



Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins

Conventionné, secteur 2

➤ Dossier p. 22

INSÉCURITÉ DES MÉDECINS : mobilisons-nous !

➤ L'essentiel
**Messageries
sécurisées en santé :**
c'est enfin parti! p. 6

➤ Réflexion
**« Scandales » sanitaires
à répétition : comment
mieux informer?** p. 10

➤ Jurispratique
Vidéoprotection :
une pratique très
encadrée p. 20

☛ **L'essentiel** | 04

• Cancer du sein : les filles du Distilbène® sont-elles plus exposées ?

• Messageries sécurisées en santé : c'est enfin parti !

☛ **Sur le terrain** | 08

Pays de Mayenne
Pôle de santé : c'est déjà demain !

☛ **Réflexion** | 10

« Scandales » sanitaires à répétition : comment mieux informer ?

☛ **Ailleurs** | 21

Protection des données : vers une Cnil européenne

☛ **Courrier des lecteurs** | 28

☛ **La voix des associations** | 30

Asthme & allergies : apprendre aux patients à gérer leur maladie

☛ **Culture médicale** | 31

La sélection du numéro

☛ **À vous la parole** | 32

D^r Florence Beaumel, médecin généraliste à Castellar (Alpes-Maritimes)

☛ **Dossier** | 22

Insécurité des médecins : mobilisons-nous !



©Caro/Photo

Le nombre de déclarations d'incidents demeure, en 2012, bien supérieur à la moyenne nationale enregistrée depuis dix ans. Dans la lignée du protocole national de sécurité, le Cnom encourage le déploiement dans les départements d'actions concrètes de prévention. Et appelle, une fois de plus, les médecins à déclarer systématiquement les violences dont ils sont victimes.

Cahier jurispratique | 13

- ☛ EXPERTISE ET DÉONTOLOGIE, QUESTIONS FRÉQUENTES SUR L'ÉVALUATION DU DOMMAGE CORPOREL | 14
- ☛ LES SOCIÉTÉS DE PARTICIPATION FINANCIÈRES DE PROFESSIONS LIBÉRALES | 16
- ☛ RECONDUCTION PAR LES MÉDECINS HOSPITALIERS EN DEHORS DE LEUR CHAMP DE COMPÉTENCE DE TRAITEMENTS INSTAURÉS EN VILLE | 18
- ☛ APPEL À CANDIDATURES POUR UNE ÉLECTION COMPLÉMENTAIRE AU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS | 19
- ☛ VIDÉOPROTECTION : UNE PRATIQUE TRÈS ENCADRÉE | 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



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

Optimiser les missions de l'Ordre

Le 5 avril dernier, Marisol Touraine, ministre de la Santé, a parrainé la 5^e journée des qualifications organisée par la section Formation et compétences médicales du conseil national de l'Ordre des médecins. En introduisant cette manifestation, en présence du président de la Conférence des doyens, de représentants des ministères de la Santé et de l'Enseignement supérieur et de près de 250 praticiens PU-PH, la ministre a donné solennellement acte à l'Ordre des médecins du satisfecit que représente le rapport de la Cour des comptes. Après dix-huit mois d'enquête approfondie, la Cour n'a relevé aucun élément négatif sérieux sur le fonctionnement et la gestion de notre institution. Elle n'a

d'ailleurs pas même jugé utile de publier son rapport, et ce fait est assez rare pour mériter d'être souligné, ce qu'a tenu à faire la ministre.

Dans ses conclusions, la Cour a recommandé un certain nombre de mesures destinées à optimiser les missions de l'Ordre. Elles dépendent, pour la plupart, de la bonne volonté des pouvoirs publics. Certaines sont du domaine législatif, d'autres sont du domaine administratif. Marisol Touraine s'est déclarée disposée à nous aider à les acquiescer et, d'une manière générale, à nous faciliter la tâche pour être plus efficace selon les vœux de la Cour des comptes. Dans cette perspective, rappelons que nous sommes dans l'attente de la publication de deux importants décrets d'application toujours en instance. L'un concerne l'insuffisance professionnelle. Alors que les cas de mauvaises pratiques se multiplient, nos conseils départementaux ne disposent pas des moyens juridiques nécessaires pour constater légalement ces faits et différer les inscriptions au tableau des médecins concernés, en attendant leur remise à niveau. C'est un grave problème de responsabilité vis-à-vis de la santé publique. L'autre concerne le *Sunshine Act*, conséquence de l'application de la loi de décembre 2011 sur la sécurité du médicament et la transparence. Ce décret devrait clarifier les relations médecins-industries. Il doit permettre au conseil national de l'Ordre de mieux assumer sa mission de contrôle dans le cadre de l'application de la loi dite « anti-cadeaux ».

médecins 

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : D^r Walter Vorhauer - ORDRE DES MÉDECINS, 180, bd Haussmann, 75389 Paris Cedex 08. Tél. : 01 53893200.

E-mail : conseil-national@cn.medecin.fr - RÉDACTEUR EN CHEF : D^r 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 : Imprimerie Vincent

- Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs - DÉPÔT LÉGAL : à parution - n° 16758 - ISSN : 1967-2845.

Le Bulletin est accompagné d'un numéro spécial sur la fin de vie et d'une affiche destinée à informer vos patients.



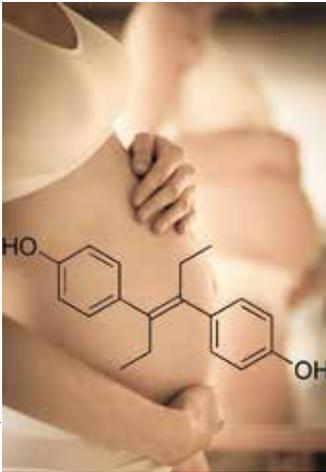
Ce document a été réalisé
selon des procédés
respectueux
de l'environnement.



Décès du D^r Francis Montané, conseiller national de l'Ordre

Conseiller national de la région Languedoc-Roussillon depuis 2003, le D^r Francis Montané, pneumologue-allergologue, est décédé le 25 mars dernier, à l'âge de 74 ans. Ardent défenseur d'une « Europe de la santé » respectueuse de l'éthique médicale et des droits des patients, le D^r Montané était délégué aux affaires européennes et internationales du conseil national de l'Ordre des médecins depuis 2007. Chevalier de la Légion d'honneur et chevalier de l'Ordre national du Mérite, le D^r Montané était au service de l'institution ordinale depuis près de quarante ans. Il avait notamment été président du conseil départemental des Pyrénées-Orientales entre 1984 et 2004.

➤ Cancer du sein : Les filles du Distilbène® sont-elles plus exposées ?



Le conseil national de l'Ordre des médecins soutient l'étude de l'association de défense des victimes du Distilbène® Réseau D.E.S France.

Cette enquête vise à évaluer le lien entre l'exposition à cette hormone pendant la grossesse et le risque de développer un cancer du sein. À l'occasion de cette enquête, l'ensemble des effets néfastes de l'exposition au D.E.S. pourront aussi être évalués (cancers, malformations, effets secondaires) pour les

trois générations : mères ayant absorbé le D.E.S. durant leur(s) grossesse(s), enfants exposés *in utero* et leurs propres enfants. Cette étude est financée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

➤ Ces travaux reposent sur un questionnaire d'auto-déclaration anonyme disponible en ligne, à l'adresse suivante : <https://des-etude3generations.org/>

➤ ARCHIVAGE DES EXAMENS D'IMAGERIE

Le Bulletin de mars-avril 2013 évoquait, en page 16, les conditions de facturation de l'archivage des examens d'imagerie médicale. Précisons que la CCAM a prévu que cette prestation pouvait être cotée, à certaines conditions, pour les examens de scanner et d'IRM.



Entretiens de Bichat 2013

La prochaine édition des Entretiens de Bichat se déroulera au Palais des Congrès de Paris du jeudi 26 au samedi 28 septembre 2013. Le conseil national de l'Ordre des médecins vous y accueillera sur son stand. Il animera également plusieurs conférences :

• **LE 27 SEPTEMBRE**, de 11 h 30 à 12 h 30, conférence sur le thème de la rédaction des certificats médicaux chez les enfants, avec le D^r Philippe Garat, trésorier du conseil régional d'Île-de-France, vice-président du conseil départemental de Seine-et-Marne, et le D^r Pierre Yves Devys, secrétaire général du conseil régional de l'Ordre des médecins d'Île-de-France, vice-président du conseil départemental des Yvelines.

• **LE 28 SEPTEMBRE**, de 11 h 50 à 12 h 10, conférence sur le développement professionnel continu avec les conseillers régionaux d'Île de France.

• **LE 28 SEPTEMBRE**, de 12 h 10 à 12 h 30, conférence sur « l'accueil du patient au cabinet : ce que dit la réglementation », avec les D^s Garat et Devys.

Mieux prendre en charge les plaintes du sommeil chez le sujet âgé

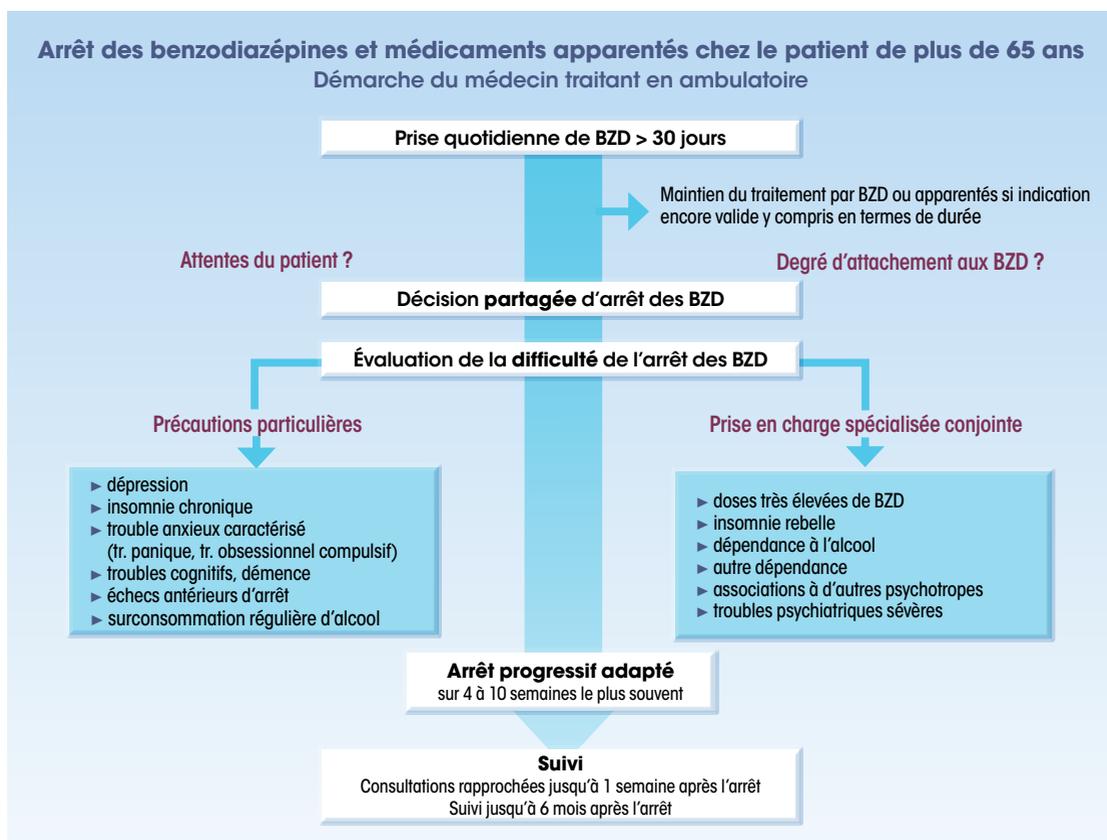
Situation repère n° 3 : prise chronique de somnifères

Devant une consommation ancienne de somnifères, le médecin traitant peut proposer au patient une stratégie d'arrêt. Les modalités doivent être adaptées aux besoins et aux attentes du patient, et son degré d'attachement à ses médicaments évalué. L'objectif est d'arrêter la consommation de somnifères (mais une diminution de posologie est un résultat favorable) et de retrouver un sommeil naturel, plus récupérateur, même s'il est plus court ou plus fractionné. Il ne s'agit évidemment pas d'imposer l'arrêt. Si le patient ne semble pas prêt, il est préférable de réitérer la proposition lors d'une consultation ultérieure. Un arrêt de traitement peut en effet signifier pour certaines personnes âgées la remise en cause d'un équilibre, voire d'un mode de vie, et être source d'anxiété. Il est important d'évaluer le contexte : personnalité, solitude, peur de la mort... L'arrêt doit être progressif sur quelques semaines à plusieurs mois et s'accompagner d'une

consultation de suivi une semaine après la première diminution de dose, puis à chaque diminution, et de façon plus espacée quand la réduction de la posologie se fait sans difficulté. Des facteurs de risque de sevrage sont à rechercher pour mieux les prévenir, tels qu'une forte dépendance ou une surconsommation d'alcool. Très souvent, l'arrêt est possible, sans effets secondaires, en ambulatoire ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, comme en témoigne les retours d'expérience 2012 disponibles sur le site de la HAS.

+ D'INFOS : www.has-sante.fr

Plusieurs outils sont à disposition des médecins pour accompagner l'arrêt de somnifères : recommandations pour l'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient de plus de 65 ans, échelle ECAB (Échelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines), mémo « Entretien motivationnel »...



Source : Synthèse des recommandations professionnelles HAS « Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient de plus de 65 ans », Oct. 2007



Messageries sécurisées en santé : c'est enfin parti !

Pouvoir échanger entre tous les professionnels de santé des mails sécurisés contenant des données personnelles des patients, c'est l'objectif qui mobilise depuis plusieurs années beaucoup de professionnels de santé. Sous l'impulsion du conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom), l'ASIP Santé est chargée, par la Délégation stratégique des systèmes d'information en santé du ministère, de passer au stade de la réalisation. Ce plan d'action se fera avec le soutien de tous les Ordres des professions de santé.

dans tous les secteurs de soins et les coopérations interprofessionnelles dans la prise en charge des patients par l'échange crypté d'informations nécessaires et pertinentes.

Trois conditions devaient être réunies : c'est chose faite

- **Le système est universel** en prenant en compte ce qui existe déjà. Il repose sur un annuaire national fiable contenant les identités de tous les médecins enregistrés dans le répertoire partagé des professionnels de santé¹ (RPPS), ainsi que celles des autres professionnels de santé. La mise en place progressive du RPPS depuis 2010, sous la responsabilité conjointe de l'ASIP Santé et des Ordres pro-

Aujourd'hui, les professionnels de santé s'échangent des courriers postaux qui contiennent des éléments concrets du dossier du patient. Dès l'automne 2013, ils pourront s'échanger ce type de document par courrier électronique sécurisé. La démarche a pour but de faciliter les exercices professionnels

ENREGISTREZ-VOUS
www.mssante.fr

CONSULTEZ

La rubrique e-santé du conseil national de l'Ordre des médecins
www.conseil-national.medecin.fr



fessionnels, permet désormais d'envisager une telle solution.

• **Le système est sécurisé.** Il protège rigoureusement, et conformément à la loi, à la fois les données personnelles de santé des patients et la responsabilité des professionnels. L'ASIP Santé mettra à disposition, sous l'autorité de l'État, les certificats électroniques requis pour garantir l'espace de confiance commun à tous les opérateurs publics ou privés de messagerie qui adhéreront au système. La carte de professionnel de santé (CPS) sera complétée par des dispositifs d'authentification équivalents, adaptés aux différents modes d'exercice professionnels – en particulier à la mobilité – sous couvert de l'autorisation de la Cnil.

• **La solution est simple** par l'utilisation des standards du marché permettant l'accès via un simple

navigateur Internet, puis avec l'intégration de la messagerie dans les logiciels des professionnels. Grâce à un espace de confiance et des dispositifs de sécurité cohérents, tout médecin et tout professionnel de santé pourra envoyer un message chiffré à n'importe quel autre professionnel présent dans l'annuaire quel que soit son opérateur de messagerie. Il pourra également alimenter le dossier médical personnel (DMP) d'un patient ou engager une prescription électronique. Cela atteste de la complémentarité et de la compatibilité des deux outils de coordination que sont la Messagerie et le DMP en version « utilitaire », comme le Cnom le souligne depuis 2008.

1. Répertoire partagé des professionnels de santé résultant notamment de l'inscription des professionnels de santé à leur tableau respectif géré par leur ordre professionnel.

UN DÉPLOIEMENT EN 3 ÉTAPES



1

• La concertation avec les éditeurs a débuté afin de finaliser les spécifications techniques retenues par l'ASIP Santé.



2

• Les sites pilotes du système de messageries sécurisées en santé commenceront avant l'été afin de disposer de l'ensemble des services et des logiciels compatibles avant fin 2013.



3

• Le déploiement national est prévu à partir de 2014.

POINT DE VUE de l'Ordre



“ Faire vivre des échanges sécurisés à partir des dossiers informatisés du patient ”

Dr Lucas, vice-président du conseil national de l'Ordre des médecins, délégué général aux systèmes d'information en santé

Les messageries sécurisées en santé suscitent une forte demande, déjà ancienne, de la profession que le Cnom n'a cessé de défendre et relayer. C'est un moyen de communication qui permet, sous réserve du respect de la protection de données à caractère secret et de la non-opposition du patient, de faire vivre des échanges à partir des dossiers informatisés du patient, en l'attente du déploiement significatif d'un dossier médical partagé. Il convenait de trouver une solution qui, d'une part, respecte les messageries

cryptées existantes, et qui, d'autre part, permette un large développement sans monopole. Il semble que nous y soyons parvenus. L'ASIP Santé, en tant qu'agence opératrice de l'État, a exposé un projet mature lors d'une rencontre interrégionale récente, réunissant des représentants des ARS, des URPS, des hospitaliers, des libéraux, des opérateurs, des éditeurs, l'Ordre des pharmaciens et le Cnom. C'est au terme d'une concertation efficace et pragmatique avec les Ordres, les organisations professionnelles, les

fédérations hospitalières, les régions et les éditeurs que ces messageries seront conformes aux principes déontologiques et à la réglementation relative aux sécurités informatiques. Le Cnom est satisfait de constater que son action sur ce sujet a prospéré, qu'elle est partagée avec les autres Ordres et qu'elle répond aux demandes des médecins. Le nommage identifiant @medecin.mss.fr sera proposé, mais d'autres noms de domaine déjà existants pourront évidemment être conservés et intégrés dans la solution proposée.



» Pays de Mayenne

Pôle de santé : c'est déjà demain !

De plus en plus de médecins plébiscitent l'exercice médical collectif, en particulier les jeunes et ceux qui sont installés en milieu rural. En Mayenne (53), une soixantaine de professionnels de santé se sont ainsi réunis au sein du pôle de santé libéral du pays de Mayenne, avant de partager une maison de santé pluridisciplinaire en 2015.

Il est près de 22h30, à Mayenne, lorsque le Dr Luc Duquesnel achève une réunion consacrée au futur système d'information partagé du pôle de santé libéral du Pays de Mayenne. Une fin de journée tardive mais habituelle pour le médecin généraliste, fondateur et coleader du pôle. Créé en 2007, ce pôle regroupe une soixantaine de généralistes, infirmières, radiologues, kinésithérapeutes, orthophonistes, podologues ou pharmaciens, installés à Mayenne et ses environs. « *Nous échangeons régulièrement au sein de staffs pluridisciplinaires pour une meilleure coordination des soins. D'une réponse à des demandes de soin, nous sommes passés à la prise en charge globale de la santé de la population* », résume Luc Duquesnel.

Maison pluridisciplinaire

Ensemble, ils réfléchissent par exemple à la problématique des remplaçants, dans le cas de congés du médecin traitant. Autres sujets d'échanges : les parcours de soins des personnes âgées, la mise en place de la télémédecine pour le suivi à domicile des patients insuffisants cardiaques, la prévention ou encore l'éducation thérapeutique. De leurs réflexions naissent également des protocoles de soins menés avec le centre hospitalier de Mayenne pour mieux accompagner la sortie des patients atteints de pathologies complexes. Point d'orgue de ce regroupement, la



Réunion à l'Union régionale des professions de santé (URPS) médecins libéraux d'Île-de-France, à Paris. Au programme des discussions : la gouvernance des maisons de santé.

construction prochaine, sur le site de l'ancienne gendarmerie de Mayenne, d'une maison de santé pluridisciplinaire. Fin 2015, l'édifice n'accueillera pas moins de 44 professionnels du pôle, un centre de radiologie, des locaux dédiés aux soins non programmés en journée, et à la maison médicale de garde les soirs et week-ends. Six cabinets satellites, liés à la maison de santé, continueront d'assurer le maillage du Pays de Mayenne. « *Mais ce n'est que la partie visible de l'iceberg* », insiste Luc Duquesnel, qui ne veut pas que les activités du Pôle se résument à un projet immobilier.

Nouveaux modes de rémunération

En Mayenne, on est persuadé que cet exercice collectif est l'avenir de la médecine libérale. « *Les jeunes médecins ne souhaitent pas exercer seuls, en particulier dans nos communes rurales. Ils préfèrent une pratique moins isolée, davantage mutualisée. Ils veulent prendre des congés plus facilement, que les patients soient suivis pendant leur absence* », estime Florian Decerf, podologue de 32 ans. Les pôles de santé sont-ils la réponse à la pénurie de médecins, notamment dans les campagnes? « *Certai-*



Le Dr Luc Duquesnel est secrétaire général de l'URPS Pays-de-la-Loire. Il multiplie les réunions aux quatre coins de la France pour partager les expériences relatives aux pôles de santé. Mais finit toujours par regagner sa Mayenne natale.



nement, oui », estime Luc Duquesnel. Toutefois, il estime que l'essor de ces structures collectives est conditionné aux nouveaux modes de rémunération professionnels de santé libéraux, « pour ne pas pénaliser ceux qui passent du temps à travailler en dehors des activités traditionnelles rémunérées à l'acte ». Le pôle de santé de Mayenne dispose ainsi d'une enveloppe annuelle de 155 000 € financée par l'Agence régionale de santé Pays-de-la-Loire. Mais dans la Région, sur plus de 60 projets similaires, neuf seulement bénéficient de nouveaux modes de rémunération.



Les pôles et les maisons de santé sont également des lieux de formation initiale pour les futurs professionnels. De bon augure lorsque l'on sait que le département de la Mayenne compte le plus fort taux d'accueil des étudiants en médecine.

La coordination entre professionnels de santé permet de croiser les regards sur des prises en charge complexes.



Témoignages

Dr Philippe Delhay, généraliste à Ambrières-les-Vallées.



« Un pôle d'attraction »

« Cinq médecins sont partis ces dernières années, et trois autres les suivront dans les deux ans à venir. Le pôle de santé devra jouer son rôle d'attraction envers les jeunes diplômés et donner à ceux qui sont là l'envie de rester. »

Dr François Dima, généraliste à Château-Gontier, président du conseil départemental de l'Ordre des médecins de la Mayenne.

« Un nouveau mode d'exercice »

« Pendant un an, les membres du pôle ont élaboré un projet de santé territorial. Cette coopération entre professionnels de santé est inéluctable dans un département comme le nôtre, en proie à des difficultés de démographie médicale. Il s'agit assurément d'un nouveau mode d'exercice libéral. À l'Ordre des médecins de Mayenne, nous avons la chance de nous appuyer sur un référent détaché du conseil général en charge de toutes ces questions de désertification médicale, faisant office de guichet unique pour l'installation des médecins. »

➤ « Scandales » sanitaires
à répétition :

comment mieux informer ?

L'information sur la santé, et avec elle ses « scoops », a envahi les médias. Mais des données non vérifiées ou présentées de façon outrancière peuvent avoir de fâcheuses conséquences sur la confiance des patients dans les acteurs de santé et sur les comportements.

Depuis quelques années, des affaires sanitaires font régulièrement la Une de l'actualité. Les allégations sur les effets secondaires de la vaccination, le scandale du Mediator, celui des prothèses mammaires, ou encore le débat autour des pilules de troisième et quatrième générations ont pu entamer la confiance des Français dans le système de santé, selon la manière dont ils ont été relayés par les médias. Ces derniers offrent aussi de plus

en plus souvent un large écho aux livres chocs de médecins particulièrement médiatiques : le *Guide des 4000 médicaments utiles, inutiles ou dangereux* ou *La Vérité sur le cholestérol*, des P^{rs} Even et Debré, *La Fabrique de malades* et *Médicaments génériques : la grande arnaque*, du D^r Sauveur Boukris... Certains de ces ouvrages sont même de grands succès de librairie.

Cette communication sur la santé, dont Internet accroît considérablement l'impact, n'est pas sans conséquence. Elle sème le trouble dans les esprits des patients et de leur entourage, favorise la non-observance des traitements, fragilise la parole des médecins de terrain. Mais a contrario, elle peut aussi mettre en lumière certains mésusages, et invite les professionnels à s'interroger sur leurs pratiques.

Comment réagir face à ce tourbillon médico-médiatique et améliorer la qualité de l'information santé délivrée au grand public ? Comment rassurer les praticiens sur la validité des recommandations scientifiques ? Le président du collège de la Haute Autorité de santé (HAS), le médecin présentateur des émissions médicales de France 5 et le vice-président du conseil national de l'Ordre échangeront constats et propositions.

Bon à savoir

L'INFORMATION LOYALE, UN DEVOIR DÉONTOLOGIQUE

Le Code de déontologie médicale précise, en son article 35, que « le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins proposés ». Ainsi, il est fondamental que les informations délivrées par des médecins dans la presse respectent ce souci de clarté et de vérité. Le patient potentiel ne doit pas être l'objet d'une surenchère médiatique de l'information médicale, préjudiciable à la sérénité indispensable à un consentement éclairé aux soins proposés. Le médecin comme le journaliste auront à cœur de respecter ce devoir déontologique d'une information libre, « indépendante, loyale et claire ».

D^r Xavier Deau, vice-président du Cnom



DR

D^r Michel Cymes

Il est coproducteur et coprésentateur des émissions médicales quotidiennes de France 5 : *Le Magazine de la santé* et *Allô docteurs*. Médecin ORL, il donne des consultations à l'Hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP) à Paris.



DR

Pr Jean-Luc Harousseau

Il est président du Collège de la Haute Autorité de santé (HAS). Professeur d'hématologie clinique, il a dirigé le service d'hématologie du CHU de Nantes de 1984 à 2008. Il a été directeur général du Centre de lutte contre le cancer de Nantes et président de l'Institut régional du cancer Nantes-Atlantique (IRCNA).



DR

D^r Xavier Deau

Il exerce la médecine générale à Épinal. Il préside le conseil départemental de l'Ordre des médecins des Vosges, et occupe les fonctions de vice-président du conseil national, en charge des relations internationales.

Quels problèmes pose la communication « spectaculaire » sur la santé, telle qu'elle est régulièrement pratiquée ?

D^r Xavier Deau : Mes patients sont très perturbés par certaines informations véhiculées par les médias. Des jeunes femmes ont stoppé leur pilule et ont dû subir une IVG. Des patients à haut risque cardiovasculaire ont arrêté les statines après avoir lu le livre du Pr Even, et sont méfiants à l'égard du reste de leur traitement. Ce livre balaie des référentiels sur les hyperlipidémies reconnues par les sociétés savantes et enseignés dans les universités ! La vaccination est un autre exemple. En 1990, le médiatique D^r Scohy proclamait que le vaccin contre la rougeole était très dangereux. Du coup, une maman d'Épinal a jeté le vaccin qui attendait dans son frigo, son enfant a fait une encéphalite aiguë suite à une rougeole et est mort trois ans plus tard. Certains médecins instrumentalisent les journalistes pour faire parler

d'eux, et les médias sont avides d'une information percutante. À qui la faute ?

Pr Jean-Luc Harousseau : L'information polémique amène chacun à réfléchir, et peut être l'occasion de dénoncer des mésusages. La sortie du livre du Pr Even a été l'occasion pour la HAS de rétablir la vérité scientifique : les statines ont une place dans la prise en charge de certains patients car elles sont associées à une baisse de la mortalité totale d'environ 10 % ; on constate par ailleurs un recours abusif à ces molécules en prévention primaire, chez des personnes qui ne sont pas à haut risque. Le problème réside dans la répétition d'une information exagérée, dénuée de preuves scientifiques, qui provoque une défiance des patients vis-à-vis de leur traitement et de leur médecin. La perte de confiance progressive des Français dans leur système de santé est un risque insidieux.

D^r Michel Cymes : On ne peut pas généraliser la communication santé grand public, très diverse. Au

Magazine de la santé, nous souhaitons mieux informer le public sur la prévention, les dépistages, il a le droit de comprendre. Mais il existe aussi une « médecine spectacle » : certains médias cherchent le scandale, simplifient l'info à l'excès par incompetence ou parti pris. C'est encore plus grave quand cette dérive provient de médecins eux-mêmes, qui inquiètent tout le monde et se montrent très à l'aise à la télévision. Quand cette désinformation est dangereuse pour la santé publique, n'est-ce pas le rôle du conseil national de l'Ordre de sanctionner ?

Comment les médias peuvent-ils mieux informer, voire expliquer la notion de bénéfice/risque d'un traitement ?

D^r Cymes : Dans notre société du « risque zéro », les journalistes ne comprennent pas cette notion. Le vaccin contre l'hépatite B sauve des centaines de vies mais provoque un cas de sclérose en plaques par million d'injections ? La culture du scoop les conduit à pointer ce cas. Pour ►►

« **Scandales** » sanitaires à répétition : comment mieux informer ?

Avec la participation de...



Dr Michel Cymes, coproducteur et coprésentateur des émissions médicales quotidiennes de France 5.

Pr Jean-Luc Harousseau, président du Collège de la Haute Autorité de santé (HAS), et professeur d'hématologie clinique.

Dr Xavier Deau, médecin généraliste à Épinal, et vice-président du conseil national de l'Ordre des médecins en charge des relations internationales.

➤➤➤ rétablir une information incontestable lors de chaque « affaire », il faudrait créer un collège d'une dizaine de sages n'ayant aucun conflit d'intérêt, représentant les autorités sanitaires, l'Ordre, l'Académie de médecine, des professionnels de terrain, etc.

Ce collège serait mobilisable immédiatement et devrait être très réactif. En amont, il faudrait réformer la surveillance du médicament et faire le ménage parmi les produits inutiles...

Pr Harousseau : Les médias doivent relayer une information diversifiée, présenter les différents avis. Ce n'est pas leur rôle d'expliquer le bénéfice-risque d'un médicament ou son bon usage, mais celui des autorités en lien avec les professionnels de santé. C'est pourquoi nous avons fait appel au conseil national de l'Ordre des médecins pour communiquer ensemble, par exemple, sur le bon usage des benzodiazépines chez la personne âgée.

Dr Deau : La santé n'a rien à voir avec l'info « people ». Le journaliste doit présenter une information de qualité, objective, mise à l'épreuve du doute en confrontant les avis de spécialistes. C'est possible,

EN CHIFFRES

87 %

des Français restent confiants dans les produits pharmaceutiques (contre 82 % il y a trois ans), selon une enquête Ipsos pour l'Observatoire sociétal du médicament 2013.

puisque certains médias le font très bien : le journal *La Croix* évoque habituellement les pathologies et les acteurs de soins avec une grande objectivité, l'émission *Envoyé spécial* a fait de bons numéros sur les traitements anti-âge et les médecines complémentaires, par exemple. Le magazine *Men's Health* m'a interrogé sur l'ostéopathie et l'article était de qualité.

Comment le médecin peut-il se positionner dans ce contexte, au quotidien face à ses patients ?

Dr Deau : Il doit prendre le temps d'écouter les interrogations, et de rétablir certaines vérités. Concernant le cholestérol, l'espérance de vie augmente depuis l'apparition des statines : la courbe peut être

montrée. La polémique peut aussi avoir un effet positif, si le médecin se réapproprie un certain doute. Des mesures hygiéno-diététiques ne seraient-elles pas prioritaires pour ce patient qui a un tout petit peu de cholestérol ? A-t-il bien réévalué le risque de cette patiente avant de lui prescrire une autre pilule ? Le praticien peut aussi être amené à réfléchir à sa relation avec les laboratoires.

Pr Harousseau : Les médecins sont mieux armés que leurs patients pour faire la part des choses dans le flot d'informations, ils sont formés pour cela. Malgré tout, ils ont parfois le sentiment d'être collectivement attaqués et ont besoin d'être rassurés. Nous devons nous y employer en leur délivrant rapidement une information scientifique étayée. Les outils sur la contraception que la HAS a mis à leur disposition fin mars en sont un exemple (liste des méthodes les plus fiables et fiche mémo pour l'entretien clinique et le suivi).

Dr Cymes : Les autorités de santé, ou le collège de sages s'il existe, doivent donner immédiatement les argumentaires aux médecins pour rassurer leurs patients. Le problème est la réactivité : en dix minutes une info erronée circule sur Internet, en 48 heures le doute peut être créé dans la population. Si les autorités réagissent un mois plus tard, les médias ne sont plus intéressés...

Protection des données : vers une Cnil européenne

L'Union européenne souhaite renforcer la protection des données de ses citoyens. Elle entend renforcer la directive 95/46/EC sur la protection des données par un règlement européen que l'ensemble des États membres devra appliquer immédiatement, sans délai de transposition. Ce projet concerne, en particulier, les données de santé.

Suite à la publication d'un projet de règlement par la Commission européenne, le Parlement européen a présenté début 2013 deux rapports préliminaires sur la future réforme de la directive européenne sur la protection des données personnelles. Il envisage notamment la création d'une autorité administrative indépendante, une sorte de Cnil (Commission nationale informatique et libertés) européenne. Elle permettra d'assurer l'application, sur l'ensemble du territoire de l'Union, des règles en matière de protection des données et pourrait prendre la forme d'une agence indépendante. Cette « Cnil européenne » se substituerait à l'actuel groupe de travail réunissant les Cnil des États membres, dit « G29 », institué par

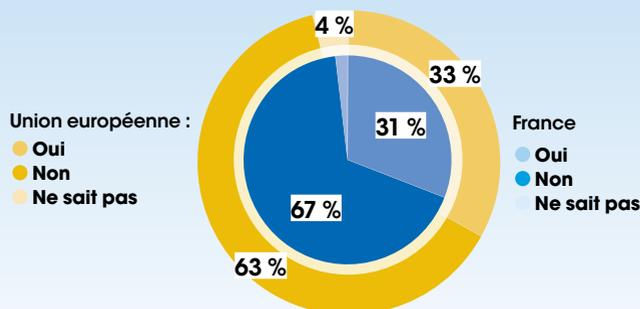
L'ORDRE SE FÉLICITE DE CES AVANCÉES

La délégation aux affaires européennes, coordonnée par le D^r Xavier Deau, et son bureau de Bruxelles seront particulièrement attentifs à ce que cette réforme aboutisse, garantissant la protection des données personnelles de santé. Pour le D^r Jacques Lucas, chargé des systèmes d'information en santé, ces évolutions confortent notre demande de tenir, en France, une « Conférence nationale de consensus pour définir les conditions juridiques et les règles déontologiques indispensables à la collecte, au partage, à l'échange et à l'hébergement des données de santé informatisées ».

la directive 95/46/EC. Par ailleurs, l'Europe envisage que chaque État membre dispose d'autorités indépendantes similaires pour veiller à l'application de ses lois et dispose des moyens nécessaires pour le faire. De son côté, Viviane Reding, commissaire européenne à la Justice, a dit publiquement souhaiter la création d'un régula-

teur européen de la protection des données, en évolution majeure de la législation européenne actuelle qui fait que les juridictions nationales renvoient leurs dossiers vers celles du lieu de domiciliation des sociétés contrevenantes. Et tous les États membres n'ont pas la même rigueur. Ainsi actuellement, bon nombre de sociétés déclarent leur siège social en Irlande où la législation nationale est moins rigoureuse. Enfin, pour assurer la suppression des données des utilisateurs, l'Union européenne souhaite renforcer la force et la portée juridique des notions de « consentement explicite » et de « droit à l'oubli ». Ce dernier pourrait d'ailleurs être remplacé par un « droit à l'effacement et à l'oubli ».

Avez-vous entendu parler d'une autorité publique responsable, dans votre pays, de la protection de vos droits en ce qui concerne vos données personnelles ?



Source : Eurobaromètre – Attitudes à l'égard de la protection des données et de l'identité numérique dans l'Union européenne

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

• Le Cnom appelle à l'organisation d'un débat public sur la protection des données personnelles de santé.



N° 29 MAI - JUIN 2013

CAHIER JURISPRATIQUE

14 Expertise et déontologie, questions fréquentes sur l'évaluation du dommage corporel

16 Les sociétés de participation financières de professions libérales

17 Épilation au laser et exercice illégal de la médecine

Nouveau formulaire d'inscription pour les sociétés d'exercice

18 Reconstitution par les médecins hospitaliers en dehors de leur champ de compétence de traitements instaurés en ville

19 Appel à candidatures pour une élection complémentaire au conseil national de l'Ordre des médecins

20 Vidéoprotection : une pratique très encadrée



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

Expertise et déontologie, questions fréquentes sur l'évaluation du dommage corporel

L'expertise médicale, dans le domaine de l'évaluation du dommage corporel est un domaine sensible, qui génère beaucoup de questions et même d'incompréhension, tant de la part des patients que des médecins traitants ou des médecins-conseils. Nous avons sélectionné ici quelques-unes des questions qui reviennent le plus souvent.

1 - QUESTIONS PORTANT SUR LES MÉDECINS QUI PRATIQUENT OU PARTICIPENT À L'EXPERTISE

En quoi le médecin expert est-il différent d'un autre médecin ?

Il existe trois sortes de médecins « experts » pratiquant l'évaluation du dommage corporel (voir le rapport publié par le conseil national de l'Ordre des médecins en octobre 2011) :

- l'expert judiciaire ;
- le médecin-conseil d'assurances ;
- le médecin-conseil de la victime.

Les premiers sont missionnés par un magistrat, les deuxièmes par un organisme d'assurances, les troisièmes par la victime d'un dommage corporel elle-même ou son conseil juridique (avocat, organisme de recours, protection juridique), l'objectif étant d'évaluer l'état de santé d'une personne ayant subi une atteinte à son intégrité physique.

Tous sont des médecins qui ont suivi une formation spécifique en évaluation du dommage corporel.

Sur l'annuaire des médecins en exercice figurant sur le site Internet du conseil national de l'Ordre des médecins, il est possible de rechercher les médecins titulaires d'une attestation de réparation juridique du dommage corporel ou d'un DU ou DIU de réparation du dommage corporel.

Que faire en cas de conflit d'intérêts ?

Conformément à l'article 105 du code de déontologie médicale (figurant sous l'article R. 4127-105 du code de la santé publique) : « *Nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant d'un même malade. Un médecin ne doit pas accepter une mission d'expertise dans laquelle sont en jeu ses propres intérêts, ceux d'un de ses patients, d'un de ses proches, d'un de ses amis ou d'un groupement qui fait habituellement appel à ses services.* »

Cette question peut recouvrir des situations très diverses. Il peut s'agir d'un médecin qui apporte habituellement son concours à des compagnies d'assurances. S'il était missionné comme expert judiciaire, il devrait se récuser lorsque l'une d'entre elles est partie dans la cause.

Il peut s'agir d'un médecin qui a traité la victime. Là encore, il doit refuser la mission d'expertise.

Il peut s'agir d'un expert judiciaire qui travaille aussi, par ailleurs, régulièrement, comme médecin-conseil de victimes avec un cabinet d'avocat. Dans une affaire où il serait missionné comme expert judiciaire, et où le blessé serait représenté par ce cabinet d'avocats, il existerait manifestement un conflit d'intérêts.

On le voit, chaque cas est différent, et l'expert doit agir en son âme et conscience.

Si les activités de chacun étaient bien individualisées, le risque de conflit d'intérêts serait manifestement moindre.

En cas de doute, l'expert devrait se récuser.

Que peut faire l'assuré en cas de différend avec le médecin expert ?

Les médecins experts sont soumis aux dispositions du code de déontologie médicale.

Si l'assuré estime que le médecin expert n'a pas respecté les dispositions du code de déontologie médicale, il peut en saisir le conseil départemental de l'Ordre des médecins au tableau duquel le médecin est inscrit.

2 - QUESTIONS PORTANT SUR LE DÉROULEMENT DE L'EXPERTISE, JUDICIAIRE OU AMIABLE

La personne expertisée peut-elle se faire assister par un médecin ?

Oui, elle peut se faire assister par le médecin de son choix. Il est recommandé qu'il s'agisse d'un médecin connaissant bien la réparation juridique du dommage corporel, et qui n'ait pas de lien d'intérêts avec une compagnie d'assurances.

Peut-elle être assistée par son avocat ?

L'expertise comporte plusieurs temps : interrogatoire sur les faits, antécédents, doléances, examen clinique, discussion médicale et médico-légale.

La présence de l'avocat est acceptée pendant l'interrogatoire, l'exposé des antécédents et des doléances, la discussion.

Elle reste en question au moment de l'examen clinique, qui touche à l'intimité de la personne.

Certaines personnes souhaitent la présence de leur avocat, d'autres non, surtout si un médecin-conseil est déjà aux côtés de la personne à expertiser.

Cette question touche non seulement au respect du secret professionnel, mais également au respect de l'intimité de la personne.

• **Le secret** : si la jurisprudence civile ou administrative a pu déclarer que « *c'est du malade seul que dépend le sort des secrets qu'il a confiés au médecin* », la jurisprudence de la chambre criminelle de la Cour d'assises a, de façon constante, posé que l'obligation du médecin au secret est générale et absolue et que hormis la loi, nul ne peut les en délier.

C'est ce que traduit le 2^e alinéa de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique : « *Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.* »

• **L'intimité** : si le patient peut disposer comme il l'entend des informations le concernant, le médecin a, lui, l'obligation de taire et protéger les mêmes informations et de veiller au droit de la personne examinée au respect de son intimité.

Rien ne peut contraindre un médecin expert à accepter la présence de l'avocat pendant l'examen clinique de la personne expertisée.

Cependant, lorsque le patient n'est pas accompagné par un médecin-conseil, cette présence peut s'admettre si c'est lui qui la demande.

3 - QUESTIONS SUR LE CONTENU DE L'EXPERTISE ET DU RAPPORT

Est-ce que le médecin-conseil de la compagnie d'assurances peut demander des informations médicales concernant la victime à son médecin traitant ?

Le médecin traitant peut-il répondre ?

Le médecin traitant, lié par le secret médical, ne peut communiquer lui-même les informations au médecin-conseil de la compagnie d'assurances.

Il peut seulement remettre à la victime copie des éléments de son dossier médical permettant de répondre aux questions posées.

La victime peut alors, si elle le souhaite, adresser ces documents, sous pli cacheté confidentiel, au médecin-conseil de la compagnie d'assurances.

Que doit indiquer le médecin expert dans son rapport d'expertise ?

Selon l'article 108 du code de déontologie médicale (figurant sous l'article R. 4127-108 du code de la santé publique) : « *Dans la rédaction de son rapport, le médecin expert ne doit révéler que les éléments de nature à apporter la réponse aux questions posées. Hors de ces limites, il doit taire tout ce qu'il a pu connaître à l'occasion de cette expertise. Il doit attester qu'il a accompli personnellement sa mission.* »

Par exemple, aucun antécédent sans rapport avec le dommage initial et les séquelles ne devrait être indiqué. La mention « *il n'est pas rapporté d'antécédent pouvant interférer avec les faits* » suffit, et signifie que même si l'expert a eu connaissance d'un certain nombre d'antécédents, il a estimé que cela n'avait aucune incidence sur la discussion et les conclusions. Il ne doit donc pas en faire état.

Est-ce que la personne expertisée peut avoir accès au rapport d'expertise ?

Conformément à l'article L. 1111-7, 1^{er} alinéa du code de la santé publique, le rapport d'expertise médicale effectué à la demande d'une compagnie d'assurances, fait partie des documents communicables à la personne expertisée.

En cas de refus, l'assuré devra à nouveau en faire la demande par lettre recommandée avec accusé de réception, et si ce rapport ne lui est pas communiqué sous un mois, de saisir en référé le tribunal de grande instance aux fins de communication, éventuellement sous astreinte, du rapport d'expertise. Il en est de même dans le cas d'une expertise judiciaire civile, le rapport doit être communiqué à la personne intéressée.

L'assuré peut-il contester une expertise amiable réalisée par un médecin-conseil d'assurances ?

Le contrat d'assurance prévoit généralement, en cas de contestation, la nomination d'un autre expert choisi d'un commun accord entre l'assuré et la compagnie d'assurances.

Il appartient à l'assuré de demander la mise en œuvre de cette procédure et de se faire aider par un médecin-conseil de victimes dans la présentation de son dossier.

En cas de différend avec la compagnie d'assurances, l'assuré peut prendre contact avec l'Autorité de contrôle prudentiel dont relèvent les organismes d'assurances.

D^r Jacqueline Rossant-Lumbroso

Les sociétés de participations financières de professions libérales

Les sociétés de participations financières de professions libérales (SPFPL) ont été créées par la loi MURCEF du 11 décembre 2001. Constituée entre personnes physiques ou morales exerçant une ou plusieurs professions libérales, la SPFPL a pour objet la détention de parts ou d'actions de SEL exerçant une même profession.

Ces sociétés peuvent avoir des activités accessoires de prestations de service à leurs membres. Elles doivent être inscrites à l'Ordre professionnel et les dirigeants sont nécessairement des praticiens en exercice dans la ou les sociétés détenues. À la surprise générale, un récent arrêt du Conseil d'État du 28 mars 2012, a jugé qu'un décret d'application n'était pas nécessaire à la création de SPFPL.

Une SPFPL peut donc être inscrite au tableau et détenir des parts de SEL, mais la situation est instable dès lors que le ministère de la Santé a indiqué au conseil national de l'Ordre des médecins qu'elle publierait un décret, notamment pour ga-

rantir que la composition du capital respecte bien l'indépendance professionnelle des associés de la SEL détenue.

En effet la loi permet à une SPFPL de détenir la majorité du capital d'une SEL, qui devient alors sa filiale, voire la majorité des droits de vote si les détenteurs de parts de la SPFPL sont majoritairement les associés en exercice de la société détenue. Le conseil national considère que les SPFPL ne peuvent être constituées que par des médecins en exercice dans la filiale, des anciens médecins qui avaient une activité dans la filiale, ou leurs ayants droit.

Cette position vise à garantir l'indépendance des médecins au sein de la société filiale. Cette indépendance est consacrée par la loi mais aussi par des décisions de la Cour de justice de l'Union européenne, qui a eu à se prononcer sur l'acquisition par des tiers de parts dans des sociétés d'exercice de professions de santé.

Dans la pratique, les médecins se sont montrés à ce jour peu intéressés par ce montage et en règle générale les SPFPL créées sont détenues par un seul associé qui est également l'associé unique de la SEL détenue.

Interview

M^e Nadine Belzidsky, avocat au barreau de Paris, membre du conseil de l'Ordre, spécialiste en droit fiscal.

La SPFPL peut-elle être un bon outil de prestation de services à ses filiales ?

Il y a une difficulté apparente puisque des services rendus par la SPFPL à ses filiales seraient assujettis à la TVA, au taux actuel de 19,6 %. Néanmoins, ce handicap apparent peut se révéler une opportunité si les sociétés d'exercice ont besoin d'équipements lourds. Dans ce cas, si l'achat est fait par la SPFPL, elle récupèrera la TVA. Il y a un avantage de trésorerie évident.

La SPFPL peut-elle être un outil d'optimisation fiscale ?

Pour rappel, le taux de l'impôt sur les sociétés est de 33,33 %, avec un taux réduit de 15 % dans la limite du bénéfice réalisé à hauteur de 38120 €. Pour éviter la taxation du bénéfice au niveau de chaque SEL, puis à nouveau au niveau

de la SPFPL qui reçoit des dividendes, deux possibilités fiscales sont ouvertes : le régime des sociétés mères ; et l'intégration fiscale, qui est le plus intéressant. Ce régime permet de compenser au niveau du groupe les pertes et les bénéfices, et permet surtout de déduire intégralement les intérêts d'emprunt.

L'intérêt financier est immédiat :

- compenser les déficits ;
- neutraliser les abandons de créance et subventions entre les sociétés ;
- compenser les plus-values de cession d'éléments de l'actif immobilisé ;
- permettre de financer les acquisitions de sociétés par les bénéfices de ces mêmes sociétés : l'emprunt supporté par la holding donnera lieu à des intérêts déductibles des bénéfices réalisés par la SEL.

Mais le professionnel qui acquiert des parts de SEL peut-il aussi déduire les intérêts d'emprunt ?

Oui, mais les intérêts d'emprunt ne sont déductibles pour lui que dans la limite de trois fois sa rémunération annuelle et sous condition d'option pour le régime des frais réels.

Peut-on citer d'autres avantages ?

Oui, les dividendes versés par la SEL à la SPFPL ne seront pas assujettis aux charges sociales, ni ceux que la SPFPL distribuera à ses propres associés. Enfin, les plus-values réalisées par la SPFPL qui vend ses titres de participation peuvent bénéficier d'un régime fiscal particulièrement avantageux. Ce régime exonère d'impôt sur les sociétés la plus-value à hauteur de 88 %, c'est-à-dire que l'impôt n'est payé que sur 12 % de la plus-value.

La SPFPL peut-elle faciliter les transmissions et cessions de cabinet (holding de rachat) ?

Lorsqu'il prendra sa retraite, le professionnel

aura le choix entre :

- continuer à travailler un certain temps dans sa structure ;
- cesser d'exercer tout en conservant tout ou partie des parts de la société holding qu'il possède.

La SPFPL peut lui permettre de bénéficier d'un délai pour trouver un successeur, alors que l'on connaît la difficulté aujourd'hui pour trouver un successeur. Il aura, grâce à la création de la société holding, perçu le prix de ses parts, et il paiera peut-être un impôt de plus-value (34,5 %) sauf les cas d'exonération à envisager. La société holding remboursera son emprunt au moyen des bénéfices distribués par sa filiale, puis avec la revente des titres qu'elle détient.

Le professionnel ne percevra pas de distribution de bénéfice de la part de la holding et ne supportera donc pas l'impôt sur le revenu correspondant.

Section Exercice professionnel

Épilation au laser et exercice illégal de la médecine

Plusieurs conseils départementaux et régionaux de l'Ordre nous ont transmis le courrier d'un médecin qui nous fait part de ses inquiétudes concernant l'installation de deux sociétés, Radical'Epil et Depil'tech, qui proposent des épilations à lumière pulsée pratiquées par des esthéticiennes.

Rappelons que, conformément aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 6 janvier 1962 modifié, « ne peuvent être pratiqués que par les docteurs en médecine, conformément à l'article L. 4161-1 (ancien article L. 372, 1°) du code de la santé publique, les actes médicaux suivants : ...

5°) tout mode d'épilation, sauf les épilations à la pince ou à la cire... ».

En l'état actuel des textes, toute personne qui

réalise des épilations en utilisant un laser ou une lampe flash, sans être titulaire d'un titre de médecin et être inscrite au tableau de l'Ordre des médecins, est passible de poursuites pour exercice illégal de la médecine, conformément aux dispositions de l'article L. 4161-1 du code de la santé publique. Une décision du conseil d'État en date du 28 mars 2013 a confirmé que l'arrêté du 6 janvier 1962 était toujours en vigueur.

Le médecin concerné a été invité à saisir l'Agence régionale de santé ou le procureur de la République, seuls compétents pour mener les investigations nécessaires et mettre en évidence un éventuel exercice illégal de la médecine.

Section Éthique et déontologie

Nouveau formulaire d'inscription pour les sociétés d'exercice

Le conseil national de l'Ordre des médecins a adressé un nouveau formulaire d'inscription des sociétés d'exercice aux conseils départementaux. Il supprime la demande de renseignement du numéro SIRET des lieux d'exercice de la société car celui-ci n'était pas disponible au moment de la demande d'inscription. Il appartiendra cependant aux médecins de le communiquer au conseil départemental après immatriculation de leur société au

RCS. Les conseils départementaux devront donc en faire la demande à l'occasion de la notification d'inscription de la société au tableau de l'Ordre.

Le Cnom a également adressé un formulaire d'inscription des SPFPL qu'il convient désormais d'inscrire au tableau de l'Ordre. Il appartiendra aux médecins sollicitant l'inscription d'une SPFPL de le remplir.

Service des contrats

Reconduction par les médecins hospitaliers en dehors de leur champ de compétence de traitements instaurés en ville

L'Ordre est fréquemment interrogé par des confrères exerçant au sein d'établissements de santé publics ou privés auxquels il est demandé, en dehors de toute situation d'urgence, de valider ou retranscrire, en dehors du champ de leur spécialité, des prescriptions effectuées, en ambulatoire, par les médecins traitants des patients hospitalisés.

Cette situation peu satisfaisante résulte d'un arrêté qui prévoit que le directeur d'établissement dresse une liste des praticiens habilités à prescrire des médicaments et la communique au pharmacien de l'établissement.

Le conseil national a interrogé le ministère de la Santé sur la possibilité d'élargir cette liste au-delà des seuls praticiens exerçant dans l'établissement ou, à défaut, sur la possibilité de modifier la réglementation pour permettre au médecin de l'établissement de communiquer au pharmacien l'ordonnance du médecin prescripteur après concertation avec ce dernier.

Cette demande s'inscrit pleinement dans le décloisonnement entre les secteurs ambulatoire et hospitalier, et nous avons fait observer que les pharmaciens d'officine délivrent des médicaments prescrits par les médecins des établissements. Pourquoi pas l'inverse ?

Les services ministériels ont adressé une fin de non-recevoir à ces propositions au nom d'impératifs de qualité et de sécurité contenus dans la législation hospitalière. Nous avons pensé, naïvement sans doute, que ces mêmes impératifs devaient conduire à l'application de l'article 70 du code de déontologie médicale aux termes duquel le médecin « ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose ».

Il est d'ailleurs paradoxal de constater que la réglementation hospitalière accroît chaque année les exigences de qualifications et de diplômes pour

exercer telle ou telle activité en raison de ces impératifs de qualité et de sécurité mais qu'ici l'administration hospitalière estime, de manière générale, le médecin omniscient alors qu'un chirurgien urologue a pu, par exemple, se juger incompétent pour poursuivre un traitement antihypertenseur. Le Cnom a interpellé la HAS à ce propos. La HAS a mis en avant l'importance pour le médecin de l'établissement de connaître l'historique médicamenteux du patient à l'admission pour gérer ses traitements en cours et leurs prises. Pour elle, l'ordonnance du médecin de ville doit être analysée dans une double perspective. D'une part, le médecin de l'établissement vérifie le maintien de la pertinence des prescriptions antérieures, au regard de l'état de santé du patient. D'autre part, il reconsidère globalement le nouveau traitement à l'admission (anciennes et nouvelles prescriptions), en tenant compte des éventuelles contre-indications et interactions et en évitant toute duplication ou omission de prescription.

En conséquence, il ne peut s'agir « d'une retranscription passive ou d'une validation formelle de l'ordonnance du médecin de ville par le médecin habilité de l'établissement ». Le Cnom ne peut que partager cette conclusion qui ne résout pas la question d'une prescription effectuée hors du champ de compétences du médecin.

Dans une récente affaire jugée le 23 octobre 2012, la Cour de cassation a condamné, pour homicide involontaire, un praticien à un an de prison avec sursis en apportant la motivation suivante : « Constitue nécessairement une faute caractérisée le fait pour un médecin de prendre en charge, sauf circonstances exceptionnelles, une pathologie relevant d'une spécialité étrangère à sa qualification dans un établissement ne disposant pas des équipements nécessaires. » Les circonstances étaient bien sûr différentes mais on voit bien que le juge pénal prend en considération pour condamner le médecin l'exercice d'une activité en dehors de sa spécialité.

Le Conseil souhaite poursuivre la réflexion sur ce sujet avec la Haute Autorité de santé et la Direction générale de l'offre de soins du ministère de la Santé.

Section Exercice professionnel

Appel à candidatures pour une élection complémentaire au conseil national de l'Ordre des médecins

En application de l'article L. 4132-1 du code de la santé publique, le conseil national de l'Ordre des médecins procédera à une élection complémentaire aux fins de pourvoir au remplacement du :

- Docteur Francis MONTANE, conseiller national décédé, représentant la région Languedoc-Roussillon

Cette élection aura lieu : **LE JEUDI 19 SEPTEMBRE 2013**

Dépôt des candidatures

Le candidat se fait connaître, par lettre adressée au président du conseil national de l'Ordre des médecins (180, boulevard Haussmann, 75008 Paris), revêtue de sa signature et **recommandée avec demande d'avis de réception**. Elle peut aussi être déposée au conseil national. Il en sera donné un récépissé.

Les candidatures doivent impérativement **parvenir** au siège du conseil national, dans le délai de deux mois à **30 jours au moins avant le jour de l'élection**.

La clôture du dépôt des candidatures est fixée au **19 août 2013 à 16h00** (article R. 4125-1, 3^e alinéa).

Toute candidature parvenue après l'expiration de ce délai est irrecevable.

Le cachet de la poste ne sera pas pris en compte.

Chaque candidat doit indiquer ses nom et prénoms, son adresse, sa date de naissance, et le cas échéant, sa qualification professionnelle et ses fonctions dans les organismes professionnels. Il peut joindre à l'attention des électeurs une profession de foi (facultatif) selon les dispositions de l'article R. 4123-2, 4^e du code de la santé publique : « Celle-ci, rédigée en français sur une page qui ne peut dépasser le format de 210 x 297 mm (A4), en noir et blanc, ne peut être consacrée qu'à la présentation du candidat au nom duquel elle est diffusée et à des questions entrant dans le champ de compétence de l'ordre défini à l'article L. 4121-2 ».

Cette profession de foi sera photocopiée en fonction du nombre des électeurs et jointe à la liste des candidats qui servira de bulletin de vote.

Retrait de candidature (article R. 4125-1 du C.S.P)

Le retrait de candidature ne peut intervenir que dans l'intervalle compris entre le dépôt de celle-ci et la date d'envoi des instruments de vote, c'est-à-dire avant le 2 septembre 2013.

Il est notifié au conseil national soit par lettre recommandée avec avis de réception, soit par dépôt au siège de ce conseil contre un récépissé.

Éligibilité

Sont éligibles les médecins inscrits au tableau d'un conseil départemental de l'Ordre du ressort de la région Languedoc-Roussillon, à condition :

- de posséder la nationalité française ou d'être ressortissant de l'un des États membres de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ;

- d'être à jour de leur cotisation ordinale (article R. 4125-1 du C.S.P).

Ne sont pas éligibles les praticiens faisant ou ayant fait l'objet d'une sanction disciplinaire définitive et non amnistiée prononcée conformément à l'article L. 4124-6 du code de la santé publique ou à l'article L. 145-2 du code de la sécurité sociale.

Électeurs

Sont électeurs, les membres titulaires des conseils départementaux du ressort de la région Languedoc-Roussillon.

Le vote (article R. 4122-2 du C.S.P)

Il a lieu par correspondance. Il est adressé obligatoirement, au siège du conseil national de l'Ordre des médecins (180, boulevard Haussmann, 75008 Paris). Il peut également y être déposé.

Il prend fin le jour de l'élection, le jeudi 19 septembre 2013 à 18h00. Tout bulletin parvenu, après cette date n'est pas valable (art R. 4122-2 du C.S.P).

Le dépouillement (article R. 4122-3 du C.S.P)

Il est public et aura lieu sans désenvelopper le jeudi **19 septembre 2013 à 18h05** au siège du conseil national de l'Ordre des médecins (180, boulevard Haussmann, 75008 Paris).

Le candidat ayant obtenu le plus grand nombre de voix est proclamé élu titulaire.

Son mandat prendra fin à la date à laquelle aurait expiré le mandat du feu Dr Montane, c'est-à-dire en juin 2016.

Délais de recours (article R. 4125-7 du C.S.P)

Les élections peuvent être déferées dans le délai de 15 jours devant le **tribunal administratif**.

- par les médecins ayant droit de vote. Pour eux le délai court à partir du jour de l'élection ;

- par le ministre chargé de la Santé à partir de la date de réception du procès-verbal de l'élection.

Vidéoprotection : une pratique très encadrée

Pour se prémunir des actes de violences et de vols, de plus en plus de médecins s'équipent de dispositifs de vidéoprotection. Elisabeth Sellos-Cartel, adjointe au préfet délégué à la sécurité privée pour le développement de la vidéoprotection, fait le point sur les obligations légales à respecter quant à l'utilisation des caméras et des enregistrements recueillis.

Que dit la loi ?

Trois cas de figure sont à distinguer :

1. Le médecin reçoit ses patients sans rendez-vous. Le cabinet médical est alors considéré comme un lieu ouvert au public, au sens du code de la sécurité intérieure. Le médecin doit alors solliciter une autorisation auprès de la préfecture, qui pourra être accordée pour assurer la sécurité des personnes et des biens. Le préfet a quatre mois pour se prononcer. L'autorisation est donnée pour cinq ans.

Pour déclarer un système de vidéoprotection, le médecin doit :

- compléter l'imprimé CERFA n° 13806*03 ;
- fournir le modèle de l'affichette qui sera apposée pour informer la clientèle que l'établissement est placé sous vidéoprotection.

La demande d'autorisation est effectuée par courrier postal, ou par télédéclaration sur le site Internet www.interieur.gouv.fr/Videoprotection.

2. Le médecin reçoit ses patients exclusivement sur rendez-vous. Le cabinet médical est alors considéré comme un lieu professionnel recevant un public défini. C'est la circulaire ministérielle du 14 septembre 2011 qui s'applique.

a. Si le médecin enregistre les images filmées, il doit se déclarer auprès de la Cnil (Commission nationale de l'informatique et des libertés).

b. Si le médecin n'enregistre pas les images filmées, aucune procédure préalable n'est nécessaire.

Important : Dans le cas où le médecin reçoit à la fois ses patients avec et sans rendez-vous, c'est le code de la sécurité intérieure qui s'applique, à savoir une demande en préfecture.

3. Lorsque la vidéoprotection est simplement utilisée pour confirmer l'arrivée des patients ou évaluer l'affluence de la salle d'attente, et

que les images ne sont pas enregistrées, il n'y a pas de procédure particulière à suivre.

Les patients doivent-ils être informés ?

Une information claire et permanente de l'existence d'un système de vidéoprotection doit être délivrée aux patients et aux personnels par voie d'affichage.

Quelle est la durée de conservation des images ?

La durée maximale de conservation des images prévue par la loi est de 30 jours. Pour un cabinet médical, un délai de quelques jours est suffisant pour l'exploitation des images en cas d'agression ou de vol. Une fois ce délai expiré, les images sont détruites.

Filmer oui, mais quoi ?

Contre tenu du caractère secret de la consultation, il n'est pas acceptable de filmer la consultation. Il est donc conseillé d'installer le dispositif dans les entrées, couloirs et salle d'attente uniquement. En aucun cas, le dispositif ne peut couvrir la voie publique.

Quelles sont les sanctions prévues par la loi ?

Selon les cas de figure cités précédemment, procéder à des enregistrements de vidéoprotection sans autorisation ni consentement, conserver les enregistrements au-delà du délai prévu ou les utiliser à d'autres fins que celles prévues est puni d'un à trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

Pour toute question relative à l'installation d'un dispositif de vidéoprotection, vous pouvez poser vos questions par mail à [Elisabeth Sellos-Cartel à \[videoprotection@interieur.gouv.fr\]\(mailto:videoprotection@interieur.gouv.fr\)](mailto:Elisabeth.Sellos-Cartel@interieur.gouv.fr).

RÉFÉRENCES

- ▶ Code de la sécurité intérieure (articles L. 223-1 à L. 223-9, L. 251-1 à L. 251-8, L. 252-1 à L. 252-7, L. 253-1 à L. 253-5 et L. 254-1)
- ▶ Décret n° 96-926 du 17/10/1996 modifié, relatif à la vidéoprotection.
- ▶ Arrêté du 03/08/2007, portant définition des normes techniques des systèmes de vidéoprotection.
- ▶ Circulaire du 12 mars 2009 relative aux conditions de déploiement des systèmes de vidéoprotection.
- ▶ Circulaire du 1^{er} ministre du 14 septembre 2011 relative aux dispositifs de vidéoprotection et applicable aux cas qui ne relèvent pas du code de sécurité intérieure.



Insécurité des médecins : mobilisons-nous !

Le nombre de déclarations d'incidents demeure, en 2012, bien supérieur à la moyenne nationale enregistrée depuis dix ans. Dans la lignée du protocole national de sécurité, le conseil national de l'Ordre des médecins encourage le déploiement dans les départements d'actions concrètes de prévention. Et appelle, une fois de plus, les praticiens à déclarer systématiquement les violences dont ils sont victimes.

En 2012, le nombre de déclarations d'incident est supérieur de 20 % à la moyenne annuelle enregistrée par l'Observatoire national pour la sécurité des médecins depuis 2003.



En décembre dernier, deux hommes cagoulés font irruption dans le cabinet d'un généraliste à Marseille juste après le départ de son dernier patient, pour lui voler ses clés de voiture. En janvier, une praticienne des Mureaux (Yvelines) est agressée par trois malfaiteurs qui lui dérobent plusieurs centaines d'euros sous la menace d'un pistolet. Début mars, un médecin est menacé de mort, deux vigiles blessés et une porte brisée par deux individus aux urgences de l'hôpital nord de Marseille... Tandis que des agres-

sions contre des médecins dans le cadre de leur exercice professionnel font régulièrement la Une des médias, l'Observatoire national pour la sécurité des médecins, créé par le Cnom, permet depuis 2003 d'analyser l'évolution de ces violences.

Les spécialistes et les femmes de plus en plus touchés

Les dix ans de cet Observatoire sont l'occasion de faire un bilan. Si le nombre d'incidents déclarés semble diminuer depuis quelques années (798 signalements en

2012, 822 en 2011 et 920 en 2010), force est de constater qu'il reste particulièrement élevé, de 20 % supérieur à la moyenne annuelle enregistrée par l'Observatoire (666) depuis 2003. Le taux national de victimation (nombre de déclarations d'incident par rapport au nombre de médecins en activité régulière) se stabilise à 0,40 % : 4 médecins sur 1000 (contre 3,3 en moyenne depuis 2003) ont ainsi signalé un incident au conseil de l'Ordre en 2012. Les résultats confirment que les généralistes restent les plus touchés par l'insécurité, représen-

» » suite page 24



POINT DE VUE de l'Ordre



“ S’engager résolument dans une action partenariale proactive ”

Dr Bernard Le Douarin, coordonnateur de l'Observatoire national de la sécurité des médecins.

« Les violences faites aux professionnels de santé sont inacceptables et sont un facteur majeur de désertification de certains territoires de santé. Mais il ne sert à rien de répéter de façon incantatoire que ces violences sont insupportables. Il faut surtout s'engager dans une action partenariale forte, s'appuyant elle-même sur un maillage du territoire et sur des outils dédiés.

Le Cnom, promoteur du protocole national signé le 20 avril 2011 avec les trois ministères concernés et les autres ordres de santé, rejoint ensuite par les organisations représentatives, s'implique fortement dans la déclinaison départementale de ce document national. Tous les outils sont dans le protocole. Il suffit maintenant de les

adapter aux spécificités de chaque territoire, ou d'innover au travers des retours sur expérience prévus régulièrement par les protocoles départementaux. Il n'est pas possible de mettre un professionnel de la sécurité derrière chaque médecin. Il n'y a pas de solution unique, sinon nous l'aurions déjà trouvée. L'action doit être multiple, sur chaque territoire, et il appartient à tous les acteurs signataires de faire vivre le protocole local, en se réunissant au moins une fois par an. C'est une responsabilité collective. Le Cnom et son Observatoire resteront totalement mobilisés dans cette lutte contre la violence qui constitue, pour nous, un véritable problème de santé publique.

“ Il faut rester vigilant, car les données de l’Observatoire ordinal ne représentent que la partie émergée de l’iceberg, de nombreux médecins ne déclarant pas systématiquement les violences dont ils sont victimes ”

D^r Bernard Le Douarin, coordonnateur de l’Observatoire national de la sécurité des médecins

▶▶▶

tant 56 % des médecins agressés. Mais la proportion de violences concernant des spécialistes ne cesse de progresser, passant de 35 % en 2008 à 44 % aujourd’hui. Les ophtalmologistes sont une nouvelle fois en première ligne (46 fiches, soit 6 % du nombre total de fiches recensées). Viennent

ensuite les psychiatres (43 fiches), les dermatologues, les médecins du travail et les gynécologues-obstétriciens. Les femmes médecins ont été en 2012 à l’origine de 46 % des fiches recensées (en hausse de 9 points en trois ans), alors qu’elles ne représentent « que » 42 % de la profession.

Fléchissement des plaintes

L’analyse territoriale des données fait apparaître une liste de départements sensibles similaire à celles des années précédentes. La Seine-Saint-Denis demeure en tête (46 fiches pour l’année 2012, contre 67 l’année précédente), talonnée encore une fois par le Nord (45 déclarations) et Paris (41). Mais au regard du taux de victimation départemental, c’est le Vaucluse (1,9 % des médecins

Focus

Des vidéos pour appréhender la gestion de crise



Le déploiement du protocole national de sécurité s’accompagne de la diffusion progressive d’outils adaptés à la prévention des violences faites aux professionnels

de santé. Le Cnom a ainsi sollicité le Centre de production multimédia et audiovisuel de l’Institut national de formation de la police nationale de Clermont-Ferrand pour élaborer des supports pédagogiques audiovisuels, destinés à être diffusés dans le cadre de réunions de formation. Trois courtes vidéos, mettant en scène des policiers jouant les rôles d’un médecin agressé et de ses agresseurs dans des situations fondées sur des signalements réels, vont être mises à disposition des conseils régionaux et départementaux de l’ordre en 2013. Déjà réalisée, la première met en scène une agression en cabinet de ville. La deuxième évoquera la sécurité lors d’une visite à domicile,

du département ont déclaré un incident en 2012) qui apparaît le plus impacté par l'insécurité, ou le plus sensibilisé au fait de déclarer les violences.

Parmi les facteurs induisant les agressions à l'égard des médecins, le reproche d'une mauvaise prise en charge – dont le délai à obtenir un rendez-vous – est la cause la plus souvent alléguée. Suivent les tentatives de vols, le refus de prescription et un temps d'attente jugé excessif.

Enfin, plus de la moitié des médecins (52 %) n'ont pas donné de suite à l'incident dont ils ont été victimes. C'est notamment le cas pour les agressions verbales ou menaces, qui semblent aujourd'hui banalisées aux yeux des praticiens. Plus surprenant, 26 % des médecins ayant subi une agression physique n'y ont

et la troisième insistera sur la gestion d'un patient et / ou d'une famille violente : mots à dire ou à éviter, posture à adopter...

Il reviendra à chaque conseil régional ou départemental d'organiser ces réunions de formation, conjointement avec les organisations représentatives de médecins, ARS, préfectures, procureurs, forces locales de sécurité, etc.

« Très réalistes, les vidéos ont vocation à mettre les confrères en situation de stress, afin de libérer leur parole sur ce sujet difficile, explique le Dr Bernard Le Douarin, coordonnateur de l'Observatoire national de la sécurité des médecins. Puis la discussion devra être constructive avec l'acquisition d'outils pratiques de gestion de crise ».

EN CHIFFRES

798

déclarations, ont été adressées à l'Observatoire en 2012

► Le Vaucluse (1,9 %), la Loire (1,5 %), le Cher et la Seine-Saint-Denis (1,2 %) ont les taux de « victimation »* les plus élevés.

* nombre de déclarations d'incident par rapport au nombre de médecins en activité régulière



► **56 %** des victimes sont des médecins généralistes,

44 % d'autres spécialistes.



► **51 %**

des agresseurs sont des patients, **17 %** des accompagnants.



► **66 %**

des déclarations portent sur des agressions verbales ou des menaces, **23 %** sur des vols ou tentatives de vol, **12 %** sur des agressions physiques, **11 %** sur du vandalisme.

► **58 %**

des agressions ont eu lieu en centre-ville urbain, **26 %** en banlieue.



► **77 %** des faits ont eu lieu en médecine de ville, **2 %** aux urgences hospitalières.

► **25 %**

sont liées à un reproche relatif à une prise en charge, **21 %** au vol, **17 %** à un refus de prescription.



► **8 %**

ont occasionné une interruption de travail.



► **33 %**

seulement des victimes ont déposé plainte.



© JIM VARNÉ/SPL/PHANIE

pas donné de suite légale. Sur l'ensemble des faits recensés en 2012, seulement 33 % (-1 point) ont été suivis d'un dépôt de plainte et 15 % d'une main courante.

Protocole national de sécurité : des efforts à poursuivre

Depuis la signature du protocole national de sécurité en avril 2011 entre le Cnom et les ministères de l'Intérieur, de la Justice et de la Santé, un important travail de sensibilisation a été réalisé auprès des préfets, des procureurs, des forces de sécurité, des agences régionales de santé et des praticiens pour que ce document soit décliné au niveau départemental. À fin février, 43 départements ont mis en œuvre cette démarche. Dans le détail, le protocole décliné est signé dans 23 départements (dont le Vaucluse et le Nord), est sur le point de l'être dans 2

Bon à savoir

2 conseils pratiques en cas d'agression

1. DÉCLAREZ CETTE AGRESSION.

L'Ordre des médecins a préparé une « fiche de déclaration » qui permet au médecin de signaler à son conseil départemental l'agression dont il a été victime. Le médecin agressé reçoit ainsi, s'il le souhaite, le soutien de l'institution ordinale. L'ensemble de ces déclarations permet au conseil de l'Ordre de connaître plus précisément la nature

des événements au niveau local, d'analyser les problèmes rencontrés par les praticiens et d'étudier les réponses possibles.

2. DÉPOSEZ SYSTÉMATIQUEMENT PLAINTÉ !

Ne vous abstenez pas de déposer plainte, même s'il s'agit d'une simple agression verbale. Les insultes et menaces aux professionnels de santé constituent en effet un délit pénal. Le dépôt d'une main courante est en général inutile (sauf sur le plan assurantiel en cas d'atteinte aux biens). Le conseil départemental de l'Ordre peut s'associer à la plainte et se porter partie civile, voire se substituer au confrère en cas de crainte de représailles sur ce dernier. Suite aux incidents de mars dernier aux urgences de l'hôpital Nord de Marseille, l'un des auteurs de ces violences, jugés en comparution immédiate, a écopé de dix mois de prison ferme. Il n'y a pas d'impunité.



► En savoir plus sur www.conseil-national.medecin.fr
• Guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé
• Télécharger la fiche de déclaration d'incident

autres (les Bouches-du-Rhône et le Calvados), et un accord équivalent a été conclu dans 18 départements (dont Paris et la Seine-Saint-Denis). Des mesures concrètes pour assurer la sécurité des médecins ont ainsi été déployées, parmi lesquelles un numéro d'accès direct à la cellule de sécurité départementale réservé aux médecins, et la mise à disposition d'un référent sécurité dédié au sein des services de police et de gendarmerie. Ce référent sécurité peut effectuer un diagnostic de prévention au sein des cabinets, et conseiller le praticien sur l'utilité d'une porte blindée, la sécurisation des fenêtres, les règles de la vidéosurveillance. D'autres collectivités sont en cours de réflexion, comme le Cher ou l'Essonne, et 18 autres départements connaissant peu ou pas de violences n'ont pas jugé nécessaire de décliner une procédure spécifique.

Au total, 68 départements ont donc pris en compte le processus de déclinaison territoriale du protocole national : les autres doivent encore s'y pencher.

Un exemple d'outil : la géo-sécurisation

Le protocole national de sécurité prévoit le déploiement des dispositifs de géo-localisation des professionnels de santé, « en fonction du niveau d'exposition au risque évalué localement ». Une première expérience pilote a été menée en Seine-Saint-Denis pendant quelques mois, mais n'a pu être poursuivie pour des raisons budgétaires (choix du responsable financeur). L'expérience du Val-de-Marne est donc le pilote n° 2 sur le territoire national et s'inscrit dans le déploiement départemental du protocole national.

Pour assurer la pérennité du dispositif, le conseil départemental de l'Ordre des médecins du Val-

“ Mon agression a fait bouger les choses ”

D' Sylvie Ducret, SOS Médecins de Dijon.

Témoignage

« C'était en 2012. Le Samu m'a demandé d'intervenir pour la prise en charge d'une angoisse. La femme présentait en fait une pathologie psychiatrique en pleine décompensation et m'a frappée sur le palier. J'ai eu une entorse de la cheville, des hématomes, mes vêtements arrachés ; sans l'intervention des voisins, j'aurais dégringolé d'un étage. Un peu plus tard, mon associé a reçu un coup de poing lors de la prise en charge d'une hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT). J'ai porté plainte pour mon agression et la présidente de SOS Médecins a obtenu une réunion avec la préfecture, le procureur, l'URPS, le conseil départemental de l'Ordre, l'ordre des infirmiers et le Samu de Dijon. Une convention a été signée en décembre dernier : désormais, la police est toujours présente quand nous intervenons pour un cas psychiatrique. Nous disposons de deux premiers bips d'alarme reliés à la police, et une liste des lieux dangereux va permettre un renfort des patrouilles. »

de-Marne s'est engagé à financer lui-même le projet en faisant l'acquisition de 20 boîtiers pour une période de deux ans. Ces boîtiers sont mis progressivement à la disposition des médecins volontaires assurant les visites à domicile dans les horaires de la permanence des soins ambulatoire (PDSA), régulées par le centre 15. Le boîtier est un dispositif léger (65 g) et multifonctions (positionnement GPS toutes les minutes, communication vocale, SMS). En cas de danger, le méde-

cin active le bouton SOS du boîtier. Un SMS d'alerte est aussitôt envoyé au médecin d'astreinte du SAMU/Centre 15 et le gyrophare du centre de régulation est déclenché. Le médecin d'astreinte déclenche l'écoute afin d'analyser la situation, peut dialoguer avec l'effecteur et appeler les forces de police le cas échéant.

Chaque département peut ainsi adapter des outils, selon ses propres besoins.

*Les résultats 2012 de l'Observatoire de la sécurité des médecins, réalisé en collaboration avec Ipsos, sont basés sur le recensement de 798 fiches de déclaration d'incidents.





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 conseil-national@cn.medecin.fr

SITUATIONS EXCEPTIONNELLES

Toutes les fins de vie sont des situations exceptionnelles... parce que toutes les vies sont des situations exceptionnelles. Je me suis installé début 1969, généraliste rural. J'en suis fier et ne regrette rien, pas même mes larmes. À cette époque les mourants mouraient encore le plus souvent possible chez eux, j'étais là, le plus souvent possible... Il faudrait faire UNE loi par situation exceptionnelle !

L'exercice de la médecine, l'ART MEDICAL, n'est pas de la politique...
Faudrait-il faire une loi par la volonté des politiques ?

D' M.C. (25)

SUR LA PLACE DES MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES...

Avant de critiquer, il faudrait connaître et évaluer :

malheureusement, aucune étude sérieuse n'a été faite par manque de financement (il n'y a pas de sponsor pharmaceutique). L'absence de preuves scientifiques ne prouve pas l'absence d'efficacité mais l'absence de rentabilité pour les industriels...

L'AP-HP de Paris a fait un rapport sur les médecines complémentaires et donne la possibilité de faire des PHRC (projets de recherche) orientés vers les médecines complémentaires : il y a eu 54 propositions en 2012, ce qui montre bien que des médecins hospitaliers s'intéressent et s'orientent vers ces thérapeutiques!

Quand on voit tous les scandales récents au sujet des médicaments, les patients ont tendance à chercher d'autres thérapeutiques parfois proposées par de non-médecins avec un risque de dérive sectaire...

Le soin du patient par des thérapeutiques complémentaires diminuant les risques iatrogènes doit devenir une nécessité et son évaluation médicale et économique devient IMPÉRATIVE.

Les médecins ne doivent pas se contenter de devenir de simples distributeurs de médicaments, mais être de véritables soignants et thérapeutes et offrir la meilleure prise en charge possible à leurs patients. Nous devons faire preuve

d'ouverture intellectuelle et ne pas dénigrer d'emblée ce qui est nouveau, différent ou inhabituel. Une étude allemande démontre qu'une préparation par auriculothérapie réduit de 37 % les médicaments anesthésiques employés en per opératoire. Si on a la curiosité et les moyens de chercher des preuves, on peut avancer dans le sens d'une thérapeutique plus juste. Pour nous faire avancer, il faut une bonne volonté de la communauté médicale guidée par un esprit pragmatique et scientifique, un soutien ordinal et une volonté politique. Nous voulons rester optimistes...

D' S.B. et D' A.S. (94)

En réponse au courrier du D^r M.C paru dans le magazine n° 29 de mars / avril 2013 FORMER DES SCIENTIFIQUES PLUTÔT QUE DES HUMANISTES

Les bases scientifiques de l'« Evidence Based Medecine » sont fausses

Praticien hospitalier et professeur des universités à dominante recherche, actuellement retraité, mais toujours actif, j'ai suivi dans le secondaire la « voix royale » de l'époque, puis après mon PCB, j'ai fait une licence de mathématiques avant de continuer des études de médecine puis de me spécialiser, au point de vue clinique, en psychiatrie. Je répondrais aux D^s F.F et M.C. Mais je voudrais surtout signaler au D^r M.C qu'il se trompe lourdement en ce qui concerne « les thérapeutiques prouvées ». Les bases scientifiques de l'« Evidence Based Medecine » (EBM) sont fausses, en ce qu'elles confondent signification statistique et probabilité, cette dernière étant le seul guide de l'action dans les domaines ne comportant pas de certitude comme la médecine (et les sciences biologiques appliquées en général). Un témoin de cette erreur fondamentale est la notion, dépourvue de sens scientifique, de « niveau de preuve » que l'EBM substitue implicitement et arbitrairement à la « probabilité ». J'ai développé ce point de vue dans :

Foncin J.-F. : « Evidence Based Medicine » et recherche clinique en neurologie et psychiatrie. *Psychiatrie Française* 2007 n°3 pp.32-43.

Bien confraternellement,

D^r J.-F.F.

L'exercice de notre profession implique une culture humaine

Je crois qu'il y a un malentendu sur le service que nous devons à nos patients. Outre la compétence médicale, l'exercice de notre profession implique une culture humaine.

Partant de la définition, « la culture, ce n'est pas savoir mais connaître », je vous propose cette formule accessible à un scientifique, « une condition nécessaire mais pas suffisante » :

- pour écrire, il est nécessaire de savoir l'alphabet, mais ce n'est pas suffisant pour connaître et communiquer.

- pour soigner, il est nécessaire de savoir la médecine mais ce n'est pas suffisant pour connaître nos malades et nous donner toutes les chances de les guérir.

Les thérapeutiques prouvées ?

- Dans l'exploitation des résultats des études sur l'efficacité des médicaments, il est convenu d'introduire une correction par un coefficient placebo de 40 %. À ce sujet, on peut s'interroger sur l'opportunité de publier un livre sur l'absence d'efficacité prouvée de nombreux médicaments.

Je retiens de l'enseignement que j'ai reçu et de mes 30 ans d'exercice libéral qu'il fallait prendre en charge le malade et la maladie sans oublier la famille. Penser que nous dominons scientifiquement l'être humain me paraît présomptueux.

Nous n'avons aucune réponse scientifique :

- aux porteurs sains de microbes
- aux dérèglements qui induisent les cellules cancéreuses

Toutes ces considérations humanistes restent un complément de la recherche scientifique fondamentale. Celle-ci relève des devoirs d'un état démocratique et il faudrait, sans hésitation, la développer avec des deniers publics, sans attendre le bon vouloir du mécénat privé. La participation des fondations restant réservée à l'accompagnement matériel et psychologique du malade et de sa famille.

Une quête pour la recherche fondamentale en médecine, digne d'un état civilisé ?

D^r J.M.-V.

➤ Asthme & allergies

Apprendre aux patients à gérer leur maladie



➤ 1992

L'association Asthme & Allergies crée le concept des écoles de l'asthme. Il en existe aujourd'hui une centaine à travers la France. Ce mode d'éducation thérapeutique privilégie les ateliers interactifs très pratiques aux cours théoriques.

➤ 4 millions

c'est le nombre de personnes asthmatiques en France (source : IRDES, 2008). Une cause allergique est retrouvée chez 70 à 80 % des adultes asthmatiques, ces deux affections sont étroitement liées.

➤ 30 %

des Français souffrent de maladies allergiques (Inserm), un chiffre qui a augmenté ces vingt dernières années. Selon l'Organisation mondiale de la santé, l'allergie est la quatrième maladie la plus répandue au monde.

Informé, formé et éduqué. C'est autour de ces idées qu'a été créée l'association Asthme & Allergies en 1991. « Nous souhaitons alors éviter les retards de diagnostic de l'asthme et des allergies, améliorer l'observance des traitements et lutter contre les idées reçues autour de ces maladies. Ces ambitions sont toujours d'actualité », raconte Christine Rolland, directrice de l'association. Apprendre aux personnes asthmatiques à connaître leur maladie et les facteurs qui la déclenchent est essentiel à la réussite du traitement : Asthme & Allergies a notamment créé des écoles de l'asthme. L'association les soutient en produisant des documents pédagogiques destinés aux patients et en formant les professionnels impliqués dans les programmes éducatifs. L'efficacité de ces structures d'éducation thérapeutique est désormais reconnue. L'association publie également des brochures et différents sites Internet qui sont des mines d'information à destination de tous les publics. Le numéro vert qu'elle gère vise à répondre aux questions des professionnels et des patients, à orienter les patients vers des centres d'éducation thérapeutique, à les écouter et à les soutenir. « Notre objectif est de mettre en cohérence tous les discours, ceux des professionnels de santé et ceux des patients, afin que tout le monde se comprenne au mieux », ajoute



DR

Des maladies difficiles à accepter

Pr Daniel Vervloet, pneumologue allergologue, président de la Fédération française d'allergologie

Témoignage

Pourquoi l'asthme et les allergies peuvent-ils être négligés par certains patients ?

Certaines personnes ont du mal à adhérer à un traitement au long cours, en particulier lorsqu'il faut continuer à prendre un médicament alors qu'ils ne ressentent aucun symptôme. D'autre part, un jeune sur trois est allergique, mais nombre d'entre eux ne suivent pas les conseils du médecin. À ne pas observer correctement leur traitement, les adolescents prennent un risque pour leur futur en s'exposant à des formes plus sévères de la maladie.

Comment les faire adhérer à une prise en charge ?

Faire venir les patients au cabinet peut être une première difficulté, l'asthme et les allergies étant des maladies difficiles à accepter, qui suscitent le déni. Les campagnes d'information jouent un rôle prépondérant à ce moment-là. Il faut ensuite écouter les patients et les faire parler. Le ton ne doit pas être dramatique, mais il ne faut pas non plus nier le handicap engendré par la maladie, qui peut empêcher de dormir ou de travailler.

La prise en charge des maladies allergiques est-elle compliquée ?

Oui, car ces maladies font entrer plusieurs facteurs : psychologique, alimentaire, etc. La prise en charge doit être globale. L'accompagnement du patient est indispensable afin qu'il comprenne et respecte au mieux un traitement qui peut mettre du temps à être ajusté.

Christine Rolland. L'association organise par ailleurs des formations destinées aux professionnels lors des Journées francophones asthme allergies éducation.

+ D'INFOS

N° vert Asthme & Allergies Infos
service : 0800 19 20 21
(appel gratuit).
www.asthme-allergies.org

En finir avec la tyrannie de l'expérience



Nous échouons constamment à ressembler aux icônes de beauté qui font figure de modèles. Mais il est tout aussi impossible de se détacher de cet impératif esthétique. Modifier notre expérience de la

beauté, en transformant la place et le sens qu'elle prend dans nos vies, c'est le sens de cet ouvrage intitulé *Belle, autrement ! En finir avec la tyrannie de l'expérience*. L'auteur, Sophie Cheval, est psychologue clinicienne spécialisée dans les souffrances liées à l'apparence physique. L'enjeu : déjouer la tyrannie de l'apparence, accueillir pleinement le caractère changeant de la beauté, décider quelle beauté nous convient et agir dans son sens quand cela nous convient.

» *Belle, autrement !* de Sophie Cheval, Ed. Armand-Colin, collection « Expériences de soi » 192 pages, 15 euros.

Une réflexion éthique sur la pratique quotidienne



L'éthique fait débat dans tous les domaines de la société, mais elle reste essentielle dans la santé : la médecine donne naissance aux interrogations éthiques les plus délicates en rapport avec la vie, la souffrance et la mort. Cet ouvrage, fruit d'une pratique médicale de plus de trente années

passées au plus près des malades, a pour vocation d'exposer clairement, en 100 questions, les principaux problèmes éthiques qui se posent aux médecins dans leur pratique quotidienne. L'éthique médicale en questions passe en revue, au travers des grandes étapes de la vie, les problèmes d'éthique tels que la procréation médicalement assistée, la maltraitance de l'enfant, l'addiction, sans oublier la réanimation, les soins palliatifs et l'euthanasie. Ce livre s'adresse à tous les médecins, étudiants en médecine et acteurs de la santé souhaitant approfondir leur réflexion et mettre à jour leurs connaissances sur le sujet.

» *L'éthique médicale en questions, 100 situations d'actualité* du P^r Jean-Marie Mantz - Éditions Lavoisier, Médecine Sciences Publications 248 p. - 29 €

Nouvelles sur ordonnance



Écrivain, Denis Labayle n'oublie pas son passé de médecin hospitalier. Au fil des nouvelles écrites dans une langue simple et pure, apparaissent les deux principaux personnages de son théâtre, le médecin et le malade, jouets du plus grand metteur en scène : la maladie. Ses récits, aussi

captivants qu'inattendus, nous font découvrir que la médecine, exercée avec humanité, est plus qu'une vocation ou un sacerdoce, c'est une seconde peau.

» *Nouvelles sur ordonnance*, de Denis Labayle - Éditions Dialogues, collection Littératures, 156 pages, 15,90 €

Erratum



Dans le numéro 28 du *Bulletin de l'Ordre des médecins*, nous avons illustré notre dossier consacré à la maltraitance avec une photographie, reprise en page 2 puis en pages 22-23. Cette photo montre une femme âgée visiblement

bien accompagnée et bien prise en charge par une aide-soignante. Nous avons ainsi voulu prendre le contre-pied de cette problématique douloureuse en publiant une image emblématique d'une situation de bientraitance, dans le respect des personnes photographiées. Toutefois, ce parti pris n'était pas explicite et n'a pas été compris par nos lecteurs. Toutes nos excuses aux personnes intéressées pour cette utilisation erronée de leur photographie.

“ Je veux prendre le temps de connaître mes patients ”

D^r Florence Beaumel,
médecin généraliste à Castellar (Alpes-Maritimes)

Témoignage

En m'installant à Castellar, j'avais pour ambition de pratiquer une médecine de proximité. J'éprouvais le besoin d'établir un lien durable avec mes patients. Je souhaitais construire des liens pérennes, ce que je n'avais pas eu l'occasion de faire lors de mes précédentes expériences. Jusque-là, j'ai fait des remplacements, j'ai été médecin embarquée, j'ai été en poste dans une clinique médico-chirurgicale.

L'ouverture de mon cabinet m'a donné la liberté d'exercer mon métier comme je l'entends : une médecine de bon sens, ouverte, à l'écoute des patients. Je veux devenir un interlocuteur pour eux, prendre le temps de les connaître, de faire de la pédagogie et de la prévention. Je sais que cette démarche prend du temps mais recevoir des patients à la chaîne ne m'intéresse pas. Le milieu rural me semblait adapté à cette manière de travailler, même si Castellar n'est pas très loin de la ville, puisque Menton se trouve à moins de 6 kilomètres.

Le côté romanesque de la fonction de médecin de campagne m'a aussi séduite. J'aime beaucoup l'idée de maîtriser le territoire sur lequel j'exerce, d'en connaître toutes les rues, de reconnaître les gens dans la rue. Je n'ai pas été déçue, j'ai été très bien accueillie par les élus et les habitants. Le maire a facilité mon installation en me proposant un cabinet situé à côté de l'église à un loyer abordable. Il s'agissait d'une condition essentielle pour moi. En effet, la médecine que je pratique n'est pas « rentable ». De plus, Castellar n'avait jamais eu de médecin avant moi ; les habitants ont tous un médecin traitant à Menton. Aujourd'hui, après quelques mois d'installation, mon cabinet tourne grâce aux gardes que j'effectue. Mais je me donne un an pour que la situation se débloque.

J'ai bon espoir. Avant de m'installer, j'avais discuté avec la kinésithérapeute de Castellar. Elle m'avait expliqué comment elle s'était installée et avait réussi à créer une patientèle. Sans oublier que les médecins de la côte sont débordés. Le village n'avait pas de médecin jusqu'à présent. Pour les Castellarois et les habitants des villages alentours, mon cabinet constitue une alternative : je suis moins loin et très disponible.



© DR

PARCOURS

↘ **1981**

Début des études de médecine à Montpellier. Remplacements multiples.

↘ **2008**

Soutenance de la thèse.

↘ **2009-2013**

Remplacement dans les îles bretonnes, dans les DOM TOM.

↘ **2011**

Diplôme universitaire de médecine maritime. Médecin embarqué sur un ferry de la SNCM en Méditerranée.

↘ **2013**

Ouverture du cabinet à Castellar.