



Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins

➤ Dossier p.22

Créer la confiance dans le **NUMÉRIQUE** **EN SANTÉ**



➤ Sur le terrain
PASS : une passerelle
vers les soins p. 8

➤ Réflexion
Les salles de
consommation
supervisées p. 10

➤ Jurispratique
L'accessibilité de vos
locaux professionnels
p. 16



☛ **L'essentiel** | 04

- La cotisation 2013
- Mieux prendre en charge les plaintes du sommeil chez le sujet âgé (HAS)

☛ **Sur le terrain** | 08

PASS Rimbaud (Marseille) : une passerelle vers les soins

☛ **Réflexion** | 10

Drogue : les salles de consommation supervisées font débat

☛ **Ailleurs** | 21

Retour sur la conférence francophone des Ordres des médecins 2012

☛ **Courrier des lecteurs** | 28

☛ **La voix des associations** | 30

L'association française de l'eczéma

☛ **Culture médicale** | 31

La sélection du numéro

☛ **À vous la parole** | 32

D^r Marianne Turgné, généraliste à Lezay et secrétaire générale du conseil départemental de l'Ordre des médecins des Deux-Sèvres

☛ **Dossier** | 22

Créer la confiance dans le numérique en santé



CNOM 2012

Transformation de la relation médecin-patient, mutation de la prise en charge médicale, évolution des modes de coopération... Les possibilités offertes par le numérique semblent infinies, mais les risques qui en découlent aussi. Retour sur le colloque « Éthique dans les usages du numérique en santé », organisé par le conseil national de l'Ordre des médecins, le 14 novembre 2012.

Cahier jurispratique | 13

- ☛ LES SITES D'EXERCICE DES SOCIÉTÉS D'EXERCICE LIBÉRAL | 14
- ☛ LE COLLABORATEUR MÉDECIN, SALARIÉ D'UN SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL | 15
- ☛ L'ACCESSIBILITÉ DE VOTRE LOCAL PROFESSIONNEL | 16
- ☛ LOI DE PROGRAMMATION DE L'EXÉCUTION DES PEINES | 18
- ☛ L'ARCHIVAGE NUMÉRIQUE DES EXAMENS RADIOLOGIQUES | 19
- ☛ ENGAGEMENT THÉRAPEUTIQUE, MODE D'EMPLOI | 20

Vos réactions nous intéressent

Envoyez vos messages à l'Ordre des médecins :
180, bd Haussmann
75389 Paris Cedex 08
ou par mail :
conseil-national@cn.medecin.fr



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

“
En ce début
d'année,
j'adresse mes
vœux les
meilleurs à nos
confrères et à
tous ceux qui
leur sont chers.
”

Préserver la dignité de la personne humaine en fin de vie

La mission Sicard a rendu son rapport sur la fin de vie, en décembre. Selon ce rapport, la médecine doit aujourd'hui s'orienter très fortement vers les prises en charge palliatives et sortir du tout curatif. Il insiste en particulier sur l'effort de formation qu'il est nécessaire de réaliser si l'on veut renforcer les services palliatifs.

L'Ordre plaide depuis de nombreuses années pour le renforcement des soins palliatifs tout en condamnant l'acharnement thérapeutique. L'article 37 de notre code de déontologie médicale rappelle ainsi que le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable. La loi du 22 avril 2005, dite loi Leonetti, a marqué une grande avancée dans le développement des soins palliatifs. Elle a introduit des notions majeures telles que les directives anticipées du malade ou la procédure collégiale.

Aujourd'hui, la difficulté majeure vient du fait que ces dispositions ne sont pas assez connues tant des médecins que des patients. La culture palliative pénètre encore avec difficulté dans nos pensées médicales. Certes, la formation s'est nettement améliorée sur ce point dans les facultés. Les médecins sont désormais formés à sauver, à guérir mais aussi à accompagner et à soulager les souffrances. Mais de nombreux efforts restent à accomplir pour faciliter l'application de la loi Leonetti, en décloisonnant les secteurs hospitalier, ambulatoire et médico-social. C'est d'autant plus important que la plupart des patients souhaitent aujourd'hui finir leurs jours à leur domicile et non pas à l'hôpital.

Faut-il aller plus loin en autorisant le recours encadré à l'euthanasie ou au suicide assisté ? Si le législateur devait prendre cette décision, il est indispensable qu'une clause de conscience permette au médecin de ne pas participer à ces actes. Le médecin d'un patient qui aurait pris une telle décision ne saurait pour autant ne pas tout mettre en œuvre pour soulager ses souffrances, ni l'abandonner.

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 : Évelyne 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 : Thinkstock - IMPRESSION : Imprimerie Vincent

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

Ce numéro s'accompagne d'une affiche éditée par la Haute Autorité de santé à l'attention des médecins en activité.



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

↳ Cotisation

300 euros : montant inchangé pour la 3^e année consécutive

Cette stabilité est obtenue grâce aux efforts de rigueur de l'ensemble de l'Institution ordinale. Citons un extrait du délibéré du 8/10/2012 de la Cour des Comptes : « l'organisation actuelle permet au conseil national de présenter ses comptes annuels sans qu'ils n'appellent de critiques ».



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

Dans le contexte de crise économique et sociale que connaît la société française, les conseils de l'Ordre des médecins ont réalisé, depuis plusieurs années, des efforts de rigueur sans précédent. Ces efforts conséquents nous permettent de maintenir la cotisation ordinale à un montant inchangé pour la troisième année consécutive.

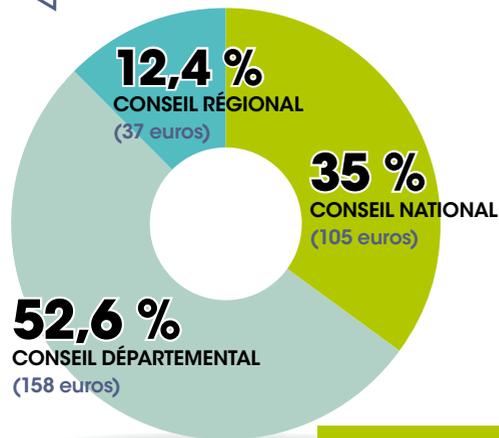
Un Ordre fort et indépendant

Grâce à une gestion prudente de nos finances, nous parvenons à conserver un fonds de roulement important et une trésorerie saine. L'Ordre des médecins est ainsi une institution solide, pérenne, indépendante, dont le financement est assuré par les seules cotisations des médecins. Une institution qui porte haut et fort les valeurs et les engagements des médecins, capable d'organiser et de contrôler la profession, tout en respectant la variété des exercices, des statuts et des fonctions.

Des missions renforcées

En parallèle, l'Ordre ne cesse de renforcer son expertise au service des médecins, dans l'intérêt des patients. Au-delà de ses missions réglementaires, l'institution ordinale a développé des prestations

Répartition de la cotisation 2013



En chiffres

- ▶ Cotisation pour les médecins en exercice : **300 euros**
- ▶ Cotisation des médecins retraités : **62 euros**
- ▶ Frais de dossier de qualification : **200 euros**
- ▶ Frais d'appel en matière de qualification : **100 euros**
- ▶ Cotisation pour les SCP, SEL : **150 euros**

Bon à savoir

- Vous pouvez régler votre cotisation :
- ▶ par espèces ou chèque auprès de votre conseil départemental ;
 - ▶ par prélèvement automatique ;
 - ▶ en ligne sur www.conseil-national.medecin.fr
- La cotisation doit être acquittée avant la fin du 1^{er} trimestre 2013 (article L.4122-2 du code de la santé publique).

L'Ordre émet son avis déontologique sur l'avenant n° 8

Le conseil national de l'Ordre des médecins a rendu un avis déontologique sur l'avenant n° 8 de la convention médicale, conformément aux textes réglementaires (article L. 162-15 du code de la sécurité sociale).

Dans cet avenant, il faut distinguer :

- les relations conventionnelles avec l'Assurance maladie des médecins représentés par leurs syndicats, c'est-à-dire les normes statistiques aux critères à définir et révisables dont le non-respect fait l'objet de sanctions directement par les caisses ;
- le respect du code de déontologie médicale (inclus dans le code de la santé publique), le tact et la mesure dans la relation du médecin avec chacun de ses



© GARO/PHANIE

L'Ordre connaît les difficultés rencontrées par les patients dans l'accès aux soins et le malaise de tous les médecins dans leur exercice. En concertation avec l'ensemble de l'institution et les structures représentatives des professionnels et des jeunes médecins, le conseil national de l'Ordre des médecins poursuit son travail de réflexion.

patients. L'appréciation du tact et de la mesure se fait alors, après conciliation par le conseil départemental, avec l'intervention du patient dûment représenté, par les chambres disciplinaires de l'Ordre. Chacune des parties, patient autant que médecin, a, devant ces chambres composées de médecins et présidées par magistrat professionnel, tant en première instance qu'en appel, la garantie du contradictoire et de sa défense, sous l'éventuelle sanction en cassation du Conseil d'État.

L'avis du conseil national souligne de plus la fragilité juridique du dispositif conventionnel et de ses normes de référence. Il souligne aussi que le patient n'intervient pas dans ce dispositif et, enfin, que la défense des praticiens y est limitée, les avis des comités paritaires régionaux et national n'étant que consultatifs.

+ D'INFOS

Pour lire cet avis :
www.conseil-national.medecin.fr

Un guide pour favoriser l'accessibilité des lieux de soins



L'accessibilité de tous les établissements accueillant du public

doit être effective au plus tard le 1^{er} janvier 2015. Les locaux des professionnels de santé sont concernés. Un guide, édité par les ministères sociaux et le ministère de l'Écologie, avec le concours du conseil national de l'Ordre des médecins, rappelle quelles sont les obligations des professionnels de santé.

► Pour télécharger le guide « Les locaux des professionnels de santé, réussir l'accessibilité » : www.conseil-national.medecin.fr/article/accessibilite-des-cabinets-medicaux-1270
Voir aussi pages 16 et 17 de ce numéro.

© GARO/PHANIE



➤ UN GUIDE MÉTHODOLOGIQUE POUR LE PARTAGE DE L'INFORMATION ENTRE LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DANS LES CENTRES ET LES MAISONS DE SANTÉ

Depuis la loi du 10 août 2011, les professionnels de santé exerçant au sein des maisons et des centres de santé peuvent accéder à l'ensemble des informations de santé concernant les patients qu'ils prennent en charge, sous réserve du consentement exprès des patients à ce partage. Le ministère de la Santé met un guide méthodologique à disposition de tous les acteurs pour leur permettre de s'approprier de façon aisée le nouveau dispositif, ainsi qu'une fiche informative destinée aux patients.

➤ Plus d'infos: www.sante.gouv.fr/le-partage-de-l-information-entre-les-professionnels-de-sante-dans-les-centres-et-les-maisons-de-sante.html

Luxation congénitale de hanche



Devant la recrudescence de cas de luxation congénitale de hanche (LCH) diagnostiqués tardivement, la Société française d'orthopédie pédiatrique (Sofop), a élaboré une

plaquette numérique de formation au dépistage de cette pathologie, avec le soutien de la direction générale de la santé. Elle est disponible sur le site du ministère de la Santé.

➤ Plus d'infos: <http://www.sante.gouv.fr/enfant.html>



Le secret médical dans l'intérêt des patients

Le conseil national de l'Ordre des médecins vient de publier un magazine, consacré au

« Secret médical, entre obligation déontologique et droit du patient ». Il est constitué de questions/réponses très pratiques, articulées autour de cinq chapitres: les soins aux mineurs, les autorités judiciaires, les rapports avec les autres acteurs de santé, l'e-santé et les sociétés d'assurance.

+ D'INFOS

➤ Pour le télécharger: www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_buletin/specialmedecin_secretmedical_web.pdf

➤ Rappel Élections aux chambres disciplinaires de 1^{ère} instance

En application de l'article R 4124-5 du code de la santé publique, les conseils régionaux ou interrégionaux de l'Ordre des médecins vont procéder au renouvellement de leur chambre disciplinaire de 1^{ère} instance **le jeudi 11 avril 2013**. Ce renouvellement concerne l'ensemble des membres titulaires et suppléants du collège interne ainsi que la moitié des membres titulaires et suppléants du collège externe dont le mandat vient à échéance en 2013 (articles R 4124-4 et R 4124-6 du code de la santé publique).

➤ Plus d'infos: www.conseil-national.medecin.fr et **Bulletin de l'ordre des médecins n°26**



Mieux prendre en charge les plaintes du sommeil chez le sujet âgé

Situation repère n° 1 : plainte récente

Les modifications physiologiques du sommeil des seniors sont sources de plaintes et débouchent sur une prescription chronique de somnifères (principalement des benzodiazépines) chez 3,5 millions des plus de 65 ans (30 %). Pour mieux diagnostiquer ces troubles et réduire cette prescription, 3 situations repères: plainte récente, plainte chronique, prise chronique de somnifères.

Face à une plainte récente du sommeil du sujet âgé, le médecin traitant joue un rôle central.

- Ces plaintes peuvent être liées à un **événement récent** majeur, tel un deuil, mais également à des faits moins visibles, comme le départ en vacances d'un voisin, la perte d'un animal familier... Il est essentiel de rechercher tout facteur déclenchant et, le cas échéant, de réfléchir avec la personne aux moyens possibles d'améliorer son environnement

(venue régulière de voisins, séjour dans la famille...). Si un traitement par somnifères peut s'avérer utile, il doit être de courte durée (quelques jours à 4 semaines maximum), en prévoyant l'arrêt dès la première prescription. Il s'agit d'établir avec le patient un contrat de traitement à durée déterminée.

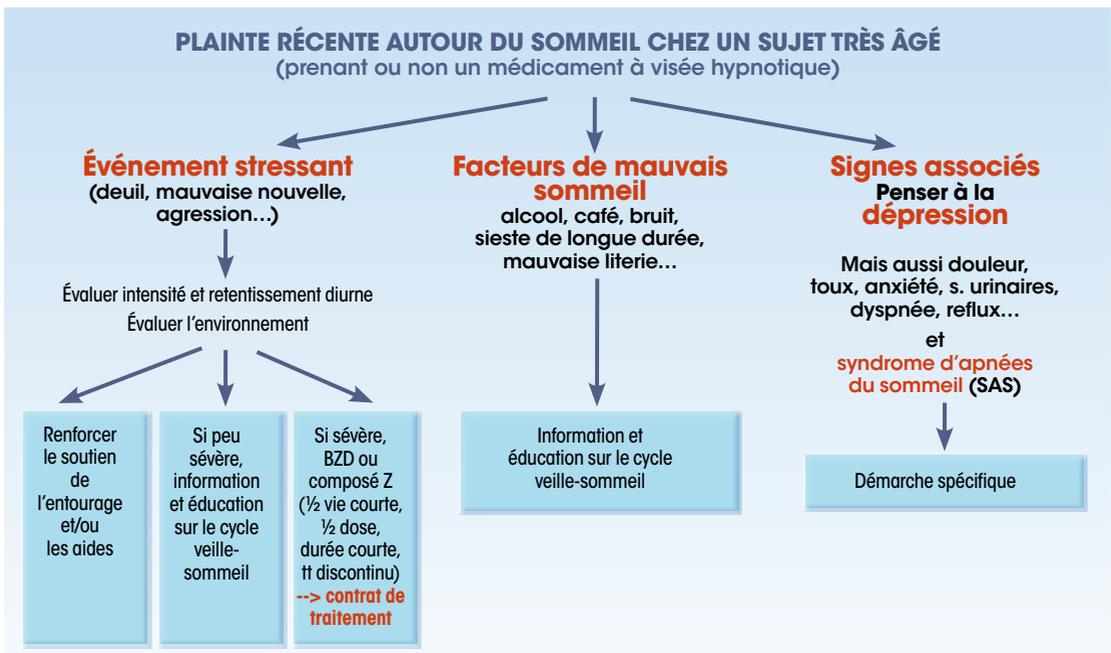
- La **dépression** débutante constitue le diagnostic à rechercher systématiquement pour que la personne bénéficie du traitement adapté. Là encore, la prescription de somnifères ne peut être l'unique réponse et devra dans tous les cas être de courte durée. Certains symptômes surviennent pendant

la nuit (douleurs, pollakiurie...) nécessiteront une exploration *ad hoc*. Les pathologies propres au sommeil (apnées du sommeil, insomnies avérées, mouvements périodiques des jambes...), souvent liées à des plaintes chroniques, relèvent de prises en charge spécifiques.

- Enfin, l'analyse de l'hygiène de vie et de sommeil permet au médecin de détecter les **facteurs de mauvais sommeil** et d'apporter les conseils adaptés à la personne et à son mode de vie. Devant des plaintes persistantes, une exploration du sommeil lors d'une consultation spécifique s'impose.

+ D'INFOS

Plusieurs outils sont à disposition des médecins pour explorer une plainte récente du sommeil: arbre décisionnel « Plainte récente autour du sommeil », mémos « Synchroniseurs veille-sommeil » et « Conseils pour mieux dormir quand on est senior », etc.
www.has-sante.fr/portail/jcms/c_937775/ensemble-ameliorons-la-prescription-des-psychotropes-chez-le-sujet-age-psycho-sa-insomnie





➤ Permanence d'accès aux soins de santé (PASS)

Une passerelle vers les soins

À l'hôpital de la Conception de Marseille, la Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) propose aux personnes en situation précaire une consultation médicale couplée à une prise en charge sociale destinée à faciliter leur accès immédiat aux soins.

Ce lundi matin, une dizaine de personnes patientent devant l'accueil vitré de la Permanence d'accès aux soins de santé, au rez-de-chaussée de l'hôpital de la Conception (AP-HM¹), à Marseille. Leurs points communs ? La précarité, et aucune couverture sociale. Près de 80 % des personnes accueillies à la PASS Rimbaud sont migrants. Pourtant éligibles à la CMU, l'AME ou la FUSV², ils sont mal informés, ne maîtrisent pas le français ou sont perdus dans les méandres administratifs.

On voit aussi de plus en plus de Français, des travailleurs pauvres, mineurs isolés, jeunes femmes enceintes, personnes âgées, sans complémentaire santé et dont les faibles ressources les placent au-dessus du plafond d'obtention de la CMU. « Tous sont en marge du système de santé et en rupture de soins », résume le Dr Dominique Grassineau, médecin urgentiste et coordinatrice de la PASS Rimbaud.

« Temporaire »

Créée en 2007, la permanence Rimbaud propose une prise en charge médico-sociale gratuite. C'est d'abord l'assistante sociale qui reçoit les patients : « On rassemble les pièces administratives pour qu'ils souscrivent aux droits sociaux auxquels ils peuvent prétendre », détaille Sabine Martin. À l'issue de ce premier rendez-vous, elle remet

aux patients une fiche de liaison. Cette « carte vitale provisoire » leur donne accès à l'ensemble du plateau technique et aux consultations spécialisées de l'AP-HM, mais aussi à la médecine de ville, aux réseaux associatifs de soins, etc. Pour Dominique Grassineau, c'est là l'essence même de la PASS, « une étape temporaire avant de réintégrer le patient dans un parcours de soin classique ».

« 662 nouveaux patients »

La consultation médicale constitue le second volet de la PASS. « Souvent, ces patients n'ont pas consulté depuis longtemps et souffrent d'un retard de diagnostic », poursuit Dominique Grassineau, par ailleurs chercheuse en anthropologie médicale. Ils souffrent de maladies lourdes et chroniques (cancer, diabète, hypertension), de maladies infectieuses, de troubles psychologiques liés à leurs parcours, pour les exilés (certains ont par exemple été torturés).

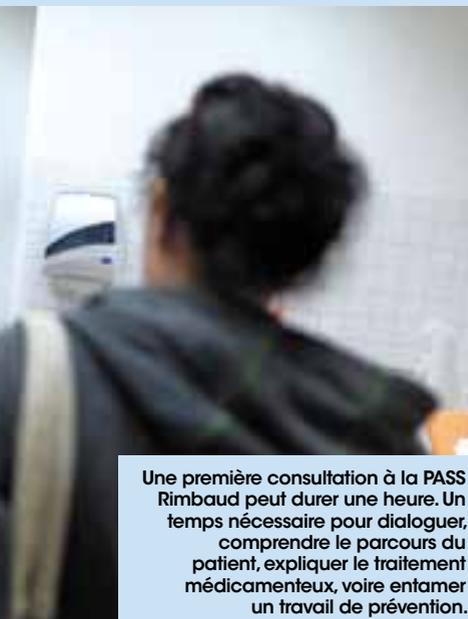
« Le médecin est sympa, ici. Elle prend le temps de s'occuper de moi et on n'attend moins qu'aux urgences », témoigne Séverine, 27 ans, mordue par un chien. La jeune femme, qui n'a pas de mutuelle, repartira avec son pansement changé, un traitement antibiotique et un rendez-vous avec l'assistante sociale pour déposer une demande de CMU. Depuis



La PASS Rimbaud s'appuie sur une équipe pluridisciplinaire : deux généralistes, une infirmière, un agent d'accueil et quatre assistantes sociales.



plus d'un an, les médecins de la PASS auscultent aussi les patients qui n'ont pas de droits potentiels (les frais sont alors imputés au budget de la PASS). En 2012, la permanence a assuré près de 2000 consultations médicales pour environ 800 patients (dont 662 nouveaux), tandis que 2000 personnes ont été accueillies pour des entretiens d'ouvertures de droits. Des chiffres en constante progression depuis 2007. Les patients sont envoyés par les urgences hospitalières, les associations, l'Assurance maladie, mais rarement par les médecins généra-



Une première consultation à la PASS Rimbaud peut durer une heure. Un temps nécessaire pour dialoguer, comprendre le parcours du patient, expliquer le traitement médicamenteux, voire entamer un travail de prévention.

listes, qui connaissent encore mal la structure. « *Le bouche-à-oreille fonctionne bien, aussi* », conclut Dominique Grassineau. Pas étonnant dans l'actuel contexte de crise humanitaire.

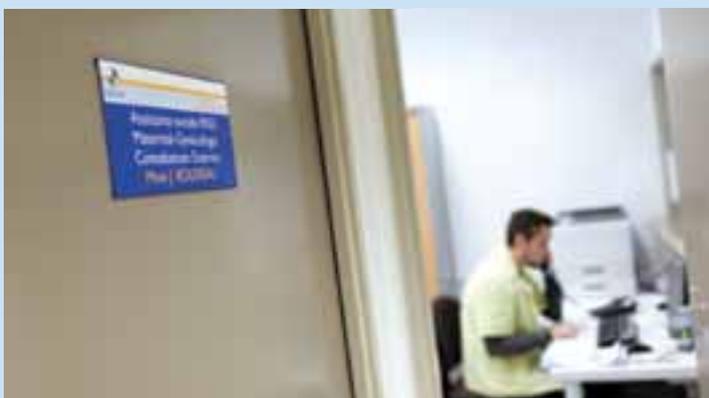
1. Assistance publique-Hôpitaux de Marseille.
2. Couverture maladie universelle, Aide médicale d'État, Fonds pour les soins urgents et vitaux.

+ D'INFOS

PASS Rimbaud de Marseille:
01 91 38 14 11
Collectif des PASS:
www.collectifpass.org



L'infirmière assure les soins paramédicaux.



Depuis novembre 2011, la permanence s'est installée dans de nouveaux locaux, plus fonctionnels. Consultation médicale, soins paramédicaux et ouverture de droits sont ainsi regroupés. Une organisation qui renforce la visibilité de la PASS dans l'hôpital.



Dr Dominique Grassineau, médecin généraliste urgentiste et coordonnatrice de la PASS Rimbaud de Marseille.

“ **Les médecins de ville doivent mieux nous connaître** ”

Témoignage

Grâce à une réorganisation de la structure en 2011, nous avons considérablement augmenté notre capacité d'accueil des publics démunis. Mais nous pouvons encore en recevoir davantage. Les permanences d'accès aux soins de santé sont encore peu connues car peu médiatisées. Elles répondent pourtant à une nécessité de terrain et comblent un maillon dans la chaîne de soins ville-hôpital. Leur finalité est double : éviter la rupture de soins, et réorienter vers les confrères en ville nos patients lorsqu'ils ont acquis leurs droits effectifs à la santé. Il est donc primordial que les médecins généralistes connaissent bien ces structures et n'hésitent pas à nous adresser leurs patients. Quelques semaines après, ils reviendront en règle. Par ailleurs, les PASS constituent une alternative aux nombreux recours inadaptés aux urgences hospitalières saturées et aux hospitalisations inutiles, et limitent les factures irrécouvrables des hôpitaux.

Drogue :

les salles de consommation supervisées font débat

Illégales en France, ces salles, qui s'adressent à un public de toxicomanes précarisés, seront expérimentées « dans le courant de l'année 2013 », selon la ministre de la Santé. Tandis que des projets sont à l'étude à Paris, Marseille et Bordeaux, les avis sur ce dispositif demeurent partagés.

Les dispositifs de réduction des risques existant en France (vente libre de seringues, Stéribox, traitements substitutifs, centres d'accueil et d'accompagnement...) ont fait leurs preuves en matière de diminution de certains risques associés à la consommation de drogues, en particulier la transmission du VIH. Mais une partie des toxicomanes, les plus précaires et les plus exclus, ne bénéficie pas de ces actions. Appelées centres d'injection supervisés, salles de consommation à moindres risques (SCMR) ou encore « salles de shoot », les salles de consommation doivent permettre à ces usagers de s'injecter leurs propres produits dans de bonnes conditions d'hygiène, par la mise à disposition de matériel stérile et la supervision d'un personnel qualifié. Elles existent déjà dans huit pays : Allemagne, Australie, Canada, Espagne, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas et Suisse.

EN CHIFFRES

Entre 210000 et 250000

C'est le nombre estimé de toxicomanes en France en 2006, consommateurs de drogues injectables ou utilisateurs réguliers d'opioïdes, de cocaïne et/ou d'amphétamines.

(Source : Inserm)

Refusé par le précédent gouvernement, ce dispositif suscite l'intérêt de l'actuel ministère de la Santé. Une étude de faisabilité pour une expérimentation dans deux ou trois villes, encore à déterminer, est en cours à la MILDT¹. Des questions techniques, juridiques et les critères de la future évaluation scientifique doivent être précisés.

Parmi les médecins, cette initiative ne fait pas l'unanimité. À l'instar de l'Académie nationale de médecine, le Cnom, qui n'a pas de position dogmatique sur le sujet, avait rendu en avril 2011 un avis défavorable à l'égard de ces centres d'injection supervisés. Après une nouvelle réflexion au sein de sa section santé publique, le conseil a confirmé ses réserves en décembre 2012, sans toutefois s'opposer à l'expérimentation. D'autres soignants se prononcent en faveur de ce type de structures.

1. MILDT : Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.

Bon à savoir

UN BILAN PLUTÔT POSITIF

Publiée en juin 2010, une expertise collective de l'Inserm montre que les centres d'injection supervisés (CIS) existant à l'étranger sont très fréquentés et répondent aux besoins des usagers à hauts risques. Ils permettent une diminution des overdoses, des abcès et autres maladies liées à l'injection et des comportements à risque de transmission du VIH/VHC.



DR

Dr Patrick Padovani

Il exerce la médecine générale à Marseille. Il est aussi adjoint au maire délégué aux personnes handicapées, sida, toxicomanie, comité d'hygiène et de sécurité, médecine du travail et plan Alzheimer. À ce titre, il accompagne une réflexion pour la mise en place de salles de consommation supervisées.



DR

Dr Agnès Bryn

Elle est médecin généraliste à Paris, maître de stage et enseignante à l'université. Elle pratique l'addictologie depuis vingt ans au sein de diverses structures : Médecins du monde, un Réseau ville-hôpital-VIH, un service spécialisé de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière et son cabinet.



DR

Dr Patrick Romestaing

Il est président de la section santé publique et démographie médicale du conseil national de l'Ordre des médecins. Médecin ORL et chirurgien de la face et du cou, il exerce à Lyon.

Est-il nécessaire de créer des salles de consommation de drogues supervisée en France ?

Dr Patrick Romestaing : Les patients toxicomanes doivent être pris en charge sur le plan sanitaire. Aujourd'hui, il existe déjà sur notre territoire 150 centres d'accompagnement et d'aide à la réduction des risques des usagers des drogues (Caarud), 500 centres de soins, d'accompagnement et de prévention à l'addiction (Csapa) et de nombreux réseaux spécialisés. Dès lors que ce maillage ne répond pas aux besoins de tous les usagers de drogues, son efficacité doit être renforcée. Mais le Cnom est très réservé à l'égard de la création de centres d'injection supervisée, qui lèvent un interdit, aux yeux des jeunes en particulier.

Dr Agnès Bryn : Dans une logique de prévention des risques et de reprise de lien social et médical, on ne peut laisser cette population exclue s'injecter n'importe quoi,

n'importe comment, dans les toilettes d'un bar ou entre deux voitures. *L'evidence-based medicine* (EBM) est en faveur de ces structures qui évitent des contaminations et des overdoses, et permettent d'apprendre aux toxicomanes comment s'injecter à moindre risque infectieux et en dégradant moins leurs veines. Ces espaces sont surtout des lieux d'accueil et de réinsertion pour ces usagers, avec si possible un relais vers des centres de sevrage.

Dr Patrick Padovani : Notre système actuel est schizophrène : la loi de 2004 autorise la distribution de matériel stérile, mais le produit et sa consommation sont interdits ; on envoie les gens faire leurs gestes dans la rue ou les halls d'immeuble. À l'issue d'un an et demi de travail, notre comité d'experts estime que ces salles pourraient accueillir entre 4000 et 5000 usagers par an à Marseille, toxicomanes anciens ou en grande précarité et publics migrants venant notamment d'Europe de l'Est. Ces personnes ne fréquentent pas les Caarud

et n'ont pas de réflexe de prévention ; elles constituent donc des facteurs de contamination pour le VIH, et surtout pour l'hépatite C.

Quels problèmes peuvent être soulevés quant au fonctionnement de ces salles ?

Dr Patrick Romestaing : La responsabilité du médecin présent dans le centre est en jeu : peut-il être à la fois témoin et, quelque part, complice d'un patient qui s'injecte, devant ses yeux, une drogue illicite ? En cas de problème et dès lors que le produit est inconnu, pourra-t-il apporter les soins nécessaires à l'utilisateur ? *Quid* si celui-ci décède dans le centre ? L'activité de deal va par ailleurs se développer autour de ces salles, posant un problème de sécurité publique. Quant au coût de ces structures, estimé par la MILDT¹ à environ 1 million d'euros par centre et par an, il paraît exorbitant dans le contexte actuel.

Dr Patrick Padovani : En évitant des contaminations, ces espaces ►►

Drogue : les salles de consommation supervisées font débat

Avec la participation de...



D^r Patrick Padovani, médecin généraliste à Marseille, adjoint au maire.

D^r Agnès Bryn, médecin généraliste à Paris, maître de stage et enseignante à l'université.

D^r Patrick Romestaing, président de la section santé publique et démographie médicale du conseil national de l'Ordre des médecins.

▶▶▶

s'inscrivent dans des politiques de santé publique et sont sources d'économies quand on sait le coût des comorbidités engendrées par les usages de drogues, pathologies aiguës dues à l'injection (lymphangite, abcès, pneumopathie...) et infections. Proposer des lieux d'accueil pour ces personnes contribuera par ailleurs à la tranquillité publique. Les professionnels devront s'inscrire dans les mêmes statuts que les Caarud, face aux responsabilités encourues. Quant aux usagers, ils devront respecter un cadre défini : à Marseille, ils devront être majeurs et connaître le produit qu'ils vont s'injecter, sniffer ou inhaler.

D^r Agnès Bryn : Le projet de Médecins du monde prévoit une analyse préalable du produit apporté par l'usager, afin de l'informer et d'éviter des injections hautement toxiques. C'est donc envisageable. En termes de sécurité publique, les expériences menées en Suisse et aux Pays-Bas montrent un apaisement dans les quartiers où sont implantées ces salles, avec notamment moins de seringues qui traînent. Et il est certain

que la prévention coûte moins cher que les traitements des maladies infectieuses et des overdoses en réa !

Les salles de consommation permettront-elles de réinsérer ces personnes dans un parcours de soins ?

D^r Agnès Bryn : L'enjeu est à la fois social et médical. Il s'agit de créer un lien de confiance avec les toxicomanes grâce aux psychologues et aux travailleurs sociaux, de leur éviter l'exclusion et la prison, et de les amener à une médicalisation des pathologies liées à la consommation de drogues : infectieuses, pulmonaires, vasculaires, cutanées, cardiaques... Avec, à la clé, l'arrêt du shoot et la substitution. Hormis des réticences d'ordre moral, qui s'étaient déjà exprimées aux débuts de l'utilisation de la méthadone et du subutex ou lors des premières distributions de seringues, je ne vois rien de négatif à ce dispositif.

D^r Patrick Padovani : L'expérimentation menée à Vancouver, où les salles reçoivent 300 000 visites par an, montre que 30 % des usagers entament une procédure de désintoxication. Les professionnels peuvent donc y faire changer des comportements, à condition que le nombre de lits d'accompagnement et de soins

de suite disponibles soit en rapport avec leurs efforts...

Quelles sont les conditions de réussite des expérimentations ?

D^r Patrick Romestaing :

Le Cnom comprend le désarroi de la population vivant dans certains quartiers à problèmes des grandes villes, et ne s'opposera pas à la création de salles de consommation en nombre très limité. Mais chacune de ces structures doit donner lieu à une évaluation sérieuse et approfondie. Le nombre de toxicomanes reçus et la proportion qui s'engage dans une démarche de soins, le nombre et la nature des accidents, l'action du personnel et les questions de responsabilité, les conséquences pour le quartier : tous ces paramètres doivent être examinés.

D^r Patrick Padovani : Un tel projet nécessite un consensus global et implique un comité de pilotage réunissant la police, la justice, le public visé, les comités de quartier... Le choix du lieu d'implantation des salles est délicat. À Marseille, nous prévoyons trois espaces : deux salles adossées à des Caarud dans le centre-ville et au sein de l'hôpital Sainte-Marguerite, et une troisième salle mobile dans un bus circulant dans le quartier nord. Chacune pourrait abriter entre 150 et 300 gestes par jour. L'expérimentation durera trois ans, et donnera bien sûr lieu à une évaluation.

CAHIER JURISPRATIQUE



N° 27 JANVIER - FÉVRIER 2013

- 14 Les sites d'exercice des sociétés d'exercice libéral
- 15 Le collaborateur médecin, salarié d'un service de santé au travail
- 16 L'accessibilité de votre local professionnel
- 18 Loi de programmation de l'exécution des peines
- 19 L'archivage numérique des examens radiologiques
- 20 Engagement thérapeutique, mode d'emploi



www.conseil-national.medecin.fr

Retrouvez votre information de référence sur le site de l'Ordre des médecins

- Vos informations réglementaires, juridiques et pratiques sur l'espace « Médecin »
- Les rapports et les publications de l'Ordre
- Les articles du code de déontologie et ses commentaires

Les sites d'exercice des sociétés d'exercice libéral

Depuis 2005, le conseil national de l'Ordre des médecins demandait au ministère de la Santé une modification de l'article R. 4113-23 du code de la santé publique relatif aux lieux d'exercice des sociétés d'exercice libéral (SEL), afin d'harmoniser la réglementation des lieux d'exercice des praticiens qui exercent à titre individuel, en SEL ou en SCP.

Ce qu'il faut retenir: le nombre de sites d'exercice d'une SEL que le conseil départemental peut autoriser n'est plus limité.

1. La condition d'implantation des sites d'exercice de la SEL dans des départements limitrophes entre eux est supprimée.

2. L'autorisation de site distinct d'exercice est demandée par la SEL, et pour son compte, au conseil départemental du lieu d'implantation du site.

3. La demande d'inscription d'une société dont les statuts communiqués comportent plus d'un site doit être accompagnée d'une demande d'autorisation d'exercice en sites multiples. Si tel n'est pas le cas, il appartient au conseil départemental de l'Ordre de la réclamer ou, le cas échéant, de s'assurer qu'elle a été présentée au conseil départemental compétent (infra n° 5) Le demandeur doit fournir toutes les informations utiles sur la justification du site.

4. Lorsque la société est déjà inscrite, elle adresse la demande d'autorisation au conseil départemental compétent et l'accompagne du projet de statuts modifiés.

5. Le conseil départemental, dans le ressort duquel se situe l'activité envisagée, rendra sa décision sur la base des critères qu'il utilise déjà pour l'exercice à titre individuel (R. 4127-85 du code de la santé publique).

6. Si ce conseil départemental est différent du conseil départemental au tableau duquel la société est inscrite, il devra informer ce dernier conseil de la demande d'autorisation et de ses suites. Pour une bonne articulation entre les 2 conseils, le conseil départemental du lieu d'inscription doit s'assurer, quand il reçoit les statuts initiaux ou les statuts modifiés, que le conseil départemental où se trouve le site à autoriser a bien reçu ou va bien recevoir la demande d'autorisation.

7. C'est en effet cette autorisation qui permet l'exercice de la société sur le site, et non plus l'approbation par le conseil du lieu d'inscription des statuts initiaux ou des statuts modifiés. Ceci est d'ailleurs également le cas quand le site à autoriser est implanté dans le département d'inscription

8. Ce n'est qu'une fois l'autorisation acquise que le conseil départemental du lieu d'inscription pourra entériner les statuts.

9. Les sites d'exercice des SEL doivent en effet toujours figurer dans les statuts conformément aux statuts types adoptés par le conseil national de l'Ordre des médecins.

10. Le recours contre le refus d'accorder un site distinct ou contre l'autorisation donnée sera porté devant le conseil national de l'Ordre des médecins (commission des appels en matière administrative). Il ne s'agit plus d'un recours en matière d'inscription porté devant le conseil régional.

11. L'autorisation d'exercer sur un site peut être retirée si les conditions ne sont plus réunies, de la même manière qu'en vertu de la réglementation précédemment en vigueur l'inscription d'une société disposant de plusieurs sites pouvait être remise en cause si les conditions n'étaient plus réunies.

12. La réglementation n'a pas pour effet de remettre en cause les autorisations antérieurement données par le conseil départemental du lieu d'inscription de la SEL, au titre de l'approbation des modifications statutaires.

13. La nouvelle réglementation s'applique aux demandes déposées à compter de l'entrée en vigueur du présent décret, soit le 20 juillet 2012.

Il en résulte que les demandes déposées antérieurement sont toujours régies par les dispositions précédemment en vigueur. Bien entendu, le demandeur dispose de la possibilité de présenter une nouvelle demande sur la base de la nouvelle réglementation.

Section Exercice professionnel du Cnom

METTEZ À JOUR VOS INFORMATIONS !

Le conseil national de l'Ordre des médecins a lancé une vaste opération qualifiée sur le tableau des sociétés d'exercice SCP et SEL. Assurez-vous que vous avez bien communiqué à votre conseil départemental des informations actualisées sur les associés exerçant dans votre structure, vos sites d'exercice et vos statuts. Cette mise à jour peut vous éviter des difficultés de facturation avec l'assurance maladie.

Le collaborateur médecin, salarié d'un service de santé au travail

Conformément à l'article R. 4623-25 du code de travail, les services de santé au travail peuvent recruter, depuis le 1^{er} juillet 2012, des collaborateurs médecins non encore qualifiés comme médecins spécialistes en médecine du travail, à condition que ces médecins s'engagent dans une formation leur permettant de prétendre à la qualification ordinale.

Un DIU « Pratiques médicales en santé au travail pour la formation des collaborateurs médecins ».

La mise en place de ce dispositif a nécessité, avant qu'il ne devienne opérationnel, la création d'un DIU par le Collège des enseignants hospitalo-universitaires en médecine du travail (CEHUMT). Ce DIU est aujourd'hui finalisé à l'issue d'une concertation élargie et prendra le titre de « Pratiques médicales en santé au travail pour la formation des collaborateurs médecins ». Il sera, le cas échéant, dédoublé en deux niveaux : niveau 1 et niveau 2. Il sera accessible aux médecins justifiant d'au moins cinq années d'inscription au tableau d'un conseil de l'Ordre des médecins.

Le DIU ne pourra être effectivement mis en place avant l'année universitaire 2013-2014 pour des raisons liées au fonctionnement des universités.

Un dispositif transitoire de FMC intitulé « Action initiale pour la formation qualifiante, pratique médicale en santé au travail pour la formation des collaborateurs médecins de niveau 1 ».

Dans cette attente et, dès le 1^{er} décembre 2012, un certain nombre de facultés, sous l'impulsion de leurs enseignants responsables de la médecine du travail, proposeront une action de FMC intitulée « Action initiale pour la formation qualifiante, pratique médicale en santé au travail pour la formation

des collaborateurs médecins de niveau 1 ». Il s'agit d'un dispositif transitoire qui s'éteindra en 2013. Les médecins qui s'inscriront à cette formation s'engageront à s'inscrire au DIU dès l'année universitaire 2013-2014.

Cette action de FMC (de même que le DIU ensuite) ne sera ouverte qu'aux médecins disposant d'une promesse d'embauche d'un service de santé au travail puis d'un contrat de collaborateur médecin au sens de l'article R. 4623-25 du code du travail.

Un modèle de contrat élaboré par l'Ordre des médecins

Le conseil national de l'Ordre des médecins a élaboré un modèle de contrat qui pourra être utilisé pour le recrutement du collaborateur médecin. Ce document est disponible sur le site du conseil national de l'Ordre des médecins : www.conseil-national.medecin.fr

Le statut de collaborateur médecin permettra de recruter de nouveaux médecins dans les services, mais aussi de régulariser la situation de médecins qui aujourd'hui exercent illégalement la médecine du travail (en particulier les médecins diplômés du master complémentaire de médecin du travail de l'université de Louvain).

Section Exercice professionnel du Cnom

RÉFÉRENCES

► Circulaire DGT n° 13 du 9 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de médecine du travail et des services de santé du travail, modèle de contrat de collaborateur médecin. Elle fait le point sur les conditions de recrutement et le champ d'activité des collaborateurs médecins dans les services.

► Articles R. 4623-25 et R. 4623-2 du code du travail.

L'accessibilité de votre local professionnel

Selon la loi du 11 février 2005, les établissements recevant du public (ERP) existant avant le 1^{er} janvier 2007, dont les locaux des professionnels de santé, doivent impérativement être accessibles aux personnes handicapées d'ici le 1^{er} janvier 2015.

Pour les professions libérales qui ont créé leur ERP entre le 1^{er} janvier 2007 et le 31 décembre 2010 dans un ancien logement, la mise en accessibilité devait être réalisée au 1^{er} janvier 2011. Les autres ERP créés entre 2007 et 2010 par changement de destination à partir de locaux autres que d'habitation (par exemple, à partir d'un entrepôt) ainsi que les ERP construits depuis 2007 devaient immédiatement respecter les prescriptions techniques d'accessibilité. Tout ERP actuellement créé par changement de destination doit être accessible immédiatement.

Quelles sont les démarches à respecter afin de s'assurer du respect de la loi du 11 février 2005 ?

1^{er} CAS

Si les travaux ne nécessitent pas l'obtention d'un permis de construire, 2 situations sont possibles.

➤ Les travaux ne font pas l'objet d'une demande de déclaration préalable de travaux au titre du code de l'urbanisme (par exemple, modification de l'agencement intérieur du local).

OU

➤ Les travaux font l'objet d'une demande de déclaration préalable de travaux au titre du code de l'urbanisme (par exemple, modification de la porte d'entrée).

Il faut obtenir, dans tous les cas, une autorisation dite de construire, d'aménager ou de modifier un ERP (appelée communément autorisation de travaux, au titre du code de la construction et de l'habitation). L'annexe 1 présente le circuit administratif de l'autorisation de construire, d'aménager ou de modifier un ERP lorsqu'il n'est pas nécessaire de déposer un permis de construire.

2^e CAS

Si les travaux nécessitent l'obtention d'un permis de construire ou d'aménager.

Le permis de construire ou d'aménager vaut autorisation de travaux notamment chargée de vérifier la conformité de l'opération à la loi du 11 février 2005. L'annexe 2 présente le circuit administratif de l'autorisation de construire, d'aménager ou de modifier un ERP lorsque la nature des travaux nécessite de déposer un permis de construire.

Dans les deux cas, permis de construire ou autorisation de création, d'aménagement ou de modification d'un ERP (autorisation de travaux), la demande est à déposer auprès de la mairie du lieu où se situe l'ERP.

Il convient d'utiliser :

- soit le formulaire Cerfa n° 13824 intitulé « Demande d'autorisation de construire, d'aménager ou de modifier un établissement recevant du public », lorsque les travaux ne sont pas soumis à permis de construire (www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_13824.do);
- soit le dossier spécifique à joindre à une demande de permis de construire (www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/getNotice.do?cerfaNotice=annexe&cerfaFormulaire=13409).

Dans quels cas et comment obtenir une dérogation ?

Les établissements recevant du public existants ainsi que les ERP créés par changement de destination peuvent obtenir une dérogation aux règles d'accessibilité aux personnes handicapées.

Ces dérogations ne sont pas générales : elles portent sur une ou plusieurs prescriptions techniques d'accessibilité.

Pour les ERP existants, les dérogations sont accordées par le préfet sur avis conforme de la commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité.

Motifs de demande de dérogation

Trois motifs de dérogation sont prévus par la loi :

- Impossibilité technique liée à l'environnement ou à la structure du bâtiment
- Préservation du patrimoine architectural
- Disproportion manifeste entre la mise en accessibilité et ses conséquences.

Dérogation et mesure de substitution

Lorsque la structure (l'ERP) dans laquelle vous

Quelques cas particuliers

Si votre local est implanté dans un centre commercial

Les règles communes s'appliquent. Seule différence : la catégorie de l'ERP du professionnel de santé sera celle du centre commercial (généralement classé en 1^{re} catégorie, ce qui signifie que chaque m² du local du professionnel de santé doit être rendu accessible).

Si votre cabinet est implanté dans une copropriété

Un cabinet médical ou paramédical situé dans une copropriété doit également être mis en accessibilité, depuis la voirie publique jusqu'aux différentes pièces du cabinet. Les copropriétés sont des bâtiments d'habitation collectifs et doivent, en matière d'accessibilité, respecter les dispositions des articles R. 111-18-8 et R. 111-18-9 du code de la construction et de l'habitation. Les travaux d'accessibilité sont décidés et réalisés dans le respect des textes fixant le statut de la copropriété : loi n° 65-557 du 10 juillet 1965 et décret n° 67-223 du 17 mars 1967.

exercer assure une mission de service public, comme cela peut être le cas, par exemple, de la permanence des soins pour une maison de santé, un centre de santé, une maison médicale de garde ou une officine de pharmacie, les demandes de dérogation doivent obligatoirement être accompagnées de mesures de substitution.

Dans les autres cas, des mesures de substitution ne sont pas obligatoires à l'appui de votre demande de dérogation faite au préfet, mais elles pourront argumenter favorablement celle-ci.

À retenir : les dérogations aux règles d'accessibilité sont pérennes.

Procédure

Les demandes de dérogation, les demandes d'application des normes techniques spécifiques en cas de présence d'éléments participant à la solidité du bâtiment et les demandes d'autorisation pour réaliser des travaux dans un établissement existant se font par l'intermédiaire d'un formulaire Cerfa :

› le formulaire Cerfa n° 13824 intitulé « Demande d'autorisation de construire, d'aménager ou de modifier un établissement recevant du public », lorsque les travaux ne sont pas soumis à un permis de construire (www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_13824.do);

› ou le dossier spécifique à joindre à une demande de permis de construire (www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/getNotice.do?cerfa

Si vous êtes locataire de votre local

La loi ne précise pas qui, entre le locataire et le propriétaire, doit payer les travaux de mise en accessibilité des établissements recevant du public. Il convient de se reporter au bail pour identifier les responsabilités respectives de chacun. Dans un premier temps, il convient de prendre contact avec le propriétaire pour convenir des modalités de prise en charge et de réalisation des travaux.

En cas de refus de réalisation des travaux, si le local est dans une copropriété, deux situations peuvent se présenter :

- › un refus du propriétaire qui peut être déféré devant le TGI, le refus du juge ouvre alors la possibilité de demande de dérogation;
- › le propriétaire accepte, mais la copropriété refuse : les actions à mener sont identiques au cas précédent. En cas de refus de prise en charge financière des travaux par le propriétaire, le locataire peut s'y substituer. Toutefois, s'il apparaît une disproportion manifeste entre le coût des aménagements et le résultat obtenu, il est possible de présenter une demande de dérogation aux règles d'accessibilité.

[Notice=annexe&cerfaFormulaire=13409](#).

Le formulaire renseigné doit être déposé au secrétariat de la mairie où est implanté le local du professionnel de santé.

La direction départementale des territoires et de la mer (www.developpement-durable.gouv.fr/-Contactez-le-correspondant-.html) est disponible pour tout conseil réglementaire ou technique, notamment pour indiquer les informations précises souhaitées par la commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité (qui examine toutes les demandes d'autorisation de travaux et toutes les demandes de dérogation).

Diagnostic

La quasi-totalité des cabinets médicaux appartient à la 5^e catégorie. Les ERP des 1^{re} à 4^e catégories doivent réaliser un diagnostic d'accessibilité : celui-ci a pour objectif d'analyser l'établissement au regard de ses obligations d'accessibilité et d'établir, à titre indicatif, une estimation du coût des travaux nécessaires.

+ D'INFOS

› Consulter le guide « Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité, être prêt pour le 1^{er} janvier 2015 », édité par le ministère de la Santé et le ministère de l'Écologie, avec la contribution du conseil national de l'Ordre des médecins.

Loi de programmation relative à l'exécution des peines

La loi de programmation relative à l'exécution des peines est parue au JO le 27 mars 2012. Aucune disposition ne prévoit que le médecin traitant communique des attestations de suivi au juge d'application des peines.

Les avancées de cette loi

Les avancées obtenues par cette loi dans le domaine sanitaire se limitent à deux points:

- › l'absence de transmission directe d'attestation de suivi du traitement par les soignants en milieu pénitentiaire au juge d'application des peines (JAP). Ces attestations sont remises à intervalles réguliers à la personne détenue pour lui permettre de justifier auprès du JAP le suivi;
- › la possibilité pour les psychiatres hospitaliers de consacrer une partie de leur temps de service hospitalier pour réaliser des expertises ordonnées par un magistrat dans le cadre d'une procédure pénale. Cette disposition, existant de longue date puis abolie par la loi HPST (hôpital, patients, santé, territoires) en 2009, n'était pas prévue dans le projet de loi mais a été ajoutée par les sénateurs et acceptée par les députés. En l'absence de rétablissement de cette mesure, les procédures pénales risquaient de se trouver paralysées par l'incapacité des experts à mener leurs missions.

Les dispositions qui posent problème

Les dispositions retenues et pourtant récusées par les professionnels sont les suivantes:

› Le médecin traitant de la **personne condamnée** pour une infraction pour laquelle un **suivi socio-judiciaire** est **encouru** doit lui délivrer **au moins une fois par trimestre** des attestations indiquant si le traitement proposé par le juge d'application des peines est suivi de manière régulière. Ces modalités interpellent les professionnels de santé qui interviennent en milieu pénitentiaire, notamment sur les points suivants:

- automatisation infraction = soin et non indication médicalement posées et proposées, le plus souvent sans expertise médicale préalable;
- discordance entre les critères d'appréciations médicaux et judiciaires de la régularité d'un traitement;
- détournement de l'absence d'obligations de

soins en prison (incitation aux soins pour obtenir des réductions de peine), invalidant la portée de l'efficacité des soins.

- Insuffisance fréquente des moyens pour assurer un suivi médical régulier des patients.

Ces arguments ont été développés techniquement de manière très précise par les diverses associations de professionnels de santé intervenant en milieu pénitentiaire sans rencontrer l'assentiment des parlementaires, qui semblent se considérer plus compétents que les soignants pour déterminer les modalités d'un traitement tout en ne tenant pas compte du contexte sanitaire des prisons qu'ils semblent méconnaître.

La loi prévoit 2 cas (distinction entre injonction de soins qui ne prend effet qu'à la sortie de détention et incitation aux soins pendant la détention):

1. la personne condamnée à une peine d'emprisonnement avec un suivi socio-judiciaire comprenant une injonction de soins;
2. la personne condamnée pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru et à qui le JAP propose de suivre un traitement pendant la durée de sa détention si un médecin estime que cette personne est susceptible de faire l'objet d'un traitement.

Dans les 2 cas, il y a un contrôle judiciaire du suivi du traitement: le médecin traitant délivre à la personne condamnée, au moins une fois par trimestre, des attestations indiquant si elle suit ou non de façon régulière le traitement proposé par le JAP. La personne condamnée remet ces attestations au JAP, afin que celui-ci puisse se prononcer sur le retrait des réductions de peine, l'octroi de réductions de peine supplémentaires ou l'octroi d'une libération conditionnelle (art. 717-1 CPP).

› Un contrat d'engagement relatif à la prise en charge psychiatrique des personnes placées sous main de justice est créé pour les internes qui accepteront, dès leur installation professionnelle, des missions d'expertise psychiatrique ou de médecins coordonnateurs (pour pallier la pénurie médicale dans ces domaines d'exercice professionnel). Les professionnels concernés, y compris les internes, ont manifesté leur opposition à ce contrat. Les internes en cours d'apprentissage de la psychiatrie ne sont pas en mesure de se déterminer pour exercer ces missions qui nécessitent un

temps d'exercice minimal avant de s'engager dans ce domaine psychiatrique très spécialisé.

Une **disposition proposée par les sénateurs, non prévue dans le projet initial, a été rejetée par les députés** alors que cette mesure avait fait l'objet d'un consensus sénatorial en 2010: il s'agit de la diminution de la sanction pénale pour les sujets reconnus pénalement responsables d'une infraction mais présentant une altération de leur discernement du fait d'une pathologie mentale.

Ce point très technique, mais fondamental quand on considère la manière dont une société envisage le traitement des personnes souffrant d'une maladie mentale, résume à lui seul les contradictions des pouvoirs publics et donc l'analyse qui peut être faite de cette nouvelle loi « sécuritaire ».

Cette disposition avait fait l'objet d'une proposition de loi votée à l'unanimité en 2010 par les sénateurs (sauf une voix contre, comme le note un député: « *J'étais rapporteur de la proposition de loi Lecerf. Nous avions entendu tous les acteurs, les conclusions de notre mission étaient consensuelles. La proposition de loi a*

été votée à l'unanimité, avec l'opposition de la seule M^{me} Berra, qui nous est apparue quelque peu décalée » (séance au Sénat du 1^{er} février 2012). Le Sénat actuel, à majorité de gauche, propose de reprendre cette disposition, à l'origine du Sénat à majorité de droite mais repoussée par l'actuel garde des sceaux pour les raisons suivantes: « *Imagine-t-on que l'auteur de crimes odieux puisse échapper à la réclusion, alors que la Cour d'assises l'estime justifiée?* » réfutant ainsi les propositions émanant de sa propre majorité politique.

Ces incohérences invalident de nombreuses dispositions de cette loi, encore adoptée en procédure accélérée, ne tenant pas compte des réalités pratiques et pour lesquelles il faut espérer **une réécriture radicale** et cohérente hors la mesure prévue pour les expertises.

» **ASPMP (Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire), APSEP (Association des professionnels de santé exerçant en prison) et l'ARTAAS (Association pour la recherche et le traitement des auteurs d'agression sexuelle).**

Section Éthique et déontologie du Cnom

L'archivage numérique des examens radiologiques

Plusieurs patients et conseils départementaux de l'Ordre des médecins ont fait part au conseil national des difficultés rencontrées avec des radiologues à propos de l'archivage numérique des examens d'imagerie médicale.

Suite à l'annulation par le Conseil d'État de l'article 4 de l'avenant n° 24 relatif à l'option d'archivage, des radiologues ont malgré tout continué de proposer à leurs patients cet archivage numérique moyennant une contribution financière afin d'assurer la bonne conservation des clichés.

Toutefois, il s'avère que lorsqu'un patient refuse de payer ce supplément pour archivage, certains radiologues refusent de pratiquer l'examen demandé, voire facturent tout de même le supplément à l'insu du patient.

Il convient donc de rappeler que lorsque le patient refuse de payer le supplément, cela ne fait pas obstacle à la réalisation de l'examen radiologique mais, en revanche, l'archivage numérique n'aura pas lieu.

Le médecin radiologue doit alors remettre au patient les images radiologiques sur le support le plus adapté à sa prise en charge.

Engagement thérapeutique, mode d'emploi

Adopté par le conseil national de l'Ordre des médecins le 11 octobre dernier, le protocole d'« engagement thérapeutique » vise à mettre sous surveillance médicale des médecins atteints de problèmes d'addiction susceptibles d'altérer la qualité de leur exercice. Ce dispositif a été initialement proposé par l'Association de promotion des soins aux soignants (APSS), cofondée par l'Ordre.

Ce texte, adopté par le conseil national de l'Ordre, est conforme à la déontologie médicale et respectueux des responsabilités ordinaires. Il s'applique à la prise en charge des médecins dont l'état pathologique, lié à une addiction, rend potentiellement dangereux l'exercice médical. Ce protocole articule la responsabilité ordinaire, qui consiste à accompagner un confrère dans une alternative où

se conjuguent prise en charge thérapeutique et préservation de la qualité de l'exercice médical, et la contrepartie socio-économique proposée par la Caisse autonome de retraite des médecins français (Carmf). Il s'agit, en l'espèce, de la prise en charge de tout ou partie du délai de carence (90 jours) de versement des indemnités journalières. Le protocole est mis en place après examen du dossier du médecin bénéficiaire du protocole par la commission du fonds d'action sociale de la Carmf. Dans l'intérêt du dispositif, le conseil national a demandé que la Carmf étudie les dossiers dans les 30 jours qui suivent la réception à la Caisse du protocole d'engagement thérapeutique.

+ D'INFOS

► Pour contacter l'APSS
0 810 00 33 33 - www.apss-sante.fr

Modèle de protocole d'« engagement thérapeutique »

Article 1

Le docteur X... reconnaît que son état de santé nécessite des soins spécialisés et a librement choisi de souscrire au protocole ci-dessous exposé. Il a été reçu par le conseil départemental de l'Ordre des médecins et informé de la mise en œuvre des dispositions de l'article R. 4124-3 du code de la santé publique.

Article 2

Le docteur X... choisit son thérapeute sur une liste de praticiens fournie par l'APSS et ayant suivi une formation appropriée à la prise en charge des soignants.

En cas d'hospitalisation, il portera son choix sur l'un des établissements ayant adhéré au programme de l'APSS.

Article 3

Le docteur X... s'engage à consulter régulièrement son thérapeute et à interrompre son activité professionnelle à compter de la signature de la présente convention.

Article 4

Le docteur X... informera régulièrement le président du conseil départemental de l'Ordre ou son représentant de son suivi en communiquant les attestations du thérapeute. Le défaut de communication de l'attestation de suivi constitue un manquement à l'engagement thérapeutique souscrit ce jour.

Le docteur X... autorise le conseil départemental à contacter, en tant que de besoin et en particulier en l'absence d'attestation de suivi, les référents familiaux qu'il aura désignés.

Article 5

En contrepartie des engagements pris par le docteur X..., la Carmf (fonds d'action sociale), en sa qualité de membre de l'APSS, s'est engagée à prendre tout ou partie du délai de carence de 90 jours après examen du dossier auquel sera joint le présent engagement.

Article 6

Le présent engagement prend fin au jour de la notification au docteur X... de la décision rendue par la formation restreinte du conseil régional en vertu des dispositions de l'article R. 4124-3 du code de la santé publique.

Si le docteur X... est suspendu de son droit d'exercer, il s'engage à renouveler les termes du présent engagement.

Si la décision rendue ne prévoit pas la suspension du droit d'exercer, le docteur X... s'engage à ne reprendre son activité qu'après concertation avec son thérapeute et à en informer sans délai le conseil départemental de l'Ordre.

Signatures

Retour sur la conférence francophone des Ordres des médecins 2012

La conférence francophone des Ordres des médecins s'est réunie en assemblée générale à Paris le 24 novembre dernier. L'occasion de débattre et d'échanger autour de thèmes majeurs pour l'avenir de la médecine.

Tous les membres de la conférence francophone étaient représentés lors de cette assemblée générale 2012 de la conférence francophone des Ordres des médecins¹. Chacun a pu s'exprimer, donner son point de vue, débattre. L'ordre du jour était très riche et très varié, et les sujets ont été abordés sans animosité mais avec dignité.

• **Les enjeux de la médecine alternative et de la médecine traditionnelle.** Ces pratiques n'ont pas fait leurs preuves d'un point de vue scientifique et ne se substitueront jamais à la médecine conventionnelle. Elles peuvent toutefois être utilisées en complément, à condition que le patient soit dûment informé et en sécurité. En outre, il faut un enseignement validé des médecines alternatives afin d'éviter toute dérive sectaire.

• **Règles déontologiques.** Le président de l'Ordre des médecins de Côte d'Ivoire a présenté un code de déontologie commun à l'ensemble des pays de l'Afrique de l'Ouest. Les pays européens préfèrent, eux, partager des « recommandations déontologiques », considérant que la déontologie est l'expression législative de l'universalité de l'éthique.

• **Télé médecine et déontologie.** La télé médecine nécessite des règles déontologiques : responsabilité de l'acte, valorisation de l'acte, traçabilité des informations échangées, respect du secret médical... Un groupe de réflexion s'est constitué au sein de la francophonie pour approfondir la question des règles déontologiques et de la télé médecine.

• **Cheminement des plaintes contre les médecins.**

La France est très attachée au respect de la présomption d'innocence. D'autres pays comme la Belgique, le Luxembourg, les pays d'Afrique plaident pour la mise en place d'un mécanisme d'alerte au bénéfice des patients sans jeter le discrédit sur le médecin mis en cause.

• **Le président du conseil national de l'Ordre du Mali** est venu présenter l'aide médicale apportée par l'Ordre malien aux insurgés de son pays ainsi qu'aux civils en souffrance, sans considérations politiques.

• **La question des soins en fin de vie.** Les pratiques et les cultures sont très différentes face à la fin de vie : la Suisse autorise le suicide assisté dans des cliniques, la Belgique et

le Luxembourg défendent l'euthanasie active, la France condamne l'acharnement thérapeutique et les pays d'Afrique valorisent les rites et les traditions pour accueillir la fin de vie. La loi Léonetti votée en France semble toutefois avoir fortement imprégné l'ensemble de la francophonie. Enfin, deux derniers thèmes ont également été abordés : le rôle des assurances pour le médecin et l'indemnisation des victimes. Cette réunion a montré que le conseil national de l'Ordre devenait le véritable fer de lance de l'espace francophone médical. « *Nous sommes désormais systématiquement consultés sur tous les sujets déontologiques à l'échelle internationale. Une chose est sûre : l'influence du conseil national de l'Ordre est croissante au niveau des instances médicales mondiales, comme la conférence francophone des Ordres des médecins, le conseil européen des Ordres des médecins ou l'Association médicale mondiale* », a conclu le Dr Xavier Deau, vice-président du conseil national de l'Ordre des médecins.

1. Pays présents lors de cette assemblée générale : Algérie, Belgique, Brésil, Cameroun, Canada, Centre Afrique, Côte d'Ivoire, France, Gabon, Haïti, Luxembourg, Madagascar, Mali, Maroc, Sénégal, Suisse, Tunisie, Tchad.

+ D'INFOS

- www.conseil-national.medecin.fr/rerelations-internationales-1211
- www.ceom-ecmo.eu



Créer la confiance dans le numérique en santé

Transformation de la relation médecin-patient, mutation de la prise en charge médicale, évolution des modes de coopération... Les possibilités offertes par le numérique semblent infinies, mais les risques qui en découlent aussi. Retour sur le colloque « Éthique dans les usages du numérique en santé », organisé par le conseil national de l'Ordre, le 14 novembre 2012.



« **L**e déploiement des technologies de l'information et de la communication doit optimiser la performance du système de santé et obéir aux principes éthiques de bienfaisance envers la personne », a souligné le D^r Jacques Lucas, vice-président du conseil national de l'Ordre des médecins chargé des systèmes d'information en santé, en introduction de cette journée consacrée aux usages du numérique en santé. « Les médecins ont toujours intégré avec prudence les innovations apportées par le progrès des sciences et

des technologies à leur pratique professionnelle », a renchéri le D^r Legmann, président du Cnom. Une chose est sûre, indique le D^r Lucas : « les technologies doivent répondre aux besoins concrets des patients et des professionnels dans toutes leurs dimensions : médicale, médico-sociale et humaine. Leur utilisation doit s'effectuer en conformité avec les

grands principes de la déontologie médicale, indispensables pour éviter les possibles dérives et préserver la singularité humaniste de la relation médecin-patient ».

D^r Google et cyberpatients sur la Toile

Avec l'utilisation massive du Web et des réseaux sociaux, la rela-

POINT DE VUE de l'Ordre



« En matière d'e-santé, nous voulons une déontologie ancrée dans la pratique »

D^r Jacques Lucas, délégué général aux systèmes d'information en santé

Le conseil de l'Ordre estime que l'éthique et la déontologie se déclinent dans les réalités du quotidien. Nous incitons donc les médecins à créer leur site, à s'engager sur le Web, à affirmer leur présence sur Twitter et à y être présents à visage découvert. Par ailleurs, il nous semble qu'actuellement les projets nationaux concernant l'informatisation de la santé ont donné lieu à une certaine dispersion. Nous estimons qu'il est nécessaire de définir des priorités. Nous pensons qu'il doit y avoir un conseil national stratégique des systèmes d'information devant réunir, sous le pilotage du ministère de la Santé, les autres ministères (Économie numérique, Industrie, Recherche...), ainsi que les représentants des médecins et des autres professions de santé, les représentants des patients, de l'Assurance maladie, des assureurs complémentaires, etc.

Nous craignons également qu'un système d'information se déploie autour du secteur hospitalier et un autre autour du secteur libéral, ce qui ajouterait une fracture numérique. Or il n'y aura pas de développement médico-économique vertueux si les technologies de l'information et de la communication sont utilisées en silo. Enfin, le financement de l'e-santé, y compris dans le cadre des dispositifs médicaux, doit être performant et pérenne pour ne pas rester dans une déontologie incantatoire laissant le financeur maître du jeu. Si des outils télé-médicaux sont mis en place pour la prise en charge des patients, ils ne doivent pas cesser de fonctionner par manque d'argent. Nous appelons également à un débat public sur la protection des données personnelles de santé et la sécurité des systèmes d'information.





« Certains peuvent considérer Internet comme vecteur de désinformation, mais, lors des polémiques sur la grippe H1N1 ou le Mediator, nous avons constaté que, globalement, Internet donnait des réponses satisfaisantes. Ces éléments ont même provoqué une grave crise de conscience du public vis-à-vis de l'expertise. Les experts estiment que leur

statut, leur reconnaissance universitaire ou politique leur donnent le droit d'être crus, ce qui n'est pas le cas en réalité. Avec la médecine 2.0, une horizontalité est en train de s'installer : chez les patients, comme chez les médecins. Nous pouvons ainsi élaborer des formes de connaissance qui se révèlent plus fiables et plus solides que l'information officielle émanant de l'expert. »

Dominique Dupagne, médecin généraliste et créateur du forum « atoute.org »



tion médecin-patient évolue. Elle tend vers un nouvel équilibre et donne lieu à de nouvelles formes de « dialogue connecté ». Plus autonome, le malade va chercher les informations qui lui manquent ou qu'il n'a pas comprises lors de la consultation. Il s'implique davantage dans son parcours de soin, amenant le professionnel à l'écouter davantage et à mieux prendre en compte son opinion. Lieux de partage d'informations par excellence, les forums de discussion permettent aux personnes souffrant

d'une même affection de comparer leur situation, d'échanger sur leur traitement, d'anticiper l'évolution de la maladie. On assiste actuellement à la naissance d'un « e-patient ». Cela transforme la relation soignant-soigné. En témoigne le parcours personnel de Catherine Cerisey, qui a créé le blog « Après mon cancer du sein » pour échanger avec d'autres femmes atteintes et leur donner de l'espoir. En témoigne également l'expérience de Jean-Michel Billaut, auteur du blog « à très haut débit et en 2.0 naturellement ». Franck Chauvin, du Haut Conseil de la santé publique, distingue d'ailleurs plusieurs stades dans l'engagement des patients : stades d'information, de consultation, d'implication, de collaboration et enfin d'*empowerment*, qui rééquilibre la relation avec le médecin. « Cette entrée dans l'ère informatique est absolument incontournable. Si elle comporte parfois des effets délétères, il faut

également constater les effets positifs », a estimé, pour sa part, le Dr François Stefani, conseiller national de l'Ordre.

Professionnels de santé sur le Web : pour quoi faire ?

Selon une étude de la Haute Autorité de santé présentée par Hervé Nabarette, responsable du service qualité de l'information médicale à la HAS, 77 % des généralistes interrogés jugent que discuter avec leur patient des informations trouvées sur le Web peut parasiter la consultation. En cause : les multiples réponses trouvées sur Internet, qu'elles soient exactes ou erronées, les questions qu'elles suscitent et les explications qu'elles génèrent. Mais, pour 26 % des médecins, le Web est un allié car il permet un dialogue constructif. Certains praticiens sont même très présents sur les réseaux sociaux, comme le Dr Jean Marie Vailloud (blog « grangeblanche.com »), qui en souligne les effets positifs. Telle est également l'analyse du Dr Jacqueline Rossant-Lumbroso, conseillère nationale de l'Ordre : « *Twitter constitue avant tout un espace public d'échanges entre médecins, sur le blog on se raconte, on propose un avis.* » Cependant, les interventions des médecins se font souvent sous le couvert d'un pseudonyme. C'est un bon moyen pour protéger le secret médical, mais c'est aussi un handicap en matière de confiance : comment savoir si derrière le nom d'emprunt, il s'agit bien d'un médecin ?

Pour contourner cette difficulté, Benjamin Sarfati, chirurgien à Paris, a cofondé « meltingdoc.com » avec Guillaume Karsenti. C'est un espace d'échanges sécurisé et réservé aux médecins. « *Nous pouvons poser une question sur ce réseau, et la*

communauté des confrères peut y répondre. Cette intelligence collective nous permet d'améliorer la prise en charge de nos patients », explique-t-il. Les nouvelles technologies permettraient donc d'améliorer la qualité des prises en charge et de renforcer la coopération entre les médecins et autres professionnels de santé. De son côté, Loïc Étienne, médecin urgentiste, a fondé le blog « Zeblogsanté ». « Je suis médecin urgentiste et je ne revois donc pas les patients. Le fait, par l'intermédiaire du blog, de recevoir des questions m'a permis de constater un nouvel intérêt à mon métier. Les patients ont beaucoup à nous apprendre, ce qui constituera le point de départ de la médecine 3.0. »

Un GPS santé pour s'orienter dans le système de soins et sur le Web santé

La Mutualité française, représentée par son président Étienne Caniard, et l'Assurance maladie, représentée par Bruno Delforge, directeur de la direction des assurés de la Cnamts, ont ouvert leurs sites institutionnels d'information et/ou de prévention : « Priorité santé mutualiste » pour l'une et Ameli.fr pour l'autre. La société privée Vidal a mis au point un site

LA PROTECTION DES DONNÉES DE SANTÉ

La Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil), fondée en 1978, veille à la protection des données personnelles et sensibles, dont le traitement informatisé est interdit sauf pour des motifs d'intérêt public. Depuis 1995, les données de santé sont classées comme sensibles, comme l'a rappelé Jean Massot, de la Cnil, lors de ce colloque.

Toutefois, il existe des exceptions :

- ▶ La prévalence de l'intérêt public.
- ▶ Le consentement de la personne.
- ▶ Un traitement nécessaire à la sauvegarde de la vie humaine.
- ▶ Les nécessités de la santé préventive.
- ▶ La gestion des services de santé.
- ▶ Les traitements nécessaires à la recherche.

Mais, dans tous les cas :

- ▶ La collecte de données doit être loyale et licite et ses finalités déterminées, explicites et légitimes.
- ▶ Les données doivent être adéquates, pertinentes et non excessives au regard des finalités, mais aussi complètes, exactes et mises à jour. Elles sont conservées sous forme nominative pendant la durée strictement nécessaire à l'accomplissement de ces finalités. Le consentement de la personne doit être recueilli.

d'information sur les maladies et les médicaments (eurekasante.com). Mais ces initiatives pour orienter le grand public vers une information aisément accessible et de qualité restent dispersées. « On annonce parfois un grand

portail public d'information en santé. Il faudra toutefois en définir les objectifs : sera-t-il un concentrateur ou un producteur d'informations ? Dans ce dernier cas se pose la question de la légitimité de celui qui produit l'information », pointe Nicolas Brun, coordonnateur du pôle protection sociale santé de l'Union nationale des associations familiales (Unaf). « Ce n'est pas parce qu'une problématique d'accès à l'information se pose qu'il faut créer un nouveau portail. Il faut en effet penser d'abord cette communication », affirme Nicolas Péju, directeur de la démocratie sanitaire à l'Agence régionale de santé Île-de-France. Autant de questions en suspens qui expliquent qu'aujourd'hui « la première source fiable d'information



« Pour moi, un e-patient est équipé, capable, engagé, égal, émancipé et expert. Il s'est approprié sa pathologie, renseigné sur Internet et peut constituer un partenariat avec son médecin pour établir un parcours de soin. »

Catherine Cerisey, auteur du blog « Après mon cancer du sein »

POINTS DE VUE extérieurs



“ La véritable réflexion éthique sur le numérique en santé porte sur les valeurs de la médecine ”

Emmanuel Hirsch, directeur de l'espace éthique de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris.

Il faut distinguer, en matière de bonnes pratiques, la finalité d'un acte de ses conséquences. L'acte médical est intellectuel, il comprend le temps du diagnostic, du discernement, de l'arbitrage et est toujours contextualisé. Cependant, aujourd'hui, en santé, les pratiques sont de plus en plus atomisées, avec une immédiateté qui rend la gestion de l'information plus complexe. Les technologies sont intéressantes, mais elles nécessitent des médiations

et ne doivent pas être discriminatoires. De fait, l'information médicale correspond à un statut particulier : une manière d'être, d'espérer, de douter et de renoncer. J'estime qu'il ne faut pas la mettre sur le même plan que d'autres informations. Enfin, je ne crois pas à la transparence : la majorité des patients n'aura pas la culture médicale suffisante ni l'expérience pour comprendre totalement les informations, quand bien même elles seraient mises à

leur disposition. Je suis pour ma part favorable aux prises de décisions collégiales, au dialogue permettant à la personne malade et à ses proches d'être intégrés dès le départ. En e-santé, trois critères d'éthique sont à retenir : justice, bienveillance et respect. Nous pouvons douter que les valeurs de la société future et ses capacités de décision soient compatibles avec l'idée que nous nous faisons de la personne humaine.

en santé reste les professionnels de santé eux-mêmes : médecins, infirmiers, pharmaciens... », comme le souligne Jacques Lucas. Selon Jean-François Thébaud, membre du collège de la HAS, la HAS réfléchit, elle, à une évaluation des sites associant les usagers, qui se substituerait à l'actuelle certification HON.

Un nouveau défi : assurer la sécurité des données personnelles

« Aujourd'hui, l'échange et le partage d'informations avec des collègues et confrères, induits par les nouvelles pratiques, sont de plus en plus créateurs de valeurs. Ils sont facteurs de qualité et pourraient ainsi devenir quasi consubstantiels aux soins.



“ Bénéficier du très très haut débit sur le territoire permettrait aux praticiens de travailler dans de bien meilleures conditions. Il faudrait ainsi pouvoir installer chez les patients des systèmes permettant d'avoir connaissance en permanence et en temps réel de leurs signaux vitaux. ”

Jean-Michel Billaut, auteur du blog « à très haut débit et en 2.0 naturellement »

Le consentement du patient impliquera de plus en plus le partage d'information entre professionnels de santé », pointe Jean-Yves Robin, directeur de l'agence des systèmes d'informations partagées en santé. La mise en œuvre,

par le conseil national de l'Ordre des pharmaciens, de 23 millions de dossiers pharmaceutiques actifs permet de tirer de précieux enseignements sur les exigences éthiques, comme l'a précisé Patrick Fortuit, vice-président de



“ La diffusion des données personnelles est moins à craindre qu’une mauvaise prise en charge ”

Philippe Amiel, sociologue et directeur de l’unité de recherche en sciences humaines et sociales de l’institut Gustave-Roussy.

L’enfer étant pavé de bonnes intentions, le bon motif d’un fichage efficace et de grande ampleur doit ainsi être suspecté avec la plus extrême vigilance. La loi de 1978, à l’origine de la création de la Cnil, a été révisée et adaptée à plusieurs reprises pour tenir compte de l’évolution des techniques et s’harmoniser avec les règles européennes. Aujourd’hui, le risque d’une atteinte à l’autonomie des personnes est le plus à craindre. La loi devrait évoluer pour intégrer la défense, voire la promotion, de l’autonomie

de choix des personnes. Un article du code de la santé publique précise que les informations confiées à un membre de l’équipe de soins d’un établissement de santé sont réputées être confiées à tous les membres de cette équipe, tous étant tenus par le secret professionnel. Toutefois, l’organisation des soins évolue et il paraîtrait logique aujourd’hui que cette disposition soit étendue à l’équipe qui prend en charge les patients en pratique ambulatoire. Cette extension

est néanmoins difficile à concevoir d’un point de vue juridique, même si les dangers sont très limités et pas si différents de ceux d’une équipe de prise en charge hospitalière. La seule crainte à avoir est le risque de défaut d’une prise en charge optimale du malade plutôt que celui, beaucoup moins probable, de dissémination dommageable de données personnelles. Il faut davantage donner la main à la personne concernée, pour lui permettre d’être pleinement acteur.

l’Ordre des pharmaciens. Mais, au travers de ces échanges dématérialisés, comment garantir que les données personnelles des patients ne puissent pas tomber entre de mauvaises mains ? La création d’outils permettant de garantir la confidentialité et la sécurité des données des patients reste un préalable à toute entreprise de dématérialisation en médecine. Où les héberger ? Qui pourrait y accéder et comment ? Comment les recueillir ? « *Dès la fin de l’année 2012 et au cours de l’année 2013, nous travaillerons sur des référentiels d’organisation ou techniques, pour parvenir à cet espace de confiance sans lequel nous ne pourrions pas développer le partage de l’information* », explique Philippe Cirre, de la

délégation stratégique du ministère de la Santé pour l’informatisation du système de santé. Guides, référentiels, recommandations, lois..., ces outils n’éclipsent pas la question centrale : comment informer le patient sur l’utilisation de ses données personnelles ? « *Quel est le devoir d’information du médecin en matière de télémédecine ?* », comme l’a souligné Pierre Simon, président de l’Association nationale de télémédecine. De cette information claire et précise dépend le consentement éclairé, et donc valable, du patient. Dans le prolongement des propos de René Mazars, du Collectif interassociatif sur la santé, le chemin vers un usage éthique du numérique en santé est aujourd’hui défriché. Il nécessitera un accompagnement

constant, en se questionnant et en agissant sur la non-divulgateion des informations à caractère secret, incluant les acteurs du secteur médico-social, ainsi que l’a argumenté le D^r Bernard Le Douarin, conseiller national. Dans la conclusion de la journée, le D^r Jacques Lucas a plaidé pour « *la construction d’un Web responsable, ce qui demande du temps, du travail, des échanges permanents. Aujourd’hui, nous avons vu s’esquisser un certain nombre de lignes, nous organiserons d’autres journées comme celle-ci pour atteindre notre objectif* ».

+ D’INFOS

www.conseil-national.medecin.fr
Retrouvez le compte rendu intégral et les vidéos



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 conseil-national@cn.medecin.fr

QUELLE PLACE DONNER AUX MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES ?

À propos de l'article paru à la rubrique « Réflexion » du magazine de l'Ordre des médecins n° 25: **Quelle place donner aux médecines complémentaires ?**

Je ne suis certes pas étonné que 53 % des foyers français aient recours à l'homéopathie et que 30 à 60 % des personnes atteintes de cancer utilisent les médecines complémentaires, en plus du traitement spécifique. Ces chiffres paraissent crédibles. Je sais aussi que l'université a mis en place un DIU d'acupuncture, que la chiropraxie est légalisée, que l'ostéopathie est vulgarisée et que l'orientation en homéopathie peut être affichée publiquement depuis 1974. Mais ce qui me stupéfie, ce sont les propos conciliants recueillis par l'auteur de l'article auprès du Dr Xavier Deau et des P^s Simon Schraub de Strasbourg et Alain Baumelou de Paris. (...) En validant le recours au MAC, même en feignant de ne pas y croire vraiment, les trois

professionnels, et l'Ordre des médecins, s'il est partie prenante, ne font qu'encourager ces dérives soit anachroniques, soit opportunistes. Ce n'est guère flatteur pour des esprits éclairés du 21^e siècle.

P. E. G. (67, Illkirch)



En tant que médecin scientifique, je suis particulièrement choqué de la teneur de cet article.

Le titre est déjà à lui très seul très partisan, puisqu'il parle de médecines complémentaires là où la science médicale parlerait de pseudo-médecines, patamédecines. Le terme de médecine est en soi trop honorifique pour parler des thérapies alternatives. Mais surtout, je ne vois pas en quoi

consiste la polémique : en effet, depuis des centaines d'années, les médecins ont œuvré de façon empirique, avec des résultats parfois formidables mais avec beaucoup de catastrophes. Depuis l'avènement de l'informatique et le développement d'outils statistiques performants, la médecine a basculé dans le camp de la science, et il est maintenant possible de dire avec une quasi-certitude ce

qui est efficace et ce qui ne l'est pas, à condition de respecter les règles précises des essais thérapeutiques. (...) Que les médecins accordent du temps et de l'écoute à leur patient serait infiniment plus profitable que de laisser œuvrer et cautionner des pratiques pseudo-médicales (et le plus souvent antimédicales).

D' R. P. (69, Écully)

CERTIFICAT MÉDICAL



Le cahier jurispratique proposé dans le Bulletin n° 21 traitant du certificat médical dans la rubrique « Crèche » ne fait pas état du certificat médical d'admission en crèche,

mais seulement de l'administration des médicaments et des certificats nécessaires pour des compensations financières (absence et réintégration). Pédiatre de collectivité locale, je constate que les parents sont parfois pris en otage par des médecins qui refusent de délivrer ce certificat alors qu'ils suivent médicalement l'enfant. (...) La circulaire n° 331 du 27/09/2011 cite le certificat d'admission en crèche comme un exemple des nombreux certificats réclamés par les collectivités, laissant à penser qu'il n'est pas nécessaire et réclamé de manière abusive, mais cela n'est pas clairement exprimé dans la circulaire. L'admission de l'enfant en crèche est régie par le code de la santé publique. L'article R. 2324-39 V, toujours en vigueur (décret n° 2010 613 du 7 juin 2010 relatif aux établissements et service d'accueil des moins de 6 ans), stipule :

« Le médecin de l'établissement ou du service établit le certificat médical autorisant l'admission de l'enfant. Toutefois, pour l'enfant de plus de quatre mois qui ne présente pas de handicap et n'est atteint d'aucune affection chronique ni d'un problème de santé nécessitant un traitement ou une affection particulière, ce certificat peut être établi par un autre médecin au choix de sa famille. »

Ce décret précisait qu'un arrêté fixe les objectifs de la visite médicale d'admission et le modèle de certificat à établir. Cet arrêté n'a pas été publié. Il apparaît clairement que ce certificat reste d'actualité. Il est bien prévu par un texte réglementaire. La visite médicale préalable à l'admission permet de prendre en compte sur le plan de la santé cet événement important qu'est la mise en accueil collectif. Le certificat acte cette prise en compte et permet si besoin la transmission des informations nécessaires sous couvert du secret professionnel par l'intermédiaire des parents.

D O. A. (57, Metz)

L'article R. 2324-39 prévoit que le médecin de l'établissement accueillant des enfants de moins de six ans ayant une capacité supérieure à dix places établit le certificat médical autorisant l'admission de l'enfant. Pour les enfants de plus de quatre mois qui ne présentent pas de handicap et qui ne sont atteints ni d'une affection chronique ni d'un problème de santé nécessitant un traitement ou une attention particulière, le médecin traitant peut établir le certificat médical autorisant leur admission. En conséquence, le médecin traitant sollicité peut établir le certificat autorisant l'admission en crèche d'une capacité supérieure à dix places d'enfants âgés de plus de quatre mois. Il reste libre du contenu du certificat et de son libellé, qui engagent sa responsabilité.

D^r André Deseur, rédacteur en chef du magazine

Association française de l'eczéma

Une maladie fréquente mais invalidante



14%

des enfants de moins de 6 ans souffrent d'un eczéma nécessitant un traitement, de même que 2 % des adultes (source: CHU de Nantes). Dermatose la plus fréquente chez les enfants, sa prévalence a triplé en 30 ans dans les pays industrialisés.

2000

Le Pr Jean-François Stalder crée la première  cole de l'atopie en France, au CHU de Nantes. Souvent situés à l'hôpital, ces centres d'éducation thérapeutique sont animés par une équipe pluridisciplinaire (dermatologue, pédiatre, allergologue, psychologue, infirmières). Il en existe aujourd'hui 16, dans les grandes villes.

Janvier 2011

Stéphanie Merhand et David Sauvion fondent l'Association française de l'eczéma, basée à Redon, après avoir ouvert un blog (eczemaasthmeallergie.wordpress.com).

« Je connais toutes les phases de la maladie ou presque: les crises de démangeaisons, les différents traitements, la peau qui desquame, le nez et les yeux encombrés par les allergies, et aussi les crises d'asthme. » âgée de 24 ans et souffrant d'un eczéma sévère, Stéphanie Merhand a crée l'Association française de l'eczéma début 2011, alors qu'elle était suivie au CHU de Nantes. Avec un objectif: encourager les personnes atteintes des mêmes symptômes à « rompre l'isolement, s'exprimer et ne pas baisser les bras ». Outre l'organisation de soirées et de conférences, cette jeune association de patients participe à des séances d'éducation thérapeutique dans certains CHU, avec le soutien du corps médical, dans le but de promouvoir la formation de « patients experts ». Sous la supervision de son collège scientifique (Pr Stalder   Nantes, Pr Nicolas et Dr Robert au CHU Lyon sud, Pr Mazereeuw-Hautier au CHU de Toulouse), elle réalise des fiches pratiques destinées à ses adhérents; les trois premières sont dédiées à l'eczéma de contact, l'eczéma atopique chez l'adulte et l'eczéma atopique chez l'enfant.

« Nous avons aujourd'hui une trentaine d'adhérents. Il en faut 200 et un budget minimal de 47000 euros pour être reconnus d'utilité publique », précise la jeune femme. Laquelle a aussi une vision internationale: l'Association française



DR

“ Un fardeau plus gênant que le diabète ”

Pr Jean-François Stalder, chef de service de dermatologie, CHU de Nantes.

Témoignage

En quoi cette pathologie est-elle sous-estimée?

La dermatite atopique reste méconnue. Transitoire le plus souvent, elle a un impact sévère sur la vie de l'enfant, avec des démangeaisons et des insomnies, et se révèle très perturbante pour l'adolescent. Chez les adultes, elle touche souvent le visage et les extrémités. Une étude sur la qualité de vie a montré que ce fardeau est plus gênant que le diabète ou l'asthme!

L'eczéma est en outre difficile à traiter...

L'adhésion aux traitements est insuffisante et ne dépasse pas 30 % pour les produits topiques. En cause, notamment: la « corticophobie », une crainte exagérée des produits contenant de la cortisone, pourtant efficaces et sans danger à dose prescrite. Par ailleurs, c'est compliqué pour le patient de savoir quand mettre la crème, dans quelle quantité...

Comment faire progresser cette situation?

Les médecins ne doivent pas banaliser cette pathologie, dès lors que l'enfant est g n . Face aux discours parfois discordants, le CHU de Nantes développe des outils pédagogiques à l'attention des parents!. Pour les eczémas sévères, une éducation thérapeutique est proposée dans les écoles de l'atopie, et doit être développée en milieu libéral.

1. www.decas.univ-nantes.fr/certif2012/eczeenfant2012/EczEnfant/Une.html

de l'eczéma s'est notamment associée à une homologue américaine pour lancer une pétition destinée à l'OMS, en faveur de l'instauration d'une Journée mondiale de l'eczéma.

+ D'INFOS

eczemaasthmeallergie.wordpress.com

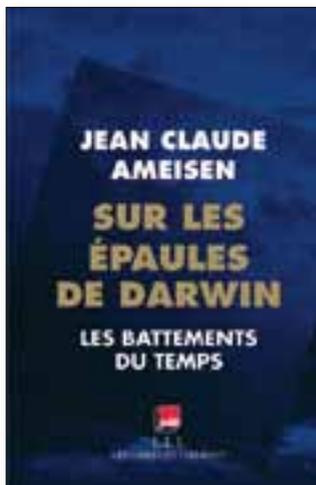
Rapport 2011 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du monde



En 2011, Médecins du monde est présente dans 29 villes françaises, avec 101 programmes à partir desquels l'association témoigne des conditions de vie et des difficultés d'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de grande précarité et/ou d'exclusion. Ce rapport présente les constats issus des recueils de données réalisés dans l'ensemble des Centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) de Médecins du monde, ainsi qu'auprès de certaines actions mobiles; constats étayés par les témoignages recueillis par les équipes de terrain. L'activité globale des Caso a augmenté de 7,6 % entre 2010 et 2011 et de plus de 17 % depuis 2008 (pour un nombre équivalent de Caso). Près des trois quarts des personnes s'adressant pour la première fois à un Caso souhaitent rencontrer un médecin, et près de 1 personne sur 4 a recours à ces structures pour une question d'ordre social ou juridique. Cela concerne pour l'essentiel un besoin d'aide à l'acquisition d'une couverture maladie et la constitution ou le renouvellement d'un dossier CMU ou AME.

► Pour parcourir ou télécharger ce rapport: www.medecinsdumonde.org/Publications/Les-Rapports/En-France/Observatoire-de-l-acces-aux-soins-de-la-mission-France

Sur les épaules de Darwin



Tous les samedis à 11 h, 1,5 million d'auditeurs fidèles et passionnés écoutent sur France Inter l'émission « Sur les épaules de Darwin », de Jean-Claude Ameisen, médecin et chercheur. Professeur d'immunologie à l'université Paris-Diderot, il est président du comité consultatif national d'éthique. Lancée il y a deux ans, cette émission est devenue

culte. Durant une heure, Ameisen parle, de sa voix chaude, de l'univers, de la nature, de l'évolution, d'éthique, des grandes révolutions scientifiques qui nous exhortent à entendre et penser le monde différemment. Un exercice si éblouissant que le public réclame sur le site de la radio un ouvrage qui retranscrit ces émissions. Voici donc le premier volume, qui reprend la série « Les battements du temps » commencée en septembre 2011.

► Sur les épaules de Darwin, par le Pr Jean-Claude Ameisen, éditions Les liens qui libèrent, 444 pages, 22,50 euros.

Jacques Sourdille, un homme d'exception

Au service des Ardennes de 1968 à 1995, Jacques Sourdille, disparu en 1996, vient de faire l'objet d'une biographie écrite par Didier Bigorne avec l'aide de quatre autres historiens. Né le 19 juin 1922 à Nantes (44), Jacques Sourdille a vécu des engagements forts. Jeune résistant pendant la Seconde Guerre mondiale, il fut déporté au camp de concentration de Neuengamme. Il devint ensuite un médecin ophtalmologiste de grande renommée, à l'hôpital Saint-Denis, à Paris, en Afrique de l'Ouest. Jacques Sourdille fut aussi une personnalité politique aux parcours multiples. Gaulliste fidèle, réputé pour sa liberté de parole et d'action, il occupa les fonctions de député, puis sénateur des Ardennes, secrétaire d'État à la Recherche.

► Jacques Sourdille, sous la direction de Didier Bigorne, avec Marie France Barbe, Jérémie Dupuy, Anne François, Philippe Lecler. Ed. Société d'études Ardennaises 2012, 246 pages, 30 euros. En vente aux Archives départementales.

“ Promouvoir des valeurs de solidarité et de confraternité ”

Dr Marianne Turgné,
médecin généraliste à Lezay, et secrétaire générale du conseil départemental de l'Ordre des médecins des Deux-Sèvres.

Témoignage

Lorsque je me suis installée à Lezay, une commune rurale qui compte aujourd'hui 2500 habitants, il était difficile de trouver sa place, mais j'y suis arrivée ! Ce que j'apprécie, c'est que le généraliste aborde le patient dans sa globalité, en traitant les questions médicales mais aussi médico-sociales. Au fil du temps, je m'adapte aux besoins de mes patients. Aujourd'hui, le vieillissement de la population pose la problématique d'un soin adapté à la spécificité du grand âge. J'ai donc ressenti la nécessité d'enrichir mes connaissances en gériatrie, et cela me passionne. Je me trouve là au cœur de ma fonction de médecin généraliste : les personnes âgées vont voir le cardiologue puis le diabétologue, mais c'est nous qui faisons le lien et appréhendons la personne dans sa globalité. L'exercice de la gériatrie me semble donc naturellement prendre sa place dans le parcours du spécialiste en médecine générale. Cet enseignement est aussi très utile pour la prise en charge des résidents en Ehpad, pour l'amélioration de leur qualité de vie. La fonction de médecin coordonnateur est essentielle pour assurer la mise en place de ces objectifs, qui incluent aussi toutes les équipes soignantes. Si je me suis engagée dans les instances ordinales de mon département et de ma région, c'est par envie de partager certaines valeurs. La solidarité et la confraternité existent, mais il faut les faire vivre et je m'y efforce, notamment par mon engagement dans la commission d'entraide, mais aussi en participant à la réflexion départementale sur les pôles de santé pour le regroupement des professionnels de santé, et en m'investissant dans un groupe ville-hôpital pour en améliorer la relation. La chambre disciplinaire apporte une autre vision de la pratique médicale. Les échanges font ressortir des valeurs fondamentales nécessaires à cet exercice. Le passage dans cette instance laisse rarement le médecin indifférent et provoque une remise en question. Elle met le patient au cœur des préoccupations du soignant, elle rappelle l'importance des relations confraternelles et constructives et l'implication nécessaire de chacun dans le respect de l'autre.



©DR

PARCOURS

» 1958

Naissance à Saint-Georges-de-Rex (Deux-Sèvres)

» 1986

Diplômée de la faculté de médecine de Poitiers (86)
Installation en libéral à Lezay (79)

» 2000

Élue au conseil départemental de l'Ordre des médecins des Deux-Sèvres

» 2007

Élue au sein du conseil régional de l'Ordre des médecins de Poitou-Charentes

» 2008

Élue secrétaire générale du conseil de l'Ordre des Deux-Sèvres

» 2010

Médecin coordonnateur en Ehpad

» 2011

Inscription à la capacité de gériatrie (Poitiers)