

médecins

Le bulletin de l'Ordre national des médecins

n° 52 | nov. - déc. 2017

Sur le terrain

Un logiciel qui donne
du relief aux organes

Entretiens croisés

Comment agir pour
garantir l'avenir de notre
système de santé?



www.conseil-national.medecin.fr

Dossier

Sécurité et parcours
du médicament :

**quel rôle
pour le
médecin?**



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

04. focus

Santé des médecins : un enjeu majeur
de santé publique

06. en bref

3^e congrès de l'Ordre des médecins :
sous le signe du dialogue

08. sur le terrain

Nouvelles technologies :
un logiciel qui donne du relief aux organes

10. e-santé

Quelle place pour le numérique
en addictologie ?

11. ailleurs

3^e congrès de l'Ordre : des regards européens

12. entretiens croisés

Comment agir pour garantir l'avenir
de notre système de santé ?

le guide juridique

24. en bref

- Points clés sur les nouvelles
recommandations en 2017
- Alcool-dépendance : RTU renouvelée
pour la prescription du baclofène

25. vos questions / nos réponses

- PMA : que dit la loi ?

26-30. pratique

- Certificats de décès : de nouvelles
modalités
 - La certification électronique des décès
 - Les médecins en Ehpad : rappels
et nouveautés
-

31. culture médicale

32. rencontre

Pr Jean-Philippe Assal, président
de la fondation Recherche et Formation
pour l'enseignement du malade



17

Sécurité et parcours du médicament : quel rôle pour le médecin ?

Programmée du 20 au 24 novembre 2017, la semaine nationale de la sécurité des patients s'articule cette année autour d'un thème phare : « Usagers, soignants : partenaires pour la sécurité des patients. » Une problématique qui entre en résonance avec l'atelier « sécurité et parcours du médicament » qui s'est tenu lors du 3^e Congrès de l'Ordre en octobre... Panorama d'un sujet qui interroge les fondements déontologiques de l'exercice de la médecine.

restons connectés!   

Sur le Web : www.conseil-national.medecin.fr

Sur Twitter : suivez-nous sur [@ordre_medecins](https://twitter.com/ordre_medecins)

Par mail : conseil-national@cn.medecin.fr

Nous écrire : **Conseil national de l'Ordre des médecins,
4, rue Léon Jost, 75855 Paris cedex 17**



DR

Horizon 2018

Les 19 et 20 octobre, nous avons organisé le 3^e Congrès de l'Ordre des médecins. L'objectif de cet événement : réfléchir avec l'ensemble des conseillers ordinaires et des invités extérieurs autour de thématiques liées au système de santé et à la profession de médecin.

Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, est intervenue en ouverture du congrès indiquant observer : « avec satisfaction que les trois axes de votre congrès, l'organisation territoriale, l'exercice médical et la formation, s'inscrivent parfaitement dans la stratégie nationale de santé que je porte. »

J'ai exprimé la satisfaction du Conseil national de voir émerger un discours politique nouveau sur l'accès aux soins dans les territoires. J'ai rappelé que nous voulons un système de santé fondé sur la confiance accordée aux professionnels qui chaque jour

« Un système de santé fondé sur la confiance accordée aux professionnels »

exercent au service des patients. La ministre a bien compris qu'il était urgent de lutter contre la tentation

d'hyper-administrer notre système de santé et s'accorde à donner sa confiance aux professionnels de santé en rappelant qu'elle les connaît bien, car elle en est issue. J'ai cependant souligné que les mesures annoncées par le gouvernement restent à parfaire, notamment concernant le lien ville-hôpital, les spécialistes de premiers recours et la formation.

Ce Congrès a été riche en échanges, en témoignages, en partage d'expériences et d'expertises, dont vous prendrez connaissance dans ce bulletin. Nous y avons également accueilli Erik Orsenna, écrivain, membre de l'Académie française, qui nous a livré son regard et ses réflexions aussi pertinentes qu'humoristiques ; vous les trouverez sur le site du Conseil national.

Continuons à nous mobiliser pour faire des propositions, car en 2018 nous verrons le renouvellement d'un grand nombre de conseils départementaux, et la modification de leur composition du fait notamment de l'instauration de la parité. C'est pourquoi nous avons réalisé le Bulletin spécial consacré à ces élections.

Dr Patrick Bouet

Président du Conseil national de l'Ordre des médecins

Directeur de la publication : Dr Walter Vorhauer - **Ordre des Médecins**, 4, rue Léon Jost, 75855 Paris Cedex 17. Tél. : 0153893200.
E-mail : conseil-national@cn.medicin.fr - **Rédacteur en chef :** Dr Jacques Lucas - **Coordination :** Évelyne Acchiardi
Conception et réalisation : CITIZENPRESS 48, rue Vivienne, 75002 Paris - **Responsables d'édition :** Sarah Berrier, Claire Peltier
Direction artistique : David Corvaisier - **Maquette :** Nathalie Wegener - **Secrétariat de rédaction :** Alexandra Roy **Fabrication :** Sylvie Esquer - **Couverture :** Getty Images - **Impression :** Imprimerie Vincent - **Dépôt légal :** à parution - n° 16758 ISSN : 1967-2845.
Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.



Texte : Sarah Berrier



Santé des médecins

Un enjeu majeur de santé publique

La Commission nationale d'entraide du Cnom a engagé, en transversalité avec les autres sections, une grande enquête sur la santé des médecins. Les résultats ont été présentés lors du 3^e Congrès de l'Ordre en octobre.

La santé des médecins a longtemps été un sujet tabou, car « la plupart des patients estiment que les soignants sont là pour soigner », soulignait le Pr Eric Galam, coordonnateur de l'association Aide aux professionnels de santé et médecins libéraux. À ce jour, peu d'études et de données sont disponibles. Pourtant, les faits d'actualité traduisent un certain mal-être au sein de la profession. C'est pourquoi la Commission nationale d'entraide (CNE) du Cnom a lancé une enquête inédite en France auprès de 10822 médecins en activité dans cinq spécialités : médecine générale (62% de la cohorte), psychiatrie (8,7%), anesthésie-réanimation (7,5%), médecine du travail (6%) et gynécologie-obstétrique (3,2%). « *Il s'agit des spécialités qui sollicitent le plus souvent les commissions départementales d'entraide* », précise le Dr Jacques Morali, président de la CNE. L'objectif est de dresser un état des lieux de la santé des médecins afin de mieux cibler les actions de prévention et réduire ainsi les situations à risques selon les qualifications et approches territoriales.

Des résultats préoccupants

Une étude sur ce sujet avait déjà été menée par la Commission jeunes médecins du Cnom en 2016 auprès des étudiants et jeunes médecins. Près du quart des répondants avaient alors évalué leur état de santé comme étant moyen ou mauvais. Plus inquiétant encore : 14% des étudiants et jeunes médecins déclaraient avoir déjà eu des idées suicidaires. Pour cette nouvelle étude, un questionnaire en

ligne a été envoyé à des médecins. Les répondants sont en majorité des femmes (62,3%), et plus de la moitié (54%) ont moins de 50 ans. Les résultats sont au moins aussi préoccupants que ceux de l'étude réalisée auprès des étudiants et jeunes médecins puisqu'un peu plus de 25% des personnes interrogées ont évalué leur état de santé moyen ou mauvais et 13% ont déjà eu des idées suicidaires. L'étude s'est aussi attachée à la détection de trois symptômes caractéristiques de l'épuisement professionnel selon l'échelle de Maslach : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation des relations avec les patients et la perte d'accomplissement personnel. Résultat : environ 13% des répon-

dants à l'étude ont indiqué cumuler ces trois symptômes.

Mieux identifier les problèmes

L'étude a permis de mettre en lien les conditions de travail et l'état de santé : près de 6% des personnes se déclarant en moyenne ou mauvaise santé exercent plus de 70 heures par semaine (contre 3% pour les personnes en excellente ou bonne santé). « *Nous souhaitons grâce à ces études pouvoir mieux identifier les problèmes et agir en amont, par le biais d'actions de sensibilisation et de prévention*, détaille le Dr Morali. *Les Commissions départementales d'entraide, quand elles sont sollicitées, le sont souvent tardivement...* »

Point de vue de l'Ordre

Dr Jacques Morali, président de la Commission nationale d'entraide du Cnom



« Une prise en charge globale des difficultés des médecins »

Aujourd'hui, l'objectif du Cnom est de réorganiser l'entraide ordinale qui a, jusqu'à maintenant, été surtout compassionnelle et financière. Elle doit désormais proposer une prise en charge globale des difficultés des médecins. Cette prise en charge doit prendre en compte la santé des médecins : enjeu majeur de santé publique. L'étude que nous avons réalisée est un moyen de faire le point sur la

situation mais, surtout, elle va nous permettre de réfléchir à ce que nous allons pouvoir mettre en place : actions de prévention, de promotion, d'éducation thérapeutique...

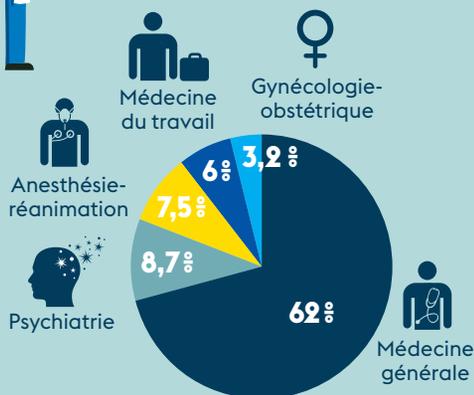
Il faut que nous puissions prévenir l'épuisement professionnel et faire en sorte que les médecins soient dépistés, comme le reste de la population, pour les maladies chroniques, qu'ils soient suivis, qu'ils aient un médecin traitant autre qu'eux-mêmes. L'objectif étant de veiller à ce qu'ils aient une prise en charge globale de leur santé et de leurs problèmes psychosociaux.

COMMENT ALLEZ-VOUS, DOCTEUR ?



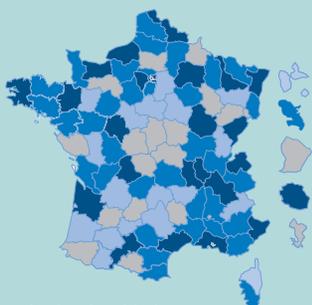
10 822 médecins

ont répondu à l'enquête qui concerne 5 SPÉCIALITÉS



L'impact de la territorialité sur les idées suicidaires

Cumul des trois symptômes approche territoriale des idées suicidaires



Nombre de médecins

- 1
- 2 à 6
- 7 à 31

Mortalité par suicide en France en 2009



Taux de suicides (pour 100 000 hab.)

- - de 12
- de 12,01 à 17
- de 17,1 à 21
- de 21,1 à 25
- + de 25

Des médecins très suivis... par eux-mêmes

73% des répondants n'ont pas de médecin référent autre qu'eux-mêmes.

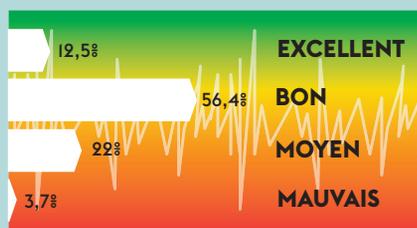
Et même **56%** des porteurs d'une ALD.



Et très touchés par les symptômes du burn-out

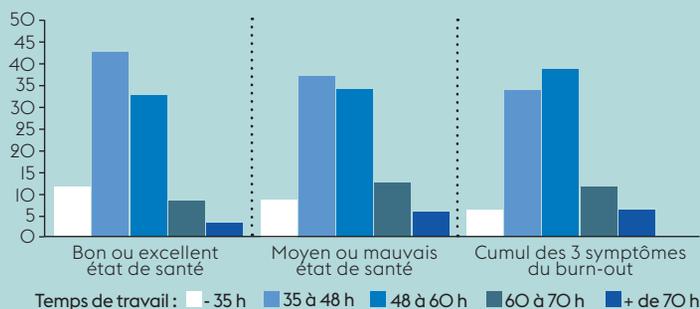
- Épuisement émotionnel (54%)
- Dépersonnalisation des relations avec les patients (19%)
- Perte d'accomplissement personnel (43%)

L'état de santé des médecins



> N'ont pas répondu : 5,4%

En cause : la charge de travail



« J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité »



Pourtant **1/3** seulement des médecins feraient appel à l'Ordre en cas de difficulté.

3^e congrès de l'Ordre des médecins

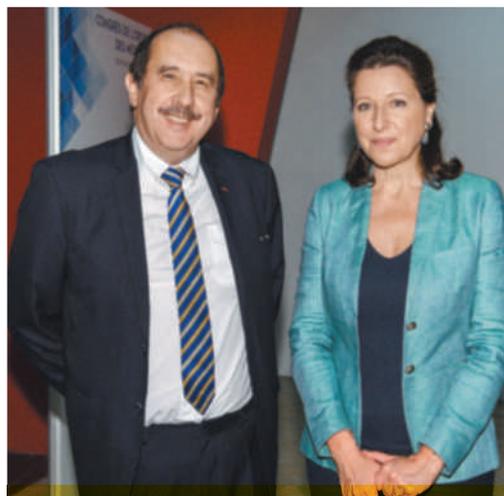
Sous le signe du dialogue



Les 19 et 20 octobre dernier s'est tenue la 3^e édition du Congrès de l'Ordre des médecins, dans un contexte marqué par de profondes transformations politiques professionnelles et sociétales. **Trois tables rondes et une vingtaine d'ateliers étaient organisés, réunissant plus d'un millier de participants et près de cent intervenants...**



Près d'une centaine d'intervenants ont participé aux tables rondes et aux ateliers.



Le D^r Patrick Bouet, président du Cnom, et Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé.

« *J'observe avec satisfaction que les trois axes de votre congrès, l'organisation territoriale, l'exercice médical et la formation, s'inscrivent parfaitement dans la stratégie nationale de santé que je porte.* » Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, a inauguré le Congrès dans une volonté affichée de dialogue et de concertation. Une volonté « *qui tranche avec les cinq années subies par tous les professionnels de santé sous le précédent*

gouvernement », a tenu à souligner le D^r Patrick Bouet, président du Cnom. La journée du jeudi a été le théâtre de trois tables rondes auxquelles étaient invités un certain nombre d'intervenants extérieurs et notamment l'écrivain et académicien Erik Orsenna (lire un extrait dans la rubrique Entretiens croisés p.12-16).

Le vendredi était quant à lui consacré à des ateliers thématiques dans un but d'information et de formation, notam-

ment des conseillers ordinaires. Parmi les thématiques abordées : « La santé des médecins : les pistes de réflexion » (cf. Focus p.4-5), « Parcours et sécurité du médicament » (cf. Dossier p.17-22), ou encore « Ehpad : la place de chacun » (cf. Le guide juridique p.30).

+ d'infos : <http://www.congres-cnom.fr>

Harcèlement sexuel

L'Ordre encourage à porter plainte devant ses instances

« Parce que les Français nous honorent de la grande confiance qu'ils portent dans le corps médical, nous, médecins, devons être exemplaires. Le harcèlement sexuel est intolérable et doit être quotidiennement combattu, dans le milieu médical comme ailleurs »,

a rappelé le Dr Patrick Bouet, président du Cnom suite à l'« affaire Weinstein » et au déferlement de témoignages qui s'est ensuivi, notamment de patients et de soignants.

L'Ordre des médecins est à même d'entendre les plaignantes et de pouvoir sanctionner les auteurs dès lors qu'ils sont inscrits à l'Ordre des médecins. Les personnes qui se déclarent victimes peuvent porter plainte devant les conseils départementaux de l'Ordre des médecins. Ceux-ci sont habilités à les transmettre

et/ou porter plainte eux-mêmes devant les chambres disciplinaires ordinaires afin que ces abus soient dévoilés et sanctionnés.

À savoir : toute plainte reçue par les juridictions disciplinaires présidées en première instance par un magistrat des tribunaux administratifs ou, en appel, par un conseiller d'État, fait l'objet d'une instruction. L'Ordre national des médecins, totalement engagé dans la prévention des violences faites aux femmes, mène actuellement une réflexion sur le harcèlement sexuel en milieu médical. Ses conclusions seront rendues publiques prochainement.

+ d'infos

www.conseil-national.medecin.fr/node/2169



À LIRE

Le Webzine

« Maladies chroniques »

L'Ordre des médecins vient de publier le 8^e numéro de son webzine. Cet opus est consacré aux maladies chroniques, responsables aujourd'hui de 70 % des décès dans le monde. Un chiffre qui promet encore de croître au vu du nombre de patients touchés qui augmente de façon exponentielle. L'OMS parle d'ailleurs d'une véritable épidémie mondiale. Financement, accompagnement des patients, organisation des équipes de soins, formation des professionnels de santé... quelles solutions mettre en œuvre pour mieux prévenir ces maladies et mieux prendre en charge ces patients atteints dont la vie a basculé ? Ce nouveau webzine ouvre le débat...

+ d'infos

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_webzine/2017-12/www/index.php

Démographie médicale

Retour sur 10 ans d'évolution

« Le temps est venu d'être politiquement, stratégiquement et organisationnellement efficace en matière d'accès aux soins », a souligné le Dr Patrick Bouet, président du Conseil national de l'Ordre des médecins,

à l'occasion de la présentation à la presse de l'atlas de la démographie médicale réalisé par le Cnom. Et pour cause, les constats présentés par le Dr Jean-Marcel Mourgues, président de la section Santé publique et Démographie médicale, mettent en exergue une situation de plus en plus tendue dans de nombreux territoires, principalement situés dans une diagonale allant du nord-est au sud-ouest de l'Hexagone. « Les bonnes solutions sont encore à trouver aujourd'hui dans les territoires.

Elles passeront par la formation des professionnels et la coopération des acteurs », a insisté le Dr Bouet. Le Cnom s'est également attaché à l'étude des flux migratoires des médecins à diplôme étranger en France (cf. *Médecins* n° 51), présenté lors d'un point presse, début octobre, par le Dr François Arnault, délégué général aux affaires internes.

+ d'infos

<https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2365>

La cartographie interactive de la démographie médicale : <https://demographie.medecin.fr/>

Nouvelles technologies

Un logiciel qui donne du relief aux organes

Le logiciel Visible Patient transforme les IRM et scanners des organes à opérer en images 3D. Une plongée au cœur des reins, du foie et des poumons qui permet aux chirurgiens de connaître dans les moindres détails l'anatomie de leur patient. **Les possibilités d'opérer des tumeurs complexes sont ainsi multipliées...**

Au centre du bloc opératoire, le P^r Patrick Pessaux consulte sur un écran une image 3D du foie de son patient sexagénaire. Les veines sont en bleu, les artères en rouge. La volumineuse tumeur en vert. D'un simple geste de main grâce à la technologie « touchless », le chirurgien digestif tourne l'organe modélisé dans tous les sens, accède à des vues jusqu'alors inaccessibles. « *Au lieu de voir les images à plat, je travaille à partir d'une reconstitution en relief* », explique-t-il. À l'Institut hospitalo-universitaire de Strasbourg, les chirurgiens font quotidiennement appel aux images 3D de Visible Patient. Le principe ? « *Le logiciel transforme les IRM et scanners de rein, foie, poumon ou cerveau en images couleur et 3D. Cette vue anatomique et personnalisée de chaque patient permet de connaître l'environnement de la tumeur, de visualiser les structures d'intérêt, les vaisseaux, les veines...* », répond Luc Soler, directeur scientifique de l'Institut de recherche contre les cancers de l'appareil digestif (Ircad) à Strasbourg, et fondateur de Visible Patient. Une fois téléchargé sur une tablette ou un smartphone, le modèle 3D est manipulé et visualisé librement sous n'importe quel angle.

GPS anatomique personnalisé

Pour les chirurgiens, l'avancée est majeure. « *Visible Patient est comme*



Pendant l'opération, le médecin peut toujours jeter un œil au modèle 3D de l'organe opéré, depuis son téléphone ou sa tablette.

un GPS personnalisé qui nous guide dans les organes. On découvre à l'avance l'anatomie propre à chaque patient. Je visualise par exemple les veines et cible les risques hémorragiques. La précision et la sécurité de chaque procédure opératoire sont augmentées, notamment dans des endroits aussi délicats que le cerveau ou le foie », confirme le P^r Pessaux. Les professionnels de santé peuvent également tester des options chirurgicales. « *Si le chirurgien met une agrafe et que le sang arrête de couler, il voit*

immédiatement les conséquences sur l'écran. Il peut aussi simuler des résections virtuelles et vérifier s'il restera suffisamment d'organe sain à la fin de l'opération », complète Luc Soler. Autrement dit, il vaut mieux se tromper sur le clone virtuel que sur le vrai patient.

Un outil thérapeutique et pédagogique

Mais le premier bénéficiaire reste... le patient. « *Avec la 3D, on peut trouver des solutions thérapeutiques com-*



Le logiciel est aussi un outil de prévention et de suivi. Il permet de détecter les microtumeurs de seulement quelques millimètres et de surveiller l'évolution volumétrique des cancers traités.



Une reconstitution coûte entre 300 euros et parfois jusqu'à 800, en plus d'une IRM. Le dispositif a déjà permis de soigner 3000 personnes dans le monde.



La start-up qui a conçu le logiciel travaille à adapter ces images à des lunettes de réalité augmentée que les chirurgiens pourront utiliser au cours des opérations. Ces lunettes permettraient de voir le patient en juxtaposant sur son corps les images en 3D.

plexes pour des cas qui semblaient désespérés », explique Luc Soler. La preuve, l'image virtuelle en 3D accroît jusqu'à 20 % la possibilité d'opérer certaines tumeurs difficilement opérables. Autre atout, le logiciel est un formidable outil de pédagogie. Images à l'appui, le chirurgien explique clairement le problème au patient et à sa famille.

Une vingtaine d'établissements, principalement en France, travaillent aujourd'hui avec cette solution. Principal frein à son essor, le logiciel n'est pas encore remboursé par la Sécurité sociale, bien qu'il soit homologué pour un usage clinique en Europe et aux États-Unis.

+ d'infos

www.visiblepatient.com/fr

Témoignage

Pr Jacques Marescaux, directeur général de l'IHU de Strasbourg, président-fondateur de l'IRCAD



« Un clone virtuel pour une chirurgie personnalisée »

« Avec le logiciel Visible Patient, le chirurgien a un nouvel assistant. Comme son nom l'indique, l'objectif est de rendre le patient visible avant et pendant l'intervention chirurgicale par une transparence virtuelle. Associée à la robotique, la modélisation du corps humain en 3D est en

train de révolutionner la médecine, tout en donnant de nouveaux espoirs aux patients. Nous devons encore convaincre les autorités françaises du bon rapport coût-bénéfices du dispositif. Mais le mouvement est en marche. Visible Patient s'inscrit dans une

dynamique numérique : les patients sont de plus en plus connectés, les médecins exercent avec les nouvelles technologies, les hôpitaux accordent une place grandissante aux dispositifs innovants. Dans vingt ans, un clone virtuel et digital du patient, tenant compte de ses moindres détails anatomiques, sera la clé d'une chirurgie personnalisée. »



Quelle place pour le numérique en addictologie ?

Les outils numériques ont fait leur apparition en addictologie.

Le Pr Jean-Luc Vénisse, professeur de psychiatrie à l'université de Nantes et co-fondateur de Pulsiosanté, fait le point sur ce qui existe et les perspectives de développement pour les médecins, notamment dans le cadre du parcours de soins.

Les outils numériques sont-ils présents en addictologie ?

Comme dans beaucoup de domaines portant sur le bien-être, la maladie, les soins et la prévention, le numérique s'est installé au cours des dernières années dans le champ des addictions. Ainsi, dans un rapport de recherche québécois de 2015 concernant les interventions en ligne en addictologie, les auteurs recensent pas moins de 4703 études et publications internationales dans ce domaine¹.

Quelle est la validité scientifique de ces études ?

Au vu de critères exigeants n'ont été retenues que 18 de ces études, et parmi celles-ci, seulement trois des interventions en ligne consistent en des applications mobiles. L'approche cognitivo-comportementale (TCC) constitue le modèle théorique de référence, et le contenu de ces interventions vise à ce que l'utilisateur identifie des situations à risque, établisse des objectifs de changement, modifie ses pensées, enregistre ses comportements et développe des stratégies de résolution de problèmes, de gestion des émotions et de maintien des acquis, sur le mode de ce qui est présenté dans les manuels d'auto-traitement. Cinq autres interventions incluent une composante d'interaction humaine en temps réel. Enfin deux, plus originales, intègrent une

rétroaction immédiate concernant l'estimation-planification du taux d'alcool dans le sang.

Ces outils numériques sont-ils efficaces ?

L'efficacité de ces interventions, évaluée à travers un certain nombre d'indicateurs classiques de consommation, doit être rapportée à la durée du suivi : à court terme (moins de trois mois), 7 % constatent une amélioration significative d'au moins un des indicateurs ; pour les études à moyen (6 mois) et long terme (12 mois), moins nombreuses, un maintien des acquis à ces échéances est retrouvé, surtout pour les femmes de ces échantillons. Les chercheurs québécois concluent que les données actuelles laissent entendre que ces interventions en ligne sont prometteuses pour des personnes présentant une consommation à risque.

Quelles sont les perspectives de développement d'outils digitaux ?

Une étude concernant 87 applications pour smartphone utilisées en addictologie rapporte que la fonctionnalité particulièrement appréciée des utilisateurs est celle permettant des contacts rapides, quasi en temps réel, avec des personnes ressources². La complémentarité de ces outils avec les prises en charge classiques,

à certaines conditions – exigences de qualité, fiabilité et sécurité –, est soulignée, notamment par l'équipe du service d'addictologie du centre hospitalier Sainte-Anne, à Paris³.

Les médecins traitants et les médecins addictologues ont sans doute beaucoup à attendre de ces développements : les premiers en ayant à leur disposition des outils simples pour permettre à leurs patients de réaliser un repérage précoce de leurs conduites de consommation à risque et dommageables, et pour eux une conduite à tenir et des modalités simplifiées d'orientation ; les seconds en bénéficiant d'une aide complémentaire de leur suivi en consultation, très réactive en termes de gestion des situations à risque et de prévention des rechutes ; avec, dans les deux cas, un partage en temps réel des données de chaque patient.

+ d'infos

www.pulsiosante.com

1. Bouchard S, Giroux I, Goulet A, Mercier J et Jacques C. (2015). Les interventions en ligne et sur applications mobiles en addictologie : synthèse des connaissances. Rapport de recherche, Université du Québec en Outaouais, 35 p.
2. Savic M., Best D., Rodda S., Lubman DI. Exploring the focus and experiences of smartphone applications for addiction recovery. *J. Addict Dis.*, 2013;32(3) :310-9.
3. Lucet C., Rousselet A.V., Chassagnoux A., Laqueille X., Dervaux A. Applications pour smartphone : quel intérêt en addictologie ? *Le courrier des addictions*, 2016, 18 : 23-5.



3^e CONGRÈS DE L'ORDRE : DES REGARDS EUROPÉENS



Le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) a invité, lors de son 3^e congrès, les 19 et 20 octobre, plusieurs personnalités européennes à participer aux tables rondes. Elles ont pu enrichir les débats grâce à leur regard extérieur et leurs témoignages...



La délégation européenne présente au Congrès de l'Ordre



Le Pr Frank Ulrich Montgomery, président de la Bundesärztekammer (Ordre des médecins allemand), est intervenu lors de la première table ronde qui portait sur la thématique :

« **Agir pour renforcer une offre de soins au plus près des territoires** ». Il a constaté que les problématiques mais aussi les solutions mentionnées durant les débats étaient très proches en France et en Allemagne. Il a ainsi évoqué les trois principales pistes de solutions envisagées outre-Rhin : les maisons de santé en collaboration avec les collectivités locales, les coopérations ville-hôpital et les délégations de tâches. Enfin, il a insisté sur l'importance de dire la vérité à la population. « *Dans la Constitution allemande, chacun a le droit d'avoir la même qualité de soins partout. Mais ça ne va plus être possible. Nous devons parler à la population et dire qu'on ne pourra plus avoir le même service à la campagne et en ville. Et donc je pense qu'il doit y avoir une grande discussion avec la population.* » Avant de conclure : « *La fonction de l'Ordre est celle d'un think tank. Nous devons nous réunir pour faire émerger des idées puis il nous faut les diffuser pour que les collectivités s'en emparent.* »



Le Pr Rutger Van Der Gaag (Pays-Bas), vice-président du Conseil permanent des médecins européens, est intervenu lors de la troisième table ronde : « Agir pour simplifier l'exercice médical

dans les territoires ». Il a souligné que la position du patient et le potentiel offert par la télémédecine étaient des changements fondamentaux bouleversant véritablement l'exercice de la médecine. « *Ma mère, qui a 95 ans, communique avec son médecin par une tablette. Elle fait des téléconférences avec son médecin. Elle lui envoie un petit message avant la consultation afin qu'il l'anticipe au lieu de la subir. Il peut ainsi gagner du temps, et considérer avec le patient la solution.* » Le Pr Van Der Gaag a ensuite témoigné de sa propre expérience de la télémédecine : « *Je suis psychiatre à la retraite. J'ai déjà fait 4 consultations aujourd'hui alors que je suis à Paris. Nous avons un réseau où les patients gèrent leur propre dossier. S'ils ont besoin de quelque chose, ils m'envoient une question et je leur propose une téléconsultation. J'utilise Facetime et les patients restent chez eux. Notre hôpital a un système qui permet de proposer ce type de consultation. Je pense donc qu'il faut vraiment prendre au sérieux la télémédecine.* »

entretiens croisés

Texte : Sarah Berrier | Photos : DR



Comment agir pour garantir l'avenir de notre système de santé ?

La première journée du 3^e congrès de l'Ordre des médecins a été marquée par la tenue de trois tables rondes destinées à proposer une réflexion sur l'avenir de notre système de santé sous différents angles : **l'organisation territoriale, la formation et la simplification de l'exercice médical.**

« Le but de ces échanges, c'est de donner un espoir en mettant en lumière des solutions nées dans les territoires et portées par des acteurs de santé, a annoncé en introduction de la première table ronde le D^r François Arnault, délégué général aux affaires internes au Cnom. Parce que l'objet du débat, c'est d'abord ça : est-il possible, dans un territoire assez reculé, de recréer une offre de santé et une accessibilité aux soins ? Le déficit que nous observons sur le territoire, c'est avant tout un déficit d'attractivité de l'exercice professionnel. Il faut donc que nous réfléchissions à la manière d'améliorer les conditions de cet exercice. Les moyens sont multiples, il reste à les mettre ensemble en action. »

La deuxième table ronde était quant à elle consacrée à la formation avec, au cœur des débats, la réforme des études médicales. « La réforme des spécialités du 3^e cycle est applicable dès le 1^{er} novembre 2017, a rappelé le D^r Stéphane Oustric, vice-président de la section Santé publique et Démographie médicale. C'est une évolution majeure, voire une révolution, avec notamment un

modèle de pédagogie identique pour les 44 spécialités. Elle s'inscrit dans une démarche qualité et promet d'amener une véritable plus-value... »

La journée s'est achevée par une table ronde sur la simplification de l'exercice médical. Un sujet au cœur des préoccupations quotidiennes des médecins, comme l'a rappelé le D^r François Simon, président de la section Exercice professionnel : « Nos confrères sont 97 % à estimer que leur temps médical disponible est de plus en plus amputé en raison de contraintes réglementaires et administratives. Dans ce contexte, ils demandent tout d'abord que l'on n'en rajoute pas et ils attendent que des solutions soient recherchées et mises en œuvre pour simplifier leur exercice et alléger leur charge de travail. Des pistes existent, elles doivent être explorées à tous les niveaux... »

Extraits choisis de ces tables rondes avec, en plus, l'œil d'Erik Orsenna, invité du congrès en qualité de grand témoin...

+ d'infos

<http://www.congres-cnom.fr>



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



Erik Orsenna,
Académicien
français et écrivain



Yves Daudigny,
sénateur de l'Aisne,
rapporteur de la
mission « Accès aux
soins : promouvoir
l'innovation dans les
territoires »



**Pr Jean-Luc
Dubois-Randé,**
président de la
conférence des
Doyens des facultés
de Médecine



Nicolas Revel,
directeur général
de la Cnamts

Dr Patrick Bouet

La situation se dégrade, il y a urgence. Patients comme médecins sont témoins de dysfonctionnements graves, que ce soit dans l'accès aux soins, dans l'information des usagers, mais aussi dans la gouvernance, trop souvent source de confusion. Le système, aujourd'hui, va en se dégradant, il est devenu anachronique. Il ne répond plus aux attentes ni aux besoins des patients et de leurs médecins. Or la société, elle, ne cesse pas d'évoluer : le vieillissement, le développement des maladies chroniques, la métropolisation sont autant de défis qui exigent de nous une vision claire et courageuse pour créer le système de santé de demain.

Erik Orsenna

Aujourd'hui, il y a des questions absolument clés et passionnantes qui se posent, comme par exemple le soin et la prévention, la médecine dite de ville et l'hôpital, la place des robots dans l'exercice de la médecine... Sans parler des grands bouleversements à venir avec le passage de la médecine pour réparer à la médecine pour augmenter, ce qu'on appelle le transhumanisme. Toutes ces interrogations, à la pointe de la modernité, posent la question centrale : que va-t-il rester de l'humain tel que nous le connaissons ?

Pourquoi notre système de santé est en péril aujourd'hui ? Quel constat dressez-vous quant à la situation ?

Pr Jean-Luc Dubois-Randé

Je suis de nature toujours très optimiste, donc je vais dire qu'en termes de formation nous formons de très bons médecins en France. En même temps, il faut tout revoir parce que nous ne mettons pas les étudiants dans le mode d'exercice. Plus ils restent à apprendre à l'hôpital, moins ils vont s'installer en ville... En fait, nous voyons bien aujourd'hui que la capacité d'accueil se fait en pensant hôpital essentiellement.

Yves Daudigny

La réflexion que nous avons menée dans le cadre du rapport sur l'accès aux soins nous a conduits à évaluer les dispositifs mis en place par l'État, les collectivités territoriales, les ARS, ou encore l'Assurance maladie. Notre objectif consistait à voir comment ils ont irrigué les territoires et s'ils ont produit ou non des résultats. Ainsi, nous avons constaté un foisonnement de dispositifs qui quelquefois se chevauchent ou mettent en concurrence les territoires... Mais il n'a jamais été tenté de les évaluer. Donc il y a un manque de coordination et un manque d'évaluation de ces dispositifs.

Nicolas Revel

Sur les aspects administratifs, je pense que nous sommes tous conscients que la complexité est là... Pour autant, nous ne devons pas nous y résoudre. Notre système de santé, je le dis souvent, je le répète ici, souffre d'un mal paradoxal : il vit sous tension, et je sais, chaque fois que je rencontre des acteurs, professionnels de santé, de ville et hospitaliers, que cette tension est fortement ressentie. Alors même que notre système n'est pas sous-financé. Cela veut dire qu'il embarque des rigidités d'organisation mais aussi de financement et de tarification... Nous devons faire bouger ces lignes.

D^r Patrick Bouet

Après la Grande consultation menée en 2015, l'Ordre a publié son livre blanc *Pour l'avenir de la santé*, puis, un an plus tard, le projet de réforme voulu et attendu par les médecins. Dans ces deux documents, nous appelons à construire l'avenir à partir des territoires, en faisant confiance aux acteurs de terrain et en mettant fin à l'hypercentralisation, à l'hyperadministration de notre système. Nous sommes également attachés à mettre en valeur des initiatives territoriales, portées par des médecins. Elles nous montrent que c'est sur le terrain que naissent les solutions innovantes, qui permettent de favoriser l'accès aux soins et d'améliorer les conditions d'exercice de nos confrères. Et j'ajouterais que seule une véritable réforme du système de santé, et non des pansements sur un système à bout de souffle, pourra permettre d'apporter des réponses fortes à la souffrance des médecins, qui ne se retrouvent plus dans le système actuel.

**D^r Patrick Bouet**

« Nous appelons à construire l'avenir à partir des territoires, en faisant confiance aux acteurs de terrain. »

Quelles sont, selon vous, les pistes de réflexion, voire les démarches déjà engagées qui permettraient de garantir l'avenir de notre système de santé ?

**Yves Daudigny**

« Nous avons constaté un foisonnement de dispositifs qui quelquefois se chevauchent, ou mettent en concurrence les territoires... Mais il n'a jamais été tenté de les évaluer. »

Yves Daudigny

Je dirais que je vois trois lignes directrices qui recourent le programme présenté par le gouvernement, mais aussi assez largement les propos du président Patrick Bouet. Tout d'abord, il faut essayer de créer un ancrage territorial dès la formation. C'est notamment la question des stages qu'il faut multiplier et qu'il faut faciliter. Il est donc nécessaire à la fois de travailler sur la fonction de maître de stage et aussi, côté étudiant, sur les stages dès le 2^e cycle. Ensuite, il faut répondre aux nouvelles aspirations des jeunes médecins qui, aujourd'hui, sont différentes de celles de leurs aînés, que ce soit dans leur mode de vie ou dans l'exercice médical. Il s'agit donc de faciliter les pratiques collectives grâce, par exemple, aux maisons de santé, mais aussi plus largement d'apporter davantage de flexibilité dans l'approche de l'exercice libéral. Et la troisième ligne directrice : il faut vraiment utiliser toutes les capacités de la télémédecine pour apporter un véritable complément à l'exercice des médecins.

Erik Orsenna

Sur la question de la simplification, je dirais qu'avoir l'ambition de simplifier la médecine, pour moi ça n'a pas de sens parce que c'est simplifier la vie, et donc s'éloigner de la vérité de la vie et de la médecine. Mais quand je vois qu'il y a une sorte de course à l'échalote, entre la vie et les institutions, je me dis que ce qui peut être simplifié, ce sont les institutions! Quant à la formation, je dois vous dire que suite aux échanges auxquels j'ai assisté durant la table ronde, je suis quasiment plein d'espoir. Peut-être les études de médecine vont-elles enfin être réformées! Et notamment sur un point qui m'intéresse beaucoup : pourquoi le profil des étudiants qui suivent des études de médecine est-il toujours le même? Est-ce que nous ne pourrions pas avoir des gens un peu plus littéraires? Est-ce qu'il ne pourrait pas y avoir d'autres parcours? Parce que la médecine est diverse... Alors pourquoi n'y aurait-il qu'un seul profil de médecins correspondant à cette diversité? Ça n'a pas de sens...



Erik Orsenna

« Quand je vois qu'il y a une sorte de course à l'échalote, entre la vie et les institutions, je me dis que ce qui peut être simplifié, ce sont les institutions! »

P^r Jean-Luc Dubois-Randé

Je suis actuellement en mission pour réfléchir à une réforme du 2^e cycle. Nous travaillons beaucoup sur le concept de parcours professionnel, avec également l'idée de changer complètement l'entrée dans l'exercice médical. Nous souhaitons mettre très tôt les étudiants en contact avec le monde réel, qui est notamment la médecine hors hôpital. C'est pour cela qu'avec le D^r Patrick Bouet nous avons lancé le terme « initiative territoire ». En effet, pour que cela fonctionne, il faut que non seulement nous mettions tous les étudiants, à un moment donné, en extra-hospitalier, mais il faut aussi qu'il y ait une interface avec les élus, l'ARS, etc. Enfin, une frange de ceux qui s'engagent dans des études de médecine n'a pas envie de faire du soin. Certains ont en effet envie d'aller vers d'autres carrières, comme le management, la recherche, etc. Il faut donc que la faculté intègre ces parcours originaux par définition hors hôpital.

Nicolas Revel

L'Assurance maladie doit faire des efforts et essayer de simplifier ce qu'elle peut simplifier. Nous l'avons déjà fait pour le dispositif ALD et la facturation. Mais nous n'en avons pas terminé. Nous avons des progrès à faire sur tout ce qui est conventionnement des nouveaux médecins ou des remplaçants, sur le retour d'information des médecins, sur leur paiement. Et puis nous devons aussi accompagner davantage les médecins dans la compréhension des règles de tarification et dans leur utilisation. Ensuite, je pense que nous devons favoriser les nouvelles organisations qui permettent aux médecins de sortir d'un exercice solitaire. Mais bouger les lignes sur l'organisation nécessite aussi de modifier les modes de rémunération, qui sont extrêmement rigides. Aujourd'hui, l'hôpital est fondamentalement financé sur les séjours, et les soins de ville sur les actes. Est-ce que ce sont des modes de rémunération qui favorisent le mieux ce que nous voulons pour demain, à savoir des prises en charge plus globales, plus collectives et qui sortent de ces cloisonnements d'organisation entre l'hôpital et la ville? Je ne suis pas en train de théoriser la révolution des modes de financement, cela n'existera pas, nous ne le ferons pas. Mais je pense que l'on doit néanmoins permettre à ce système de respirer.



P^r Jean-Luc Dubois-Randé

« Nous travaillons beaucoup sur le concept de parcours professionnel avec également l'idée de changer complètement l'entrée dans l'exercice médical. »

D^r Patrick Bouet

La République est aujourd'hui trop souvent entravée par la priorité donnée au rééquilibrage économique. Cela la fragilise, car cette priorité ne lui permet plus d'assumer pleinement sa responsabilité de bientraitance républicaine. La vision que porte l'Ordre au nom des médecins devra permettre de reconnaître les médecins et les professionnels de santé comme un des piliers d'une bientraitance républicaine renforcée, au service de nos concitoyens.

Yves Daudigny

Le premier frein, c'est celui de l'attractivité générale d'un territoire, qui tient aux services publics et aux services rendus à la population. Il ne s'agit pas d'affirmer que le bonheur et l'avenir seraient uniquement dans les métropoles et que les territoires ruraux représenteraient un passé condamné. Mais je dirais que l'attractivité des territoires repose sur trois piliers fondamentaux : le haut débit et la téléphonie mobile; l'offre de soins, qui ne correspond pas obligatoirement à un médecin par village mais à une offre de soins de proximité de qualité et la plus complète possible; et enfin l'offre scolaire...

Erik Orsenna

Durant ce débat, on a beaucoup parlé de géographie, d'espace mais aussi de temps, avec la revendication de retrouver du temps médical, du temps pour faire son métier. Quand on voit le temps et le coût que ça prend de « fabriquer » un médecin pour qu'au final il passe 30 % de son temps voire plus à faire une activité que d'autres pourraient faire... ça ne va pas! Certains pessimistes affirment que les différents mécanismes du tout début de l'intelligence artificielle vont ruiner le métier. Mais si on est, à mon sens, plus réaliste, ils vont concentrer le métier dans ce que seul l'être humain peut faire. Et c'est ce temps-là qu'il faut défendre.

Quels freins reste-t-il à lever?

Nicolas Revel

L'Assurance maladie a formulé dans son rapport annuel la proposition de revoir notre dispositif d'innovation organisationnelle dans ce pays. L'idée est de faire en sorte que l'on puisse innover et expérimenter sans passer soit par une loi qui attend le PLFSS puis le décret et l'arrêté; soit, quand il y a des innovations et des expérimentations locales, par des difficultés à déroger à la moindre réglementation et à la moindre règle tarifaire. Donc, je pense qu'il y a là, dans cette disposition, une capacité à rendre les médecins davantage acteurs des modes d'organisation et d'exercice, ce qui pourra ensuite nous amener à adapter la réglementation.

P^r Jean-Luc Dubois-Randé

Je dois dire qu'à mon sens les ECN sont la pire chose qui existe. Les étudiants sont mis sous pression, et ils négligent les stages pour bachoter... Or le contact avec un maître de stage est essentiel. C'est ce qui va donner envie, ensuite, à l'étudiant de rester sur un mode d'exercice et sur un territoire... Donc le système là-dessus est absurde.



Nicolas Revel

« L'Assurance maladie doit faire des efforts et essayer de simplifier ce qu'elle peut simplifier. »

dossier

Textes : Dominique Fidel | Photos : iStock, BSIP, DR



Sécurité et parcours du médicament : quel rôle pour le médecin ?

Programmée du 20 au 24 novembre 2017, la semaine nationale de la sécurité des patients s'articulait cette année autour d'un thème phare : « Usagers, soignants : partenaires pour la sécurité des patients. » Une problématique qui entre en résonance avec l'atelier « sécurité et parcours du médicament » qui s'est tenu lors du 3^e Congrès de l'Ordre en octobre... Panorama d'un sujet qui interroge les fondements déontologiques de l'exercice de la médecine.

Lévothyroxine, misoprostol, valproate de sodium... ces derniers mois, plusieurs médicaments ont été sur la sellette, suscitant de nombreuses interrogations chez les patients, abondamment relayées et amplifiées par les grands médias et les réseaux sociaux. Parce qu'ils sont en contact permanent avec les patients, parce qu'ils sont patients eux-mêmes et parce qu'enfin ils ne sont pas épargnés par les mises en cause, les médecins sont aujourd'hui de plus en plus nombreux à s'interroger sur la question de la sécurité du médicament mais aussi, et surtout, sur leur rôle auprès de nos concitoyens. Intitulé « Parcours et sécurité du médicament », l'atelier qui s'est tenu le 20 octobre dernier lors du Congrès de l'Ordre a permis d'éclairer trois facettes fondamentales de cette mission et de faire le point sur les outils dont les praticiens disposent pour l'exercer pleinement.

Prescrire juste

Avec l'article R. 4128-8 du code de la santé publique, le code de déontologie médicale pose le

Point de vue de l'Ordre

D' Jean-Marc Brasseur, médecin généraliste, membre de la section Santé publique et Démographie du Cnom



« Adapter chaque message aux spécificités des patients »

« Au cours des dernières décennies, la relation médecin-patient a beaucoup évolué, passant schématiquement d'une approche descendante où le soignant disposait à la fois du savoir et du pouvoir à un rapport plus équilibré avec des patients devenus acteurs de leur santé, bien plus informés qu'avant, mais aussi souvent « méinformés » par une lecture sans filtre de tous les contenus qu'ils peuvent trouver sur Internet. Dans le même

temps, les progrès de la science ont considérablement augmenté l'espérance de vie et permis de faire disparaître de nombreux symptômes hier inévitables... Mais le risque associé à ces progrès est, lui, devenu quasiment inacceptable pour nos concitoyens qui n'entendent de discours que sur les bénéfices des traitements. Cette nouvelle donne amène les médecins à revisiter leurs attitudes vis-à-vis des personnes qui leur confient leur santé et à

s'interroger sur l'information qu'ils sont tenus, par la loi, de leur transmettre. Pour ce faire il n'existe pas de recette préétablie : plus que jamais, il nous faut adapter chaque message aux spécificités des patients que nous avons en face de nous. Il en va de la sécurité de leur parcours de soins, de leur observance des traitements mais aussi de la confiance qui nous lie. Bien plus qu'une simple « étape réglementaire » de l'acte de prescrire, l'information est une dimension clé de l'art de la médecine. »



50%

**En pédiatrie,
la prescription
hors AMM augmente
de 50% le risque
de survenue d'effets
indésirables.**

Source : ANSM

Tenir compte des données acquises de la science et s'assurer de ne pas faire courir aux patients un risque injustifié...

...➔ principe de la liberté de prescription du médecin en soulignant la double nécessité de tenir compte des données acquises de la science et de s'assurer de ne pas faire courir aux patients un risque injustifié. Une liberté « conditionnelle » donc, que tout médecin exerce en se nourrissant de son expérience et de son bon sens, mais aussi une liberté « protégée » par les piliers que sont l'autorisation de mise sur le marché (AMM) et les conditions de prescription et de délivrance (CPD). Sur ce plan, le constat est sans appel : les prescriptions hors AMM et hors CPD sont encore trop nombreuses. « *Bien souvent, les médecins ont tendance à s'affranchir de l'AMM et des CPD qu'ils considèrent comme essentiellement administratives... Les accidents liés à un usage inadéquat du Cytotec en gynécologie viennent malheureusement rappeler leur importance. Même si c'est parfois la seule solution, notamment en pédiatrie, la prescription hors AMM augmente de 50 % le risque de survenue d'effets indésirables !* » a rappelé Dominique Martin, directeur général de l'ANSM, lors de l'atelier.

Pour guider leurs décisions, les médecins disposent d'outils performants avec les logiciels d'aide à la prescription (LAP) qui doivent tous, désormais, faire l'objet d'une certification. « *Les LAP sont devenus incontournables dans l'exercice de notre profession et les systèmes d'alerte (surdosage, interactions médicamenteuses...) dont ils sont*



TÉMOIGNAGE

Dominique Martin, directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM)

« Nous sommes arrivés à la fin d'un paradigme »

« *Les remous récents autour du Lévothyrox sont avant tout le signe que nous sommes arrivés à la fin d'un paradigme quant à l'information des patients. En effet, côté ANSM, nous avons anticipé le changement, sachant que le passage de l'ancienne formulation à la nouvelle pouvait engendrer des troubles de l'équilibre thyroïdien chez les patients. Entre février et avril nous avons donc informé par trois fois 400 000 professionnels de santé - endocrinologues, médecins et pharmaciens. Mais pour autant ces données n'ont manifestement pas atteint les premiers concernés. Les patients ont donc, pour certains, constaté des symptômes sans explication et cette situation a suscité des inquiétudes bien légitimes. C'est très clairement un échec du dispositif d'information tel qu'il existe actuellement dans le système de santé français. Il faut aujourd'hui inventer un système différent, c'est tout l'enjeu de la mission récemment lancée par la ministre de la Santé.* »

dotés sont indispensables, souligne le Dr Jean-Marc Brasseur, médecin généraliste et membre de la section Santé publique et Démographique du Cnom. Mais aussi puissants soient-ils, ces outils ne doivent pas se substituer à l'expérience des praticiens et

au dialogue qu'ils doivent entretenir avec les personnes qui les consultent. Un logiciel ne "sait" pas si tel ou tel patient est allergique à une molécule, c'est toujours au médecin qu'il revient de s'en enquérir et de prescrire en conséquence... »

Seul un événement sur dix serait signalé, ce qui est loin d'être suffisant, en particulier pour les nombreux médicaments qui sont commercialisés directement après les essais de phase II.

.....> Informer les patients

En matière de médicament, la sécurité est l'affaire de tous les acteurs, des laboratoires aux patients, en passant bien sûr par les professionnels de santé. Or, pour être pleinement responsable, chacun doit disposer des connaissances néces-

saires. Par le passé, l'information dispensée aux patients était essentiellement le fait des médecins. « *Mais aujourd'hui, la donne a changé et bon nombre de personnes s'appuient sur une information "crowdsourcée" via des plateformes de type Doc-tissimo, a rappelé Antoine Béguin, avocat spécialisé dans la défense de victimes d'effets secondaires. Je rencontre de plus en plus de gens qui font davantage confiance à ce qu'ils trouvent sur Internet qu'à leur médecin de famille !* » De leur côté, les médecins sont légalement soumis à une obligation d'information (article R. 4127-34 du code de la santé publique), « *mais ils sont pris en étau entre d'innombrables flux d'informations de priorité et de nature variées, des patients aux aguets et un planning surchargé,* résume le D^r Jean-Marcel Mourgues, président

de la section Santé publique et Démographie médicale. *Résultat : beaucoup ne sont pas assez informés – ou pas informés assez tôt – pour, à leur tour, bien informer. La crise Levothyrox souligne crûment le dysfonctionnement des circuits d'information du système de soins français...* »

Comment sortir de cette situation ? Plusieurs pistes ont été évoquées lors de l'atelier, articulées autour de deux axes. Le premier vise à créer de nouveaux canaux d'information directe des patients : c'est l'enjeu de la mise en place des pictogrammes « grossesse » sur 60 % des boîtes de médicaments dispensées en officines et des réflexions autour de « circuits courts » qui permettraient aux autorités sanitaires de s'adresser directement aux patients en cas d'alerte sécurité importante, comme c'est l'usage dans d'autres pays, par



exemple en Belgique. Le second axe porte, quant à lui, sur l'amélioration des dispositifs de communication vis-à-vis des professionnels de santé. À l'automne, le ministère chargé de la Santé a ainsi annoncé le lancement d'une mission dédiée à l'information des patients et des professionnels de santé – confiée à l'urgentiste et chroniqueur le D^r Gérald Kierzek – et l'organisation d'un cycle de réunions rassemblant l'ANSM ainsi que les Ordres des médecins et des pharmaciens pour imaginer de nouveaux protocoles d'information en cas de crise. « *Les premiers rendez-vous ont eu lieu dès le mois de novembre* », annonce le D^r Mourgues.

Signaler les effets indésirables

Quarante ans après la mise en place des premiers centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV), la pharmacovigilance apparaît plus que jamais comme un élément indispensable de la sécurité du médicament. « *Mais malgré un réseau très développé et performant, le taux de signalement des effets indésirables est encore trop faible*, a regretté Christian Thuillez, président de la Commission de transparence et membre du collège de la Haute Autorité de Santé. *Ainsi, seul un événement sur dix serait signalé, ce qui est loin d'être suffisant, en particulier pour les nombreux médicaments qui sont commercialisés directement après les essais de phase II et qui n'ont été testés que sur de petites cohortes.* » Insuffisant, mais aussi en contradiction avec le code de la santé publique qui stipule une obligation de déclaration à tout médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme ou pharmacien ayant eu connaissance d'un « effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament » (article L5121-25), qu'il soit grave ou non, inattendu ou attendu. « *Côté médecins, la sous-déclaration est indéniable*, confirme le D^r Jacques Morali, conseiller national de Bretagne et président de la commission



TÉMOIGNAGE

Patrick Errard, président du LEEM, syndicat de l'industrie pharmaceutique française

« Une chaîne de responsabilités de l'industriel... au patient »

« *De la même manière qu'un accident d'avion est toujours la résultante d'une succession d'événements malheureux, les scandales récents liés aux*

médicaments sont les conséquences d'une chaîne de responsabilités dont nul ne peut s'affranchir, qu'il soit industriel, autorité sanitaire, médecin, pharmacien... ou le patient, en tant qu'acteur de son traitement. Mais si l'on considère ce dernier responsable au même titre que les autres maillons de la chaîne, encore faut-il qu'il ait une connaissance suffisante de ses médicaments sous l'angle bénéfices/risques. L'acceptation du bénéfice ne doit pas aller sans l'acceptation du risque sous-jacent, aussi minime soit-il ! Ainsi, dans l'affaire du Mediator, si les victimes avaient eu conscience des dangers associés à la prise d'amphétamines, sans doute n'auraient-elles pas eu recours au benfluorex pour perdre quelques kilos ! Cet exemple nous rappelle à quel point il y a urgence à fédérer tous les acteurs du médicament pour optimiser et raccourcir le chaînage de l'information jusqu'au patient. »



nationale d'entraide. Mais le problème est complexe. Il est pour partie d'origine culturelle – la question de la pharmacovigilance n'est sans doute pas assez abordée lors de la formation des médecins – mais il a aussi une dimension organisationnelle : l'acte de déclaration est chronophage et difficilement compatible avec des

journées déjà très chargées en tâches administratives. »

Pour faciliter la remontée d'informations, une nouvelle plateforme de déclaration (signalement-sante.gouv.fr) a été mise en ligne en mars dernier, à l'intention des patients comme des professionnels de santé. Destinée à faciliter la démarche de

.....> ces derniers, cet outil généralise la déclaration en ligne avec transmission automatique du signalement aux structures compétentes. « C'est une avancée intéressante mais qui ne règle pas toutes les questions, regrette le D^r Jacques Morali. En effet, de nombreux médecins se sont plaints de ne pas avoir de retour sur leurs déclarations effectuées via ce dispositif, qui, par ailleurs, demeure assez exigeant en termes de données à renseigner. Peut-être faudrait-il

aller plus loin avec un système à deux étages ? Ainsi on pourrait imaginer un premier outil de déclaration dédié au « tout-venant » des effets indésirables, simple et réactif, pourquoi pas directement dans le logiciel métier ou via une application pour smartphone. Cela permettrait aux professionnels de santé de renforcer leur contribution au système de pharmacovigilance – notamment pour le suivi statistique des événements indésirables – sans avoir à

se lancer dans une procédure complexe. » Dans certains pays comme les Pays-Bas, le Royaume-Uni, mais aussi la Zambie et le Burkina Faso, les médecins ont ainsi accès à une application « à deux voies » couplant déclaration de pharmacovigilance et alertes de sécurité en provenance des autorités de santé... Pourquoi pas en France ? « C'est en tout cas une piste de réflexion intéressante qui pourrait venir enrichir les discussions futures avec l'ANSM », conclut le D^r Morali.

Point de vue extérieur

Carine Wolf-Thal, présidente du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens



« Le DP contribue à la coordination entre professionnels de santé »

Où en est-on en France de la sécurisation du circuit de distribution des médicaments ?

Aujourd'hui, le parcours est sécurisé à toutes ses étapes, de la fabrication à l'officine en passant par l'importation et la répartition. L'absence d'intermédiaires non contrôlés comme les brokers a notamment permis de préserver la chaîne légale de toute entrée de médicaments falsifiés. C'est l'une des grandes forces du modèle français.

Quelle est l'importance du dossier pharmaceutique dans ce dispositif ?

Elle est primordiale ! Créé en 2007, le dossier pharmaceutique (DP) avait à l'origine pour mission de permettre aux pharmaciens de sécuriser la dispensation en limitant les risques d'interactions médicamenteuses et les traitements redondants. Au fil du temps, il s'est enrichi de services qui jouent aujourd'hui un rôle clé dans la maîtrise de la chaîne d'approvisionnement pharmaceutique : DP-Ruptures, DP-Alertes, DP-Rappels... Depuis cet été, le DP-Patient est enfin accessible aux pharmaciens et médecins exerçant dans les établissements de santé. Il contribue donc désormais à la coordination entre professionnels de santé et au décloisonnement ville-hôpital.

Ce système à "plusieurs étages" peut-il jouer un rôle concret dans les situations de crise ?

Tout à fait, et j'en veux pour preuve l'actualité récente autour du Levothyrox. Ainsi, dès que nous avons été

informés du fort report d'utilisation du Levothyrox vers la L-Thyroxine Serb en solution buvable, c'est grâce au DP-Alertes que nous avons pu mobiliser tous les maillons de la chaîne du médicament, communiquer directement avec les officines et suivre l'effet des mesures. Grâce à cela, en l'espace d'une demi-journée l'Ordre des pharmaciens a été capable de mettre en place un contingentement qui a permis de réguler l'approvisionnement de L-Thyroxine en solution buvable et éviter ainsi des ruptures de disponibilité qui auraient pu avoir des conséquences graves pour les patients pour qui c'est la seule alternative.

À terme, y aura-t-il convergence entre le DP et le dossier médical partagé ?

Depuis le début de la construction du DMP – alors qu'on parlait encore de dossier médical personnel –, la loi prévoit des passerelles entre les deux outils. À nos yeux c'est une force du dispositif tel qu'il est envisagé dans la loi de modernisation du système de santé de 2016. Ces passerelles permettront aux médecins comme aux pharmaciens de disposer d'un panorama précis de l'état clinique et thérapeutique des patients, en particulier dans les « moments de vérité » du parcours de soins tels les transferts de prise en charge. Pour l'heure nous ne disposons pas de calendrier précis mais je sais que les équipes de la Cnam qui sont chargées du déploiement du DMP travaillent activement sur cette question de la convergence.

vos informations pratiques



le guide juridique

24. en bref

- Vaccination : points clés sur les nouvelles recommandations
- Alcool-dépendance : RTU renouvelée pour la prescription du baclofène

25. vos questions / nos réponses

- PMA : que dit la loi?

26-30. pratique

- Certificats de décès : de nouvelles modalités
- Certification électronique des décès
- Les médecins en Ehpad : rappels et nouveautés



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

Décret n° 2017-1523 du 3 novembre 2017

portant diverses dispositions en matière de sécurité routière (notamment le contrôle médical de l'aptitude à la conduite).

Décision du 7 septembre 2017

de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie (télé-expertise / téléconsultation en Ehpad).

Arrêté du 18 octobre 2017

fixant les modalités de fonctionnement, d'organisation et d'évaluation des centres de santé pluriprofessionnels universitaires et des maisons de santé pluriprofessionnelles universitaires.

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

**Vaccination****Points-clés sur les nouvelles recommandations en 2017**

Le ministère en charge de la Santé a formulé de nouvelles recommandations vaccinales :

→ Le BCG est recommandé à partir de l'âge de 1 mois, à l'exception des nouveau-nés de Guyane et de Mayotte, pour lesquels la vaccination est recommandée avant la sortie de la maternité.

→ L'âge de la primovaccination contre le méningocoque C est transitoirement abaissé à l'âge de 5 mois, avec une 2^e injection à l'âge de 12 mois. Le vaccin tétravalent contre les méningocoques de type A, C, Y et W peut dorénavant être prescrit dès l'âge de 6 semaines

→ La vaccination contre les papillomavirus humains 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 Haut Conseil de la santé publique (HCSP) recommande d'initier la vaccination par le vaccin nonavalent (qui protège contre 9 souches de papillomavirus contre 4 pour le vaccin précédemment recommandé) qui sera prochainement disponible.

→ Le calendrier 2017 simplifie les recommandations vaccinales contre les infections à pneumocoque pour les personnes âgées de 5 ans et plus.

→ Le calendrier vaccinal 2017 propose enfin des schémas de vaccinations alternatifs, compte tenu des difficultés d'approvisionnement rencontrées pour certains vaccins.

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

**Alcoolodépendance****RTU renouvelée pour la prescription du baclofène**

La prise en charge des patients alcoolodépendants constitue un enjeu majeur de santé publique qui a conduit l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) à encourager le développement d'essais cliniques portant sur le baclofène dans le traitement de cette maladie.

Dans l'attente des résultats de ces études, l'ANSM a élaboré une recommandation temporaire d'utilisation (RTU), pour les spécialités pharmaceutiques suivantes à base de baclofène : Lioresal 10 mg, comprimé sécable, et Baclofène Zentiva 10 mg, comprimé sécable.

Elle vise à permettre et à encadrer l'utilisation du baclofène chez les patients alcoolodépendants, c'est-à-dire dans une indication différente de celles de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) de ces médicaments. Élaborée initialement pour une durée de 3 ans à compter du

17 mars 2014, la RTU a été renouvelée pour une durée d'un an en mars 2017. À l'occasion de ce renouvellement, le protocole de cette RTU a été révisé, prenant en compte les propositions d'un comité scientifique spécialisé temporaire (CSST) mis en place par l'ANSM et composé de médecins addictologues, généralistes et psychiatres impliqués dans la prise en charge des patients alcoolodépendants. Le protocole a ainsi été actualisé : la posologie maximale a été abaissée à 80 mg/j compte tenu du risque accru d'hospitalisation et de décès au-delà de cette dose. Cette révision avait notamment pour objectif d'optimiser et de recueillir une meilleure adhésion des professionnels de santé à ce dispositif d'encadrement d'une utilisation hors AMM.

+ d'infos : ansm.sante.fr

Posez vous aussi vos questions
à l'Ordre des médecins,
conseil-national@cn.medecin.fr



PMA : que dit la loi ?

Alors que la question de l'ouverture de l'assistance médicale à la procréation (AMP), appelée communément procréation médicalement assistée (PMA), revient régulièrement dans l'actualité, et à la veille de la révision des lois de bioéthique, **voici le point sur la législation actuellement en vigueur.**

Qui peut recourir à l'AMP ?

Aujourd'hui, la loi (article L. 2141-2 du code de la santé publique) réserve le recours à l'AMP aux seuls cas d'infertilité médicalement constatée d'un couple formé d'un homme et d'une femme ou de risque de transmission d'une maladie grave à un membre du couple ou à l'enfant. La loi précise également que *« l'homme et la femme formant le couple doivent être vivants, en âge de procréer, mariés ou en mesure d'apporter la preuve d'une vie commune d'au moins deux ans et consentant préalablement au transfert des embryons ou à l'insémination ».*

Dans ce cadre, existe-t-il des situations qui font obstacle à une AMP ?

Font obstacle à l'insémination ou au transfert des embryons : le décès d'un des membres du couple, le dépôt d'une requête en divorce ou en séparation de corps ou la cessation de la communauté de vie, ainsi que la révocation par écrit du consentement par l'homme ou la femme auprès du médecin chargé de mettre en œuvre l'assistance médicale à la procréation.

Quelles sont les pratiques d'AMP ?

Il s'agit des pratiques cliniques et biologiques d'insémination artificielle, de conception in vitro et de transfert d'embryons, ainsi que toute technique d'effet équivalent permettant la procréation en dehors du processus naturel, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Agence de la biomédecine. Les activités d'AMP se pratiquent dans des structures autorisées par des praticiens spécialisés.

UNE PHASE D'AUDIT ET RÉFLEXION

Dans la perspective de la révision des lois de bioéthique, la section Éthique et déontologie de l'Ordre des médecins a lancé une réflexion sur le sujet qui devrait aboutir dans quelques mois à dessiner les contours d'une réflexion du Cnom sur ce sujet de santé et de société. Le Comité consultatif national d'éthique (CCNE), dans un avis du 15 juin 2017, s'est d'ores et déjà prononcé, à une courte majorité, pour l'ouverture de l'AMP aux couples de femmes et aux femmes seules.



d'infos

www.conseil-national.medecin.fr
> rubrique Médecin > Foire aux questions

Certificats de décès : de nouvelles modalités

La réglementation relative à la certification des décès a été modifiée par plusieurs décrets et un arrêté parus au printemps et à l'été 2017.

Le décret n° 2017-602 du 21 avril 2017 vient notamment compléter les mentions qui figurent sur le certificat de décès. Il crée un volet médical complémentaire destiné à renseigner les causes du décès lorsqu'elles sont connues plusieurs jours après le décès et après que les volets administratif et médical du certificat de décès ont été adressés aux institutions et organismes compétents.

Le certificat de décès est composé :

- d'un volet administratif comportant :
 - a) La commune de décès ;
 - b) Les date et heure de décès ;
 - c) Les nom, prénoms, date de naissance, sexe et domicile du défunt ;
 - d) Les informations nécessaires à la délivrance de l'autorisation de fermeture du cercueil et à la réalisation des opérations funéraires ;
- d'un volet médical relatif aux causes de décès ;

À savoir : le volet administratif et le volet médical sont remplis par le médecin qui constate le décès.

- d'un volet médical complémentaire lorsqu'une recherche médicale ou scientifique des causes du décès a été réalisée ou qu'une autopsie judiciaire a été ordonnée.

À savoir : le volet médical complémentaire est établi par le médecin qui procède à la recherche médicale ou scientifique des causes de décès ou à l'autopsie judiciaire.

Le volet médical et le volet médical complémentaire sont anonymes. Ils ne comportent ni le nom, ni le prénom de la personne décédée, ni le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques.

Modèles de certificat de décès

Le certificat de décès est rédigé sur des modèles établis par le ministère chargé de la Santé. Depuis le 1^{er} janvier 1997, il existe deux modèles de certificat de décès. Le premier concerne les décès néonataux jusqu'à vingt-sept jours de vie (mort-nés exclus). Le second concerne les décès à partir du vingt-huitième jour.

L'arrêté du 17 juillet 2017 relatif aux deux modèles du certificat de décès a modifié les modèles de certificats de décès. **Ces nouveaux modèles doivent être utilisés par les médecins à partir du 1^{er} janvier 2018.**

Vous pouvez vous procurer ces modèles de certificat de décès :

- **Sur support électronique :**
 - sur le site Internet dédié de l'Ins-

titut national de la santé et de la recherche médicale à l'adresse suivante : <https://sic.certdc.inserm.fr> ;

- sur l'application mobile CertDc ;
- sur le site Internet d'une personne morale de droit public ou privé ayant conclu une convention avec l'Institut national de la santé et de la recherche médicale l'y autorisant.

- **Sur support papier** auprès des Agences régionales de santé.

Les conditions de rémunération du certificat de décès dans le cadre du décret n° 2017-1002 du 10 mai 2017

Le décret n° 2017-1002 du 10 mai 2017 précise les conditions de rémunération de l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès au domicile du patient. Le médecin appelé à rédiger un certificat de décès ne peut plus réclamer, lorsqu'il se trouve dans les conditions de l'article 1^{er} du décret du 10 mai 2017, des honoraires pour la rédaction de ce certificat. **Depuis le 11 mai 2017, le médecin bénéficie d'un forfait fixé à 100 euros qui est directement versé par l'assurance maladie, dans le cadre défini.**

Le décret prévoit ainsi en son article 1^{er} que « sont pris en charge par les régimes obligatoires de base d'assurance maladie, en application de

l'article L. 162-5-14-2, les frais relatifs à l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès réalisé par les médecins mentionnés aux articles L. 162-5 et L. 162-5-10, dans le cadre de leur activité libérale, et à l'article L. 162-32-1 :

« 1° Au domicile du patient, y compris dans le cadre d'une hospitalisation à domicile ou lorsque le patient réside dans un établissement social ou médico-social;

« 2° Aux horaires suivants :

« a) Sur l'ensemble du territoire national : la nuit entre 20 heures et 8 heures, le samedi, le dimanche et les jours fériés de 8 heures à 20 heures, le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié de 8 heures à 20 heures ;

« b) En outre, dans les zones déterminées par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé, pris en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique : de 8 heures à 20 heures.

« II. L'examen est rémunéré par un forfait versé au médecin libéral ou salarié d'un centre de santé, sur la base d'une attestation sur l'honneur de la réalisation de l'examen par le médecin, transmise à l'organisme d'assurance maladie.

« Ce forfait est versé par les régimes d'assurance maladie obligatoires sans avance de frais du patient.

« Le montant de ce forfait est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ».

L'article 1^{er} de l'arrêté du 10 mai 2017 relatif au forfait afférent à l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès réalisé au domicile du patient dispose que « l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès réalisé au domicile du patient dans les conditions fixées par l'article D. 162-30 du code de la sécurité sociale est rémunéré par un forfait d'un montant brut de 100 euros. Ce forfait rémunère la visite réalisée dans ce cadre et les frais de déplacement afférents. Ce forfait est versé aux médecins mentionnés aux articles L. 162-5 et L. 162-5-10 du code de la sécurité sociale, dans le cadre de leur activité libérale, et à l'article L. 162-32-1 du même code, par la caisse primaire d'assurance maladie de rattachement ».

Le formulaire de paiement du forfait est disponible sur ameli.fr et contient l'attestation sur l'honneur.

La rémunération du certificat de décès dans les autres cas

En dehors des situations mentionnées par le décret, la rémunération du certificat de décès n'est pas fixée réglementairement. Les honoraires récla-

més ne sont pas tarifés et ne peuvent donc pas donner lieu à une prise en charge par l'Assurance maladie, dans l'état actuel de la réglementation.

Le médecin devra donc fixer ses honoraires avec tact et mesure, conformément à l'article 53 du code de déontologie (article R.4127-53 du code de la santé publique).

**D^r Jean-Marie Faroudja
et Caroline Héron,**

**section Éthique et Déontologie
D^r François Simon et Francisco Jornet,
section Exercice professionnel**

+ d'infos

Décret n° 2017-602 du 21 avril 2017
relatif au certificat de décès

Décret n° 2017-1002 du 10 mai 2017
relatif aux conditions de rémunération de l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès au domicile du patient

Arrêté du 17 juillet 2017 relatif
aux deux modèles du certificat
de décès.

La certification électronique des décès

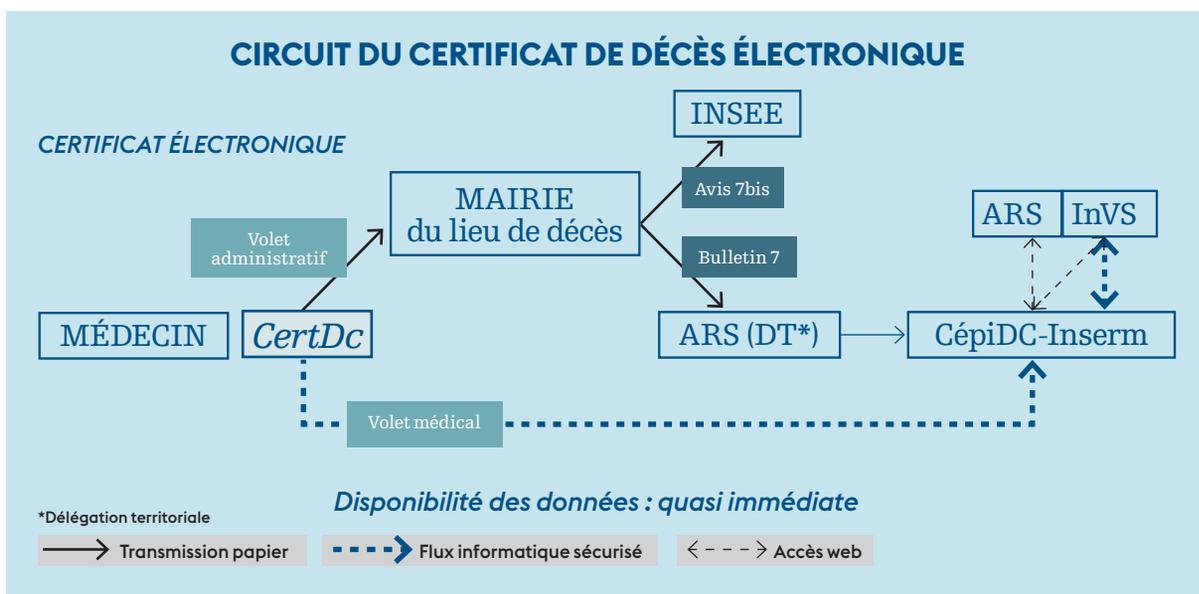
La réglementation relative à la certification électronique des décès a également été modifiée par les décrets et arrêté parus au printemps et à l'été 2017.

L'article R. 2213-1-2 du code général des collectivités territoriales précise que : « *Le médecin ayant constaté le décès établi, dans les meilleurs délais, sur support électronique un certificat dans le respect des dispositions de l'article L. 1110-4-1 du code de la santé publique. Il transmet sans délai les volets de ce certificat dans les conditions fixées aux II, III et IV.* »

Le volet administratif
Le volet administratif du certificat de décès est établi sur support électronique ou à défaut sur papier en quatre exemplaires signés par le médecin. Il est transmis à la mairie du lieu de décès, à la régie, à l'entreprise ou à l'association, habilitée dans les conditions définies à l'article L. 2223-23, chargée de pourvoir aux funérailles et, en cas de trans-

port du corps, à la mairie du lieu de dépôt du corps et au gestionnaire de la chambre funéraire.

Les données du volet médical
Les données du volet médical du certificat de décès sont transmises par le médecin, après chiffrement, à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale ou à l'organisme chargé par cet institut de



gérer le système de collecte et de transmission des certificats saisis, dans les conditions définies par cet institut et visant à garantir la sécurité, la confidentialité et l'intégrité de ces données.

La transmission

La transmission du certificat de décès, ou à défaut son édition sur papier, ne peut avoir lieu que si le volet administratif et le volet médical sont intégralement établis.

Pendant les quatre-vingt-seize heures suivant la transmission du certificat de décès, le médecin peut modifier les informations du volet médical. Toute modification pendant ce délai donne lieu à une nouvelle transmission à l'organisme destinataire.

Lors de la réception du volet administratif, l'officier d'état civil de la mairie envoie par voie postale ou électronique à l'Institut national de la statistique et des études économiques un bulletin dans les conditions définies par le décret n° 82-103 du 22 janvier 1982 modifié relatif au répertoire national d'identification des personnes physiques.

En attendant l'approbation par arrêté du référentiel d'authentifi-

cation mentionné à l'article L. 1110-4-1 du code de la santé publique applicable à la transmission dématérialisée des certificats de décès, **les médecins qui constatent le décès établissent le certificat de décès sur support électronique en s'identifiant au moyen d'une carte de professionnel de santé ou d'un dispositif équivalent d'authentification individuelle agréé par le groupement d'intérêt public (ASIP Santé).**

À savoir : le site Internet « CertDc » (www.certdc.inserm.fr) est à la disposition des médecins pour certifier électroniquement les décès et permettre la transmission automatique du volet médical au CépiDc-Inserm (laboratoire en charge de la collecte et de l'analyse des causes de décès depuis 1968).

**D' Jean-Marie Faroudja
et Caroline Héron,**

section Éthique et Déontologie

D' Bernard Le Douarin,

secrétaire général adjoint

D' François Simon et Francisco Jornet,

section Exercice professionnel

+ d'infos

Décret n° 2017-602 du 21 avril 2017 relatif au certificat de décès

Décret n° 2017-1002 du 10 mai 2017 relatif aux conditions de rémunération de l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès au domicile du patient

Arrêté du 17 juillet 2017 relatif aux deux modèles du certificat de décès.



Les médecins en Ehpad : rappels et nouveautés

Le congrès de l'Ordre a eu l'occasion d'aborder ce sujet lors d'un atelier animé par les D^rs Bourhis et Bureau (Cnom). Sont intervenus : Pr Jeandel (CNP de gériatrie), D^r Marin La Meslée (SNGIE), D^r Giaccardi (CSMF) et M. Bellini (AD'PA).

Les missions du médecin coordonnateur n'ont cessé de s'accroître. Il assure l'encadrement médical de l'équipe soignante de l'établissement, contribue à la cohérence, à la qualité et à la continuité des soins par la coordination des intervenants.

De nouvelles missions

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement est venue encadrer la liberté d'aller et venir du résident. Après examen du résident, le médecin coordonnateur ou, à défaut, le médecin traitant, réunit, autant que de besoin, l'équipe médico-sociale pour réaliser une évaluation pluridisciplinaire des risques et des bénéfices des mesures envisagées [...]. À l'issue de cette évaluation, le directeur d'établissement arrête le projet d'annexe au contrat de séjour, sur proposition du médecin coordonnateur ou du médecin traitant. Il en avise le résident et, s'il existe une mesure de protection juridique, la personne chargée de cette dernière.

En 2011, l'article D. 312-156 du CASF a fixé de nouveaux volumes minimaux d'activité du médecin coordonnateur en fonction de la capacité de l'Ehpad. Il appartient au médecin coordonnateur, s'il ne s'estime pas en capacité de remplir à bien ses missions dans les temps impartis, de demander que ces temps soit augmenté dans le cadre de son contrat. Le médecin coordonnateur peut être le médecin traitant de certains résidents de l'Ehpad au titre d'une activité libérale ou salariée. Il faut cependant éviter la

confusion des rôles par l'information du résident, de sa famille et de ses proches, par la signature de deux contrats différents correspondant à chacune des missions, et par l'assurance que le temps de travail du médecin coordonnateur ne soit pas amputé par le temps consacré à la prise en charge thérapeutique.

Le libre choix du médecin traitant par le résident

L'augmentation de l'âge d'admission des résidents conduit à accroître le degré de médicalisation des Ehpad et à rapprocher objectivement leur capacité à délivrer des soins médico-techniques de celle des unités hospitalières de long séjour. Une telle évolution ne doit pas pour autant faire obstacle au principe de la liberté de choix du médecin traitant par le résident. En aucun cas le médecin de l'établissement ne peut leur être imposé comme médecin traitant. La chambre du résident constituant le substitut de son domicile (notion confirmée par le ministère de la Santé lors de la question écrite n° 01816 JO du Sénat du 2/01/2003), le résident dispose à ce titre d'un libre choix concernant son médecin traitant. Le Cnom avait d'ailleurs demandé et obtenu les garanties nécessaires du Conseil d'État. D'autant plus que l'intervention des médecins traitants libéraux extérieurs à l'Ehpad contribue à garantir la bientraitance des résidents.

L'échange des données et le secret au sein de l'équipe

Lorsque des professionnels appar-

tiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12 du CSP, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe. En revanche, il n'est pas admis qu'un directeur d'établissement cherche à s'imposer lors d'une réunion pluridisciplinaire de soignants, lieu d'échange de données médicales, ou à accéder aux dossiers médicaux. Le Cnom a été conduit à le rappeler à plusieurs reprises.

La téléconsultation et la télé-expertise en Ehpad

Depuis le 1^{er} novembre 2017, les actes de téléconsultation médecin traitant (TTE) et de « télé-expertise » dossier traitant (TDT) sont dans la nomenclature. Ils visent à renforcer le suivi des patients résidents. L'acte de TTE doit être réalisé par le médecin traitant, à la demande d'un professionnel de santé de l'Ehpad, en cas de « modification d'un état lésionnel ou fonctionnel sans mise en jeu du pronostic vital ». L'acte de TDT permet au nouveau médecin traitant du résident de solliciter l'avis du précédent médecin traitant, la consultation étant retranscrite dans le dossier médical du patient.

D^r François Simon et Agnès de Fornel,
section Exercice professionnel

culture médicale



Les données génétiques,
Point Cnil, La Documentation
française, 9,70 euros

LES DONNÉES GÉNÉTIQUES

Les données génétiques ne sont pas des données personnelles comme les autres. Particulièrement intimes et potentiellement discriminantes, elles bénéficient d'un statut légal très protecteur. Mais, alors que leur utilisation tend à se banaliser, les enjeux éthiques n'ont jamais été aussi importants : risques de manipulation génétique et de discrimination, maîtrise de son patrimoine génétique, marchandisation des données, etc. Partant de ce constat, la Cnil a décidé de lancer une collection d'ouvrages thématiques qui s'adresse aussi bien au grand public désireux de comprendre les enjeux de société actuels sur le sujet, qu'aux étudiants, enseignants et chercheurs souhaitant approfondir leurs connaissances. Ce premier opus dresse ainsi un état des lieux de la problématique et expose le point de vue de la Cnil tout en faisant le tour des débats et réflexions en cours.



Comment va mon cœur, docteur?,
Nabil Naaman, Connaissances
et savoirs, 15,50 euros

COMMENT VA MON CŒUR, DOCTEUR ?

Dans ce livre, le D^r Nabil Naaman raconte sa spécialité, la cardiologie, du haut de ses 35 ans d'exercice. Il y est question d'innovations, d'explications, de recommandations avec le concours d'éminents cardiologues et chercheurs.

Mais comme la médecine ne saurait être déconnectée des autres sciences, à commencer par les sciences humaines évidemment, mais aussi des arts et des lettres, l'auteur a également fait appel à des artistes, des philosophes et des écrivains...



Santé!, Antoine Chereau,
Pixel Fever éditions, 23 euros

SANTÉ !

Hypocondriaque à ses heures, petit-fils de médecin, ancien potache des Hôpitaux de Paris, Antoine Chereau a longtemps collaboré avec nos services de santé publique pour savoir ce que nous pouvons endurer lorsqu'il s'agit de notre santé ! Observateur espiègle, il égrène avec sarcasme en 87 planches savoureuses les déremboursements, les déserts médicaux, le temps d'attente pour une prise de rendez-vous, la faiblesse de la prévention et bien d'autres situations aberrantes... et épingle comme personne soignants et soignés. Le diagnostic est formel : rire est bon pour la santé !



Télémédecine en Ehpad :
les clés pour se lancer, Nathalie Salles,
éditions Le Coudrier, 29,50 euros

TÉLÉMÉDECINE EN EHPAD : LES CLÉS POUR SE LANCER

Comment assurer une prise en charge de qualité en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), sans transport et sans stress pour les résidents ? Comment obtenir des avis spécialisés à temps et éviter le recours aux urgences ?

La télémédecine répond à ces questions en donnant aux établissements un accès facilité aux spécialistes. Le D^r Nathalie Salles, gériatre et pilote médical de l'expérimentation aquitaine de télémédecine menée en Ehpad, l'expose dans ce livre à travers l'expérience de deux établissements. Elle livre aussi des conseils pratiques qui s'adressent à toutes les parties prenantes : soignants et directeurs d'Ehpad, médecins généralistes et spécialistes, équipes hospitalières et décideurs...

Pr Jean-Philippe Assal,
président de la fondation Recherche et Formation
pour l'enseignement du malade



« L'apport de la pédagogie et de la psychologie dans le domaine du soin n'avait rien d'évident »

« De mon parcours, je dirais qu'il a été un parcours en zig-zag. Je me suis heurté à bien des barrières et résistances qu'il m'a fallu contourner si je voulais continuer d'avancer. J'ai suivi un cursus classique d'études en médecine à Neuchâtel, Fribourg et Genève en choisissant comme spécialité l'endocrinologie et la diabétologie. Très vite, j'ai constaté que la médecine était un monde fermé avec un certain nombre d'idées préconçues. Je me suis surtout étonné de voir combien les médecins, à la pointe dans le diagnostic et le traitement, étaient à des années-lumière du vécu des patients. Je suis parti vivre et exercer quelques années aux États-Unis. Dans les années 1970, les Américains étaient déjà très avancés en matière d'éducation des patients et j'ai eu l'opportunité, avec une bourse, de faire le tour des différents centres de diabétologie. Là, patients et soignants étaient formés à des programmes éducatifs pour mieux gérer, au quotidien, la complexité d'une maladie chronique comme le diabète par exemple. Quand je suis rentré en Suisse, c'était avec la

mission bien précise d'ouvrir, à ma demande, un centre de traitement et d'éducation. Ce fut fait, non sans résistance, à l'hôpital universitaire de Genève. L'apport de la pédagogie et de la psychologie dans le domaine du soin n'avait alors rien d'évident, ni pour les institutions, ni pour le personnel soignant. Car cela demande un temps et une disponibilité dont personne ne disposait. Une étape a été franchie avec la création du Théâtre du Vécu. Le principe est le suivant : permettre aux personnes, malades ou soignants, de parler eux-mêmes d'un moment significatif de leur parcours personnel. Ce moment, souvent difficile et refoulé, est écrit puis mis en scène et interprété sur une scène avec l'aide de professionnels du théâtre. Depuis 2000, 900 personnes ont participé au Théâtre du Vécu, dont 25 % de soignants. J'ai aussi travaillé avec des chefs de mission du CICR qui avaient eu à affronter des situations tragiques sur le terrain dont ils n'avaient jamais pu parler. De cette expérience, tous nous disent : "C'est la première fois de ma vie que j'ai été pareillement écouté". »

parcours

1965

Thèse en endocrinologie-diabétologie à l'Hôpital cantonal universitaire de Genève

1975

Ouverture de l'Unité de traitement et d'enseignement pour patients diabétiques à l'Hôpital cantonal universitaire de Genève

1989

Création à Genève de la fondation Recherche et Formation pour l'enseignement du malade

1999

Rejoint le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) dont il est actuellement membre honoraire

2000

Création du Théâtre du Vécu, avec Marcos Malavia, metteur en scène franco-bolivien

+ d'infos

- Le site de la fondation Recherche et Formation pour l'enseignement du malade <https://education-patient.net>
- Le prochain Webzine de l'Ordre des médecins sur les maladies chroniques, à paraître en décembre



Pour aller plus loin :

www.conseil-national.medecin.fr