médecins
n° 43 | mars-avril 2016
Le bulletin de l'Ordre national des médecins

Entretiens croisés
Construire une économie de la santé efficace et solidaire

Décryptage
La nouvelle loi fin de vie

www.conseil-national.medecin.fr

Dossier

Être médecin à l'heure des TIC en santé

sommaire

Retrouvez le bulletin, le webzine et la newsletter de l'Ordre en ligne sur www.conseil-national.medecin.fr

04. focus
Quel équilibre entre secret et sécurité ?

05. en bref
La médecine générale fait son entrée au CNU

08. sur le terrain
Apicéa relie les médecins de ville à l'hôpital

10. e-santé
Uberisation ?
Télémédecine !

11. ailleurs
– Bases de données de santé et échantillons biologiques humains : l'AMM pose des principes éthiques
– CPME : les nouvelles priorités du comité exécutif

12. entretiens croisés
Construire une économie de la santé efficace et solidaire

le guide juridique

24. décryptage
Loi créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

26. pratique
– Collaboration médecin traitant, médecin du travail, médecin-conseil : y a-t-il du nouveau sur le secret médical ?
– Procédure de signalement par les professionnels de santé de situations de maltraitance

30. en bref
– Données à caractère personnel et gestion nationale des personnes détenues en établissement pénitentiaire (GENESIS)

31. culture médicale

32. rencontre
Dr William Bellanger, médecin généraliste à la Maison médicale de Beaulieu-sur-Layon

16 Être médecin à l'heure des TIC en santé

Depuis plusieurs années, notre société vit une véritable révolution numérique, portée par le développement fulgurant des technologies de l'information et de la communication (TIC). L'exercice de la médecine n'est pas épargné. Alors comment faire de ces bouleversements des opportunités, et ce dans le respect de l'éthique et de la déontologie inhérentes à la profession ?

restons connectés !

Sur le Web : **www.conseil-national.medecin.fr**
Sur Twitter : suivez-nous sur **@ordre_medecins**
Par mail : **conseil-national@cn.medecin.fr**
Nous écrire : **Conseil national de l'Ordre des médecins, 180, bd Haussmann, 75008 Paris**

Voisin/Phanie

Pour une remise à plat du dispositif de permanence des soins

Cette année encore, la mobilisation des médecins généralistes volontaires a globalement permis de répondre aux besoins de la population en matière de PDS. Mais sur certains territoires, le dispositif donne de nombreux signes de fragilité, comme le révèle la 13e enquête annuelle de l'Ordre.

Pour résorber durablement ces difficultés, l'Ordre défend une remise à plat de l'organisation de l'offre de soins à travers la mise en place d'un échelon territorial unique de prise en charge. Nous suivons l'expérimentation menée en Pays de la Loire par l'ARS afin de redynamiser le volontariat, via une rémunération au forfait. Mais elle ne saurait constituer une réponse unique à la problématique actuelle.

« Nous plaidons pour un travail beaucoup plus concerté »

Nous plaidons également pour une autre gouvernance de la PDS, avec un travail beaucoup plus concerté qu'aujourd'hui entre ARS et organisations représentatives des médecins généralistes.

Enfin, nous souhaitons que les médecins volontaires soient mieux accompagnés par les pouvoirs publics pour assurer cette mission de service public. Certes, le forfait pour l'établissement des certificats de décès, que nous réclamions depuis des années, a enfin été acté par la loi de financement de la sécurité sociale 2016. De même, la loi de santé a voté la mise en place d'un numéro d'appel unique pour joindre la régulation, dont le Cnom a obtenu la gratuité. Mais beaucoup de nos demandes n'ont toujours pas été entendues. Ainsi, les effecteurs de terrain restent sans couverture assurantielle et ne peuvent bénéficier de mesures attractives de défiscalisation.

Plus généralement, nous déplorons que la réforme de la PDS n'ait pas occupé une place plus importante dans la loi de santé. C'est d'autant plus regrettable que les insuffisances dans l'organisation de la PDS entravent durablement la mobilisation des médecins et renforcent les inégalités d'accès aux soins.

Dr Patrick Bouet
Président du Conseil national de l'Ordre des médecins

Directeur de la publication : Dr Walter Vorhauer - **Ordre des Médecins**, 180, bd Haussmann, 75389 Paris Cedex 08. Tél. : 01 53 89 32 00. E-mail : conseil-national@cn.medecin.fr – **Rédacteur en chef :** Dr Patrick Romestaing – **Coordination :** Évelyne Acchiardi **Conception et réalisation :** CITIZENPRESS 48, rue Vivienne, 75002 Paris – **Responsables d'édition :** Sarah Berrier, Claire Peltier – **Direction artistique :** David Corvaisier – **Maquette :** Vianney Bureau – **Secrétariat de rédaction :** Alexandra Roy – **Fabrication :** Sylvie Esquer – **Couverture :** iStock – **Impression :** Imprimerie Vincent – **Dépôt légal :** à parution – n° 16758 – ISSN : 1967-2845.
Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.

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

Texte : **Sarah Berrier**

Quel équilibre entre secret et sécurité ?

Le 13 mars, le Bureau d'enquêtes et d'analyses (BEA) pour la Sécurité de l'aviation civile a rendu son rapport final sur l'accident de la Germanwings. Les auteurs préconisent notamment l'ajout d'une dérogation au secret médical. Une position qui diffère des recommandations que l'Ordre avait publiées suite au drame.

« Définir des règles claires faisant l'obligation aux prestataires de soins de santé d'informer les autorités compétentes lorsque la santé d'un patient spécifique a de fortes chances d'affecter la sécurité publique… » Après une année d'investigations, le BEA plaide pour que les États légifèrent sur une levée du secret médical. Une disposition qui ne satisfait ni les syndicats de pilotes, ni les Ordres des médecins allemand et français. « *Si on accepte une dérogation pour les pilotes, demain ce sera pour les chauffeurs de train, puis de bus,* s'inquiète le Dr Jean-Marie Faroudja, président de la section Éthique et déontologie du Cnom. *Dans un tel contexte, les gens ne viendront plus se confier à leur médecin de crainte d'être dénoncés. Or s'il n'y a plus de confidences, il n'y a plus de confiance et s'il n'y a plus de confiance il n'y a plus d'acte médical possible.* »

Général et absolu ?

Si le serment d'Hippocrate engage les médecins à taire les secrets, c'est l'arrêt Watelet, rendu par la Cour de cassation en 1885, qui fait état du caractère général et absolu du secret médical. Il est également inscrit à l'article 4 du code de déontologie médicale que « *le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi.* » L'article 226-13 du code pénal stipule ainsi que « *la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire […] est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende* ». Mais l'article 226-14 précise que « *l'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret.* » Il existe en effet une dizaine de dérogations obligatoires (déclaration des naissances, des décès, des maladies contagieuses…). Le médecin est aussi autorisé à lever le secret médical, notamment face à des violences infligées à un mineur ou à une personne hors d'état de se protéger, ou encore quand une situation lui semble pouvoir déboucher sur la commission d'un crime ou d'un délit. « *Cependant, à titre exceptionnel et en cas de risque grave et imminent de mise en danger d'autrui, s'il ne peut le prévenir autrement et après avoir épuisé toutes les autres solutions – et en particulier après avoir essayé de convaincre le patient –, le médecin peut s'affranchir du secret médical en informant les autorités compétentes* », nuance le Dr Jean-Marie Faroudja.

Deux articles du code pénal peuvent, par analogie, justifier une telle action. L'article 223-6 précise en effet que quiconque pouvant empêcher un crime ou un délit s'abstient volontairement de le faire, peut être sanctionné. Par ailleurs, l'article 122-7 exonère de toute responsabilité pénale la personne qui accomplit « *face à un danger actuel ou imminent* » un acte nécessaire et proportionné à la gravité de la menace. **Quoi qu'il en soit, confrontés à une situation délicate, les médecins ne doivent pas hésiter à se rapprocher de leur conseil départemental pour être aidés ou conseillés.**

Point de vue de l'Ordre

Dr Jean-Marie Faroudja,
président de la section Éthique et déontologie du Cnom

« Prendre des décisions proportionnées »

« Désapprouver la création d'une dérogation supplémentaire au secret médical peut être interprété comme un pas de côté de la part de l'Ordre. Mais il n'en est rien. Nous sommes convaincus que la réglementation actuelle permet de garantir le secret médical et donc la confiance des patients, tout en offrant aux médecins des solutions exceptionnelles en cas de situations exceptionnelles. Si le médecin est intimement persuadé que par sa décision et son intervention il va pouvoir éviter une catastrophe, il lui appartient de s'affranchir de son obligation de secret, quitte à en répondre devant une juridiction. Mieux vaut prendre ses responsabilités et répondre de ses actes plutôt que de vivre en sachant qu'on aurait pu éviter la mort de nombreuses personnes.

Je suis convaincu que chaque médecin est capable d'évaluer sereinement une situation et, en conscience, de prendre des décisions opportunes et proportionnées.»

Rappel

Élections au Cnom et à la chambre disciplinaire nationale

En application de l'article L. 4132-1 du code de la santé publique, le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) procédera le jeudi 16 juin 2016 à 18 h 01 aux élections pour le 2e renouvellement par moitié de ses membres.
Par ailleurs, le renouvellement des membres de la chambre disciplinaire nationale aura lieu le mercredi 22 juin 2016 à 17 h.

+ d'infos :
www.conseil-national.medecin.fr
et bulletin de l'Ordre des médecins n° 42

les tweets

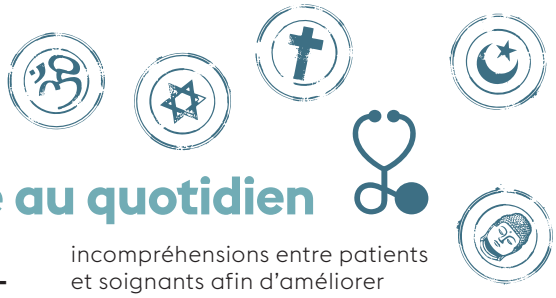
@ordre_medecins – 21 mars
Malgré l'engagement des généralistes volontaires le dispositif de la permanence des soins demeure fragile - https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1701

@ordre_medecins – 16 févr.
Dr. @Jcqslucas : « Il faut intégrer tous les acteurs au service public de l'information en #santé ! » #DébatOrdre

@ordre_medecins – 11 févr.
Conférence santé : le président de l'Ordre des médecins veut « un vrai processus de réforme »

La médecine générale fait son entrée au CNU

Le 22 janvier, la sous-section 53-03 – « Médecine générale » – a officiellement été installée au Conseil national des universités (CNU). Cette instance consultative et décisionnaire est chargée des mesures individuelles relatives à la qualification, au recrutement et à la carrière des enseignants des universités. La mise en place de cette sous-section, présidée par le Pr Stéphane Oustric, permet de finaliser la filière de médecine générale, créée en 2004. *« Contrairement à toutes les autres spécialités, la médecine générale n'était pas représentée au CNU. Jusqu'à maintenant, nous étions sous la responsabilité et l'accompagnement de nos collègues internistes, qui ont une pratique exclusivement hospitalière et donc différente de la médecine générale et ambulatoire,* souligne le Pr Stéphane Oustric. *Désormais, nous sommes en autonomie complète quant à la formation des futurs généralistes. Forts d'un référentiel métier et compétences, nous veillons à la formation professionnalisante de nos internes et nous recrutons les professeurs et maîtres de conférences… Nous participons, de fait, à l'effort de recrutement des maîtres de stage dans les bassins de proximité de santé (BPS), porté par le Collège académique. »* La sous-section endossera également un rôle d'intérêt général et participera activement au rayonnement de la spécialité. *« Nous pouvons être consultés par les pouvoirs publics pour toute question concernant la pratique de la médecine générale, la formation des futurs généralistes, la répartition de l'offre de soins sur les territoires, etc. Nous pouvons également être amenés à siéger aux commissions près le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Enfin, nous souhaitons favoriser le développement de la recherche clinique spécifique sur les soins de premier recours et ambulatoires, en collaboration notamment avec les unités Inserm. »*



Soins et laïcité au quotidien

Le conseil départemental de l'Ordre des médecins de Haute-Garonne a publié un ouvrage « Soins et laïcité au quotidien » en collaboration avec les acteurs de santé locaux (ARS, Espace de réflexion éthique Midi-Pyrénées, FHF, FHP, conseils de l'Ordre des médecins), le Cnom et des représentants des principaux cultes. L'objectif : lever les incompréhensions entre patients et soignants afin d'améliorer la communication et prévenir les difficultés et les conflits éventuels lors de soins. L'ouvrage propose ainsi 31 fiches thématiques, exhaustives et pédagogiques.

+ d'infos : www.ordmed31.org/IMG/pdf/print_28001_om_fiches_x34.pdf

À lire

Télémédecine et autres prestations médicales électroniques

Répondre aux besoins médicaux des patients sans laisser s'installer une « uberisation » de la médecine, tel est l'objectif des propositions formulées dans le rapport de l'Ordre « Télémédecine et autres prestations médicales électroniques ».
Parmi les mesures souhaitées :
- une simplification de la réglementation pour favoriser le développement de la télémédecine au quotidien sur les territoires dans le cadre du parcours de soins ;
- une régulation des offres du secteur marchand.
Ce rapport est le fruit d'une mission pilotée par le Dr Jacques Lucas, vice-président et délégué général aux systèmes d'information en santé, lancée le 18 décembre, peu après la mise en ligne d'une plateforme proposant un deuxième avis médical en ligne.

l'image

DR

Le projet de réforme du code du travail porté par la ministre Myriam El Khomri a suscité de vives inquiétudes dans les rangs des médecins du travail, qui voient leur mission de prévention médicale primaire mise à mal. L'Ordre compte peser dans les discussions pour préserver les missions du médecin du travail et protéger les salariés.

le chiffre

1280

cas d'infection par le virus Zika ont été confirmés en France dont 89 en métropole[1]. Dans environ 80 % des cas, les personnes infectées ne vont présenter aucun symptôme. Sinon, le traitement est symptomatique et la guérison intervient, la plupart du temps, au bout de quelques jours. Cependant, des complications neurologiques peuvent apparaître, notamment le syndrome de Guillain-Barré. Un cas de myélite aiguë suite à l'infection par le virus Zika a également été rapporté par une équipe de chercheurs de l'Inserm et de neurologues du CHU de Pointe-à-Pitre. Par ailleurs, des microcéphalies et des anomalies du développement cérébral intra-utérin ont été observées chez des fœtus et des nouveau-nés de mères enceintes pendant la période épidémique.
L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et l'Institut de veille sanitaire (InVS) ont publié plusieurs documents à destination des professionnels de santé pour mieux informer sur le virus Zika.

+ d'infos :
www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-transmission-vectorielle/Zika

1. InVS, chiffres au 3/03/2016.

REGARDS CROISÉS SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ

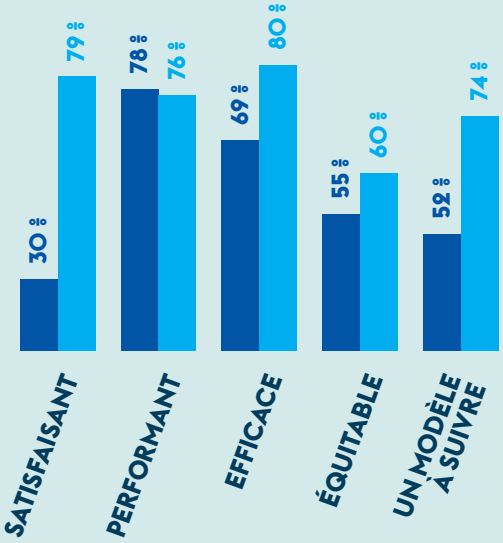
LE SYSTÈME DE SANTÉ EST JUGÉ DE QUALITÉ PAR...

86 % DES MÉDECINS

84 % DES PATIENTS

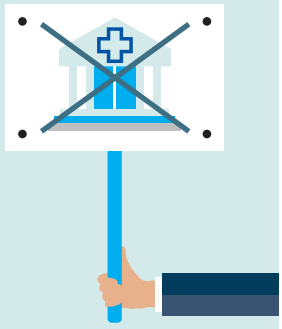
MAIS IL CONVIENT DAVANTAGE AUX PATIENTS QU'AUX MÉDECINS

Diriez-vous que le système de santé actuel est...



93 %

DES MÉDECINS ESTIMENT QUE LE PILOTAGE DE LA SANTÉ PAR LES POUVOIRS PUBLICS N'EST PAS SATISFAISANT



Et notamment concernant :

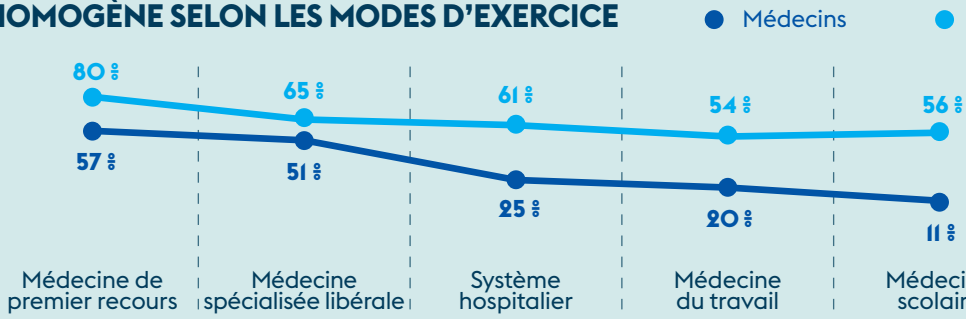
- L'ARTICULATION DES RÔLES ENTRE ASSURANCE MALADIE ET ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES > **67 %**
- L'ORGANISATION D'UNE OFFRE DE SOINS ADAPTÉE AUX BESOINS > **60 %**

UN AVIS PARTAGÉ PAR LES PATIENTS

53 %

DES FRANÇAIS JUGENT QUE LES POUVOIRS PUBLICS NE FONT PAS DE LA SANTÉ UNE PRIORITÉ

LA SATISFACTION SUR L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT N'EST PAS HOMOGÈNE SELON LES MODES D'EXERCICE



→ **Source :** Grande consultation de l'Ordre des médecins – 2015

Texte : **Éric Allermoz** | Photos : **Julian Renard / Babel Photo**

Apicéa relie les médecins de ville à l'hôpital

Grâce à la plateforme Web sécurisée Apicéa, les médecins de ville peuvent suivre en temps réel le parcours médical de leurs patients hospitalisés. Reportage au Centre hospitalier intercommunal de Créteil, premier établissement en France à déployer cette solution innovante.

Les médecins de ville réclamaient un tel dispositif de longue date. Depuis septembre dernier, le Centre hospitalier intercommunal de Créteil (CHIC) a réalisé ce souhait en déployant Apicéa. Cette plateforme Web leur permet de suivre en temps réel l'hospitalisation de leurs patients. « *Dès qu'un patient est admis à l'hôpital, son médecin reçoit une notification par mail. De façon sécurisée, il consulte en ligne les jours d'entrée et de sortie, le service d'admission et le nom du médecin hospitalier* », détaille Alexandre Pochon, directeur d'Apicéa, entreprise spécialisée dans les solutions de e-santé et installée dans l'incubateur BioTech Santé, à l'hôpital Cochin. Déjà 150 médecins généralistes et spécialistes du Val-de-Marne ont adhéré à ce dispositif gratuit. Un chiffre qui devrait rapidement progresser dans la mesure où les fonctionnalités de la plateforme ne cessent d'être développées. Depuis mars par exemple, le compte rendu médical est en ligne. Il expose au médecin traitant chaque étape du parcours hospitalier du patient, ses évolutions majeures, le traitement médicamenteux prescrit, etc. Et demain, les radios seront elles aussi disponibles en quelques clics.

Apicéa répond à une forte demande des médecins de ville. « *Quatre praticiens rencontrés sur cinq adhérent au dispositif* », confirme Alexandre Pochon. Même engouement chez les patients, avec 87 % d'entre eux favorables au partage de leurs informations médicales entre médecins*.

** Baromètre Santé 360 « Le parcours de soins », mai 2015 – Odoxa – Le Figaro Santé*

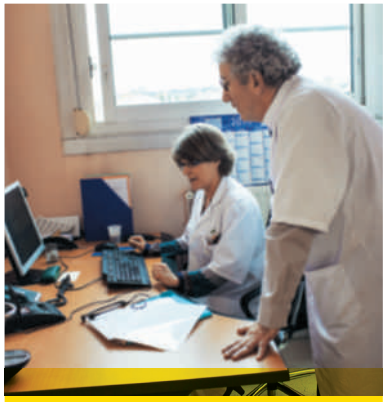
Révolution

Pour le Dr Hervé Hagège, chef du service de gastro-entérologie et responsable de la Commission médicale d'établissement (CME), « *Apicéa révolutionne le lien entre la médecine de ville et l'hôpital. En plus, il n'induit aucune charge de travail supplémentaire pour les personnels soignants.* » Sans compter que l'investissement financier de l'hôpital ne représente « *qu'une goutte d'eau dans le budget de l'établissement* ». Le jeu en vaut donc la chandelle. « *Apicéa améliore le suivi du patient et de son parcours médical global. Le dispositif favorise une prise en charge efficace et documentée. Par ailleurs, il limite la perte d'informations dans le diagnostic et les risques de réhospitalisation inutiles* », insiste le Dr Hagège. Du côté des patients, on approuve également le dispositif. « *C'est rassurant de savoir que mon médecin reçoit rapidement mon compte rendu médical. Cela m'évite de lui téléphoner pour expliquer les examens pratiqués à l'hôpital. C'est pratique, j'ai le sentiment d'être bien suivie dans la continuité* », témoigne une patiente.

40 à 50 établissements supplémentaires

Seul bémol, la plateforme Apicéa ne permet pas aux médecins de com-

Pour les médecins de ville, les atouts d'Apicéa sont multiples: information en temps réel, gratuité, sécurité, aucun frein technologique, moins de courriers, et plus de souplesse pour consulter les comptes rendus médicaux.



« Le bon suivi passe d'un patient passe par la coordination entre la ville et l'hôpital. Aujourd'hui, cette coordination n'est pas assez structurée », estime le Dr Hagège, chef du service de gastro-entérologie du CHIC.

La meilleure prise en charge du patient est au cœur de la plateforme Apicéa, en améliorant les liens entre la médecine de ville et l'hôpital.

muniquer à leur tour avec leurs confrères hospitaliers afin que ces derniers possèdent eux aussi un historique complet du patient. *« Nous travaillons sur cette évolution »*, annonce Alexandre Pochon.
Le CHIC est le premier établissement à inaugurer la plateforme Apicéa en France. *« Entre 40 et 50 établissements hospitaliers devraient s'engager à leur tour en 2016 »*, estime le directeur d'Apicéa.

+ d'infos : www.apicea.fr
www.chicreteil.fr

Témoignage

Dr Marie-Ange Lledo-Durand,
généraliste à Saint-Maur-des-Fossés.

« Une avancée majeure »

« Les médecins de ville ignorent beaucoup de choses du parcours à l'hôpital de leurs patients. Le dispositif Apicéa comble ce manque évident dans le suivi de la prise en charge. C'est une avancée essentielle, d'autant que l'outil s'enrichit du compte rendu d'hospitalisation. Et, la plateforme en ligne facilite la gestion administrative des dossiers. Après avoir reçu une notification d'hospitalisation, je me connecte à Apicéa quand je le souhaite pour prendre des nouvelles du patient. S'il m'appelle pour des précisions, je suis au courant des raisons de son hospitalisation, du traitement médicamenteux. Je suis capable de le tenir informé. Les patients apprécient cette initiative. Si la plateforme améliore la coordination ville-hôpital, elle pose peut-être les prémices du dossier médical partagé (DMP) et sécurisé. Pour cette raison aussi, c'est une avancée majeure. »

Uberisation ? Télémédecine !

Répondre aux besoins médicaux des patients sans laisser s'installer une uberisation de la médecine, tel est l'objectif des propositions formulées dans le rapport de l'Ordre. Intitulé *« Télémédecine et autres prestations médicales électroniques »*, ce document est le fruit d'une mission pilotée par le Dr Jacques Lucas, vice-président du Cnom et délégué général aux systèmes d'information en santé.

Que veut dire « uberisation de la santé » ?

Cette expression issue du conflit entre la société de VTC Uber et les taxis désigne aujourd'hui l'utilisation de nouvelles technologies pour mettre directement en contact des professionnels et des usagers.

Dans le domaine de la santé, des sociétés commerciales proposent ainsi des prestations de « téléconseils personnalisés ». En utilisant ce terme en lieu et place de « téléconsultation », ces sociétés contournent la réglementation. Mais l'Ordre considère qu'il n'y a pas de différence entre les deux prestations. Je pense que ce phénomène découle du fait qu'il existe une réglementation extrêmement contraignante pour qu'un médecin libéral pratique la télémédecine. De plus, cette activité n'est pas inscrite dans la classification commune des actes médicaux.

Autant d'éléments qui ont vitrifié le déploiement de la télémédecine dans le secteur ambulatoire alors qu'il y a une attente forte de la part des patients dans ce domaine.

Comment lutter contre ce phénomène ?

Nous avons d'un côté un cadre très strict dans l'exercice d'une profession réglementée et, de l'autre, un secteur marchand qui ne subit aucune régulation. Il y a une trop grande iniquité. Il faut donc donner à la télémédecine les moyens de prospérer dans le secteur ambulatoire sur l'ensemble du territoire et dans le cadre du parcours de soins. Cela suppose des coûts pour l'Assurance maladie, mais il faut les considérer comme des investissements : une téléconsultation peut éviter un recours au service des urgences par exemple. Ce n'est pas un hasard si les assurances complémentaires proposent des téléconsultations à leurs adhérents…

Quelles sont les propositions du Cnom ?

Tout d'abord, il faut simplifier la réglementation afin que les actes de télémédecine puissent s'inscrire dans la pratique de tous les médecins libéraux. Par ailleurs, cette activité doit figurer dans la classification des actes médicaux. À noter : l'intégration de la téléconsultation téléphonique au décret télémédecine suppose une modification de l'article 53 du code de déontologie puisqu'actuellement le conseil donné par téléphone ne peut donner lieu à honoraires.

Parallèlement, il est nécessaire de mettre en place une régulation des offres proposées par les sociétés intermédiaires. Un processus de contractualisation entre ces sociétés et les ARS doit être défini. Nous demandons que l'Ordre soit consulté pour avis dans le cadre de ce processus. Nous devons également viser les contrats liant le médecin et la société intermédiaire, conformément à la loi sur les missions de l'Ordre, afin de nous assurer que les impératifs déontologiques sont respectés.

Il nous faut désormais avancer très vite. N'attendons pas d'être submergés par un tsunami numérique pour accompagner le déploiement de ces nouveaux outils sur des bases éthiques consolidées.

+ d'infos : Télémédecine et autres prestations médicales électroniques : www.conseil-national.medecin.fr/node/1692

CORÉE DU SUD

BASES DE DONNÉES DE SANTÉ ET ÉCHANTILLONS BIOLOGIQUES HUMAINS : L'AMM POSE DES PRINCIPES ÉTHIQUES

Réuni à Séoul les 30 et 31 janvier dernier, le groupe d'experts rassemblé par l'Association médicale mondiale (AMM) a élaboré un projet de déclaration portant sur les principes éthiques à appliquer en matière de données médicales et de prélèvements biologiques destinés à la recherche. Celui-ci sera soumis à approbation lors de la prochaine Assemblée générale de l'AMM en octobre à Taipei.
Cette nouvelle déclaration s'inscrira dans la continuité de celle d'Helsinki, qui établit les *« principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains »*. Elle rappelle en effet que *« le respect de la dignité, de l'autonomie, de la sphère privée et de la confidentialité des patients et des personnes dont les données et des échantillons font l'objet de prélèvements et de recherche demeure la pierre angulaire de toute appréciation éthique des banques de données de santé et des biobanques »*, explique le Pr Sprumont de l'Université de Neufchâtel.
La Déclaration insiste également sur le fait que la recherche en santé est menée dans l'intérêt des patients et des populations et que les bases de données de santé et les biobanques doivent, par conséquent, poursuivre des objectifs de santé publique. L'AMM souhaite, par le biais de ce texte, *« établir un sain équilibre entre l'intérêt des individus et l'intérêt général »*.
Le texte prévoit enfin une section dédiée aux questions de gouvernance de manière à garantir à la fois les droits des personnes et la qualité de la recherche, avec un accent mis sur la transparence. *« Il vise à encourager sur le long terme la collaboration et les échanges entre tous les acteurs, afin de permettre un dialogue constructif entre le grand public et le monde de la recherche, »* souligne le Dr Xavier Deau, délégué aux affaires internationales du Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) et ancien président de l'AMM.

BELGIQUE

LES NOUVELLES PRIORITÉS DU CPME

Les nouveaux membres du comité exécutif du Comité permanent des médecins européens (CPME) se réunissaient pour la première fois le 21 janvier à Bruxelles. Le Dr Patrick Romestaing, vice-président du Cnom, participait en tant que premier vice-président à cette réunion qui a permis aux membres de débattre des projets et ambitions du CPME pour les trois années à venir et des sujets prioritaires qu'ils souhaitent porter devant les institutions européennes. Concernant la e-santé, le comité exécutif a notamment pris la décision de rejoindre le groupe des parties prenantes en matière de e-santé, organisation qui rassemble patients, professionnels et fournisseurs de services. Le CPME entend ainsi contribuer à faire évoluer la législation dans ce domaine. Il est par ailleurs engagé dans un processus visant à une meilleure coopération entre l'Union européenne et les États-Unis sur ce sujet majeur pour les années à venir. Parallèlement, le CPME a présenté des commentaires au projet de « Code de conduite » pour les applications mobiles de santé, qui vise à garantir la confidentialité des données récoltées.
Cette première réunion a également permis de mettre en place des groupes de travail : le Dr Romestaing pilotera notamment l'équipe dédiée à la démographie médicale ainsi que le groupe éthique.
Le comité exécutif a profité de cette occasion pour affirmer son soutien *« appuyé et continu »* aux médecins et associations médicales en Turquie, exposés à de très rudes interventions des forces armées turques à l'occasion de manifestations.

+ d'infos : www.cpme.eu

entretiens croisés

Texte : **Sarah Berrier** | Photos : **DR**

CONGRÈS DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Construire une économie de la santé efficace et solidaire

Lors de la deuxième édition du Congrès de l'Ordre des médecins, le 29 octobre dernier, a été organisée une table ronde sur l'avenir de notre système de santé. Les invités ont notamment débattu de la place de l'efficacité et de la solidarité dans le système de santé de demain…

8,5 %

c'est la part du reste à charge en France, en 2014. Pour la 3e année consécutive, il est en baisse de 0,2 point.

Source : Cnamts

La Sécurité sociale a soufflé l'année dernière ses 70 bougies… Mais alors qu'il fait toujours figure de modèle et d'exception à travers le monde, notre système de santé est-il encore adapté à notre société ? Est-il encore efficace ? Suffisamment solidaire ? Et dans un contexte économique morose, à l'heure où l'allongement de la durée de la vie et le développement des maladies chroniques pèsent lourd dans les finances de la santé, la solidarité n'est-elle pas en danger ? Notre système ne risque-t-il pas de péricliter ? Autant de questions qui émergent, alors que la nécessité d'une réforme de notre système de santé fait consensus.

C'est pourquoi l'Ordre des médecins avait mis cette thématique au cœur d'une des tables rondes organisées durant son congrès. L'objectif : dresser un état des lieux des forces et des faiblesses de notre système actuel et réfléchir à des pistes d'amélioration et de réformes profondes en accord avec les objectifs d'efficacité et de solidarité attendus aussi bien par les usagers que par les acteurs de santé. Aux côtés du Dr Jean-Marcel Mourgues du Conseil national de l'Ordre des médecins, Frédéric Bizard, Jocelyne Cabanal, Thomas Fournier d'Hennezel et Nicolas Revel se sont prêtés au jeu du débat lors d'échanges passionnés. En voici la synthèse…

Frédéric Bizard
Économiste spécialiste des questions sociales, enseignant à Sciences Po Paris.

Thomas Fournier d'Hennezel
Directeur études et innovation en santé-prévoyance du groupe mutualiste sans but lucratif Covea.

Nicolas Revel
Directeur général de la Cnamts.

Jocelyne Cabanal
Secrétaire nationale de la CFDT, chargée de la protection sociale.

Dr Jean-Marcel Mourgues
Conseiller national et président de la Commission jeunes médecins du Cnom.

Comment mesurer l'efficacité et la solidarité d'un système de santé ?

Dr Jean-Marcel Mourgues

Tout d'abord, lorsque l'on compare les modèles internationaux, on se rend compte qu'il n'existe pas de modèle idéal. Pour moi, l'efficacité d'un système de santé se mesure selon trois critères principaux. Tout d'abord, la qualité des soins. Si, en France, nous sommes bien classés en matière d'espérance de vie, notons que nous le sommes moins en termes de mortalité prématurée (avant 65 ans). Deuxième critère : la démocratie sanitaire, et notamment la participation des patients à leur santé. Nous sommes passés d'un paternalisme médical à une autonomie des patients dans une décision partagée. Et le troisième critère est le coût du système de santé…
Quant à son degré de solidarité, il est souvent déterminé en fonction de la part des dépenses de santé prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire, du reste à charge et de l'accès financier aux soins pour tous. Mais je pense qu'il faut également tenir compte des inégalités sociales et territoriales.

Nicolas Revel

Aujourd'hui, la part des soins couverts par l'Assurance maladie obligatoire est de 76,6 %. C'est selon moi un élément de solidarité très fort. Autre donnée significative : le reste à charge. En France il est de 8,5 % : c'est l'un des plus faible au monde. Quant à l'efficacité, c'est une notion plus complexe et multifacette. Le Dr Mourgues a parlé de l'espérance de vie et de la mortalité prématurée. De mon côté, je pense que l'espérance de vie à 65 ans est un très bon indicateur de la performance d'un système de santé, d'autant plus dans un contexte de population vieillissante atteinte de pathologies chroniques. Et la France a l'espérance de vie à 65 ans la plus élevée au monde. Le second critère d'efficacité réside dans la régulation du système et la maîtrise des dépenses. En France, depuis cinq ans, nous avons réussi à respecter l'objectif national des dépenses d'Assurance maladie (Ondam) sans recourir à deux expédients qui, c'est ma conviction, mettraient à mal la solidarité à savoir : l'augmentation du reste à charge et le rationnement des soins.

Thomas Fournier d'Hennezel

De mon côté, je pense que l'on confond depuis trop longtemps solidarité et égalitarisme. On donne à chacun selon ses besoins mais sans tenir compte de ses ressources. Un malade chronique, en particulier s'il appartient à une catégorie socioprofessionnelle peu élevée, a besoin d'un accompagnement personnalisé. Pour moi la solidarité c'est ça. Je voudrais juste donner un chiffre pour vous convaincre : 99 % de nos assurés ont un reste à charge après une hospitalisation. Après notre intervention, plus de 90 % d'entre eux n'en ont plus aucun. Cela montre bien que les complémentaires santé sont des acteurs essentiels de la solidarité.

Frédéric Bizard

Une économie solidaire et efficace de santé, c'est avant tout une économie bien régulée. La santé est un bien public mixte, avec des opérateurs publics et des opérateurs privés. Ce qui est déterminant dans ce modèle, c'est donc la régulation de ces opérateurs, leur gouvernance. Le deuxième élément important réside dans le système de financement. Celui-ci doit avoir trois fonctions : la maîtrise des dépenses, un effet de redistribution et un investissement social. Enfin, il faut des modes de paiement adaptés qui garantissent à tous un accès aux soins.

Quelles limites rencontre notre système de santé en termes d'efficacité et de solidarité ?

Dr Jean-Marcel Mourgues
Je vous parlais des inégalités sociales et territoriales, je pense qu'elles font partie des limites. Par exemple, il existe un écart de 7 ans entre l'espérance de vie des ouvriers et celle des cadres. Cela révèle des failles importantes quant à la réelle efficacité et solidarité de notre système. Par ailleurs, notre système de santé n'a pas réussi à prendre le virage ambulatoire. Nous sommes passés à côté des nécessités d'une adaptation des prises en charge en ville. Enfin, notre système de santé vit une triple révolution : démographique, liée à l'augmentation de l'espérance de vie ; épidémiologique, avec l'« épidémie » des maladies chroniques ; et technologique, avec l'explosion de l'e-santé, de la génomique… Donc nous avions un système merveilleux mais qui a atteint son point de rupture.

Jocelyne Cabanal
Notre système de santé est effectivement une richesse fantastique. Pour autant, comme le disait le Dr Mourgues, des inégalités sociales très fortes persistent. Je vois aussi une deuxième limite : nous avons pratiquement résolu la question de la solvabilité des patients quant aux soins, mais nous n'avons pas su construire la solvabilité de la prévention, d'autant plus que cela concerne plus particulièrement les personnes qui y ont le moins accès et qui en auraient le plus besoin. Enfin, en tant que syndicaliste, j'entends les revendications liées à la rémunération des médecins. Mais je pense que la problématique est plus large : elle concerne aussi l'articulation vie familiale-vie professionnelle, la question du sens, du respect, ou encore de l'autonomie.

Frédéric Bizard
Le système français est clairement le meilleur modèle qui a été conçu à son époque, en 1945, sauf qu'il est inadapté à l'environnement dans lequel on vit aujourd'hui. Les systèmes de gouvernance ainsi que le financement correspondent à un monde qui n'existe plus. Par ailleurs, depuis dix ans, l'Assurance maladie maintient la valeur nominale des actes afin de maîtriser ses dépenses. La valeur réelle des actes ne cesse donc de se dégrader. Pour y faire face, les médecins doivent augmenter leur volume… mais ce n'est pas durable. Par ailleurs, j'estime que les organismes privés financiers peuvent être une opportunité dans notre système mais pas tel qu'ils sont organisés aujourd'hui. Nicolas Revel l'a rappelé : nous avons le reste à charge le plus faible au monde. Donc le renoncement aux soins que nous constatons ne résulte pas du reste à charge, mais du manque d'efficacité du système de financement privé.

Thomas Fournier d'Hennezel
De mon côté, j'observe que les pouvoirs publics ont, sur le système de santé, un regard d'une autre époque. Ils misent sur une nationalisation des médecins, de la donnée, des organismes complémentaires pour résoudre les problèmes. Or si nous voulons répondre à ce besoin d'efficacité exprimé par les patients, il faut laisser à tous les acteurs, publics comme privés, les moyens de faire émerger les pratiques innovantes et d'inventer un système de santé qui corresponde aux pratiques du XXIe siècle.

Nicolas Revel
Malgré les forces de notre système de santé, je pense que nous avons des marges d'amélioration. Nous savons par exemple que nous avons du renoncement aux soins sur certains postes de dépenses de santé, notamment sur les soins dentaires. Il s'agit d'une problématique partagée par les complémentaires, que nous devrons traiter à un moment donné. Ensuite, je voudrais rappeler, par rapport à la question de la rémunération des médecins, que depuis quelques années, les modes de rémunération se sont diversifiés par le biais de dispositifs conventionnels négociés et signés avec les syndicats de médecins : rémunération sur objectifs de santé publique, majoration personnes âgées ou encore le forfait médecin traitant.

Quelles pistes explorer pour réformer notre système de santé en répondant à ces besoins ?

Dr Jean-Marcel Mourgues
Nous ne pourrons pas faire évoluer le système sans mettre en œuvre une vraie démocratie sanitaire et sans écouter davantage les professionnels de santé. Ensuite, je pense que pour que la prévention soit efficace, elle doit être davantage personnalisée. Mais mettre en place un tel dispositif comporte nombre de difficultés qui ne peuvent être surmontées sans le concours des professionnels de santé. Il y a aussi un consensus à trouver sur l'évolution nécessaire des modes de paiement des médecins. Mais c'est un chantier complexe et protéiforme.

Jocelyne Cabanal
Tout d'abord, partageons-nous ces objectifs de solidarité ? C'est à partir des réponses à cette question que nous allons déterminer quel pacte social construire. Quant à l'efficacité du système de santé, il est nécessaire de réaliser un diagnostic partagé dans chaque territoire, afin de voir quels systèmes fonctionnent. Le niveau territorial me semble pertinent : l'ensemble des acteurs de la santé peuvent trouver des solutions sur mesure. De plus, je pense que ces acteurs doivent rendre des comptes en acceptant l'évaluation, en étant capable de la rendre publique dans un souci de transparence. Je pense d'ailleurs que l'ensemble du système doit avoir une gouvernance dont nous pourrions interpeller la responsabilité vis-à-vis de son efficacité et de sa solidarité.

Nicolas Revel
Je pense que nous pouvons progresser sur la prévention primaire et secondaire. Nous avons déjà proposé un dispositif sur le dépistage et la prise en charge du surpoids des enfants, traduit dans une disposition du PLFSS 2016. Nous allons aussi lancer une expérimentation sur l'accompagnement intensif et la prévention du diabète de type 2. Par ailleurs, le virage ambulatoire se heurte aujourd'hui au retard pris dans la structuration de l'offre de soins primaires. Nous avons encore des choses à faire dans ce domaine et dans la coordination des professionnels de santé en ville. D'ailleurs, l'agenda conventionnel de 2016 portera notamment sur l'interprofessionnalité en ville. Une convention qui passera par le dialogue et par la coconstruction.

Frédéric Bizard
Le monde a changé et le rôle des médecins doit évoluer, en plus des soins, vers d'autres missions de coordination, de prévention… Cela nécessite une réforme des métiers et des financements. Ensuite, la gouvernance de notre système de santé doit retrouver la confiance des usagers. Certains suspectent l'État de tirer les ficelles de l'Assurance maladie… Or la confiance en la gouvernance est absolument essentielle au bon fonctionnement d'un système économique. Pour ma part, je pense que les missions du conseil de l'Ordre doivent s'élargir notamment vers la régulation de l'activité médicale au sens large.

Thomas Fournier d'Hennezel
Pour ma part, je vois cinq pistes d'action. D'abord, simplifier notre système en nous appuyant par exemple sur le numérique. Ensuite, nous devons mieux répondre au besoin d'information des patients. Il y a aussi le problème de la démographie médicale, déjà perceptible et assez préoccupant pour les prochaines années. Quatrième piste : intégrer dans les prises en charge à 100 % les prestations d'assistance (portage de repas, tierce personne à domicile, gardiennage des enfants, conduite, etc.), qui participent à la récupération du patient. Et enfin, il faut développer l'accompagnement personnalisé des patients atteints d'une maladie chronique. Les programmes que la Cnamts met en place sont intéressants mais insuffisants. Je pense qu'il y a un travail collectif à réaliser.

dossier

Textes : **Sarah Berrier** | Photos : **iStock**

Être médecin à l'heure des TIC en santé

Depuis plusieurs années, notre société vit une véritable révolution numérique, portée par le développement fulgurant des technologies de l'information et de la communication (TIC) en santé. L'exercice de la médecine n'est pas épargné. Alors comment faire de ces bouleversements des opportunités, et ce dans le respect de l'éthique et de la déontologie inhérentes à la profession ? Quelques éléments de réponses.

« Il est nécessaire que l'Ordre apparaisse de façon lisible pour tracer des voies qui permettront aux médecins d'appréhender les moyens technologiques qui s'offrent à eux », soulignait le Dr Patrick Bouet, président du Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom), à l'occasion du débat organisé en février sur « La santé dans la société de l'information et de la communication ». Et pour cause, sept Français sur dix ont déjà consulté Internet pour obtenir des informations en matière de santé[1]. Parallèlement, le médecin est considéré comme la première source fiable d'informations en matière de santé[1]. Un double constat qui marque une évidence : dans notre société du numérique, le professionnel de santé a un rôle indispensable à jouer dans l'information des patients via les nouveaux médias. Mais dans quel cadre ? « *La problématique réside dans les contours de la publicité en médecine,* admet le

Point de vue de l'Ordre

Dr Jacques Lucas, vice-président du Cnom, délégué général aux systèmes d'information en santé

« Clarifier les situations et donner des repères »

Le médecin est considéré comme étant la première source fiable d'information en santé[1]. Une légitimité sans doute appuyée par le foisonnement d'informations de qualité variables disponibles via Internet. Mais la frontière entre information et publicité est parfois ténue et sujette à interprétation, d'autant plus sur ces nouveaux médias qui peuvent rapidement rendre une information virale. Ainsi, certains peuvent-ils être tentés de voir matière à publicité dans la présence d'un médecin sur le Web. Or toute information publiée sur Internet n'a pas obligatoirement un caractère ou une finalité publicitaire. Il devenait donc indispensable de définir en amont du contentieux disciplinaire le contour de la publicité en médecine. C'est ainsi dans un souci de clarification et afin de donner des repères quant aux possibilités offertes aux médecins par ces nouveaux médias que l'Ordre a mené une réflexion ouverte à de nombreux acteurs et pas uniquement du monde de la santé. Les résultats feront l'objet d'un rapport qui sera publié dans les semaines à venir. Nous souhaitons par ce biais militer pour que les médecins s'impliquent sur le Web, produisent de l'information et soient interactifs aussi bien pour enrichir leurs relations avec leurs patients que dans un objectif d'information du grand public ou d'échanges avec des confrères.
La seule condition fondamentale restant, quoi qu'il en soit, la conformité de ces actions à la déontologie médicale.

« Quand un secteur professionnel décide d'entamer une démarche éthique autour de l'information et de la publicité, il faut avoir le courage, l'humilité et l'ouverture d'esprit d'accepter le débat avec la société civile et de l'associer au contrôle des règles. »

Catherine Grelier-Lenain, **directeur déontologie** à l'Autorité de régulation professionnelle de la publicité.

Dr Jacques Lucas, vice-président du Cnom et délégué général aux systèmes d'information en santé. *Le code de déontologie, repris dans l'article R.4127-19 du code de la santé publique, associe la publicité à une finalité commerciale. De ce fait, nous considérons que le médecin peut délivrer des renseignements pratiques et des informations médicales objectives à finalité informative, scientifique, préventive ou pédagogique sans qu'elles soient publicitaires.* » Un livre blanc de l'Ordre sera publié prochainement. Il s'attachera notamment à préciser le champ de la publicité en médecine, qui se trouve restreint en ce qui concerne la promotion des intérêts particuliers et ouvert quand il vise l'intérêt général de la population à l'information.

Avoir un site professionnel

Le médecin peut créer un site Web pour renseigner ses patients sur son exercice, sous réserve qu'il bannisse toute forme de publicité : les bannières, les encarts et les messages à caractère promotionnel ou commercial dans les contenus (titres, textes, visuels, nom de domaine…).

Le site professionnel d'un médecin peut en revanche contenir des informations pratiques : numéro de téléphone, horaires, adresse du cabinet, montant des honoraires, carte interactive, diplômes, orientations particulières, langues parlées… Il peut aussi fournir des renseignements sur les actes techniques que le médecin réalise, le matériel qu'il emploie, etc. Les informations délivrées par le professionnel doivent être objectives, sans emphase ni promesses. Par exemple, un chirurgien esthétique peut indiquer qu'il réalise des rhinoplasties, expliquer les techniques employées pour cette intervention, préciser le nombre d'actes réalisés chaque année… Mais il ne doit en aucun cas mentionner qu'il est le meilleur dans ce domaine (publicité comparative et fallacieuse), publier des témoignages de patients ravis de ses interventions (publicité testimoniale) ou encore envoyer un mailing pour proposer ses services (démarchage).

Sur son site professionnel, le praticien

peut aussi publier des informations médicales en lien avec son activité – explications sur des pathologies, liens vers des études scientifiques –, sous réserve que les données soient confirmées et sourcées.
Outre son caractère informatif, le site professionnel du médecin peut également contribuer à fluidifier les relations avec ses patients, par exemple grâce à un dispositif pour la prise de rendez-vous en ligne. Dans ce cas, le médecin doit s'assurer que les données d'identification du patient restent confidentielles et ne soient pas réutilisées à d'autres fins. Enfin, si le site ne doit contenir aucun contenu publicitaire, il ne doit pas non plus être promu par le biais de canaux publicitaires ou de techniques commerciales (publicité par bannières promotionnelles, référencement payant…).

Quand les NTIC s'immiscent dans le colloque singulier

Internet a rendu accessible à tout un chacun une infinité d'informations. « *Selon ses besoins, la personne va aller lire l'information sur Wikipédia, elle va peut-être survoler un texte de la HAS qui est souvent illisible pour le français lambda, puis elle va très souvent chercher des témoignages d'individus qui ont vécu la même chose, d'où le succès des forums,* décrypte le Dr Dominique Dupagne, créateur du site atoute.org. *Ensuite, elle va interroger son propre médecin. Finalement elle va chercher différentes sources et les confronter.* » Cet accès à l'information a créé un phénomène dit d'« empowerment » des patients ou des « patients experts ». « *Mais en réalité, le patient n'est pas expert de tout,* soulève le Dr Alain de Broca, PH au CHU d'Amiens, philosophe[2] et directeur de l'Espace éthique de Picardie. *Les informations qu'il trouve sur Internet génèrent beaucoup de questions. Alors peu importe où le patient trouve l'information, nous devons, en tant que médecins, admettre qu'Internet est un tiers qui s'interpose entre le soignant et le soigné avant même qu'il entre dans le cabinet. À nous*

« Les individus ont plus confiance en une information délivrée par leurs pairs que par un canal officiel qui peut-être le médecin, une institution ou un gouvernement. Il faut donc impérativement intégrer ce phénomène de réseaux. »

Christine Balagué,
vice-présidente
du Conseil national du numérique.

7 FRANÇAIS SUR 10
CONSULTENT INTERNET POUR OBTENIR DES INFORMATIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ

DES FRANÇAIS
QUI N'UTILISENT PAS ENCORE INTERNET COMME VECTEUR D'INFORMATION MÉDICALE SERAIENT ENCLINS À VISITER LE BLOG OU LE SITE DE LEUR MÉDECIN

* Plusieurs réponses possibles.
Source : *Les conséquences des usages d'Internet sur les relations patients-médecins*, sondage Cnom, 2010.

FOCUS

Médecins et blogueurs

Les Drs Dominique Dupagne, médecin généraliste et Jean-Marie Vailloud, cardiologue, sont tous deux blogueurs depuis plus de dix ans. Ils reviennent sur leur démarche…

Pourquoi avez-vous décidé de créer un blog ?

Dr Dominique Dupagne : J'ai créé le site atoute.org en 2000, pour répondre à un besoin de pédagogie sur les problèmes de santé auprès des patients. Je lisais beaucoup d'âneries dans les médias et j'ai trouvé qu'Internet était un moyen remarquable pour informer et redresser des erreurs. Au départ, atoute.org était un site de forums. Il s'agissait de répondre aux questions des internautes, non pas sur leur santé mais sur les maladies en général. Ils pouvaient aussi échanger entre eux. J'ai ensuite créé une partie blog consacrée à l'éthique de la profession, la déontologie médicale mais aussi aux grands problèmes de santé publique…

Dr Jean-Marie Vailloud : Pour ma part, ce sont des blogs de soignants qui m'ont donné envie de me lancer et de créer grangeblanche.com en 2005. Au début, je racontais mon quotidien à l'hôpital ou en tant que médecin libéral. Mais ma vie étant celle d'un cardiologue de province, et non pas d'un superhéros, j'ai fini par me tarir… Je me suis alors attaché à analyser la communication des industries pharmaceutiques. L'idée était de mettre en exergue les techniques utilisées par les laboratoires pour présenter les études à leur avantage. Et ensuite, je montrais comment il aurait fallu présenter l'étude si on avait voulu être objectif. Aujourd'hui, par manque de temps, je me suis mis en retrait de mon blog, mais je reste actif sur Twitter.

Comment avez-vous écarté le risque que votre blog soit considéré comme de la publicité ?

Dr Dominique Dupagne : Je me suis posé des questions très tôt à ce sujet. Il y avait en effet la nécessité, selon la charte internet HON de la HAS, de ne pas publier de façon anonyme. Mais elle entrait en contradiction avec l'interdit publicitaire qui s'applique aux médecins. J'ai donc tranché et choisi de publier en mon nom mais de ne plus prendre de nouveaux patients. Si je devais recommencer, je ferais comme le bloggeur maître Eolas, qui est avocat. Il jouit d'une forte crédibilité malgré l'utilisation d'un pseudo. Selon moi, la crédibilité se construit avant tout sur la qualité des contenus publiés.

Dr Jean-Marie Vailloud : Justement, quand j'ai créé mon blog, j'utilisais un pseudo, Lawrence Passmore. Je voulais vivre ma vie de médecin indépendamment de mon activité de bloggeur. Puis un jour, quelqu'un m'a demandé qui j'étais réellement parce qu'il ne trouvait pas Lawrence Passmore dans l'annuaire du Cnom. Ça m'a fait réfléchir et je me suis rendu compte que je n'avais rien à cacher. J'ai donc utilisé mon vrai nom à partir de 2008. Par contre, j'ai clairement indiqué dans les conditions d'utilisation du site que je refuserais toute demande de consultation par le biais de ce blog.

Quels conseils donneriez-vous à un médecin qui voudrait se lancer ?

Dr Jean-Marie Vailloud : Tout d'abord, respecter les règles de déontologie médicale, et notamment la confidentialité du patient. Ensuite, il faut toujours veiller au respect le patient : il n'est pas un punching-ball. Il faut aussi rester objectif et documenter ses propos en rattachant chacun de ses arguments à une référence bibliographique. Enfin, il faut rester honnête, ne pas mentir, ne pas travestir la réalité pour qu'elle aille dans votre sens.

Dr Dominique Dupagne : La médecine est une science particulière parce qu'elle influence la vie de gens. Il faut donc faire attention aux conséquences de nos publications. Je me suis beaucoup interrogé, par exemple, quand j'ai écrit sur la transmission du sida. En effet, est-ce judicieux de préciser que le virus est en réalité peu contagieux par voie sexuelle vaginale ? Après, il ne faut pas non plus mentir « pour la bonne cause ». C'est ce qui contribue à décrédibiliser l'information en santé et donne des armes aux « complotistes ».

d'être ensuite des médiateurs de cette information. »

Par ailleurs, le médecin peut lui-même utiliser les ressources d'Internet en conseillant à ses patients des sites d'information, des forums ou groupes de discussion dédiés à une pathologie… « *On soulève souvent les risques d'une fausse ou d'une mauvaise information sur Internet,* remarque le Dr Jacques Lucas. *Mais il faut aussi prendre en considération les avantages de ce média.* »

D'origine Web et fiable ?

Les pouvoirs publics ont tenté il y a quelques années de mettre en place une certification des sites de santé. La HAS avait ainsi été chargée de déployer cette certification baptisée « HON ». Mais ce dispositif a rapidement été abandonné. « *Ce désir de la puissance publique d'encadrer Internet est définitivement voué à l'échec,* soutient le Dr Jacques Lucas. *Nous appelons à une gouvernance de la e-santé qui associerait les médecins, les professionnels de santé, les patients, le monde du numérique, les industriels et la puissance publique. Cette gouvernance n'aurait pas vocation à produire des textes réglementaires mais à créer une régulation en co-construction.* »

Une idée également avancée par Christine Balagué, vice-présidente du Conseil national du numérique : « *Il y a des problèmes complexes dans le monde digital qu'on ne peut résoudre seul. Dans tous les secteurs, les acteurs font de l'*open innovation : *ils trouvent des solutions en collaboration avec des consommateurs, des fournisseurs, des acteurs institutionnels… Nous devons reprendre le même principe dans la santé.* »

Des blogs aux réseaux sociaux

Les NTIC n'ont pas seulement investi la relation individuelle entre le médecin et ses patients. Que ce soit à travers les réseaux sociaux ou les blogs, les professionnels de santé peuvent partager des informations à destination des confrères ou du grand public. Une pratique encore assez confidentielle, qui contribue pourtant à améliorer la fiabilité des informations disponibles sur le Web. « *Si les médecins ne prennent pas cette place d'information qui leur est légitime, elle sera prise par d'autres* », prévient Catherine Grelier-Lenain, directeur déontologie à l'Autorité de régulation professionnelle de la publicité (ARPP).

Comme pour les sites professionnels, les publications des médecins via un blog ou des réseaux sociaux doivent être conformes aux règles déontologiques. « *Le médecin doit veiller à ne pas déconsidérer la profession en heurtant le public par ses propos,* rappelle le Dr Jacques Lucas. *Il peut évidemment exprimer sa pensée, voire s'opposer à une opinion, sous réserve d'être respectueux des personnes et de ne pas lancer d'attaque* ad hominem. » De même, le secret médical doit impérativement être respecté et l'identification des patients rendue impossible.

« *Toute communication de*

Dr Alain de Broca, **praticien hospitalier, philosophe et directeur** de l'Espace éthique de Picardie.

« Le numérique est potentiellement délétère parce qu'il peut immiscer une froideur dans la relation patient-médecin. Il faut donc faire en sorte de dépasser cette barrière et former les médecins à cette nouvelle relation au patient. »

POUR ALLER PLUS LOIN…

- ***Le Médecin dans la société de l'information et de la communication,*** livre blanc de l'Ordre, à paraître, 2016.
- ***La Santé dans la société de l'information et de la communication,*** débat de l'Ordre, février 2016. Intervenants : Christine Balagué, vice-présidente du Conseil national du numérique, Dr Alain de Broca, praticien hospitalier, philosophe et directeur de l'Espace éthique de Picardie, Catherine Grelier-Lenain, directeur déontologie à l'Autorité de régulation professionnelle de la publicité, Marc Payet, grand reporter, journaliste thématique santé au *Parisien*, et Dr Jacques Lucas, vice-président du Cnom, délégué général aux systèmes d'information en santé.
  Compte-rendu du débat : www.conseil-national.medecin.fr/node/1695
- ***Le B.A.-ba sur la réputation numérique,*** bulletin de l'Ordre n° 42 (janv.-fév. 2016).
- ***De la e-santé à la santé connectée,*** livre blanc de l'Ordre, 2015.
- ***Données personnelles de santé et open-data,*** webzine de l'Ordre, 2014.
- ***Déontologie médicale sur le Web,*** livre blanc de l'Ordre, 2011.

cas cliniques ou d'illustrations imagées de propos dans l'espace public doit préserver l'intimité des personnes », insiste le vice-président de l'Ordre.

Cependant, la présence de médecins dûment identifiés sur le Web, que ce soit sur des blogs, des communautés, des forums, des réseaux sociaux pose également des interrogations quant à l'interdit publicitaire inhérent à la profession. Différents moyens existent pour lever tout soupçon de publicité, comme l'utilisation d'un pseudonyme, la non-divulgation des coordonnées et du lieu d'exercice, ou encore la décision de ne plus prendre de nouveaux patients (voir Focus « Médecins et blogueurs » p. 20). « *De notre côté, nous avions envisagé l'usage de pseudonymes électroniquement certifiés par le Cnom,* avance le Dr Jacques Lucas. *Le médecin inscrit au Tableau pourrait "déposer" dans le système d'information de l'Ordre son pseudonyme sans que l'Ordre ait accès à son identité. Nous pourrions alors attester que le pseudo appartient bien à un médecin, sans pour autant lever son anonymat.* » Si cette idée avait recueilli un accueil plutôt mitigé auprès des médecins du Web, la réflexion se poursuit… « *Nous sommes face à des défis très importants. Le monde numérique va bouleverser notre façon d'exercer. Il faut donc discerner les avantages et identifier les risques pour les combattre. Mais nous ne pouvons pas nous opposer à cette révolution. Personnellement, je pense que l'avenir est plus porteur de promesses que de risques… Cela a toujours été ainsi dans l'histoire de la médecine* », conclut le vice-président du Cnom.

+ d'infos :
www.conseil-national.medecin.fr
– Rubrique La e-santé

1. Enquête Cnom / Ipsos « Les conséquences des usages d'Internet sur les relations patients-médecins », 2010.
2. Auteur du livre *Soigner au rythme du patient.*

Point de vue extérieur

Cécile Méadel, sociologue, professeur à l'université Panthéon-Assas

« Le Cnom doit encourager les médecins à investir ce média »

Dans quelle mesure les médecins sont-ils présents sur Internet ?
Après une première phase de réticence assez forte, ou en tout cas d'inquiétude vis-à-vis d'Internet, les médecins sont de plus en plus présents, même s'ils restent peu nombreux à publier réellement. Ils sont davantage commentateurs, observateurs et bien sûr utilisateurs… Ils s'intéressent aussi à ce que disent les patients : on les retrouve parfois dans les groupes de discussion ou les forums parce qu'ils souhaitent par exemple savoir comment les gens vivent une pathologie… En revanche, l'utilisation professionnelle dans l'interaction directe avec leurs patients reste extrêmement limitée. Mais cela évolue…

Quelles sont les réticences des médecins vis-à-vis d'Internet ?
Tout d'abord ils craignent d'être confrontés à un patient qui a beaucoup de questions en raison de ses recherches : répondre prend beaucoup de temps et les médecins en manquent cruellement. Cela dit, les patients sont conscients de cette réticence des médecins et ont donc tendance à les protéger, à ne pas leur dire qu'ils sont allés sur Internet… Chez certains, il y a aussi la crainte de perdre son autorité face à des patients qui peuvent devenir très « savants » sur leur pathologie. Mais ces derniers ne pourront pas pour autant se passer d'un professionnel doté d'une connaissance plus globale de la médecine. Ils le savent et ne cessent de le dire. Enfin, il y a un frein lié à la qualité des informations sur le Web. Mais les études réalisées sur le sujet ont montré que, en particulier dans les maladies sérieuses, la qualité de l'information est plutôt bonne. Ce n'est pas parfait mais il y a une autorégulation par la communauté. Par exemple, sur les forums de discussion, un charlatan est très vite dénoncé.

Quel rôle doit jouer l'Ordre selon vous ?
Je pense que le Cnom doit encourager les médecins à investir ce média, en levant notamment les ambiguïtés liées à la réglementation et en définissant ce qu'est la publicité dans le domaine de la médecine. Quant à une éventuelle régulation des contenus, c'est comme vouloir vider un puits sans fond, cela n'a aucun sens. Il faut faire davantage confiance aux patients et aux associations ou collectifs de patients. Selon moi, mieux vaut faire de l'information et de la pédagogie à destination des médecins pour qu'ils comprennent comment Internet peut devenir un allié. Il faut qu'ils puissent dire à leurs patients d'aller voir tel site, qu'ils n'aient pas l'impression que Doctissimo est infréquentable, qu'ils sachent où trouver des groupes de discussion… C'est quelque chose qui manque dans la formation des médecins et cela crée des inquiétudes inutiles.

vos informations pratiques

le guide juridique

24. décryptage
Loi créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

26. pratique
Collaboration médecin traitant, médecin du travail, médecin-conseil : y a-t-il du nouveau sur le secret médical ?
Procédure de signalement par les professionnels de santé de situations de maltraitance

30. en bref
Données à caractère personnel et gestion nationale des personnes détenues en établissement pénitentiaire (GENESIS)

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

DÉCRYPTAGE

Loi créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

La nouvelle loi fin de vie, dite Claeys-Leonetti, a été adoptée le 27 janvier après d'âpres discussions à l'Assemblée nationale et au Sénat. Analyse des principales modifications apportées par ce nouveau texte.

Pourquoi une nouvelle loi fin de vie ?

La loi Leonetti de 2005 avait permis de clarifier de nombreuses situations de fin de vie et avait facilité l'expression de la volonté des patients par le biais des directives anticipées. Problème : **cette loi n'a pas été appliquée**. Les médecins ne se sont pas approprié le texte, peut-être par méconnaissance de ses dispositions ou par crainte d'être poursuivis.

Dix ans après, le constat est sévère : on meurt toujours aussi mal en France et les « pro-euthanasie » gagnent du terrain. D'où la nécessité de légiférer de nouveau.

Contrairement à 2005, le parcours de cette nouvelle loi a été chaotique…

Si, en 2005, la loi avait été votée à l'unanimité au Parlement, ce scénario ne s'est pas reproduit. Le texte proposé par MM. Claeys et Leonetti a été voté en première lecture à l'Assemblée nationale, puis complètement détricoté par le Sénat avant d'aboutir finalement en commission mixte paritaire.

Quels sont les changements apportés par ce texte ?

La loi Claeys-Leonetti de 2016 reprend certains grands principes de la loi de 2005, à savoir :

- la possibilité de ne pas entreprendre ou d'interrompre investigations et traitements ;
- le fait de ne pas s'obstiner déraisonnablement ;
- le droit d'utiliser des antalgiques à doses suffisantes en toute fin de vie pour soulager la souffrance, quand bien même ils écourteraient ce qu'il reste de vie.

› Parallèlement, la nouvelle loi renforce le rôle et la place du patient dans les décisions. Ainsi, l'article 1 précise que toute personne a le droit de recevoir **sur l'ensemble du territoire** les traitements, les soins et le meilleur apaisement possible de la souffrance. L'article 5 vient le compléter en indiquant que **toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement**. À savoir : la nutrition et l'hydratation sont désormais considérées, dans une situation de

ENTRE LE DEVOIR DE SOULAGER LES SOUFFRANCES ET L'INTERDIT DE DONNER LA MORT

La frontière entre l'obligation de soulager les souffrances et l'interdiction de donner la mort, inscrites dans le serment d'Hippocrate, interroge depuis longtemps. Le Dr Max Simon, premier rédacteur d'un code de déontologie médicale en 1845, indiquait : *« Les médecins ne sauraient convertir leur science en un instrument homicide. Tout ce que la médecine peut pour adoucir la souffrance de l'homme, elle le doit. »* En 1882, le Dr Amédée Dechambre, directeur de publication du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, écrivait à son tour : *« Certes si le remède devait tuer nécessairement, on devrait s'en abstenir à tout prix ; mais la simple possibilité de hâter de quelques instants la fin d'un malheureux ne doit pas être mise en balance avec la certitude d'adoucir ses derniers moments. »*

fin de vie, comme des traitements. **Une sédation profonde et continue associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements peut ainsi être mise en œuvre à la demande du patient dans les situations suivantes :**

- Le patient, atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme, présente une souffrance réfractaire aux traitements.
- La décision du patient atteint d'une affection grave et incurable d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.

Cette disposition est mise en œuvre dans le cadre d'une procédure collégiale qui permet à l'équipe de vérifier préalablement que ces conditions d'application sont bien remplies.

› Dans le cas où le patient en fin de vie n'est pas en état de s'exprimer, le médecin doit rechercher ses **directives anticipées**. La loi prévoit de nouvelles dispositions les concernant. Elles doivent figurer dans un registre dédié à cet effet et perdurent dans le temps. De plus, les directives anticipées sont désormais contraignantes alors qu'elles n'avaient, auparavant, qu'un caractère informatif. Cependant, elles ne s'imposent que si la situation pathologique du patient est appropriée. Quoi qu'il en soit, la décision de suivre, ou à l'inverse, de ne pas suivre les directives anticipées d'un patient est prise dans le cadre d'une procédure collégiale.

› La loi fait également évoluer le rôle de la **personne de confiance** qui, dans le cas où le patient est dans l'impossibilité de s'exprimer et n'a pas rédigé de directives anticipées, prévaut sur toute autre personne. La personne de confiance a pour mission d'indiquer à l'équipe médicale ce qu'aurait souhaité le patient. Si ce dernier n'a pas désigné de personne de confiance, le médecin devra consulter la famille ou les proches.

Quelle que soit la procédure suivie, **toutes les étapes doivent être inscrites dans le dossier médical** du patient dans un souci de transparence et de traçabilité.

Euthanasie, sédation profonde : quelle est la frontière ?

Le nouveau texte de loi prévoit la possibilité d'une **sédation profonde et continue** pour soulager les souffrances réfractaires d'un malade en phase avancée ou terminale, même si cela peut abréger la vie. Cette disposition avait été proposée par l'Ordre dès 2013 dans le cadre des travaux préparatoires à la nouvelle loi. Le **distinguo entre sédation et euthanasie** réside dans plusieurs aspects :

- **l'intentionnalité de l'équipe médicale**, à savoir le bien-être du patient et non pas son décès.
- **la pharmacopée**, puisque les produits utilisés ne sont pas les mêmes.
- **la temporalité,** qui est fondamentalement différente. Pour une sédation, si la mort peut-être hâtée elle n'est en aucun cas programmée et donc elle survient quand elle doit survenir. Or pour une euthanasie, il y a la décision de donner la mort à un instant « T » et la soudaineté dans la survenue de la mort.

Lors des travaux préparatoires au projet de loi, l'Ordre avait évoqué la possibilité pour les médecins d'invoquer la clause de conscience. À cette période, la crainte était forte de voir émerger une loi « euthanasie ». Depuis, l'Ordre est revenu sur sa position dans la mesure où la sédation profonde répond au devoir des médecins de soulager la souffrance. Invoquer une clause de conscience dans ce contexte irait donc à l'encontre de l'éthique médicale. Cependant un médecin qui ne voudrait pas participer à la validation d'une sédation pourrait se retirer de la procédure collégiale en se retranchant derrière l'article 47 du code de déontologie médicale.

Seuls 8 %

des Français ont rédigé leurs directives anticipées.

Quelles sont les réserves de l'Ordre vis-à-vis de cette loi ?

Un certain nombre de mesures doivent encore être précisées par voie réglementaire, notamment le registre des directives anticipées et la procédure collégiale.

Il faudra également que les fonds ouverts pour la mise en œuvre de cette loi permettent une meilleure prise en charge sur l'ensemble du territoire en établissements et à domicile. Autre difficulté : réunir un collège en ambulatoire et dans une zone isolée peut s'avérer problématique.

Enfin, **Marisol Touraine, ministre en charge de la Santé, a indiqué que cette loi était une étape**. Une déclaration qui a de quoi inquiéter : la prochaine marche pourrait être une loi… « euthanasie ». Il est donc indispensable que les patients aient connaissance de cette loi et que les médecins se l'approprient pleinement, voire qu'ils soient formés à ses dispositions (en formation initiale ou continue). C'est le seul moyen d'éviter à ce texte de tomber dans le même écueil que la loi de 2005.

Dr Jean-Marie Faroudja et Caroline Héron, section Éthique et déontologie

Collaboration médecin traitant, médecin du travail, médecin-conseil : y a-t-il du nouveau sur le secret médical ?

Le médecin traitant, le médecin du travail et le médecin-conseil de l'Assurance maladie peuvent être amenés à échanger des informations concernant un salarié. Cet échange est possible à condition que le salarié soit informé et ne s'y oppose pas. En dehors de documents formalisés le prévoyant, il est recommandé que le salarié soit l'intermédiaire dans la transmission, en ne perdant jamais de vue qu'en vertu de la loi du 4 mars 2002, il a accès à l'intégralité de son dossier, donc du contenu de ces échanges.

Dans quelles circonstances et suivant quelles modalités médecin traitant, médecin du travail et médecin-conseil de l'Assurance maladie échangent-ils des informations sur une même personne qui se présente ici dans une triple qualité : patient, salarié et assuré social ?

Le sujet est vaste, nous le limiterons volontairement aux situations les plus fréquentes mettant en jeu le trio médecin traitant, médecin du travail, médecin-conseil.

L'objectif de cette collaboration est triple : préserver l'état de santé du patient, éviter les risques de désinsertion professionnelle et sociale et optimiser les dépenses de santé.

L'interruption de travail de plus de 3 mois

L'article L. 323-4-1 du code de la sécurité sociale issu de la loi prévoit qu'« *au cours de toute interruption de travail dépassant trois mois, le médecin-conseil en liaison avec le médecin traitant peut solliciter le médecin du travail, dans des conditions définies par décret, pour préparer et étudier, le cas échéant, les conditions et les modalités de la reprise du travail ou envisager les démarches de formation. L'assuré est assisté durant cette phase par une personne de son choix* ».

Ces dispositions ont été précisées à l'article D. 623-3 du code du travail. En cas d'interruption de travail de plus de trois mois, le médecin-conseil peut, à son initiative ou à celle du médecin traitant, saisir le médecin du travail pour avis sur la capacité de l'assuré à reprendre son travail.

Lorsqu'il saisit le médecin du travail à son initiative, le médecin-conseil en informe préalablement le médecin traitant. Dans tous les cas, l'assuré est également informé.

Dans le cadre de ses missions, le médecin du travail, après l'examen médical de préreprise mentionné à l'article R. 241-51 du code du travail, organisé avec l'accord de l'intéressé, communique au médecin-conseil, sous vingt jours à compter de la réception de sa saisine, les éléments pertinents à prendre en compte par ce dernier dans l'exercice de ses missions, notamment celles mentionnées aux articles L. 315-1, L. 315-2, L. 323-3 et L. 341-1 du code de la sécurité sociale, afin de préparer le retour à l'emploi.

À l'occasion de cette visite le médecin du travail peut notamment anticiper les propositions de mesures permettant la reprise : aménagement du poste, reclassement, mutation…

Dès 2005, le Conseil national de l'Ordre des médecins avait réuni la Direction générale du travail, la Direction de la sécurité sociale et la Cnamts pour étudier les conditions de la mise en œuvre de

l'échange d'informations. À l'issue de ces réunions, il avait été regretté que la réglementation n'ait pas été plus précise sur cette dérogation au secret médical et dans le même temps une fiche de liaison transitant obligatoirement par le patient-assuré social-salarié avait été élaborée. Il avait été convenu que le médecin traitant serait systématiquement consulté avant l'envoi de la fiche du médecin-conseil de même qu'il serait systématiquement informé du retour du médecin-conseil.

On peut regretter que malgré de multiples relances la réglementation n'ait pas été précisée et que la fiche de liaison qui avait fait l'objet d'un consensus n'ait pas été mise en œuvre. Cependant, les médecins-conseils utilisent la fiche Cerfa 603823, prévue dans le cadre de la reprise d'activité d'une victime atteinte d'IPP en cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle. Faute de disposer de la fiche attendue, certains médecins-conseils l'utilisent pour les reprises « maladie », d'autres font simplement un courrier informant de la fin des IJ à telle date.

Cette circulation est nécessaire pour la meilleure prise en charge de la personne et on observera par ailleurs que l'Assurance maladie expérimente un service d'accompagnement des victimes d'accident du travail graves, sous le contrôle du service médical et en lien avec les médecins traitants et les médecins du travail afin de favoriser la réadaptation fonctionnelle et professionnelle de l'assuré.

Temps partiel thérapeutique… « mi-temps thérapeutique »

Le temps partiel thérapeutique permet à un salarié malade, qu'il soit en fonctions ou en arrêt de travail, d'exercer de manière temporaire une activité partielle ou aménagée et de percevoir un revenu salarial qui inclue les indemnités journalières.

Là encore cette modalité de réinsertion suppose la collaboration du médecin traitant qui le prescrit, du médecin-conseil qui donne son accord et du médecin du travail qui autorise et organise la reprise au terme de la visite de reprise et le cas échéant d'échange des informations médicales pertinentes avec l'accord du salarié.

Les obstacles aux échanges

Ils sont de nature juridique et pratique. Sur le plan juridique le projet de loi Santé en cours de discussion confirme l'interdiction d'accès du médecin du travail au dossier médical partagé alors que, dans le même temps, l'échange et le partage d'informations sont promus dans les équipes de soins et même au-delà, dans les équipes de prise en charge. Les médecins peuvent eux-mêmes avoir une vision erronée du secret médical, en oubliant que le patient-assuré social-salarié est maître des informations qui lui sont confiées et qu'il les utilisera au mieux de ses intérêts. C'est une raison supplémentaire pour insister sur l'importance d'une information claire et compréhensible sur ces échanges de données qui peuvent avoir des répercussions sur l'aptitude au poste, et parfois aller jusqu'à la perte de l'emploi.

Plus simplement, l'ignorance par le médecin traitant de l'identité du médecin du travail ou du médecin-conseil qui lui-même n'aura pas toujours tenté de le contacter, ne facilite pas les choses, pas plus que la complexité de la réglementation, le turnover des médecins ou la méconnaissance de leurs missions respectives.

Dr François Simon,
président de la section
Exercice professionnel

Procédure de signalement par les professionnels de santé de situations de maltraitance

Des modifications de la procédure de signalement de maltraitance ont été adoptées le 22 octobre 2015 modifiant l'article 226-14 du code pénal.

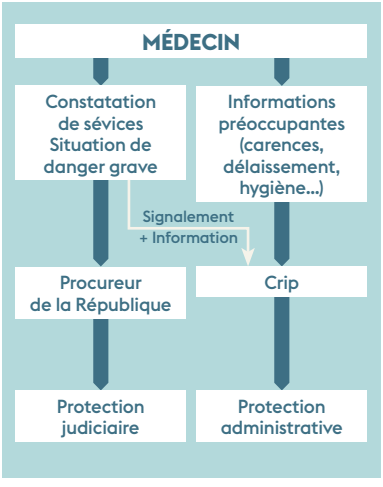
L'article 226-14 du code pénal déliait le médecin du secret professionnel. Désormais tous les professionnels de santé pourront signaler un enfant en danger ou en risque de l'être.

Le signalement, qui était judiciaire, depuis 2007, peut se faire auprès du procureur de la République ou de la Crip (Cellule de recueil des informations préoccupantes).

Nous conseillons aux médecins qui constatent des sévices sur un mineur de procéder directement à un signalement au procureur de la République en utilisant le modèle-type (voir page de droite) de signalement et d'en avertir la Crip en parallèle.

Si le signalement est fait dans les règles (ne pas mettre en cause une personne, rapporter les paroles de la victime en les notant entre guillemets, décrire de façon objective et précise les signes relevés à l'examen clinique…), les médecins, qui jusqu'ici ne pouvaient encourir de sanction disciplinaire, ne pourront plus voir leur responsabilité engagée devant les juridictions civiles ou pénales, sauf en cas de mauvaise foi.

Les personnes qui signalent des faits qu'elles savent faux peuvent faire l'objet de poursuites pénales pour dénonciation calomnieuse.



Article 226-14 du code pénal modifié par la loi n° 2015-1402 du 5 novembre 2015

« L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

• Art. 1 – À celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

• Art. 2 – Au médecin ***ou à tout autre professionnel de santé*** *qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République* ***ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles,*** *les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;*

• Art. 3 – Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi. »

Dr Irène Kahn-Bensaude et Caroline Héron, section Éthique et déontologie

MODÈLE DU FORMULAIRE
de signalement de sévices à un mineur

Cachet du médecin

SIGNALEMENT
(veuillez écrire en lettres d'imprimerie)

Je certifie avoir examiné ce jour (en toutes lettres) :
• date (jour de la semaine et chiffre du mois) : .....
• année : .....
• heure : .....

L'enfant :
• nom : .....
• prénom : .....
• date de naissance (en toutes lettres) : .....
• sexe : .....
• adresse : .....
• nationalité : .....

Accompagné de (noter s'il s'agit d'une personne majeure ou mineure, indiquer si possible les coordonnées de la personne et les liens de parenté éventuels avec l'enfant) :
.....
.....

La personne accompagnatrice nous a dit que :
« .....
.....
.....
.....
..... »

L'enfant nous a dit que :
« .....
.....
.....
.....
..... »

Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice (rayer la mention inutile) : Oui / Non
• description du comportement de l'enfant pendant la consultation :
.....
.....
.....

• description des lésions s'il y a lieu (noter le siège et les caractéristiques sans en préjuger l'origine) :
-
-
-
-

Compte tenu de ce qui précède et conformément à la loi, je vous adresse ce signalement.
Signalement adressé au procureur de la République

Fait à ....., le ..... Signature du médecin ayant examiné l'enfant :

EN BREF

Arrêté du 25 février 2016 relatif à la suspension et au retrait des agréments des stages accomplis au cours du troisième cycle des études médicales et à l'évaluation des stages accomplis au cours du troisième cycle des études médicales.

Arrêté du 1er février 2016 fixant le montant des honoraires des médecins agréés pour le contrôle médical de l'aptitude à la conduite.

Instruction N° DGOS/RH4/2016/36 du 11 février 2016 relative à la mise en œuvre des dispositions de l'article 141 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé précisant les modalités d'allongement de la prolongation d'activité des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques hospitaliers.

Données à caractère personnel et gestion nationale des personnes détenues en établissement pénitentiaire (GENESIS)

Le 31 mai 2014 a été publié au *Journal officiel* le décret n° 2014-558 du 30 mai 2014 portant création d'un traitement de données à caractère personnel relatif à la gestion nationale des personnes détenues en établissement pénitentiaire dénommé GENESIS.

Ce traitement est appelé à remplacer le traitement GIDE, qui cessera d'être applicable au 31 décembre 2016. Ce décret, pris après avis de la Cnil, a pour finalités l'exécution des sentences pénales et des décisions de justice s'y rattachant, la gestion de la détention des personnes placées sous main de justice et écrouées ainsi que la sécurité des personnes détenues et des personnels, et la mise en œuvre dans les meilleures conditions d'efficacité et de coordination de l'ensemble des actions relatives au parcours de la personne détenue. Les dispositions du décret lui paraissant porter atteinte aux droits des personnes détenues, au respect du secret médical, à leur intimité et à leurs libertés, le Conseil national de l'Ordre a saisi le Conseil d'État d'un recours en annulation du décret.

Par un arrêt du 9 novembre 2015, le Conseil d'État annule l'article 1er du décret, au motif que la durée de conservation des données pendant huit ans que fixent ces dispositions doit être regardée comme disproportionnée. Concernant le secret médical, le Conseil d'État juge que ces dispositions n'ouvrent qu'une faculté aux professionnels de santé, qui ne peuvent, sans qu'il soit besoin que les dispositions attaquées le rappellent, y procéder que dans le respect du secret médical.

Ainsi, les médecins qui exercent dans les établissements pénitentiaires, étant tenus au respect du secret médical, n'ont pas à enregistrer dans le traitement GENESIS des informations concernant la santé des personnes détenues.

Si l'article L. 6141-5 du code de la santé publique fait obligation aux personnels de santé, dès lors qu'il existe un risque sérieux pour la sécurité des personnes, de le signaler dans les plus brefs délais au directeur de l'établissement en lui transmettant, dans le respect du secret médical, les informations utiles à la prévention du risque, il ne les autorise pas à enregistrer ailleurs que dans le dossier médical les informations concernant la santé des personnes détenues.

+ d'infos : www.conseil-national.medecin.fr – Rubrique Juridique

culture médicale

Docteur, écoutez !, Prs Anne Révah-Lévy et Laurence Verneuil, Éditions Albin Michel, 13 euros.

DOCTEUR, ÉCOUTEZ !

Les médecins déplorent de ne pas avoir assez de temps consacré aux soins. Les patients se plaignent de ne pas être assez écoutés… Pourtant, l'écoute est essentielle. Elle détermine l'établissement du diagnostic, la qualité du suivi et l'efficacité du traitement. En s'appuyant sur de nombreux exemples, Anne Révah-Lévy et Laurence Verneuil, professeurs de médecine et chefs de service hospitalier, démontrent les bénéfices de l'écoute pour le patient… mais aussi pour les médecins. L'objectif : réhumaniser la médecine de demain et soigner le système de soin.

Histoire de la douleur, Javier Moscoso, Éditions Les Prairies Ordinaires, 38 euros.

HISTOIRE DE LA DOULEUR : XVIE-XXE SIÈCLE

Des martyrs chrétiens à l'invention de l'anesthésie, de Don Quichotte au masochisme, du théâtre de la cruauté à la chirurgie dentaire, des pénitences religieuses à la naissance d'une culture de la sensibilité, l'auteur livre une étude magistrale consacrée aux transformations du rapport à la douleur en Occident. En s'appuyant sur de très nombreuses sources, philosophiques, médicales, littéraires, iconographiques ou personnelles, il reconstitue les formes à travers lesquelles cette expérience s'est articulée, de la Renaissance à aujourd'hui.

Complémentaires santé, le scandale !, Frédéric Bizard, Éditions Dunod, 14,90 euros.

COMPLÉMENTAIRES SANTÉ, LE SCANDALE !

Alors que chaque salarié est dans l'obligation de souscrire à un contrat de complémentaire santé depuis le 1er janvier 2016, dont l'organisme est choisi par son employeur, Frédéric Bizard, économiste spécialisé en questions sociales et de santé, propose dans cet ouvrage de réaliser un état des lieux sur l'efficacité individuelle et collective de cette couverture assurantielle santé. Son jugement est sans appel : garanties incompréhensibles, opacité des conditions commerciales, frais de gestion très élevés, réserves financières pléthoriques… La liste est longue des scandales dénoncés dans ce livre.

Soigner aux rythmes du patient, Alain de Broca, Éditions Seli Arslan, 19,50 euros.

SOIGNER AUX RYTHMES DU PATIENT

Le patient a toujours vécu sa maladie aux rythmes des thérapeutiques et des connaissances de son temps. Mais avec notamment les progrès en génétique et dans le traitement numérique des données, le XXIe siècle constitue un tel basculement que le vécu de la maladie comme les soins s'en trouvent considérablement modifiés. Alors comment trouver l'équilibre entre la demande de techniques repoussant toujours plus les limites, et la volonté du patient de respecter ses rythmes ? Dans ce livre, Alain de Broca, praticien hospitalier et philosophe, se penche sur cette question délicate et propose des repères pour soigner chaque patient de façon singulière.

Propos recueillis par **Béatrice Jaulin** | Photo : **DR**

Dr William Bellanger,
médecin généraliste à la Maison médicale
de Beaulieu-sur-Layon (49)

« Le médecin généraliste est vraiment un praticien de l'intime »

**« Enfant, je voulais être " médecin de famille ", " médecin de campagne ", celui qui se déplace, soigne les bébés, les enfants, les personnes âgées… **Je ne sais pas d'où me venait cette image du médecin car je n'avais aucun exemple dans mon entourage. À l'adolescence, j'ai un peu oublié ce rêve et les *"French doctors"* m'ont donné envie de faire de la médecine humanitaire. D'ailleurs, après ma thèse, j'ai failli aller à l'ambassade de France à Islamabad dans le cadre d'un service civil. C'était à l'automne 2001, juste après l'attentat du World Trade Center. Je ne suis finalement jamais parti ! J'ai fait différents stages au CHU d'Angers, au CH de Laval, au service médical d'urgences et de gardes d'Angers (SMUGA), puis des remplacements à la campagne. J'ai aussi été médecin dans une pouponnière près de Saumur, qui accueillait des nourrissons confiés à l'Aide sociale à l'enfance. Finalement, en 2004, je me suis installé comme généraliste à Beaulieu, une petite commune de 1 400 habitants dans une région rurale et viticole. J'ai renoué avec l'image que je me faisais de ce métier. Je crois d'ailleurs qu'elle est celle du médecin généraliste, pas spécifiquement du médecin de campagne. Là où d'autres disciplines médicales exigent de la technicité, la médecine générale est une spécialité qui articule la dimension organique de la personne aux dimensions psychique et sociale. Le médecin généraliste est vraiment un praticien de l'intime. Il connaît ses patients, leur famille, leur environnement. Il les écoute quand ils traversent des moments de fragilité. Les patients viennent déposer ce qui est trop lourd à porter et repartent (espérons-le !) plus légers. C'est ce que je vis au quotidien. Un quotidien bien rempli avec des moments très riches humainement. Je commence à 8 h 30 jusqu'à 12 h 30. J'ai des visites jusqu'en milieu d'après-midi et je retourne à la Maison médicale pour en partir à 19 heures. Ce matin, par exemple, j'ai reçu un bébé de 1 mois pour une consultation de suivi, j'ai posé un implant contraceptif, recousu le doigt d'une agricultrice et rassuré une maman dont le fils s'était foulé la cheville. Je suis aussi maître de conférences à l'UFR Santé d'Angers et maître de stage. Le contact avec les étudiants me permet de continuer à me former et de réfléchir à ma propre pratique. Il m'arrive d'être fatigué… mais je suis toujours heureux le matin d'arriver à mon cabinet. Mon rêve d'enfant ne m'a pas déçu ! »

parcours

1992
Faculté de médecine d'Angers.

2001
Thèse en médecine générale.

1998-2000
Stages et remplacements dans les services hospitaliers et en médecine générale.

2002-2003
Médecin dans une pouponnière à Saumur et DIU de médecine préventive de l'enfant et de l'adolescent.

2004
S'installe comme médecin généraliste à la Maison médicale de Beaulieu-sur-Layon.

2013
Maître de conférences à la faculté de médecine d'Angers. DIU de pédagogie médicale.

Pour aller plus loin :
www.conseil-national.medecin.fr