



## Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins

➤ Dossier

# Aptitude médicale à la conduite : le dilemme français !

p.22



➤ L'essentiel  
**Observatoire de la  
sécurité : hausse des  
agressions en 2010** p.4

➤ Réflexion  
**Avons-nous besoin de  
professions de santé  
intermédiaires ?** p.11

➤ Jurispratique  
**Comment signaler les  
violences conjugales ?**  
p.16

# médecins n° 17

## Mai, 2011

POUR RECEVOIR  
NOTRE NEWSLETTER

<http://www.conseil-national.medecin.fr>

### ➤ L'essentiel | 04

• Les chiffres 2010 de l'observatoire de la sécurité

• Interview de Gilles Johanet sur la responsabilité civile médicale

### ➤ L'essentiel informatique | 06

Dossier médical personnel : comment je fais ?

### ➤ Sur le terrain | 08

À la rencontre des médecins de demain

### ➤ Ailleurs | 10

Paquet pharmaceutique : où en est-on ?

### ➤ Réflexion | 11

Bientôt des professions de santé intermédiaires ?

### ➤ La voix des associations | 28

Méningites France-Association Audrey

### ➤ Culture médicale | 31

La sélection du mois

### ➤ À vous la parole | 32

D<sup>r</sup> Philippe Dutey, médecin généraliste dans le Tarn

### ➤ Dossier | 22

# Aptitude médicale à la conduite : le dilemme français



L'obligation du contrôle de l'aptitude médicale à la conduite, imposée par la mise en place, en janvier 2013, du permis de conduire européen, met les médecins français, pris entre le respect intangible du secret médical et celui des objectifs de santé publique, devant un conflit d'intérêts difficile à résoudre...

## Cahier jurispratique | 13

- **INSÉCURITÉ** Une fiche de signalement en cas d'agression | 13
- **ENTRAIDE** Qu'est ce que l'entraide ordinaire ? | 14
- Quelques conseils pour éviter la précarité | 15
- **SIGNALEMENT** Le rôle du médecin dans le signalement des violences conjugales | 16
- **FIN DE VIE** Les dispositions de la loi du 22 avril 2005 sur la fin de vie | 18
- **EXERCICE PROFESSIONNEL** Le secret médical menacé dans les prisons | Contrat-cadre type entre un médecin et un hébergeur de données personnelles de santé | Une gestion automatisée des dossiers d'hospitalité | 20

## À noter sur vos agendas : L'Ordre aux Entretiens de Bichat 2011 !

L'Ordre sera présent aux Entretiens de Bichat 2011 qui se dérouleront du 28 septembre au 1<sup>er</sup> octobre.  
Le Cnom animera un atelier le 30 septembre consacré à la rédaction des certificats médicaux.  
Pour en savoir plus :  
<http://www.lesentretiensdebichat.com/>

# Notre lutte contre les violences faites aux médecins



**D<sup>r</sup> Michel Legmann,**  
président du conseil  
national de l'Ordre  
des médecins

**L**a conclusion d'un protocole santé-sécurité-justice-Ordres est une excellente nouvelle pour les médecins, à l'heure où les chiffres rendus publics par l'Observatoire ordinal de la sécurité pour 2010 révèlent une hausse sans précédent des actes de violences dont ils sont victimes. Ce protocole a été établi entre le conseil national de l'Ordre des médecins, les autres Ordres des professions de santé et les trois ministères concernés (Intérieur, Justice, Santé). Il va permettre aux professionnels de santé et à leurs représentants de développer les outils nécessaires au traitement de la délinquance et à la prévention de la violence, en partenariat avec tous les acteurs institutionnels, au plus près du terrain. Ce protocole engage les services centraux et déconcentrés des trois ministères, les agences régionales de santé ainsi que les instances territoriales des Ordres des professionnels de santé, sous l'égide

du représentant de l'État dans le département et du procureur de la République. Il s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre d'une politique de l'organisation d'une offre de soins pérenne et de qualité, pour tous les usagers, sans zone de non-droit, et donc dans la sécurité. Le conseil national de l'Ordre des médecins a été le promoteur de ce protocole. Sa conclusion constitue l'aboutissement du travail que mène notre institution ordinale pour faire reculer les violences. Un travail dont les prémices remontent à 2002 lorsque j'ai créé l'Observatoire de la sécurité au sein du conseil national de l'Ordre des médecins pour soutenir les médecins victimes d'agressions, recenser et analyser ces actes d'insécurité et adapter les mesures de protection et de sécurité indispensables. Nous nous félicitons aujourd'hui que les autres Ordres nous aient rejoints et qu'ainsi les services ministériels concernés officialisent notre démarche commune. La violence est un facteur majeur de désertification médicale et de destruction du maillage territorial de l'offre de soins. Elle aggrave les conséquences d'une démographie médicale déjà fort préoccupantes, en particulier à l'égard de nos consœurs. Faire reculer l'insécurité des professionnels de santé, c'est faire progresser la santé publique.

**médecins** 

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

E-mail : conseil-national@cn.medecin.fr - RÉDACTEUR EN CHEF : D<sup>r</sup> André Deseur - COORDINATION : Evelyne Acchiardi

- CONCEPTION ET RÉALISATION : CITIZENPRESS 48, rue Vivienne, 75002 Paris - RESPONSABLE D'ÉDITION : Claire Peltier - DIRECTION ARTISTIQUE :

Marie-Laure Noel - Secrétariat de Rédaction : Alexandra Roy - FABRICATION : Sylvie Esquer - COUVERTURE : Photodisc - IMPRESSION : IGPM

- Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs - DÉPÔT LÉGAL : mai 2011 - n° 16758 - ISSN : 1967-2845.



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

↳ Observatoire de la sécurité

# Forte hausse des agressions en 2010

L'Observatoire de la sécurité des médecins enregistre une augmentation considérable des violences en 2010. Face à ce phénomène alarmant, le conseil de l'Ordre veut mettre en place des outils, en partenariat avec les pouvoirs publics.

**POINT DE VUE**  
de l'Ordre



**Dr Bernard Le Douarin,**  
coordonnateur de  
l'Observatoire pour la  
sécurité des médecins

## ↳ Violence généralisée

« Cette hausse des incidents s'inscrit dans une augmentation globale de la violence en France. Nous vivons dans une société où certains usagers revendiquent leurs droits mais oublient qu'ils ont aussi des devoirs. La non-mise à jour des cartes Vitale est ainsi une source quotidienne de conflits sur le terrain. »

## ↳ Les suites données aux agressions

« Nous insistons pour que les médecins agressés portent plainte et ne se contentent pas d'une main courante. Ce travail de sensibilisation se révèle efficace puisque nous sommes passés d'un taux de 35 % de dépôts de plainte en 2009 à 38 % en 2010. »

## ↳ Une meilleure protection

« Actuellement, nous n'avons pas de couverture assurantielle dédiée dans le cadre de la permanence des soins. Un médecin doit être couvert pour assurer cette mission de service publique. »

## 1 Les incidents recensés en 2010

Selon l'enquête de l'observatoire, les incidents survenus en 2010 ont bondi de 80 %, avec 920 actes de violences comptabilisés contre 512 en 2009. Les agressions verbales et les menaces, qui représentent la majorité des cas de violence, sont en hausse (63 % des cas contre 57 % en 2009). Les vols (25 %) arrivent en deuxième position, suivis des agressions physiques (13 %) et du vandalisme (12 %). Les résultats montrent par ailleurs une aggravation du nombre de femmes victimes (43 % contre 37 % en 2009).

## 2 Les spécialités concernées

Les généralistes subissent toujours le plus d'agressions (567 cas, soit 62 %). Plus souvent sur le terrain et au contact de la population, parfois à des heures tardives et dans des quartiers où la sécurité fait défaut, ils se retrouvent en première ligne. Concernant les spécialistes, ce sont les ophtalmologistes (7 %), les médecins du travail (4 %), les psychiatres (3 %) qui sont les plus touchés par les violences. Parmi les raisons invoquées pour justifier les incivilités figurent la mauvaise prise en charge, le refus de prescription ou encore les délais d'attente trop longs. La violence explique aussi la chute drastique des installations libérales, selon le conseil national.

## 3 Les zones les plus touchées

Cette année encore, la Seine-Saint-Denis se place en tête, avec 79 actes déclarés. Ce département est immédiatement suivi par le Nord qui connaît une multiplication des incidents avec 70 cas contre 22 en 2009. Suivent le Val-d'Oise (49 cas contre 31 en 2009), l'Isère (39 contre 26), le Val-de-Marne (35 contre 22). En outre, les incidents en centre-ville ont redoublé avec 461 cas en 2010 contre 230 en 2009). Le milieu rural n'est pas épargné non plus (150 contre 83). Cet accroissement de la violence participe à la sous-densité médicale de certains territoires, estime l'Ordre.

## 4 Des outils à mettre en place

Déterminé à lutter contre ce phénomène inquiétant, le conseil de l'Ordre a participé à l'élaboration d'un protocole avec l'ensemble des ordres de la santé, les ministères de la Justice, de l'Intérieur et de la Santé officialisé le 20 avril dernier. Parmi les mesures souhaitées figurent : un numéro d'appel unique reliant directement les médecins aux forces de l'ordre, un correspondant police et gendarmerie pérenne dans chaque territoire de santé, une solution de géolocalisation des professionnels qui assurent les gardes.



► Point de vue

# “ En finir avec les primes d'assurance disproportionnées ”



©Burger/Phonix

**Gilles Johanet,** président du Comité économique des produits de santé (CEPS), auteur en janvier d'un rapport sur la responsabilité civile médicale (RCM) remis à Xavier Bertrand.

indemnisations, librement décidé par les juges et donc source d'inégalités pour les patients, il serait souhaitable de diffuser auprès des juridictions civiles le référentiel médical indicatif de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales (ONIAM).

**Vous estimez aussi qu'il est possible de diminuer les risques...**

**G. J.:** Le risque est consubstantiel au progrès médical: opérer des personnes cardiaques de 85 ans implique par exemple un taux d'échec plus élevé qu'avec des patients de 60 ans. Mais il est aussi de moins en moins acceptable aux yeux des patients. Or, il est inutile de leur expliquer que le risque zéro n'existe pas, si on ne s'emploie pas d'abord à éliminer les risques évitables. Et le système français est très loin du compte dans ce domaine, quand on sait que des obstétriciens voient régulièrement arriver des femmes enceintes sans aucun historique des soins! On constate ainsi que l'organisation des soins est un outil indispensable de réduction du risque d'assurance responsabilité civile médicale (RCM) pour les soignants, et pas seulement de maîtrise des dépenses.

#### + D'INFOS:

Pour consulter ce rapport, rendez-vous sur le site du ministère de la Santé: [www.sante-gouv.fr](http://www.sante-gouv.fr)

## Comment supprimer les trous de garantie en matière de RCM?

**Gilles Johanet:** Il y a deux types de trous de garantie. Le premier est lié au fait que dix ans après l'expiration de son assurance (donc sa prise de retraite), le médecin n'est plus couvert et court un risque de ruine en cas de sinistre. Pour y remédier, la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2010 a limité à dix ans la mise en jeu de la responsabilité des obstétriciens, puis la LFSS 2011 a étendu cette mesure aux sages-femmes. Je propose d'en faire bénéficier l'ensemble des professionnels de santé libéraux conventionnés. Le second concerne le montant de la garantie: les praticiens réclament une garantie illimitée, alors que le plancher réglementaire est fixé à trois millions d'euros pour chaque sinistre. Pour afficher une couverture à hauteur de 5 ou 6 millions d'euros, la plupart des assureurs anticipent une augmentation des sinistres

lourds en faisant un maximum de provisions, donc en augmentant les primes, qui atteignent 26000 à 30000 euros par an pour un obstétricien. Or, parmi les sinistres clos entre 2005 et 2010, seulement trois ont dépassé les trois millions d'euros. La mesure la plus importante serait donc de contrôler chaque année la pertinence du montant des provisionnements, donc des primes, eu égard aux sinistres clos.

## Vous préconisez l'introduction d'une surcotisation. Pourquoi?

**G. J.:** Pour en finir avec les primes disproportionnées, et puisque la judiciarisation concerne progressivement l'ensemble des professionnels de santé libéraux, je propose leur mutualisation pour les sinistres supérieurs à 3 millions d'euros, via la création d'une surcotisation. Son coût sera faible si le niveau des provisionnements est contrôlé. Concernant le montant des

# Dossier médical personnel : comment je fais ?

**Que répondre au premier de vos patients qui vous demandera de créer son DMP ?** La procédure à suivre est très simple. Réponse en dix points...

## 1 Comment créer un DMP ?

Pour créer un DMP, vous devez vous authentifier avec votre carte professionnel de santé individuelle et nominative. C'est d'ailleurs un point central de la diffusion de la carte CPS3, véritable carte électronique d'identité professionnelle qui portera, pour en attester, le logo de l'Ordre. La création du DMP doit se faire en présence du patient et avec son consentement exprès. Une fois le dossier créé, les autorisations d'accès aux données dites « habilitations », relèvent de l'accord du patient. Le Cnom a insisté pour que le secrétariat médical puisse également créer le DMP de vos patients, en étant dûment identifié par une carte CPS qui lui est déléguée, sous votre responsabilité.

## 2 C'est quoi l'INS ? À quoi sert-il ?

La création d'un DMP génère automatiquement l'identifiant national de santé (INS) de votre patient. Cet INS identifie le patient de manière unique et certaine ; il est calculé directement à partir des informations contenues dans sa carte Vitale. Il est totalement distinct de son numéro de sécurité sociale. Il sera totalement



impossible de retrouver les traits d'identité de la personne à partir du seul INS. Cet INS est spécifique au domaine de la santé. Il peut ensuite être conservé dans le dossier patient de votre logiciel métier pour accéder au DMP, même en l'absence du patient.

## 3 Quel équipement informatique dois-je posséder ?

Celui que vous avez. Si votre logiciel métier est compatible avec le DMP (vous pouvez le vérifier auprès de votre éditeur), vous pourrez l'utiliser pour créer directement un DMP en quelques clics. Vous pourrez également, sans logiciel métier, créer des

DMP via [www.dmp.gov.fr](http://www.dmp.gov.fr), site accessible avec un lecteur de carte CPS et Vitale.

## 4 Comment savoir si mon logiciel métier est compatible avec le DMP ?

Un outil de diagnostic automatique est également à votre disposition sur [www.dmp.gov.fr](http://www.dmp.gov.fr) pour savoir si votre poste de travail permet ou non, en l'état, d'accéder au DMP. Une liste des logiciels DMP compatibles est aussi disponible en ligne sur [www.dmp.gov.fr](http://www.dmp.gov.fr).

## 5 Et si mon logiciel métier n'est pas compatible ?

Vous pouvez utiliser le service DMP avec votre navigateur Internet et votre lecteur de carte CPS, via le site [www.dmp.gov.fr](http://www.dmp.gov.fr) en cliquant sur le bouton « Accédez au DMP de vos patients ». Néanmoins, tous les logiciels devraient rapidement devenir DMP compatibles.

## 6 Comment suis-je authentifié ?

Que vous utilisiez votre logiciel métier ou le site [www.dmp.gov.fr](http://www.dmp.gov.fr),

### COMMENT ACCÉDER AU DMP EN EXERCICE MOBILE ?

Lors d'une consultation au domicile d'un patient, comment disposer de l'équipement ad hoc pour accéder facilement à son DMP, dans les mêmes conditions qu'à son poste de travail ? La question de l'accès au DMP en mobilité reste une préoccupation conjointe du conseil national de l'Ordre des médecins et de l'ASIP Santé qui étudie techniquement le sujet, avec les industriels du secteur. Des solutions ne devraient pas tarder à émerger, encadrées par des référentiels techniques et de sécurité.

vous êtes identifié personnellement de façon certaine et automatique grâce à votre carte CPS, avec les droits attachés à votre exercice, dans le cadre de la coordination des soins. Ces informations sont tracées et le journal des traces peut être obtenu. Toute intrusion non autorisée dans un système informatique peut d'ailleurs être sanctionnée pénalement par trois ans de réclusion et 300 000 euros d'amende.

## 7 Et en établissement de santé ?

Les principes sont les mêmes. Tout médecin, comme tout professionnel de santé identifié par sa CPS – une sage-femme dans une maternité par exemple – peut créer un DMP, lire un DMP et écrire dans le DMP, selon les habilitations liées à sa profession. En établissement, le DMP peut aussi être créé par le personnel d'accueil authentifié par une carte de personnel d'établissement (CPE) ou par un certificat d'établissement. La plupart des établissements prévoient une alimentation automatisée des DMP par les comptes rendus dès lors que le patient aura donné son accord, et que le document aura bien entendu été validé par le médecin qui en est l'auteur.

## 8 Comment consulter et alimenter ce DMP ?

Si votre patient vous y a autorisé, vous pouvez accéder à son DMP, même si vous ne l'avez pas créé vous-même. Grâce aux droits attachés à votre carte CPS3 (ou avec un certificat d'établissement), vous pourrez « poster » dans le DMP du patient, avec son accord, les documents jugés nécessaires à la coordination des soins et en particulier au suivi des pathologies au long cours. Le Cnom est favorable à un condensé synoptique, ou vision synthétique sommaire, des principaux éléments figurant dans le DMP. Le patient a la possibilité de masquer certains documents qui resteront cependant consul-

## POINT DE VUE de l'Ordre



**Dr Jacques Lucas,**  
vice-président du Cnom,  
chargé des systèmes  
d'information  
en santé

Le DMP est avant tout un outil de coordination des soins. Il va sortir de l'abstraction conceptuelle et sera apprécié à l'usage. Ce n'est qu'un outil. D'abord les médecins soignent une personne avant de remplir son dossier ! Ce dossier n'a pas vocation à être une bibliothèque exhaustive de l'histoire médicale d'un patient. Le DMP ne remplace donc pas le dossier professionnel ou le dossier d'établissement. L'Ordre a insisté pour que l'accès au DMP soit très rapide, afin de ne pas surcharger le déroulement de la consultation médicale, mais de la faciliter. Le conseil national de l'Ordre a également insisté pour que le DMP puissent être alimenté simplement, d'un clic ou deux, et que les éléments chronologiques majeurs soient visibles dès la page d'accueil. Mise en conformité des postes, mise à disposition du service dans tous les

établissements, sensibilisation des professionnels de santé et des patients... tous ces travaux sont lancés. Progressivement, ils permettront d'identifier les bonnes pratiques comme les points à améliorer pour répondre aux besoins, avec le concours des professionnels de santé et de leurs représentants. Le Cnom appelle de nouveau à une concertation urgente autour du poste de travail du professionnel de santé, afin de rendre les applications compatibles et ne pas le centrer autour de la télétransmission des feuilles de soins ! Il a demandé à y être étroitement associé sur les aspects de déontologie et le respect des droits des patients notamment en ce qui concerne la protection de la confidentialité des données personnelles de santé, qui est l'expression informatique du secret médical.

tables par leur auteur, le médecin traitant et le patient lui-même. La date du masquage est inscrite dans la base informatique afin d'assurer notamment la sécurité en termes de responsabilité, tant du patient que des professionnels.

## 9 Et en cas d'urgence ?

La loi a prévu deux modalités d'accès au DMP en cas d'urgence, sauf si le patient s'y est opposé :

- en cas d'appel au centre 15, le médecin régulateur peut accéder au DMP ;
- si le patient est dans un état comportant un risque immédiat pour sa santé, un professionnel de santé peut accéder à son DMP (par un accès dit « bris de glace » exceptionnel).

## Besoins d'informations complémentaires ?

– Un guide du consentement destiné tant aux patients qu'aux professionnels de santé doit être bientôt publié par l'ASIP Santé, après avis de son Conseil d'éthique et de déontologie présidé par le représentant du conseil national de l'Ordre des médecins.

– Sur [www.dmp.gouv.fr](http://www.dmp.gouv.fr), vous trouverez des modules simples d'autoformation et de présentation du DMP, ainsi que des brochures d'information. Pour recevoir ces brochures, vous pouvez aussi contacter DMP INFO SERVICES au 0810 33 11 33.



## » Lycée Carnot (Paris) À la rencontre des médecins de demain

**En mars, le conseil régional d'Île-de-France de l'Ordre des médecins a entamé une tournée des lycées de la région. Objectif : présenter la difficulté des études de santé et la réalité de l'exercice de la médecine. L'occasion également de susciter des vocations et de pallier le manque de médecins libéraux.**

Lycée Carnot, 17<sup>e</sup> arrondissement de Paris. La sonnerie retentit, quelques retardataires traversent hâtivement le hall dessiné par un certain Gustave Eiffel. Direction la salle D2, au deuxième étage.

Là, une quarantaine d'élèves ont répondu à l'invitation du conseil régional d'Île-de-France de l'Ordre des médecins (Crom Île-de-France) pour assister à une session d'information sur les études de santé. « *Il s'agit de leur expliquer la réforme licence-master-doctorat appliquée aux études de médecine, mais aussi d'attirer leur attention sur les difficultés qui les attendent. D'autant qu'ils s'engagent pour dix à treize années d'études* », explique le Pr Claude-François Degos, président du Crom Île-de-France, qui connaît bien les lieux pour avoir lui aussi, par le passé, étudié entre ces murs.

Au programme donc, un vaste tour d'horizon de deux heures : concours d'entrée, passerelles de réorientation, relation avec le patient, éthique, numerus clausus, secret médical, choix de la spécialité en sixième année, activité libérale ou hospitalière, etc. Et Claude-François Degos ne fait pas dans l'angélisme : « *Ce sont des études difficiles, longues et stressantes. Puis vous serez confrontés tout au long de votre carrière à la mort, la souffrance, la tristesse. Pour réussir*

*votre première année, il vous faudra également consentir beaucoup d'efforts, arrêter les sorties entre amis.* »

La contrepartie de ce sacerdoce ? « *S'occuper d'autrui, soulager la douleur est le plus beau métier du monde* », répond le Dr Gérard Compain, secrétaire général adjoint du Crom Île-de-France.

### « Les jeunes diplômés ne veulent plus s'installer »

D'abord attentive, la classe improvisée s'anime et les questions fusent : Peut-on tout de même devenir médecin après avoir échoué en première année ? Qu'en est-il des concours à l'étranger comme en Roumanie ? Quelle est la spécialité la plus difficile ? Que se passe-t-il si on tombe amoureux de sa patiente ? Certains quittent la salle avant la fin, probablement dissuadés. D'autres, au contraire, semblent avoir obtenu les confirmations qu'ils étaient venus chercher (lire témoignages).

Cet après-midi d'échanges qui auront duré plus de deux heures est arrivé à point nommé. Pour les lycéens d'abord, qui devront bientôt choisir leur future orientation. Pour le Crom Île-de-France également, qui tente ainsi de pallier le manque de médecins, en particulier libéraux. « *Un grand nombre de jeunes diplômés de médecine ne veulent plus s'installer, cherchant d'autres formes d'exercice* », détaille le



Beaucoup d'appelés, peu d'élus. La médecine attire nombre de prétendants : 56 000 bacheliers se sont inscrits aux études de santé lors de la rentrée universitaire 2010-2011. Seulement 15 % des étudiants de première année accèdent à la seconde année.



Dr Gérard Compain. Un constat qui fait craindre le développement de déserts médicaux, non seulement dans des régions peu peuplées, mais aussi dans les banlieues des grandes villes. C'est dans ce contexte que la commission Formation et Pédagogie du Crom Île-de-France a signé un partenariat avec les trois académies franciliennes de l'Éducation nationale, pour continuer à prêcher la bonne parole dans les lycées.



De gauche à droite :  
D<sup>r</sup> Gérard Compain,  
secrétaire général adjoint  
du Crom Île-de-France et  
LE P<sup>r</sup> Claude-François  
Degos, président.



« J'ai assisté à cette conférence pour mieux comprendre la réforme LMD. La présentation ne m'a pas découragé, bien au contraire. Je suis déterminé à devenir médecin, avec une préférence pour

la chirurgie urologique, qui est un secteur en développement. J'ai eu l'opportunité de faire un stage à l'hôpital Tenon. Je m'imagine davantage dans le secteur hospitalier, pour être au service des patients. C'est un métier valorisant. »

**Théophile, 18 ans, terminale scientifique**



Le Crom était auparavant une instance disciplinaire. Il est désormais une instance présente dans toutes les commissions de santé publique (type ARS) et a ainsi un rôle majeur dans la répartition régionale démographique des médecins, la permanence des soins, la gestion des zones faiblement dotées en médecins. Dernièrement, il s'est doté d'une nouvelle mission : susciter des vocations.

## “ Favoriser la relève ”

**P<sup>r</sup> Claude-François Degos,**  
président du conseil régional de l'Ordre  
des médecins d'Ile-de-France

### témoignage

Susciter des vocations, favoriser la relève fait dorénavant partie des prérogatives du CROM Île-de-France. Ces sessions d'information dans les lycées de la région s'inscrivent pleinement dans ce cadre. Mais trop souvent, les jeunes bacheliers s'engagent dans les études de médecine sans savoir réellement ce qui les attend, les épreuves qu'ils devront traverser, la persévérance dont ils devront faire preuve. Notre rôle est aussi de leur rappeler cette réalité, de les faire réfléchir sur leur engagement, et ainsi tenter de diminuer le très fort taux d'échec aux concours d'entrée en deuxième année. Notre second objectif est plus ciblé : rééquilibrer la répartition des effectifs en faveur de la médecine libérale. Nous manquons clairement de praticiens dans ce domaine, beaucoup de diplômés préférant aujourd'hui le secteur hospitalier ou salarié. Seulement un étudiant sur dix en fin de cycle se destine à exercer en libéral. Pourtant, ceux qui choisissent cette voie sont sûrs d'avoir du travail. À ce sujet, le Crom Île-de-France milite pour présenter la médecine générale aux étudiants de 3<sup>e</sup> cycle, ou pour développer les stages chez les généralistes. À l'avenir, nous communiquerons également davantage vers le grand public, pas uniquement pour parler de carrière, mais plutôt pour les sensibiliser à des pratiques simples mais indispensables, comme les gestes de premiers secours ou l'utilisation des défibrillateurs automatiques. ”

« Cet après-midi m'a apporté beaucoup d'informations sur les études de médecine, qui sont difficiles, certes, mais je suis motivée. Je souhaite être médecin depuis que je suis toute petite. L'idéal serait d'exercer la pédiatrie, en libéral. »

**Ayat, 17 ans, 1<sup>er</sup> scientifique**



# Paquet pharmaceutique : où en est-on ?

**Le paquet pharmaceutique publié par la Commission européenne comporte trois volets. Deux d'entre eux – mise à jour du système de pharmacovigilance et lutte contre les médicaments falsifiés – sont quasiment bouclés. Le troisième aborde l'information du patient sur les médicaments soumis à prescription médicale. Il est actuellement bloqué.**



©Burger/Pharmie

## 1 Pharmacovigilance

Le 29 novembre 2010, le conseil de l'Union européenne a adopté une législation pour renforcer le dispositif de surveillance de la sécurité des médicaments en Europe.

- Les États membres seront désormais chargés de recueillir des informations sur les effets indésirables suspects, également en cas de surdosage, mésusage, abus ou erreur d'administration. Un comité pour l'évaluation des risques en matière de pharmacovigilance sera créé au sein de l'Agence européenne du médicament (EMA).

- De nouvelles obligations incomberont aux titulaires d'autorisations de mise sur le marché (AMM). Par exemple, ils devront informer les autorités compétentes de toute modification susceptible d'avoir une incidence sur l'AMM et devront veiller à mettre à jour les informations relatives au médicament.

- La pharmacovigilance sera renforcée pour les médicaments faisant l'objet d'une surveillance particulière, avec, notamment, l'introduction d'un symbole noir

accompagné d'une phrase d'explication encourageant à signaler les effets indésirables.

- La base de données Eudravigilance deviendra le point unique de réception d'informations concernant la pharmacovigilance (afin, notamment, de faciliter la détection des effets indésirables). Les patients seront associés à la notification à l'autorité compétente et les États membres devront relayer l'information concernant tout effet indésirable présumé survenant sur leur territoire auprès d'Eudravigilance. En outre, l'EMA créera un portail web européen sur les médicaments, destiné à garantir la transparence de la pharmacovigilance.

## 2 Lutte contre la contrefaçon

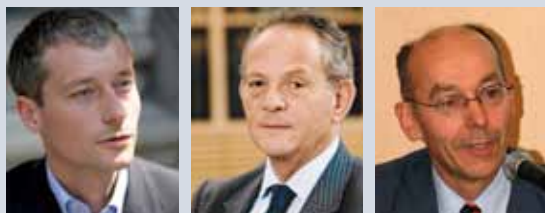
Le 16 février dernier, le Parlement a adopté un projet de directive pour empêcher les médicaments falsifiés de pénétrer dans la chaîne d'approvisionnement légale.

Le conseil de l'Union européenne doit encore donner son accord formel sur ce texte. Ensuite, les États membres auront dix-huit mois pour l'appliquer.

- Les eurodéputés ont réglé la vente de produits pharmaceutiques via Internet car les ventes en ligne constituent l'une des principales portes d'entrée des médicaments falsifiés sur le marché européen.

- La proposition met à jour les règles actuelles et introduit des dispositifs de sécurité devant figurer sur l'emballage des médicaments afin d'en garantir l'authenticité (pour les médicaments prescrits sur ordonnance essentiellement). La proposition prévoit aussi un système d'alerte dans toute l'Union, pour procéder, si besoin, au rappel de médicaments falsifiés.

- Les citoyens devront également être informés des risques liés à l'achat de médicaments provenant de sources illégales via Internet. « *Même avec cette nouvelle réglementation, nous mettons en garde les usagers sur la commercialisation des médicaments par Internet* », précise le D<sup>r</sup> Francis Montané, délégué aux Affaires européennes et internationales du conseil national de l'Ordre des médecins.



Avec la participation de...

**Laurent Hénart**, député UMP de Meurthe-et-Moselle et président de l'Agence nationale des services à la personne.

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

**P' Philippe Grise**, chef de service d'urologie au CHU de Rouen (hôpital Charles-Nicolle)

## Bientôt des professions de santé intermédiaires ?

Remis au gouvernement début février, un rapport insiste sur la nécessité de former rapidement des paramédicaux au niveau bac + 5 pour pallier le déficit de la démographie médicale. Créer de nouveaux métiers, déléguer certains actes techniques ou se libérer des tâches administratives : le débat est ouvert.

La réflexion sur la délégation de tâches entre médecins et paramédicaux a débuté en 2002, avec le rapport Bertrand sur la démographie des professions de santé. Objectif : faire face à la diminution annoncée du nombre de médecins en activité jusqu'en 2020, en dégageant du temps proprement médical. Quinze expérimentations ont été menées au cours des années suivantes, sous l'égide de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, puis de la Haute Autorité de santé... Depuis, une mission relative aux « métiers en santé de niveau intermédiaire » a été confiée en 2010 au député Laurent Hénart, au P' Yvon Bertrand et à Mme Danielle Cadet. Remis aux ministres de la Santé et de l'Enseignement supérieur en février dernier, leur rapport décrit le cadre d'émergence de nouveaux « praticiens », prenant notamment en charge le suivi des pathologies chroniques.

+ D'INFOS :

[www.sante-gouv.fr](http://www.sante-gouv.fr)

### L'Ordre prend position

L'Ordre des médecins ne peut valider un schéma simpliste : besoins, création de métiers, création de diplômes. L'Ordre constate qu'il est nécessaire de soutenir une réelle politique d'évolution des carrières des métiers de santé leur permettant de se décloisonner et d'évoluer dans leur domaine de compétences, y compris pour la profession de médecin. Il est fondamental de promouvoir les métiers existants et de les valoriser. L'Ordre recommande que la réflexion ne se fasse pas en créant ex-nihilo une nouvelle profession intermédiaire de santé mais en créant des métiers d'aide à la gestion indispensables pour la coordination de l'action des professionnels dans leurs tâches administratives, sociales et médico-sociales. L'Ordre rappelle que pour créer une nouvelle profession, on ponctionnera dans les gisements de chaque profession de santé existante dévalorisant ainsi en leur sein les fonctions généralistes de chacune d'entre elles. Une véritable réflexion sur le rôle de chacune de ces professions s'impose de façon à élever le ratio entre les professionnels formés et les professionnels exerçant les soins dans le cadre de leur formation et ce contrairement à l'orientation actuelle qui permet de constater une augmentation des exercices en dehors de leur formation et surtout, en dehors des soins. Ainsi donc, les ressources de productivité en matière de soins, d'éducation, de prévention, de prise en charge existent au sein de chacune des professions de santé codifiées. Une réelle innovation politique serait d'en prendre acte et de donner à chacune d'entre elles les moyens nécessaires à une évolution des contenus, des compétences et aux passerelles   créer en leurs seins et entre elles valorisant ainsi le contenu généraliste et le contenu spécialiste de chacune de ces professions.



## Laurent Hénart

**Député UMP de Meurthe-et-Moselle, président de l'Agence nationale des services à la personne.** Il a occupé les fonctions de secrétaire d'État à l'insertion professionnelle des jeunes en 2004.



## Dr Michel Legmann

**Président du conseil national de l'Ordre des médecins.** En 2010, il a remis au chef de l'État un rapport sur la définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale, prenant en compte la nécessité pour les médecins de se recentrer sur leur métier de base.

### Dans quel cadre pourraient être créés ces métiers de la santé intermédiaires ?

**Laurent Hénart:** Entre les 9 à 11 années d'études des médecins et les 3 années de la plupart des auxiliaires médicaux, il existe un besoin en qualifications intermédiaires pour assurer l'accès aux soins de proximité sur l'ensemble du territoire. Il faut avant tout conforter les métiers socles – infirmiers, kinésithérapeutes, assistants dentaires etc. – dans le champ universitaire licence-master-doctorat (LMD), et si besoin les développer via l'acquisition de nouvelles compétences. Au-delà de cette mise à jour des métiers existants, les nouveaux métiers seront peu nombreux : leur raison d'être sera de réaliser certaines activités

de diagnostic, de consultation et de prescription jusqu'alors effectuées par un médecin, mais ne nécessitant pas son niveau de formation. Ces « paramédicaux praticiens » interviendront en relais du médecin, dans le cadre d'un travail en équipe, en libéral ou en établissement. Ils seront titulaires d'un diplôme de niveau master (M2).

### Comment envisagez-vous leur mise en œuvre sur le terrain ?

**L. H.:** Le dispositif d'initiatives locales de coopération entre professionnels de santé (prévu par l'article 51 de la loi HPST) doit être complété par la mise en place de programmes nationaux sous l'égide du ministère de la Santé (DGOS), de la Haute Autorité de Santé (HAS) et des agences régionales de santé (ARS). Des protocoles élaborés avec les professionnels seraient

### EN CHIFFRES

# 199 987

## médecins

sont en activité régulière en France au 1<sup>er</sup> janvier 2011, soit une baisse de 2% en trois ans. (source : Cnom).

consacrés en priorité au suivi des patients dans le cadre des pathologies chroniques, de la transplantation d'organe, de la santé mentale, du cancer, du vieillissement et de la dépendance. Les auditions ont aussi fait apparaître l'intérêt d'un métier d'assistant pour la chirurgie. Les premiers paramédicaux praticiens pourraient être opérationnels dans deux ou trois ans. Après évaluation, ces nouveaux métiers ont vocation à constituer des professions médicales à compétence définie, reposant sur des missions et non sur un décret d'actes.

### Quelle est la position du Cnom ?

**Dr Michel Legmann:** L'audition par la mission Hénart a été l'occasion pour le Dr Deseur (président de la section Exercice professionnel) et moi-même de rappeler que nous sommes favorables à la création de nouvelles fonctions d'assistant de santé ou de coordonnateur d'appui. La gestion d'un cabinet médical s'apparente à celle d'une petite entreprise. Pour permettre au médecin de dégager du temps proprement médical au bénéfice du patient, de nombreuses tâches pourraient

# CAHIER JURISPRATIQUE



INSÉCURITÉ

ENTRAIDE

SIGNALEMENT

PERMANENCE DES SOINS

EXERCICE PROFESSIONNEL

n° 17 sommaire :

➤ **INSÉCURITÉ** Une fiche de signalement en cas d'agression | 13

➤ **ENTRAIDE** Qu'est ce que l'entraide ordinaire ? | 14

Quelques conseils pour éviter la précarité | 15

➤ **SIGNALEMENT** Le rôle du médecin dans le signalement des violences conjugales | 16

➤ **FIN DE VIE** La loi du 22 avril 2005 sur la fin de vie | 18

➤ **EXERCICE PROFESSIONNEL** Le secret médical menacé dans les prisons

| Contrat-cadre type entre un médecin et un hébergeur de données personnelles de santé

| Une gestion automatisée des dossiers d'hospitalité | 20

## Une fiche de signalement en cas d'agression

..... Le conseil national de l'Ordre des médecins met à votre disposition une « fiche de signalement » qui vous permet, en cas d'agression, de recevoir le soutien de votre conseil départemental.

En cas d'agression, cette fiche de signalement vous permet de recevoir le soutien de l'institution ordinaire. Le conseil de l'Ordre vous recommande par ailleurs de déposer systématiquement plainte après une agression, même si elle est seulement verbale : les insultes

et menaces aux professionnels de santé constituent un délit pénal. Le dépôt d'une main courante est en général inutile (sauf sur le plan assurantiel en cas d'atteinte aux biens). Le conseil départemental peut s'associer à la plainte et se porter partie civile.

# Qu'est-ce que l'entraide ordinaire ?

..... L'article L. 4121-2 du code de la santé publique donne à l'Ordre des médecins la possibilité d'organiser toute œuvre d'entraide et de retraite au bénéfice de ses membres et de leurs ayants droit. La commission nationale d'entraide est présidée par le D<sup>r</sup> Jean Lebrat, vice-président du conseil national. Le point sur l'organisation, les formes et les modalités de l'entraide.

## 1/ L'organisation

• **Au sein du conseil national**, une commission s'occupe exclusivement de l'entraide. Elle se compose de sept conseillers nationaux élus pour trois ans par le conseil national lors d'une session, de deux membres de droit (le trésorier national et le délégué aux relations internes) et de membres associés (Carmf, Afem, AGMF, Acomed, etc.).

• **Les conseils départementaux** de l'Ordre des médecins désignent un délégué départemental de l'entraide et se dotent parfois d'une commission d'entraide départementale avec un budget propre. Leurs missions sont multiples :

- apporter un soutien moral aux médecins et à leur famille qui se trouvent dans une situation financière difficile,
- leur verser une aide immédiate, dans l'attente d'un secours éventuel de la commission nationale,
- apporter des conseils et des aides pour la constitution des dossiers et pour

effectuer certaines démarches,  
- mener des enquêtes afin de transmettre les dossiers à la commission nationale d'entraide.

## 2/ Les bénéficiaires

• Cette assistance peut être apportée aux médecins qui se retrouvent dans une situation économique précaire ou dans une situation de santé difficile, aux veuves ou veufs de médecins en grande difficulté financière, aux enfants orphelins de père ou de mère médecins, aux enfants mineurs de familles de médecins dans la précarité et, majeurs, s'ils font des études.

• Pour bénéficier de cette aide, le médecin concerné doit être inscrit au tableau de l'Ordre. La demande doit être faite auprès du conseil départemental de son lieu d'inscription. Seul le conseil départemental est habilité à recevoir les demandes et à les transmettre au service national de l'entraide. La saisine directe du conseil national par le demandeur est exceptionnelle et est généralement

motivée par la nécessité de garantir la confidentialité de cette demande.

## 3/ Les différentes aides

• Il peut s'agir d'une aide financière ponctuelle pour répondre à des besoins urgents, en cas de perte de revenus consécutive à une maladie, un accident ou à la perte d'un emploi.

• L'octroi de cette aide a des limites : en cas d'endettement inconsidéré, de fausse déclaration de ressources, de charges, d'évaluation de patrimoine, de demande réitérée alors que l'aide précédemment accordée est restée sans effet ou si le médecin aidé présente une addictologie et s'oppose à tout traitement.

• Elle peut aussi consister en un accompagnement moral et social pour essayer de sortir un confrère ou sa famille d'une situation difficile. L'action des délégués référents départementaux est dans ce cas primordiale.

• Si des difficultés ne permettent pas d'envisager la poursuite d'une activité médicale, il peut être proposé au médecin un bilan de compétences sur la base du volontariat, dans l'objectif d'une reconversion pour favoriser son maintien dans la vie active. Le conseil national de l'Ordre a signé une convention avec le centre institutionnel de bilans de compétences pour la réalisation de ces bilans de compétences. Les frais inhérents à cette action sont pris en charge par la commission d'entraide (2250 euros en 2011).

• Enfin, grâce à une étroite collaboration entre le conseil national de l'Ordre et l'association de promotion des soins aux soignants (APSS), la commission d'entraide est en mesure de faire prendre en charge les confrères relevant de pathologies lourdes (alcoolisme, addictions...) dans des services adaptés, éloignés du lieu d'exercice du médecin, donc en toute confidentialité.

#### 4/ La procédure de demande

• Le médecin demandeur ou sa famille saisit d'abord le conseil départemental. Le dossier doit comporter un questionnaire rempli par le demandeur et le conseiller ordinal, un exposé écrit de la situation, les pièces justificatives (ressources, charges, patrimoine, etc.), l'avis motivé du conseil départemental.

• Une fois le dossier complet, il est transmis au service national de l'entraide, qui l'instruit et examine les pièces, échange les informations avec la Carmf, l'Afem, l'Ircantec et tout autre organisme, après accord du demandeur. Il est ensuite étudié par le président, qui peut décider d'attribuer une aide financière dans les situations urgentes. (Le quitus est alors demandé à la commission

#### BILAN DE L'ENTRAIDE POUR 2010

L'aide financière s'élevait à 326 240 euros, avec un montant moyen de 2416 euros par demande. Le nombre de dossiers retenus s'élevait à 84 pour les médecins et à 51 pour les familles. Les motifs des demandes concernaient des problèmes économiques, familiaux, de santé et de troubles de la personnalité.

suivante). Un rapport est rédigé et un rapporteur est nommé. Le dossier est enfin présenté à la commission nationale

d'entraide, qui va débattre et prendre sa décision après un vote : montant de l'aide accordée, refus ou sursis à statuer.

## Quelques conseils pour éviter la précarité

..... Un certain nombre de dossiers qui parviennent à la commission d'entraide témoignent de l'imprudence d'un certain nombre de confrères. Voici quelques conseils pour ne pas vous retrouver dans ces situations extrêmes.

#### En étant à jour du compte cotisant à la Carmf

La redevance augmente très rapidement car à la cotisation impayée s'ajoutent des pénalités de retard. En cas de maladie, d'invalidité temporaire ou définitive, de demande de retraite anticipée, ou de retraite normale, aucune allocation ne sera attribuée si le compte cotisant n'est pas à jour.

#### En adressant immédiatement les certificats d'arrêt de travail ou les certificats d'hospitalisation à la Carmf

Les indemnités journalières sont versées à partir du 91<sup>e</sup> jour. Le décompte des jours n'intervient qu'à la réception du certificat d'arrêt de travail. Si le temps de carence est allongé, la situation du médecin n'en sera que plus difficile.

#### En évaluant les difficultés de sa famille en cas de décès

Nous vous conseillons d'évaluer la situation financière de votre famille au cas où vous décéderiez. Ce bilan est à réévaluer régulièrement.

#### En considérant que se porter caution vis-à-vis d'un tiers, même s'il s'agit d'un parent, n'est pas sans risques

En cas de défaillance de l'emprunteur, l'établissement bancaire se retournera immédiatement contre la personne qui s'est portée caution pour exiger le remboursement de la somme due. Il faut vous assurer par ailleurs que ni vous, ni l'emprunteur n'avez de dette vis-à-vis du fisc.

#### En évitant les crédits à la consommation parfois très nombreux et qui sont alors à l'origine de situations critiques

Ils reviennent très cher, les taux d'intérêt sont très élevés et l'huissier est rapidement à la porte du médecin en cas de difficulté de remboursement.

#### En souscrivant une assurance complémentaire pour perte d'exploitation

Elle permet d'éviter les situations catastrophiques que l'on rencontre trop souvent et de régler au moins les charges professionnelles en cours.

#### En prenant une assurance spéciale en cas d'activité dangereuse

Les sports à risques relèvent souvent des clauses d'exclusion des contrats d'assurance en cas de décès (ULM, saut à l'élastique, plongée sous-marine).

# Le rôle du médecin dans le signalement des violences conjugales

..... L'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France a montré que les femmes victimes d'agressions se confient en premier lieu au médecin (24 % des cas), avant la police et la gendarmerie, la justice ou les associations. Le médecin a donc un rôle stratégique en matière de signalement des violences faites aux femmes. Le point avec le D<sup>r</sup> Irène Kahn-Bensaude, vice-présidente du conseil national de l'Ordre des médecins.

## 1/ Qu'est-ce que les violences conjugales ?

- Les violences conjugales sont des violences physiques (coups et blessures), verbales (insultes, chantages, menaces), sexuelles (relations forcées, y compris dans le couple), psychologiques (comportements ou propos humiliants, contrôle vestimentaire, harcèlement, confiscation des papiers, contrôle des dépenses, privation des moyens et des biens).
- Les violences conjugales sont une infraction à la loi (articles 222-7 à 222-13 du code pénal). Elles constituent une circonstance aggravante lorsqu'elles sont commises par le (ex-)conjoint, le (ex-)concubin ou le partenaire lié à un PACS. La loi permet au conjoint victime de demander au juge des affaires familiales

d'ordonner l'expulsion du conjoint violent, avant même toute procédure de divorce. Et dans le cadre d'une procédure pénale, le juge peut aussi ordonner l'éviction du conjoint violent.

- Quelle que soit la gravité des faits de violence, ils sont constitutifs d'un délit et donc passibles d'une condamnation pénale. Les peines encourues vont de 3 à 5 ans d'emprisonnement, et de 45 000 à 75 000 euros d'amende. Les violences ayant entraîné une mutilation, une infirmité permanente ou la mort sont passibles de peines criminelles.

## 2/ Le rôle du médecin

Les médecins les plus concernés sont les médecins généralistes exerçant en libéral, les urgentistes dans les hôpitaux, les gynécologues-obstétriciens, les

médecins légistes. Il leur revient de repérer les maltraitances, verbalisées ou non ; les constater ; signaler objectivement aux instances *ad hoc* les privations ou sévices constatés sur le plan physique, sexuel ou psychique. Nous n'abordons pas, dans cette fiche, le dépistage des violences conjugales, mais leur signalement. « *De façon générale, le médecin doit inciter la femme à porter plainte, ce qui est très difficile, car elle est souvent sous emprise comme dans une secte, alerte le D<sup>r</sup> Irène Kahn-Bensaude. Il ne peut faire un signalement qu'avec l'accord de la femme, sauf si elle est dans un état de vulnérabilité, mais il est difficile de définir cet état. En revanche, il doit faire un certificat de coups et blessures.* »

### • Ce que dit la déontologie médicale

Selon l'article 44 du

code de déontologie médicale (article R.4127-44 du code de la santé publique), « lorsqu'un médecin objectivement discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. S'il s'agit d'un mineur de quinze ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, il doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives. »

- **Le secret médical** Si la femme y consent, les médecins peuvent révéler des faits de violence au sein du couple dont ils ont été informés dans

l'exercice de leurs fonctions et qui sont couverts par le secret professionnel. L'article 226-14 du code pénal établit à ce sujet une dérogation au secret médical. Le médecin n'encourt d'ailleurs aucune sanction disciplinaire, si le signalement a été fait dans les conditions prévues par cet article. Une telle révélation n'est susceptible de poser un problème que dans deux cas :

- si la victime y est opposée;
- si la rédaction du certificat médical signalement apparaît tendancieuse, suggérant un parti pris du praticien en faveur de son patient : lorsqu'il retranscrit les doléances du patient, le praticien doit donc faire état des dires de son patient dans des termes rapportés entre guillemets, qui font clairement apparaître qu'il s'agit d'une retranscription, et non pas de constatations objectives.

#### • Une nouvelle disposition législative pour inciter la femme victime de violences à porter plainte

Seules 8 % des femmes victimes de violences osent aller porter plainte. Pour briser la loi du silence, la loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de

ces dernières sur les enfants contient une avancée majeure : la création d'une ordonnance de protection des victimes. Cette ordonnance va permettre de prévenir de nouvelles violences : elle pourra être prononcée par le juge aux affaires familiales. Cette ordonnance protège les victimes : concrètement, le juge statuera en urgence et il pourra décider d'évincer du domicile familial l'auteur des violences. Et si la victime souhaite quitter le domicile conjugal, le juge pourra décider d'organiser son relogement pour la mettre hors de portée de son conjoint tout en statuant provisoirement sur la garde des enfants.

### 3/ La rédaction du certificat médical pour coups et blessures

Les certificats médicaux constituent, dans les procédures de violences conjugales, des pièces essentielles lors du dépôt de plainte qui éclaireront d'abord le magistrat du parquet sur l'importance des dommages subis par la victime et sur la gravité de l'agression : l'opportunité des poursuites judiciaires en dépendra largement. Un rapport du Pr Roger Henrion datant de 2001, intitulé « Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels

de santé : rapport au ministre chargé de la santé », précise que « *le certificat est un acte médical descriptif qui témoigne des dires de la patiente et décrit les lésions traumatiques, leurs conséquences cliniques, et le retentissement physique et psychique des violences subies par la femme. C'est un document médico-légal qui prend toute sa valeur lorsqu'une plainte est déposée par la femme.* » Il doit comporter, outre les éléments d'identification du médecin et de la femme ainsi que la date et l'heure de l'examen :

- la description exhaustive des lésions constatées en précisant leur aspect tout en respectant les termes médicaux appropriés (ecchymoses, hématomes...), leur emplacement, leur ancienneté et leur étendue. Un schéma peut être utile;
- la description des soins nécessaires et prescrits ainsi que la liste des examens complémentaires prescrits et effectués;
- les conséquences fonctionnelles des blessures, tenant compte des appréciations objectives du médecin et des allégations de la victime relatives aux douleurs ressenties, à la fatigue, à la gêne plus ou moins importante

pour accomplir les mouvements;

- la détermination de l'incapacité totale de travail (ITT), évaluée en jours, qui concerne le travail personnel et non professionnel. L'estimation de l'ITT est médicale et concerne le retentissement fonctionnel et psychologique de l'agression mais on doit noter que l'objectif « total » peut être interprété de manière variable selon les médecins. Le retentissement psychique est souvent sous-estimé en raison des difficultés d'évaluation et de la complexité du lien de causalité. Il peut être évident d'emblée ou n'être que suspecté. Il convient alors d'émettre des réserves quant à l'évolution de ce retentissement et d'indiquer qu'un nouvel examen sera nécessaire, à distance des faits, pour affiner la détermination de l'ITT.

#### N'oubliez pas :

- **Le 39 19** est un numéro d'écoute national unique et anonyme pour conseiller et informer les victimes sur les démarches à suivre. Il est ouvert du lundi au samedi de 8h à 22h, les jours fériés de 10h à 20h (coût d'un appel local).
- **le conseil départemental** de l'Ordre peut aussi répondre à des questions et aider à la rédaction du certificat.

# La loi du 22 avril 2005 sur la fin de vie

..... La loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite loi Léonetti, conforte les droits des malades et leur autonomie, sécurise l'exercice de la médecine dans les situations délicates de la fin de vie et encourage le développement des structures de soins palliatifs. La section « éthique et déontologie » revient sur cette loi emblématique, mais méconnue.

**Souvent appelée loi Léonetti du nom de son rapporteur**, le député médecin Jean Léonetti, la loi relative aux droits des malades et à la fin de vie a été promulguée en avril 2005. Elle tente de répondre à la plupart des difficultés des malades, des équipes médicales et des familles confrontés au douloureux dilemme de la fin de vie des personnes atteintes d'affections graves et incurables. Elle conforte les obligations d'information des médecins et propose un cadre à leurs interventions dans ces situations. Elle institue la possibilité pour les patients de rédiger des directives anticipées, précise et renforce le rôle de la personne de confiance. Enfin, elle vise explicitement à développer les soins palliatifs en France. Cette loi complète le code de la santé publique (L.1110-5 et s.).

• **L'interdiction de l'acharnement thérapeutique**  
**L'article 1<sup>er</sup>** rappelle que les actes médicaux « ne doivent pas être poursuivis

par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie », en dispensant des soins palliatifs.

• **Le risque permis pour soulager**  
**L'article 2** confirme la possibilité pour le médecin, avec l'accord du patient, de prendre des risques dans l'administration de traitements antalgiques devenus nécessaires, sans qu'il soit aucunement admis de provoquer délibérément la mort.

• **Le droit au refus de traitement**  
**L'article 3** précise que « le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le

médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. » Dans la situation où un malade refuse un traitement, mettant ainsi sa vie en danger, le médecin « peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable » (**article 4**). Lorsque le malade est en fin de vie et qu'il « décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin respecte sa volonté après l'avoir informé des conséquences de son choix ». Il lui dispense des soins palliatifs.

## • Les directives anticipées du malade

**L'article 7** de la loi précise que « Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de limitation ou d'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment. À condition qu'elles aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne, le médecin en tient compte pour toute décision. » Ces directives anticipées

## LE RÔLE CLÉ DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

En octobre 2010, le conseil national de l'Ordre des médecins a publié un rapport du D<sup>r</sup> Irène Kahn-Bensaude, vice-présidente du conseil national de l'Ordre des médecins, mise en place par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002. La personne de confiance a un rôle important à jouer, lorsque le malade est inconscient, pour le respect des directives qu'il a laissées ou suppléer à leur absence. L'avis de la personne de confiance prévaut sur tout autre avis non médical.

Le rapport est téléchargeable sur [www.conseil-national.medecin.fr/rapports](http://www.conseil-national.medecin.fr/rapports)

sont consignées dans le dossier médical du patient ou confiées par ce dernier à la personne de son choix.

### • La personne de confiance

Lorsqu'un malade en fin de vie est hors d'état d'exprimer sa volonté, **l'article 8** prévoit que s'il « a désigné une personne de confiance, l'avis de cette dernière, sauf urgence ou impossibilité, prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exclusion des directives anticipées, dans les décisions » prises par le médecin (voir encadré).

### • L'arrêt des traitements chez un patient inconscient est subordonné à une procédure collégiale

**L'article 37** du code de déontologie médicale définit cette procédure (voir encadré).

« Lorsque le patient, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut décider de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés sans avoir préalablement mis en œuvre une procédure collégiale. La décision est prise par le médecin en charge du patient, après concertation avec l'équipe de soins si elle existe et sur l'avis motivé d'au moins un

## DÉCRETS D'APPLICATION

Les conditions d'application de la loi Léonetti ont été précisées par des décrets adoptés en février 2006 et codifiés :

- les directives anticipées : articles R.111-17 et s. du code de la santé ;
- la mise en œuvre d'un projet de soins palliatifs dans les établissements accueillant des personnes âgées ou handicapées : art. D 311-38 du code de l'action sociale et des familles.

## L'ARTICLE 37 DU CODE DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE

Proposé par le conseil national de l'Ordre des médecins après un important travail de réflexion et de concertation de la section Éthique et déontologie, il concerne les conditions de mise en œuvre des décisions de limitation ou d'arrêt de traitement. Il conserve une première partie, proche de l'ancienne rédaction, sur l'obstination déraisonnable et la prise en charge de la douleur ; une seconde partie, modifiée en 2010, définit la procédure collégiale prévue par la loi. Au terme de cette procédure, le médecin en charge du malade reste libre de sa décision, il en est seul responsable et doit pouvoir la justifier a posteriori ; les arguments de sa décision sont consignés dans le dossier du patient ; la troisième, ajoutée en 2010, traite du traitement de la douleur et de la sédation chez le malade inconscient. L'article 37 précise que : « Lorsqu'une limitation ou un arrêt de traitement a été décidé [...], le médecin, même si la souffrance du patient ne peut pas être évaluée du fait de son état cérébral, met en œuvre les traitements, notamment antalgiques et sédatifs, permettant d'accompagner la personne. »

**Pour en savoir plus : commentaires des articles 37 et 38 du code de déontologie sur [www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)**

médecin, appelé en qualité de consultant. Il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant. L'avis motivé d'un 2<sup>e</sup> consultant est demandé par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile. La décision prend en compte les souhaits que le patient aurait antérieurement

exprimés, en particulier dans des directives anticipées, s'il en a rédigé, l'avis de la personne de confiance qu'il aurait désignée ainsi que celui de la famille ou, à défaut, celui d'un de ses proches. [...] La décision est motivée. Les avis recueillis ainsi que les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient. » Il rappelle

dans le chapitre III le devoir du médecin, une fois la décision d'arrêt de traitements curatifs prise, de soulager les souffrances, quelles que soient les difficultés qu'il y a à les évaluer.

### • Le développement des soins palliatifs

La loi crée une obligation d'identifier « les services au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs » et de définir, pour chacun d'entre eux, « le nombre de référents en soins palliatifs qu'il convient de former ainsi que le nombre de lits qui doivent être identifiés comme des lits de soins palliatifs ». Elle est complétée par un décret de février 2006 (voir encadré).

### • L'interdiction de l'euthanasie

La loi du 22 avril 2005 ne modifie pas les textes juridiques antérieurs qui interdisent de donner délibérément la mort à autrui. C'est ce qu'interdit aussi **l'article 38** du code de déontologie.

#### + D'INFOS :

• **Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.**  
 • **Voir le document « Le malade en fin de vie - Formation à l'application pratique de la loi Léonetti » publié sur [www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)**

## Le secret médical menacé dans les prisons

**Le Dr Piernick Cressard, président de la section Éthique et déontologie du conseil national de l'Ordre**, pointe la menace qui pèse sur le secret médical en prison, après la publication au *Journal officiel* d'un décret. Ce décret, daté du 23 décembre 2010, portant application de la loi pénitentiaire, n'a d'ailleurs pas été signé par le ministère de la Santé. L'article D. 90, en particulier, pose problème. Il prévoit qu'un représentant des équipes soignantes de l'unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) ou du service médico-psychologique régional assiste, sur convocation du chef d'établissement et avec voix consultative, aux réunions des commissions pluridisciplinaires uniques élaborant le parcours d'exécution de la peine des condamnés. Or les praticiens exercent leur mission, vis-à-vis des détenus, dans le respect des règles de déontologie et des droits des patients, énoncés par le code de la santé publique. Il ne peut donc leur être demandé, lors de ces commissions, de communiquer des informations sur la santé ou le suivi médical des détenus qu'ils prennent en charge.

**Référence : décret n° 2010-1635 du 23 décembre 2010**

## Une gestion automatisée des dossiers d'hospitalité

**Après avoir mis en place en 1998 un traitement automatisé d'informations nominatives permettant d'assurer la gestion des dossiers d'hospitalité que lui adressent les entreprises du médicament et du matériel médical**, le conseil national de l'Ordre a complètement rénové son application et l'étendra en juillet aux dossiers d'études cliniques et épidémiologiques ainsi qu'à tous les contrats que les médecins concluent avec les entreprises de produits de santé. Seront ainsi enregistrés dans le système Idae les noms des médecins, les réunions auxquelles ils participent, avec les avantages que l'industrie leur consent, ainsi que la nature des contrats et conventions qu'ils signent et les rémunérations qui leur sont versées. Cette automatisation contribuera au traitement des demandes dans des délais raisonnables et au respect des procédures. Les médecins disposeront bien entendu d'un droit d'accès et de rectification qu'ils pourront exercer auprès du Cnom.

## Contrat-cadre type entre un médecin et un hébergeur de données personnelles de santé

**Le conseil national de l'Ordre des médecins a estimé nécessaire de proposer des contrats-cadres types aux médecins** chez les hébergeurs de données personnelles de santé, activité récente et en plein essor. Cependant, le législateur est resté discret sur le statut et les missions du médecin chez l'hébergeur et il est difficile dans un contrat type de répondre à des questions qui ne sont pas encore posées en raison de la nouveauté de la fonction. Le Cnom a donc pris le parti de fixer simplement

le cadre contractuel dans lequel s'inscriront les relations entre médecins et hébergeurs, d'où la dénomination de contrat-cadre. Ce cadre a vocation à évoluer avec les retours d'expérience des médecins chez les hébergeurs.

### + D'INFOS :

**Pour télécharger ce contrat type :**  
[www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr) / Espace médecin, rubrique « sélectionner un contrat ».



## Pr Philippe Grise

**Chef de service d'urologie au CHU de Rouen** (hôpital Charles-Nicolle), membre du conseil d'administration de l'Association française d'urologie (AFU). Il est à l'origine de la création, en 2002, du DIU d'infirmière experte en urologie.

être déléguées à un assistant de santé aux compétences plus larges que celles des secrétaires. Il s'agit des tâches administratives (coordonnées des patients, gestion du matériel, encaissement...) mais aussi médico-sociales ou paramédicales (questionnaires, éducation du patient, biométrie, lien avec le secteur social, médico-social et sanitaire). Des aides financières pérennes de la part des organismes de protection sociale devraient couvrir les salaires de ces personnels. D'autant que les médecins traitants bénéficiant de cette assistance ont un recours moins important aux hospitalisations et que certaines d'entre elles peuvent être écourtées, du fait d'une amélioration des conditions de retour à domicile des patients. L'Ordre estime en revanche que la création de « super-paramédicaux » de

niveau master induirait une complexification inédite du parcours de soins et des coopérations entre professionnels de santé, tout en empiétant inévitablement sur les responsabilités actuelles des professionnels de santé.

### **Vous êtes néanmoins favorable aux coopérations interprofessionnelles.**

**D<sup>r</sup> M.L. :** Bien entendu, dès lors qu'elles s'inscrivent dans des protocoles cadres nationaux élaborés par les professionnels, notamment en matière de continuité des soins, de suivi des pathologies chroniques ou des personnes âgées dépendantes. Au niveau des territoires de santé déficitaires en médecins, il faut inciter les différents acteurs médicaux et paramédicaux à se coordonner, voire à créer des plate-formes de services implantées sur des sites divers en

fonction des situations locales : maisons de santé, établissement de santé privé, hôpital local.

### **En quoi l'urologie innove-t-elle ?**

**Pr Philippe Grise :** Le DIU d'infirmière experte en urologie, formation complémentaire comprenant six modules sur deux ans, a été obtenu par une centaine d'infirmières depuis 2002. Ces dernières sont devenues référentes au sein des équipes d'urologie, à l'hôpital et en clinique. Le nouveau dispositif de coopération créé par la loi HPST nous permet aujourd'hui d'aller plus loin : en accord avec le CHU de Rouen et l'ARS de Haute-Normandie, nous allons expérimenter la délégation du bilan urodynamique à deux infirmières spécialement formées dans mon service. Ce protocole est en cours d'examen à la HAS, il a été accepté par les ordres des médecins et des infirmiers, l'AFU et l'Association française des infirmiers en urologie. En fait, il permet de formaliser une pratique déjà existante dans les services d'urologie, et de l'améliorer avec une évaluation, une meilleure information aux patients et l'obligation d'enregistrer les événements indésirables sur une

base de données nationale. Deux autres protocoles de coopération seront prochainement finalisés, concernant l'instillation intravésicale de chimiothérapie et les injections intracaverneuses pour les cas d'insuffisance caverneuse. Il ne s'agit donc pas de créer de nouveaux métiers mais de développer des compétences existantes à partir d'une base solide de formation. C'est une voie différente de ce qui existe pour les infirmières anesthésistes (IADE) et de bloc opératoire (IBODE).

### **Comment réagissent les médecins face à cette évolution ?**

**Pr P. G. :** À l'hôpital, ils réagissent très bien ! Nous sommes présents, responsables de l'interprétation médicale et de la prescription, qui sont le cœur de notre métier. Les infirmières réalisent aussi bien ou mieux les actes techniques que nous, prennent le temps nécessaire et dialoguent avec le patient ; elles doivent donc être valorisées. La prochaine étape en urologie consistera sans doute à leur confier une filière de prise en charge, à l'image des *prostate nurses* britanniques qui secondent activement le médecin dans la pathologie prostatique.



# Aptitude médicale à la conduite: le dilemme français

L'obligation du contrôle de l'aptitude médicale à la conduite, imposée par la mise en place, en janvier 2013, du permis de conduire européen, met les médecins français, pris entre le respect intangible du secret médical et celui des objectifs de santé publique, devant un conflit d'intérêts difficile à résoudre...



“ Le refus de stigmatiser les conducteurs âgés, une mesure jugée à la fois inadaptée et inefficace ”

**C**onformément à une directive européenne de 2006, la France devra avoir mis en place au plus tard le 19 janvier 2013 le nouveau permis de conduire à puce biométrique. Pour obtenir ce permis aux normes CE puis pour le renouveler (sa validité étant limitée à dix ans, quinze au maximum), le titulaire devra en principe se soumettre à un contrôle de son aptitude médicale à la conduite. Problème: depuis 2002, notre pays n'a cessé de tergiverser sur l'instauration d'une

aptitude médicale des conducteurs. Le ministère de la Santé, saisi par le ministère de l'Intérieur en charge de la sécurité routière, va devoir se prononcer sur deux points précis: l'un concerne la mise en place d'une visite médicale, l'autre l'âge à partir duquel cette disposition pourrait intervenir... si elle était retenue. Pour tenter d'éclairer le débat et trouver un compromis, des groupes de travail se sont constitués sous l'égide de la Délégation interministérielle à la sécurité routière. Ils sont notamment chargés

#### EN CHIFFRES

# 1

 accident mortel sur 4

est dû à une consommation excessive d'alcool et 30 % des accidents relèvent de la fatigue ou d'une somnolence.

## POINT DE VUE de l'Ordre

“ Ne pas déroger au secret médical! ”



**D<sup>s</sup> Patrick Romestaing**, président de la section Santé publique et démographie médicale du Conseil national de l'Ordre des médecins. et **François Wilmet**, conseiller national de l'Ordre et membre de la section.

L'instauration d'un contrôle médical de tous les conducteurs, rendu obligatoire par l'arrivée du permis européen en janvier 2013, pose un sérieux problème à la France, jusqu'ici opposée à ce dispositif. Sans attendre de connaître le système qui sera retenu, il nous semble nécessaire de rappeler quelques principes intangibles. À commencer par celui-ci: il n'est pas question de déroger au secret médical! Demander, comme cela a été évoqué, que le médecin traitant transmette une information sur l'aptitude médicale du patient-conducteur – fût-ce à une commission médicale – reviendrait en effet à torpiller la confiance du patient à l'égard de son médecin. Et donc, risquer qu'il préfère taire ses problèmes ou arrêter un traitement plutôt que de s'exposer à un éventuel retrait de son permis. On ne gagnerait rien

en termes de santé publique! Nous ne nions pas la nécessité de mieux prendre en compte l'aptitude médicale à la conduite. Mais encore faut-il que les praticiens en aient les capacités. Et surtout, nous n'accepterons pas que ce contrôle stigmatise de façon systématique les personnes âgées ou les malades. En cas d'affection ou de traitement médicamenteux recensé comme présentant des risques pour la conduite, le médecin traitant doit, certes, remplir son devoir déontologique en informant son patient sur les risques encourus. Mais il n'a pas à être le « valideur » de l'aptitude médicale à la conduite. Ce rôle-là doit rester celui des médecins experts de la commission départementale du permis de conduire. Le code de la route ne rappelle-t-il pas que la responsabilité du conducteur est de vérifier qu'il est en état de tenir un volant en toute sécurité?



© Graphicobsession



de voir comment accompagner et améliorer l'aptitude à la conduite dans un certain nombre de situations (vieillesse physiologique et situations pathologiques) et comment faire évoluer l'organisation du système d'évaluation de l'aptitude médicale.

### Le secret médical au cœur du débat

Pour le moment, les points de vue discordent. Au nom de la sécurité routière et de la santé publique, certains défendent l'idée de confier aux généralistes l'examen médical périodique prévu par la directive européenne. Choix pragmatique, précisent-ils, car les commissions médicales du permis de conduire et le contingent de médecins agréés ne pourront en aucun cas assumer cet afflux de contrôles. Mais il faudrait que les praticiens soient formés à cette mission... et qu'ils acceptent



“ Les stupéfiants sont responsables de 3 % des accidents mortels. ”

### Initiative

## L'Ordre des médecins propose une

Suite à une saisine du Conseil national de l'Ordre par le médiateur de la République sur les pathologies et la prise de médicaments présentant des risques pour la conduite, la section Santé Publique du Cnom a jugé nécessaire de s'investir sur ce dossier aussi complexe qu'urgent et de trouver un compromis. Après avoir consulté les partenaires concernés pour tenter de dégager les points d'accords et de désaccords, elle a ébauché une proposition qui s'inspire d'ailleurs de sa réponse à la saisine du médiateur. L'idée est la suivante : le médecin informe de façon explicite tout patient suivant un traitement médicamenteux susceptible d'avoir des effets néfastes ou

franchement incompatibles avec la conduite (voir les logos) et des risques qu'il encourt au volant. Et, pour qu'il n'y ait pas d'ambiguïté, le patient signe un document dans lequel il reconnaît avoir été informé des risques et de la démarche à suivre. Le Cnom a acté cette proposition en séance plénière car dans cette procédure, le médecin remplit son devoir déontologique d'information sans rompre le secret médical, le patient-conducteur étant responsable de transmettre ou non le document à la commission préfectorale, seule apte à juger des restrictions ou de l'interdiction du permis de conduire que nécessite son état. On peut appliquer cette logique

au projet de contrôle périodique de l'aptitude médicale – toujours dans la perspective de la transposition de la directive sur le permis de conduire européen. Dans ce cas, le document signé par le patient serait un auto-questionnaire beaucoup plus précis et élargi à tous les aspects de l'aptitude médicale. Questionnaire renvoyé par le patient-conducteur à la commission départementale. Mais seuls les cas « douteux » seraient vus par des médecins agréés. Cela étant, la proposition de l'Ordre ne pose pas seulement le préalable du respect du secret médical. Elle insiste également sur deux principes : le refus de stigmatiser les conducteurs



© Yoisir/Phanie

## EN CHIFFRES

# 3,3 %

## des accidents de la route

sont imputables à la prise de médicaments.

de devenir, le cas échéant, celui qui refuse le certificat d'aptitude! Ou qui renvoie les cas litigieux devant une commission médicale administrative. Ce qui reviendrait au même: le médecin traitant, par sa décision, pourrait amener le patient-conducteur à perdre son permis...

Pour mémoire, en 2003, dans son rapport sur les contre-indications médicales à la conduite remis au Premier ministre, le Pr Alain Domont avait proposé que « la France étudie sur un plan juridique, social et réglementaire la possibilité d'une levée partielle du secret médical qui pourrait alors se faire sous forme de déclaration obligatoire du médecin à l'autorité préfectorale dans des cas de refus de traitement, de pathologies susceptibles de provoquer des pertes brutales de connaissance ou bien

dans des cas de pathologie visuelle gravissime ». Soutenue un temps par l'Académie de médecine, cette proposition – pourtant prudente et soumise à conditions – avait provoqué une formidable levée de bouclier chez les médecins, choqués que l'on envisage d'instaurer une nouvelle obligation de dérogation du secret médical. Le gouvernement avait reculé: on en est resté là.

### Ne pas confondre conseils et contrôle!

Mais aujourd'hui encore, le Dr Charles Mercier-Guyon, militant infatigable de la sécurité routière – il est secrétaire général du comité médical de l'Association prévention routière et médecin d'une commission préfectorale en Haute-Savoie – s'en étonne: « On a laissé passer la loi Buffet qui impose aux médecins l'obligation de signaler à l'autorité administrative tout sportif soupçonné de consommer des substances dopantes, alors qu'au plan sanitaire, la personne ne porte tort qu'à elle-même! Comment, dès lors, admettre qu'on ne puisse pas signaler un conducteur alcoolique ou toxicomane qui met aussi en danger les autres usagers de la route? C'est totalement illogique et incohérent. »

Pourtant, il reconnaît l'inefficacité d'un système de contrôle qui serait

## avancée

agés, une mesure jugée à la fois inadaptée et inefficace (cette catégorie n'est pas la plus impliquée dans les accidents et l'expérience des pays qui l'ont mise en place a montré que devenus piétons, les seniors sont plus souvent accidentés!) et le refus d'écarter systématiquement les patients atteints d'affections considérées à risque pour la conduite – acuité visuelle insuffisante, diabète, épilepsie, certaines pathologies cardiovasculaires, etc. « Car dans de nombreux cas, un traitement thérapeutique efficace et un suivi médical régulier permettent d'améliorer l'état du patient et d'autoriser la conduite dans de bonnes conditions, » explique le Dr François Wilmet.

### DEUX TYPES DE CONTRÔLES... IMPARFAITS

Deux types de contrôle de l'aptitude médicale à la conduite coexistent dans le monde. En Suisse, par exemple, c'est le médecin traitant qui signe le certificat. **Avantage:** le praticien connaît le patient et ne peut passer à côté d'une affection incompatible avec la conduite ou du moins conditionnée à une surveillance thérapeutique régulière, voire à des restrictions particulières du permis. **Inconvénient:** le médecin a souvent du mal à refuser ce certificat à son patient. En Espagne, au contraire, le système est très administratif: l'examen est effectué par un médecin agréé, a priori plus compétent sur les questions d'aptitude à la conduite et aussi plus neutre puisqu'il ne connaît pas la personne examinée. Mais – c'est le revers de la médaille – cette dernière peut plus facilement dissimuler certaines pathologies lors d'un simple examen clinique.



© Burger/Phanie

pas de s'intéresser à un sujet qui, ils en sont bien conscients, a un fort impact sur la santé publique. Ils le savent, l'alcool est encore responsable de près de 30 % des accidents mortels sur la route; le facteur drogue ne cesse d'augmenter dans les accidents de jeunes: ces addictions relèvent de leurs compétences. La fatigue, les médicaments figurent également en bonne place dans les causes d'accident. Et comment nier que la question des capacités physiques et mentales nécessaires à la conduite en toute sécurité doit se poser, même s'il n'est pas question de fixer une limite d'âge arbitraire? Ce que, dans leur grande majorité, les médecins rejettent, ce n'est donc pas une surveillance des patients-conducteurs; c'est l'idée d'être contraints à un contrôle de l'aptitude médicale à caractère administratif. Ils n'ont « *ni le temps ni les compétences d'assumer cette nouvelle mission,* » qui, plus grave, détériorerait inévitablement la relation de confiance patient-médecin. Enfin, même s'ils n'osent pas toujours l'avouer, beaucoup, échaudés par la juridiciarisation de la société française, craignent d'être mis en cause dans des accidents provoqués par des patients dont une affection grave n'aura pas été signalée. Il faudra donc que le dispositif retenu tienne compte de tous ces éléments.

fondé sur le seul médecin traitant car, dit-il, « *on le voit mal refuser un certificat à ses patients!* ». Et d'ajouter, lucide: « *Cette solution ne serait qu'un cache-misère.* » C'est pourquoi, si le D<sup>r</sup> Mercier-Guyon insiste sur la nécessité de sensibiliser les généralistes et les spécialistes pour qu'ils assurent une meilleure surveillance des conducteurs (audition, acuité visuelle, équilibre, etc.) et délivrent très régulièrement des conseils spécifiques (sur l'alcool, les stupéfiants, le sommeil, les médicaments, etc.), il estime que le contrôle médical proprement dit devrait relever d'un autre système. « *Confions cet examen périodique aux médecins agréés. Ils assument déjà le contrôle des conducteurs professionnels. Il suffira de multiplier leur nombre par cinq ou six pour qu'ils prennent aussi celui-là en charge.* »

### Préserver la relation de confiance médecin-patient

En réalité, les médecins ne refusent

#### EN CHIFFRES

# 8 millions de conducteurs

prennent le volant avec un défaut visuel non corrigé.

#### Pour en savoir plus

- **L'Association prévention routière**, avec l'aide de son comité médical (composé de spécialistes en ophtalmologie, médecine du travail, toxicologie, chirurgie orthopédique, médecine d'urgence) a publié un kit médecin. Il comprend un support pédagogique (fiches thématiques + diaporama) destiné aux étudiants en médecine et une brochure, *Le médecin et son patient conducteur*. [www.preventionroutiere.asso.fr/Nos-publications/Kit-Medecin](http://www.preventionroutiere.asso.fr/Nos-publications/Kit-Medecin)
- **L'Automobile-Club médical de France** publie un cahier Route et médecine dans chaque numéro de sa *Revue automobile médicale*. Il organise par ailleurs tous les ans, avec son comité de médecine du trafic, des Assises nationales sur les accidents de la route et une année sur deux un congrès pluridisciplinaire Route et médecine. [www.acmf.asso.fr](http://www.acmf.asso.fr)

## POINT DE VUE extérieur

# “ Il faut améliorer le questionnaire-santé et le rendre périodique ”



© Burger/Phanie

**Dr Philippe Lauwick,**  
président de l'Automobile Club médical de France

### interview

**Comment va se faire le contrôle de l'aptitude médicale à la conduite et avec qui ?**

**Dr Philippe Lauwick :**  
Difficile de compter sur les généralistes

pour assurer des consultations dédiées : ils ont déjà bien du mal à faire face à la demande de soins de la population. De plus, rares sont ceux qui ont les compétences nécessaires,

ces sujets ne figurant pas dans la formation initiale. Quant aux médecins des commissions départementales du permis de conduire, ils sont déjà peu nombreux et le manque de renouvellement les inquiète. Il est vrai qu'il faut être motivé pour accepter de s'offrir trois jours de formation pour être rémunéré 12,20 € par patient !

**Approuvez-vous l'idée d'un examen médical périodique systématique ?**

**Dr P. L. :** On pourrait imaginer un système plus souple, moins coûteux et tout aussi efficace en intégrant la surveillance de l'aptitude médicale à la conduite dans le parcours normal du suivi des patients. Bien sûr, il faudrait que les médecins reçoivent un minimum de formation pour assurer cette mission.

**Mais comment répondre aux nouvelles normes du permis européen ?**

**Dr P. L. :** L'ACMF suggère que l'on reprenne le questionnaire sur les antécédents médicaux rempli par tout candidat au permis de conduire – une déclaration sur l'honneur susceptible de déclencher

une convocation devant une commission médicale. Il faudrait l'améliorer avec des questions plus pointues, plus pertinentes. Et, au lieu de le faire remplir une seule et unique fois, ce serait tous les dix ans, lors du renouvellement du permis.

**Quels seraient les atouts d'un tel dispositif ?**

**Dr P. L. :** Le patient pourrait se faire aider par son médecin, comme pour un questionnaire de pré-anesthésie, mais il ne serait examiné par les médecins agréés qu'en cas de réponse positive à certains items. Ce questionnaire pourrait être traité par informatique : tout en remettant le conducteur face à ses responsabilités, il éviterait un encombrement inutile des commissions médicales, qui garderaient bien entendu leurs missions actuelles.

**Mais quelle efficacité au plan de la sécurité routière ?**

**Dr P. L. :** De toute façon, il ne faut surtout pas perdre de vue que l'objectif premier du dispositif n'est pas d'interdire la conduite mais d'aider les patients à mieux se soigner pour rester aptes le plus longtemps possible à tenir un volant...

➤ Méningites France - Association Audrey

# Faire connaître la maladie



➤ **536**

536 cas de méningites à méningocoques ont été recensés par le Centre national de référence en 2009 – soit un cas pour 100 000 habitants. La mortalité est de 10 %. C'est chez les nourrissons de moins d'un an que l'incidence est la plus élevée. Ensuite, elle baisse, pour remonter à l'adolescence, entre 15 et 24 ans.

➤ **Sérogroupes B et C**

En Europe de l'Ouest, le séro-groupe B est dominant (66 % des cas), suivi par le séro-groupe C (25 % des cas).

➤ **10 à 20 %**

Seuls 10 à 20 % de la population française serait couverte par le vaccin contre le méningocoque C. Recommandé par le Haut Conseil de santé publique, celui-ci est remboursé depuis janvier 2010.



©ESPP/LEL

« **L**a méningite C peut tuer un enfant en seulement quelques heures », rappelle Jimmy Voisine, président fondateur de l'association. Celle-ci est née en 2000, un an après le décès de sa fille Audrey, alors âgée de 12 ans, emportée en 24 heures par une méningite à méningocoque. Cette maladie est une urgence médicale. « Dès qu'une forme fulgurante de méningite à méningocoque est suspectée, il faut pratiquer une injection immédiate d'antibiotique et s'assurer que le malade est transporté en ambulance à l'hôpital », insiste le Dr Muhammed-Kheir Taha,

responsable du Centre national de référence des méningocoques à l'Institut Pasteur. Comment la maladie se développe-t-elle? « La bactérie, qui est présente de façon asymptomatique dans la gorge de 10 % de la population, se transmet par des gouttelettes de salive, à une distance de moins d'un mètre, au cours d'un contact prolongé (conversations, flirts, présence en discothèque...) », explique le docteur Taha.

**Bientôt un vaccin contre le séro-groupe B ?**

En France et en Europe, les sérogroupes B et C du méningocoque

sont les plus fréquents. D'ici à deux ans, un vaccin contre le séro-groupe B pourrait apparaître sur le marché. Pour l'heure, il existe un vaccin contre le méningocoque C. En France, il est recommandé de le pratiquer entre 1 an et 24 ans, via l'administration d'une seule dose. Mais la couverture de la population reste insuffisante. D'où l'intérêt des actions d'information menées par l'association en direction du grand public et des professionnels de santé.

« Notre priorité est de bien faire connaître les symptômes, qui sont au nombre de six, détaille Jimmy Voisine: fièvre brutale; céphalées;



©DR

## “ Encourager la vaccination ”

**Jimmy Voisine**, président fondateur de Méningites France - Association Audrey

### interview

#### Quelles sont les missions de Méningites France - Association Audrey ?

Nous agissons en premier lieu pour informer le grand public : les personnes connaissent le mot « méningite », mais je dirais que 80 % des Français ne savent pas quelle pathologie ce terme recouvre. Nous souhaitons aussi sensibiliser davantage les professionnels de santé. Les médecins généralistes disent souvent qu'ils ont de rares cas parmi leur patientèle. Or, on note en moyenne deux cas quotidiens de méningites à méningocoques, et autant de méningites à pneumocoques... Sur un an, cela signifie que 1 500 médecins vont y être confrontés : ce n'est pas rien. De plus, l'Institut national de

veille sanitaire (InVS) estime que 30 % des cas ne sont pas comptabilisés. Sans parler de la contagion de ces maladies et du risque d'épidémie qu'elles présentent, en particulier en milieu scolaire.

#### Quelles actions menez-vous auprès du grand public ?

En 2004, nous avons mené une grande campagne dans tous les établissements scolaires, publics et privés, de la maternelle au lycée : 71 500 affiches alertant sur les symptômes et le numéro à composer en urgence ont été placardées dans les infirmeries et les salles de repos. Nous espérons avoir les fonds pour renouveler cette campagne à la rentrée scolaire de 2011, et l'étendre aux structures de PMI (protection maternelle infantile). En 2010,

nous avons organisé la première journée nationale des méningites, qui aura lieu chaque année, le premier samedi du mois d'octobre.

#### Et auprès des professionnels de santé ?

En 2004, 35 000 dépliant à destination des médecins et des infirmières scolaires, que nous avons réalisés avec l'InVS et le conseil de l'Ordre des pharmaciens de Paris, ont été distribués. Par ailleurs, nous organisons deux à trois sessions d'information auprès des étudiants en pharmacie et des personnes se préparant à différents métiers paramédicaux, avec un médecin de l'ARS et un expert de la pathologie. Nous souhaitons développer ces formations en faculté de médecine.

*courbature et raideurs de la nuque (sauf pour les nourrissons); nausées et vomissements; sensibilité anormale à la lumière; purpura sur le corps, dans 30 % des cas seulement. Chez les nourrissons, il faut être attentif à un changement de comportement. »*

L'association se bat pour que l'usage des vaccins se répande. Son action dépasse le territoire français : Méningites France - Association Audrey est un des membres fondateurs de la Confédération mondiale des méningites (Como), qui regroupe 30 adhérents. Parmi les chevaux de bataille de cette fédération : la création d'une journée européenne de sensibilisation. Avec l'objectif d'inciter les différents pays à inclure dans leurs recommandations la vaccination contre la méningite.

#### Projets d'avenir

L'activité de l'association est assurée par Jimmy Voisine et son épouse, à titre bénévole, en marge de leur activité professionnelle. À l'avenir, le président souhaiterait créer un premier emploi salarié. La personne embauchée aurait notamment pour mission de s'impliquer sur l'après-maladie et le handicap : « *Nous sommes souvent sollicités par des personnes ayant subi une amputation due à l'extension du purpura* », note le président. En effet, le purpura peut provoquer de la gangrène et mener à l'amputation d'une phalange, d'un orteil, d'une main, d'un membre entier...

Autre projet pour le futur proche, toujours dans le domaine du handicap : « *Nous envisageons un partenariat avec des CHU et des*

*lycées professionnels spécialisés dans l'outillage ou la plasturgie, pour la conception de prothèses à bas coût. Ce serait l'occasion de sensibiliser des lycéens au handicap* ».

Au fil du temps, l'action de l'association s'est élargie aux méningites provoquées par le pneumocoque. Il existe un vaccin contre cette maladie, recommandé depuis 2004, qui est réalisé à la demande. La prise en charge repose là aussi sur une antibiothérapie.

#### + D'INFOS :

• **Méningites France - Association Audrey**  
Tél. : 02 41 37 82 46  
Adresse e-mail : [ass.audrey@wanadoo.fr](mailto:ass.audrey@wanadoo.fr)  
Site Internet : [www.associationaudrey.fr](http://www.associationaudrey.fr)

# Un ouvrage du Dr J. Pouillard sur l'Ordre des médecins



**D**epuis le 26 septembre 1945, l'Ordre des médecins édicte les règles déontologiques et les dispositions législatives concernant l'exercice professionnel du médecin. C'est au travers de son action que les grands principes de l'éthique médicale ont été préservés : primauté de la personne, respect de la vie humaine, dignité et droits des patients, indépendance professionnelle du corps médical. Le médecin est responsable de ses actes du fait de la mission qui lui est confiée par la société. Si le respect rigoureux de ces dispositions déontologiques demeure la condition indispensable à l'établissement d'une relation de confiance du patient à l'égard de son médecin, il faut néanmoins adapter l'exercice de la médecine aux avancées de la science et aux changements de notre société.

**L'auteur de cet ouvrage est le Dr Jean Pouillard. Il fut vice-président du Conseil national de l'Ordre des médecins. Médecin attaché consultant des hôpitaux, il a exercé la médecine générale pendant trente-huit ans. Il est membre de la Société française d'histoire de la médecine.**

» **L'Ordre des médecins**, de Jean Pouillard - Éditions Glyphe, collection « Société, histoire et médecine », 432 pages, 26 euros.

« Cet ouvrage trouvera sa juste place dans l'histoire de la médecine. À présent, qui pourra contester le rôle majeur du conseil de l'Ordre des médecins, dans la société actuelle et future, aux côtés des pouvoirs publics, et cela, pour préserver notre bien commun le plus cher, la santé ? Merci et bravo à toi, cher ami Jean Pouillard, pour cet impressionnant ouvrage qui est autant l'œuvre d'un collègue que celui d'un historien et d'un érudit qui est aussi un acteur de la santé qui poursuit sa tâche si opportunément parmi les siens. »

Extrait de l'introduction du **Michel Legmann**, président du Conseil national de l'Ordre des médecins

« Cet ouvrage dessine une fresque très large de cette institution si particulière, mais pas si hiératique que l'on tente parfois de le faire croire. Elle est bien un des reflets de notre société, nourrie de ses grandes tendances, agitée par ses débats, oscillant entre le désir de sécurité et de stabilité de ceux qui doivent "garantir", avec l'ambition de se transformer en fonction de l'évolution des besoins du corps social. Ces deux tendances associées permettent à l'Ordre d'être le meilleur rempart contre le charlatanisme et d'être un allié précieux du citoyen dans son droit à l'accès à des soins de qualité. »

Extrait de la préface du doyen **Jacques Roland**, président d'honneur du Conseil national de l'Ordre des médecins

« Sans oublier le passé lointain, ce livre établit un panorama législatif et réglementaire de l'histoire du corps médical pendant les 150 à 200 dernières années. L'esprit du siècle des lumières, la recherche par les médecins de la liberté pour soigner, leur vœu de créer un syndicalisme médical pour y parvenir, leur première réflexion officielle en 1845 (2 000 médecins réunis en l'Hôtel de Ville de Paris) pour créer un code de bonne conduite dans l'espoir d'éliminer les errements de certains membres de la profession... jusqu'aux temps les plus contemporains. Dans ce livre, tout est parfaitement rappelé et expliqué et le lecteur trouvera nombre d'informations à la fois historiques et pratiques exposant l'origine de l'Ordre des médecins, les fonctions que cette institution doit remplir et l'intervention des pouvoirs publics modifiant ses missions et son fonctionnement. »

Extrait de la conclusion du **P<sup>r</sup> Jean Langlois**, président d'honneur de l'Ordre national des médecins

## La Maison du mort

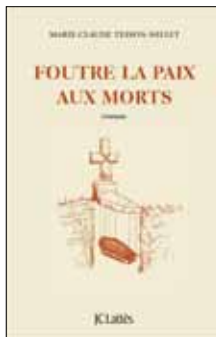


« Patronne » de l'Institut médico-légal de Paris depuis 1988, le professeur Dominique Lecomte nous fait partager son expérience du vécu de la mort. La mort telle qu'elle est dans sa brutale réalité, sans le déni et l'ostracisme que nous tentons de lui appliquer pour l'évincer de notre conscience. Surtout, Dominique Lecomte nous fait leçon de vie : plus que médecin des morts, elle est médecin des vivants, de ceux qui restent, frappés par la douleur, l'incompréhension, la colère ou la haine qu'il leur faut affronter. Médecin, elle les accompagne en les respectant, tels qu'ils sont, y compris de sa seule présence. Ses émouvants récits nous ramènent à la vérité que la mort est inhérente à la vie, nous rappellent nos devoirs de médecins et d'hommes envers nos patients et leur entourage, envers nos semblables. Ce sont leçons d'humanisme, d'humanité et de déontologie. N'est-ce pas la mort qui donne sens à nos vies ?

» D' A. Deseur

» *La maison du mort*, de Dominique Lecomte, Fayard, 208 p., 17 euros.

## Foutre la paix aux morts



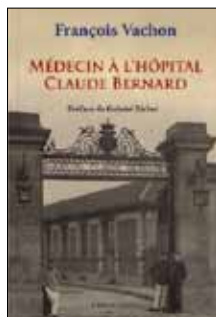
L'auteure, rhumatologue, propose pour son premier roman une satire concernant les rapports avec nos morts. Sujet d'actualité à en juger par le nombre de relances que nous recevons pour souscrire à une assurance obsèques. L'humour grinçant n'empêche pas pour autant des épisodes de suspense dans ce roman d'une lecture agréable qui vous est recommandé.

Marie-Claude Tesson-Millet n'est pas une inconnue pour les médecins car elle a fondé et dirigé pendant de nombreuses années *le Quotidien du médecin*. Actuellement, elle a une activité humanitaire avec sa fondation Équilibres et populations. Assistons-nous à la naissance d'une romancière de talent ?

» Maurice Hodara

» *Foutre la paix aux morts*, de Marie-Claude Tesson-Millet, JC Lattès édit., 193 p., 14 euros

## Médecin à l'hôpital Claude Bernard



Dans ce 2<sup>e</sup> volume, François Vachon nous conte son activité médicale de médecin de l'hôpital Claude-Bernard, « un hôpital sans frontières », dans le monde. Il allie avec bonheur son activité médicale et ses souvenirs de « touriste » en Iran, au Gabon, au Pérou et en Uruguay. Quelques aquarelles de Claude Vachon-Delval, trop peu nombreuses à mon goût, illustrent l'ouvrage. En annexe, le texte fort intéressant d'une conférence sur l'histoire de la réanimation médicale de 1954 à 1975 montrant le rôle de précurseur de Claude Bernard dans cette spécialité.

» Maurice Hodara

» *Médecin à l'hôpital Claude Bernard*, de F. Vachon. Éditions Glyphe, 150 p., 17 euros

## Témoignage au cœur du séisme



Le Pr Olivier Armstrong est à Port-au-Prince ce 12 janvier 2010 lorsque survient le séisme. Des liens particuliers l'unissent à Haïti. Sa mission d'enseignement pédagogique se transforme en humanitaire... Il participe, au sein de ce chaos absolu, aux

premiers soins, secours, recherches de blessés, dont deux enfants et leur nounou, ensevelis sous les décombres de la maison effondrée de son propre ami, médecin de l'ambassade de France, et à l'évacuation de cinq enfants haïtiens. Dans cette tragédie sans précédent, secouant ce « petit bout d'île », des signes de lumière, d'espoir, d'aide et de partage... Il était précisément là pour cela.

*Témoignage au cœur du séisme*, du Pr Olivier Armstrong, chirurgien au CHU de Nantes, 60 pages. Ce livre est vendu exclusivement au profit de l'association Aide et partage dans le monde. Pour le commander: [aideetpartagedanslemonde@gmail.com](mailto:aideetpartagedanslemonde@gmail.com) (15 euros + frais de port).

# “ J’ai quitté la ville pour la campagne ”

Dr Philippe Dutey,  
médecin généraliste dans le Tarn



© DR

## PARCOURS

↳ 1976

Entrée à la faculté de médecine de Lyon Nord

↳ 1989

Création du cabinet de médecine du sport

↳ 1989

Début de l'activité d'urgentiste au sein du service de la Clinique de sauvegarde

↳ 2008

Cession du cabinet et premiers remplacements dans le Tarn

↳ 2010

Inscription pour l'obtention du diplôme de gériatre

## témoignage

« Je suis médecin dans le Tarn, près d'Albi, depuis moins de trois ans. Auparavant, j'exerçais à Lyon où j'ai grandi et étudié. J'y cumulais trois activités : la médecine traumatologique au sein de mon cabinet de médecine du sport, la gestion d'un laboratoire d'épreuves du sport dans une clinique et les soins d'urgence. Le rythme était intense : entre 70 et 80 heures de travail par semaine réparties entre le cabinet, la clinique et les urgences, un week-end par mois.

Aujourd'hui, j'ai ralenti le rythme : j'effectue des remplacements dans deux cabinets de médecine générale.

J'aurais pu m'associer mais j'ai préféré conserver des activités variées. Je suis salarié à mi-temps pour une clinique gériatrique et régulateur pour le SAMU – une façon de prolonger mon expérience d'urgentiste.

Pourquoi me suis-je exilé dans le Tarn ? J'ai eu un coup de cœur pour cette région. En six mois, j'avais vendu mon cabinet ! J'y ai gagné sur deux plans : le confort de vie et la qualité des échanges avec les patients. Ce sont essentiellement des personnes âgées et des familles avec de jeunes enfants. J'ai plus de temps à leur consacrer, pour les soigner, les informer, leur expliquer posément les traitements que je leur prescris. De leur côté, mes patients n'arrivent pas avec des diagnostics déjà établis, des idées préconçues sur les traitements qui leur conviendraient.

J'ai l'impression qu'à la campagne, les patients ont plus de respect pour leur médecin que dans les grandes métropoles. Ici, il est rare qu'on me demande un arrêt de travail de complaisance.

Actuellement, je poursuis une formation en deux ans pour obtenir le diplôme de gériatre. Mon activité au sein du centre de gériatrie évoluera ainsi vers un plein-temps. Exercer cette spécialité me paraît intéressant lorsque l'on est en fin de carrière : il y a moins d'urgence, mais il faut être armé psychologiquement pour affronter certaines situations de forte dépendance ou de fin de vie. Mieux vaut avoir une riche expérience médicale avec soi.