médecins

N°18 JUILLET - AOÛT 2011

POUR ALLER PLUS LOIN :
L'ACTUALITÉ EN LIGNE
www.conseil-national.medecin.fr

Bulletin d'information de
l'Ordre national des médecins

↘Dossier

Prisons : menace sur le secret médical

p.22

↘L'essentiel
Démographie médicale : une lueur d'espoir p.4

↘Réflexion
Partage de l'information médicale : place au débat national p.10

↘Ailleurs
Une charte européenne d'éthique médicale p.21

POUR RECEVOIR
NOTRE NEWSLETTER
http://www.conseil-national.medecin.fr

médecins n° 18
Juillet 2011

L'essentiel | 04
• Démographie médicale : une lueur d'espoir

• Avis défavorable aux centres d'injections supervisés

Sur le terrain | 08
Champagne-Ardenne : la domomédecine prépare le terrain

Réflexion | 10
Partage de l'information médicale : place au débat national

Ailleurs | 21
Une charte européenne d'éthique médicale

Courrier des lecteurs | 28

La voix des associations | 30
La fédération nationale de la médiation et des espaces familiaux

Culture médicale | 31
La sélection du mois

À vous la parole | 32
Dr Denise Paounoff, pédiatre dans le XVIIIe arrondissement de Paris

Dossier | 22

Prisons : menace sur le secret médical

©Thinkstock

Selon un décret paru fin 2010, le personnel soignant des prisons doit être représenté aux commissions pluridisciplinaires uniques, au cours desquelles on peut lui demander des informations sur les détenus. Cette nouvelle menace, qui pèse sur le respect du secret médical en prison, ravive les inquiétudes…

Cahier jurispratique | 13

- **SÉCURITÉ SANITAIRE** Mise en garde relative à la prescription du bilan biologique de « protéomique » | 13
- **PARCOURS DE SOINS** Refus de soins à des patients bénéficiaires de la CMU complémentaire | 14
- **SIGNALEMENT** Maltraitance : signalement obligatoire pour tous les mineurs de moins de 18 ans | 15
- **URGENCE** La réserve sanitaire : engagez-vous ! | 16
- **JURIDIQUE** Activités privées effectuées par les médecins hospitaliers simultanément ou postérieurement à leur activité publique | 17

L'Ordre aux Entretiens de Bichat 2011 : retrouvez-nous sur notre stand !

L'Ordre sera présent sur son stand aux Entretiens de Bichat 2011, qui se dérouleront du 28 septembre au 1er octobre, au Palais des Congrès (Paris). **Le Cnom animera un atelier le 30 septembre consacré à la rédaction des certificats médicaux.**

Lettre aux jeunes confrères hospitaliers

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

Vous allez embrasser une carrière de médecin hospitalier, après les nombreux efforts, couronnés de succès, que vous avez consentis pendant vos études. Vous le constaterez rapidement : il y a une réelle continuité entre votre formation et votre avenir professionnel. Mais vous allez aussi être assailli par des problèmes inédits : une réglementation administrative chronophage, l'interventionnisme permanent des tutelles, la nécessité de respecter un budget contraint. Croyez bien que votre condisciple qui a choisi la voie de l'exercice libéral ne sera pas mieux loti. Il devra, lui, faire des déclarations à des administrations diverses et variées, apprendre à gérer son chiffre d'affaires (un gros mot !), supporter le poids des charges sociales et fiscales ou le contrôle tatillon de l'Assurance maladie…

Cependant, vous aurez en commun l'essence même de votre engagement, qui est de soulager celui qui souffre, de le guérir si possible, de le respecter. Pour assurer votre mission, défendre votre patient, pérenniser ce lien si personnel, vous aurez à cœur de promouvoir une éthique qui a pour objet l'être humain, l'individu.

Le médecin, quel que soit son mode d'exercice, doit conserver la responsabilité personnelle de ses décisions et de ses actes. C'est bien pour cela que vous êtes partie intégrante et indissociable de l'Ordre des médecins, afin que l'honneur et l'indépendance de notre profession soient défendus et préservés, que les principes de moralité, de probité, de compétence soient respectés.

L'Ordre est constitué de tous les médecins exerçant leur art, ses « conseils » n'en sont que des organes d'exécution. Par votre exercice, par votre comportement, par votre dévouement, vous allez contribuer à ce que cette institution ordinale demeure au service de tous les médecins, dans l'intérêt des patients.

médecins

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : Dr 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 : Dr 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 : BSIP – IMPRESSION : IGPM
– Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs – DÉPÔT LÉGAL : juillet 2011 – n° 16758 – ISSN : 1967-2845.

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

Démographie médicale : une lueur d'espoir

Mi-juin, la section Santé publique et démographie médicale a présenté la 5e édition de l'Atlas de la démographie médicale. Le Dr Michel Legmann, président du conseil national de l'Ordre des médecins, et le Dr Patrick Romestaing, président de la section, ont également mis l'accent sur deux enquêtes ordinales, l'une sur les jeunes médecins qui s'installent en libéral, l'autre sur les médecins qui dévissent leur plaque.

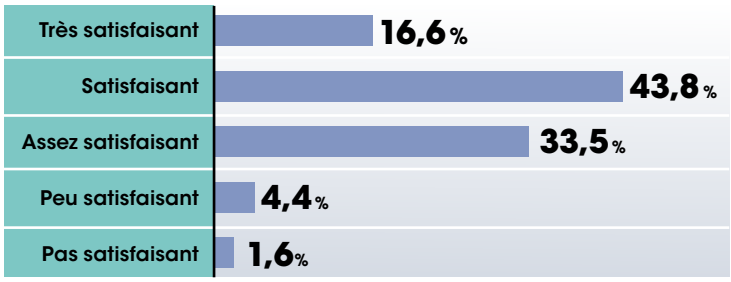
Cette 5e édition publiée en juin par le conseil national de l'Ordre des médecins souligne, une nouvelle fois, l'écart croissant entre le nombre de nouveaux inscrits (+ 2,5 % en un an) et celui des médecins sortants (+ 11,2 % en un an), sur un total de 199987 médecins en activité régulière au 1er janvier 2011. Un constat d'autant plus préoccupant que les jeunes continuent à être attirés par l'exercice salarié : 70 % d'entre eux ont fait ce choix. Moins de 10 % ont privilégié la médecine libérale… Mais la bonne nouvelle, c'est qu'un quart des nouveaux inscrits ont choisi de s'installer à la campagne. La répartition des médecins sur le territoire demeure, elle aussi, très inégale. Les régions les mieux loties (Paca, Île-de-France) comptent 1,5 fois plus de médecins que les plus démunies (Picardie, Centre, Haute-Normandie…). L'Ordre constate d'ailleurs que les régions à faible densité médicale parviennent difficilement à garder les médecins qu'elles ont formés. La Bourgogne ne conserve ainsi que 47 % des médecins diplômés, contre 77 % pour la Franche-Comté. L'Ordre constate aussi que les départements qui disposent d'une faculté de médecine conservent les médecins qui s'y sont formés.

Autre chiffre marquant de cette 5e édition : un médecin sur quatre qui s'est inscrit au Tableau de l'Ordre en 2010 a obtenu son diplôme hors de France. Un tiers est diplômé dans une faculté de

3 jeunes libéraux sur 10 s'installent en zone rurale !

Une lueur d'espoir ? Une étude réalisée par l'Ordre auprès des 1 211 libéraux qui se sont installés en 2009 et 2010[1] nous apprend qu'un quart d'entre eux ont fait le choix de s'installer en zone rurale. Pour le Dr Romestaing, les jeunes médecins trouvent à la campagne *« une qualité de relations humaines qu'ils ne trouvaient pas en ville, à l'occasion de remplacements »*. Autre enseignement de cette enquête : ce sont l'indépendance, le contact privilégié avec les patients et l'autonomie dans l'organisation du travail qui attirent les jeunes vers la médecine libérale. Malgré les lourdeurs du quotidien liées aux charges administratives ou à la durée de travail hebdomadaire,

Vous diriez que votre exercice actuel est...



Source : Atlas de la démographie médicale 2011

86 % d'entre eux seraient prêts à recommander l'exercice libéral aux jeunes générations, en les incitant cependant à s'installer en cabinet de groupe pour limiter les difficultés d'un exercice solitaire. Afin d'améliorer leur qualité d'exercice, ces jeunes praticiens attendent des pouvoirs publics des mesures pour alléger les charges administratives et financières, mixer les modes de rémunération, favoriser le travail d'équipe, l'exercice en groupe, le compagnonnage. En revanche, ils repoussent à l'unanimité les mesures coercitives.

1. Taux de réponse : 35 %

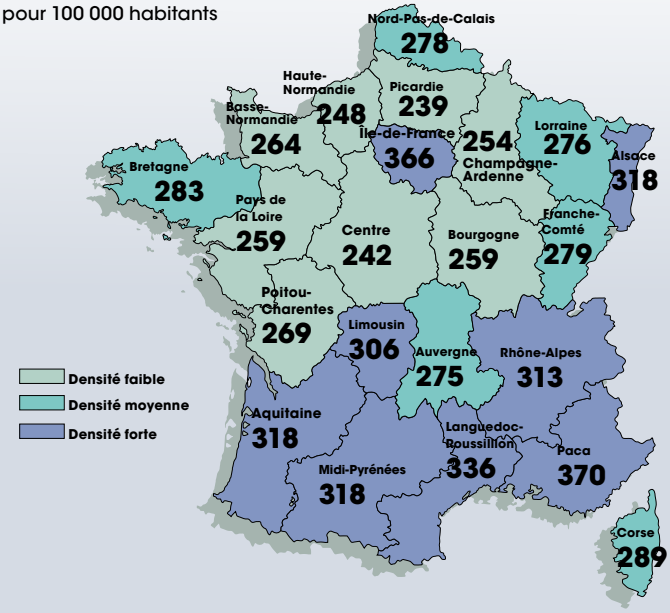
> **Les étudiants en médecine doivent découvrir l'exercice libéral, et notamment la médecine générale, au cours de leur cursus.**
>
> **Dr MICHEL LEGMANN,** PRÉSIDENT DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS

médecine de Roumanie, un quart dans le Maghreb. La présence de ces médecins est très disparate d'une région et d'un département à l'autre, mais elle est à corréler avec la faible densité médicale. Ainsi, les régions à faible densité médicale, comme la Picardie (44 %), la Bourgogne (41 %) ou la Champagne-Ardenne (39 %), attirent massivement les médecins à diplôme européen ou extra-européen. Tous les médecins qui se sont inscrits dans l'Yonne en 2010 avaient un diplôme européen ou extra-européen.

Une nouvelle édition des Atlas régionaux sera publiée en novembre, avec une analyse à l'échelle des bassins de vie. Objectif : mieux identifier les zones véritablement sous-dotées.

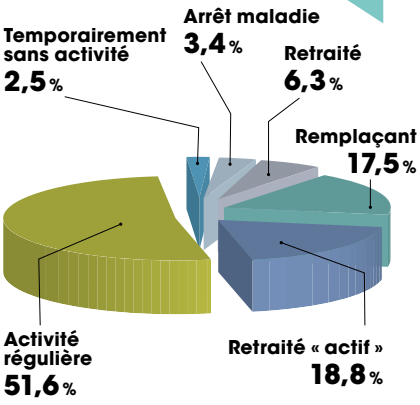
DENSITÉ RÉGIONALE DE MÉDECINS EN ACTIVITÉ RÉGULIÈRE AU 1ER JANVIER 2011

pour 100 000 habitants



> **Nous rentrons dans une zone de turbulences, pour les généralistes comme pour les spécialistes.**
>
> **Dr PATRICK ROMESTAING,** PRÉSIDENT DE LA SECTION SANTÉ PUBLIQUE ET DÉMOGRAPHIE MÉDICALE DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS

MODE D'ACTIVITÉ



Source : Atlas de la démographie médicale 2011

Pourquoi des médecins dévissent leur plaque ?

En 2010, 903 médecins ont dévissé leur plaque alors qu'ils exerçaient régulièrement en libéral depuis une vingtaine d'années, la plupart comme généralistes **(70,4 %)** et dans de grandes agglomérations. Pourquoi ? Les motifs invoqués sont avant tout professionnels : des charges financières et des tâches administratives trop lourdes, une durée de travail journalière importante, difficilement compatible avec une vie de famille. *« Leurs raisons rejoignent celles avancées par les jeunes médecins qui hésitent à s'installer en libéral »,* souligne le Dr Romestaing. Après cette décision, seuls **6,7 %** ont repris une activité libérale, **50,3 %** sont devenus salariés, et **43 %** exercent à l'hôpital. Une écrasante majorité d'entre eux **(90,3 %)** ne souhaitent pas reprendre une activité libérale, mais rester salariés ou hospitaliers. À noter : seuls **2,4 %** veulent faire des remplacements.

Avis défavorable aux centres d'injection supervisés

Le conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) prend position contre la création de centres d'injection supervisés. Le Cnom a parfaitement conscience de la nécessité de prendre en charge les patients toxicomanes. Mais ces structures, où ces derniers peuvent venir s'injecter des drogues qu'ils apportent sous la supervision de personnel qualifié, lui paraissent dangereuses à plusieurs titres. Le Cnom soulève notamment la question de la responsabilité du praticien, à la fois témoin et complice d'un patient qui s'injecte une drogue illicite devant ses yeux. *« Que se passera-t-il si, malgré son intervention, l'usager décède par overdose ? »,* s'interroge le Dr Romestaing, président de la section Santé publique et démographie médicale. Pour l'Ordre, il faut s'appuyer sur les centaines de structures existantes (centres d'accompagnement et d'aide à la réduction des risques des usagers des drogues, centres de soins, d'accompagnement et de prévention à l'addiction) et favoriser l'approche sociale en prévoyant des lieux d'hébergement pour ces patients.

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

Pour lire cet avis

Vers un « Sunshine Act » à la française

Garant par la loi de l'indépendance professionnelle des médecins, l'Ordre des médecins est chargé d'examiner les conventions passées entre les médecins et l'industrie pharmaceutique et biomédicale afin de vérifier leur conformité à la loi dite « anti-cadeau » (articles L.4113-6 et L.4113-9 du code de la santé publique). 80000 déclarations sont ainsi examinées chaque année. L'Ordre rend ensuite un avis de conformité ou de non-conformité. Mais il n'a pas le pouvoir actuellement d'interdire une convention qui ne respecterait pas la loi, ou dont la déclaration serait incomplète ou falsifiée. Une situation anormale, qui impose les adaptations législatives suivantes :

– obligation pour les industriels d'alimenter un fichier de déclaration à l'Ordre des médecins et à tous les ordres des professions de santé des avantages et sommes attribués aux professionnels de santé,
– transparence de l'articulation avec les dispositifs financiers du développement professionnel continu (DPC),
– déclaration par les compagnies d'assurances de leurs liens avec tous les professionnels de santé,
– caractère impératif et non seulement indicatif de l'avis donné par l'Ordre quant au respect de la loi, et sanction en cas de non-respect.

L'Ordre, qui n'a aucun lien avec l'industrie, veut pouvoir réguler la transparence des liens d'intérêt entre médecins et industrie ou entre médecins et compagnies d'assurances. Il appelle de ses vœux un « Sunshine Act », en référence à la loi votée en 2010 aux États-Unis pour « faire la lumière » sur les liens d'intérêt entre médecins et industriels de la santé.

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

Pour lire le communiqué de presse

PHARMACIENS D'OFFICINE CORRESPONDANTS

Le décret relatif aux missions des « pharmaciens d'officine correspondants » est paru au *Journal officiel* du 7 avril 2011. Il permet aux pharmaciens d'officine d'être désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient et à ce titre de *« renouveler des traitements chroniques, ajuster au besoin leur posologie et effectuer les bilans de médication destinés à en optimiser les effets ».* Le conseil national de l'Ordre des médecins rappelle son opposition à ce texte, qui crée une confusion dangereuse et regrettable entre les missions et les compétences des différents acteurs de santé plutôt que de favoriser leur complémentarité.

MEDIATOR ET DROIT À L'INFORMATION

L'Ordre rappelle aux médecins ayant prescrit du Mediator qu'ils doivent transmettre une copie des prescriptions effectuées ou du dossier médical aux patients qui leur en feraient la demande, conformément à l'article L.1111-7 du code de la santé publique.

RETROUVEZ-NOUS SUR LE STAND DE L'ORDRE AUX ENTRETIENS DE BICHAT!

L'Ordre sera présent aux Entretiens de Bichat 2011, du 28 septembre au 1er octobre 2011, au Palais des Congrès de Paris. Le 30 septembre, le Dr Jean-Marie Faroudja, conseiller national, y animera un atelier consacré à la rédaction des certificats médicaux.

Point de vue

« L'épuisement professionnel est très difficile à diagnostiquer »

Dr Jean-Marie Colson,
trésorier du conseil national de l'Ordre des médecins, président de l'Association pour la promotion des soins aux soignants

Vous êtes intervenu lors d'un colloque national à Poitiers sur le suicide, à l'initiative du Pr Chavagnat. S'agit-il d'un phénomène important ?

Jean-Marie Colson: Selon des études réalisées par le conseil national de l'Ordre des médecins, en cours de réactualisation, près de 8 % des décès seraient dus à des suicides : un chiffre deux fois supérieur à celui de la population française. Ces suicides sont souvent dus à une forme d'épuisement professionnel, à cause de la surcharge de travail et de contraintes qui pèsent sur les médecins en poste, surtout dans les zones sensibles ou très rurales. La crise de la démographie médicale n'a rien arrangé.

Comment prévenir ces suicides ?

J.-M. Colson: C'est très difficile car le fameux « burn-out » se répand insidieusement. Les médecins salariés et hospitaliers peuvent être repérés par leurs services de médecine du travail. Mais pour les libéraux, il n'y a rien. Avec l'Association pour la promotion des soins aux soignants (APSS), cofondée par l'Ordre, nous recrutons des médecins chargés de la prévention et du suivi médical des soignants libéraux. Dans ma région, le Poitou-Charentes, 30 médecins sont volontaires ; ils vont suivre une formation de deux jours. C'est important car le médecin est un malade particulier, très éclairé, souvent dans le déni de soi, et avec une forte tendance à l'automédication. Avec le Dr Léopold, représentant la CARMF, nous voulons aussi mettre en place des réseaux de psychiatres et d'addictologues, au niveau régional. L'objectif, c'est de soigner le médecin malade, puis de l'aider à exercer à nouveau ou à se reconvertir, si besoin. L'autre volet de la prévention est social : nous prônons le regroupement des médecins pour éviter l'isolement et les coopérations entre soignants pour favoriser les délégations de tâches.

Quels sont vos projets ?

J.-M. Colson: Nous contactons les agences régionales de santé pour obtenir des lits réservés à la prise en charge des soignants en détresse. En attendant, déjà 5 établissements, dont un en Île-de-France, acceptent des hospitalisations. Concrètement, nous proposons aux soignants et soignés un « engagement thérapeutique » inspiré des « contrats thérapeutiques » étrangers. Des aides financières ont aussi été décidées pour inciter les soignants à ce type de prise en charge. Au total, notre démarche s'inscrit dans une véritable problématique de santé publique.

+ D'INFOS:

– votre conseil départemental de l'Ordre,

– l'Association d'aide professionnelle aux médecins libéraux (AAPML) a mis en place un n° vert, le 0 826 004 580, dédié aux médecins libéraux en détresse, basé sur le réseau Psya, psychologues, à l'écoute 24h/24,

– l'Association pour la promotion des soins aux soignants: www.apss.fr

Texte : **Éric Allermoz** Photos : **Julien Renard (reportage à Troyes)**

Champagne-Ardenne

La domomédecine prépare le terrain

L'Agence pour la recherche et l'innovation en Champagne-Ardenne (Carinna) et le conseil régional relèvent le défi de la domomédecine en lançant un projet pilote de grande ampleur, auprès de 10000 patients. Objectif : améliorer la prise en charge des personnes âgées fragiles, dans leur lieu de vie, en s'appuyant sur les technologies. Une première en France.

Comment favoriser maintien des personnes âgées à domicile, modernisation des soins, et diminution des frais liés à des hospitalisations évitables ? À cette question fondamentale dans une société où la durée de la vie s'allonge, la région Champagne-Ardenne et Carinna, l'Agence pour la recherche et l'innovation en Champagne-Ardenne, répondent par un nouveau programme qui associe services à la personne âgée et innovation technologique. Son nom : la domomédecine. « *Cette notion représente l'ensemble des actes et des soins dispensés au domicile du patient, de qualité identique à ceux dispensés à l'hôpital, dans un souci de maintien de l'autonomie. Elle intègre l'utilisation de multiples technologies d'information et de communication* », explique Cathelène Carrière, chargée de projets santé chez Carinna.

Des outils pour demain

Carinna entend désormais tester les pratiques de domomédecine auprès de 10000 patients vieillissants, handicapés ou atteints de pathologies chroniques (diabète, cancer, victimes d'accidents vasculaires cérébraux, etc.) de la région Champagne-Ardenne. « *Ce déploiement d'une démonstration pilote de grande envergure vise à dégager des solutions pertinentes qui pourront être étendues, si possible, au niveau national* », précise Cathelène Carrière. Une quarantaine d'acteurs de la santé (professionnels de santé, associations de patients, entreprises, chercheurs, collectivités locales) sont engagés au sein d'un consortium créé par Carinna en 2010. Leur objectif : mettre au point les outils de domomédecine de demain. Quelques exemples, parmi d'autres : pour le suivi de la fragilité, la Grip Ball, petite balle équipée de capteurs de pression communiquant sans fil, mesure la force de préhension palmaire, indicateur de dégradation musculaire globale. Ou encore le programme PréDICA, pour favoriser la prévention des chutes. Il permet d'évaluer la qualité de l'équilibre d'un patient à sa façon de monter, puis de se tenir sur un pèse-personne intelligent. Ces deux projets sont portés par l'université de technologie de Troyes et l'association Madopa[1]. Autre exemple : le système tout-en-un VIGIPHONE® (conçu par le groupe Axon'Cable) pour favoriser le maintien à domicile. Sa tablette numérique est dotée d'une caméra, qui permet aux patients d'entrer en contact permanent avec l'hôpital, et de différents systèmes de prévention (presser un bouton déclenchant l'ouverture d'un pilulier ou la mise en route d'un système de perfusion, etc.). Sans oublier les technologies de miniaturisation dans le diagnostic ou le suivi des paramètres biologiques ou physiologiques, de détection de mouvements ou de localisation, d'administration contrôlée de médicaments, etc.

Photo ci-contre
Ce PDA, développé par la société FOR AGE, permet le suivi des interventions des infirmières en soins à domicile.

Photo ci-dessus
Domocare, l'outil développé par AXON'CABLE pour aider les personnes âgées à rester au domicile, alliant domotique, suivi médical à distance et visioconférence.

Un rôle de prévention

Quels sont les atouts de ces nouveaux outils de soins pour le médecin généraliste ? « *Ils vont lui permettre de dépister au plus tôt d'éventuelles complications chez son patient, et de participer ainsi*

Photos ci-dessous et ci-contre : les outils développés par l'université de technologie de Troyes : la Grip Ball, indicateur de dégradation musculaire globale ou le programme PréDICA pour favoriser la prévention des chutes.

plus activement à la prévention de la santé », répond Cathelène Carrière. Quant au patient, il se soigne dans un environnement confortable et familier. La domomédecine diminue ainsi les coûts liés à des hospitalisations évitables. On le voit : quelles que soient les prouesses technologiques, la domomédecine n'entend pas remplacer l'hôpital, ni les professionnels de santé. Bien au contraire.

1. Maintien en autonomie à domicile des personnes âgées.

« L'approche technologique ne suffit pas »

Pr Jacques Duchêne,
président de l'association Madopa, chercheur à l'université de technologie de Troyes

témoignage

« Avec la domomédecine, nous souhaitons apporter au domicile du patient âgé un ensemble de moyens amenant la meilleure qualité de soins et de suivi possible, dans un environnement familier respectant également la qualité de vie et le souhait de sécurité des personnes, grâce à l'utilisation de technologies innovantes. L'humain, en l'occurrence le patient, ses aidants naturels et les professionnels de santé restent bien sûr au cœur du développement de la domomédecine. Ce projet doit permettre aux médecins d'analyser très tôt les informations fournies par les capteurs, de prescrire le traitement adapté, de détecter plus tôt d'éventuelles complications, et de faire de la prévention. Mais quelques freins subsistent aujourd'hui. La généralisation de la domomédecine passe par de nouvelles approches de prise en charge et de rémunération, un changement de l'organisation des soins et des pratiques des professionnels de santé, ou encore des réponses claires aux questions de responsabilité. C'est entre autres pour tenter de lever ces barrières que nous lançons un vaste programme auprès de 10000 patients. Car, sur le plan technologique, nous avons à peu près tout ce qu'il faut pour que demain la domomédecine soit à la portée de tous. »

+ D'INFOS SUR LES SITES : www.carinna.fr, www.madopa.fr

Propos recueillis par **Catherine Holué**

Partage de l'information médicale : place au débat national

Structures de soins coordonnées de premier recours, dossier médical personnel (DMP), télémédecine… Comment échanger les informations médicales d'un patient entre les différents professionnels qui le prennent en charge ?

L'article L.1110-4 du code de la santé publique, qui affirme le droit du patient au secret médical et régit le partage de l'information médicale[1], n'est plus adapté au développement des pratiques coopératives de soins. Parallèlement à l'adoption par le Parlement de la proposition de loi instituant la Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA), nouveau cadre juridique destiné à faciliter les regroupements de professionnels libéraux, un large groupe de travail a été mis en place au sein du ministère de la Santé pour réfléchir à l'évolution de cette réglementation. L'enjeu de cette réflexion : promouvoir les nouvelles pratiques médicales tout en respectant les droits des patients, à commencer par le secret médical ; harmoniser les pratiques en ville et à l'hôpital ; et créer un cadre de confiance tant pour les patients que pour les professionnels. Au cœur des discussions : la notion d'équipe de soins et les modalités de consentement du patient à l'informatisation et au partage de ses données personnelles.

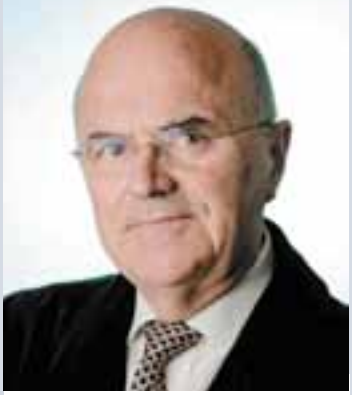
Activement impliqué dans les problématiques des nouvelles technologies de l'information et de la communication au sein de la médecine, le conseil national de l'Ordre des médecins demande la tenue rapide d'une conférence nationale de consensus sur ce sujet. Une démarche qui intervient après la publication de nombreux rapports et de trois livres blancs sur l'informatisation de la santé en 2008, la télémédecine en 2009 et la dématérialisation des documents médicaux en 2010.

1. Selon cet article, « *deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe* ».

Bon à savoir

PARTAGER L'INFORMATION EN STRUCTURE REGROUPÉE

L'Agence des systèmes d'information partagés de santé (Asip) finalise actuellement le cahier des charges des systèmes informatiques (SI) des maisons, pôles et centres de santé, après avoir soumis une première version à la consultation publique sur son site Internet (www.esante.gouv.fr). Le document initial identifie deux types de documents médicaux spécifiques à ces structures : une « vue de synthèse » et une « fiche de suivi par pathologie », destinés à être publiés dans le dossier médical personnel. Le modèle de SI pour les centres et maisons de santé comprend 50 fonctionnalités, parmi lesquelles « agenda programmation coordination », « dossier médical et de soins », « aide au pilotage », « facturation », etc.



Le Dr François Simon

est conseiller national pour la Région Bretagne, membre de la section Exercice professionnel du Cnom et médecin généraliste à Saint-Renan (Finistère). Il représente le conseil au sein du groupe de travail ministériel sur le partage de l'information médicale.

Yannick Le Guen

est sous-directeur du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins à la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), au sein du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé.

Nathalie Tellier

est chargée de mission Assurance maladie à l'Union nationale des associations familiales (Unaf) et membre du Collectif interassociatif sur la santé (Ciss). Elle est aussi membre du comité d'éthique de l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (Asip santé).

Pourquoi est-il nécessaire de faire évoluer l'article L.1110-4 du code de la santé publique, relatif au partage d'information entre les professionnels ?

Y. Le Guen: Les dispositions actuelles ne permettent pas aux professionnels exerçant hors établissement de santé de partager l'ensemble des informations concernant une personne prise en charge : un échange d'informations est possible, mais il implique un tri des informations strictement utiles à la continuité des soins et des délais supplémentaires éventuels. Dans les établissements de santé, l'ensemble des informations est partagé entre les membres de l'équipe de soins qui prend en charge le patient. Le groupe de travail constitué par le ministère de la Santé examine actuellement la possibilité de mettre en œuvre un dispositif unique, applicable quels que soient le lieu et le mode d'exercice des professionnels de santé.

Dr Simon: Ce texte doit évoluer, pour unifier l'accès des professionnels de santé aux informations nominatives des patients. En ville, les médecins peuvent échanger en communiquant les données pertinentes à la prise en charge du patient, avec le consentement du sujet dûment averti. Le partage d'informations entre médecins et paramédicaux est impossible, même en maison ou en centre de santé. À l'inverse, en établissement de santé, les données sont réputées confiées à l'ensemble de l'équipe de soins avec l'accord implicite du patient (régime de non-opposition). Ajouter à l'article de loi un alinéa propre aux structures regroupées ne réglerait pas la question, car la situation n'est pas plus claire pour les médecins exerçant en groupe, EHPAD, réseau de santé, maison médicale de garde, centre radiologique ou laboratoire… L'Ordre propose donc cette formulation unique : « *Lorsque la personne est prise en charge par deux ou plusieurs professionnels de santé, elle est dûment avertie que les informations la concernant pourront être, sauf opposition de sa part, partagées entre ceux des professionnels de santé qui participent à sa prise en charge, à la continuité et à la coordination des soins, dans la limite de ce qui est nécessaire à l'exercice de la mission de chacun.* »

En quoi cette évolution est-elle liée à celle de la notion d'équipe de soins ?

N. Tellier: Cette notion d'équipe de soins est centrale pour que la ville et l'hôpital parviennent enfin à communiquer, de même que les libéraux entre eux. Va-t-on la rendre applicable en ville au sein des maisons et des réseaux de santé, avec un dossier partagé auquel chaque professionnel accédera sauf opposition du patient, ou va-t-on rester dans l'individualisme, avec habilitation par le patient de chaque soignant accédant au dossier ?

Dr Simon: L'équipe de soins est définie de façon implicite dans la proposition du conseil national de l'Ordre : il s'agit des professionnels de santé qui participent effectivement à la prise en charge du patient, à la ■■■

Partage de l'information médicale : place au débat national

Avec la participation de…

Le Dr François Simon est conseiller national pour la Région Bretagne, membre de la section Exercice professionnel du Cnom et médecin généraliste à Saint-Renan (Finistère).
Yannick Le Guen est sous-directeur du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins à la Direction générale de l'offre de soins (DGOS).
Nathalie Tellier est chargée de mission Assurance maladie à l'Union nationale des associations familiales (Unaf) et membre du Collectif interassociatif sur la santé (Ciss).

…
continuité et à la coordination des soins. La complexité réside dans la définition de son périmètre : dans les maisons de santé, un patient pourra être pris en charge par un médecin de la structure et, par exemple, une infirmière exerçant en dehors.
Y. Le Guen: Le recours à la notion d'équipe de soins est une des solutions en cours d'étude. Elle renvoie à la pratique d'un exercice coordonné des soins, lequel constitue la plus-value des maisons ou des pôles de santé. Or la coordination des soins ne peut être effective qu'à travers un partage possible des informations. L'Asip santé élabore en ce moment un cahier des charges afin de définir un système d'information cible adapté à ces structures, permettant d'améliorer l'offre logicielle avec des produits adaptés à l'exercice pluriprofessionnel. Nous travaillons parallèlement à l'adaptation du dispositif législatif.

Le « secret médical » va-t-il évoluer vers un « secret professionnel » ?

Dr Simon: La prise en charge d'un patient devient de plus en plus souvent pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle, les données recueillies ne sont pas exclusivement médicales et ne sont pas forcément utiles à tous les professionnels. Un patient peut très bien vouloir confier à une infirmière ou à un masseur-kinésithérapeute certaines informations, qu'il refusera de voir communiquées au médecin.
N. Tellier: Le secret n'est désormais plus réservé au médecin, il concerne l'ensemble des professionnels de santé entourant le malade. Ce qui implique un certain nombre de précautions. L'information préalable du patient et le respect de son droit d'opposition vis-à-vis de chaque professionnel sont fondamentaux. La traçabilité de l'accès au dossier médical informatisé l'est aussi : le soignant doit s'authentifier avec sa carte de professionnel de santé (CPS 3), ce qui permet de savoir qui a accédé au dossier, quand et pourquoi. Rappelons enfin que l'article L.1110-4 punit d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende le fait d'accéder aux données médicales d'un patient sans en avoir le droit.

Le Cnom et le Ciss demandent un débat public sur la protection des données personnelles de santé et la notion de consentement valable.

Y. Le Guen: La réflexion du groupe de travail vient de débuter : aujourd'hui, la tâche de ses membres est d'essayer de progresser vers l'objectif fixé. Il sera sans doute intéressant, lorsque les travaux seront suffisamment avancés, d'examiner dans quelle mesure une concertation encore élargie pourrait enrichir la réflexion.
Dr Simon: Il existe une grande convergence entre les positions des usagers et celles de l'Ordre des médecins en ce qui concerne la protection des données personnelles de santé. Ce sujet du partage de l'information mérite en effet d'être débattu, et le Cnom demande l'organisation d'une conférence nationale de consensus sous l'égide du ministère de la Santé. Une question persiste notamment sur la procédure de consentement, qui peut se faire de deux façons : consentement exprès, c'est-à-dire recueilli par signature, éventuellement électronique, ou droit d'opposition du patient dûment informé. Dans les deux cas, l'information claire reste primordiale.
N. Tellier: Le Ciss espère ce grand débat public pour la rentrée, assorti d'un important effort d'information des patients sur leurs droits. Faute de quoi, ils n'auront pas forcément entièrement confiance dans la capacité des professionnels à protéger leurs données de santé.

CAHIER JURISPRATIQUE

n° 18 sommaire :

↘**SÉCURITÉ SANITAIRE** Mise en garde relative à la prescription du bilan biologique de « protéomique » I 13
↘**PARCOURS DE SOINS** Refus de soins à des patients bénéficiaires de la CMU complémentaire I 14
↘**SIGNALEMENT** Maltraitance : signalement obligatoire pour tous les mineurs de moins de 18 ans I 15
↘**URGENCES** La réserve sanitaire : engagez-vous ! I 16
↘**JURIDIQUE** Activités privées effectuées par les médecins hospitaliers simultanément ou postérieurement à leur activité publique I 17

Mise en garde relative à la prescription du bilan biologique de « protéomique »

..... Le conseil national de l'Ordre des médecins met en garde les médecins qui prescrivent des bilans protéomiques.

Une inspection récente de l'Agence française pour la sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) portant sur les activités de la société CEIA (Centre européen d'informatique et d'automation) a révélé que 750 médecins français seraient impliqués dans la prescription de bilans protéomiques.
Le conseil national de l'Ordre tient à rappeler que ce bilan a été sévèrement critiqué par l'Académie de médecine. Dans un avis du 16 décembre 1986, celle-ci a souligné que ce bilan était « *critiquable par le choix arbitraire et injustifiable des paramètres demandés sans rapport avec le cas pathologique à explorer et le nombre trop élevé des mesures inutiles* ». L'Académie jugeait inacceptable qu'à partir de tels bilans une thérapeutique puisse être proposée sans référence au diagnostic clinique. Elle mettait en garde les médecins contre l'apparence scientifique donnée à un diagnostic obtenu sans référence clinique à l'état du malade, d'où pourraient découler des prescriptions souvent inadaptées et donc injustifiées.
Les médecins doivent dispenser leurs soins conformément au code de déontologie médicale, et en particulier à ses articles 8, 32 et 39. Ceux qui prescriraient ce bilan protéomique pourraient donc avoir à en répondre devant la juridiction disciplinaire.

Refus de soins à des patients bénéficiaires de la CMU complémentaire

..... Refuser de soigner les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est contraire à la déontologie médicale et à la loi. Explications.

1/ Pour rappel : la couverture maladie universelle (CMU)

Créée en 1999, la CMU comprend deux volets. La CMU de base élargit l'Assurance maladie obligatoire à tous ceux qui n'étaient pas couverts auparavant. Second volet : la CMU complémentaire (CMU-C) constitue une couverture complémentaire gratuite pour les plus démunis. La CMU-C donne accès à l'ensemble de l'offre de soins, publique et privée, avec application du tiers payant intégral (le patient n'a pas à faire l'avance de frais). Elle est accordée pour un an sous conditions de ressources (7 611 euros pour une personne seule par exemple). En 2009 (derniers chiffres disponibles), un peu plus de 4,2 millions de personnes en bénéficiaient, pour un coût annuel moyen d'environ 400 euros par bénéficiaire (Source : fonds CMU).

2/ Les honoraires des médecins dans le cadre de la CMU-C

Concernant le secteur ambulatoire comme le secteur hospitalier, les praticiens doivent appliquer le tarif conventionnel. Depuis 1980, certains médecins sont autorisés à appliquer un dépassement d'honoraires dès lors qu'ils sont installés en secteur 2, dit à honoraires libres. Les praticiens conventionnés en secteur 2 ne peuvent pas demander de dépassement aux patients bénéficiant de la CMU-C, sauf en cas d'exigence particulière de ces derniers. Ils doivent également appliquer le tiers payant intégral, et l'Assurance maladie leur verse directement le montant de leurs honoraires au tarif opposable (base de remboursement de l'Assurance maladie).

3/ Refus de soins et discrimination

Selon l'article 225-1 du code pénal, « *constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes physiques à raison de leur origine, de leur sexe, de leur situation de famille, de leur état de santé, de leur handicap, de leurs mœurs, de leurs opinions politiques, de leurs activités syndicales, de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée* ». L'article 7 du code de déontologie (article R.4127-7 du code de la santé publique) précise quant à lui que « *le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard* ». Concrètement, en droit, le seul fait que le patient soit bénéficiaire de la CMU et de la CMU-C ne constitue pas une raison valable pour refuser de soigner. Il s'agit donc d'une discrimination qui peut être sanctionnée.

4/ Sanction(s) possible(s)

Si la discrimination est reconnue par un tribunal, le médecin encourt des sanctions assez lourdes (article 225-2 du code pénal) : deux ans d'emprisonnement et 30 000 euros d'amende lorsque la discrimination consiste à refuser la fourniture d'un bien ou d'un service. Par ailleurs, sur le plan disciplinaire, le médecin peut être poursuivi par un patient bénéficiaire de la CMU-C ou une caisse primaire d'Assurance maladie. Il risque alors, en fonction de la gravité des faits : un avertissement, un blâme, une interdiction temporaire d'exercer voire une radiation du Tableau de l'Ordre.

LA MÉTHODE DU « TESTING »

En cas de plainte pour refus de soins d'un bénéficiaire de la CMU, le conseil national de l'Ordre des médecins estime que la méthode du « testing », souvent téléphonique, est recevable pour prouver le refus de soins. Cependant, l'Ordre estime que pour être valide elle doit être élaborée par un organisme indépendant, en partenariat avec les professionnels de santé (dont l'Ordre), et faire l'objet d'une analyse objective, rigoureuse, impartiale et indépendante.

Maltraitance : signalement obligatoire pour tous les mineurs de moins de 18 ans

..... Depuis la loi du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance, le signalement obligatoire des sévices et de la maltraitance concerne le mineur jusqu'à 18 ans et non plus 15 ans comme auparavant.

Selon certaines estimations[1], près de 100000 enfants seraient en danger en France. Les services sociaux estiment que 10 % seulement des cas font l'objet d'un signalement. 700 à 800 enfants décèdent des conséquences de la maltraitance. Est considérée comme maltraitance toute violence physique, psychique, toute atteinte sexuelle, toute cruauté mentale, toute négligence lourde ayant des conséquences préjudiciables sur l'état de santé et, pour un enfant, sur son développement physique et psychique.

1/ Le signalement est obligatoire pour les mineurs de moins de 18 ans

Depuis la loi du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance, le médecin a l'obligation de signaler les sévices subis par ses patients mineurs de moins de 18 ans, et non plus de moins de 15 ans comme c'était le cas auparavant. L'accord du mineur n'est pas nécessaire. Le signalement doit être adressé par le médecin au procureur de la République, à son substitut au tribunal de grande instance du lieu de résidence habituel du mineur. Les commissariats de police et brigades de gendarmerie disposent de la liste des magistrats de permanence et de leurs coordonnées téléphoniques. Le magistrat saisi devra apprécier l'opportunité d'une enquête complémentaire, confiée à un service de police ou de gendarmerie, et de la poursuite du ou des présumé(s) auteur(s) de violence. En urgence, le magistrat peut intervenir pour prendre toute mesure conservatoire, et notamment le « placement » du mineur.

2/ Une dérogation au secret médical

Lorsqu'un médecin suspecte des sévices ou mauvais traitements, l'absence d'intervention de sa part est répréhensible. L'article 226-14 du code pénal prévoit une dérogation légale au secret médical. Par ailleurs, le médecin n'encourt aucune sanction disciplinaire si le signalement a été fait dans les conditions prévues (lire ci-dessous). Enfin, la crainte d'une poursuite ultérieure pour dénonciation calomnieuse ne doit pas faire hésiter un médecin : celle-ci implique, conformément à l'article 226-10 du code pénal, que la personne dénonçant les faits ait conscience du caractère mensonger des éléments dénoncés. L'évaluation de la situation de la victime, partie intégrante du signalement, est suffisante pour démontrer la bonne foi du médecin.

3/ Conseils pour le signalement

Le signalement ne doit jamais être remis à un tiers, fût-il parent de la victime. Il peut être fait par tout moyen, y compris par appel téléphonique (dans ce cas, la trace de l'interlocuteur et la date de l'appel doivent être conservées) auprès de la Justice. En pratique, il est recommandé d'effectuer le signalement sous forme d'un document écrit, éventuellement faxé, et d'en garder un double. Selon le code pénal, le médecin n'est tenu que de signaler les faits constatés. Le code n'autorise pas la dénonciation de l'auteur. Après avoir rapporté aussi fidèlement que possible (en les citant entre guillemets) les paroles de l'enfant recueillies au cours de l'entretien et décrit les signes relevés à l'examen clinique, le médecin peut faire état de sa conviction, de son sentiment ou de ses soupçons que l'enfant est « victime » ou « très probablement victime » de sévices.

1. ODAS (Observatoire national de l'action sociale décentralisée).

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

- Un modèle de signalement est disponible sur www.conseil-national.medecin.fr/article/signalement-type-en-cas-de-maltraitance-16

La réserve sanitaire : engagez-vous !

La réserve sanitaire permet aux professionnels, anciens professionnels et étudiants du secteur de la santé de participer à des missions ponctuelles afin de répondre aux situations de catastrophe, d'urgence ou de menace sanitaire grave. Vous pourrez, après avoir donné votre accord et éventuellement celui de votre employeur, participer à des missions de courte durée pendant lesquelles vous mettrez vos compétences et votre expérience à contribution.

1/ Un dispositif citoyen

L'engagement dans la réserve sanitaire est volontaire et citoyen. Il prend la forme d'un contrat de 3 ans passé entre le volontaire et l'Eprus (Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires). Tous les professionnels de santé peuvent s'engager dans la réserve sanitaire, de l'étudiant du secteur santé au retraité du secteur médico-social (depuis moins de 3 ans). La variété des crises sanitaires est telle qu'elle justifie l'implication de tous les métiers de la santé.

2/ Ses différentes missions

Il existe deux types de réserve : la réserve d'intervention et la réserve de renfort.

• **La réserve d'intervention** est mobilisable dans des délais très courts. Elle est constituée de professionnels qui reçoivent une formation adaptée pour faire face à des situations sanitaires graves ou dégradées et évoluer sur les théâtres de catastrophes. Lors de crises sanitaires graves, elle renforce l'offre de soins sur le territoire national, mais elle peut aussi, à la demande du ministère des Affaires étrangères et européennes, intervenir à l'étranger (Côte d'Ivoire et Maroc, avril 2011 ; Libye, février 2011). Lors de situations sanitaires dégradées, la réserve d'intervention appuie de façon ponctuelle l'offre de soins locale ou fait face à un besoin conjoncturel, dans un domaine spécifique lié à un risque sanitaire particulier (ex : renforcement des contrôles sanitaires aux points d'entrées du territoire dans le cadre du règlement sanitaire international).

• **Les volontaires de la réserve d'intervention** peuvent entrer dans la réserve de renfort. Mais son originalité est de s'ouvrir, en plus, aux étudiants du secteur de la santé. La réserve de renfort est déployée dans deux cas de figure :
- en complément de la réserve d'intervention dans le cadre de tensions persistantes de l'offre de soins,
- en cas de crise sanitaire de grande ampleur (la canicule de 2003 ou la crise liée à la grippe A H1N1).
Les conditions d'intervention sont prévues par les volets sanitaires des plans de gestion de crise.

3/ Le recrutement

La réserve sanitaire permet aux volontaires actifs de disposer d'un cadre juridique et économique qui leur garantit un statut, une couverture assurantielle et une formation spécifique. Chaque postulant doit adresser sa candidature au préfet du département de résidence puis à l'Eprus. Un courrier accusant réception de la candidature sera adressé en retour, avec copie au préfet. Le candidat pourra alors remplir une fiche de renseignements et faire parvenir à l'Eprus l'ensemble des documents administratifs nécessaires. Le volontaire sera inscrit définitivement dans la réserve sanitaire une fois le contrat d'engagement et la convention « Réserviste, Employeur, Eprus » signés. La convention est conclue pour une durée de 3 ans renouvelable et peut être résiliée par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée avec AR avec un préavis d'un mois. Elle devient caduque de plein droit en cas de résiliation du contrat d'engagement à servir dans la réserve.

+ D'INFOS :

Pour rejoindre la réserve sanitaire : www.eprus.fr

Activités privées effectuées par les médecins hospitaliers

simultanément ou postérieurement à leur activité publique

La loi 2009-879 du 21 juillet 2009, dite loi HPST, a modifié les conditions dans lesquelles les médecins hospitaliers peuvent exercer une activité privée. Nous analysons, dans cet article, les trois situations pour lesquelles la section Exercice professionnel du conseil national de l'Ordre est le plus fréquemment sollicitée.

1/ Le cumul d'activités des médecins hospitaliers, titulaires ou contractuels, employés à temps plein

Qu'il s'agisse d'activités accessoires ou de création d'entreprise, le cumul d'activités ne doit pas porter atteinte « *à la dignité des fonctions publiques exercées par l'agent ou risquer de compromettre ou de mettre en cause le fonctionnement normal, l'indépendance ou la neutralité du service dans lequel il est employé* ». L'administration appréciera également la compatibilité du cumul d'activités envisagé au regard des obligations de service qui s'imposent à l'intéressé.

DEUX ACTIVITÉS NE RELÈVENT PAS DU CHAMP DE LA LOI SUR LE CUMUL:
Il s'agit des activités bénévoles et de l'activité libérale au sein de l'hôpital, qui est soumise à des règles particulières que la loi HPST n'a pas modifiées (article 23-VI de la loi nº 2007-148 du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique).

DEUX ACTIVITÉS SONT TOUJOURS INTERDITES
(article 25-I de la loi nº 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires):
• la participation aux organes de direction de sociétés ou d'associations à gestion non désintéressée;
• la prise d'intérêts, par eux-mêmes ou par personne interposée, dans une entreprise soumise au contrôle de l'administration à laquelle ils appartiennent ou en relation avec cette dernière.
Dans ces deux cas, l'interdiction est générale même si l'agent public exerce une activité bénévole dans ces organismes (article 4 du décret nº 2007-658 du 2 mai 2007 modifié).

LES ACTIVITÉS AUTORISÉES
A. Les activités accessoires
(articles 2 et 3 du décret nº 2007-658 précité.)
• expertises ou consultations auprès d'une entreprise ou d'un organisme privé;
• enseignement ou formation;
• activités d'intérêt général auprès d'une personne publique ou d'une personne privée à but non lucratif;
• missions d'intérêt public de coopération internationale ou auprès d'organismes d'intérêt général à caractère international ou d'un État étranger.
Ces activités accessoires sont soumises à une autorisation qui doit être demandée au directeur de l'hôpital
(article 4 du décret nº 2007-658 précité).
Le médecin hospitalier adressera une lettre recommandée avec accusé de réception ou une lettre contre décharge à l'administration hospitalière. Il y joindra des précisions sur l'activité envisagée (pour un modèle, *cf.* la circulaire ministérielle du 11 mars 2008). Cette demande devra être présentée dans des délais raisonnables avant le début de l'activité envisagée, et par hypothèse au moins un mois avant. En l'absence de décision expresse contraire dans le délai d'un mois, l'intéressé est réputé autorisé à exercer l'activité accessoire.

Un récent décret nº 2011-82 du 20 janvier 2011 relatif au cumul d'activités met fin à une période d'incertitude: l'activité accessoire ne peut être exercée qu'en dehors des heures de services de l'intéressé (article 5).

Activités privées effectuées par les médecins hospitaliers simultanément ou postérieurement à leur activité publique…

Cette précision, dont on comprend le sens, peut néanmoins faire difficulté en pratique lorsque le médecin hospitalier participera pour le compte d'un organisme privé à une recherche clinique auprès de patients hospitalisés. Une clarification rédactionnelle de la réglementation s'impose donc. Par ailleurs, ce décret donne à nouveau une base juridique aux expertises judiciaires et administratives accomplies par les agents publics et met fin aux inquiétudes suscitées par la rédaction initiale du décret nº 2007-658 du 2 mai 2007.

Il y a lieu également de rappeler que la nouvelle réglementation ne modifie en rien les possibilités pour les praticiens hospitaliers à temps plein de consacrer deux demi-journées par semaine à des activités d'intérêt général, intérieures ou extérieures à leur établissement d'affectation, après accord du directeur de l'établissement.

Enfin, ce régime d'autorisation doit s'articuler avec les règles spécifiques posées à l'article L.4113-6 du code de la santé publique, relatif à la régulation des relations entre le médecin et l'industrie de la santé. En pratique, les contrats conclus entre médecins hospitaliers et industriels – soumis à l'avis de l'Ordre sur le plan déontologique – devront mentionner la nécessité d'une autorisation, sans laquelle ils ne pourront être mis en œuvre.

UN RECOURS DE L'ORDRE

Le conseil national de l'Ordre des médecins a combattu, pendant la discussion parlementaire, les dispositions de cette loi et introduit un recours devant le Conseil d'État contre son décret d'application, qui crée des contraintes que les médecins ne connaissaient pas lorsqu'ils ont choisi d'exercer à l'hôpital et qui entravent leur liberté d'entreprendre sur des critères de concurrence sans lien avec l'intérêt des patients. Elles peuvent aussi décourager les médecins d'entreprendre une carrière hospitalière.
Ces nouvelles contraintes vont, en outre, à l'encontre du discours des pouvoirs publics sur les coopérations entre secteur public et secteur privé, à moins de considérer qu'il s'agit de coopérations à sens unique. Parallèlement à cette interdiction, la réglementation a, en effet, élargi les possibilités offertes aux médecins libéraux d'avoir une activité à l'hôpital public.

On doit souligner que l'Administration a décidé en mai 2011 de ne pas mettre en œuvre pour l'instant le régime d'autorisation pour les activités d'expertise, et demande à l'IGAS « *de définir le régime le plus adapté* » pour les expertises demandées par les autorités publiques et judiciaires.

B. La création et la reprise d'entreprise (article 87 de la loi nº 93-122 du 29 juillet 1993 modifiée relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques, et article 13 du décret nº 2007-658 précité.)

La loi a admis qu'un agent public puisse créer ou reprendre une entreprise concomitamment à son emploi public quel que soit son objet. Cette dérogation à l'emploi du cumul, valable deux ans et renouvelable une seule fois, est soumise à un avis émis par la Commission de déontologie de la fonction publique. Sa saisine par l'Administration est obligatoire. La commission est particulièrement attentive aux situations où l'agent exerce les mêmes activités ou des activités proches dans le même ressort géographique. Elle a ainsi donné un avis de non-compatibilité sur la création d'une société d'ambulances par un conducteur ambulancier exerçant dans un hôpital distant de 27 km. Mais elle a admis la compatibilité entre la création d'un cabinet libéral de sages-femmes orienté dans le suivi des patientes à leur domicile et les fonctions concomitantes dans une maternité distante de 22 km: « *la loi organise, en effet, des réseaux de soins autour des hôpitaux publics,*

il peut être utile de prévoir la complémentarité des interventions, voire la continuité des soins et conseils prodigués » (avis nº 08-174 du 14 février 2009).

La notion de suivi a également été retenue dans un avis de compatibilité rendu à propos de la création d'un cabinet libéral de psychologue par des professionnels exerçant les mêmes fonctions dans un service hospitalier d'onco-hématologie et d'hémato-pédiatrie (avis nº 10-56 du 17 mars 2010). Enfin, et assez curieusement, une activité de pharmaco-épidémiologiste dans un laboratoire pharmaceutique a été vue comme compatible avec une activité précédente au sein de la direction de l'évaluation des médicaments de l'Afssaps (avis du 8 octobre 2008).

2/ La mise en disponibilité des praticiens hospitaliers à temps plein

La disponibilité (pour convenance personnelle) est la position administrative d'un agent qui quitte temporairement, à sa demande, son emploi public et a vocation à le retrouver à l'issue de la disponibilité.
Jusqu'à présent, la mise en disponibilité était régie par l'article 6152-67 du code de la santé publique, qui a été abrogé par le décret nº 2010-1141 du 29 septembre 2010 relatif aux personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques hospitaliers. Les praticiens hospitaliers sont donc désormais soumis à un certain nombre de règles applicables à tous les agents publics. Parmi elles figure l'article 87 de la loi nº 93-122 du 29 janvier 1993 relative et à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques. Cette disposition prévoit des règles particulières pour les agents publics qui cessent leurs fonctions, notamment lorsqu'ils demandent une mise en disponibilité pour convenance personnelle. Elles sont applicables même si le praticien n'entreprend pas sa nouvelle activité dans les suites immédiates de sa mise en disponibilité.

- **L'agent public doit préalablement informer son administration de l'activité envisagée.**
- **La saisine de la Commission de déontologie de la fonction publique est en revanche facultative.** Cette commission, placée auprès du Premier ministre, est chargée d'apprécier la compatibilité de toute activité lucrative, salariée ou non, dans une entreprise ou un organisme privé ou de toute activité libérale avec les fonctions effectivement exercées au cours des trois années précédant le début de cette activité, par tout agent cessant ses fonctions de façon temporaire ou définitive. La commission examinera si l'activité envisagée porte atteinte à la dignité des fonctions précédemment exercées ou risque de mettre en cause le fonctionnement normal, l'indépendance ou la neutralité du service. L'absence d'avis de la commission à l'expiration d'un délai d'un mois à compter de sa saisine vaut avis favorable (article 13 du décret nº 2007-611 du 26 avril 2007 relatif à l'exercice d'activités privées par des fonctionnaires ou agents non titulaires ayant cessé temporairement ou définitivement leurs fonctions et à la Commission de déontologie). Lorsque la Commission de déontologie émet un avis d'incompatibilité, l'Administration est tenue de le suivre. Elle reste libre de sa décision en cas d'avis de compatibilité. Dans les deux cas, l'Administration est tenue de communiquer l'avis de la commission à l'agent.

3/ La démission des praticiens hospitaliers à temps plein

Selon l'article L.6152-5-1 du code de la santé publique, issu de la loi HPST du 21 juillet 2009, « *dans un délai de deux ans suivant leur démission, il peut être interdit aux praticiens hospitaliers ayant exercé plus de cinq ans à titre permanent dans le même établissement d'ouvrir un cabinet privé ou d'exercer une activité rémunérée dans*

Activités privées effectuées par les médecins hospitaliers simultanément ou postérieurement à leur activité publique…

un établissement de santé privé à but lucratif, un laboratoire privé d'analyses de biologie médicale ou une officine de pharmacie où ils puissent rentrer en concurrence directe avec l'établissement public dont ils sont démissionnaires. Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire ». Le décret d'application de la loi est paru au *Journal officiel* le 30 septembre 2010 (décret n° 2010-1141 du 29 septembre 2010 relatif aux personnels médicaux pharmaceutiques et odontologiques hospitaliers). L'article 9 de ce décret, codifié à l'article R.6152-97 du code de la santé publique, prévoit: « *Les praticiens hospitaliers peuvent présenter leur démission au directeur général du Centre national de gestion, en respectant un délai de préavis de trois mois. Dans un délai de trente jours à compter de la réception de la demande du praticien, le directeur général du Centre national de gestion notifie sa décision au praticien. Il peut demander au praticien démissionnaire d'assurer ses fonctions pendant la durée nécessaire à son remplacement sans que cette durée puisse excéder six mois à compter de la date de réception par le Centre national de gestion de la demande du praticien. Si le directeur général du Centre national de gestion ne s'est pas prononcé dans le délai de trente jours à compter de la réception de la lettre de démission, la démission est réputée acceptée.* » On ne comprend pas l'articulation entre un préavis de trois mois et la possibilité par l'administration de maintenir le praticien hospitalier à son poste pendant six mois à compter de la réception de la demande!

Lorsque le praticien démissionnaire prévoit d'exercer une activité salariée ou à titre libéral, lui sont applicables les dispositions de l'article 87 de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 précité, et plus particulièrement l'intervention de la Commission nationale de déontologie de la fonction publique.

Ces dispositions sont entrées en application dès le 1er octobre 2010, et la presse s'est fait l'écho d'une première décision par laquelle l'Administration a refusé au praticien démissionnaire la possibilité d'exercer l'activité qu'il avait envisagée. L'avis rendu par la Commission de déontologie n'a pas été rendu public. La FHF en a publié des extraits, d'où il ressort que le médecin envisageait d'intégrer un établissement privé situé dans la même commune que l'hôpital public. La commission a émis un avis négatif pour une telle activité dans les trois années suivant la démission, au regard des risques que sa demande ferait peser sur le fonctionnement normal du service. Précisons que le demandeur était le seul chirurgien de la spécialité au sein de l'hôpital.

Les modalités de saisine et de décision de la commission sont exactement les mêmes que pour la mise en disponibilité pour convenance personnelle. Un praticien a récemment saisi avec succès le tribunal administratif en référé contre la décision lui interdisant de se réinstaller.

LES RÉFÉRENCES

- **Loi n° 83-634** du 13 juillet 1983 [1] portant droits et obligations des fonctionnaires, et plus particulièrement son article 25.
- **Loi n° 93-122** du 29 janvier 1993 [2] relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques, et notamment son article 87.
- **Décret n° 2007-611** du 26 avril 2007 relatif à l'exercice d'activités privées par des fonctionnaires titulaires ayant cessé temporairement ou définitivement leurs fonctions et à la Commission déontologique.
- **Décret n° 2007-658** du 2 mai 2007, modifié par le décret n°2011-82 du 20 janvier 2011 [3], relatif au cumul d'activités des fonctionnaires.
- **Circulaire n° 2157** du 11 mars 2008 relative au cumul d'activités.
- **Circulaire** du 31 octobre 2007 portant application de la **loi n° 93-122** du 29 juillet 1993.

↘ **Francisco Jornet, conseiller juridique**

Une charte européenne d'éthique médicale

Adoptée à Kos, le 10 juin 2011, par le Conseil européen des ordres des médecins (Ceom), cette charte comprend les principes sur lesquels se fondent les médecins dans leur pratique, quel que soit leur mode d'exercice.

PRINCIPE 1 : Le médecin défend la santé physique et mentale de l'homme. Il soulage la souffrance dans le respect de la vie et de la dignité de la personne humaine sans aucune discrimination, de quelque nature qu'elle soit, en temps de paix comme en temps de guerre.

PRINCIPE 2 : Le médecin s'engage à donner la priorité aux intérêts de santé du malade.

PRINCIPE 3 : Le médecin donne au malade, sans aucune discrimination, les soins indispensables les plus appropriés.

PRINCIPE 4 : Le médecin tient compte du cadre de vie et de travail du patient comme éléments déterminants de sa santé.

PRINCIPE 5 : Le médecin est le confident nécessaire du patient. Il trahit sa confiance en révélant ce qu'il a appris de lui.

PRINCIPE 6 : Le médecin utilise ses connaissances professionnelles pour améliorer ou maintenir la santé de ceux qui se confient à lui, à leur demande ; en aucun cas il ne peut agir à leur détriment.

PRINCIPE 7 : Le médecin fait appel à toutes les ressources des sciences médicales pour les appliquer d'une manière adéquate à son patient.

PRINCIPE 8 : Dans le respect de l'autonomie de la personne, le médecin agit selon le principe d'efficacité du traitement en prenant en considération l'utilisation équitable des ressources.

PRINCIPE 9 : La protection de la santé s'accompagne de la recherche constante du maintien de l'intégrité de la personne.

PRINCIPE 10 : Le médecin n'admet pas des actes de torture ou autre forme de traitements cruels, inhumains ou dégradants quels que soient les arguments, et ce, dans toutes les situations y compris en cas de conflit civil ou militaire. Il n'y assiste jamais, ni n'y participe.

PRINCIPE 11 : Le médecin, qu'il intervienne comme simple praticien auprès d'un malade, comme expert ou comme membre d'une institution, veille à la plus grande transparence sur ce qui apparaîtrait comme un conflit d'intérêt et agit en toute indépendance morale et technique.

PRINCIPE 12 : Si les conditions morales et techniques ne permettent pas au médecin d'agir en toute indépendance, le médecin en informe le malade. Le droit aux soins du patient doit être garanti.

PRINCIPE 13 : Lorsqu'un médecin décide de participer à un refus collectif organisé de soins, il n'est pas dispensé de ses obligations éthiques vis-à-vis des malades à qui il garantit les soins urgents et ceux nécessaires aux malades en traitement.

PRINCIPE 14 : Le médecin n'a pas à satisfaire des demandes de soins qu'il n'approuve pas. Cependant, l'exercice de la médecine implique le respect de la vie, de l'autonomie morale et du libre choix du patient.

PRINCIPE 15 : Le médecin exerce sa profession envers lui-même et autrui, avec conscience, dignité et indépendance.

POINT DE VUE de l'Ordre

Dr Francis Montané,
délégué aux Affaires européennes et internationales du Cnom et secrétaire général du CEOM

« Au-delà du symbole »

« Cette charte a été adoptée en Grèce, à Kos, patrie d'Hippocrate. Pour marquer ce symbole, le Conseil européen des ordres des médecins a rendu hommage au père de la médecine, grâce à un cérémonial organisé sur l'Asclépiéion de Kos, l'un des temples de guérison de la Grèce ancienne, où Hippocrate aurait appris et enseigné la médecine. Après avoir descendu un escalier monumental, au son des flûtes et au rythme des tambours, un jeune médecin grec, entouré de jeunes filles vêtues de blanc à l'antique, a prononcé, en grec, le serment d'Hippocrate. Puis, le président de l'Ordre des médecins grecs, le Dr Kalokerinos, a répété ce serment, tandis qu'un représentant de chaque délégation européenne prononçait un principe de la nouvelle charte, dans sa langue maternelle. C'est un moment que nous avons tous vécu avec une intense émotion ».

Pour plus d'informations : www.ceom-ecmo.eu

Texte : **Nathalie Da Cruz**

Prisons : menace sur le secret médical

Selon un décret paru fin 2010, le personnel soignant des prisons doit être représenté aux commissions pluridisciplinaires uniques, au cours desquelles on peut lui demander des informations sur les détenus. Cette nouvelle menace, qui pèse sur le respect du secret médical en prison, ravive les inquiétudes…

> « Il faut des crédits pour assurer un nombre suffisant de médecins – en particulier en psychiatrie, où le problème est le plus criant… »

C'est depuis la loi du 18 janvier 1994 que l'hôpital est entré dans les prisons, avec la création des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) et des services médico-psychologiques régionaux (lire l'encadré « Bon à savoir »). Rattachées à un établissement hospitalier, ces structures ne sont pas subordonnées à l'administration pénitentiaire… Un état de fait qui a du mal à entrer dans les pratiques professionnelles, des tensions récurrentes entre les deux corps de métier. Les enjeux des conflits ? Le personnel pénitentiaire – directeur d'établissement, chef de détention, surveillants – est souvent à l'affût d'informations sur la santé des détenus, notamment sur d'éventuels troubles psychiatriques, en vue de prévenir tout risque d'agression ou de suicide… Comme l'a rappelé l'article 45 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, seul un danger avéré ou un accident permettent de contourner le secret médical. Mais selon le corps médical, celui-ci est régulièrement mis à mal entre les murs des établissements… Le décret du 23 décembre 2010 est venu mettre le feu aux poudres : il institue les commissions pluridisciplinaires

© Thinkstock

POINT DE VUE de l'Ordre

« Ne pas se soumettre aux exigences de la détention »

Dr Piernick Cressard, président de la section Éthique et Déontologie du conseil national de l'Ordre des médecins.

« Les médecins sont soumis au code de déontologie. En cas de non-respect du secret médical, des détenus peuvent les traduire devant les chambres disciplinaires : il y a déjà eu des précédents. Par ailleurs, contourner le secret médical brise la relation de confiance entre le patient détenu et le médecin. Pour les praticiens, les détenus sont des patients comme les autres. L'article 7 du code de déontologie indique bien que *« le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes »* quelles qu'elles soient. Par conséquent, les patients, détenus ou non, ont droit au respect du secret médical et bénéficient des droits que leur confère la loi du 4 mars 2002 : droit de désigner une personne de confiance, droit de refuser des soins… L'UCSA, c'est le milieu médical hébergé dans la prison. Le directeur de l'établissement pénitentiaire est censé assurer sécurité, usage et bon fonctionnement des locaux. Mais il n'a pas d'autorité sur les soignants. Ceux-ci sont sous la tutelle du chef de pôle de l'hôpital. Certes, les prisons hébergent nombre de personnes confrontées à d'importants problèmes médico-sociaux, ce qui rend nécessaire l'échange d'informations entre le milieu médical et la détention, pour préserver la sécurité sanitaire du détenu et de son environnement (surveillants, autres détenus). Tout le litige que nous avons avec la Chancellerie porte sur le contenu des informations qui peuvent être divulguées sans compromettre la vie et l'intégration du détenu par la suite. Or la détention veut tout savoir du passé, du présent et de l'avenir d'un détenu, pour prévenir tout risque d'agression ou de suicide. Rappelons que les confrères de l'UCSA sont uniquement dans le soin. Ils n'ont pas à se prononcer sur l'état de santé d'un détenu, qui lui permettrait ou non d'aller au quartier disciplinaire, ni à donner les antécédents, le diagnostic d'une pathologie. Ils doivent se borner à des constatations cliniques : problèmes d'audition, de vue, descriptif d'un patient, sans le rattacher à une étiologie particulière ».

EN CHIFFRES

199 établissements pénitentiaires

On compte 199 établissements pénitentiaires dont 106 maisons d'arrêt (pour les personnes en attente d'un jugement), et 87 établissements pour peine (incluant les centres pénitentiaires, les centres de détention, les maisons centrales, les centres de semi-liberté et les six établissements pour mineurs).
(Sources : Ministère de la Justice, Rapport du CGLPL)

uniques (CPU), instances qui se réunissent régulièrement pour examiner la situation et le parcours pénal des détenus. Des représentants des soignants font partie de la CPU, stipule ce texte, devenu l'article D 90 du code de procédure pénale. Des médecins d'UCSA ont immédiatement écrit à l'Ordre pour signaler leurs inquiétudes… La section Éthique et Déontologie du Cnom a alors rédigé un courrier adressé à tous les confrères exerçant en prison, leur rappelant que les UCSA dépendent de l'hôpital et non de l'administration pénitentiaire.

Non-respect du secret médical : quelles conséquences ?

Non seulement le fait de ne pas respecter le secret médical est contraire au code de déontologie médicale et à la loi, mais il brise le lien de confiance entre le patient et le médecin. Car les conséquences peuvent être lourdes pour les détenus. Apprendre que l'un d'eux est porteur du VIH ou du virus de l'hépatite C peut conduire le personnel pénitentiaire à des attitudes stigmatisantes, s'il estime, par exemple, à tort, qu'il faut porter des gants pour tout contact avec lui. Sans parler des réactions, brimades ou violences possibles de la part des autres prisonniers…

Les commissions pluridisciplinaires uniques, en pratique

Sur le terrain, comment est appliqué le décret du 23 décembre 2010 ? « *On nous demande de venir aux différentes sous-commissions de la CPU ; nous n'y allons pas. Même si nous le voulions, nous ne pourrions pas, par manque de temps* », témoigne le Dr Patrick Serre, responsable de l'UCSA du Mans. « *Les pressions sont insistantes* », souligne pour sa part le Dr Catherine Paulet, psychiatre, responsable du SMPR à la prison des Baumettes, à Marseille. Dans les faits, certains médecins cèdent aux pressions, se rendent en CPU et remplissent même le « cahier électronique de liaison »

témoignages

« Notre objectif est de contribuer à améliorer l'état de santé d'un patient - et non d'éviter la récidive… »

Dr CATHERINE PAULET,
PSYCHIATRE, RESPONSABLE DU SMPR DES BAUMETTES À MARSEILLE, PRÉSIDENTE DE L'ASPMP (ASSOCIATION DES SECTEURS DE PSYCHIATRIE EN MILIEU PÉNITENTIAIRE)

« En prison, les médecins font souvent l'objet d'une demande d'évaluation de la dangerosité criminologique – qui correspond au risque de commettre une infraction pénale. Elle est d'ailleurs souvent confondue avec la dangerosité psychiatrique – laquelle se définit par un risque grave pour soi ou pour autrui du fait de troubles mentaux. Mais cette demande ne concerne pas le médecin traitant. Du reste, la prévention de la récidive délinquante n'est pas un objectif thérapeutique en soi. Un acte répréhensible, aussi terrible soit-il dans ses conséquences, n'est pas nécessairement lié à la folie, ou le fait d'un malade mental… L'objectif (modeste) du soin est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la personne, lui permettre de se réconcilier avec elle-même, autrui et le monde environnant et lui donner de meilleures chances de trouver sa place parmi ses semblables. La médecine et la psychiatrie en milieu pénitentiaire ont donc une position nécessairement « décentrée » par rapport à la logique de la détention, tout en y étant articulée. Ce qui peut susciter des incompréhensions. De même que le secret professionnel médical. Ces notions, parfois mal comprises, sont ressenties à tort comme un signe de défiance à l'encontre des autres professionnels exerçant dans la prison. Nous avons à faire un effort de pédagogie pour expliquer que nous exerçons une médecine de soin, centrée sur la personne malade, en souffrance ou en demande. Et ce en lui garantissant, comme pour tout un chacun, la stricte confidentialité des examens et des échanges ».

(CEL), qui consigne des données sur les personnes condamnées. Mais la plupart des praticiens font de la résistance, selon le contrôleur général des lieux de privation de liberté (lire le « Point de vue extérieur »). Et ce en dépit des pressions ou des mesures d'intimidation, qui ne sont pas rares… « *Nous avons déjà entendu des propos du type : "Si vous ne venez pas en CPU et qu'un problème se présente avec un détenu, vous pourrez être tenu pour responsable"*, confie le Dr François Moreau, responsable de l'UCSA de Versailles-Bois-d'Arcy et vice-président du Syndicat des praticiens exerçant en prison (SPEEP). *De manière récurrente, on tente d'instrumentaliser le corps médical pour qu'il devienne un agent d'information dans un but sécuritaire…* ».

Vague de suicides

Les pressions sont croissantes depuis la vague de suicides, très médiatisés, qui a frappé le monde carcéral l'année dernière. Le risque suicidaire est certes à surveiller de près ; cependant, « *les personnes qui menacent de se suicider ne sont pas forcément celles qui passent à l'acte* », indique le Dr Piernick Cressard, neuropsychiatre, président de la section Éthique et Déontologie du Cnom. Soupçonner une tendance suicidaire ne va pas forcément dans l'intérêt du patient. Le port d'un pyjama en papier, qui se déchire facilement, conduit parfois les détenus à se retrouver dénudés, ce qui est attentatoire à leur dignité. Sans parler des réveils nocturnes effectués par les surveillants… Pour autant, les médecins ne sont pas rétifs à tout échange d'informations : « *Lorsqu'un patient court ou fait courir à autrui un risque vital en raison de son état de santé, il va de soi que nous statuons et alertons les partenaires, en accord avec lui ou en l'en informant* », précise le Dr Catherine Paulet.

Interrogée à ce sujet, l'administration pénitentiaire nous précise sa vision des choses : « *Nous ne désirons pas avoir accès à des informations relevant du secret médical (pathologie, traitement…), sauf en cas de maladie infectieuse à déclaration obligatoire, mais nous souhaitons des informations pratiques et utiles pour la gestion quotidienne*

Bon à savoir

L'HÔPITAL DANS LA PRISON

• Les UCSA (unités de consultations et de soins ambulatoires) et les SMPR (services médico-psychologiques régionaux) sont des services médicaux au sein des prisons, rattachés à des établissements hospitaliers.
• Au sein de l'UCSA exercent une équipe de médecine générale et une équipe de psychiatrie. Dans les établissements pénitentiaires, sièges de SMPR (on en dénombre 26, auxquels il faut ajouter une dizaine d'antennes), l'UCSA ne dispense que des soins de médecine générale.
• La loi du 9 septembre 2002 a créé les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), chargées de réaliser les hospitalisations psychiatriques des détenus. Pour l'instant, seule une UHSA est opérationnelle, depuis septembre 2010, au centre hospitalier Le Vinatier, à Bron (Rhône).

« Nous sommes des soignants et non des experts »

Dr PATRICK SERRE,
RESPONSABLE DE L'UCSA DU MANS, PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EXERÇANT EN PRISON (APSEP)

« Sur le terrain, les soignants des UCSA attendent avec impatience le guide méthodologique décrivant les informations qui pourront être échangées avec la détention. Les confrères et les équipes sont déboussolés, ils ont besoin d'un cadre. Il n'y a pas à donner d'informations à l'administration pénitentiaire, sauf si elles relèvent d'un registre socio-sanitaire (préparation à la sortie en cas de poursuite de traitement, etc.) ou en cas d'agressivité d'un détenu envers lui-même ou envers l'autre. Un confrère nous a écrit pour témoigner : le personnel pénitentiaire lui a demandé de se prononcer sur les risques de récidive d'un détenu ! Il y a une dérive : on nous demande de plus en plus d'endosser une fonction d'expert, alors que nous sommes des soignants. Il y a une frontière à ne pas franchir ».

EN CHIFFRES

64 148
détenus

En avril 2011, 64 148 personnes étaient détenues, pour un nombre effectif de 56 500 places.

des personnes détenues, en particulier dans deux situations : l'accueil des arrivants, qui peut être un passage difficile, et le risque de suicide – la prévention du suicide reste une priorité pour nous », indique Dominique de Galard, *conseillère santé du directeur de l'administration pénitentiaire. Et ce dans l'intérêt du détenu, afin d'assurer sa protection mais aussi celle des autres prisonniers et de tous les personnels* ».

La confidentialité des soins souvent compromise

Si le décret du 23 décembre 2010 a suscité de telles réactions, c'est parce qu'il intervient dans un contexte sanitaire délicat dans les prisons ; il est déjà bien difficile d'y assurer la confidentialité des soins. Première raison invoquée : l'exiguïté des locaux dans nombre d'établissements vétustes. « *À la maison d'arrêt de femmes de Versailles, nous avons une pièce pour les consultations, les soins et la délivrance des médicaments, un cabinet dentaire, une petite salle de repos et deux "cagibis" – dont un sans fenêtre – pour les psychologues. Nous entendons tout ce qui se dit dans les pièces à côté…* », témoigne le Dr François Moreau. Il arrive fréquemment que les surveillants, en vertu de principes de sécurité, soient présents dans les salles de consultation, y compris lors des « extractions hospitalières », lorsque les détenus sont emmenés à l'hôpital, hors les murs, pour des soins. De plus, dans nombre d'établissements pénitentiaires, les dossiers médicaux sont stockés dans une armoire qui n'est pas fermée à clé, à la disposition de tous.

Un guide méthodologique à paraître

Les solutions ? Les experts plaident en faveur de locaux de soins plus grands et plus adaptés. Pour résoudre les tensions entre le corps médical et le personnel pénitentiaire, la Chancellerie et le ministère de la Santé préparent, depuis l'automne dernier, un guide méthodologique listant le type d'informations que chaque corps de métier est susceptible d'échanger. Et ce dans le respect du secret médical mais aussi du secret professionnel auquel est soumis le personnel pénitentiaire. « *Le secret professionnel est réaffirmé dans le code de déontologie du service public pénitentiaire, paru fin 2010* », rappelle Dominique de Galard. Avant d'ajouter : « *Il faut avoir confiance dans le professionnalisme des personnels exerçant en milieu carcéral.* » Où en est le guide méthodologique ? « *Il est en cours de validation,* répond le Dr Dominique de Penanster,

POINT DE VUE extérieur

Jean-Marie Delarue,

contrôleur général des lieux de privation de liberté

© CGLPL

interview

Au cours des contrôles que vous avez effectués en 2010 dans les prisons, quelles difficultés dans l'accès aux soins avez-vous constatées ?

Jean-Marie Delarue : Les principales difficultés affectent la relation personnelle et confidentielle médecin-patient. Les locaux des UCSA sont souvent trop exigus, notamment dans des maisons d'arrêt anciennes – environ la moitié des prisons sont concernées. Cette exiguïté oblige à multiplier les mouvements ou à presser les détenus dans des conditions difficiles, tout en compromettant la confidentialité. Autre problème : la présence d'un surveillant dans la salle de consultation, ou à proximité. Parfois, ce sont les soignants qui demandent une protection… Or leurs craintes ne sont presque jamais justifiées, à mon sens ; un détenu malade n'agresse pas une personne qui le soigne. Ces entorses à la confidentialité sont encore plus vives lors des extractions hospitalières. Souvent, les médecins sont paralysés face à la présence de deux policiers en salle de consultation – parfois au bloc opératoire ! – et n'osent rien dire. Mais il faut leur rappeler qu'ils peuvent s'opposer à leur présence et leur demander de sortir.

« Le combat pour la confidentialité des soins est permanent »

Quelles sont, sur le terrain, les conséquences du décret du 23 décembre 2010 ?

J.-M. Delarue : La demande accrue d'informations sur les détenus exprimée auprès des soignants, en particulier des psychologues et des psychiatres, nous inquiète. Or il est illusoire de croire qu'un recueil d'informations permet de dresser le portrait d'un détenu et de prévenir tous les risques… Certains médecins sont sollicités pour renseigner le cahier électronique de liaison (CEL) mis en œuvre par l'administration pénitentiaire, croyant bien faire en le remplissant précisément. Et dans certaines CPU, le contenu du CEL est affiché sur grand écran pendant la réunion ! Dans la plupart des cas, cependant, les soignants sont réticents à remplir ce document. J'approuve tout à fait la position du conseil national de l'Ordre des médecins. Je forme le vœu que les cadres administratifs des hôpitaux aident les médecins des UCSA à bien dessiner la frontière à ne pas dépasser. Mais pour moi, la bataille pour la confidentialité doit se poursuivre.

Quelles bonnes pratiques avez-vous relevées ?

J.-M. Delarue : Dans un certain nombre d'établissements, les dossiers médicaux sont informatisés, ce qui facilite les contacts avec l'hôpital. J'ai aussi vu des médecins d'UCSA mettre sous clé les dossiers médicaux, lesquels restent cependant accessibles si nécessaire aux médecins d'urgence grâce à un code. Dans une maison d'arrêt du Sud-Est, le responsable de l'UCSA a obtenu la construction d'une aile supplémentaire et de deux salles de consultation. L'UCSA qui fonctionne bien, c'est aussi celle qui organise les rendez-vous médicaux en accord avec le personnel pénitentiaire. Il est bon que l'UCSA dispose de deux surveillants : l'un d'eux peut aller chercher en cellule les détenus qui ont un rendez-vous et leur permettre d'arriver à l'heure. En effet, se pose un problème dans les prisons modernes, vastes et comportant une multitude de portiques et grilles à franchir : les mouvements sont difficiles et ralentis. Souvent, les détenus arrivent trop tard à leur rendez-vous avec le médecin, ou renoncent à s'y rendre…

Pour en savoir plus

Entre 2008 et 2010, l'équipe du contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL, autorité indépendante créée par la loi du 30 octobre 2007) a visité plus de 400 lieux de privation de liberté, dont la moitié des établissements pénitentiaires.
• Rapport d'activité 2010, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, mai 2011, éditions Dalloz (consultable sur www.cglpl.fr)

sous-directrice de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques au ministère de la Santé. *Il devrait être diffusé avant la fin de l'année 2011. Il s'agit d'adapter la prise en charge à chaque personne incarcérée, afin que la détention n'aggrave pas son état. On pourra, par exemple, transmettre des informations sur un régime alimentaire particulier, sans pour autant mentionner qu'un patient est diabétique.* »
Pour le Dr Catherine Paulet, il faudrait revoir le concept de pluridisciplinarité dans les CPU, et « *faire participer les détenus concernés à ces réunions, les écouter et les entendre* ». Selon Jean-Marie Delarue, le contrôleur général des lieux de privation de liberté, « *il faut des crédits pour assurer un nombre suffisant de médecins – en particulier en psychiatrie, où le problème est le plus criant…* ».
On le voit, ces difficultés autour du secret médical en prison affleurent bien d'autres débats : les soins psychiatriques, la prévention du suicide et la prévention de la récidive. De vrais enjeux de société qui dépassent largement la seule sphère médicale…

Vos réactions nous intéressent.
Vous souhaitez réagir, commenter ou témoigner?
Envoyez vos messages à l'Ordre des médecins,
180, bd Haussmann – 75389 Paris Cedex 08
ou contact@cn-medecin.fr

PROFESSION : GÉNÉRALISTE

La situation de médecin généraliste exerçant impose d'adhérer à un système d'enseignement post-universitaire. Il est normal, sage et convenable d'une part que le généraliste réponde à l'attente des patients, qui veulent disposer de « soins conformes aux données acquises de la science », et, d'autre part, qu'il mérite son salaire. La pointe du progrès est représentée par l'armada des spécialistes, dont beaucoup participent à l'animation de nos soirées. Est-ce que le généraliste actuel doit tendre vers eux? Sa course serait perdue d'avance, il serait à la traîne des spécialités de son goût et abandonnerait totalement les autres.
Par nature, le généraliste est le médecin de l'être humain. Il lui est demandé de « connaître la vie », aussi caressante qu'agressive, aussi solide que fragile, aussi géniale que sordide. Il doit défendre ses galons sur ce terrain et non sur celui de la modernité qu'il n'a pas le temps de suivre. Philosophiquement, le généraliste n'a pas pour mission d'aborder les histoires compliquées de la haute technicité d'aujourd'hui. D'abord, le généraliste doit mettre le patient à l'abri, alors il traite ce qui relève de sa compétence et dirige ce qui n'en relève pas sur le cercle des spécialistes dont il a su s'entourer. Notre profession est passionnante tous les jours, partout, pendant toute une carrière.

Ian hooton/spl/Phanie

Dr M. N. (06)

DÉCOURAGER LES VOCATIONS

Je souhaite réagir au dossier « Réconcilier les jeunes médecins avec l'exercice libéral ». J'ai 30 ans et, après 2 ans d'exercice libéral, j'ai pris un poste d'assistante dans les hôpitaux car eux seuls me garantissent un salaire en cas de maternité. Pendant un temps, j'ai conservé une minime activité de remplacement en faisant quelques gardes en maison médicale de santé. Cela me permettait de rester un peu dans le monde libéral. Mais les organismes sociaux (Carmf, Urssaf) me demandaient pour cela un tarif forfaitaire non négociable de plus de 2000 euros. J'ai donc dû stopper cette activité afin de ne pas perdre de l'argent, car une réévaluation ne pouvait se faire que dans deux ans. Voilà comment on met fin aux carrières des jeunes médecins généralistes qui souhaitent exercer une médecine de qualité en ambulatoire et non gérer une auto-entreprise libérale.

Dr M. D. (69)

RECTIFICATIF

L'association REAGJIR, Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants, nous signale une erreur dans le dossier du n° 16 de *Médecins*, de mars-avril 2011. REAGJIR regroupe des médecins installés et remplaçants et non remplacés, comme indiqué pages 24 et 25. Toutes nos excuses à REAGJIR et à Alice Perrain, sa toute nouvelle présidente.

À PROPOS DE LA RECHERCHE SUR L'EMBRYON

Petite réaction à la lettre du Dr F. B., publiée dans *Médecins* de mars-avril 2011.

Ce n'est pas l'absence de chances de survie qui justifie le prélèvement d'organes sur des corps en mort cérébrale. L'absence de chances de survie n'est que l'une des conditions requises. La seule justification qui permette d'outrepasser l'interdit de l'indisponibilité du corps humain, c'est le don. C'est le sujet, avant son décès, qui consent au don. Dans le cas d'un embryon abandonné, il n'y a aucun consentement possible. Le rendre alors donneur de greffon, avec ou sans succès, c'est provoquer sa destruction sans consentement, et franchir l'interdit d'indisponibilité. Prétendre reconnaître à un individu ou à un embryon sa valeur en l'utilisant sans consentement me paraît de nature à faire de la vie une valeur marchande plutôt qu'une valeur absolue.

Dr A. D. (59)

Texte : Ange Herrero Lucas

La Fédération nationale de la médiation et des espaces familiaux

La médiation familiale apaise les conflits

FENAMEF

13443
C'est le nombre de mesures de médiation terminées en 2009 (chiffre le plus récent). Ce nombre augmente chaque année depuis 1988, date de la mise en place des premiers services de médiation familiale en France.

Entre 2 € et 131 €
C'est le prix par séance de médiation. Il est fixé en fonction des revenus des personnes qui font cette démarche, forcément volontaire. La 1re séance – gratuite – permet d'expliquer la procédure de médiation. La procédure complète compte entre 5 et 7 entretiens.

20
C'est le nombre de printemps que célèbre cette année la Fédération nationale de la médiation et des espaces familiaux (Fenamef). Née en 1991, elle n'a été reconnue d'utilité publique qu'en 2006. Elle organise un colloque en octobre pour célébrer cet anniversaire. Le thème retenu porte sur les médiations dans les espaces familiaux comme expression de la citoyenneté.

« *Créer un cadre pour que les personnes en conflit puissent reprendre un dialogue et éventuellement trouver un accord* », tel est l'objectif de la médiation familiale selon Sophie Lassalle, secrétaire générale de la Fenamef. Cette fédération regroupe 200 associations, présentes dans tous les départements, qui proposent des services de médiation familiale, scolaire et sociale. Diplômés d'État, les médiateurs ne sont pas là pour donner un avis ou imposer une solution. Impartiaux, ils ont pour mission de créer un espace de dialogue et de rencontre, susceptible de redonner aux personnes une capacité d'agir dans le conflit qui les oppose. Cet espace de neutralité permet de protéger les enfants, qui voient leurs parents raisonner et non se déchirer. Il diminue également les risques de violences conjugales. Cela fait 20 ans que la Fenamef se bat pour la reconnaissance de la médiation familiale. Mais il a fallu attendre 2006 pour que les pouvoirs publics prennent en considération les bienfaits de ces missions et décident de les financer. « *Apaiser les conflits et maintenir les liens entre parents et enfants est la finalité du travail des associations* », conclut Sophie Lassalle.

©DR

« Une aide pour les médecins

Dr René Friedman, pédiatre retraité et président de L'Orée, association sur la petite enfance qui propose un service de médiation familiale

témoignage

Depuis que nous avons ouvert notre consultation de médiation familiale il y a un an, un seul couple nous a été adressé par un médecin. Apparemment, il y a un manque d'information sur ce sujet, et c'est dommage. Le travail d'un médiateur professionnel conduit chacun à écouter enfin l'autre, et cela facilite l'entente. Au cours de ma carrière, j'ai été confronté de nombreuses fois au drame que représente une rupture conjugale pour les enfants. Un drame aggravé lorsque les parents eux-mêmes prennent leurs enfants « en otage ». Et dans le cadre de ma consultation, je ne savais que faire pour les aider, ni où les adresser. Je suppose donc que, comme moi, nombre de mes confrères sont préoccupés par ces situations où ils sont pris à témoin par des couples en difficulté. Leur suggérer de s'orienter vers une consultation de médiation familiale serait sans doute la meilleure façon de les aider.

+ D'INFOS :

• **Fenamef**
Tél : 02 31 46 87 87
contact@fenamef.asso.fr
Site Internet :
www.mediation-familiale.org

Être médecin de soi-même

Au terme d'une longue et brillante carrière de cancérologue et de pédagogue – enseignement oral et nombreux écrits –, Bernard Hoerni envisage la problématique de la prévention ainsi que du traitement des affections aiguës et chroniques. Cette problématique ne peut être conçue actuellement qu'avec la participation active du patient. Ce n'est pas une préoccupation nouvelle en médecine puisque, comme le rappelle l'auteur, Hippocrate avait déjà insisté sur la nécessité d'une coopération, d'une alliance entre praticien et malade. Mais cet ouvrage, fort agréable à lire, montre comment, sous l'influence des facteurs socio-économiques, du développement des moyens de communication et des progrès médicaux, on en est arrivé à la situation actuelle. Eu égard à la richesse de son contenu et à la personnalité de son auteur, la lecture de cet ouvrage est vivement recommandée.

Maurice Hodara

Etre médecin de soi-même, **de Bernard Hoerni, éd. Glyphe, 288 p., 22 euros.**

Un autre regard sur les adolescents suicidants

Ce suicide nous frôle, nous dépasse, nous heurte souvent de plein fouet : ces adolescents qui parfois dansent sérieusement avec la mort nous interpellent et nous dérangent, et c'est là qu'est la mise en péril, car l'adolescent suicidant a toujours une chose à nous dire de son existence d'adolescent, quelque chose qui interroge et fascine. L'auteur, fort de son expérience clinique accomplie, rappelle avec pertinence que s'occuper d'adolescents suicidants nécessite dans cet engagement courage, vigilance, humanisme et modestie. Dans une demande d'être reconnu et abordé comme tel, le suicidant présente moins le désir de mourir qu'une folle envie de pouvoir vivre, « mais autrement ». Une sérieuse prise en charge et un suivi clinique prolongé, soutenus par la famille, s'avèrent indispensables dans le cadre d'une collégialité de décisions. Le Pr Gilbert Huault rappelle qu'il faudrait connaître aussi le devenir lointain, très lointain, des suicidants, comme les conséquences suicidaires des adolescents, afin d'évaluer au mieux protocoles et modes d'approche.

Jean Pouillard

L'Envie de mourir, l'envie de vivre, **de Patrick Alvin, éd. Doin/Lamarre, 256 p., 29 euros.**

Ces histoires insolites qui ont fait la médecine

L'auteur de cet ouvrage est chef de service à l'hôpital européen Georges-Pompidou, à Paris, où il dirige le département de chirurgie cardio-vasculaire. Il est également professeur à l'université Paris-Descartes et fut chargé de l'enseignement de l'histoire de la médecine pendant dix ans à la faculté. Son livre nous convie à un grand voyage à travers la médecine, sur les pas du barbier Félix, qui guérit la fistule anale du roi Louis XIV, d'Ignace Semmelweis, qui subit toutes les avanies du monde en 1850 pour avoir supplié ses confrères de l'hôpital de Vienne de bien vouloir se laver les mains, afin de sauver les femmes qui mouraient d'infections dans les suites de couches, d'Horace Wells, qui découvre l'anesthésie mais finit par se suicider en prison en se tranchant sans douleur l'artère fémorale grâce au chloroforme, du baron Larrey, qui ampute les blessés le soir de la bataille d'Eylau, ou du vieil Hippocrate, qui rédige une profession de foi que tous les médecins répètent deux millénaires plus tard…

Ces histoires insolites qui ont fait la médecine,
Pr Jean-Noël Fabiani, Plon, 244 p., 21 euros.

Les vérités scientifiques de la médecine

La non-éthique de la médecine dite scientifisée est celle de ces marchands de rêve qui administrent cette dite médecine. Elle est aussi le fantasme de tous ceux qui ont accepté de pratiquer l'heuristique de la peur, en oubliant que la vulgate enseigne depuis toujours que la peur n'évite pas le danger. Les prétendues vérités scientifiques des différentes époques sont en fait des vérités relatives : c'est la notion d'absolu qu'on leur applique qui les falsifie. Elles sont utiles aux découvertes ultérieures. Qu'elles soient infirmées ou confirmées, elles font partie de l'humus indispensable à la croissance de l'avenir. Les vérités scientifiques en médecine existent quoi qu'on en dise : elles sont l'avenir de l'homme.

Les Vérités scientifiques de la médecine,
Dr Michèle Kujas, éd. Bénévent, 252 p., 17 euros

Texte : Rouja Lazarova

« La pédiatrie : une médecine de l'enfant dans sa globalité »

Dr Denise Paounoff,

pédiatre dans le XVIIIe arrondissement de Paris

© DR

PARCOURS

1962
Études de médecine (Paris)

1968
Interne à l'hôpital régional de Troyes. Prépare un CES d'anesthésie et réanimation, puis de pédiatrie

1974
Mission pour l'association belge Medicus Mundi au service de pédiatrie de l'hôpital de Niamey, au Niger

1975
Association avec un médecin pédiatre, et ouverture d'un cabinet dans le XVIIIe arrondissement de Paris

1976
Mission humanitaire de 3 mois au Cambodge

1978
Mission humanitaire de 6 mois au Vietnam, avec le Secours populaire

témoignage

Je suis née et j'ai grandi dans les quartiers de l'Est parisien, où j'exerce actuellement. Faire des études de médecine n'était pas évident. Au début de l'internat, j'ai commencé à préparer un CES anesthésie et réanimation, mais le contact avec les gens me manquait, et je me suis réorientée vers la pédiatrie. Après la fin de mes études, je suis partie au Niger faire des remplacements à l'hôpital de Niamey. C'était l'année de la grande sécheresse au Sahel. J'ai soigné des enfants dans des conditions de vie intolérables. À mon retour, en 1976, je me suis associée avec une pédiatre dans le cabinet où je suis encore aujourd'hui, situé dans un coin populaire du XVIIIe arrondissement. Le quartier est très intéressant par la diversité de ses habitants – des immigrés d'Afrique, d'Inde, mais aussi des familles des classes moyennes aux métiers artistiques qui ont remplacé les ouvriers d'autrefois. Travailler dans cet environnement suppose d'abord de bien écouter les gens, de comprendre ce qu'ils veulent dire. Certains ont des difficultés à s'exprimer, a fortiori devant un médecin. Il faut avoir une grande disponibilité. Cependant, la pédiatrie n'est pas valorisée, et je suis inquiète pour son avenir, je pense qu'elle va disparaître. Il n'y a plus de pédiatres. En 25 ans, pas un seul ne s'est installé dans le XVIIIe arrondissement.

On parle beaucoup de « diversité culturelle », mais, pour moi, cette expression traduit l'ignorance de l'autre. Quand on est confronté à l'essentiel – la détresse d'une maman devant son enfant malade –, on est bien au-delà des prétendues différences, on est face à l'homme. J'aime la pédiatrie, une médecine qui reste humaine. On ne soigne pas les gens avec de grosses machines et de la technologie. Le pédiatre ne voit pas l'enfant uniquement à travers le prisme de la maladie : pour le soigner, il doit avoir une vision globale qui intègre les parents, la situation familiale. En 30 ans, le contact avec les gens a évolué, de même que les attentes des nouvelles générations. Les conditions d'exercice sont plus difficiles car les parents sont plus stressés. Ils connaissent plus de choses, mais de façon plus superficielle, et, quand la situation ne correspond pas à ce qu'ils ont lu, ils sont désemparés devant leur enfant.