médecins
Le bulletin de l'Ordre national des médecins
n° 49 | mai-juin 2017

Focus
Ordres de santé : la réforme est lancée

Sur le terrain
Sur la route d'Alzheimer

www.conseil-national.medecin.fr

Dossier

La prévention, maillon faible de notre système de santé

sommaire

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

04. focus
Ordres de santé : la réforme est lancée

06. en bref
– PDS 2016
– Observatoire de la sécurité des médecins

08. sur le terrain
Sur la route d'Alzheimer

10. e-santé
Anap et Cnom : le numérique au service de la performance en santé

11. ailleurs
Brexit : la santé doit être une exception

12. entretiens croisés
La simulation en santé permet-elle de mieux apprendre ?

le guide juridique

24. en bref
- Calendrier vaccinal 2017
- Le RPPS élargi aux professions paramédicales

25-30. pratique
- Fin de vie : les nouveaux commentaires du code de déontologie
- Le droit à l'oubli
- Le refus de soins des médecins
- Secteur 2 : les propositions de la Cnamts et des complémentaires

31. culture médicale

32. rencontre
Dr Christine Vahdat, gynécologue obstétricien à Paris, praticien attaché à l'hôpital Tarnier-Cochin et à la clinique Hartmann, secrétaire générale adjointe du Conseil de l'Ordre (Service des plaintes)

12 La prévention, maillon faible de notre système de santé

Selon l'adage, « mieux vaut prévenir que guérir ». Une recommandation que notre système de santé est loin d'appliquer. Trop centré sur le curatif, il peine encore à réduire la prévalence de maladies qui, comme le sida, le cancer du poumon ou l'obésité, pourraient le plus souvent être évitées.

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**

DR

La réforme dont notre système de santé a besoin est devant nous

À mi-chemin entre l'élection présidentielle et les législatives, le Conseil national de l'Ordre des médecins continue de se mobiliser. Nous avons rassemblé les médecins pour construire une proposition de réforme en profondeur et concertée de notre système de santé. Il s'agit désormais de continuer à la défendre et à la faire connaître.

Auprès de la nouvelle équipe gouvernementale tout d'abord. Il s'agit de prendre contact, d'échanger nos points de vue pour construire ensemble la future réforme de notre système de santé.

« Nous sommes convaincus que les solutions doivent émerger des acteurs locaux et être mises en œuvre avec leur concours. »

Dans les territoires également. Face aux difficultés liées à la démographie médicale, à l'attractivité, à l'organisation et la coordination des soins, nous sommes convaincus que les solutions doivent émerger des acteurs locaux et être mises en œuvre avec leur concours. Il s'agit de l'unique moyen pour qu'elles soient pérennes et adaptées. C'est pourquoi les conseils départementaux de l'Ordre agissent sur le terrain avec comme objectif la diffusion auprès des élus locaux mais aussi auprès des candidats aux élections législatives de la réforme voulue par les médecins.

La réforme dont notre système de santé a besoin est devant nous. Il est impératif de la mettre en œuvre au cours de ce quinquennat. Nous comptons rester mobilisés à tous les échelons pour qu'elle se fasse avec les médecins.

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 :** Mathilde Gayet, Vianney Bureau, Charles Annerel – **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**

Ordres de santé la réforme est lancée

La publication, le 17 février dernier, de l'ordonnance n°2017-192 relative à l'adaptation des dispositions législatives relatives aux Ordres des professions de santé puis le 28 avril de l'ordonnance n°2017-644, pose les jalons d'une vaste réforme de l'institution. Décryptage des grandes orientations…

La réforme des Ordres professionnels de santé a été actée dans l'article 212 de la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016, qui autorise le gouvernement à légiférer par ordonnance. « *Cette réforme fait suite à une succession de raisons non concertées mais qui ont émergé ces cinq dernières années* », souligne le Dr Walter Vorhauer, secrétaire général du Conseil national de l'Ordre des médecins. Les objectifs sont donc multiples : adapter les institutions aux nouvelles délimitations régionales, favoriser l'égal accès des femmes et des hommes aux fonctions de membres dans l'ensemble des conseils (ordonnance n° 2015-949 du 31 juillet 2015), appliquer aux conseils nationaux des Ordres les règles relatives aux marchés publics dans le respect des principes d'accès à la commande publique, d'égalité de traitement des candidats et de transparence des procédures, ou encore de réviser la composition des instances disciplinaires des Ordres afin de la mettre en conformité avec les exigences d'indépendance et d'impartialité (ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015). Les décrets liés aux deux ordonnances relatives à l'adaptation des dispositions législatives relatives aux Ordres des professions de santé devront être publiés d'ici septembre 2017 pour définir précisément les modalités de déploiement et d'application des différentes mesures.

Évolutions des règles électorales

L'ordonnance du 16 février 2017 prévoit la mise en œuvre de la parité et fixe ainsi de nouvelles modalités d'élections. Le texte précise que « *les membres des conseils de l'ordre des médecins sont élus au scrutin binominal majoritaire à un tour. Chaque binôme est composé de candidats de sexe différent.* » L'ordonnance définit également la composition du Cnom : 56 membres élus pour 6 ans par les membres titulaires des conseils départementaux (*cf.* carte ci-contre). « *Cela représente six membres supplémentaires comparé à aujourd'hui mais nous sommes contraints par des règles arithmétiques. Compte tenu de la parité et du renouvellement par moitié des conseils, le nombre de membres doit être divisible par quatre* », détaille le Dr Vorhauer.

La problématique est identique à l'échelon régional qui se voit réformé du fait des nouvelles délimitations territorriales. « *Tout l'enjeu, va être de procéder à des modifications de composition des conseils sans que cela n'engendre de surcoût* », soulève le secrétaire général. L'idée est de trouver une logique qui aboutirait à une juste représentation des territoires au

Point de vue de l'Ordre

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

« Pourquoi faire de la parité une contrainte législative ? »

« Si nous sommes en accord avec le principe de la parité, la forme nous pose question : pourquoi en faire une contrainte législative ? Dans les facultés de médecine, entre 60 et 70 % des étudiants sont des étudiantes. Cette vague féminine commence à être perçue sur le terrain et dans les représentations notamment ordinales. La parité serait donc venue progressivement et naturellement. Aujourd'hui cette mesure a un aspect choquant par sa brutalité arithmétique et dogmatique. Il aurait pu être imaginé des mesures plutôt incitatives que coercitives. Force est également de constater que l'on applique aux Ordres professionnels ce que l'on n'a pas osé appliquer ailleurs, que ce soit dans les conseils d'administration des sociétés, ou même dans les grandes institutions de l'État. Est-ce que l'institution ordinale sert de terrain d'expérimentation ? Il semble légitime de se poser la question. D'ailleurs certaines dispositions, notamment financières, feront l'objet de recours. »

plus juste prix. » Le nombre de conseillers par région sera fixé par décret, en fonction du nombre de médecins inscrits au tableau de chaque conseil départemental qui la compose et du nombre de départements par région. Par ailleurs, l'ordonnance fixe l'âge limite des candidats à une élection pour être membre d'un conseil à 71 ans révolus (c'est à dire à la veille de la date de l'anniversaire des 72 ans) à la date de clôture de réception des déclarations de candidature.
Enfin, la réforme prévoit une incompatibilité de fonctions de l'exécutif de chaque échelon. Exemple : un président d'un conseil départemental ne pourra pas être secrétaire général du Cnom. Ces différentes évolutions seront appliquées progressivement au fil des renouvellements des conseils.

COMPOSITION DU CNOM

Le Conseil national de l'Ordre des médecins comprend 56 membres élus pour 6 ans répartis de la façon suivante :

Un binôme | Deux binômes | Trois binômes | Six binômes

Évolutions du fonctionnement

La réforme des Ordres devrait renforcer le contrôle et la transparence de la politique financière et immobilière des Ordres. « *Dans la mesure où la cotisation est obligatoire, elle est considérée comme de l'argent public. Par conséquent, et comme c'est le seul revenu de l'institution ordinale, la Cour des comptes contrôle l'usage de cette cotisation* », insiste le Dr Walter Vorhauer. Le texte prévoit ainsi un contrôle comptable par des commissaires aux comptes, une publication des chiffres, mais aussi l'introduction d'appels d'offres de type secteur public, la mise en œuvre d'outils communs, d'une mutualisation des achats… Autant de recommandations qui seront précisées dans les mois qui viennent dans des décrets.

Évolutions des juridictions disciplinaires

À travers cette réforme, les pouvoirs publics, et en particulier le Conseil d'État au travers de ses missions, ont enfin souhaité rendre les juridictions disciplinaires encore plus indépendantes. À l'échelon national, elles seront désormais sous le contrôle d'un conseiller d'État, distinct de celui déjà nommé par le garde des Sceaux auprès du Cnom. Par ailleurs, les ordonnances ont introduit la notion d'incompatibilité de fonctions. Les présidents et secrétaires généraux des conseils (quel qu'en soit l'échelon territorial) ne pourront être assesseurs à la chambre disciplinaire.

Évolutions numériques

« *Aujourd'hui, la révolution digitale implique des évolutions dont nous ne soupçonnons peut-être pas la portée et pourtant, nous devons l'intégrer au sein de l'institution,* explique le Dr Vorhauer. *Cette dimension n'est pas réglementée par des ordonnances mais compte tenu des évolutions de notre fonctionnement, et aussi de notre souci d'économie et d'efficience, elle va s'imposer naturellement. Il y a donc des investissements importants à réaliser pour la mise en œuvre.* »
Concrètement il s'agit déjà de l'enregistrement des internes auprès de l'Ordre, de la gestion des diplômes, des qualifications, de la formation continue, le mode d'élection (vote électronique), le stockage de données… « *Les jeunes générations de médecins ont été formés et sont déjà expérimentés dans la manipulation du numérique, cela va naturellement changer les choses…* »

116 117

La loi du 26 janvier 2016 (n°2016-41) de modernisation de notre système de santé prévoit de mettre en place un numéro unique national de permanence des soins ambulatoires, dont le Conseil national de l'Ordre des médecins a obtenu la gratuité. L'objectif : simplifier l'accès aux soins des Français en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux. Ce nouveau numéro est d'ores et déjà opérationnel à titre expérimental dans les Pays de la Loire, la Corse et la Normandie. Le déploiement national de ce dispositif est prévu d'ici fin 2017.

les tweets

@ordre_medecins - 23 mars
L'Ordre rappelle l'absolue nécessité de garantir la #sécurité des #medecins dans l'exercice de leur mission: https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2097

@ordre_medecins - 11 avril
Découvrez en vidéo le débat des #médecins de #Lyon pour construire le système de #Sante de demain

@ordre_medecins - 20 avril
#Sante2017 L'Ordre donne la parole aux #medecins : « Nous voulons valoriser la dimension humaine de notre métier »

PDS 2016
Un équilibre toujours plus fragile

Le Conseil national de l'Ordre des médecins vient de publier les résultats de son enquête nationale sur la permanence des soins ambulatoires et les modalités de son organisation en 2016. La 14e édition de ces travaux démontre une nouvelle fois que les médecins continuent à assumer cette mission de service public sur l'ensemble du territoire national malgré une légère baisse du volontariat.
Concernant la régulation, l'enquête identifie, au titre des évolutions en 2016, des renforcements de régulateurs, notamment le samedi matin. Cependant, certains départements comme la Guyane, Mayotte, la Lozère et les Ardennes n'en disposent toujours pas et 32 départements n'ont pas de régulation libérale en nuit profonde. Un chiffre qui n'a pas évolué depuis 2015.

Concernant l'effection, l'enquête observe des réorganisations de secteurs et de territoires, l'ouverture de nouveaux points fixes. Par ailleurs, elle fait le constat d'une certaine stabilité du nombre de territoires de permanence des soins ambulatoires comparé aux années précédentes. Cela tend à confirmer que la fréquence des resectorisations trouve ses limites : la poursuivre poserait le problème de la capacité des médecins et des patients à se déplacer sur de trop grands territoires. Rappelons que depuis 2003, le nombre de territoires a en effet été réduit de plus de la moitié.
Enfin, cette année encore, aucune organisation d'une garde spécifique pour les actes médico-administratifs (examens de garde à vue et certificats de décès) n'a pu être mise en œuvre. Elle repose encore trop souvent sur les médecins de garde.
Les constats dressés dans cette enquête trouvent leur origine dans la diminution du nombre de médecins, le vieillissement des praticiens assurant les gardes, le manque d'intérêt des jeunes diplômés pour l'exercice libéral mais aussi sur les rémunérations des astreintes jugées insuffisantes. L'Ordre appelle ainsi à la mise en œuvre de mesures pour encourager les médecins généralistes libéraux, mais aussi permettre aux médecins salariés et aux remplaçants de participer à la PDSA.

+ d'infos : www.conseil-national.medecin.fr/node/2130

Observatoire de la sécurité des médecins
Des déclarations en hausse

968 déclarations d'incidents ont été reçues l'année dernière : un record depuis la création de l'Observatoire de la sécurité des médecins, en 2003. L'enquête, réalisée par la section Exercice professionnel du Conseil national de l'Ordre des médecins avec Ipsos, précise que 56 % des incidents n'entraînent pas de suites légales… la proportion la plus élevée jamais atteinte.
> Les départements les plus touchés sont les Bouches-du-Rhône (68 incidents) et le Nord (59 incidents).
> Les généralistes représentent 65 % des déclarants, alors qu'ils ne représentent que 45 % des praticiens. Une surreprésentation qui s'accentue depuis 2012.
> Les spécialités les plus touchées sont les ophtalmologues (56 déclarations ; 6 %), les psychiatres (23 ; 2 %), les dermatologues (23 ; 2 %) et les gynécologues-obstétriciens (19 ; 2 %). Une légère amélioration est constatée en ce qui concerne les médecins du travail, très durement impactés en 2015 (13 incidents en 2016, contre 33 en 2015).
> Le profil des médecins victimes se rapproche de celui de la profession : 44 % des déclarants sont des femmes, et 51 % des hommes (5 % de non renseignés), quand 46 % des médecins sont des femmes et 54 % des hommes.
> 61 % des incidents sont constitués d'agressions verbales et menaces, 19 % de vols ou tentatives de vols, 10 % de vandalisme, et 7 % d'agressions physiques.
> Les principaux motifs d'incident : un reproche relatif à une prise en charge (31 %), un vol (18 %), un refus de prescription (17 %), un temps d'attente jugé excessif (10 %).
Alors que plusieurs drames ont déjà endeuillé la profession depuis le début de l'année 2017, l'Ordre des médecins rappelle l'absolue nécessité et l'urgence de garantir la sécurité des personnels soignants dans l'exercice de leur mission auprès des populations.

+ d'infos : www.conseil-national.medecin.fr/node/2097

Le webzine de l'Ordre sur la vaccination

Le prochain webzine thématique de l'Ordre propose une réflexion autour de la vaccination. Depuis plusieurs années, la vaccination fait l'objet d'une méfiance grandissante de la part des Français. Si bien qu'aujourd'hui, 3 Français sur 10 n'ont pas confiance dans les vaccins. Résultat : la couverture vaccinale française est l'une des plus basses d'Europe. Alors comment faire en sorte de redonner la confiance ? Réflexions dans ce nouveau numéro disponible sur le site du Cnom début juin.

+ d'infos : Consulter les webzines : www.conseil-national.medecin.fr/webzine/liste/2016

le **chiffre**

1/300

Une personne sur 300 est prédisposée à l'hémochromatose. La semaine nationale de sensibilisation des professionnels de santé à l'hémochromatose, du 6 au 10 juin prochain, est l'occasion de rappeler que l'évocation clinique de l'hémochromatose est difficile par le caractère aspécifique des symptômes d'appel. Mais il suffit d'une prise de sang pour la diagnostiquer. Le traitement par saignées itératives est simple, et d'autant plus efficace que la maladie est détectée tôt. Souvent diagnostiquée trop tard, les complications peuvent être irréversibles, parfois mortelles. Le rôle des médecins est donc essentiel dans la détection et la prise en charge des patients atteints.

+ d'infos : www.ffamh.hemochromatose.org

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

Sur la route d'Alzheimer

Dans plusieurs communes de Seine-et-Marne, une équipe mobile part à la rencontre des personnes atteintes d'Alzheimer. Un accueil itinérant attendu avec impatience par les malades, mais aussi par leurs proches.

Ginette, Hervé, José, Éliane et Christian sont fidèles au poste. Tous les jeudis, ils ont rendez-vous à la maison des sports de Coulommiers (77). « *Je ne manquerais cette journée pour rien au monde* », lance Ginette. Depuis septembre, l'hôpital gériatrique de Jouarre* a mis en place un accueil de jour itinérant pour les personnes atteintes d'Alzheimer et de troubles apparentés. Unique en Île-de-France, il s'adresse aux habitants des zones rurales. Le principe ? « *Chaque jour dans une ville différente, nous partons à la rencontre d'une dizaine de personnes présentant des troubles modérés des fonctions cognitives. Toutes vivent encore à leur domicile* », détaille Laure Gobert, infirmière coordonnatrice du projet. Cet accueil de jour « hors les murs » s'étend pour le moment sur cinq communes rurales du département.

Dans chaque commune, l'équipe de l'accueil de jour itinérant propose des activités adaptées aux personnes atteintes d'Alzheimer : exercices cognitifs, jeux de société, ateliers cuisine, gymnastique douce, jardinage…

Le corps et l'esprit

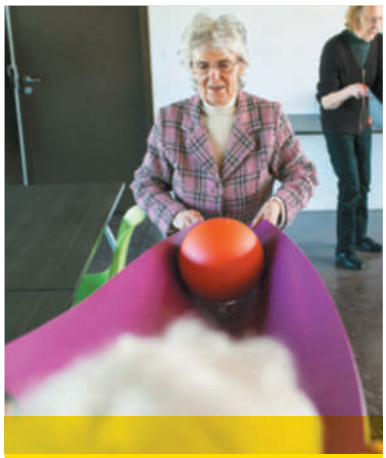
À Coulommiers, entre six et huit usagers passent une journée ensemble. Ils sont entourés d'une équipe pluridisciplinaire : une infirmière coordinatrice, une animatrice géronto-sportive et une assistante de soins gérontologiques.

Le matin, les méninges s'échauffent avec des exercices cognitifs et de stimulation de la mémoire. Exemple : « *Je suis un chanteur français. Surnommé le fou chantant, j'ai chanté "Y'a d'la joie". Qui suis-je ?* », interroge Sylvie Lesouef, l'animatrice géronto-sportive. « *Charles Trenet,* répond avec enthousiasme Ginette, 84 ans. *Qu'il était beau, cela me rappelle ma jeunesse* ». D'autres ont besoin de plus de temps pour répondre : leurs souvenirs sont piégés par l'implacable avancée de la maladie d'Alzheimer.

Les après-midi sont consacrés aux exercices de motricité. « *Notre rôle consiste à les stimuler le plus possible pour retarder l'avancée de la maladie,* précise Laure Gobert. *Cela concourt aussi à renforcer l'estime de soi et à favoriser le maintien à domicile.* »

Du répit pour les aidants

Autre atout, des liens d'amitiés se nouent au gré des rencontres hebdomadaires. « *Avant de venir ici, je me sentais triste,* confie Ginette. *C'est difficile de vivre seule. Je suis ravie de discuter avec mes amis tous les jeudis. Je me sens heureuse, je retrouve le goût de vivre.* » « *L'accueil de jour itinérant est une façon de lutter contre l'isolement* », confirme Laure Gobert.



Un tapis de sol, un ballon à ne pas faire tomber… Un jeu classique pour travailler l'équilibre et les réflexes dans la bonne humeur.

Entre anecdotes et plaisanteries, le repas est un moment privilégié d'échanges entre les participants.

Au-delà de la seule visée thérapeutique, les exercices – ici, empiler les briques sans les faire tomber – ont aussi vocation à créer du lien social entre les participants.

Le temps d'une journée, l'accueil itinérant offre également une solution de répit et de repos aux proches des malades. *« S'occuper d'un proche exige beaucoup d'énergie. Avoir du temps pour se reposer, faire quelque chose pour soi est essentiel pour tenir le coup »*, assure infirmière coordinatrice. En France, 2 millions d'aidants accompagnent au quotidien 900 000 personnes atteintes d'Alzheimer et de troubles apparentés. Elles devraient être 1,3 million en 2020.

* En partenariat avec l'ARS Île-de-France et le conseil départemental de Seine-et-Marne.

Témoignage

Laure Gobert,
infirmière coordinnatrice de l'accueil itinérant

« L'accueil itinérant répond à un besoin des territoires ruraux »

« Les activités que nous proposons aux participants répondent à un véritable processus thérapeutique auprès de personnes qui sont encore à un stade précoce de la maladie. Cet accueil de jour itinérant peut être une transition en douceur entre la vie à domicile et un établissement médico-social. Précurseur dans la région, le dispositif commence à se développer en France. Cette offre innovante répond à un véritable besoin dans les territoires ruraux. Dans les années à venir, nous espérons augmenter le nombre de communes visitées. Il existe également d'autres projets d'accueil ou encore un espace d'écoute et de conseil pour les proches des malades, entourés de professionnels. Des lieux pour les divertir, leur changer les idées, prendre soin d'eux… Le quotidien des aidants est fortement impacté par la pathologie. »

Anap et Cnom

Le numérique au service de la performance en santé

L'Agence nationale d'appui à la performance des établissements sanitaires et médico-sociaux (Anap) développe un projet portant sur les usages du numérique dans le champ de la santé. Le Cnom a été sollicité pour y apporter sa contribution. Le Dr Jacques Lucas, vice-président et délégué général des systèmes d'information en santé, a proposé à Sophie Martinon, directrice générale de l'Anap, de présenter le projet…

Quelles sont les missions de l'Anap ?

L'Agence nationale d'appui à la performance (Anap) est un groupement d'intérêt public (GIP) qui inclut dans sa gouvernance l'ensemble des fédérations représentatives du secteur médico-social et sanitaire (FHF, FHP, Fehap, Unicancer…). Nous avons pour mission d'améliorer la performance du système hospitalier, c'est-à-dire la qualité des prises en charge, des usages, les conditions de travail des professionnels de santé, et l'utilisation efficiente de l'argent public dans le champ de la santé.

En quoi consistent les actions de l'Anap ?

Notre statut de GIP nous rend assez spécifique dans le champ des acteurs publics puisque nous n'exerçons pas une tutelle sur les acteurs et n'avons pas de mission de régulation du système. Nous sommes dans une démarche d'accompagnement des acteurs sur les moyens d'améliorer au quotidien la performance de chacun et de diffuser des outils et des méthodes auprès des établissements et des professionnels de santé eux-mêmes. Pour cela, nous nous appuyons sur des expérimentations, des retours d'expériences, et sur des bonnes pratiques validées par les professionnels eux-mêmes. Nous les diffusons ensuite le plus largement possible, notamment par le biais de notre centre de ressources, accessible depuis notre site Internet. Puis nous accompagnons leur déploiement, recueillons les avis et les retours utilisateurs suite à leur mise en œuvre…

Vous avez sollicité l'Ordre des médecins pour un projet sur la coordination des professionnels…

L'une de nos priorités de travail porte sur la question des parcours en santé et plus largement l'approche territoriale. Cela prend en compte la volonté de décloisonnement entre le champ sanitaire et médico-social, ainsi que la coordination des acteurs de santé pour améliorer les parcours de soins des patients, notamment par l'usage du numérique. Nous souhaitons donc partir des difficultés ou des questions concrètes que se posent les professionnels de santé de terrain et essayer de leur apporter des réponses validées ou éprouvées par d'autres professionnels. Nous avons invité le Cnom à participer au comité de pilotage de ce projet afin qu'il nous aide à identifier les problématiques rencontrées sur le terrain, les initiatives mises en œuvre et notamment celles qui rapprochent les milieux hospitaliers et ambulatoires. Nous sommes convaincus que c'est la participation directe des professionnels qui fera la réussite de ce projet.

+ d'infos
www.anap.fr

UNION EUROPÉENNE

BREXIT : LA SANTÉ DOIT ÊTRE UNE EXCEPTION

Alors que le Royaume-Uni a formellement notifié le 29 mars son intention de quitter l'Union européenne, s'ouvre une période de négociations de deux années pour tenter de construire un nouveau partenariat. Dans ce contexte, se pose la question des répercussions du Brexit sur la profession médicale européenne et l'offre de soins de qualité à travers l'Europe ...

« Nous, médecins, formons la chaîne du cœur de l'Union européenne et nous ne pouvons accepter de la voir brisée, a rappelé le Dr Patrick Bouet, président du Cnom, lors de la réunion du Conseil européen des Ordres des médecins le 2 décembre dernier à Paris. *Chacun d'entre nous en est un maillon essentiel et je veux redire ici, devant vous, combien la France et le Conseil national de l'Ordre des médecins soutiennent et soutiendront nos amis médecins anglais pour qu'au-delà des aléas de la politique européenne, l'Angleterre médicale reste amarrée à ce magnifique vaisseau européen. »* Une promesse qui n'est pas restée vaine... La British Medical Association (BMA), le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) et quatre autres organisations médicales européennes se sont en effet associés dans une lettre conjointe à l'attention des négociateurs du Brexit et des gouvernements français, anglais et européens. L'objectif : les enjoindre à préserver la circulation des médecins et des patients et en garantir leurs droits.

DES RÉPERCUSSIONS PROFONDES

Les inquiétudes de la BMA, du General medical council (GMC) mais aussi des Ordres des médecins européens sont nombreuses.

• **Les professionnels de santé** où qu'ils exercent en Europe sont de plus en plus intégrés et interdépendants. Plus de 30 000 médecins titulaires d'un diplôme d'un autre État de l'UE (dont environ 700 Français) sont inscrits au tableau de l'Ordre du Royaume-Uni. Cette libre circulation joue un rôle crucial dans le développement professionnel des médecins.

• **La sécurité des patients** ne doit pas être remise en jeu, et notamment le mécanisme d'alerte précoce qui informe tous les régulateurs européens lorsqu'un médecin est interdit d'exercer ou que sa capacité à exercer est restreinte. De même pour les efforts en cours pour atteindre des normes minimales de formation.

• **La recherche médicale** étant de plus en plus internationale et indispensable pour relever les principaux défis sociétaux actuels et futurs, il est impératif que des solutions soient trouvées pour garantir la mobilité des chercheurs et la mise à disposition de réseaux à long terme dans un post-Brexit européen.

• **Les menaces pour la santé publique,** telles que celles qui découlent de la résistance aux antimicrobiens, ne respectent pas les frontières. C'est pourquoi le Brexit ne doit pas empiéter sur la *« collaboration organisationnelle intersectorielle et internationale et sur la coordination [...] nécessaire pour [...] prévenir la propagation transfrontalière de la résistance aux antimicrobiens »*[1].

Michel Barnier, négociateur en chef pour la préparation et la conduite des négociations avec le Royaume-Uni, a affirmé lors d'un discours en session plénière du Comité européen des régions, sa volonté de *« parvenir à un accord sur un retrait ordonné du Royaume-Uni et de préparer le chemin vers le nouveau partenariat que nous aurons à construire avec lui »* précisant que son mot d'ordre sera *« Citizens first »*. De son côté, le GMC a exprimé son souhait de poursuivre ses collaborations avec les autres Ordres et les réseaux européens.

1. Proposals for draft EU guidelines on the prudent use of antimicrobials in human medicine

entretiens croisés

Texte : **Aline Brillu** | Photos : **DR**

La simulation en santé permet-elle de mieux apprendre ?

Plateformes de simulation, *serious games*, cas pratiques en réalité virtuelle… Les nouvelles technologies investissent les facultés et bouleversent l'enseignement de la médecine. **Alors en quoi ces nouvelles techniques sont-elles une opportunité pour la formation des médecins ?**

41

plateformes, sont référencées par la Société francophone de simulation en santé (SoFraSimS). La plupart sont installées dans des CHU ou des facultés de médecine. Il existe aussi quelques centres privés.

De plus en plus d'étudiants en médecine en France apprennent une partie de la médecine de façon virtuelle.
Et pour cause, en six ans, le nombre de plateformes de simulation médicale a doublé, avec un leitmotiv : *« Jamais la première fois sur un vrai patient »*. Les étudiants s'exercent ainsi sur des mannequins qui respirent, saignent, accouchent, font des arrêts cardiaques, des crises d'asthme… Pilotés par ordinateurs, ces avatars peuvent même « parler » par le biais du formateur qui, micro en main, dirige l'exercice.
Outre les mannequins et les robots, le numérique et la réalité virtuelle viennent compléter la palette de ces nouvelles techniques d'apprentissage. Des jeux vidéos sérieux, appelés également *serious games*, permettent ainsi de gérer un avatar médecin qui interagit avec les patients, en temps réel, dans un environnement professionnel. L'application Surgery permet quant à elle aux étudiants de s'immerger dans un bloc opératoire et de suivre une intervention à travers les yeux du chirurgien. L'objectif de ces outils : maîtriser le geste technique avant de passer à la pratique sur un vrai malade.
Ces dispositifs devraient poursuivre leur expansion, aussi bien dans la formation initiale que dans le cadre de la formation continue. En effet, depuis 2012, la Haute Autorité de santé (HAS) promeut les techniques de simulation. Elle a d'ailleurs publié un rapport sur le sujet et propose un guide des bonnes pratiques. Et en 2015, alors que la presse révèle des cas de touchers vaginaux effectués par des internes sur des patients non consentants, Marisol Touraine a demandé la généralisation de la simulation. Chaque CHU devra s'équiper d'une plateforme avant la fin de l'année 2017.

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

Dr Maxime Ros,
ancien chef de clinique en neurochirurgie au CHU de Montpellier, CEO de Revinax

Pr Antoine Tesniere,
professeur d'anesthésie-réanimation à l'hôpital Cochin, directeur de iLumens

Pr Frédéric Huet,
pédiatre au CHU de Dijon, doyen de l'UFR des Sciences de santé à Dijon

Quels sont les avantages des méthodes virtuelles d'apprentissage de la médecine ?

Dr Jacques Lucas

Aujourd'hui, les plateformes de simulation technique ou les cas cliniques simulés atteignent un grand niveau de qualité. Les mannequins, par exemple, peuvent reproduire les bruits du cœur, les bruits de respiration… Il existe aussi des personnages simulés qui peuvent manifester une émotion à l'écran. On peut donc réaliser des entretiens avec un « patient » qui réagit grâce à un algorithme. L'étudiant en formation est ainsi plongé dans une situation très proche du réel. Ces méthodes sont également utiles en formation continue, pour apprendre de nouvelles techniques. Et l'intérêt est que l'étudiant ou le médecin peut se connecter sur un cas clinique simulé à n'importe quel moment.

Dr Maxime Ros

Pendant l'internat, les étudiants passent de très nombreuses heures au bloc. Mais ils restent à côté du chirurgien et n'ont pas de vue directe sur ce qui se passe. C'est pourquoi nous avons eu l'idée de développer une application de réalité virtuelle baptisée Surgery. Elle permet à l'étudiant d'observer une intervention du même point de vue que le chirurgien. Principal avantage : l'étudiant peut voir et revoir cette opération chez lui. Les nouvelles technologies peuvent vraiment apporter un plus dans les formations en médecine. On peut même imaginer apprendre le début de la relation médecin-patient avec un avatar. C'est plus efficace et moins intrusif que d'avoir 15 internes qui visitent un patient en même temps.

Pr Frédéric Huet

Les facultés de médecine françaises forment environ 8500 étudiants par an. Les amphithéâtres se remplissent mais pas les effectifs d'enseignants. Nous avons donc besoin de trouver de nouvelles méthodes pédagogiques avec lesquelles les étudiants apprennent de manière autonome. Par ailleurs, les cours en amphithéâtre n'ont plus vraiment de sens aujourd'hui. Les cours sont disponibles n'importe où sur Internet. Nous essayons donc de réguler tout cela en mettant en place des cours virtuels, réalisés par les enseignants eux-mêmes. Les étudiants ont surtout besoin de mises en situation et d'être confrontés à des cas cliniques pour développer leur esprit d'analyse. Grâce à ces nouvelles technologies, l'étudiant est plus actif dans son apprentissage et il retient mieux.

Pr Antoine Tesniere

En créant la plateforme iLumens, nous avons voulu réinventer la façon de former les professionnels de santé. Nous faisons ainsi appel à des mannequins, des acteurs, des environnements virtuels… Toutes ces approches sont complémentaires et permettent d'apprendre de manière plus adaptée et plus fiable. Ce type de formation représente un énorme avantage du point de vue de la sécurité et de la qualité des soins. En effet, le patient n'est plus intégré dans le processus d'apprentissage du médecin. Sur le plan pédagogique, c'est aussi très intéressant. Nous mettons les étudiants dans des situations réalistes en leur permettant d'apprendre de leurs erreurs. Et ces erreurs n'ont plus de conséquences sur les patients.

Dr Jacques Lucas

La simulation ne va pas remplacer la formation au chevet du patient, mais elle va la préparer. Par ailleurs, il faut tordre le cou à l'idée que c'est faute de patients ou faute d'enseignants que l'on a recourt à la simulation. Il est également nécessaire que l'apprentissage ne se réalise pas sur une personne malade, car les premiers gestes et les premiers interrogatoires peuvent être maladroits. Prenons l'exemple des touchers pelviens… Aujourd'hui, l'étudiant peut s'exercer sur un mannequin, puis recommencer plusieurs fois. C'est pour cela que le geste doit s'apprendre en simulation, puis être pratiqué sur une personne qui y consent. L'étudiant maîtrisera alors la technique et aura un geste plus assuré. De cette façon, nous respectons davantage le patient.

Dr Maxime Ros

« La première fois qu'un chirurgien prend un bistouri, il ne faut pas que ce soit sur un vrai patient. »

Dr Maxime Ros

Pour ce qui est de l'apprentissage de la chirurgie, par exemple, il faut de l'expérience, observer beaucoup d'interventions, et surtout il faut manipuler. C'est notre cœur de métier. Or, les outils nous manquent pour apprendre les gestes. L'entraînement sur cadavres devient de moins en moins accessible et nous ne pouvons pas tout apprendre sur les animaux. La simulation sur mannequin se développe, mais d'autres outils aussi peuvent être utilisés : jeux sérieux, réalité virtuelle… Ils permettraient d'améliorer la formation et de faire en sorte que la première fois qu'un chirurgien prend un bistouri, ce ne soit pas pour opérer un vrai patient. De manière plus générale, je pense qu'il faut voir ces méthodes d'apprentissage comme un complément des méthodes classiques. Le compagnonnage ne doit pas disparaître.

Dans quelles mesures ces nouvelles techniques de formation vont-elles remplacer les méthodes classiques ?

Pr Frédéric Huet

Très peu de pays ont mis en place un système d'internat comme en France. Et c'est une vraie richesse. Notre système de formation est très bon sur le plan clinique. Apprendre de ses pairs, regarder comment les autres font… c'est essentiel. Les stages cliniques au lit du malade doivent impérativement être conservés. L'apprentissage par simulation est simplement un complément nécessaire. En effet, il n'est pas acceptable, par exemple, qu'un médecin réalise sa première ponction lombaire sur un patient. C'est vrai aussi pour l'apprentissage de la relation médecin-patient. Il faut avoir été confronté aux diagnostics difficiles, à des annonces de décès. Maintenant nous disposons d'outils très performants qui nous permettent de faire de la simulation de très haut niveau, en y intégrant les réactions des patients. Je pense donc que ces dispositifs doivent occuper une place majeure dans l'enseignement de la médecine.

Pr Frédéric Huet

« L'apprentissage par simulation est simplement un complément nécessaire. »

Pr Antoine Tesniere

La littérature scientifique a commencé à se pencher sur le sujet. Il en ressort que, quelles que soient les méthodes d'apprentissage, la simulation est une façon d'apprendre mieux et plus rapidement que les méthodes classiques. En plus, cela motive les étudiants qui s'investissent davantage dans ce type de formation. Ils s'entraînent dans des conditions qui sont parfaitement maîtrisées et contrôlées. Et ils ont le droit de faire des erreurs sans que cela ait des conséquences. Ce n'est pas normal de commencer son apprentissage dans la « vraie vie ». C'est une trop grande source de risques. Enfin, je pense que ces techniques sont complémentaires des méthodes classiques. Elles n'ont pas vocation à remplacer l'examen clinique qui reste important pour l'apprentissage.

Pr Antoine Tesniere

« Améliorer la formation par simulation permettra d'augmenter la sécurité des patients »

Pr Antoine Tesniere

Évidemment, toutes ces approches coûtent cher, surtout en temps humain. Former sur une plateforme de simulation nécessite davantage de formateurs et un accompagnement plus personnalisé. Mais c'est un investissement essentiel car améliorer la formation par simulation permettra d'augmenter la sécurité des patients et la qualité des soins. Les activités de soins génèrent encore des événements indésirables parmi lesquels 30% sont évitables. Cela entraîne un surcoût majeur, même s'il n'est pas bien apprécié en France. Je pense également qu'il faut développer une vraie approche de formation continue pour les professionnels. L'objectif pour nous serait que les professionnels de santé aient en permanence, dans leur emploi du temps des phases où ils travaillent auprès des patients et d'autres où ils se forment en simulation.

Dr Maxime Ros

Pour ce qui est de notre application, Surgery, nous avons deux grands axes de contrôle pour garantir la qualité de l'outil. Nous nous appuyons sur des collèges d'enseignants qui éditent des règles de bonne pratique. Par ailleurs, nous développons des forums de discussion autour des techniques opératoires. Nous discutons des techniques entre pairs. C'est finalement ce qui a toujours été fait en médecine, mais là, nous le transposons avec des moyens modernes. Et après, je dirais qu'il faut veiller à ne pas avoir un masque de réalité virtuelle en permanence sur la tête…

Quelles sont les limites de ces méthodes d'apprentissage ?

Pr Frédéric Huet

Ces dispositifs d'apprentissage doivent être intégrés dans un plan de formation pédagogique, validé en amont par des tests. Au sein de nos universités, nous travaillons avec des laboratoires de recherche en pédagogie. Ils nous aiguillent sur la création d'outils numériques et évaluent l'efficacité de ces méthodes par rapport aux méthodes traditionnelles. Il est important de ne pas aller trop vite dans le déploiement de ces nouveaux modes d'apprentissage. Il ne faut pas non plus que les médecins deviennent des robots qui ne pensent plus. Nous devons garder en tête que même le meilleur outil de simulation ne remplacera pas les malades. Chaque patient est unique. C'est ce qui fait la richesse de notre métier. La maladie ne doit pas être réduite à un exemple de malade, car chaque situation est différente. C'est pourquoi rien ne remplacera l'expérience au lit du malade.

Dr Jacques Lucas

« Il faut que ces formations soient co-construites entre médecins et ingénieurs »

Dr Jacques Lucas

Il faut d'abord faire de l'évangélisation pour inciter les universités à intégrer ces processus dans les parcours de formation des étudiants. Mais cela implique des moyens humains et financiers. Le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche doit se donner les moyens de développer l'université numérique. Ensuite, il faut veiller à la qualité de ces modes d'apprentissage. Les cas cliniques simulés, par exemple, doivent être très proches du réel et fiables. Il faut que ces formations soient co-construites entre médecins et ingénieurs qui savent manipuler la technique pour rendre les outils attractifs.

« En France, nous sommes performants pour soigner des affections qui auraient pu être évitées par la prévention. »

Dr Jean-Marcel Mourgues

dossier

Textes : **Emilie Tran Phong - Éric Allermoz** | Photos : **Istock, Phanie, DR**

La prévention, maillon faible de notre système de santé

Selon l'adage, « mieux vaut prévenir que guérir ». Une recommandation que notre système de santé est loin d'appliquer. Trop centré sur le curatif, il peine encore à réduire la prévalence de maladies qui, comme le sida, le cancer du poumon ou l'obésité, pourraient le plus souvent être évitées.

« Mangez cinq fruits et légumes par jour », « Bougez », « Consommez avec modération »... Difficile de passer à côté des nombreux messages de prévention qui nous rappellent à chaque instant d'adopter une bonne hygiène de vie. Pourtant, l'obésité progresse, touchant un adulte sur six en France. Bien qu'exposés depuis leur plus jeune âge aux photos chocs imprimées sur les paquets de cigarettes, 42 % des adolescents de 17 ans sont fumeurs. Et alors que, détecté tôt, le cancer colorectal se guérit dans neuf cas sur dix, il continue de tuer plus de 17 000 personnes par an. De façon générale, un tiers de la mortalité avant 65 ans pourrait être évité par la prévention[1]. *« Les indicateurs ne sont pas bons,* confirme le Dr Jean-Marcel Mourgues, président de la section Santé publique et démographie médicale au Conseil national de l'Ordre

Point de vue de l'Ordre

Dr Jean-Marcel Mourgues, président de la section Santé publique et démographie médicale du Cnom

« Le médecin doit rester au cœur du dispositif de prévention »

Lors de la grande consultation que nous avons organisée auprès des médecins fin 2015, 97 % des participants déploraient des tâches administratives qui empiètent trop largement sur leur temps médical. Ils aimeraient pouvoir faire de la prévention, mais ils manquent de temps et de disponibilité pour agir correctement, surtout dans les zones en tension démographique, où ils doivent sans cesse parer à des soins urgents. C'est pourquoi, dans le projet de réforme du système de santé que nous avons soumis en février aux candidats à l'élection présidentielle, nous demandons de redonner du temps médical aux professionnels de santé, en mettant par exemple à leur disposition une assistance administrative. Par ailleurs, les pouvoirs publics proposent régulièrement de déléguer la prévention à d'autres acteurs (infirmières, associations de patients, etc.), mais il nous semble indispensable que le médecin reste au cœur de la prévention. Il peut aider le patient à trier la multitude d'informations apportées, notamment par Internet et les réseaux sociaux. Pour lutter contre la désinformation, il faut que la prévention reste basée sur un socle solide de professionnels de santé.

des médecins (Cnom). *Certes, nous avons l'un des systèmes de santé les plus performants en termes de qualité des soins et d'espérance de vie. Mais il est trop centré sur le curatif.* » « *Les campagnes publicitaires sont une bonne chose,* complète Gérard Raymond, président de la Fédération française des diabétiques. *Mais pour prévenir la maladie et ses complications nous avons surtout besoin d'actions concrètes comme de l'éducation en santé à l'école, un accompagnement des patients chroniques dans le temps, etc.* » (lire témoignage p. 21).

Des progrès mais insuffisants

Nouvelle augmentation du prix des cigarettes, taxation des sodas ou encore étiquetage nutritionnel des aliments… des mesures réglementaires sont régulièrement prises pour limiter certains facteurs de risque. Le Cnom a d'ailleurs réussi à faire ajouter à la loi de Santé de 2016 deux dispositions qui obligent les débitants d'alcool et de tabac à s'assurer que leurs clients sont majeurs : ils doivent désormais leur demander de présenter une pièce d'identité.

Sur le plan médical, les programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP), élaborés suite à la loi Hôpital, patients, santé et territoires de 2009, constituent un autre progrès. En donnant aux malades la possibilité d'acquérir les connaissances et compétences nécessaires pour prendre en charge de façon autonome leur pathologie, ils améliorent l'observance des traitements et limitent l'apparition de complications. Mais « *l'ETP, si elle est indispensable, tient trop souvent lieu de politique de prévention,* regrette le Pr Pierre Lombrail, PU-PH à l'Université Paris 13, chef de service Santé publique à l'AP-HP. *Encore majoritairement organisée à l'hôpital dans le cadre de programmes autorisés, il s'agit de prévention tertiaire, qui vise à limiter les complications ou les récidives chez les personnes qui sont déjà malades. Or la prévention doit aussi être primaire, et empêcher la pathologie d'apparaître ou de s'installer* ». Un objectif qui ne peut être approché que si l'éducation à la santé investit davantage les cabinets de ville.

« Lors de leurs études, les professionnels de santé n'ont que très peu d'heures de cours consacrées à la prévention. »

Primaire et primordiale

Que le rendez-vous ait été pris pour un certificat médical, un rhume ou un symptôme plus sérieux, chaque consultation offre au médecin l'opportunité d'échanger avec le patient sur ses conditions de vie et de travail, ses habitudes alimentaires et ses éventuelles addictions. C'est aussi l'occasion de relayer les campagnes de dépistage du cancer colorectal et du cancer du sein organisées par l'Assurance Maladie. Celles-ci proposent tous les deux ans aux personnes de 50 à 74 ans un examen gratuit qui, en décelant précocement une tumeur, pourrait sauver leur vie. Pourtant, un tiers seulement de la cible réalise le test de dépistage du cancer colorectal, et la moitié celui du cancer du sein. En rappelant à leurs patients l'enjeu de tels examens, en les éclairant sur la démarche et en les relançant, les médecins ont un rôle essentiel à jouer. Mais ce type d'échange trouve difficilement sa place en consultation dans un contexte de démographie médicale de plus en plus tendu. « *Par ailleurs, si la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) reconnaît le rôle des médecins dans le suivi des maladies chroniques, la vaccination et le dépistage, elle n'intègre pas le temps passé à faire de l'éducation à la santé* », remarque Christine Peyron, économiste à l'université de Bourgogne (lire interview p. 22).

La question de la formation se pose également. Lors de leurs études, les professionnels de santé n'ont que très peu d'heures de cours consacrées à la prévention. Ils n'y acquièrent pas forcément les compétences relationnelles nécessaires, écoute et empathie notamment, pour engager un dialogue constructif et non culpabilisant avec leurs patients. Ils n'apprennent pas non plus suffisamment à adapter leurs discours au niveau de compréhension de leurs interlocuteurs.

Deux spécialités en souffrance

Outre les difficultés liées à la disponibilité et à la formation des médecins, se pose également la question de l'accès à la prévention. En effet, certaines personnes ne sont pas suivies par un médecin généraliste. Et si la méde-

En donnant aux malades la possibilité d'acquérir les connaissances et compétences nécessaires pour prendre en charge de façon autonome leur pathologie, ils améliorent l'observance des traitements et limitent l'apparition de complications.

TÉMOIGNAGE

Pr Pierre Lombrail, PU-PH à l'université Paris 13, chef de service Santé publique à l'AP-HP

« Les médecins ne sont pas assez formés à la prévention »

Nos facultés de médecine continuent de fabriquer de bons professionnels, mais la formation initiale laisse peu de place à la prévention. Tout comme notre système de santé en général, elle reste encore très centrée sur les soins, et ne prépare pas à la mise en œuvre structurée de pratiques cliniques préventives (pour lesquelles il n'existe d'ailleurs pas de référentiel national). Des travaux de recherche ont mis en exergue les "facteurs prioritaires à mettre en œuvre pour développer une démarche éducative en médecine générale" : la formation, initiale et continue, et le développement de coopérations inter et intra professionnelles[1]. Aujourd'hui, la plupart des médecins généralistes disent avoir des pratiques éducatives dans le cadre de leurs consultations, notamment vis-à-vis de la prise de médicaments dangereux comme les anticoagulants. Ceux qui souhaitent s'investir dans l'éducation thérapeutique dans le cadre de programmes, doivent, comme tous les intervenants, suivre un stage de 40 heures. Les contenus sont très variables d'un organisme de formation à l'autre. L'ETP nécessite de savoir identifier les besoins éducatifs de la personne et le bon moment pour lui proposer d'entrer dans un programme. Il faut savoir éduquer le patient à son rythme et en tenant compte de son niveau de compréhension. Sans être illettrés, la moitié des gens expriment en effet des difficultés à comprendre les informations un peu techniques qu'on leur donne. Il faut en tenir compte. Sinon, on continuera à creuser les inégalités de santé.

REPORTAGE

Quand le chemin du goût mène vers la santé

À Billère, dans les Pyrénées-Atlantiques, des ateliers culinaires encadrés par un gastro-entérologue misent sur l'éducation au goût pour améliorer la prévention santé. Objectif : changer les habitudes alimentaires.

Top Chef, MasterChef, le meilleur pâtissier… Ces dernières années, les émissions culinaires envahissent le petit écran. Surfant sur cet engouement médiatique, la ville de Billère a décidé d'animer des ateliers culinaires depuis septembre 2015. Avec une idée en tête : apprendre à cuisiner pour mieux se nourrir. *« Une alimentation saine réduit les risques de cancer, de diabète, d'obésité, de maladies chroniques,* constate Béatrice Lamarque, directrice du centre d'animation qui accueille ces ateliers. *Pourtant ce fait scientifique ne suffit pas à modifier en profondeur nos habitudes alimentaires… »*

Et le succès est au rendez-vous. Trois fois par semaine, les habitants de Billère et des alentours se pressent aux ateliers cuisine baptisés Les chemins du goût. Parmi les formateurs, un médecin, tablier autour du cou, les attend dans la cuisine aménagée. Le Dr Philippe Berthelemy est gastro-entérologue et nutritionniste au centre hospitalier général de Pau. Selon lui, *« les messages de prévention du Programme national nutrition santé – "5 fruits et légumes par jour", par exemple – fonctionnent auprès des populations déjà sensibilisées aux enjeux d'une alimentation saine. Pour les autres, l'apprentissage passe par la pratique. »*

Mieux connaître les aliments

Durant deux heures, les participants apprennent donc à mieux connaître les produits, leur valeur nutritionnelle, le rôle des fibres, les attraits des légumineuses, ou encore la physiologie de la digestion. Ils découvrent comment gérer un budget alimentation, lire les étiquettes, décoder les messages publicitaires, etc. Le tout dans une atmosphère bienveillante pour créer le plaisir d'apprendre indispensable aux changements radicaux des pratiques alimentaires. *« L'enjeu est de réapprendre le vrai goût des aliments, d'oublier le gras, le salé, les additifs et les conservateurs des produits industriels »*, insiste le Dr Berthelemy, qui se réjouit d'avoir face à lui des personnes très attentives.

Manger équilibré

Non loin de la cuisine, un potager fournit directement les produits posés sur le plan de travail. Ces ateliers culinaires font la part belle au circuit court, à une agriculture raisonnée, aux produits de saison, à la gestion des déchets. Chantal et Renée, toutes deux retraitées, sont des habituées : *« Finalement, ce n'est pas si compliqué d'apprendre à bien se nourrir, à manger équilibré. Et ensuite, nous transmettons ces bons conseils aux enfants dans les écoles… »*

Mission accomplie pour le Dr Philippe Berthelemy. D'ailleurs, il n'hésite pas à parler d'éducation thérapeutique. *« L'alimentation est un véritable enjeu de santé publique, insuffisamment pris en compte dans les politiques de prévention sanitaire »*, souligne-t-il.

La prochaine étape ? Former à cette démarche les professionnels en contact avec les enfants, les malades, les personnes âgées, etc.

Les 12 à 25 ans ne vont plus chez le médecin pour des consultations de suivi. Or c'est un âge d'expérimentation (sexualité, drogues…). C'est aussi à cette période de la vie que la morbidité des futurs adultes se dessine.

cine du travail et la médecine scolaire permettent de toucher un public plus large, qui ne prend pas spontanément rendez-vous, ces deux spécialités sont aujourd'hui en souffrance. Au 1er janvier 2015, il n'y avait que 5 264 médecins du travail[2] pour 22,8 millions de salariés, et à peine 1 100 médecins scolaires pour 12 millions d'élèves[3]. *« Comment faire de la prévention dans ces conditions ? »*, s'inquiète le Dr Mourgues. *Résultat : certaines catégories de populations sont très mal prises en charge. C'est particulièrement le cas des jeunes de 12 à 25 ans. Leurs parents ne les emmènent plus spontanément chez le médecin pour des consultations de suivi. Or c'est un âge d'expérimentation (sexualité, drogues…). C'est aussi à cette période de la vie que la morbidité des futurs adultes se dessine. »* Face à ce constat, l'Ordre a proposé d'introduire dans la loi de Santé la mise en place d'une visite médicale gratuite et obligatoire entre 16 et 18 ans, mais cet amendement n'a pas été retenu.

Prévenir la désinformation

Le temps médical est la pierre angulaire d'une bonne prévention. Or 97 % des médecins estiment subir trop de contraintes réglementaires, économiques et administratives, qui empiètent sur leur temps médical[4]. C'est pourquoi, dans le projet de réforme qu'il a remis en février aux candidats à la présidentielle, le Cnom préconise que soit mise à leur disposition une aide administrative. Il fait aussi la promotion des structures d'exercice regroupé, comme les maisons de santé. Cela permettrait d'envisager, comme dans les programmes d'ETP hospitaliers, le suivi des malades chroniques par une équipe pluridisciplinaire. À condition qu'un dispositif de rémunération forfaitaire puisse être mis en place, *« et que le médecin traitant reste le pivot du dispositif,* insiste le Dr Mourgues. *Il a les connaissances et l'autorité nécessaires pour aider le patient à faire le tri parmi les informations qu'il reçoit. Avec Internet, chacun peut désormais avoir accès à la connaissance. C'est un atout mais aussi une source potentielle de problèmes : les sites diffusant de fausses informations sont parfois mieux référencés sur les moteurs de recherche que ceux des autorités de santé. Et leurs messages alarmants trouvent plus d'échos sur les réseaux sociaux… »*. C'est le cas, par exemple, sur des sujets comme les vaccins. Les campagnes de désinformation, profitant de polémiques autour de conflits d'intérêts, ont réussi à éroder sérieusement la confiance du public. À tel point qu'aujourd'hui

TÉMOIGNAGE

Gérard Raymond, président de la Fédération française des diabétiques

« Démocratiser l'éducation thérapeutique du patient »

Aujourd'hui, rien n'est fait en France en matière de prévention primaire : à l'école, l'éducation en santé est délaissée ; et les médecins du travail n'ont pas le temps de repérer les personnes qui risquent de développer un diabète de type II. Cela permettrait pourtant de les sensibiliser à temps pour qu'elles échappent à la maladie. Pour les patients déjà diabétiques, il existe de bons programmes d'éducation thérapeutique (ETP), mais pas dans tous les territoires. Comme ils sont organisés à l'hôpital, certains malades rechignent à les suivre car cela les oblige à se déplacer loin de chez eux et à poser des jours de congé. Il faudrait démocratiser ces ateliers, en organisant des séances en ville ou via des moyens plus modernes (comme les Mooc). En outre, les gens sont formés une fois, au début de leur parcours. Des piqûres de rappel seraient bénéfiques pour maintenir les patients au niveau.

seulement 72% des enfants de 2 ans ont reçu leurs deux doses de vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR)[1]. Une proportion trop basse pour éviter les épidémies. C'est pourquoi le Cnom ne cesse de rappeler à quel point le rôle des professionnels de santé en matière d'information est crucial. Le médecin traitant est sans doute le mieux à même de trouver les mots qui rassureront les jeunes parents et leur redonneront confiance.

Un médecin dans sa poche ?

Capteurs d'activité, de fréquence cardiaque, tensiomètres, balances connectées… l'avènement du digital a fait émergé nombre d'objets connectés d'autosurveillance destinés au grand public, avec à la clé des bénéfices potentiels en médecine préventive. Ainsi, une montre qui mesure en temps réel le nombre de calories consommées pendant une course peut inciter à améliorer ses performances, donc à maintenir sa motivation sportive dans la durée.

Certains de ces objets, lecteurs de glycémie ou tensiomètres connectés sont des dispositifs médicaux qui peuvent être prescrits par des professionnels de santé. Pour les autres, qui relèvent davantage du bien-être, le Cnom est favorable à la création d'un label qui pourra renseigner sur leur fiabilité. Aujourd'hui quatre médecins sur dix pensent que ces dispositifs pourraient contribuer à une meilleure gestion des maladies chroniques[5] en facilitant la vie des patients et/ou le traitement des données collectées.

1. L'état de santé de la population en France, rapport 2015, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Dress) du ministère en charge de la Santé.
2. Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er janvier 2015, Cnom.
3. Chiffre SNMSU-Unsa Éducation, novembre 2014.
4. Grande Consultation du Cnom, décembre 2015.
5. Enquête réalisée par Withings pour MACSF, 2016.

Point de vue extérieur

Christine Peyron, maître de conférences spécialisée en économie de la santé au sein du laboratoire d'économie de Dijon (université de Bourgogne)

« Parler prévention avec ses patients nécessite des moyens et de la formation »

Peut-on chiffrer l'impact économique d'une meilleure prévention en santé ?

Il n'y a pas vraiment d'étude qui quantifie précisément l'impact de la prévention sur la prévalence de certaines maladies ou sur les dépenses de santé. Les liens sont incertains, difficilement mesurables et dépendent de nombreux facteurs. Ainsi, quand un médecin préconise à son patient de modifier son alimentation, arrivera-t-il à trouver les bons arguments ? À convaincre son interlocuteur ? Celui-ci parviendra-t-il à intégrer de nouvelles habitudes de consommation ? Tiendra-t-il ses bonnes résolutions ? On remarque néanmoins que la prévention est plus développée dans d'autres pays, le plus souvent dans ceux qui ont une vraie culture de santé publique, comme la Finlande, le Québec ou le Royaume-Uni, où les médecins ont dans leurs missions celle de gérer une population. Ils sont plus incités à faire de la prévention, même si ce n'est pas forcément plus facile pour eux.

En France, une rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) a été mise en place. Cela a-t-il incité les médecins à faire plus de prévention ?

Cet outil permet de reconnaître leur mission de santé publique. Mais, même s'il est un peu plus « généreux » que le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (Capi) qu'il a remplacé, il reste marginal dans la rémunération des médecins (10 à 15 % du total). Par ailleurs, la prévention ne représente qu'une partie des objectifs fixés aux médecins Et la Rosp n'intègre que des indicateurs mesurables, portant sur le nombre de patients vaccinés ou dépistés, par exemple. Il est plus difficile d'évaluer l'impact de l'éducation thérapeutique du patient, par exemple, car il faut pouvoir montrer que l'objectif fixé a été atteint (perte de poids, etc.) et que ce résultat est dû à l'action du médecin. Agir sur le comportement du patient (alimentation, exercice physique, usage de drogues…) nécessite de travailler de façon approfondie sur la relation médecin-patient. Cela prend beaucoup de temps, avec un résultat incertain : il s'agit d'une relation qui n'est pas curative et que les patients ne recherchent pas forcément, car ils pourraient la trouver trop intrusive ou normative.

Comment pourrait-on mieux intégrer la prévention dans la pratique médicale ?

La Rosp n'est pas le vecteur unique à mobiliser pour que les médecins fassent plus d'éducation à la santé. Nous avons récemment fait une étude auprès des médecins bourguignons sur leurs attentes en la matière. La rémunération n'était pas dans les items les plus mis en avant. Nos répondants étaient plus demandeurs de retours sur leur pratique, de formations et d'accompagnement (logiciels ou guides de bonnes pratiques) pour conduire un échange avec le patient sur son mode de vie, qui ne soit pas culpabilisateur mais constructif.

vos informations pratiques

le guide juridique

24. en bref
- Calendrier vaccinal 2017
- Le RPPS élargi aux professions paramédicales

25-30. pratique
- Fin de vie : les nouveaux commentaires du code de déontologie
- Le droit à l'oubli
- Le refus de soins des médecins
- Secteur 2 : les propositions de la Cnamts et des complémentaires

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

EN BREF

Décret n° 2017-535 du 12 avril 2017 relatif aux conditions d'accès des médecins en exercice au troisième cycle des études de médecine.

Décret n° 2017-522 du 11 avril 2017 modifiant le décret n° 2016-1012 du 22 juillet 2016 relatif à la mise en place d'un numéro d'appel national d'accès à la permanence des soins ambulatoires.

Décret n° 2017-523 du 11 avril 2017 modifiant les dispositions relatives à l'exercice d'une activité libérale dans les établissements publics de santé.

Arrêté du 31 mars 2017 portant fixation du document type de la déclaration publique d'intérêts mentionnée à l'article L. 1451-1 du code de la santé publique.

Instruction n° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement.

+ d'infos : www.conseil-national.medecin.fr (rubrique Juridique / Veille juridique)

Calendrier vaccinal 2017

Le ministère en charge de la santé vient de publier le nouveau calendrier vaccinal. Cette nouvelle version introduit de nouvelles recommandations :

• **Infections invasives à méningocoque :** l'âge de la première vaccination est abaissé à titre transitoire à l'âge de 5 mois avec une 2ème injection à l'âge de 12 mois.

• **Infections à papillomavirus humains :** la vaccination est proposée aux hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) jusqu'à 26 ans. Chez les jeunes filles et les jeunes femmes non vaccinées antérieurement, le HCSP recommande d'initier la vaccination par GARDASIL 9®.

• **Infections à pneumocoque chez les adultes :**

- recommandé chez les personnes présentant un facteur de risque d'infection à pneumocoque, le schéma devient identique (séquence VPC 13 suivi de VPP 23) que la personne soit ou non immunodéprimée ;
- revaccination possible (une seule fois) avec un vaccin non conjugué en respectant un intervalle de 5 ans.

• **Varicelle :** les recommandations de vaccination pour les contacts d'un cas de varicelle sont précisées.

• **BCG :** à l'exception de la Guyane et de Mayotte (où la vaccination en période néonatale est maintenue), la vaccination par le BCG des enfants à risque est recommandée à partir de l'âge de 1 mois.

Le calendrier propose également des adaptations vaccinales en situation de pénurie de vaccins.

Chaque année, le ministère chargé de la Santé élabore la politique de vaccination et fixe le calendrier des vaccinations applicables aux personnes résidant en France en fonction de leur âge. Il émet aussi les recommandations vaccinales générales et particulières (risques accrus de complications, d'exposition ou de transmission)...

+ d'infos : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinations_2017.pdf

Le RPPS élargi aux professions paramédicales

Un arrêté du 18 avril 2017 a élargi le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) aux « professionnels intervenant dans le système de santé ». Il élargit ainsi le périmètre des professionnels concernés par la collecte et le traitement des données aux professionnels paramédicaux (les masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, infirmiers, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, prothésistes et orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées, diététiciens) mais aussi les assistants de service social et les titulaires des titres de psychothérapeute, psychologue, chiropracteur ou ostéopathe… Le texte détaille aussi les données concernées par ce répertoire.

Fin de vie : les nouveaux commentaires du code de déontologie

Suite à la promulgation de la nouvelle loi sur la fin de vie et de ses décrets, l'Ordre a publié sur son site de nouveaux commentaires concernant les articles 37 à 37-4 du code de déontologie.

La nouvelle loi « Claeys-Leonetti » créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie a nécessité des modifications du code de déontologie médicale : l'article 37 a entièrement été réécrit en 5 articles figurant aux articles R. 4127-37 à R. 4127-37-4 du code de la santé publique. Le Conseil national de l'Ordre a respecté ce découpage pour la rédaction des commentaires.

Le code de déontologie médicale reste relativement concis. Il ne peut entrer dans les détails, ni envisager tous les cas particuliers, ni apporter des explications ou justifications visant à améliorer sa compréhension. Chaque article du code de déontologie est donc accompagné de commentaires, préparés par la section Éthique et déontologie du Conseil national de l'Ordre des médecins et adoptés en session plénière. L'objectif de ces commentaires à vocation explicative et pédagogique : **faciliter la compréhension des articles du code de déontologie et aider les médecins à intégrer ces principes dans leur pratique quotidienne.** « *Nous rédigeons des commentaires en nous appuyant sur notre expertise mais aussi sur l'audition de sachants,* détaille le Dr Jean-Marie Faroudja, président de la section Éthique et déontologie. *Ils ont vocation à aider les médecins à comprendre les textes et à les traduire dans leur pratique au quotidien en traitant de situations particulières, en explicitant les notions abordées sans pouvoir, bien sûr, être exhaustif…* »

• Soulagement des souffrances

L'article 37 du code de déontologie (article R.4127-37 du code de la santé publique) concerne le soulagement des souffrances et la non-obstination déraisonnable. Les commentaires se sont ainsi attachés à aborder la notion de douleur et le rôle du médecin face à la douleur. Il y est aussi question des notions d'obstination déraisonnable et de maintien artificiel de la vie.

• Directives anticipées

L'article 37-1 du code de déontologie (article R.4127-37-1 du code de la santé publique) porte sur les directives anticipées. La loi rend ces directives contraignantes avec comme principe le respect de la volonté du patient. La loi prévoit néanmoins deux exceptions : en cas d'urgence vitale et en cas de directives manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale. Les commentaires explicitent ces situations et notamment les différentes étapes de la procédure collégiale.

• Limitation ou arrêt des traitements

L'article 37-2 du code de déontologie (article R.4127-37-2 du code de la santé publique) traite de la limitation ou de l'arrêt des traitements. Dans ses commentaires, l'Ordre s'attarde notamment sur les notions de traitements inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

• Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès

L'article 37-3 du code de déontologie (article R.4127-37-3 du code de la santé publique) aborde la question de la sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès. Les commentaires de l'Ordre exposent les différentes situations dans lesquelles il est possible de recourir à une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès.

• Accompagnement et information

L'article 37-4 du code de déontologie (article R.4127-37-4 du code de la santé publique) parle quant à lui de l'accompagnement et de l'information du patient et de son entourage. Dans les commentaires, l'Ordre insiste notamment sur la transparence des processus qui ont abouti à telle ou telle décision.

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

+ d'infos : https://www.conseil-national.medecin.fr/groupe/17/tous

PRATIQUE

Le droit à l'oubli

La loi de santé a complété les modalités du droit à l'oubli prévu dans la Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé). Deux décrets viennent d'être publiés marquant le déploiement de ce nouveau droit.

Qu'est-ce que le droit à l'oubli ?

Le droit à l'oubli a émergé avec un protocole d'accord signé le 24 mars 2015. Pour mettre en œuvre ce protocole, un nouvel avenant à la Convention AERAS a été signé le 2 septembre 2015. Ce droit a, par la suite, été consacré par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de santé.

Le droit à l'oubli se décline sous deux aspects :

– les candidats à l'emprunt ayant un antécédent de cancer n'ont plus à le déclarer aux assureurs 10 ans après la fin du protocole thérapeutique. Ce délai est réduit à 5 ans pour les cancers survenus chez les jeunes de moins 18 ans ;

– l'élaboration d'une liste des pathologies (pathologies cancéreuses et autres pathologies, notamment chroniques) pour lesquelles l'assurance sera accordée aux personnes qui en ont souffert ou en souffrent, sans surprime, ni exclusion de garantie, ou dans des conditions se rapprochant des conditions standard, après certains délais (adaptés à chacune de ces pathologies), c'est-à-dire au-delà desquels l'antécédent de maladie ne peut plus avoir de conséquences sur la tarification, et pour lesquelles aucune information médicale ne pourra être recueillie. Ces délais courent à partir de la fin du protocole thérapeutique et sans rechute pour les pathologies cancéreuses ou des dates de référence pour d'autres types de pathologie. Cette disposition s'applique à des personnes non éligibles au droit à l'oubli souvent pour ces conditions de délais mais dont l'état de santé est néanmoins stabilisé. Les personnes concernées sont toutefois obligées de déclarer leurs antécédents médicaux à l'assureur.

Pathologies à déclarer à l'assureur qui permettent l'accès à l'assurance à des conditions d'acceptation sans surprime ni exclusion

Types de pathologies	Définition et critères (stade et type de traitements)	Délai d'accès*
Cancers du testicule	• Séminomes purs, stade I • Séminomes purs, stade II • Tumeurs non-séminomateuses ou mixtes, stade I et II	• 3 ans • 6 ans • 6 ans
Cancers du sein	• Carcinome canalaire in situ • Carcinome lobulaire in situ > Traitement selon le consensus HAS/INCa réalisé	• 1 an
Mélanome de la peau	• Mélanome *in situ* ou de niveau I de Clark > Exérèse complète > Absence de syndrome des nævi dysplasiques	• 1 an
Cancer du col de l'utérus	• Classe CIN III (ou HSIL) ou in situ >Application d'un traitement de référence en vigueur au moment de la prise en charge et une surveillance selon recommandations HAS	• 1 an
Cancers du côlon et du rectum	• Stade pTis (stade 0) : > plus de 50 ans au diagnostic • Stade I : pT1N0M0 : > Plus de 50 ans au diagnostic > Type histologique : adénocarcinome • Stade I : pT2N0M0 : > Plus de 50 ans au diagnostic > Type histologique : adénocarcinome	• 1 an • 4 ans • 8 ans
Cancers de la thyroïde	• Papillaire/vésiculaire, < 45 ans au diagnostic, stade I • Papillaire/vésiculaire, 45 ans ou plus au diagnostic, stade I ou II • Papillaire/vésiculaire, 45 ans ou plus au diagnostic, stade III	• 3 ans • 3 ans • 6 ans
Lymphomes hodgkiniens	• Lymphomes hodgkiniens classés stade IA après une période de suivi post-thérapeutique • Lymphomes hodgkiniens classés stades IB et 2A après une période de suivi post-thérapeutique	• 6 ans • 8 ans
Hépatite virale C	Score de fibrose initiale inférieur ou égal à F2 confirmé par au moins 2 tests non invasifs ou par examen histologique > Réponse virale soutenue quel que soit le traitement > Pas d'épisodes antérieurs d'infection par le VHC > Pas de co-infection par le VIH, le virus de l'hépatite B Échographie hépatique normale, sans dysmorphie ni stéatose.	• 48 semaines

* à compter de la fin du protocole thérapeutique et sans rechute

Quelles pathologies sont concernées ?

La liste des pathologies à déclarer à l'assureur pour lesquelles l'assurance sera accordée sans surprime ni exclusion de garantie, ou dans des conditions se rapprochant des conditions standard, est élaborée par un groupe de travail de la Commission études et recherches de la Convention puis soumise à l'approbation de la Commission de suivi et de propositions AERAS. Les modalités et délais sont mis à jour régulièrement en fonction des progrès thérapeutiques et des données de la science. Au 30 mars 2017, neuf pathologies y figurent (*cf.* tableaux ci-contre).

Que contiennent les décrets qui viennent de paraître ?

Le décret du 7 février 2017 (décret d'application de l'article L.1141-5 du code de la santé publique) détermine les sanctions qu'encourent les organismes d'assurance en cas de non-respect de l'interdiction de recueillir des informations médicales sur les pathologies cancéreuses d'anciens malades au-delà de certains délais et d'appliquer une majoration de tarifs ou une exclusion de garantie.

Quant au décret du 13 février 2017, il précise les modalités d'information des personnes concernées par ce dispositif. Il prévoit notamment la création d'un document qui sera remis aux candidats à l'assurance emprunteur et qui les informera sur leurs droits (de ne pas déclarer d'anciennes pathologies comme le cancer dans le questionnaire de santé et de ne pas subir de majoration de tarifs ou d'exclusion de garanties du fait de ces anciennes affections au nom d'un risque de santé aggravé).

Pathologies à déclarer à l'assureur qui permettent l'accès à l'assurance à des conditions d'acceptation se rapprochant des conditions standard (avec une surprime plafonnée, applicable par les assureurs)

Types de pathologies	Définition précise et critères	Délai d'accès*
Infection par le VIH	• CD4 ≥ 350/mm³ sur tout l'historique ; • CD4 ≥ 500/mm³ et charge virale indétectable à 12 mois après le début des traitements, sans rechute pendant 2 ans ; • absence de stade SIDA ; • absence de co-infection actuelle par le VHB ou VHC ; • absence de co-infection passée par le VHC, sans stade de fibrose strictement supérieurs à F2 ; • absence de maladie coronarienne et d'AVC ; • absence d'usage de substances illicites (liste des stupéfiants fixée par arrêté du 22/02/1990) • absence de cancer en cours, ou dans les antécédents notés dans les 10 années antérieures ; • absence de tabagisme actif ; • traitement débuté après janvier 2005. Bilan biologique de moins de 6 mois avec résultats dans les normes du laboratoire...	2 ans

* à compter du diagnostic

Est-ce que les modalités de la convention AERAS sont amenées à être élargies à d'autres pathologies ?

Selon l'article L.1141-5 du code de la santé publique : « ...la convention prévoit l'extension de ces dispositifs aux pathologies autres que cancéreuses, notamment les pathologies chroniques, dès lors que les progrès thérapeutiques et les données de la science attestent de la capacité des traitements concernés à circonscrire significativement et durablement leurs effets. »

Dr Jean-Marie Faroudja et Marie Arnould, section Éthique et déontologie

+ d'infos : www.aeras-infos.fr

Qu'est-ce que...

• **La date de fin du protocole thérapeutique :** il s'agit de la date de la fin du traitement actif du cancer, en l'absence de rechute, par chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie effectuées en structure autorisée, à laquelle plus aucun traitement n'est nécessaire hormis la possibilité d'une thérapie persistante de type hormonothérapie ou immunothérapie.

• **La rechute :** il s'agit de toute nouvelle manifestation médicalement constatée du cancer, que ce soit par le biais d'un examen clinique, biologique ou d'imagerie.

Le refus de soins des médecins

On doit distinguer les refus non justifiés qui sont des fautes de la part du médecin, des refus licites parmi lesquels on relève désormais des refus liés aux tensions démographiques dans les territoires. Aujourd'hui, la problématique du refus de soins englobe à la fois le refus, le renoncement et les difficultés d'accès aux soins. Alors quels sont dans ce contexte les contours de l'obligation de soins des médecins ?

Le refus de soins de la part du médecin est un manquement déontologique grave qui porte atteinte à l'individu, à la société et déconsidère la profession. Ainsi, « *le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances* », rappelle l'article 7 du code de déontologie (article R.4127-7 du code de la santé publique). Cela inclut également les patients bénéficiaires de la CMU-C ou de l'AME.

Par ailleurs, proposer des délais anormalement longs par référence au délai de rendez-vous moyen du cabinet, demander des honoraires à des bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME ou leur imposer des compléments d'honoraires, réclamer des dépassements de tarifs inconsidérés, ou être ostensiblement désagréable… sont autant d'attitudes qui peuvent être considérées comme des refus de soins déguisés et faire l'objet de sanctions.

Dans quel cas le médecin peut-il refuser de donner des soins ?

L'article R. 4127-47 du code de la santé publique indique que « *hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins.* »

Le médecin peut ainsi refuser d'apporter des soins à une personne en invoquant :

– Un patient difficile. Qui n'honore pas ses rendez-vous, ou bien est désagréable, autoritaire, menaçant voire violent.

– Une file active de patients trop importante. De plus en plus de médecins, en raison du déclin de la démographie médicale, ont une file active de patients importante. Pour garantir une qualité d'écoute, de prise en charge et de soins, ils se voient dans l'impossibilité de prendre en charge de nouveaux patients. Cette problématique est malheureusement croissante et inextricable. Le médecin doit néanmoins s'enquérir du caractère possiblement urgent de la situation et voir si une alternative est possible. Ainsi il peut orienter le patient vers d'autres confrères plus disponibles (s'il y en a), et informer le Conseil départemental de l'Ordre.

– Une incompétence spécifique. Le médecin peut s'estimer, à tort ou à raison, incompétent. Cela peut, par exemple être le cas d'un médecin généraliste face à un toxicomane. Il pourra alors l'orienter vers un centre d'accompagnement et de prévention en addictologie. Néanmoins, en cas d'urgence, le médecin doit donner les soins qui s'imposent dans les limites de ses compétences.

– Une incapacité physique. Il peut s'agir par exemple d'un médecin qui a une jambe plâtrée et refuse de faire une visite à domicile. En cas d'urgence, le médecin doit néanmoins mobiliser les secours les plus adaptés. Il lui est aussi recommandé de s'assurer qu'ils ont bien pris en charge la personne.

– La clause de conscience. Il s'agit du droit pour un médecin de refuser de réaliser un acte médical autorisé par la loi mais qu'il estimerait contraire à ses propres convictions personnelles, professionnelles ou éthiques. Dans ce cas, le praticien n'est pas tenu d'exposer ses

raisons. Néanmoins, il doit informer au plus tôt la personne et prendre toute mesure opportune pour que la continuité des soins soit assurée. La clause de conscience ne peut cependant être invoquée face à une urgence.

– Un abus. Le médecin doit refuser certaines investigations, prescriptions et certificats qu'il jugerait inadaptés, inutiles, abusifs, illusoires ou de complaisance. Il s'agit d'une obligation déontologique.

Dans tous les cas, le médecin qui refuserait d'apporter des soins à un patient en situation d'urgence se mettrait dans une situation délicate par omission de porter secours. Il s'exposerait à des poursuites et sanctions tant pénales (art. 223-6 du CP) que disciplinaires (art. R. 4127-9 du CSP)

Quand le refus entraîne un litige

Un refus de soins peut conduire devant :

• **La juridiction pénale** lorsqu'est retenue l'omission de porter secours.

• **La juridiction disciplinaire** qui sanctionne tout manquement relatif à un refus de soins qui ne serait pas justifié par les circonstances ou les règlements. Dans ce domaine, les jurisprudences sont nombreuses et les sanctions vont du simple avertissement à l'interdiction temporaire d'exercer.

• **La juridiction civile** si est recherchée la réparation d'un préjudice induit par un refus de soins considéré fautif.

Quand le refus entraîne du renoncement

Le refus de soins est étroitement lié au renoncement. Il peut découler du fait des délais pour prendre rendez-vous, de l'éloignement de l'offre de soins, des honoraires, de la difficulté à trouver un médecin… Les personnes abandonnent alors l'idée de se faire soigner. Il peut aussi s'agir de personnes qui, enfants, ont vu leurs parents bénéficiaires de la CMU-C se faire refuser des soins et qui gardent une image négative ou un sentiment de rejet vis à vis du monde médical. Le renoncement est d'autant plus grave qu'il est difficile à évaluer et n'est pas forcément perçu par le médecin.

Dr André Deseur, vice-président du Cnom et président de la commission Refus de soins
Dr Jean-Marie Faroudja et Caroline Héron, section Éthique et déontologie
Dr François Simon et Francisco Jornet section Exercice professionnel

UNE COMMISSION SUR LES REFUS DE SOINS

Le décret n° 2016-1009 du 21 juillet 2016 relatif aux modalités d'évaluation des pratiques de refus de soins a entériné la création de commissions sur les refus de soins placées auprès des Ordres des médecins, des sages-femmes et des chirurgiens-dentistes. Chaque Ordre en assure la présidence. **La commission placée auprès de l'Ordre des médecins est composée :**
- du président du Conseil national de l'Ordre représenté par le Dr André Deseur, vice-président du Cnom ;
- de 6 médecins désignés par l'Ordre pour lesquels le Conseil national a décidé de solliciter les syndicats représentatifs ;
- de 5 représentants des associations d'usagers du système de santé agréées et désignées par un arrêté du 6 janvier 2017 du ministre chargé de la santé : AIDES, l'Association des paralysés de France, le Collectif interassociatif sur la santé (Ciss), le Planning familial (MFPF) et l'Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (Unapei) ;
- du directeur du Fonds CMU ou son représentant ;
- du directeur de la Cnamts ou son représentant.

Quelles missions ?

Ces commissions, chacune pour la profession concernée, ont mission d'évaluer le nombre et la nature des pratiques de refus de soins par les moyens qu'elles jugent appropriés. Elles peuvent notamment recourir à des études, des tests de situation et des enquêtes auprès des patients. Elles analysent ces pratiques, leur nature, leurs causes et leur évolution. Elles produisent des données statistiques sur la base de ces analyses. Elles émettent des recommandations visant à mettre fin à ces pratiques et à améliorer l'information des patients. Elles ne statuent pas sur les situations individuelles.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins, assurant la présidence et l'organisation d'une commission placée auprès de lui, sera un arbitre et un catalyseur des échanges entre usagers et professionnels.

Secteur 2 : les propositions de la Cnamts et des complémentaires

La Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie, signée le 25 août 2016, a créé l'option « pratique tarifaire maîtrisée » appelée Optam et l'Optam-co pour les spécialistes chirurgicaux ou de gynécologie-obstétrique de secteur 2. Une mesure adossée aux contrats responsables proposés par les assureurs complémentaires.

Pour rappel, il est contraire à la loi et inacceptable sur le plan déontologique que des médecins n'assurent pas le tiers payant aux bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS ou, pire encore, leur réclament des compléments d'honoraires.

Optam et Optam-co

L'Optam et Optam-co remplacent, depuis le 1er janvier 2017, le contrat d'accès aux soins (CAS) pour améliorer sa lisibilité et son attractivité auprès des médecins *(sic)*. L'Optam s'adresse à tous les médecins, quelles que soient leurs modalités d'exercice. Peuvent y adhérer les médecins de secteur 2 comme les médecins de secteur 1 disposant de titres leur permettant d'accéder au secteur 2 et qui s'installent pour la première fois en exercice libéral. Par dérogation, les médecins titulaires des titres permettant l'accès au secteur 2 et installés antérieurement au 1er janvier 2013 en secteur 1 peuvent adhérer à l'Optam.

Par rapport au CAS, l'Optam offre aux médecins adhérents un paiement plus rapide de la prime, calculée au prorata de l'activité réalisée, une valorisation progressive si l'on atteint les objectifs, le partage à parts égales des revalorisations tarifaires au bénéfice du patient et du praticien, et une plus grande souplesse, avec un contrat d'un an renouvelable tacitement et une sortie possible à tout moment.

Les engagements de maîtrise tarifaire sont définis à partir de la pratique tarifaire observée sur les années 2013-2014-2015. Toute l'activité à tarifs opposables est prise en compte. Comme pour le CAS, l'adhérent de l'Optam bénéficiera de l'alignement des tarifs et de remboursement sur ceux applicables aux médecins de secteur 1. La prime est calculée au prorata de l'activité réalisée au tarif opposable. Compte tenu de la complexité du dispositif, l'Assurance maladie a mis en place un outil de simulation pour mieux faire comprendre aux médecins les avantages de l'option. Avec l'Optam-co, les médecins spécialistes concernés obtiennent une amélioration significative du tarif de leurs actes.

Dans l'Optam comme dans l'Optam-co, le médecin devra respecter un taux de dépassement moyen fixé dans son contrat ainsi qu'un pourcentage minimum d'activité à tarif opposable, tous les deux définis au regard de la pratique tarifaire observée.

Les contrats responsables

Le contrat responsable est un contrat que les organismes d'assurance maladie complémentaire ont l'obligation légale de proposer pour continuer à bénéficier d'aides et d'avantages fiscaux et sociaux. Pour cela, ils doivent exclure totalement ou partiellement la prise en charge des dépassements d'honoraires. Le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 a ainsi instauré un meilleur remboursement des actes et consultations des médecins pratiquant des dépassements d'honoraires. Ces remboursements sont meilleurs si le médecin a adhéré à l'Optam ou à l'Optam-co.

Ce dispositif a été validé par le Conseil d'État qui a rappelé que ce mécanisme avait été conçu pour éviter la prise en charge par les organismes d'assurance complémentaires des dépassements tarifaires d'un montant excessif. S'il juge que le principe d'égalité entre les patients n'a pas été méconnu, ces différences de traitement contribuent à complexifier encore le maquis des tarifs et des règles de remboursement.

Dr François Simon et Francisco Jornet, section Exercice professionnel

+ d'infos : http://www.ameli.fr
https://www.conseil-national.medecin.fr/article/note-prealable-d-information-sur-les-honoraires-357

culture médicale

Le secret médical, Anne Lécu, Les éditions du Cerf, 24 euros

LE SECRET MÉDICAL

Qu'en est-il du secret dans notre société qui prétend à l'immédiateté de l'information et à la radicalité de la transparence ? Que reste-t-il du secret professionnel à l'heure du tout-juridique, du tout-médiatique, du tout-numérique ? Pour comprendre la menace qui pèse sur le serment d'Hippocrate, ce livre nous propose de questionner l'héritage de notre pensée politique, d'examiner la médecine et son histoire, mais aussi scruter la réalité d'aujourd'hui, les circulaires ministérielles et européennes, les systèmes de surveillance et les modes de traçabilité, les révolutions technologiques et les évolutions de mentalité…

Les grands diabétiques de l'histoire, Françoise Guillon-Metz, Éditions Zinedit Publedit, 18 euros

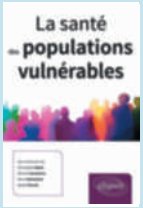
LES GRANDS DIABÉTIQUES DE L'HISTOIRE

Le diabète apparaît aujourd'hui comme une des grandes maladies modernes. Mais cette maladie n'est pas si récente… Le Dr Françoise Guillon-Metz, médecin, endocrinologue, diabétologue, nous raconte ainsi cette maladie au travers de l'histoire de diabétiques connus et moins connus : du martyre de Louis XIV à l'agonie de Karl Marx, de Nikita Khrouchtchev à Charles de Gaulle… Classés par pathologies compliquant leur diabète, ces patients, dont les noms nous sont souvent familiers, nous font vivre leur vie quotidienne avec la maladie selon leur époque, avant ou après l'insuline ou l'antibiothérapie…

Histoire des maladies et de la médecine. Épisodes choisis, Frédéric Bauduer, Éditions Ellipses, 19,50 euros

HISTOIRE DES MALADIES ET DE LA MÉDECINE

De la préhistoire à aujourd'hui en passant par l'Égypte ancienne. Des médecines traditionnelles à l'avènement de la génétique, sans oublier l'engouement pour les médecines alternatives… Cet ouvrage illustré propose de faire découvrir ou redécouvrir certaines facettes de l'histoire des maladies et de l'art de les soigner…



La santé des populations vulnérables, Christophe Adam, Vincent Faucherre, Pierre Micheletti, Gérard Pascal, Éditions Ellipses, 28 euros

LA SANTÉ DES POPULATIONS VULNÉRABLES

Si l'article 1er de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen stipule que « les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits [et que] les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune », en réalité, depuis la naissance d'un individu se développent des inégalités manifestes notamment face à la santé et à la maladie. Celles-ci impactent directement l'espérance de vie. De ce fait, la mortalité prématurée évitable touche de façon très discriminante les différentes catégories sociales. Pour les professionnels concernés, agir à cet égard ne relève pas d'une charité où la bonne volonté se substituerait à la compétence. Des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être sont indispensables. Ils résultent de nécessaires processus d'apprentissage enrichis par l'expérience. C'est là toute l'ambition de cet ouvrage…

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

Dr Christine Vahdat,
gynécologue obstétricien à Paris, praticien attaché à l'hôpital Tarnier-Cochin et à la clinique Hartmann, secrétaire générale adjointe du Conseil de l'Ordre (service des plaintes)

« La résonnance des douleurs chroniques sur le psychisme »

J'ai grandi auprès d'une grand-mère qui avait mis au monde son premier enfant dans des conditions dramatiques et dont la vie avait été émaillée de tragédies médicales qu'elle attribuait à une malédiction. Très tôt, j'ai eu besoin de comprendre, de réparer, de soulager, de guérir. Les années 1980 ont été celles d'une formidable évolution de la gynécologie-obstétrique avec le développement des techniques d'aide médicale à la procréation, l'essor de l'échographie obstétricale et des possibilités de diagnostic anténatal, l'utilisation des lasers CO_2 en chirurgie… Participer à cette aventure était enthousiasmant. J'y retrouvais ce pourquoi j'étais devenue médecin : la proximité, l'accompagnement, la prévention, la joie. Trois années comme praticien hospitalier au CHU de Liège ont complété ma formation. Le service de gynécologie du Pr Lambotte était très performant en diagnostic anténatal et en procréation médicalement assistée. La dimension psychosomatique des pathologies était prise en compte, une approche devenue le fil conducteur de ma façon de prendre en charge mes patientes. Depuis mon retour à Paris, il y a vingt ans, j'exerce comme médecin libéral en cabinet. Les expériences de vie et la maturité ont fait évoluer mon exercice. La gynécologie est une spécialité ouverte qui permet des spécialisations spécifiques. Auprès du Pr Paniel, j'ai appris à prendre en charge les pathologies vulvovaginales. Les pathologies douloureuses chroniques du pelvis et du périnée affectent une zone taboue, mystérieuse et dont les patientes ont du mal à parler. Il s'agit de comprendre et d'entendre leur douleur, d'établir des objectifs réalistes et de les accompagner vers la guérison. Là, j'ai mesuré combien était essentielle la résonnance des douleurs chroniques sur le psychisme. Avec la restauration vulvovaginale, il s'agit de répondre à l'attente esthétique des patientes qui souhaitent être réparées dans leur intimité et dans leur fonction sexuelle. Parallèlement, je m'occupe d'une association[1] active au Burkina Faso. C'est encore une histoire de famille puisqu'avec mes sœurs, nous l'avons créée pour poursuivre l'action de notre père médecin et de notre mère enseignante dans la région de Bam. Aujourd'hui, nous aidons à scolariser et à nourrir 1 500 enfants, en partenariat avec l'École alsacienne, à Paris, et participons au fonctionnement d'un dispensaire médical. Mon rêve serait d'aller dans la région pour de longs séjours et d'y mener à bien un projet de dispensaire centré autour de la femme et de l'enfant.

1. Les enfants de Bam est une association humanitaire qui soutient la scolarisation des enfants et œuvre à l'amélioration de leur condition sanitaire à Kongoussi. Elle contribue à l'amélioration des conditions de vie des habitants de la ville et de ses environs en leur permettant l'accès à une éducation et des soins médicaux de qualité.
www.lesenfantsdebam.org

parcours

1987
Thèse de médecine à l'université Purpan de Toulouse.

1990
Trois années de pratique hospitalière à plein temps au CHU de la Citadelle, à Liège (Belgique).

1994
Installation dans un cabinet à Paris.

2006
Premier séjour à Kongoussi, capitale de la province de Bam, et au Sanrgo (Burkina Faso).

2014
Nommée secrétaire générale adjointe du Conseil de l'Ordre (service des plaintes).

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