre deux portes ou par téléphone... Or c'est en rendant plus supportables les souffrances physique et morale du patient que l'on peut contribuer à améliorer la qualité de son accompagnement par ses médecins et par ses proches. Dans les faits, l'annonce ne se limite pas à une consultation, elle doit comprendre une phase de préparation, une phase de prise en charge mais aussi une phase de suivi sur le long terme. C'est pourquoi le

médecin traitant doit avoir une position centrale au sein de ce dispositif. Par ailleurs, le dispositif d'annonce doit induire des dimensions éthiques, déontologiques et émotionnelles importantes. Il nous semble indispensable de pouvoir ramener plus d'humain dans le rôle du médecin et de montrer aux praticiens que, dans la démarche difficile de l'annonce d'un diagnostic arave, leur responsabilité est non seulement juridique mais aussi et surtout humaine. Il faut former en particulier les jeunes médecins à cela, et intégrer cette dimension dans le compagnonnage qui, seul, permet, au-delà de l'apprentissage d'un savoir-faire, l'acquisition d'un "savoir-être". Par ailleurs, le Cnom rappelle le rôle incontournable joué par la personne de confiance au sein du dispositif d'annonce. Nous initions actuellement un travail d'adaptation du dernier alinéa de l'article 35 du code de déontologie, afin d'y préciser la place de la personne de confiance.





# Cancérologie pédiatrique: le rôle crucial des infirmiers d'annonce

« Au cours du premier trimestre 2011, nous avons mené une recherche-action auprès de 30 centres de cancérologie pédiatrique », relate le P<sup>r</sup> Sylvie Tordiman, pédopsychiatre, chef de pôle au centre hospitalier Guillaume-Régnier, à Rennes. Cette étude<sup>1</sup> montre que, pour être efficace, le dispositif d'annonce doit être articulé en quatre temps, comme recommandé par l'Inca: un temps avec le médecin traitant, un temps avec le spécialiste, un autre avec l'infirmier, et un dernier temps avec l'équipe. Premier constat: il n'y a pas de règle

en matière d'annonce. Chaque centre adopte une démarche en fonction des nécessités. Sur 30 centres. 29 font d'abord l'annonce aux parents seuls, puis à l'enfant en présence des parents. Dans 26 centres, l'annonce peut être faite auprès des parents seuls, puis de l'enfant seul. Autre constat lié à la communication: les parents ont du mal à comprendre les protocoles de soins. De même, il apparaît qu'ils peuvent parfois être en grande difficulté pour comprendre la terminologie médicale et pour faire face au poids

administratif du dossier. Un infirmier d'annonce pourrait les accompagner dans cette lecture puis, par la suite, dans leurs diverses démarches. avec un rôle d'infirmier référent - à ne pas confondre avec celui des infirmiers de coordination. Les auteurs préconisent donc un suivi personnalisé dès l'annonce avec un infirmier référent. Autre suggestion: évaluer a posteriori ce que l'enfant a compris de l'information éclairée aui lui a été délivrée et, après avoir testé ses capacités à entendre et à recevoir cette information, la reformuler, si besoin à plusieurs



neurodégénératives; gynécologie obstétrique et pédiatrie. Au mois de mai, il s'est réuni en séminaire sur ce sujet, et fin juin, un débat a réuni plusieurs experts au siège du Cnom, à Paris, pour évoquer à nouveau la question.

#### La pratique n'est pas facile

Premier constat relevé par les participants à ce débat: l'exercice est difficile. Le diagnostic se fait souvent en plusieurs étapes. Comment doit réagir un radiologue face à un cliché douteux, qui demande cependant à être confirmé par une biopsie? Faut-il mentir délibérément? Ou « botter en touche », dire au patient qu'il verra cela avec le médecin traitant? Assurément non. « Des nuances doivent être apportées selon les circonstances », commente le D<sup>r</sup> Legmann, radioloque et président du Cnom.

Pour les patients, le choc est d'autant plus fort qu'ils ne s'y attendent pas. Les participants réunis autour de la table ont recouru à une phraséologie forte: « coup de tonnerre dans un ciel serein », « cataclysme »... De fait, dans ces moments-là, la communication et l'écoute sont brouillées. Le patient peut rester sidéré et, sous le coup de l'émotion, ne rien entendre de ce que dit le médecin. Ensuite jaillit un flot de questions... « Bon nombre de patients se plaignent

de ne pas pouvoir poser toutes les questions qui les taraudent à l'issue de la consultation », témoigne Nicolas Brun, chargé de mission à l'Union nationale des associations familiales (Unaf) et président d'honneur du Collectif interassociatif sur la santé (CISS). Que faut-il dire, comment, avec quels mots? Toute vérité est-elle bonne à dire? Pour Nicolas Brun, les malades veulent entendre la vérité: « Transparence et balisage aident les personnes. Un couple a témoigné un jour auprès de l'Unaf: lors de la cure de chimiothérapie de notre fils, rien ne nous a été caché. L'annonce de la maladie a été faite avec des mots compréhensibles pour un enfant de son âge. » Pour autant, en cas de déni ou de désir de ne pas savoir, on ne peut pas passer outre la volonté du patient.

# Une annonce claire, intelligible et graduée

Pour le D¹ Jean-Yves Grall, cardiologue et nouveau directeur général de la Santé (DGS), « entre le médecin traitant et son patient, nous sommes dans le "sur-mesure". Le discours à tenir ne se décrète pas: certains patients exigeront froidement un pronostic, quand d'autres ne le voudront pas. La pédagogie reste primordiale. Il faut que le patient ait un point fixe sur lequel s'appuyer – ce peut être le médecin de famille ou le médecin traitant –, avec lequel se nouera une relation de confiance. »

S'il n'existe pas de « recette » de l'annonce, quelques lignes de conduite peuvent cependant être proposées: « L'annonce doit être claire, intelligible, graduée, et il est important de pouvoir dire "je ne sais pas" ou "je ne sais pas encore", ont estimé les participants à l'atelier consacré à la neurologie, lors du séminaire annuel du Cnom. Et d'ajouter: « L'annonce n'est pas une fin en soi, tout ne s'arrête pas là, et les médecins en charge de

reprises et différemment. Malaré le renforcement par le Plan cancer 2003-2007 des temps de psychologue, la disparité du nombre de psychologues cliniciens en fonction des centres reste importante. Seuls six centres disposent d'un pédopsychiatre dans leur équipe. Or l'annonce du diagnostic, les rechutes, les soins palliatifs ainsi que la réinsertion scolaire et sociale de l'enfant constituent des périodes durant lesquelles l'accompagnement psychologique est essentiel. À l'heure où les taux de survie au cancer ont considérablement augmenté - 75 % pour les enfants et 70 % pour les adolescents -, cet aspect majeur de la prise en charge est à développer, estiment les auteurs de l'étude. Et il serait important de pouvoir recourir à des ressources extérieures publiques s'articulant aux centres: « Nous avons constaté que tous ces centres fonctionnent trop en autarcie: un enfant ne pourrait-il pas bénéficier d'un suivi psychologique à l'extérieur? se demande le P'Sylvie Tordjman. Il en va de même pour la fratrie ou la famille, qui ont besoin d'aide. »

1. Étude « Prendre soin des enfants, des familles et des équipes en cancérologie pédiatrique: situation actuelle et recommandations », réalisée par le service hospitalo-universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de Rennes, à la demande de la Défenseure des enfants, Dominique Versini. Travail mené en collaboration avec le service hospitalo-universitaire de pédiatrie de Rennes.

#### **COMMENT ANNONCER UNE MALADIE GRAVE?**

Nicolas Brun, chargé de mission à l'Union nationale des associations familiales (Unaf) et président d'honneur du Collectif interassociatif sur la santé (CISS)

#### 66 Le patient a soif d'explications et veut la vérité 🤧

Le patient a soif d'explications. Pour lui, une annonce difficile constitue une porte qui s'ouvre vers un nouveau chemin. Si la porte n'est qu'entrebâillée, sa confiance vis-à-vis des professionnels risque d'être altérée Les patients estiment que le médecin leur doit la vérité, fût-elle échelonnée. Vouloir maquiller la vérité n'a plus de sens à l'heure où les sites médicaux de vulgarisation explosent. Cela dit, la loi du 4 mars 2002 prévoit également que le patient puisse décider de ne pas savoir, ou bien de savoir mais de pouvoir dire "stop" à un moment ou à un autre. A contrario, il peut aussi vouloir tout maîtriser, afin d'organiser sa vie d'après. En fin de compte, ce n'est plus le médecin qui détermine le degré d'information qu'il délivre à son patient, mais ce dernier qui lui

indique ce qu'il veut savoir et à quel rythme. Ceci passe avant

ses conséquences doivent rester disponibles et accessibles à tout moment pour les inquiétudes et les questionnements du patient. »

tout par un dialogue de qualité.

#### Formation et rôle du médecin traitant et de la personne de confiance

La première mesure préconisée lors du débat organisé par le Cnom est de renforcer le rôle de la personne de confiance, dont la présence est très importante au moment du diagnostic, afin d'aider le patient dans les moments qui suivent. Placer le médecin traitant au cœur du dispositif d'annonce est une autre disposition mise en avant. Son rôle est particulièrement important dans la mesure où il aura au préalable orienté le patient. Et, dans tous les cas, c'est lui qui doit gérer les périodes de prise en charge au domicile du patient faisant suite à l'annonce. Il apparaît essentiel de coupler l'annonce avec un accompagnement personnalisé; le dispositif doit inclure la préparation de l'annonce, mais aussi la prise en charge du patient et le suivi pendant le traitement. Aussi une bonne coordination entre le médecin traitant et l'équipe hospitalière est-elle nécessaire, pour que soient délivrés au patient des messages cohérents. L'utilisation du dossier médical personnel (DMP) et d'une messagerie professionnelle sécurisée prend ici tout son sens. Les différents intervenants du débat se sont par ailleurs accordés à dire qu'une formation sur l'annonce d'un diagnostic grave devait être généralisée, axée sur l'éthique, la déontologie et la dimension émotionnelle. « Je plaide depuis des années pour que la conférence des doyens intègre les disciplines humanistes dans les maquettes universitaires », précise le Dr Legmann, président du Cnom. Outre les enseignements théoriques, le compagnonnage, effectué par un jeune médecin auprès d'un praticien expérimenté, se révélerait très efficace pour intégrer cette dimension humaniste, nécessaire dans le dispositif d'annonce.

#### D'autres aires thérapeutiques

Le cancer n'est pas la seule pathologie concernée. Quid de l'annonce en gynécologie obstétrique ou en psychiatrie, par exemple? « Dans d'autres disciplines, ce dispositif d'annonce, où l'on s'efforce d'accompagner le patient et de cheminer avec lui, trouve sa justification et demeure parfaitement transposable, commente le D<sup>r</sup> André Deseur, président de la section Exercice professionnel du Cnom. Lorsque nous diagnostiquons une schizophrénie ou des troubles bipolaires, nous n'avons pas vocation à laisser le malade dans la nature. » Un vaste chantier à entreprendre...

#### Bon à savoir

- La mesure n° 40 du Plan cancer I (2003-2007) prévoyait une expérimentation, pendant un an, dans certains établissements, de la consultation d'annonce, puis sa généralisation en 2007 dans tous les services assurant la prise en charge du cancer.
- Selon les projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine, publiées par l'Institut national de veille sanitaire, le cancer poursuit sa progression en 2011, avec 365 000 nouveaux cas (207000 chez l'homme et 158000 chez la femme)
- Le nombre de décès par cancer est évalué à 147 500 (84 500 chez l'homme, 63 000 chez la femme).

#### Pour en savoir plus:

www.e-cancer.fr/soins/parcours-de-soins/dispositif-dannonce

#### **POINT DE VUE** extérieur

# Nous devons individualiser la pathologie 🤧



Quel est, selon vous, le contexte souhaitable pour une consultation d'annonce?

P<sup>r</sup> Dominique Maraninchi:

Au côté du médecin référent, qui connaît l'histoire et les antécédents de son patient, je recommande la présence d'une personne de confiance – un conjoint, un parent, un proche. En effet,

au moment de l'annonce d'une pathologie lourde, le patient demeure sidéré. Il n'entend rien et se demande: « Pourquoi moi? »; « Que va-t-il m'arriver? », etc. Il arrive même souvent qu'il ait tout oublié en sortant de la salle de consultation. D'où l'importance d'une personne de confiance à même de reformuler le discours du médecin. Pendant la consultation, il faut évidemment s'adresser directement à la personne concernée. On évitera ainsi de dire à un homme: « J'ai une mauvaise nouvelle à annoncer à votre femme... ». Diagnostic en main, le médecin

#### Pr Dominique Maraninchi,

cancérologue, directeur général de l'Afssaps<sup>1</sup>, ancien président de l'Inca²

doit affronter le regard de son patient. Ce n'est pas forcément le spécialiste, ce peut être le généraliste. L'idéal est de recevoir le patient dans une salle de consultation dédiée. À l'hôpital, le mieux est de permettre à un membre du personnel paramédical - une infirmière, par exemple - de reformuler l'annonce, puis d'aborder le projet d'accompagnement personnalisé: que fait-on maintenant? quel est le prochain rendez-vous? quels examens? Enfin, je formulerai une remarque de bon sens: il convient d'éviter d'annoncer quoi que ce soit un vendredi, car le patient risque de se retrouver tout seul, durant le week-end, à « gérer » l'information reçue.

#### Le cancer fait toujours peur. Que peut dire le médecin pour dédramatiser la situation?

Pr Dominique Maraninchi: Nous devons sortir de nos peurs du cancer, trop souvent associé aux métastases, à la mort... On ne retrouve pas ces peurs avec les maladies cardiovasculaires, or ce n'est pas toujours justifié... Nous avons un effort pédagogique à mener pour faire comprendre au patient qu'il est préférable de débusquer un « petit » cancer avant qu'il ne devienne invasif. Un acte de dépistage, en réalité, consiste moins à rechercher un

résultat négatif qu'un résultat positif. Médicalement, il s'agit de détecter la pathologie à son stade embryonnaire, déceler une lésion à un stade curable. En effet, un cancer en phase T1 a 99 % de chances d'être soigné. C'est un raisonnement de médecin, j'en conviens, mais nous devons le partager avec nos patients. Nous devons « raconter » les maladies, utiliser les mots appropriés pour décrire les réalités.

#### **Quelles informations** le patient attend-il?

Pr Dominique Maraninchi:

Statistiquement, une femme sur dix environ déclenchera un cancer du sein au cours de sa vie. Mais chaque cancer du sein est différent. Notre rôle consiste à individualiser les pathologies. Ce n'est plus un cancer, mais son cancer. Comment se présente-t-il? Peut-il être soigné? Si oui, comment? Il faut mettre en perspective, indiquer une durée de traitement... Le plus important, pour un médecin, est de bien « raconter l'histoire » à son patient et de lui parler de l'« après ». Le succès du Plan cancer tient justement à la concertation entre médecins et à leur souci constant de personnaliser les maladies et les parcours de soins.

- 1. Afssaps: Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.
- Inca: Institut national du cancer.

# Vos réactions nous intéressent. Vous souhaitez réagir, commenter ou témoigner?

Envoyez vos messages à l'Ordre des médecins, 180, bd Haussmann – 75389 Paris Cedex 08 ou contact@cn-medecin.fr

# UNE AUTRE VIOLENCE...

e Bulletin de mai-juin 2011 pointe magnifiquement le véritable enieu de la violence faite aux médecins. « Faire reculer l'insécurité des professionnels de santé, c'est faire progresser la santé publique. » Mais pourquoi s'en tenir à la délinquance? Il y a une violence hospitalière variable, inégale selon les lieux, mais permanente! Sur le site hospitalier dont je relève, les médecins violent la loi en permanence, méthodiquement: refus d'informer sur la liberté de choix du médecin par le malade, 2e certificat d'hospitalisation fait à la demande d'un tiers (HDT) alors que le patient est déjà dans l'unité de soins, accord unanime pour la mise en congé longue durée (CLD) du protestataire, accord unanime pour refuser l'arrêté préfectoral de réintégration quand le protestataire retrouve son poste. dédain des qualifications ordinales... La liste est longue. Ce jour, je trouve dans le journal La Croix la mention d'une enquête de l'Igas déplorant 50 % de fugues chez les patients en hospitalisation d'office! J'ignore si cette enquête est accessible au public et si elle trouve des explications à ces « dysfonctionnements » mais, pour quelqu'un qui connaît par cœur ce milieu, l'explication est simple. Totalement insécurisé par ses fractures internes, terrorisé par la judiciarisation qui, elle-même, pallie, ou tente de le faire, le discrédit médical dans la défense du droit et la qualité

des soins, ce milieu hospitalier, qui ne veut pas d'un autre « Pau », laisse la porte entrebâillée, au nom de la sécurité des autres malades. Un psychiatre qui a peur d'un malade ne peut plus le soigner. Et s'il ne peut plus le soigner, que fait-il? Il s'en protège. Comment? Par la « fugue »! La mise sous tutelle du corps médical hospitalier en a fait des gens dociles. Mais, si la « connaissance » est restée, la « trempe » médicale est sortie par la porte de derrière. Comme 50 % des HO. Attendrat-on le taux de 100 % pour réagir?

D<sup>r</sup> P. de L., psychiatre des hôpitaux (45)



### RISQUE **TRISOMIQUE**

ans le Bulletin n° 16, en page 13, vous incluez une recommandation de la DGS concernant l'origine géographique des femmes enceintes dans le calcul des risques de la trisomie 21.

Je vous saurais gré de bien vouloir me dire: 1) qui sont le ou les responsables de cette communication;

2) si sa justification scientifique repose sur des faits ou des supputations statistiques; 3) de m'expliquer pourquoi le thésaurus, qui énumère trois origines géographiques (Europe, Afrique du Nord/Afrique subsaharienne et Antilles/Asie), ajoute une quatrième « origine » sous la rubrique « métisse », alors que l'on se défend de prendre en compte l'origine ethnique.

> Les trois quarts des diabétiques de type 2 souffrent d'obésité.

D' H. B. (24)

Conformément à sa mission de santé publique, le conseil national est intervenu pour diffuser auprès des médecins les informations émanant de la DGS.

- · Ces recommandations émanent de la Direction générale de la santé, à la suite de la publication de l'arrêté du 23 juin 2009 modifié fixant les règles de bonnes pratiques. Le recueil de l'origine géographique de la femme enceinte pour ajuster, le cas échéant, le calcul de risaue s'avérait nécessaire. ce en fonction de la variation de la distribution des différents maraueurs biologiques, au sein des différentes populations et non de la fréquence de la trisomie 21 dans ces populations.
- Ces recommandations s'appuient sur la citation en référence par leurs auteurs, notamment d'un article de Prenatal Diagnosis 2005; 25: 66-369. Le recueil de cette information incombe au clinicien; il entre dans le cadre de la dérogation prévue au 6° du II de l'article 8 de la loi Informatique et libertés.

Dr André Deseur, rédacteur en chef

### FINI DE JOUER PERSO!

es jeunes confrères connaissent tous les travaux épidémiologiques de Framingham: ils en ont été imprégnés au cours de leurs études. En revanche, l'industrie, par une communication efficace, a poussé tout le corps médical à prescrire, simplement parce qu'il était plus facile de s'attaquer aux chiffres tensionnels, de l'HbA1c ou du cholestérol, que d'avoir le courage de mettre en cause les habitudes de vie, responsables de l'explosion des obésités, des diabètes, des problèmes vasculaires. Je crois qu'il va falloir le dire et discuter certaines thérapeutiques. Le benfluorex n'est qu'un chef de file!

D' B. D. (par mail)



#### Association Sud-West

# Faire connaître le syndrome de West

#### **≥ 2004**

L'association Sud-West a été créée en 2004, dans le Sud-Ouest, par trois familles dont celle du D' Antoine Pascal, médecin généraliste à Cambo-les-Bains (64). Aujourd'hui, 80 familles y adhèrent dans toute la France.

#### **2008**

Sud-West a organisé un concert à Lourdes en 2008. Les fonds récoltés ont permis de financer des appareillages pour les enfants handicapés: fauteuils roulants, lève-malade, déambulateurs... Depuis, des manifestations à caractère sportif ont eu lieu dans d'autres régions que le Sud-Ouest, pour faire connaître le syndrome et l'association. Le basketteur international Frédéric Fauthoux est le parrain de Sud-West.

#### ≥ 1 sur 5000

Selon Sud-West, une naissance sur 5000 est concernée par le syndrome de West. Dans 70 à 80 % des cas, la cause est une anomalie du cerveau. Dans 10 % environ des cas, aucune anomalie n'est décelée: le syndrome de West est alors dit idiopathique.

e syndrome de West correspond à une forme rare, mais très grave, de l'épilepsie de l'enfant. Il se manifeste chez le bébé entre quatre et douze mois, par des spasmes qui surviennent le plus fréquemment au réveil. On constate souvent des contractions brutales du corps en « flexion »: l'enfant se recroqueville sur lui-même, bras et jambes pliés, et fléchit la tête en avant; puis s'ensuit un relâchement musculaire. Les spasmes peuvent s'accompagner d'yeux révulsés. Au début, ils sont brefs et isolés, mais ils surviennent ensuite par « salves » de dix minutes. Entre les crises, l'enfant est normal. D'où la difficulté de diagnostic: si les parents consultent leur médecin entre deux crises, ce dernier peut penser qu'il s'agit de reflux gastro-œsophagiens ou de coliques du nourrisson. Or, pour être efficace, la prise en charge, en service de pédiatrie ou de neuropédiatrie, doit démarrer le plus tôt possible. Elle associe souvent des corticoïdes avec un antiépileptique. Un retard de diagnostic de plusieurs semaines après les crises entraîne des dommages sur le cerveau, et parfois un lourd retard psychomoteur: difficultés à marcher, à parler, troubles du comportement...

#### + D'INFOS:

Sites Internet: http://sudwest.free.fr/ et www.orphanet.fr



# Une urgence médicale majeure

Dr Antoine Pascal, médecin généraliste et vice-président de Sud-West

# Quelles sont les missions de l'association Sud-West?

Notre premier but est de permettre aux parents d'enfants atteints par ce syndrome de s'informer et d'échanger, notamment à travers le blog présent sur notre site Internet. Nous nous chargeons aussi de faire connaître cette maladie au grand public au travers d'articles et d'événements. Enfin, nous souhaitons informer les professionnels de santé, en particulier les médecins généralistes et pédiatres, sur ce syndrome

méconnu. Nous avons ainsi envoyé une plaquette dans tous les services de pédiatrie.

### Quel message souhaiteriez-vous transmettre aux médecins?

Ils ne peuvent certes pas connaître toutes les maladies rares mais, dans la mesure où ce syndrome constitue une urgence médicale, il faut adopter la bonne attitude et croire les parents, même si l'enfant vu en consultation ne présente aucun symptôme particulier. On conseille aux parents de faire une vidéo de leur enfant pendant une crise. Ensuite, le médecin envoie l'enfant dans un service de pédiatrie. Ma fille a été prise en charge trois jours après sa première crise, et elle n'a aucune séquelle. Mais, malheureusement, il faut souvent plusieurs semaines avant que le bon diagnostic soit posé.



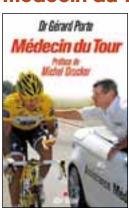
#### La fantastique histoire du radium

Sur un sujet aussi aride, porteur de craintes inavouées et sans cesse au cœur de l'actualité, les auteurs nous offrent un excellent livre d'images, à la portée de tous, sans sacrifier ni la vérité historique ni les réalités scientifiques. Le style est alerte, l'écriture simple et précise. Pour tout public – y compris les médecins –, à feuilleter, à lire, à relire...

¥ Walter Vorhauer

La Fantastique Histoire du radium. Quand un élément radioactif devient potion magique, de Jean-Marc Gosset et Renaud Huynh, Éditions Ouest-France, 17,90 euros.

#### Médecin du Tour



Une double passion anime notre confrère depuis l'enfance: le vélo et l'orthopédie. Elle va le conduire au poste de médecin chef du Tour de France à l'âge de 30 ans. Son ambition de devenir orthopédiste se limitera à être aide-opératoire d'un chef de service hospitalier parisien, mais lui donnera des bases indispensables dans de nombreuses interventions

au cours même des courses cyclistes. Sa passion pour le cyclisme et le Tour est inscrite dans son CV: étudiant en médecine, il est infirmier dans l'équipe médicale du Tour, puis médecin et enfin médecin chef pendant quarante ans. Il a admiré, côtoyé, établi des relations amicales avec certaines vedettes du Tour. Il rappelle l'importance du travail d'équipe, les difficultés des interventions médicales durant la course. Un livre à conseiller à nos confrères cyclistes, ou s'intéressant à la petite reine.

≥ Maurice Hodara

<u>Médecin du Tour</u>, de Gérard Porte, Éditions Albin Michel, 317 p., 18 euros.

#### Les médecins dans les noms des rues de Tours

Le Cercle des médecins retraités de Touraine a attiré notre attention sur un ouvrage intitulé Les Médecins dans les rues de Tours, rédigé par le D' Jean Moreau. Un ouvrage qui raconte l'origine du nom de certaines rues, ainsi que la carrière parfois prestigieuse de confrères très connus, comme Rabelais, Chaptal, Monod, Fleming, Schweitzer, Paré, Heurteloup, Dupuytre, Claude Bernard, Bretonneau, Velpeau, Trousseau... Cette publication comporte des cartes pour localiser les noms cités.

#### Pour vous procurer cet ouvrage:

adressez-vous au D<sup>r</sup> Roland Wagnon, président du Cercle des médecins retraités de Touraine, 13, bd Gambetta, 37300 Joué-les-Tours, ou rolandwagnon@yahoo.fr.

Les Médecins dans les noms des rues de Tours, du D<sup>r</sup> J. Moreau, Éditions La Simarre, 13,55 euros (frais de port compris).

#### Médicaments sans ordonnance: les bons et les mauvais!



Les pouvoirs publics encouragent l'automédication, qui consiste à se soigner pour des problèmes bénins de santé sans consulter au préalable son médecin, alors qu'ils ne donnent pas au public les éléments d'information indispensables à cette pratique. Il faut savoir que l'autorisation de mise sur le marché (AMM) délivrée pour chaque médicament

n'est pas un gage d'efficacité, ni de bonne tolérance, et qu'un médicament n'est jamais non plus un produit anodin. Ce livre unique au monde est le seul guide d'automédication s'appuyant sur l'évaluation scientifique objective et comparative du rapport efficacité/tolérance de près de 4000 médicaments vendus sans ordonnance, et ceci en dehors de tout lien avec l'industrie pharmaceutique.

≥ Jean Pouillard

■ Guide d'automédication. Médicaments sans ordonnance: les bons et les mauvais!, du P' Jean-Paul Giroud (professeur de pharmacologie clinique, membre de l'AMM et de l'AFSSAPS), Éditions de La Martinière, 572 pages, 24,90 euros. ¥ Texte: Arlette Chabrol

# L'union fait la force

D<sup>rs</sup> Maud Binard, Marianne Dechenaud et Jessica Dubois,

médecins généralistes dans l'Ain.

Indifférentes au tropisme actuel vers la ville et le salariat, Maud Binard, Marianne Dechenaud et Jessica Dubois ont choisi d'exercer la médecine générale en zone rurale.

# témoignage

Les trois jeunes femmes ont accroché leurs plaques sur la maison médicale de Villeversure, un village de la France profonde – 1 200 habitants – situé à une vingtaine de kilomètres de Bourg-en-Bresse (Ain). Un choix qui les satisfait pleinement. « À la campagne, on a une meilleure qualité de vie et d'exercice professionnel, assure le D¹ Dechenaud. La relation avec les patients est bien plus forte qu'en ville. » Même enthousiasme chez le D¹ Binard: « Ici, les patients nous font confiance. On connaît le tissu social, le contexte dans lequel ils vivent. Ça aide pour débrouiller des situations, et c'est passionnant... » Maud Binard n'est pas arrivée par hasard à Villeversure:

c'est le berceau de sa famille. Mais, « c'était le bon moment », précise-t-elle. Car elle a débuté en 2006 par des remplacements dans le cabinet des Drs Parrenin, un couple de médecins seniors qui, soucieux de bien préparer leur succession, n'ont pas hésité à s'investir sans réserve dans le projet municipal de maison médicale. Celle-ci a d'ailleurs ouvert en janvier 2009... avec les trois médecins à temps plein. « Avec mes six demi-journées de remplacement par semaine, j'avais attiré de nouveaux patients », explique le D<sup>r</sup> Binard. Lorsque les D<sup>rs</sup> Parrenin ont pris leur retraite, fin 2010, il a donc fallu trouver deux successeurs. Marianne Dechenaud (27 ans) a été titularisée en janvier dernier. Sa collègue de promotion, Jessica Dubois (28 ans), originaire de la région, est arrivée au début de l'été, ravie de cette opportunité: « Je ne voulais pas exercer seule! » En fait, les trois consœurs - dont deux sont jeunes mamans - se déclarent également heureuses de travailler ensemble. « Nous échangeons beaucoup et nous ne ressentons aucun isolement professionnel. D'autant que nous faisons partie d'un groupe de pairs et participons à des formations mensuelles avec les spécialistes de la région. » Idem pour la pratique quotidienne: « Le cabinet infirmier est juste à côté, il assure tous les prélèvements, ajoute le D<sup>r</sup> Dechenaud. Pour les autres examens, il faut aller un peu plus loin, c'est vrai... Mais cela nous oblige à réfléchir à deux fois avant de les prescrire. »



#### **PARCOURS**

¥2006

Le D<sup>r</sup> Binard débute des remplacements dans le cabinet des D<sup>rs</sup> Parrenin, à Villeversure.

2010 צב

Départ en retraite des Drs Parrenin.

2011 ע

Titularisation des D<sup>15</sup> Dechenaud et Dubois et installation avec le D<sup>r</sup> Binard.