médecins
N°24 JUILLET - AOÛT 2012

POUR ALLER PLUS LOIN : L'ACTUALITÉ EN LIGNE
www.conseil-national.medecin.fr

Bulletin d'information de
l'Ordre national des médecins

Dossier p.22

# SÉCURITÉ DU MÉDICAMENT : des patients mieux protégés

L'essentiel
**Continuité des soins : comment informer vos patients** p. 4

Réflexion
**E-santé : où en est-on ?** p. 10

Jurispratique
**Réflexions sur le secret médical** p. 16

médecins n° 24
juillet 2012

POUR RECEVOIR
NOTRE NEWSLETTER
http://www.conseil-national.medecin.fr

**L'essentiel** | 04
• Continuité des soins : comment informer vos patients

**L'essentiel informatique** | 07
La CPS, clé d'entrée de l'e-santé !

**Sur le terrain** | 08
Val-de-Marne : des remèdes contre l'insécurité

**Réflexion** | 10
E-santé : où en est-on ?

**Ailleurs** | 21
La France devient membre de l'Association médicale mondiale

**Courrier des lecteurs** | 28

**La voix des associations** | 30
Vivre avec : l'association de soutien aux malades atteints du cancer

**Culture médicale** | 31
La sélection du mois

**À vous la parole** | 32
Dr Philippe Deguiral, oncologue à Saint-Nazaire, président de la CME de la clinique mutualiste de l'estuaire

**Dossier** | 22

# Sécurité du médicament : des patients mieux protégés

GARO/PHANIE

**Adoptée après le scandale du Mediator, la loi relative au renforcement de la sécurité du médicament du 29 décembre 2011 durcit les règles qui s'imposent à l'industrie pharmaceutique lors du lancement d'un nouveau produit. Elle renforce également la réglementation « anti-cadeaux » et crée une sorte de Sunshine Act à la française. À condition que les décrets d'application ne remettent pas tout en cause…**

## Cahier jurispratique | 13

- LE CONTRAT D'ENGAGEMENT DE SERVICE PUBLIC | 14
- LIEUX D'EXERCICE AUTORISÉS PAR L'ORDRE ET COMPTES DE FACTURATION DES CPAM • DOSSIER TYPE D'ADMISSION EN EHPAD | 15
- RÉFLEXIONS SUR LE SECRET MÉDICAL | 16
- CHARTE DU CONTRÔLE DE L'ACTIVITÉ DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ | 17
- CONTRÔLE PATRONAL DES ARRÊTS DE TRAVAIL : LES RÈGLES QUI S'IMPOSENT | 18
- BIOLOGIE MÉDICALE : LES MÉDECINS N'ONT PAS À SIGNER DE CONVENTION DE PREUVE • ATTENTION AUX ANNUAIRES PROFESSIONNELS ! | 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

# Il est encore temps !

**Dr Walter Vorhauer,**
secrétaire général du conseil national de l'Ordre des médecins

**À ce jour, 26,6 % des médecins exerçant en France ont plus de 60 ans, et seulement 10,9% moins de 40 ans.**

Enfin, le débat ouvert depuis près de vingt ans dans les cénacles intellectuels et technocrates s'installe au grand jour, mêlant professionnels de la santé, syndicats, associations de patients, politiques, et j'en oublie certainement.

De quoi s'agit-il ? Aurons-nous suffisamment de médecins, régulièrement répartis sur le territoire, pour garantir l'accès aux soins de tout un chacun ? C'est une question simple, mais les réponses sont à choix multiples.

Un dénominateur commun à l'ensemble du problème : la perspective de la démographie médicale, que l'Ordre des médecins peut anticiper avec précision grâce à son expertise[1].

Actuellement, le taux de croissance annuel moyen des effectifs médicaux (calculé entre 2007 et 2012) permet d'estimer qu'en 2017 le nombre de médecins actifs aura augmenté en France de 0,8 %, tandis que celui des retraités aura crû exponentiellement de près de 28 %.

Les variations entre régions de France sont évidemment importantes : diminution des actifs de 1 % et augmentation des retraités de 32 % en Picardie, augmentation de 3 % des actifs et de 33 % des retraités en région Rhône-Alpes…

Ces données prennent d'ores et déjà en compte qu'entre 2005 et 2011 le pourcentage des premières inscriptions de médecins formés dans des universités situées hors de France est passé de 10,4 à 27,4 %.

Enfin, faut-il le rappeler, à ce jour, 26,6 % des médecins exerçant en France ont plus de 60 ans, et seulement 10,9 % moins de 40 ans.

Voilà des éléments du problème, les solutions sont multiples, souvent contraires. Il est urgent que ce débat soit nourri de propositions faites sans tabous, mais qui recueillent une adhésion aussi large que possible.

1. *Atlas de la démographie médicale,* sous la direction du Dr Patrick Romestaing, président de la section Santé publique et Démographie médicale, réalisé par Gwénaelle Le Breton-Lerouvillois, géographe de santé. http://www.conseil-national.medecin.fr

médecins

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : Dr Walter Vorhauer - ORDRE DES MÉDECINS, 180, bd Haussmann, 75389 Paris Cedex 08. Tél. : 01 53 89 32 00. E-mail : conseil-national@cn.medecin.fr – RÉDACTEUR EN CHEF : Dr André Deseur – COORDINATION : Évelyne Acchiardi – CONCEPTION ET RÉALISATION : CITIZENPRESS 48, rue Vivienne, 75002 Paris – RESPONSABLE D'ÉDITION : Claire Peltier – DIRECTION ARTISTIQUE : Marie-Laure Noel – SECRÉTARIAT DE RÉDACTION : Alexandra Roy – FABRICATION : Sylvie Esquer – COUVERTURE : Garo-Phanie – IMPRESSION : IGPM – Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs – DÉPÔT LÉGAL : à parution – n° 16758 – ISSN : 1967-2845.

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

Continuité des soins

# Comment informer vos patients

**Quelle information devez-vous donner à vos patients en cas d'absence pour raisons personnelles ou professionnelles ?** Le point sur vos obligations.

Obligation individuelle du médecin envers ses patients en cas de congés par exemple, la continuité des soins s'oppose à la permanence des soins, obligation collective.

## 1 Les principes

L'organisation de la continuité des soins est une obligation individuelle du médecin envers ses patients. Son organisation est totalement distincte de celle de la PDS qui est une obligation collective. Le médecin doit informer ses patients préalablement et laisser l'information à leur disposition. Il doit prévenir son Conseil départemental de son organisation et de toute difficulté. Sous un chapitre intitulé « Continuité des soins en médecine ambulatoire », la loi 2009-879 du 21 juillet 2009, dite loi HPST, précise que « *la continuité des soins aux malades est assurée quelles que soient les circonstances. Lorsque le médecin se dégage de sa mission de soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, il doit indiquer à ses patients le confrère auquel ils pourront s'adresser en son absence. Le conseil départemental de l'Ordre veille au respect de l'obligation de continuité des soins et en informe le directeur général de l'agence régionale de santé* » (article L. 6315-1 du code de la santé publique).

Le médecin devait également informer le conseil départemental de l'Ordre de ses absences programmées dans les conditions et selon les modalités définies par décret. Ce dispositif a été abrogé à la demande expresse du Cnom par l'article 10 de la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 dite loi Fourcade, modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009.

## 2 En pratique

L'arrêté du 25 juillet 1996 relatif à l'information du patient sur l'organisation des urgences médicales prévoit que les médecins doivent afficher en salle d'attente de manière visible et lisible les conditions ci-dessous dans lesquelles est assurée la permanence des soins :

- leur numéro de téléphone et les heures auxquelles ils peuvent être joints ;
- le numéro de téléphone des structures de permanence de soins et d'urgence vers lesquelles ils choisissent d'orienter les patients en leur absence ;
- la mention suivante : en cas de doute ou dans les cas les plus graves, appelez le numéro téléphonique 15. Cette dernière disposition n'a pas été abrogée, même si elle doit être relue à la lumière du dispositif légal instaurant une régulation médicale préalable de la permanence des soins assurée par le centre 15 ou un centre d'appels interconnecté aux centres 15.

## 3 Une obligation déontologique

Le code de déontologie médicale, pour sa part, ne précise pas l'attitude que le médecin doit adopter en cas d'absence mais prévoit de façon générale qu'il doit assurer la continuité des soins. Il y a également lieu de rappeler que dans le cas de l'organisation de la continuité des soins, les médecins peuvent mettre en place les moyens permettant d'accéder aux informations médicales utiles à leurs confrères, via le DMP par exemple.

## À RETENIR

**1** Les médecins doivent, autant que possible, avertir les patients de leurs absences programmées, par les moyens qu'ils jugent les plus appropriés.

CHASSENET / BSIP

**2** Les médecins doivent, pendant leurs absences programmées, indiquer aux patients le confrère auquel ils pourront s'adresser. Il s'agit, au-delà des termes de la loi, d'un devoir déontologique qui s'adresse à tous les médecins quels que soient leur spécialité ou leur mode d'exercice. Cette information du patient impose qu'au préalable le médecin se soit rapproché de ses confrères et se soit entendu avec eux. Dans certains cas, le médecin n'indiquera pas le nom et les coordonnées d'un médecin identifié mais ceux d'une association de médecins ou encore ceux d'un service hospitalier, toujours avec l'accord des praticiens auxquels il renvoie.

**3** En cas de difficultés pour le médecin à trouver un confrère ou une structure pour ses patients, et ce quelle qu'en soit la cause, le médecin se rapprochera de son conseil départemental de l'Ordre afin de le lui signaler. Si le conseil départemental ne parvient pas à régler le problème, en raison d'une pénurie médicale, il pourra alerter le directeur général de l'agence régionale de santé afin que soit mise en œuvre une mutualisation des moyens médicaux publics et privés.

# L'Ordre aux Entretiens de Bichat

**Le conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) participe aux Entretiens de Bichat 2012.**
• Le vendredi 14 septembre, à 11 heures, deux conseillers de l'Ordre interviendront sur le thème des certificats médicaux. Ce même jour, le Cnom tiendra également un stand d'information pour répondre aux questions des médecins.

**+ D'INFOS :**
**Entretiens de Bichat, du 13 au 15 septembre 2012, Paris, Palais des Congrès (Porte Maillot) www.lesentretiensdebichat.com**

# L'éthique dans les TIC

Le conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) organise le **14 novembre** un colloque intitulé « Éthique dans les usages du numérique en santé ».

**+ D'INFOS :**
**www.conseil-national.medecin.fr**

# Savoir déceler les dérives sectaires en santé

**La Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires** (Miviludes) vient de publier le guide *Santé et dérives sectaires*, qui s'adresse aux professionnels de la santé comme aux particuliers confrontés à des dérives sectaires. L'objectif est de les aider à repérer ces situations de danger et à réagir en conséquence.

**+ D'INFOS :**
**Pour consulter ce guide : www.derives-sectes.gouv.fr/publications-de-la-miviludes/guides/sant%C3%A9-et-d%C3%A9rives-sectaires**

# Des « habilitations » pour les médecins

**Afin de favoriser l'accès aux soins,** le fonctionnement d'équipes médicales et de permettre aux médecins une évolution de carrière, le conseil national de l'Ordre des médecins a obtenu la reprise d'un processus aboli il y a 8 ans, celui des compétences. Elles se trouvent reprises dans le processus d'habilitation déjà établi par la voie universitaire, et désormais aussi par la voie des commissions nationales de qualification ordinales avec la parution du décret du 3 mai 2012.

**+ D'INFOS :**
**Décret n° 2012-63 du 3 mai 2012 relatif aux conditions dans lesquelles les docteurs en médecine peuvent obtenir une extension de leur droit d'exercice dans une spécialité non qualifiante.**

# La démographie des médecins intervenant au bloc opératoire

La section santé publique et démographie médicale du conseil national de l'Ordre des médecins a publié une étude sur la démographie, au 1er janvier 2011, des praticiens intervenant au bloc opératoire. Elle concerne les anesthésistes et toutes les spécialités chirurgicales en activité régulière, soit 34 872 médecins (17,4 % des effectifs du tableau de l'Ordre). Un descriptif par spécialité complète cette analyse. À noter que le conseil de l'Ordre n'est pas informé du nombre et de l'identité des médecins contractuels qui exercent dans les hôpitaux publics parce qu'ils ne sont pas inscrits à l'Ordre. De même, il n'est pas informé de la formation qu'ils ont suivie.

▸ **Moyenne d'âge : elle est de 52,3 ans.** 27 % des médecins intervenant au bloc sont âgés de 60 ans et plus ; et seulement 5,3 % ont 34 ans et moins, ce qui engendre des perspectives inquiétantes.

▸ **Mode d'exercice : il est libéral à 42 %**, mixte à 17 % et salarié à 41 %. Plus de la moitié des effectifs exercent donc une activité libérale si l'on additionne activité libérale et activité mixte.

▸ **Densité : elle est de 49 médecins pour 100 000 habitants.** Les praticiens du bloc sont inégalement répartis sur le territoire. On retrouve d'ailleurs les mêmes disparités que pour l'ensemble du corps médical, avec le taux de densité le plus faible en Picardie (37/100 000 hab) et le plus important en PACA (68/100 000 hab).

▸ **Origine des diplômes :** aujourd'hui, les praticiens du bloc sont majoritairement diplômés en **France (87,7 %)**. Ce constat devrait évoluer dans les années qui viennent si l'on tient compte des demandes d'autorisation d'exercice formulées dans le cadre de la procédure dite d'autorisation d'exercice (PAE) et de la possibilité récemment accordée aux médecins à diplôme étranger de prolonger leur exercice afin d'acquérir une spécialité autorisée en France. Parmi les médecins inscrits en 2011, 67,8 % ont été diplômés en France et 8,2 % en Roumanie. Les médecins provenant des pays du Maghreb ne sont plus aussi nombreux qu'il y a dix ans.

**+ D'INFOS :**

**Pour consulter cette étude : www.conseil-national.medecin.fr**

## ↘ UN GUIDE PRATIQUE SUR LE DPC

La Fédération des spécialités médicales (FSM) vient de publier « L'abc du DPC ». Ce document de synthèse répond aux questions pratiques que chaque médecin peut se poser face à son obligation légale de formation continue et d'analyse des pratiques, récemment réformée.

**▸ Pour télécharger « L'abc du DPC » : www.specialitesmedicales.org/labc-du-dpc-ou-comment-reussir-sa-demarche-qualite-est-en-ligne**

# Le code de déontologie modifié

**À la demande du conseil national de l'Ordre,** des modifications ont été introduites par décret dans le code de déontologie. Ce travail d'adaptation du code a été entrepris afin de tenir compte des évolutions législatives et réglementaires, apportées notamment par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 dite HPST en matière de développement professionnel continu. Il assouplit également les règles en matière de remplacement (article 65) et de lieux d'exercice (l'article 74 autorise désormais l'exercice mobile) afin de pallier les carences de l'offre des soins. La notion de compagnonnage est également introduite (article 68-1).

**+ D'INFOS :**

**▸ www.conseil-national.medecin.fr/article/adaptation-du-code-de-deontologie-medicale-1181 (Les passages et les articles modifiés sont indiqués en rouge)**

**▸ Décret n° 2012-694 du 7 mai 2012, publié au *Journal officiel* du 8 mai 2012**

# La CPS, clé d'entrée de l'e-santé !

**Utilisation du DMP, télémédecine, messagerie sécurisée…** Comment employer en toute sécurité ces nouveaux services d'e-santé ? L'ASIP Santé rappelle que la carte de professionnel de santé (CPS) est la carte d'identité électronique de la profession constituant aujourd'hui le seul moyen d'identifier de façon certaine un médecin dans son exercice.

Depuis quelques semaines, la CPS est distribuée gratuitement et systématiquement à tout médecin (libéral et hospitalier) inscrit au tableau de l'Ordre. La gratuité est justifiée par le caractère progressivement obligatoire de la carte pour effectuer certaines transactions sécurisées : accès au DMP d'un patient, échange de données de santé par messagerie sécurisée, téléconsultation, téléservices de l'assurance maladie…

C'est pourquoi vous avez reçu récemment une nouvelle carte CPS, ou allez en recevoir une pour la première fois, suivie d'un courrier contenant votre code PIN. Ne l'égarez pas ! Car elle devient indispensable : c'est la clé d'entrée de l'e-santé. Elle vous permet :

- de vous identifier et d'éviter que votre identité soit usurpée (*via* le processus d'authentification) ;
- d'apposer votre signature électronique sur des documents ;
- de transmettre des feuilles de soins électroniques aux organismes d'assurance maladie obligatoires et complémentaires ;
- de créer, d'alimenter et de consulter le dossier médical personnel de vos patients ;
- de réaliser des actes médicaux à distance (télémédecine) ;
- et, bientôt, d'utiliser la messagerie sécurisée de santé.

Dès lors qu'elle sera généralisée, la CPS pourra être exigée chaque fois que le service requerra de vous identifier et de vous authentifier de façon certaine sur un système informatique. Elle est désormais compatible avec les lecteurs de cartes standards du marché qui équipent de plus en plus les ordinateurs. Dans les établissements de soins, les postes utilisés par les médecins pour ces accès sécurisés devront en être progressivement équipés.

**↘ Dr Jacques Lucas, vice-président du Cnom**

Thinkstock

## À retenir

- **La carte CPS est votre carte d'identité professionnelle électronique.** Elle contient vos données d'identification (identité, profession, spécialité) mais aussi vos situations d'exercice.
- **Les informations de votre carte CPS** sont celles que vous avez communiquées à l'Ordre. Vous êtes tenus d'informer votre conseil départemental de toute modification de vos conditions d'exercice sous un mois. Pensez-y !
- **Vous n'avez pas encore l'usage de votre carte CPS ?** Conservez-la précieusement ainsi que son code PIN, mais dans des lieux différents. Vous serez amené à vous en servir dans un avenir proche.
- **Votre carte fonctionne** soit avec un lecteur de carte « bi-fente » (qui lit en même temps la carte vitale de vos patients pour produire les feuilles de soins électroniques), soit avec un lecteur standard du marché.
- Pour toute question sur l'utilisation de votre carte CPS ou pour l'installation de votre matériel, vous pouvez consulter l'espace CPS du site esante.gouv.fr ou appeler l'assistance téléphonique CPS au 0825852000 (numéro Indigo).

**↘ Jean-Yves Robin, directeur de l'ASIP Santé**

Texte : **Éric Allermoz** Photos : **Julian Renard**

Val-de-Marne

# Des remèdes contre l'insécurité

**Dans le Val-de-Marne,** des vigiles assurent la sécurité des patients et des médecins dans les maisons médicales de garde. Une mesure déployée dans le cadre d'un dispositif départemental de lutte contre l'insécurité.

Il est aux alentours de 23 heures quand Noémie, 7 ans, et ses parents poussent la porte de la maison médicale de garde de Champigny-sur-Marne (Val-de-Marne). La jeune patiente a de la fièvre et les oreilles douloureuses. « *Nous avons appelé le 15, qui nous a orientés ici* », explique sa mère, s'évitant ainsi de longues heures d'attente aux urgences. Dans la salle d'attente qui jouxte le cabinet médical, un homme feuillette un magazine, un autre pianote sur son smartphone. Mais un détail interpelle. Et non des moindres : un agent de sécurité est là, aussi. « *Sa présence est dissuasive. Il rassure les patients et le médecin de garde. La nuit, il y a davantage d'inquiétudes et d'angoisses, les réactions sont parfois exacerbées* », explique le Dr Jean-Noël Lépront, généraliste, conseiller départemental de l'Ordre et coordonnateur des douze maisons médicales de garde du Val-de-Marne (ou Sami, pour « service d'accueil médical initial »).

## Protéger le patient… et le médecin

Chaque soir, y compris le week-end et les jours fériés, ces vigiles accueillent les patients, maintiennent le calme dans la salle d'attente, protègent le médecin si nécessaire. « *Certains patients ne supportent pas les délais d'attente, ne comprennent pas un refus de prescription ou d'arrêt de travail. Le ton peut alors facilement monter. Grâce à ce dispositif, on constate depuis quelques années un retour des médecins de garde, et notamment des femmes* », poursuit le praticien. Selon l'Observatoire de la sécurité du conseil national de l'Ordre des médecins, le nombre de violences (agressions physiques ou verbales, vols, etc.) à l'encontre des médecins est en léger recul (822 en 2011 contre 920 en 2010, soit un taux de victimation de 0,41 % contre 0,46 % en 2010). « *Un chiffre en baisse mais qui reste bien au-dessus de la moyenne de l'Observatoire, après la hausse de 80 % des actes de violences constatée en 2009. D'autant que de nombreux médecins ne déclarent pas les incidents dont ils sont victimes* », précise le Dr Bernard Le Douarin, cardiologue libéral et coordonnateur de l'Observatoire.

## Un dispositif complet

Le conseil du Val-de-Marne de l'Ordre des médecins déploie d'autres mesures dans le cadre du protocole national de sécurité signé par le Cnom en avril 2011 avec les ministères de l'Intérieur, de la Justice et de la Santé. Un protocole ratifié par le conseil départemental en décembre dernier. Des dispositifs spécifiques ont ainsi été mis en œuvre : géolocalisation des médecins lors des visites à domicile en nuit profonde, numéro d'appel pour accéder directement à la cellule de commandement départementale, traitement accéléré des plaintes, mise à disposition d'un référent sécurité dédié au sein des services de police et de gendarmerie, livret pédagogique consacré à la sécurité des médecins, formations dédiées à la conduite à tenir face à des patients agressifs, signalement du début et de la fin d'une intervention d'un médecin dans un quartier sensible, incitation des collectivités locales à développer la vidéosurveillance près de l'entrée des cabinets médicaux. Le Val-de-Marne, qui enregistrait une baisse significative des incidents déclarés (35 en 2010, 19 en 2011), attend de ces mesures une amélioration significative de la sécurité des praticiens.

Pour les médecins, la présence d'un vigile permet de se concentrer sur la consultation, sans se soucier de ce qui peut se passer dans la salle d'attente.

La présence des agents de sécurité est financée par les communes et les communautés d'agglomération.

Les 12 Sami du Val-de-Marne ont accueilli 36000 patients en 2011, soit une hausse de 21 % par rapport à 2010.

L'agression est le plus souvent liée à un reproche dans la prise en charge (26 %, + 3 points), un vol ou une tentative (20 %, - 2 points), un refus de prescription (arrêt de travail, médicament, 16 %, - 2 points). Dans 9 % (=) des cas, il s'agit d'un temps d'attente jugé excessif.

Témoignage

**Dr Bernard Le Douarin,** coordonnateur de l'Observatoire national pour la sécurité des médecins, président du conseil départemental de l'Ordre des médecins du Val-de-Marne.

## « La violence, tant vécue que ressentie, a un impact psychologique majeur »

Les agressions verbales et les menaces sont en progression constante depuis 2006.
Les généralistes sont les plus affectés par cette insécurité croissante, devant les ophtalmologistes, les médecins du travail et les psychiatres. Même si le taux de victimation au sens strict du terme n'est pas majeur, la violence et son ressenti ont un impact psychologique significatif auprès des médecins qui exercent dans les départements les plus concernés.
Cette insécurité est lourde de conséquences sur l'installation des jeunes générations de médecins, particulièrement au sein des quartiers sensibles, au détriment de l'accès aux soins des patients, souvent les plus démunis.
C'est un facteur majeur de désertification du territoire de santé, de destruction du maillage territorial des soins. La féminisation croissante de notre profession et le très faible taux des installations en exercice libéral viennent rappeler toute l'importance de cette lutte contre la violence et la délinquance.

Propos recueillis par Nathalie Da Cruz

# E-santé : où en est-on ?

**Télémédecine, dossier médical personnel, messageries sécurisées entre professionnels :** ces trois applications de l'« e-santé » sont en cours de construction. L'enjeu : améliorer les pratiques et faciliter l'accès aux soins dans le respect de la confidentialité et du secret médical. Où en est-on ? Quelles applications sont déjà effectives ?

Nous sommes résolument entrés dans l'ère du numérique, et le monde de la santé n'y échappe pas. C'est aussi une volonté au niveau européen : la Commission européenne recommande à tous les États membres de s'engager dans la voie de l'e-santé. L'enjeu : permettre aux médecins et aux patients d'accéder aux données numérisées de santé, où qu'ils se trouvent. Les outils numériques doivent modifier les pratiques sans pour autant porter atteinte à la relation humaine singulière qui se noue entre chaque médecin et chaque patient. Ils se présentent comme une réponse adaptée à la mobilité des patients, qui est aujourd'hui une réalité sociologique, et à l'exercice en équipe des praticiens qui sont confrontés au vieillissement de la population et à la chronicisation des maladies.

Trois chantiers sont en cours : les messageries sécurisées ; le dossier médical personnel (DMP), lancé en 2004, et piloté, depuis 2009, par l'Agence des systèmes d'information partagés en santé (ASIP Santé) ; et enfin la télémédecine, qui s'installe progressivement dans le paysage sanitaire français.

Si ces différentes applications vont améliorer la prise en charge des patients et dégager du temps médical, elles doivent cependant respecter les principes de la déontologie médicale et trouver place dans des espaces sécurisés, afin que secret médical et confidentialité soient préservés. D'où la vigilance et l'implication de l'Ordre des médecins sur ces sujets. Vice-président du conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) chargé des systèmes d'information de santé, le Dr Jacques Lucas préside d'ailleurs le conseil de déontologie de l'ASIP Santé.

Le Cnom s'est par ailleurs impliqué dans le déploiement de la CPS (carte de professionnel de santé ; lire l'article dans la rubrique « L'essentiel ») et dans la constitution du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), qui deviendra à terme un annuaire numérique national.

Enfin, le Cnom s'investit dans les travaux sur la prescription électronique, en partenariat avec les autres Ordres professionnels.

**+ D'INFOS :**

**www.conseil-national.medecin.fr**

- **Vous trouverez, dans l'espace « e-santé », toutes les positions du conseil national de l'Ordre des médecins sur ce sujet.**
- **À la mi-novembre 2012, l'Ordre va organiser un colloque d'une journée sur le thème « Éthique dans les usages du numérique en santé », ouvert aux médecins, aux institutionnels des secteurs médical et médico-social, aux représentants des patients…**

**http://esante.gouv.fr (site de l'ASIP Santé)**

DR

## Dr Jean-Yves Robin

**Il est directeur de l'Agence des systèmes d'information partagés en santé** (ASIP Santé) depuis sa création en 2009. Il a exercé, au début de sa carrière, la médecine en secteur hospitalier, avant de se tourner vers la communication médicale et les nouvelles technologies.

DR

## Dr Jacques Lucas

**Vice-président du conseil national de l'Ordre des médecins,** (Cnom), il est chargé des systèmes d'information de santé. Cardiologue, il exerce dans le secteur libéral depuis 1981. Il préside, au nom du Cnom, le conseil de déontologie de l'ASIP Santé.

DR

## Dr Pierre Simon

**Il est président de l'Association nationale de télémédecine** (ANTEL; www.antel.fr). Il a mis au point le système de télédialyse au centre hospitalier de Saint-Brieuc, où il a exercé comme néphrologue. En tant que conseiller général des établissements de santé à la DGOS, il a cosigné, en 2008, un rapport sur la télémédecine.

### Où en est-on du déploiement du DMP ?

**Dr Jean-Yves Robin :**
À ce jour, le DMP est présent dans 14 régions. Les questions techniques sont réglées. Un programme actif de déploiement commence, avec des sessions d'information et de formation pour les professionnels. Cela dit, dans les 12 autres régions, les médecins peuvent utiliser le DMP s'ils le souhaitent et si le patient a donné son accord, dès lors qu'ils disposent de leur carte de professionnel de santé (CPS). Actuellement, l'ASIP Santé développe les accès mobiles au DMP, afin que les médecins puissent y accéder depuis leur smartphone ou leur tablette. Ce service devrait être opérationnel en 2013.

### La télémédecine est-elle déjà bien implantée en France ?

**Dr Pierre Simon :** Oui, on peut le dire ainsi. Depuis le décret du 19 octobre 2010[1], qui donne un cadre juridique à la télémédecine, un certain nombre de projets, jusque-là en attente, se sont déployés. Pour l'heure, la télémédecine est surtout pratiquée à l'hôpital. Parmi les initiatives opérationnelles, citons la télésurveillance des maladies chroniques. Dans une dizaine de régions, des patients diabétiques de type 1 sont munis d'un smartphone avec un logiciel communiquant qui leur indique la dose d'insuline à administrer. En cardiologie, la surveillance à distance des pacemakers et des défibrillateurs est déjà effective. Autre application : la télédialyse, qui consiste à surveiller, à distance, des séances de dialyse dans des unités de petite taille situées à proximité du domicile des patients. L'application de la télémédecine dans les urgences neurologiques a débuté en 1995 avec le transfert, en Nord-Pas-de-Calais, des images radiologiques depuis les urgences vers les neurochirurgiens, qui jugeaient alors de la nécessité ou non d'un transfert du patient en milieu neurochirurgical. Puis est apparue, au début des années 2000, en Franche-Comté, la télé-AVC – qui est une priorité nationale. Elle est aujourd'hui un modèle organisationnel repris par plusieurs régions françaises.

### En quoi consistent les messageries sécurisées ?

**Dr Jean-Yves Robin :**
Ces messageries doivent permettre aux professionnels d'échanger des données, pour des usages complémentaires au DMP, dans un espace de sécurité cohérent. Elles vont favoriser la coordination des soins et la dématérialisation des données. Il sera ainsi possible, par exemple, de prévenir automatiquement le médecin traitant que les résultats de biologie qu'il avait demandés sont disponibles dans le DMP du patient. Le médecin pourra recevoir ces résultats en pièce jointe d'un message. Une demande de télé-expertise entre deux médecins pourra aussi s'opérer par ce biais. Actuellement, les échanges entre médecins par messagerie ne sont pas sécurisés ; or la confidentialité des données est menacée. Nous construisons un système de messagerie sécurisé qui pourra être intégré au ►►

**E-santé : où en est-on ?**

## Avec la participation de…

**Dr Jean-Yves Robin,** directeur de l'Agence des systèmes d'information partagés en santé (ASIP Santé) depuis sa création en 2009.
**Dr Jacques Lucas,** vice-président du conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom).
**Dr Pierre Simon,** président de l'Association nationale de télémédecine (ANTEL).

►►► logiciel de cabinet des professionnels de santé. Le développement doit s'achever fin 2012 pour un déploiement en 2013. Nous souhaitons qu'à partir de 2013 un médecin puisse d'un seul clic, en ouvrant son logiciel de cabinet, accéder à cette messagerie sécurisée. Celle-ci pourra satisfaire un certain nombre de besoins, y compris dans la télémédecine. Signalons que l'ASIP Santé va héberger le nom de domaine « medecin.fr » de l'Ordre des médecins, afin que le Cnom puisse doter l'ensemble des praticiens inscrits au tableau d'une telle adresse mail.

### Comment s'assurer que la déontologie est respectée dans le champ de l'e-santé ?

**Dr Jacques Lucas :** Le Cnom s'est très clairement prononcé sur le caractère déontologique des usages de ces outils, en rappelant quelques précautions élémentaires. Il faut veiller à la protection des données personnelles de santé, et n'utiliser ces données que pour la pratique de la médecine. Le fait que chaque médecin puisse accéder à ces données via sa carte de professionnel de santé, ou un dispositif équivalent, est un gage de sécurité. Un certain nombre de personnes déplorent la lenteur du déploiement de ces solutions d'e-santé. Cette qualification de « lenteur » dissimule en fait une impatience qui montre que les outils numériques répondent à des attentes réelles. Peut-être y a-t-il eu des effets d'annonce prématurés. Or, justement pour préserver la confidentialité et exercer dans le respect de la déontologie médicale, il faut tout d'abord créer un espace numérique sécurisé en santé – ce qui prend un certain temps. Par ailleurs, en dépit des attentes, des résistances au changement s'expriment parfois, de la part des patients et des médecins. Les praticiens peuvent éprouver une appréhension face à l'émergence des possibilités induites par l'e-santé. Ces résistances ralentissent la marche, mais elles permettent aussi d'en améliorer la direction. Nous préconisons l'ouverture d'un débat public pour informer les citoyens et les professionnels, et recueillir leurs avis. Cela nous paraît être un gage de confiance pour les citoyens. Ensuite, alors que les technologies ont rapidement évolué, il faut que le Parlement soit saisi pour clarifier les règles du droit.

**EN CHIFFRES**

**60 %**
**des DMP** ouverts l'ont été en milieu hospitalier ; 40 % en libéral.

**Dr Pierre Simon :** En 2009, le Cnom a décidé qu'il n'y avait pas à modifier le code de déontologie pour la télémédecine, qui reste de la médecine bien qu'effectuée à distance. La particularité est qu'elle exige de recourir à un réseau numérique pour faire passer des données personnelles de santé. Ce système doit être sécurisé, comme le prévoit le décret. Une disponibilité non maîtrisée du réseau numérique peut constituer un risque potentiel pour le patient dans certaines applications de télémédecine.

### En résumé, quels sont les apports de l'e-santé pour le système de santé ?

**Dr Jacques Lucas :** Le numérique en santé peut soutenir le parcours de soin en ambulatoire mais plus encore la continuité des soins entre la ville et l'hôpital. Le monde du numérique va représenter un appui essentiel aux coopérations entre les différents médecins ainsi qu'avec les autres professionnels de santé, dans la notion éthique bénéfique de l'équipe de soins et l'équipe médico-sociale.

1. Décret n° 2010-1229 pris en application de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST).

# CAHIER JURISPRATIQUE

N° 24 JUILLET - AOÛT 2012


**14** Le contrat d'engagement de service public

**15** Lieux d'exercice autorisés par l'Ordre et comptes de facturation des CPAM

Dossier type d'admission en Ehpad

**16** Réflexions sur le secret médical

**17** Charte du contrôle de l'activité des professionnels de santé

**18** Contrôle patronal des arrêts de travail : les règles qui s'imposent

**20** Biologie médicale : les médecins n'ont pas à signer de convention de preuve

Attention aux annuaires professionnels !

**www.conseil-national.medecin.fr**

**Retrouvez votre information de référence sur le site de l'Ordre des médecins**

- Vos informations réglementaires, juridiques et pratiques sur l'espace « médecin »
- Les rapports et les publications de l'Ordre
- Les articles du code de déontologie et ses commentaires

# Le contrat d'engagement de service public

L'article 46 de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » du 21 juillet 2009 prévoit la possibilité, pour les étudiants en médecine, de signer un contrat d'engagement de service public avec le centre national de gestion des praticiens hospitaliers. Le décret n° 2010-735 du 29 juin 2010 et les arrêtés du 27 juillet 2010 et du 24 juin 2011 précisent les conditions d'application de la loi.

## Qui est concerné ?

Le contrat d'engagement de service public est ouvert aux étudiants en médecine et aux internes. Le nombre d'étudiants et d'internes pouvant signer un contrat dans l'année est fixé par arrêté (pour l'année universitaire 2011-2012, 200 contrats ont été proposés aux étudiants et 200 aux internes, arrêté du 24 juin 2011). Dans chaque unité de formation et de recherche de médecine, il est créé une commission de sélection où siège le président du conseil régional de l'Ordre des médecins ou son représentant.

## Quels sont les termes du contrat ?

Ce contrat ouvre droit au versement d'une allocation mensuelle jusqu'à la fin des études médicales. En contrepartie, les signataires s'engagent à exercer, à l'issue de leurs études, dans un lieu où l'offre médicale est insuffisante ou dans un lieu où la continuité de l'accès aux soins est menacée. Pendant la durée de cet engagement, les médecins qui exercent en libéral doivent pratiquer les tarifs conventionnels. Toutefois, cet exercice libéral n'équivaut pas, selon la loi, à une première installation afin de leur laisser ouverte la possibilité d'exercer en secteur 2 à l'issue de leur engagement.

## Quel est le montant de l'allocation ?

Le montant de l'allocation a été fixé à 1 200 euros bruts par mois par un arrêté du 27 juillet 2010. Le versement de cette allocation cesse à la date d'obtention du DES et l'exercice professionnel est considéré comme débutant à cette date. Un report de l'installation ou de la prise de fonctions peut être accordé.

## Où peut-on exercer avec un tel contrat ?

Les lieux d'exercice susceptibles d'être proposés aux signataires du contrat font l'objet d'une liste établie par les directeurs généraux des ARS. Dans ces lieux d'exercice, le médecin pourra avoir une activité libérale, salariée ou mixte. C'est au cours de leur dernière année que les internes optent pour leur futur lieu d'exercice. Désormais, les internes qui en expriment le souhait auprès du directeur général de l'ARS bénéficient d'une priorité de choix sur les lieux d'exercice proposés par l'ARS dans laquelle ils réalisent leur troisième cycle des études médicales. Si plusieurs internes choisissent un même lieu d'exercice, ils sont départagés par le directeur général de l'ARS en cas d'exercice libéral et par l'employeur en cas d'exercice salarié ! Cette différence de traitement est inacceptable.
Le médecin peut demander, au cours du contrat, à changer de lieu d'exercice au sein de la même région ou à changer de région dans la limite des listes établies par les ARS.

## Quelle est la durée de l'engagement ?

La durée de l'engagement est égale à celle pendant laquelle l'allocation a été versée mais ne peut être inférieure à deux ans. Au cours du mois qui précède l'échéance du contrat, le médecin doit informer le directeur général du centre national de gestion, le directeur général de l'ARS et le président du conseil départemental de l'Ordre des médecins de sa décision de poursuivre ou non son activité sur ce lieu d'exercice.

## Le contrat peut-il être résilié avant son terme ?

Le centre national de gestion peut résilier le contrat uniquement dans des cas déterminés (interdiction d'exercer, non-respect des engagements souscrits…). La loi envisage également que le médecin peut se dégager de son obligation d'exercice moyennant le paiement d'une indemnité.

### Un contrat à transmettre au conseil de l'Ordre

**Le conseil national de l'Ordre des médecins a été consulté sur ces textes. Un contrat-type a été élaboré. Le contrat doit être communiqué au conseil départemental de l'Ordre par le médecin au moment de son inscription.**

# Lieux d'exercice autorisés par l'Ordre et comptes de facturation des CPAM

**Le conseil départemental du Rhône a fait part au conseil national de l'Ordre de difficultés récurrentes rencontrées par les radiologues pour la facturation de leurs actes, en raison de la mise en œuvre du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS).**

La difficulté vient de l'absence de cohérence entre les lieux d'exercice autorisés par l'Ordre et les comptes de facturation de la CPAM lorsque plusieurs comptes de facturation ne peuvent être associés par la CPAM à autant d'autorisations émanant du conseil départemental de l'Ordre. La saisie par la CPAM d'un lieu d'exercice distinct pour chaque compte de facturation conduit à enregistrer plus de lieux d'exercice virtuels que de lieux d'exercice autorisés mettant en particulier en difficulté les SEL. Un exemple peut en être donné avec l'utilisation par une SEL de radiologie d'un scanner et d'une IRM dans une même clinique. Il n'appartient pas à l'Assurance maladie de contraindre l'Ordre à donner dans ce cas 2 autorisations pour un même lieu, libre à la CPAM d'attribuer 2 comptes de facturation sur un même lieu d'exercice.
La Cnamts estime que chaque activité sur un même lieu doit être autorisée. Jusqu'à présent, l'Ordre a toujours considéré que la réglementation avait pour objet d'autoriser des lieux d'exercice et non des activités même si l'Ordre dans sa décision tient compte des activités qui seront effectuées sur le site. Cependant, ces activités peuvent être multiples et l'autorisation est unique, ou encore ces activités peuvent évoluer et le conseil national de l'Ordre (Cnom) n'a jamais considéré qu'en ce cas une deuxième autorisation était nécessaire.
Il n'appartient pas à l'Assurance maladie d'imposer une autre vision liée à des questions de facturation. On peut d'ores et déjà signaler que des CPAM, face au refus de conseils départementaux de délivrer des autorisations qui n'avaient pas lieu d'être, ont trouvé d'autres solutions pour les comptes de facturation. Le Cnom reprend contact avec la Cnamts et l'Agence des systèmes d'information partagés (ASIP) sur ce point.

# Dossier type d'admission en EHPAD

**Le dossier médical type d'admission en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est entré en vigueur au 1er juin 2012.**

Le conseil national de l'Ordre des médecins a participé, dans le cadre de la simplification administrative, aux travaux qui ont conduit à l'établissement d'un dossier médical type d'admission en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Certaines directions d'EHPAD ont manifesté des réticences à utiliser ce document malgré son utilité pour les familles et les médecins. Afin de surmonter ces réticences, le gouvernement a décidé de rendre obligatoire le dossier type (comprenant le dossier médical) par décret n° 2012-493 du 13 avril 2012 paru au *Journal officiel* du 17 avril 2012. Le dossier type joint à un arrêté du même jour est entré en vigueur le 1er juin 2012. Les établissements qui, localement, utilisent déjà un dossier unique disposent d'un délai d'un an pour se conformer au dossier unique national.
Ce dossier de demande a été élaboré en concertation avec les gestionnaires d'établissements ainsi qu'avec les professionnels de santé à partir de dossiers déjà mis en œuvre dans certaines régions ou certains départements.

**+ D'INFOS :**

› **Arrêté du 13 avril 2012 fixant le modèle de dossier de demande d'admission dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes prévu par l'article D. 312-155-1 du code de l'action sociale et des familles**
› **http://www.legifrance.gouv.fr/**

# Réflexions sur le secret médical

L'article 4 du code de déontologie médicale pose le principe du secret et en définit le contenu. Le secret n'est pas opposable au patient et s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi.

En ces temps où la communication fait loi, il est bon de rappeler que le respect du secret est la base de l'exercice médical. L'article 4 du code de déontologie médicale pose le principe du secret et en définit le contenu. « *Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.* »

Le secret professionnel du médecin, ou secret médical – les deux termes sont employés indifféremment –, est à la fois d'intérêt privé et d'intérêt public :

- D'intérêt privé : le médecin doit garantir le secret à la personne qui se confie à lui. Celle-ci doit être assurée de ne pas être trahie. Sa confiance doit être sans faille, si elle a donné une information intime utile au médecin et aux soins.
- D'intérêt public : l'intérêt général veut que chacun puisse être convenablement soigné et ait la garantie de pouvoir se confier à un médecin, quelle que soit sa situation, pour bénéficier de soins, sans craindre d'être trahi ou dénoncé.

## Une définition large du secret

L'article L.1110-4 du code de la santé publique donne une définition large du secret : il couvre l'ensemble des informations sur la personne venues à la connaissance du médecin, non seulement en ce qui concerne son état de santé mais aussi son identité, ce qu'il a confié ou ce que le médecin a compris à son propos.

• L'alinéa 3 précise la notion de secret partagé et en fixe les limites. La règle est que le partage n'intervient qu'entre professionnels de santé, pour la prise en charge et la continuité des soins et sauf opposition de la personne dûment avertie. Elle connaît deux variantes, l'une concernant les établissements de santé, l'autre concernant les maisons et centres de santé dont les professionnels y exerçant ont adhéré au projet de santé mentionné aux articles L.6323-1 et L.6323-3. Dans les établissements de santé, le consentement du patient au partage des données le concernant, par l'équipe le prenant en charge, est présumé acquis. Dans les maisons ou centres de santé, les informations sont réputées confiées par le patient aux autres professionnels de santé de la structure le prenant en charge, sous réserve de son consentement exprès et de l'adhésion des professionnels au projet de santé de la structure. La personne, dûment informée, peut refuser à tout moment que soient communiquées des informations la concernant à un ou plusieurs professionnels de santé.

• Celui qui trahit le secret mais aussi celui qui obtient ou tente d'obtenir des renseignements en violation de la loi s'expose à une amende de 15000 euros et une peine d'un an d'emprisonnement.

Le secret s'impose pour tout ce que le médecin a pu voir, entendre, comprendre ou deviner. On attend du médecin une discrétion totale (même sur ce qu'il peut avoir appris en dehors des soins). Il n'y a donc pas de différence entre le « renseignement administratif » (nom…) et « médical » (diagnostic…), entre la confidence et le renseignement « anodin ». Il serait faux de croire que le médecin peut partager les informations qu'il détient avec une personne elle-même tenue au secret professionnel dans les termes de l'article 226-13 du code pénal. Le secret médical est le secret professionnel du médecin. Même entre médecins, le secret ne se partage pas dès lors qu'ils ne participent pas à la prise en charge d'un même patient.

## Les conséquences de la jurisprudence

La Cour de cassation et le Conseil d'État ont reconnu le caractère général et absolu du secret médical. La jurisprudence a ainsi admis que :

- le patient ne peut délier le médecin de son obligation au secret ;
- cette obligation ne cesse pas après le décès du patient ;
- le secret s'impose même devant un juge ;
- le secret s'impose à l'égard d'autres médecins dès lors qu'ils ne concourent pas à la prise en charge ;
- le secret s'impose à l'égard de personnes elles-mêmes tenues au secret professionnel ;
- le secret couvre non seulement l'état de santé du patient mais également son nom : le médecin ne peut faire connaître à des tiers le nom des personnes qui ont (eu) recours à ses services.

Il ne peut donc être dérogé au secret médical que par la loi.

↘ **Caroline Héron, conseillère juridique au conseil national de l'Ordre des médecins**

# Charte du contrôle de l'activité des professionnels de santé par l'Assurance maladie

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), la Mutualité sociale agricole (MSA) et le Régime social des indépendants (RSI) ont récemment publié une charte du contrôle de l'activité des professionnels de santé par l'Assurance maladie. Conformément à la demande exprimée par le conseil national de l'Ordre des médecins, cette charte est publiée sur le site ameli.fr.

Cette initiative des organismes d'assurance maladie obligatoire contribue à la transparence de leurs contrôles de l'activité des médecins. On relèvera aussi que le contenu de la charte a très largement pris en compte les observations formulées par le conseil national de l'Ordre des médecins. Il a été rappelé le respect de la déontologie médicale par les médecins-conseils et la nécessité de saisir l'Ordre lorsque l'organisme d'assurance maladie est informé de faits susceptibles de mettre en cause le respect de la déontologie médicale. Ce dernier point est acquis pour les dépassements d'honoraires, l'information sur les honoraires, les plaintes pénales et signalements formulés auprès du Parquet et les informations recueillies relatives aux activités des professionnels de santé pouvant mettre en jeu la santé des patients.

## Des points à améliorer

La charte peut être encore améliorée à notre sens sur un certain nombre de points. Les médecins devraient être informés, sauf en cas de suspicion de fraude, de l'identité des patients auditionnés par le service médical lorsque celui-ci procède à l'analyse de l'activité du praticien.
La charte évoque la transmission à l'Ordre des pénalités financières prononcées par les caisses d'assurance maladie.
Nous avions déjà indiqué à la Caisse nationale d'assurance maladie qu'il nous paraissait nécessaire, lorsque les faits reprochés aux médecins étaient susceptibles de relever du non-respect de la déontologie médicale, que l'information leur soit apportée dès que ces faits sont révélés à l'Assurance maladie et non pas après le prononcé d'une sanction par cette dernière.

## La charte en 10 points

**L'Assurance maladie a publié une synthèse de la charte en 10 points. Parmi ces points :**

- Les relations entre l'Assurance maladie et les professionnels de santé sont fondées sur le respect et la confiance réciproque.
- L'Assurance maladie dispose d'un devoir de contrôle de l'ensemble des paiements qu'elle réalise, dont notamment ceux issus de l'activité de professionnels de santé.
- L'Assurance maladie inscrit son action dans le respect des règles du secret professionnel et du secret médical.
- Le professionnel de santé bénéficie de la présomption d'innocence.
- Le professionnel de santé est informé au moment de la mise en œuvre du contrôle de terrain.
- Le professionnel s'engage à faciliter les opérations de contrôle.
- L'Assurance maladie respecte les principes d'objectivité, neutralité et impartialité dans les contrôles qu'elle mène.
- L'Assurance maladie, sauf cas de fraude, informe à l'issue du contrôle le professionnel de santé de la fin du contrôle et lui adresse ses constats pour recueillir ses observations. Le professionnel de santé dispose du droit de formuler ses observations et de se faire assister par un membre de sa profession et/ou un avocat pour répondre aux constats formulés par l'Assurance maladie, avant toute mise en œuvre de procédure contentieuse et/ou notification d'indu par celle-ci à son encontre.
- L'Assurance maladie informe systématiquement le professionnel de santé des voies de recours existantes, adaptées au contentieux qu'elle a engagé.
- L'Assurance maladie limite les cumuls de procédures contentieuses et de sanctions aux seuls cas prévus par les textes législatifs et réglementaires.

L'information de l'Ordre ne doit pas avoir pour objet de multiplier les procédures et de cumuler les sanctions pour les mêmes faits mais de permettre à l'Ordre, en cas de manquement à la déontologie, de traduire le praticien devant la chambre disciplinaire.
Enfin, il peut apparaître curieux, dans un document émanant des seuls organismes d'assurance maladie, qu'un chapitre soit consacré aux engagements pris par les professionnels de santé dans le cadre des contrôles.

# Contrôle patronal des arrêts de travail : les règles qui s'imposent

Légale, la pratique de la contre-visite médicale est reconnue par la quasi-totalité des conventions collectives et par l'article 7 de l'accord national interprofessionnel du 10 décembre 1977[1]. Dans les faits, elle se heurte néanmoins à des abus juridiques et déontologiques auxquels l'Ordre s'oppose.

## Contre-visite médicale : que prévoit la réglementation ?

La contre-visite médicale est un dispositif que peut légalement utiliser l'employeur afin de déterminer si l'arrêt dont bénéficie un salarié malade est justifié. Ce droit n'existe qu'en contrepartie de l'obligation de maintien de tout ou partie du salaire et doit être prévu par la convention ou l'accord collectif applicable dans l'entreprise. Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, en cas de contre-visite médicale patronale concluant à l'absence de justification de l'arrêt de travail ou faisant état de l'impossibilité de procéder à l'examen du salarié, le médecin mandaté par l'entreprise doit transmettre son rapport au service du contrôle médical de la caisse d'assurance maladie, dans un délai maximal de 48 heures. Le médecin-conseil de l'Assurance maladie a alors deux possibilités (décret du 24 août 2010, n° 2010-957) :

› **demander à la caisse de suspendre les indemnités journalières.** Le salarié dispose alors d'un délai de 10 jours francs à compter de la notification de la décision de suspension des indemnités journalières pour demander à la caisse de sécurité sociale dont il relève un examen de sa situation par le médecin-conseil. Ce dernier doit se prononcer dans un délai de 4 jours francs à compter de la saisine du salarié (nouvel article D. 315-4 du code de la sécurité sociale).

› **procéder à un nouvel examen de la situation de l'assuré,** lequel est de droit lorsque le médecin ayant effectué la contre-visite n'a pas pu examiner l'assuré (article L. 323-7 du code de la sécurité sociale).

Suite à la parution de ce décret d'application, le conseil national de l'Ordre des médecins a émis de fortes réserves sur ces dispositions. Dans un communiqué, il rappelle aux médecins conseils la nécessité de respecter l'article 69 du code de déontologie médicale. Et estime, par ailleurs, que « ces mesures jettent une suspicion inacceptable sur la justification médicale de l'arrêt de travail qui est présumé avoir été prescrit par simple complaisance ».

## De graves manquements déontologiques

Des doléances, voire des plaintes, continuent de parvenir aux conseils départementaux de l'Ordre, pour non-respect des obligations juridiques et déontologiques qui s'imposent aux sociétés de contrôle et aux médecins contrôleurs. Parfois, les visites de contrôle sont organisées par ces sociétés de façon totalement contraire à la déontologie médicale. Parfois aussi, les missions confiées aux médecins contrôleurs dépassent ce que leur autorisent la jurisprudence et la déontologie.

Parmi les manquements constatés :

- une attestation de présence ou d'absence du salarié malade à son domicile signée par le médecin contrôleur, bien que cela ne relève pas de sa compétence ;
- la préconisation par le médecin contrôleur d'une reprise anticipée du travail par le salarié en dépit d'une décision de la Cour de cassation jugeant que l'avis du médecin contrôleur n'est valable qu'à la date où il est émis et ne peut disposer pour l'avenir ;
- une information du salarié sur le cadre juridique du contrôle par la société elle-même aux lieu et place du médecin contrôleur ;

• l'exigence par la société de la production par le salarié malade d'une pièce d'identité ou de pièces du dossier médical ;
• l'absence de dispositif de communication du médecin contrôleur vers le médecin traitant du salarié et/ou le médecin-conseil de sa caisse d'assurance maladie.

## Les dix obligations du médecin contrôleur

Pour mettre fin à ces dérives, le conseil national de l'Ordre des médecins a publié des recommandations sur le contrôle médical des arrêts de travail à l'initiative de l'employeur.

**1.** Le médecin contrôleur doit exiger un contrat de l'employeur ou de la société de contrôle et le communiquer à son conseil départemental de l'Ordre.

**2.** Ce contrat doit préciser la nature des missions du médecin, rappeler les articles du code de déontologie médicale relatifs au contrôle médical et préciser les moyens mis en œuvre pour assurer le respect de la déontologie médicale.

**3.** Le contrat doit limiter la mission du médecin contrôleur à la seule appréciation de la justification médicale de l'arrêt de travail au jour du contrôle.

**4.** Il n'entre pas dans les missions du médecin contrôleur de se prononcer sur l'absence du patient lors d'un contrôle, mais uniquement de consigner les circonstances qui l'ont rendu impossible.

**5.** En cas de conclusions contraires à celles du médecin qui a prescrit l'arrêt, le médecin contrôleur doit entrer en contact avec le médecin traitant, de préférence avant la communication des conclusions au patient.

**6.** Le médecin contrôleur doit également signaler au patient que ses conclusions, si elles sont contraires à celles du médecin prescripteur de l'arrêt de travail, permettent à l'employeur de suspendre le versement des indemnités complémentaires, mais sont, dans un premier temps, sans effet sur le versement des indemnités journalières, et laissent au patient la possibilité de s'en tenir aux prescriptions du médecin traitant, sans commettre une faute vis-à-vis de son employeur. Il doit enfin informer le patient de la transmission de ses conclusions (contraires à la prescription initiale) au service du contrôle médical de la caisse qui pourra suspendre le versement des indemnités journalières.

**7.** Le médecin contrôleur doit se borner à faire état de ses conclusions administratives à l'organisme qui l'a mandaté.

**8.** La durée du contrat et la rémunération du médecin contrôleur doivent être sans rapport avec le sens de ses conclusions.

**9.** Le médecin contrôleur ne devrait pas accepter une mission de contrôle s'il n'a pas une expérience certaine de la profession médicale.

**10.** Le médecin contrôleur devra se récuser chaque fois qu'il estimera, en raison de circonstances particulières, que ses conclusions peuvent être suspectées de partialité.

1. Annexé à la loi n° 78-49 du 19 janvier 1978, relative à la mensualisation et à la procédure conventionnelle

**↘ Dr André Deseur, président de la section Exercice professionnel**

**+ D'INFOS :**

- **Communiqué de presse de septembre 2010 (www.conseil-national.medecin.fr / espace «presse»)**
- **Recommandations du Cnom sur le contrôle patronal des arrêts de travail – novembre 2007**
- **Article 7 de la loi du 19 janvier 1978 relative à la mensualisation et à la procédure conventionnelle**
- **Articles L. 315-1 et L. 323-7 du code de la sécurité sociale**
- **Article L. 1226-1 du code du travail**
- **Décret du 24 août 2010 relatif au contrôle des arrêts de travail**

# Biologie médicale : les médecins n'ont pas à signer de convention de preuve

**Selon la commission des contrats du conseil national de l'Ordre des médecins, les laboratoires de biologie médicale n'ont pas à demander au médecin prescripteur d'examens de biologie médicale la signature d'une convention de preuve.**

Depuis l'ordonnance du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale, les laboratoires de biologie médicale doivent être accrédités pour pouvoir réaliser des examens de biologie médicale. L'attestation est délivrée par le Cofrac sur la base d'une norme NF ISO 1589.

Des laboratoires de biologie médicale mettent en avant cette obligation d'accréditation pour demander au médecin prescripteur d'examens de biologie médicale la signature d'une convention de preuve.

Cette exigence appelle plusieurs observations.

› Tout d'abord, elle n'est pas, comme certains laboratoires le prétendent, une obligation tirée de la norme ISO 1589. La norme mentionne qu'il convient de déterminer en concertation avec les utilisateurs des services de laboratoire, le format du compte rendu d'analyses (électronique ou papier) et la façon dont il doit être communiqué par le laboratoire.

› Par ailleurs, on voit mal comment une convention de preuve pourrait exister entre deux médecins qui ne sont pas liés entre eux par contrat.

› Enfin, si de telles exigences se propageaient, les médecins seraient, encore plus qu'ils ne le sont aujourd'hui, inondés par la paperasserie, voire par l'acceptation d'obligations dont ils ne connaissent pas la portée.

La commission des contrats du conseil national estime *a contrario* que si ces conventions de preuve étaient obligatoires, il lui appartiendrait de proposer une convention type. Pour l'instant, la commission estime que la simple acceptation par le médecin des modalités de transmission de documents par le laboratoire, y compris le choix de l'application cryptée (par exemple, Apicrypt), est suffisante.

On doit souligner que des radiologues ont récemment souhaité mettre en place un système assez proche pour inciter les médecins prescripteurs à récupérer les comptes rendus et les images sur un serveur du cabinet de radiologie.

## Bon à savoir

**Il convient de rappeler que la convention de preuve est une convention dans laquelle les parties fixent par avance les modalités d'administration de la preuve auxquelles elles entendent se soumettre dans le cadre d'un éventuel litige.**

# Attention aux annuaires professionnels !

**Le conseil national attire une nouvelle fois l'attention des médecins sur les sociétés qui leur proposent de mettre en ligne leurs coordonnées professionnelles.**

Dernier en date de ces annuaires : le document « Demande d'enregistrement valant épreuve pour toute inscription Business Premium ». Il s'agit, en réalité, d'un bulletin d'adhésion émis par la société de prestation publicitaire et d'annuaire payant « Répertoire Or Professionnel », dont le siège social se situe en République tchèque.

En cas de signature, il convient :

› **si l'entreprise a son siège en France :** de saisir la Direction départementale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes d'une plainte, et de contester le contrat par courrier recommandé auprès de la société ;

› **si l'entreprise a son siège hors de France :** de saisir le procureur de la République du lieu d'exercice du médecin contre la société en cause et de contester le contrat par courrier recommandé auprès de la société.

# La France va devenir membre de l'Association médicale mondiale

**Le Conseil de l'Association médicale mondiale s'est réuni à Prague du 26 au 28 avril dernier.** Le conseil national de l'Ordre des médecins y siégeait en son nom pour la première fois, suite à sa demande d'adhésion déposée en décembre 2011.

Le conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) siégera désormais au nom de la France à l'Association médicale mondiale (AMM), en lieu et place de l'Association médicale française[1]. L'AMM réunit l'ensemble des associations médicales nationales au niveau international. C'est un lieu d'échanges privilégié au niveau mondial sur des thèmes de santé majeurs : éthique médicale, formation, santé publique… L'occasion de contacts privilégiés avec les représentants des Ordres et associations médicales européens et internationaux.
Le Cnom est intervenu sur de nombreux thèmes à l'ordre du jour de ce conseil à Prague.
Ses prises de position ont été préparées avec le concours de ses quatre sections (Éthique et déontologie, Santé publique, Exercice professionnel, Formation et compétences médicales).

- L'AMM a notamment pris position sur le don d'organes et de tissus.
- L'AMM envisage également une révision approfondie des textes sur l'euthanasie qui devrait être validée lors de la prochaine réunion, fin 2012, à Bangkok. Le conseil de l'AMM a été particulièrement attentif à la présentation de la législation française sur la fin de vie (loi Leonetti) trouvant dans ses principes un équilibre intéressant entre la volonté des patients et la déontologie médicale. Le président de l'AMM a lancé un appel aux États et aux organismes de recherche nationaux pour qu'ils améliorent les traitements de la fin de la vie et soutiennent davantage les soins palliatifs ainsi que la lutte contre la douleur.
- Enfin, le conseil de l'AMM a publié plusieurs résolutions : l'une vise à protéger les médecins turcs face aux menaces que fait peser leur gouvernement sur leur autonomie professionnelle ; une seconde s'alarme sur la mise en danger des soins de santé dont sont victimes les populations en Syrie ou au Bahreïn ; une troisième plaide pour l'indépendance et l'autonomie professionnelle des Ordres des médecins au sein des pays de l'Union économique et monétaire de l'Afrique de l'Ouest.

1. L'association médicale française continue son travail en étroite collaboration avec le conseil national de l'Ordre des médecins et reste composée des mêmes partenaires (syndicats, assureurs médicaux et Cnom).

# Le Réseau européen des autorités compétentes médicales

**Ce réseau informel est né, en février 2010,** lorsque la Commission européenne a fait connaître son intention de réviser la directive 2005/36 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles. Il a été créé à l'initiative du conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) et de ses homologues allemand (Bundesärtzekammer) et britannique (General Medical Council). Il réunit tous les pays de l'Union européenne et de l'AELE (Suisse, Islande, Norvège et Liechtenstein). Objectif : ouvrir un espace de concertation et d'échanges entre les autorités compétentes médicales afin qu'elles adoptent des positions communes face au projet de révision proposé par la Commission. L'enjeu est de défendre les intérêts des médecins européens pour protéger la sécurité des patients. Actuellement, le réseau prépare plusieurs amendements qui seront soumis au Parlement européen lors de l'examen du projet de directive.

**+ D'INFOS :**
**http://www.enmca.eu/**

Texte : **Anne Ulpat**

# Sécurité du médicament : des patients mieux protégés

**Adoptée après le scandale du Mediator,** la loi relative au renforcement de la sécurité du médicament du 29 décembre 2011 durcit les règles qui s'imposent à l'industrie pharmaceutique lors du lancement d'un nouveau produit. Elle renforce également la réglementation « anti-cadeaux » et crée une sorte de Sunshine Act à la française. À condition que les décrets d'application ne remettent pas tout en cause…

GARO/PHANIE

> **« Toutes les conventions entre les médecins et l'industrie doivent désormais être soumises à l'Ordre pour avis. »**

**EN CHIFFRES**

# 100000

C'est le nombre de **dossiers d'hospitalité, d'études et d'experts** que devront traiter le conseil national et les conseils départementaux avec les nouvelles dispositions prévues par la loi sur la sécurité du médicament.

## POINT DE VUE de l'Ordre

**« Les nouvelles dispositions ne remettent pas en question la participation des industriels au financement des actions de FMC »**

**Dr François Rousselot, conseiller national et responsable des relations médecins-industries pharmaceutique (RMI) au Cnom.**

Je note avec satisfaction les améliorations qu'apporte la loi sur le renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, et notamment son volet appelé communément dispositif anti-cadeaux. Avec les lois de 1993 et de 2002, le législateur s'était arrêté au milieu du gué. L'Ordre recevait des projets de conventions entre médecins et industriels. Il rendait des avis, mais ignorait ce qu'ils devenaient. De plus, les conventions les plus sensibles, en termes de conflits d'intérêts potentiels, ne lui étaient pas soumises avant leur mise en œuvre et n'étaient apparemment pas toutes adressées par les médecins concernés au conseil départemental dont ils dépendaient. Désormais, l'Ordre saura si ses avis ont été respectés. Enfin, la totalité des conventions, et non plus seulement celles concernant les études et l'hospitalité, devront lui être soumises pour avis avant leur mise en œuvre. Un grand pas est donc franchi en termes de transparence et de circulation de l'information. Tout en continuant à proscrire les avantages en nature ou en espèces consentis aux étudiants ou aux médecins par l'industrie pharmaceutique, ces nouvelles dispositions ne remettent pas en question la collaboration entre les médecins et des laboratoires pharmaceutiques à des fins de recherche.
Ni le financement des actions de formation médicale continue. Il reste cependant une étape essentielle à franchir : la parution des décrets d'application. Certains n'ont pas été publiés avant les élections présidentielles. Or, ce sont ces décrets qui définissent les modalités de transmission des conventions entre médecins et industriels à l'Ordre départemental ou national et les délais impartis aux instances ordinales pour y répondre.
Par ailleurs, tout le volet concernant le Sunshine Act à la française, qui requiert des décrets d'application, est en panne : la loi prévoit la publication des conventions et dit que les Ordres seront associés à celle-ci. Un décret doit préciser ce qui doit être publié et les modalités de la publication. L'Ordre estime que la publication doit comporter en particulier les honoraires et pas seulement les remboursements de frais. Il ne faudrait pas que la volonté du législateur se retrouve dénaturée par les décrets. Nous restons donc vigilants.

« *Qu'il n'y ait pas demain de nouveau Mediator !* » C'est ainsi que Xavier Bertrand, alors ministre de la Santé, définissait l'objectif de la loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, publiée le 30 décembre 2011 au *Journal officiel*. Ce texte précise, notamment, les nouvelles règles qui s'imposent aux laboratoires pharmaceutiques pour le lancement d'un nouveau médicament ou d'un nouveau produit de santé. Il crée aussi l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), qui remplace l'Afssaps (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé). L'ANSM reprend les missions de l'Afssaps, mais dispose de moyens accrus pour assurer la surveillance et l'évaluation des produits de santé (lire l'entretien avec le Pr Dominique Maraninchi, pages 26-27). Cette nouvelle loi renforce également le régime des autorisations temporaires d'utilisation (ATU). Elle encadre davantage les prescriptions hors autorisation de mise sur le marché (AMM) et donne un rôle plus important aux professionnels de santé dans le système de pharmacovigilance. En gage de transparence, les médecins et les chercheurs chargés de l'évaluation des nouveaux médicaments mis sur le marché devront d'ailleurs déclarer leurs liens d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique.

**EN CHIFFRES**

**80000** C'est le nombre de **dossiers** déposés par des laboratoires pharmaceutiques traités, chaque année, par le conseil national de l'Ordre et les conseils départementaux, la majorité étant composée de dossiers d'hospitalité.

### Renforcement des dispositifs anti-cadeaux

Autre nouveauté : le renforcement de la réglementation anti-cadeaux entre laboratoires et médecins prescripteurs. La loi du 29 décembre 2011 renforce les lois du 27 janvier 1993 et du 4 mars 2002 qui ont encadré les avantages accordés par l'industrie du médicament aux médecins prescripteurs (avantages financiers, voyages, invitations à des congrès…). D'abord, elle étend le nombre de professionnels qui ne peuvent pas recevoir

**Initiative**

## Une gestion informatisée des relations médecins-industries

**Entamée dès 1999, puis repensée en 2008, l'informatisation du service des relations entre les médecins et les industriels connaît un nouveau déploiement en intégrant les nouvelles dispositions de la loi sur la sécurité du médicament.**

Dès 1999, le service RMI (relations médecins-industries pharmaceutiques) disposait d'un système informatique. Lotus, c'est son nom, offrait aux industriels la possibilité de télétransmettre les dossiers d'hospitalité au conseil national. Ce programme permettait également à l'Ordre d'archiver en interne les en-têtes des différents dossiers qui lui étaient envoyés. « *Nous avons donc là un thésaurus courant sur treize ans* », souligne le Dr François Rousselot, conseiller national et responsable du service RMI. À l'époque, seuls les industriels volontaires recourent à la télétransmission – ils sont 59 – et s'en montrent particulièrement satisfaits. En 2008-2009, l'Ordre réfléchit à une montée en puissance de cette informatisation : « *Le Cnom souhaitait mettre en place un nouvel outil informatique capable de traiter les dossiers d'hospitalité et d'études de*

de cadeaux de la part de l'industrie pharmaceutique, puisque les étudiants se destinant à une profession de santé sont aussi concernés. Ensuite, les laboratoires doivent désormais publier toutes les conventions conclues avec les médecins, les étudiants, les associations de médecins et les associations de patients, les fondations, les établissements de santé, les éditeurs de presse, de radio et de télévision, les éditeurs de logiciels d'aide à la prescription ainsi que les personnes engagées dans la formation initiale des médecins. Des dispositions que le conseil national de l'Ordre des médecins avait largement appelées de ses vœux, en plaidant pour l'adoption d'un véritable Sunshine Act à la française. Adopté aux États-Unis, en 2010, ce Sunshine Act impose aux laboratoires pharmaceutiques la publication de toutes les rétributions qu'ils ont consenties aux médecins et aux établissements hospitaliers.

suite page 26 ▸▸▸

DR

## « Nous avons besoin d'échanges avec les industriels »

**Témoignage**

**Dr Pierre Goudeaux, médecin généraliste, fondateur de l'association « FMC du Bas Limousin et du Haut Quercy ».**

Nous n'avons pas beaucoup d'informations au sujet de la loi sur le médicament. Et l'expression de « loi anti-cadeaux » nous hérisse, car nous n'avons jamais bénéficié de somptueux cadeaux de la part des industriels. Notre association compte une trentaine de médecins et nous nous réunissons une fois par mois autour de sujets de FMC, choisis par nous, avec un correspondant et avec l'appui d'un visiteur médical. Il en est ainsi depuis bientôt vingt ans. Mais, depuis quelques années, les laboratoires se désengagent et il devient difficile de trouver des sponsors pour nos réunions. Or, nous savons trier l'information scientifique dispensée par les industriels, même si elle ne doit pas être notre seule source. Nous restons très indépendants quant à nos prescriptions. Sur le plan logistique, organiser des réunions demande une disponibilité que nous, médecins, n'avons pas.

*l'ensemble des industriels,* explique le Dr Rousselot. *De plus, ce nouveau système devait également intégrer le travail des conseils départementaux. »* Après la phase classique d'appel d'offres et de sélection du fabricant vient l'expérimentation, en 2010. Les industriels utilisateurs du système Lotus acceptent d'y participer et les résultats sont tout à fait positifs. Depuis fin juin 2012, une deuxième vague d'industriels a rejoint le nouveau programme, appelé IDAHE (Informatisation des demandes d'hospitalité, d'études et d'experts). L'outil présente plusieurs avantages : l'homogénéité des procédures, le suivi au jour le jour du traitement de son dossier par l'industriel, l'archivage électronique etc. Quant aux conseils départementaux, ils sont environ 20 % à utiliser ce nouvel outil informatique, et leur implication doit se poursuivre progressivement dans les mois qui viennent. Jusqu'à présent, l'Ordre national et les conseils départementaux traitaient quelque 80000 dossiers par an. En demandant à ce que toutes les conventions, et non plus seulement les dossiers d'hospitalité et d'études, soient soumises pour avis au conseil national ou aux conseils départementaux, la loi du 29 décembre 2011 va générer 20 à 30 % d'activité en plus. D'où la nécessité de compléter l'outil de gestion existant. *« Il ne s'agira pas d'une révolution, ni pour les industriels, ni pour le conseil national et les conseils départementaux,* précise le Dr Rousselot. *Les formations nécessaires pour son utilisation restent simples… »* Une précision importante : l'ensemble de ce programme informatique a été financé par les cotisations des médecins, garantissant ainsi sa totale indépendance.

**EN CHIFFRES**

**59**

C'est le nombre d'**industriels** qui participent à la télétransmission des dossiers d'hospitalité vers le conseil national et les conseils départementaux.

## POINT DE VUE extérieur

**Pr Dominique Maraninchi**
**Directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).**

GARO/PHANIE

**Interview**

**La loi sur le médicament a créé une nouvelle agence, en remplacement de l'Afssaps (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé). Qu'est-ce que cela change ?**

**Dominique Maraninchi :** La création de l'ANSM, l'Agence nationale de la sécurité des médicaments et des produits de santé, se traduit par de nombreux changements. C'est un nouvel état d'esprit, de nouvelles méthodes de travail et des objectifs renforcés. L'ANSM facilite l'accès aux médicaments innovants, et ce grâce à deux mesures essentielles. D'abord, dans certaines pathologies complexes, les autorisations temporaires d'utilisation (ATU) sont élargies au champ des cohortes. Nous ne sommes donc plus, pour ces pathologies, dans une logique nominative, étudiée au cas par cas, qui dominait jusqu'à présent, mais dans un accès aux médicaments, avant autorisation de mise sur le marché (AMM) plus large et plus équitable. Ensuite, deuxième mesure importante, l'Agence peut ajuster systématiquement les AMM en fonction des observations relatives à la vraie vie du

►►►

### Toutes les conventions sont concernées

La loi introduit une autre nouveauté : « *Toutes les conventions passées entre les membres des professions médicales ou les étudiants […] et les entreprises [pharmaceutiques] sont, avant leur mise en application, soumises pour avis* » au conseil départemental ou national de l'Ordre compétent. Jusqu'à présent seules les conventions concernant l' hospitalité offerte et l'organisation de la recherche étaient soumises à un avis préalable à leur mise en œuvre. Désormais, tous les types de contrats sont concernés : ceux de consultants, d'attachés, de traducteurs, d'orateurs... « *C'est un plus pour l'Ordre car, jusque-là, nous n'avions pas les moyens de savoir si un professionnel était consultant pour un laboratoire pharmaceutique, voire pour plusieurs* », décrypte le Dr François Rousselot, conseiller national de l'Ordre et président de la commission des relations médecins-industries (RMI) au Cnom. « *Entendons-nous bien : les liens d'intérêts entre les médecins et l'industrie ne sont pas répréhensibles en soi. Un professionnel de santé qui cesserait tout contact avec l'industrie se priverait d'informations extrêmement importantes pour sa pratique. C'est la dissimulation et le niveau des rémunérations perçues qui créent de véritables conflits d'intérêts et se retrouvent sous le coup de la loi.* »

### L'Ordre mieux informé

Autre innovation très importante : les industriels sont maintenant tenus de faire savoir à l'Ordre si les projets décrits dans les conventions qui lui ont été soumises pour avis ont été mis en œuvre ou pas. Enfin, les industriels ont l'obligation de rendre publics les avantages

# « Être toujours plus proche de la pratique quotidienne des médecins »

médicament : interdiction d'AMM ou extension à de nouvelles indications par exemple.

### Qu'est-ce que cela signifie concrètement ?

**D. M. :** Les médecins sont parfois confrontés à des textes d'autorisation de mise sur le marché inadaptés à la réalité et les laboratoires pharmaceutiques ne sont pas forcément demandeurs pour déposer des dossiers d'extension d'AMM. L'ANSM peut donc, depuis le 9 mai dernier, jour de parution du décret, autoriser une extension d'AMM. Comme son nom l'indique, cette recommandation est temporaire, le temps d'étudier la relation bénéfices/risques et de confirmer, ou non, cette extension. Autrement dit, nous collons à la pratique des médecins, nous l'anticipons même. C'est tout sauf de la bureaucratie !

### Priorité est également donnée à la pharmacovigilance ?

**D. M. :** En effet. L'Afssaps était focalisée sur l'autorisation de mise sur le marché. Or, la vraie vie des médicaments commence après l'AMM. Au fil du temps, l'ANSM doit pouvoir restreindre ou étendre les indications des médicaments sur le seul critère des bénéfices/risques. Cette évaluation permanente s'effectuera dans un cadre clair et transparent. Elle doit être dynamique et adaptée à la pratique des médecins.

### Les médecins justement… Que change, pour eux, la création de l'ANSM ?

**D. M. :** Nous tenons à ce qu'ils soient les mieux informés sur les médicaments. À ce titre, l'Ordre continuera de jouer un rôle primordial. Cette collaboration est de première importance, comme on l'a vu précédemment avec l'information diffusée auprès des médecins, en collaboration avec l'Ordre, concernant les risques d'un antidiabétique par voie orale (pioglitazone) sur la survenue de cancers de la vessie. La diffusion de l'information a engendré 50 % de prescriptions en moins de la part des médecins, qui ont aussitôt pu se préparer aux prescriptions alternatives. Notre information, ainsi que celle de l'Ordre, est indépendante des laboratoires et fiable. Nous souhaitons également stimuler les échanges entre l'Agence et les médecins afin que ceux-ci nous signalent les médicaments pouvant poser problème tout en étant informés de ce qu'est devenue leur alerte… Nous avons le devoir de rétablir la confiance entre les patients et les médecins, en étant nous-mêmes plus proches des médecins et de leur pratique quotidienne.

consentis aux professionnels, et les Ordres seront associés à cette publication, précise la loi. Si un laboratoire pharmaceutique signe une convention avec plusieurs équipes médicales dans le cadre d'un projet d'études, il doit signaler tout changement intervenu dans la conduite de cette étude : dix malades recrutés dans tel centre au lieu de cinq initialement prévus, telle rémunération prévue pour tel médecin, etc. En renforçant le rôle de l'Ordre des médecins et en introduisant davantage de transparence dans les liens entre médecins et industriels, la loi du 29 décembre 2011 permet de mieux protéger les professions de santé et les patients.

**+ D'INFOS :**

- **Loi n° 2011-2012 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé**
  **http://www.legifrance.gouv.fr/**

**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

# DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES ?

**Bien joli de se défausser sur la Cnamts pour lui renvoyer la responsabilité de l'inaction généralisée et coupable envers les dépassements d'honoraires.**
Si l'Ordre voulait bien agir spontanément, sans toujours s'abriter derrière « le tact et la mesure », des progrès pourraient être obtenus. Il ne lui est interdit aucune mise en garde, aucune dénonciation, aucun rappel des recommandations déontologiques.
Quand interdira-t-on l'exercice libéral à l'hôpital?
C'était pourtant une exigence de la création du plein-temps en 1958.
Mais on a cédé pour inciter les grands patrons à sauter le pas.
Le système étant institué depuis cinquante ans, il est temps de revenir à l'indispensable rigueur initiale.
On peut inciter les patients à refuser les dépassements et à dénoncer les « dessous-de-table », on peut inciter le fisc à taxer de manière dissuasive les revenus des hospitaliers plein-temps qui dépassent de 10 % le salaire hospitalier, par exemple.
On peut réclamer aussi que les mutuelles ne prennent pas en charge les dépassements.
Oui, l'Ordre peut beaucoup. Mais il ne croit disposer d'aucune légitimité pour de telles actions! Eh bien sondez vos cotisants! Et publiez ce sondage qui donnera un éclairage sur le corps médical français et le niveau de son sens déontologique.
L'Ordre, chambre de consensus, d'enregistrement et de ronrons.
On y parle beaucoup, on agit peu.
Dommage.

***Dr J.-L. R. (21)***

# FORMER DES HUMANISTES PLUTÔT QUE

**J'ai lu avec attention votre éditorial « Augmenter le numerus clausus, une fausse bonne idée ».**
Je n'ai pas d'opinion sur les problèmes que cela entraînerait dans les facultés de médecine, mais ce qui serait sûrement le plus important, c'est de changer la mentalité des futurs médecins qui, comme la plupart des catégories de la population, ont été victimes de l'impact catastrophique de la « mentalité 35 heures ».
Une question : cette mentalité serait-elle différente si on essayait de former des médecins et non des scientifiques? Je m'explique : après des études secondaires classiques (latin, grec et bac philo), j'ai fait médecine, j'ai passé l'internat et été chef de clinique avant de m'installer en ville comme pédiatre. Je n'ai pas le sentiment d'avoir été un médecin incompétent et pourtant, il est évident que, dans les conditions d'études actuelles, j'aurais été

# PAS DE CERTIFICAT MÉDICAL DANS LE DOSSIER D'APA

**Dans le Bulletin du conseil national de l'Ordre des médecins de janvier-février 2012,** vous nous indiquez les différentes situations où un certificat médical est nécessaire ou abusif. À chaque fois, en plus du commentaire que vous apportez, vous précisez la référence gouvernementale : par exemple, décision ministérielle de telle date, ou bien circulaire…
À propos de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), vous nous dites qu'un certificat médical est inutile, ce qui nous satisfait. Mais à part un arrêté précisant que l'équipe médico-sociale du conseil général peut nous contacter, ou que le patient peut demander notre présence lors du passage de l'infirmière du conseil général, vous ne faites référence à aucune décision ministérielle ou autre référence administrative sur laquelle appuyer et justifier le refus de rédaction de ce certificat médical. Il s'avère que le conseil général fait de la résistance et exige ce certificat médical. Résultat : nous sommes pris en otage entre le conseil général d'un côté et le patient de l'autre, au risque de lui faire perdre cet avantage social.
Pouvez-vous :
– m'indiquer la référence légale en question concernant l'APA et l'inutilité d'un certificat médical ?
– faire le nécessaire, en liaison avec le ministère de la Santé, auprès des conseils généraux afin qu'ils respectent cette décision, sans nuire au patient ?

***Dr P.V. (17)***

**Vous réagissez par votre courriel du 27 mars à la publication dans le cahier jurispratique de *Médecins* n° 20 d'une fiche pratique sur les certificats. L'auteur de la fiche est le ministère de la Santé, auprès duquel nous avons longuement travaillé. Vous indiquez que, dans votre département, des documents sont toujours demandés pour l'APA. Il ne s'agit certainement pas d'un certificat pour la demande d'ouverture. Dans le dossier, le « girage » n'est pas établi par le médecin traitant, mais par les équipes des conseils généraux. La seule intervention prévue du médecin traitant est qu'il peut simplement être consulté par l'équipe médico-sociale du conseil général.**

*Dr André Deseur, rédacteur en chef du magazine*

# DES SCIENTIFIQUES ?

incapable d'obtenir mes diplômes. C'est aussi le cas de nombre de médecins de ma génération qui ont exercé en ville ou en campagne comme généralistes ou spécialistes. Alors, faut-il continuer de former des docteurs en médecine qui ont un raisonnement mathématique au lieu de médecins qui auraient une mentalité humaniste ? Je suis un utopiste, direz-vous… Oui, peut-être. Il est évident qu'on ne saura jamais quel aurait été l'avenir de tous ceux qui n'ont pas passé le cap des deux premières années, ni de ceux qui ont renoncé à entreprendre parce qu'ils n'étaient pas des scientifiques.
« *Vos réactions nous intéressent* », ai-je lu dans ce bulletin. C'est la raison de mon courrier. Bien confraternellement,

***Dr F.F. (50)***

Texte : Estelle Nouel

« Vivre avec »

# L'association de soutien aux malades atteints du cancer

**1990**
**C'est l'année de création de l'association « Vivre avec ». Sa fondatrice est Régine Goinère. Atteinte d'un léiomyosarcome, elle crée l'association depuis son lit d'hôpital avec l'objectif de « préserver le patrimoine moral des patients pendant leur hospitalisation ».**

**Plan cancer**
**Le Plan cancer 2009-2013 s'articule autour de cinq axes : la recherche, l'observation, la prévention et le dépistage, les soins mais aussi vivre pendant et après un cancer. C'est sur ce dernier volet que l'association « Vivre avec » pointe le plus de manques et fait des propositions.**

**Partenariat**
**« Vivre avec » mène son action en partenariat avec des acteurs du monde économique et en concertation avec le corps médical. Elle invente et expérimente des solutions pour améliorer la vie du malade pendant et après son hospitalisation.**

En 22 ans d'existence, « Vivre avec » a multiplié les initiatives pour permettre aux malades atteints du cancer et à leur entourage de mieux vivre la période d'hospitalisation. Son action a débuté au centre de lutte contre le cancer Léon-Bérard de Lyon, puis s'est déployée sur toute la France. L'association a créé, par exemple, des « Espaces de vie », lieux de rencontre entre les malades, leurs proches et le personnel soignant, situés en dehors du cadre médical. Elle a aussi imaginé des « Espaces mieux vivre » centrés sur la remise en forme et des « Espaces mieux être » où des esthéticiennes et des coiffeurs aident les patients à restaurer leur image de soi. « Vivre avec » s'est également mobilisée sur l'après-hospitalisation afin d'améliorer l'accès à l'assurance emprunteur des malades en rémission ou guéris d'un cancer mais aussi atteints de pathologies chroniques. Depuis 2006, une plateforme téléphonique spécialisée est à leur disposition. L'association entend également faciliter le retour à l'emploi. Avec l'aide de « Vivre avec », les patients peuvent contacter des interlocuteurs dédiés au sein d'un grand groupe de travail intérimaire. Enfin, et plus récemment, l'association s'est lancée un nouveau défi pour améliorer et sécuriser le retour à domicile des malades (voir témoignage).

Vincent Kowalski

## « Une prise en charge globale et sécurisée du retour à domicile »

**Régine Goinère,** fondatrice et coprésidente de l'association « Vivre avec »

### Témoignage

**Pourquoi est-il urgent d'agir sur la question du retour à domicile des personnes atteintes de cancer?**
Pour les personnes qui bénéficient de traitements innovants, de thérapies ciblées ou d'essais cliniques prometteurs, le retour à domicile comporte une part de risque et d'incertitude. On se gargarise avec le principe de précaution, mais dans ce secteur, c'est « motus et bouche cousue »! En effet, au début de ses traitements, le malade est généralement hospitalisé quelques jours. Il est surveillé et accompagné. Mais lorsqu'il rentre chez lui, c'est le « système D ». Mesure-t-on bien les risques qu'il encourt? Car ces traitements sont des bombes à retardement en ce qui concerne leurs effets secondaires. L'organisation de la sortie de l'hôpital doit être systématiquement anticipée et accompagnée d'une information et d'une éducation thérapeutique. Or, à ce jour, cette information est parcellaire tandis que la coordination est nébuleuse, voire inexistante. Il est donc urgent de sécuriser ce retour à domicile.

**Que propose « Vivre avec »?**
Nous voulons tout d'abord établir un état des lieux précis des acteurs concernés ainsi que des besoins les plus urgents. Nous souhaitons ensuite référencer les structures impliquées à différents niveaux dans le retour à domicile des patients atteints de cancer, puis mettre en place des plateformes téléphoniques qui pourraient répondre aux besoins spécifiques des malades au quotidien. Dans le secteur médical, paramédical, au sein des structures publiques, privées et des services sociaux, chacun doit sortir de son espace d'intervention pour penser collectif, dans l'intérêt du patient.

**+ D'INFOS :**
**« Vivre avec » :**
www.vivreavec.org

## Médecin de cœur, scientifique d'esprit

Professeur et directeur d'un service de recherche en immunologie humaine à l'Institut Pasteur, Jacques Thèze, après plus de quarante ans de carrière, revient sur les événements et réflexions qui ont façonné son improbable destin, de son enfance dans le Gers, dont il nous fait partager quelques moments intimes, émouvants, parfois drôles, à ses études à la faculté de médecine de Bordeaux, où germeront ses premières révoltes et ses premières interrogations quant à la pratique médicale.
Médecin de cœur, mais scientifique d'esprit, il a choisi la science et nous livre ainsi un témoignage sans concession, et pourtant enthousiaste, sur la vie des laboratoires de recherche en France, à l'Institut Pasteur, aux États-Unis ou encore en Chine.

*Médecin de cœur, scientifique d'esprit,* **Jacques Thèze, éditions Hermann, 286 pages, 26,40 euros.**

## Euthanasie, le débat tronqué

Le débat politique désire légiférer sur le sens de la vie et de sa fin sans tenir compte du fait que ces interrogations qui concernent l'individu sont forgées à partir d'une histoire personnelle, d'un environnement social marqué par la morale, les croyances religieuses… Chacun désire pour soi, à travers l'autre, une fin de vie apaisée, sans souffrance, au milieu des siens. La réalité est bien différente, car la mort survient le plus souvent dans le milieu hospitalier, d'où le désir d'une mort programmée, avec une confusion entre la prise en charge d'un patient en stade terminal et le patient qui désire une aide à mourir pour éviter une déchéance.
Après une première partie dans laquelle ils relatent plusieurs affaires qui ont mis la question de la fin de vie sous les feux de l'actualité, les auteurs analysent la loi du 22 avril 2005, dite loi Leonetti, qui s'inscrit dans la continuité de la loi de juin 1999 sur l'accès aux soins palliatifs, et la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades. Cette loi réaffirme des notions contenues dans le code de déontologie médicale, le refus de l'obstination déraisonnable, le droit au refus de tout traitement. Cette analyse est complétée par des témoignages de médecins concernés par la fin de vie et par une réflexion sur l'euthanasie.

**Dr Plernick Cressard**

*Euthanasie, le débat tronqué,* **Pr Louis Puybasset et Marine Lamoureux, préface de Claude Evin, éditions Calmann-Lévy, 208 pages, 16 euros .**

## Interdire le tabac, l'urgence

Alors qu'il tue chaque année 60 000 personnes en France et 5 millions dans le monde, pourquoi le risque sanitaire « tabac » est-il laissé de côté ? Pourquoi n'assiégeons-nous pas les usines de fabrication de cigarettes pour sensibiliser à leurs effets mortifères, comme le font les militants antinucléaires avec les centrales ? Il est temps de comparer les dangers du tabac à ceux des risques sanitaires dénoncés chaque jour, et dont les ravages sont pourtant infiniment moins importants. Il s'agit aussi de prouver que l'usage du tabac ne relève ni de la responsabilité ni de la liberté individuelles, mais de stratégies marketing sophistiquées. Il s'agit enfin de voir comment la France, à l'instar de la Finlande, pourrait s'engager à l'horizon 2020, par exemple, dans l'interdiction définitive du tabac. L'auteur, Martine Perez, médecin, est rédactrice en chef au *Figaro,* où elle couvre depuis plus de vingt ans les sujets science et médecine.

*Interdire le tabac, l'urgence,* **Martine Perez, éditions Odile Jacob, 456 pages, 17 euros.**

Propos recueillis par **Béatrice Bochet**

# « En oncologie, le patient est mieux associé à son parcours de soins »

## Dr Philippe Deguiral,

**oncologue à Saint-Nazaire, président de la CME de la clinique mutualiste de l'Estuaire**

**Témoignage**

« Dans ma relation avec le patient, j'essaie d'être le plus humain possible. Mais, souvent, afin de ne pas être trop dans l'affectif, il est préférable de rester sur un registre très professionnel. Il faut garder en tête que nous sommes des médecins, avec un savoir, même si les malades sont de plus en plus associés au choix des traitements. En oncologie, il faut savoir rester humble, que l'on soigne des patients en phase curative ou en fin de vie. Le rapport avec la famille peut s'avérer complexe, notamment quand on est face à des situations de fin de vie et à d'éventuelles demandes d'euthanasie (qui restent rares).

L'oncologie n'est pas seulement le rapport entre deux êtres ; le travail en équipe est important. Il nous permet de prendre du recul. Depuis le début de ma carrière, j'ai assisté à la mise en place des réunions de concertation pluridisciplinaires. Auparavant, on pouvait se sentir un peu seul. Aujourd'hui, ces réunions nous conduisent à partager des diagnostics ou des propositions de traitement. Elles permettent de valoriser le travail avec l'équipe des soignants, dont l'avis est davantage pris en compte.

En seize ans, j'ai également constaté une évolution des soins palliatifs. Durant mes études, je n'avais pas été sensibilisé au traitement de la douleur. Actuellement, les jeunes oncologues en ont une meilleure approche.

Je trouve qu'il y a eu également beaucoup de progrès dans l'encadrement des patients. Ceux-ci sont davantage inclus dans le parcours de soins. Le Plan cancer et le dispositif d'annonce ont permis d'établir tout un chaînage dans ce sens. Par exemple, si une chimiothérapie est prescrite, le malade me verra en premier, puis il rencontrera l'infirmière en charge du traitement. Elle lui réexpliquera le programme de soins à sa façon et répondra à toutes ses interrogations. Depuis, j'ai constaté une forte diminution de leurs interrogations lorsque le traitement commence. Les malades se sentent mieux préparés. Ils peuvent être également orientés vers d'autres professionnels, un psychologue par exemple, ou être mis en relation avec des associations de malades.

© DR

**PARCOURS**

**1981**
Études de médecine à Créteil (Val-de-Marne).

**1994**
Internat à Nantes. Devient ensuite oncologue médical.

**2005**
Après avoir travaillé dans le public et le privé, devient médecin mutualiste.

**2008**
Élu président de la CME de la clinique mutualiste de l'Estuaire, à Saint-Nazaire. Philippe Deguiral souligne la difficulté de concilier une démarche institutionnelle avec des contingences sociales et économiques pour le bien général.

**2011**
Reconduit dans ses fonctions de président de CME. Se consacre en parallèle à la création de la cité sanitaire de Saint-Nazaire.