médecins
Le bulletin de l'Ordre national des médecins
n° 40 | juillet-août-sept. 2015

Pour aller plus loin : l'actualité en ligne
www.conseil-national.medecin.fr

Dossier

Démographie :

Focus
Quel avenir pour la permanence des soins ?

Entretiens croisés
Observatoire de la sécurité : comment faire face aux violences ?

www.conseil-national.medecin.fr

sommaire

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

04. focus
Quel avenir pour la permanence des soins ?

06. en bref
– Bilan des comptes 2014 du Cnom
– Réduire les risques associés aux soins

08. sur le terrain
Accessibilité : le chemin est encore long

10. e-santé
Open data en santé : une avancée ou un risque ?

11. ailleurs
- Prise en charge des enfants des rues : le Cnom à Dakar
- Dr Patrick Romestaing, élu vice-président du CPME
- EFMA : pour des politiques européennes concertées et coordonnées

12. entretiens croisés
Observatoire de la sécurité : comment faire face aux violences ?

le guide juridique

24-25. décryptage
La pharmacovigilance

26. en bref
- Nouveau calendrier vaccinal
- Qualification des médecins autorisés à exercer dans les services de santé au travail

27. vos questions / nos réponses
La personne de confiance

28-30. pratique
- Questionnaires de santé, certificats et assurances (partie I)
- Contrats liés aux logiciels médicaux : les obligations des médecins

31. culture médicale

32. rencontre
Pr Françoise Forette, gériatre, professeur émérite des universités, présidente du Collectif Alzheimer Grande Cause nationale

16 Démographie : 8 idées reçues et corrigées

À l'occasion de la nouvelle édition de son atlas de la démographie médicale en France, le Conseil national de l'Ordre des médecins a organisé le 16 juin, à Paris, un débat sur le sujet réunissant plusieurs experts et personnalités. L'objectif : dépasser les idées reçues et les corriger. Petit tour d'horizon…

restons connectés !

Sur le Web : **www.conseil-national.medecin.fr**
Sur Twitter : suivez-nous sur **@ordre_medecins**
Par mail : **conseil-national@cn.medecin.fr**
Nous écrire : **Conseil national de l'Ordre des médecins, 180, bd Haussmann, 75008 Paris**

DR

Démographie médicale
Des idées reçues au débat d'idées

En matière de démographie médicale, les idées reçues sont parfois tenaces.

C'est pourquoi, à l'occasion de la sortie de la nouvelle édition de l'atlas national de la démographie, l'Ordre a tenu à s'attaquer à ces préjugés dans le dossier de ce Bulletin, mais aussi lors d'un débat organisé par le Cnom, le 16 juin.

Force est de constater qu'aujourd'hui le système de sélection des étudiants en médecine dans notre pays touche à ses limites. Le *numerus clausus* et les épreuves classantes nationales (ECN) écartent des jeunes qui souhaitent profondément exercer le métier de médecin alors que, paradoxalement, près de 25 % des diplômés ne s'inscrivent pas au tableau. Par ailleurs, à l'heure où la Communauté européenne admet l'équivalence des diplômes – qui en réalité est toute relative –, il serait souhaitable de s'attaquer aux problématiques liées à la démographie médicale à une échelle européenne, en réfléchissant, par exemple, à une éthique des flux migratoires. Ces dernières années, la Roumanie a en effet vu 13000 de ses médecins s'expatrier dans d'autres pays de l'Union européenne, ce qui a considérablement mis à mal les conditions d'accès aux soins sur place.

« Le système de sélection des étudiants en médecine touche à ses limites. »

L'Atlas confirme l'insuffisance de la relève en médecine générale, donnée constante de ces dernières années. Développer la connaissance de l'exercice libéral, en médecine générale comme dans les autres spécialités, en complément de la formation hospitalo-universitaire nous semble une réflexion urgente à mener.

Nous souhaitons attirer l'attention des acteurs sur ces problématiques.

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

Directeur de la publication : Dr Walter Vorhauer - **Ordre des Médecins**, 180, bd Haussmann, 75389 Paris Cedex 08. Tél. : 01 53 89 32 00. E-mail : conseil-national@cn.medecin.fr – **Rédacteur en chef :** Dr Patrick Romestaing – **Coordination :** Évelyne Acchiardi **Conception et réalisation :** CITIZEN PRESS 48, rue Vivienne, 75002 Paris – **Responsables d'édition :** Sarah Berrier, Claire Peltier – **Direction artistique :** David Corvaisier – **Maquette :** Vianney Bureau – **Secrétariat de rédaction :** Alexandra Roy – **Fabrication :** Sylvie Esquer – **Couverture :** Getty Images – **Impression :** Imprimerie Vincent – **Dépôt légal :** à parution – n° 16758 – ISSN : 1967-2845.
Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.

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

Texte : **Sarah Berrier**

Quel avenir pour la permanence des soins ?

Érosion du volontariat, augmentation des besoins, mesures d'adaptation qui semblent atteindre leurs limites… Les conclusions du rapport annuel sur la permanence des soins, publié en avril par l'Ordre des médecins, sont pour le moins préoccupantes. Explications.

« Les grandes tendances constatées en 2014 s'inscrivent dans la lignée des années précédentes, mais elles sont particulièrement inquiétantes parce qu'elles atteignent des niveaux tels qu'il suffit de pas grand-chose pour que toute une organisation territoriale s'effondre », souligne le Dr Jean-Michel Béral, président de la Commission nationale de la permanence des soins.

Premier constat : la stagnation de la régulation, tant dans les effectifs de médecins régulateurs que dans l'amplitude des plages horaires. Pourtant, la régulation joue un rôle déterminant dans l'organisation de la PDS. *« Plus d'un appel sur deux au 15 ou au centre de régulation aboutit à un conseil médical sans qu'il y ait besoin d'une consultation*, précise le Dr Jean-Michel Béral. *Pourtant, une étude de la Cnamts montre qu'un acte sur deux réalisé dans le cadre de la PDS n'est pas régulé. La régulation peut donc être un important levier d'optimisation de l'organisation de la PDS. »*

Le nombre d'effecteurs volontaires continue quant à lui de diminuer. En 2014, seuls 60 % des départements rapportent un taux de médecins généralistes volontaires supérieur à 60 %. Baisse de la démographie médicale, désaffection des médecins pour l'exercice libéral, surcharge de travail mais aussi indemnités d'astreinte peu attractives, territoires de garde de plus en plus vastes, les causes de cette érosion du volontariat sont multiples. La couverture de la PDS suit logiquement cette érosion : 67 % des territoires n'offrent plus de PDS en nuit profonde (entre minuit et 8 h), soit 12 points de plus qu'en 2012.

En bout de course

Les mesures d'adaptation mises en œuvre par les ARS depuis 2002 (au moment de la fin des gardes obligatoires) semblent par ailleurs s'essouffler. Ainsi, la resectorisation des territoires de gardes, principal levier utilisé par les ARS, a atteint ses limites. *« Entre fin 2013 et fin 2014 nous sommes passés de 1 764 à 1 707 territoires alors qu'il y en avait encore 1910 début 2013*, constate le Dr Jean-Michel Béral. *L'année dernière marque donc un coup d'arrêt à ce dispositif. »*

Par ailleurs, les médecins promoteurs de maisons médicales de garde sont très inquiets quant à la pérennité de ces structures. En effet, les financements sont alloués à l'année et ne permettent aucune projection à moyen terme. Si bien qu'en 2014 le nombre total de maisons médicales de garde n'a augmenté que de 7 sur toute la France. Face à cette situation, l'Ordre des médecins s'inquiète de l'absence de ligne directrice par l'État et les ARS sur un sujet aussi important. Il sera de plus en plus important d'organiser la PDS en concertation avec les conseils départementaux de l'Ordre afin de mettre en œuvre des solutions adaptées à chaque territoire et qui prennent en compte les difficultés rencontrées par les médecins.

Point de vue de l'Ordre

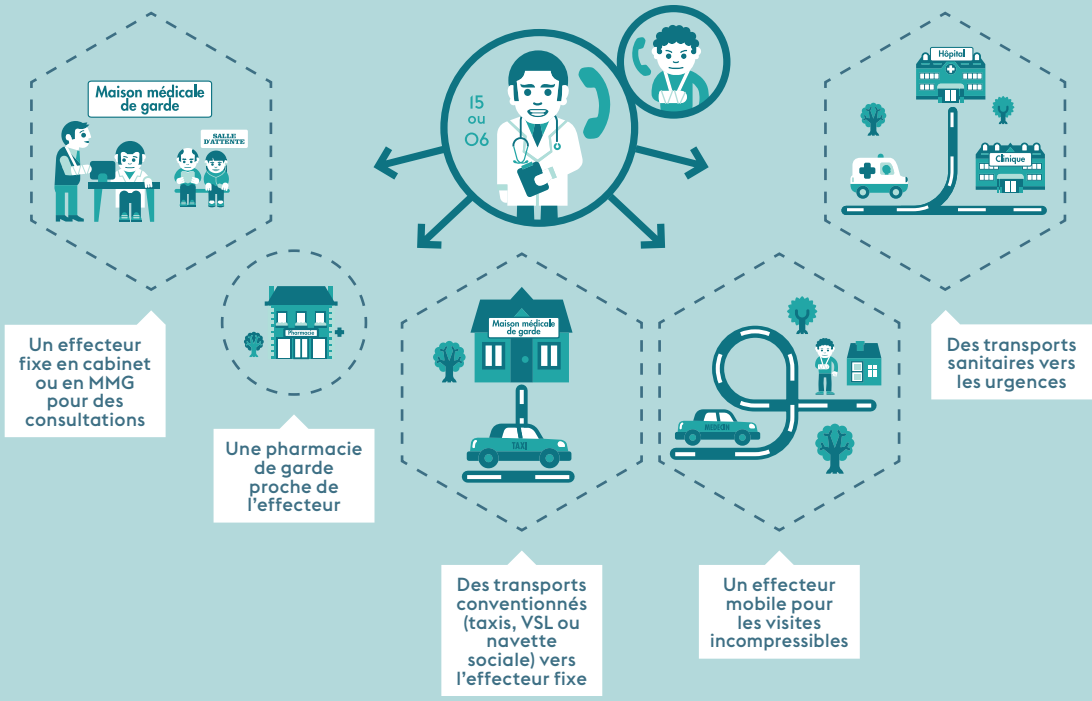
Dr Jean-Michel Béral, président de la Commission nationale de la permanence des soins

« Les solutions passent par la concertation »

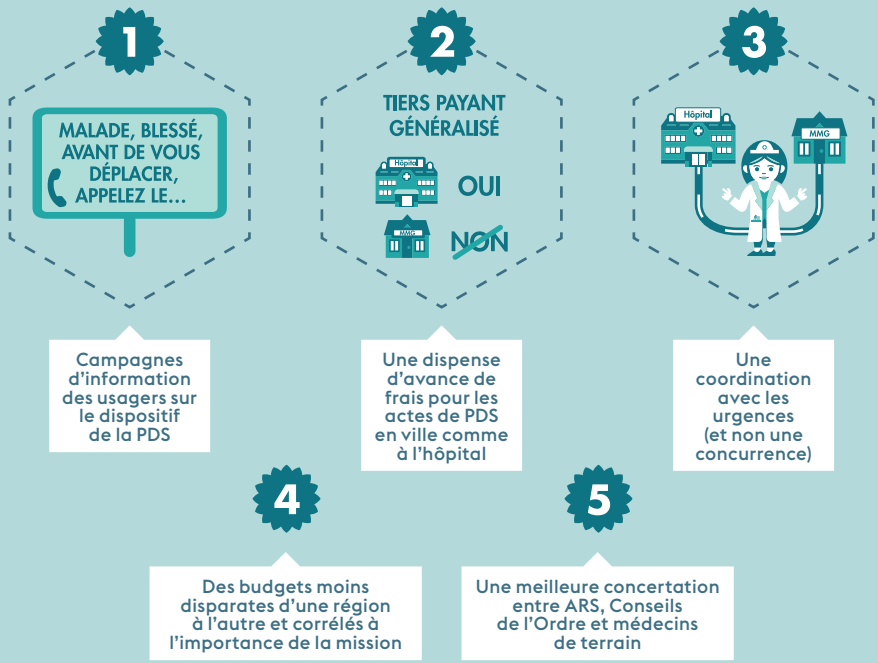
Aujourd'hui, la PDS est remise en cause dans de plus en plus de territoires, et ce phénomène devrait s'amplifier dans les mois qui viennent. Cette situation reflète le ras-le-bol des médecins généralistes par rapport à la lourdeur de la profession. Il est donc urgent de trouver des solutions pérennes. Pour cela, les ARS doivent travailler de concert avec les conseils départementaux. Alors que l'an dernier, 10 départements se plaignaient d'un manque de communication, cette année ils sont 23 à regretter que les ARS prennent des décisions sans tenir compte du terrain ou privilégiant une logique budgétaire. Nous avons, au sein de l'Ordre, proposé des outils et exemples de solutions (voir infographie ci-contre) qui peuvent être utilisés ou déclinés pour répondre aux problématiques rencontrées dans les territoires. Encore faut-il que les budgets le permettent…

LES RECOMMANDATIONS DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS

A. UN SYSTÈME « INTÉGRÉ »



B. DES MESURES D'ACCOMPAGNEMENT



Bilan des comptes 2014 du Cnom

Dr Gilles Munier
Président de la commission de contrôle des comptes et des placements financiers du Cnom

L'actif, composé notamment des créances (1.434.013 euros), des disponibilités (11.598.633 euros) et des immobilisations corporelles (16.685.536 euros) et financières (9.843.150 euros), s'élève à 40.007.195 euros. Le passif est composé principalement de la réserve générale (29.748.449 euros), des fonds (2.593.919 euros), de provisions (4.366.928 euros) et des dettes (2.903.978 euros). Les recettes attendues ont été recouvrées à 103 % et les charges ont été réalisées à hauteur de 102 %, expliquant un résultat excédentaire de 383.482 euros.

Points d'attention
La commission de contrôle des comptes et des placements financiers (CCCPF) a sollicité l'attention du Conseil national sur les postes pour lesquels l'écart entre le montant budgété et le montant réalisé a été supérieur à 30.000 euros, notamment les honoraires, les frais de commissions diverses, les taxes sur salaires, la participation à la formation continue du personnel, les cotisations Urssaf qui étaient déjà, pour ces cinq postes en 2013, dans la même situation. Les frais du 1er Congrès de l'Ordre d'octobre 2014, qui étaient difficilement évaluables, doivent être examinés au regard du succès enregistré tant sur le plan de la participation ordinale, de la qualité des sujets traités, de l'expertise des intervenants ou encore du retentissement politique avec l'inauguration de ce congrès par le président de la République.

Certifiés
En application des articles L.4122-2 et L.4132-6 du code de la santé publique modifiés par la loi HPST du 21 juillet 2009, la CCCPF a reçu du Dr Jouan, trésorier, lors de la réunion du 1er avril 2015, l'ensemble des informations et précisions nécessaires à la certification des comptes du Conseil national de l'Ordre des médecins et, de l'expert-comptable, le rapport sur les comptes de l'année 2014. La CCCPF a conclu à l'intégrité et à la sincérité des comptes du Conseil national et des structures ordinales examinées.
En sa 321e session du 19 juin 2015, le Conseil national a été informé par le commissaire aux comptes que les comptes pour l'année 2014 avaient été certifiés sans réserve. La CCCPF a proposé :
– d'approuver les comptes tels que présentés,
– de donner quitus aux trésoriers pour leur gestion 2014,
– et d'affecter le résultat à la réserve générale.

BILAN / 31.12.2014 (en euros)

ACTIF		
IMMOBILISATIONS INCORPORELLES		38871,10 €
IMMOBILISATIONS CORPORELLES		16685535,79 €
IMMOBILISATIONS FINANCIÈRES		9843150,15 €
CRÉANCES		1434013,11 €
DISPONIBILITÉS		11598634,67 €
FRAIS PAYÉS D'AVANCE		406989,70 €
TOTAL GÉNÉRAL		**40007194,52 €**
PASSIF		
CAPITAL dont :		32352806,95 €
• Réserve générale	29748449,44 €	
• Fonds d'harmonisation	882500,02 €	
• Fonds d'entraide	1711419,30 €	
RÉSULTAT DE L'EXERCICE		383481,55 €
PROVISIONS POUR RISQUES & PENSIONS		4366927,98 €
DETTES		2903978,04 €
TOTAL GÉNÉRAL		**40007194,52 €**

GESTION ADMINISTRATIVE / 31.12.2014 (en euros)

CHARGES	
ACHATS	
Bulletins	737011,74 €
Impressions	346467,98 €
Fournitures	293825,86 €
AUTRES CHARGES EXTERNES	
Loyers et charges locatives	338313,44 €
Location, entretien et réparations	584708,96 €
Assurances	165145,81 €
Documentation et colloques	137629,50 €
Personnel extérieur	16962,48 €
Honoraires	839934,18 €
Indemnisations des conseillers	2260870,00 €
Communication, annonces	1434467,57 €
Déplacements et missions	1663202,19 €
Frais du conseil	469444,55 €
Frais postaux	877461,68 €
Cotisations, pourboires et dons	2911,40 €
Informatique	2007219,01 €
IMPÔTS, TAXES ET VERSEMENTS ASSIMILÉS	1437532,78 €
CHARGES DE PERSONNEL	9161288,56 €
AUTRES CHARGES DE GESTION	2608137,59 €
CHARGES FINANCIÈRES	51888,86 €
CHARGES EXCEPTIONNELLES	20486,60 €
TOTAL	**25454910,74 €**
PRODUITS	
PRODUITS DE GESTION COURANTE	24342764,43 €
PRODUITS FINANCIERS	1420404,69 €
PRODUITS EXCEPTIONNELS	75223,17 €
TOTAL	**25838392,29 €**
RÉSULTAT DE L'EXERCICE	**383481,55 €**

Réduire les risques associés aux soins

Un patient hospitalisé sur dix subirait un événement indésirable lors de ses soins. C'est pourquoi la Haute Autorité de santé (HAS) a décidé de s'intéresser à ce sujet afin d'identifier les causes de ces événements et mettre en œuvre une stratégie pour les réduire.
Résultat : dans 1 cas sur 3, c'est le travail en équipe et notamment un manque ou une mauvaise communication (entre professionnels et vers le patient) qui est à l'origine de tels événements. Sur la base de ce constat, la HAS a notamment décidé d'étendre l'expérimentation « Pacte » (Programme d'amélioration continue du travail en équipe), lancée en 2013. Ce dispositif, qui vise à aider les équipes pluri-professionnelles à travailler sur les facteurs organisationnels et humains (écoute, entraide, prise en compte du stress, etc.), entame ainsi une phase pilote plus large avec près de 70 équipes volontaires.

+ d'infos
www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2035903/fr/securite-du-patient-la-has-se-mobilise-pour-reduire-les-risques-associes-aux-soins

Le webzine de l'Ordre

Quelle place pour les MAC ?

Alors qu'elles connaissent un véritable engouement auprès du grand public, et suscitent de vifs débats au sein du corps médical, les médecines alternatives et complémentaires (MAC) feront l'objet du prochain webzine de l'Ordre des médecins, à paraître début juillet. Acupuncture, ostéopathie, hypnose ou encore homéopathie : que peuvent apporter ces pratiques aux patients ? Quelle place leur accorder ? Et dans quel cadre ? Autant de questions abordées avec l'éclairage d'une vingtaine d'experts et professionnels de santé.

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

le chiffre

8/10

Huit personnes sur dix, en France, souffrent de problèmes de peau susceptibles d'avoir un impact psychosocial et un retentissement sur la qualité de vie. Paradoxalement, les Français ne disposent pas toujours d'une information de qualité sur la santé de leur peau. Pour répondre à cet enjeu de santé publique, en termes de prévention et d'information, la SFD, la FFFCEDV et le CEDEF ont décidé d'organiser la 1re Journée nationale pour la santé de la peau (JSP) le 19 septembre 2015.

+ d'infos
www.journeesantedelapeau.fr

Alerte sur le valproate

Du fait des risques liés à leur utilisation pendant la grossesse, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a renforcé les conditions de prescription et de délivrance des spécialités à base de valproate et dérivés (Dépakine®, Depakote®, Dépamide®, Micropakine® et génériques).
Les enfants exposés pendant la grossesse aux médicaments à base de valproate ou ses dérivés présenteraient en effet un risque élevé de malformations congénitales ainsi qu'un risque accru de troubles graves du développement. Ces médicaments ne doivent donc pas être prescrits chez les filles, adolescentes, femmes en âge de procréer et femmes enceintes, sauf en cas d'inefficacité ou d'intolérance aux alternatives médicamenteuses.

+ d'infos : http://ansm.sante.fr/Dossiers/Valproate-et-derives/Valproate-et-derives/(offset)/0

Texte : **Éric Allermoz** | Photos : **Julian Renard / Babel Photo**

Accessibilité

Le chemin est encore long

En Meurthe-et-Moselle, beaucoup de cabinets médicaux ne sont pas accessibles aux patients à mobilité réduite. En cause ? Les nombreuses difficultés rencontrées par les médecins. Pour les aider, le conseil départemental de l'Ordre a mis en place une cellule d'accompagnement…

À Dombasle-sur-Meurthe (54), la lourde porte verte du cabinet de Paolo Di Patrizio s'ouvre automatiquement à l'approche des patients. Aucune marche n'entrave l'accès à cette maison ancienne qui borde la route départementale. Un large couloir donne sur le secrétariat, dont le bureau abaissé est à hauteur des patients en fauteuil. La signalétique a été repensée pour les malvoyants, les portes élargies et les toilettes adaptées. « *Je suis aux normes d'accessibilité depuis deux ans*, précise le Dr Di Patrizio, par ailleurs vice-président du conseil départemental de l'Ordre. *Le montant des travaux s'est élevé à 40 000 euros.* » Cette initiative fait figure d'exception. Pourtant, la loi du 11 février 2005 sur le handicap stipule l'obligation d'accessibilité de l'ensemble des établissements recevant du public au 1er janvier… 2015.

Agenda. L'agenda d'accessibilité programmée est un outil qui permet de prolonger, au-delà de 2015, le délai pour effectuer des travaux de mise en accessibilité. En contrepartie le médecin s'engage dans un calendrier précis sur trois ans et un suivi de l'avancement des travaux prévus.

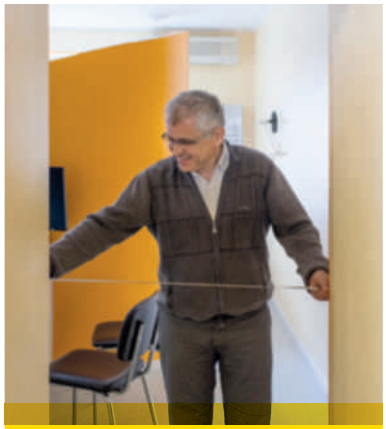
Casse-tête

« *En Meurthe-et-Moselle, peu de médecins ont réalisé les travaux de mise aux normes* », confirme Éric Imbault. Ce généraliste installé près de Nancy anime la cellule d'accompagnement mise en place en début d'année par le conseil départemental. Trois réunions d'information ont déjà réuni une centaine de participants. L'occasion de recenser les freins – techniques, financiers, administratifs – rencontrés par les médecins. « *Pour les cabinets installés dans les immeubles anciens ou à l'étage, c'est un véritable casse-tête* », résume-t-il. En effet, des marches en pierre à l'entrée, des portes trop étroites ou une copropriété récalcitrante s'avèrent être des barrières parfois difficiles à franchir.

Certains médecins évoquent aussi le faible nombre de patients à mobilité réduite, et le possible recours aux visites à domicile. « *Je n'ai que quatre patients en fauteuil* », reconnaît le Dr Di Patrizio. Avant de préciser : « *Mais ces aménagements ne servent pas uniquement aux patients handicapés. L'accès à mes consultations est plus aisé pour les personnes âgées, les patients avec poussette, etc.* »

À long terme

Les professionnels de santé libéraux, qui ne bénéficient d'aucune aide financière, insistent enfin sur la difficulté d'investir plusieurs milliers d'euros, en particulier à l'approche de la retraite. « *Sans ces travaux, il sera difficile de revendre son cabinet* », répond Paolo Di Patrizio. Alors va-t-on assister à un exode des médecins de centre-ville vers des maisons de santé



Exceptions. Des exceptions à la mise aux normes ont été répertoriées : bâtiment classé, investissement financier qui mettrait en péril l'équilibre du cabinet, impossibilités techniques, opposition des copropriétaires ou départ à la retraite dans les 12 mois.

27 septembre 2015. C'est la date limite pour déposer son Agenda d'accessibilité programmée en mairie. À défaut, le médecin s'expose à une amende de 1500 euros.

plus modernes et accessibles, mais en périphérie des villes? Voire à des départs en retraite anticipée? L'avenir le dira. Pour l'heure, les médecins bénéficient d'un nouveau sursis avec la mise en place d'un Agenda d'accessibilité programmée (Ad'AP). Au grand dam de l'Association des Paralysés de France, qui estime que *« la loi date de dix ans, les médecins avaient le temps de se mettre aux normes »*. Et souligne que *« la France possède l'un des meilleurs systèmes de santé au monde, mais celui-ci demeure inaccessible aux personnes en situation de handicap. »*

Handicap. L'accessibilité concerne une large population : handicapés moteurs, auditifs, visuels, mentaux, psychiques, cognitifs mais aussi personnes âgées, personnes avec des problèmes de santé, personnes désavantagées par leur taille, personnes portant des charges, avec poussettes…

Témoignage

Éric Imbault, médecin généraliste, responsable de la cellule d'information sur l'accessibilité.

« Conscients des difficultés d'accès aux soins »

« Les médecins libéraux ne sont pas opposés à l'application de la loi. Ils sont conscients des difficultés d'accès aux soins des patients handicapés. Mais il est vrai qu'ils manquent de temps et que les démarches administratives sont complexes. Sans parler du contexte de tension avec le gouvernement à la suite de l'élaboration de la loi de santé. C'est pour ces raisons que le conseil départemental de l'Ordre accompagne et soutient les médecins dans leurs démarches : comment réaliser un diagnostic des travaux à faire ? Comment remplir son agenda d'accessibilité programmée ? Quelles sont les dérogations ?… Il s'agit aussi de dédramatiser, d'expliquer que c'est possible de se mettre aux normes. Ces agendas permettent de mieux s'organiser, de prévoir les travaux dans le temps. Si dans trois ans nous n'avons pas progressé en termes d'accessibilité, nous ne pourrons nous en prendre qu'à nous-mêmes. »

Open data en santé : une avancée ou un risque ?

L'article 47 du projet de loi santé, adopté en première lecture à l'Assemblée nationale avant sa transmission au Sénat, organise l'accès à des bases de données de santé. Ce texte a suscité de nombreuses inquiétudes sur la protection du secret médical. Le Dr Jacques Lucas, vice-président du Conseil national de l'Ordre des médecins et délégué général aux systèmes d'information en santé, répond à quelques interrogations.

D'où proviennent les données de santé dont traite l'article 47 ?

Dès lors qu'il y a un acte médical, une feuille de soins est constituée pour le remboursement des frais exposés, par l'Assurance maladie. Il en est de même pour une prescription. Quand l'Assurance maladie liquide la prestation, elle conserve les données du document au sein d'une base : le Système national d'information inter-régime de l'Assurance maladie (SNIIRAM). Par ailleurs, les activités médicales en établissement donnent lieu à une inscription au Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) généralisé en 2005. Ces bases existent depuis dix ans. Elles n'ont absolument pas été créées par le projet de loi…

À quoi servent ces bases ?

Ces deux bases de données sont actuellement exploitées par l'Assurance maladie et les services autorisés de l'État afin de piloter le système de santé. Pourquoi ces données, sous l'absolue réserve d'être totalement anonymisées, ne seraient-elles pas utiles pour les professionnels de santé, la société civile et le monde de la recherche ? C'est cette mise à disposition de données strictement anonymes que l'on appelle open data. L'anglicisme tient au fait que cela existe déjà dans d'autres pays aussi soucieux que nous des libertés individuelles. J'insiste : il ne s'agit, dans le cadre de l'open data, que de rendre accessibles des données rendues strictement anonymes sans aucun risque de réidentification des personnes. Le secret médical n'est donc pas en jeu dans cette configuration.

Que propose l'article 47 du projet de loi ?

L'article 47 prévoit, d'une part, la création d'un Système national des données de santé (SNDS), issu du regroupement ou du chaînage des bases de données actuelles. Il organise également les accès à cette base unifiée. Outre l'open data décrit ci-dessus, il définit une procédure rigoureuse relative aux conditions d'accès à des données comportant un risque mesuré de réidentification, lorsqu'il s'agit de projets de recherche d'intérêt général. Et lorsque ceux-ci nécessiteraient une levée de l'anonymat, il oblige l'obtention du consentement préalable de la personne. Ces principes qui protègent le secret ont été largement débattus et approuvés par la commission de concertation mise en place par le ministère et qui réunissait l'UNPS, le Cnom, le Cnop, le CNRS, l'Inserm, la Cnamts, l'Unocam, les fédérations hospitalières, les industriels, les associations de patients, la Cnil…

L'Ordre des médecins est-il satisfait ?

Pas totalement ! Nous demandons que certains points principaux de l'article 47 soient clarifiés lors de son passage devant le Sénat afin d'éviter tout quiproquo lors de la rédaction des décrets d'application. En premier lieu, la façon dont sera organisée la gouvernance du Système est essentielle. Selon nous, elle doit reposer sur un principe démocratique transparent. Une pluralité d'acteurs représentatifs des instances, telles que celles réunies dans le comité de concertation, doit superviser l'ensemble du fonctionnement du dispositif. Un deuxième point concerne la composition du comité d'expertise chargé d'évaluer l'intérêt général des projets de recherche. Nous demandons que ce comité d'expertise intègre une composante éthique et soit placé directement près l'Institut des données de santé. Ces points sont essentiels pour garantir la vigilance sur la protection des données couvertes par le secret. S'y ajoute évidemment le rôle essentiel de la Cnil, mais cela est déjà fixé dans le texte du projet de loi.

SÉNÉGAL

PRISE EN CHARGE DES ENFANTS DES RUES : LE CNOM À DAKAR

Les 7 et 8 mars, le Dr Xavier Deau, conseiller national de l'Ordre des médecins et président de l'Association médicale mondiale (AMM), et le Dr Patrick Romestaing, vice-président de l'Ordre des médecins, étaient invités à Dakar, par le Dr Xavier Emmanuelli, fondateur et président du Samu social international. L'objectif : comprendre les conditions de prise en charge des enfants des rues. *« Il s'agit d'un des thèmes majeurs de mon mandat,* précise le Dr Xavier Deau. *C'est auprès de ces enfants en souffrance que tout médecin peut avoir une action médico-sociale active, et ce dans toutes les villes du monde. »* Les Drs Deau et Romestaing ont ainsi pu constater sur le terrain la nécessité d'une prise en charge médicale dans une démarche médico-psycho-sociale pour ces enfants ayant subi des traumatismes tant physiques que psychiques. *« Nous avons pu voir à l'œuvre les équipes du Samu social Sénégal qui font preuve d'une coordination exemplaire avec les différents services sociaux,* précise le président de l'AMM. *Les éducateurs sénégalais de l'association prennent en charge ces enfants dans la rue en faisant des maraudes nocturnes. Un médecin attaché au centre réalise ensuite un diagnostic des pathologies et trace une démarche de prise en charge médicale puis sociale dans un climat de confiance… Nous avons également rencontré SOS Médecins Dakar qui prend en charge les problèmes médicaux spécifiques. Voir la joie de ces enfants qui jouent et s'épanouissent dans ce centre avant une réinsertion sociétale, c'est quelque chose de très marquant… »* Avant de repartir, les Drs Deau et Romestaing ont également rencontré le maire de Dakar (photo ci-dessus), ainsi que la ministre de la Santé du Sénégal afin d'échanger sur l'importance de la prise en charge de ces enfants. Ce déplacement a permis de trouver les arguments qui ont convaincu l'AMM d'adopter une recommandation pour la prise en charge des *street children* lors de son assemblée générale en octobre 2015.

ISLANDE

DR PATRICK ROMESTAING : ÉLU VICE-PRÉSIDENT DU CPME

Lors de la réunion annuelle du Comité permanent des médecins européens (CPME), les 22 et 23 mai à Reykjavik, le Dr Patrick Romestaing, vice-président du Conseil national de l'Ordre des médecins, a été élu 1er vice-président du CPME. Une élection qui marque le retour du Cnom au sein de cette institution européenne. Le Dr Jacques de Haller, de l'Ordre des médecins suisse, succède au Dr Katrin Fjeldsted au poste de président. Le CPME est l'interlocuteur officiel des instances européennes.

+ d'infos : www.cpme.eu

GÉORGIE

EFMA : POUR DES POLITIQUES EUROPÉENNES CONCERTÉES ET COORDONNÉES

Les associations médicales nationales de la très grande Europe étaient réunies les 23 et 24 avril dernier à Tbilissi, à l'occasion du Forum européen des associations de médecins (EFMA). L'objectif de cette rencontre était de partager les expériences de nos politiques de santé au regard de la politique de l'OMS. Le Dr Jean-François Rault, président de la section Santé publique et démographie médicale du Cnom, a ainsi présenté les activités de l'Ordre et les problématiques que soulève le projet de loi santé actuellement en débat au parlement. Le Dr Xavier Deau a, quant à lui, présenté le système d'assurance maladie français, notamment la CMU et l'AME.
Ces échanges passionnants ont permis de constater que tous les pays partagent certaines difficultés liées au climat, au tabagisme, aux habitudes alimentaires… et donc nécessitent des politiques européennes concertées et coordonnées.

entretiens croisés

Texte : **Sarah Berrier** | Photos : **DR**

Observatoire de la sécurité

Comment faire face aux violences ?

Créé il y a douze ans par l'Ordre des médecins, l'Observatoire de la sécurité recense les violences faites aux médecins à partir des déclarations adressées aux conseils départementaux. À l'occasion d'un débat sur le sujet organisé par l'Ordre le 10 avril dernier, le Dr Christian Bourhis, coordinateur de l'Observatoire, a dévoilé les chiffres de l'année 2014, révélant un niveau élevé d'incidents.

61 %

des victimes d'incident en 2014 sont des médecins généralistes, alors qu'ils ne représentent que 46 % de l'ensemble de la profession.

Avec 901 déclarations, soit 20 % de plus que la moyenne constatée par l'Observatoire depuis sa création, le niveau d'incidents en 2014 s'il est moindre qu'en 2013, reste néanmoins préoccupant. *« Sur les types d'incidents, 73 % concernent une atteinte aux personnes et 30 % une atteinte aux biens »*, précise Federico Vacas, directeur adjoint du département Politique et Opinion d'Ipsos, chargé d'analyser et de traiter les données fournies par l'Ordre. La plupart de ces incidents se produisent en milieu urbain (57 %). Par ailleurs, 83 % des incidents déclarés ont eu lieu dans le cadre d'un exercice de médecine de ville, soit 9 points de plus que l'an passé pour les incidents ayant eu lieu au sein du cabinet du médecin. Un triste record… Les principales causes de ces violences, qui restent en grande majorité verbales (65 %), résident dans les 4 R : le reproche relatif à la prise en charge des patients insatisfaits de la consultation ; la rapine ou le vol, essentiellement l'ordonnancier, le tampon, le sac à main ; le refus de prescription ou de délivrance de médicament, d'arrêts de travail, voire de la mention non substituable ; et le retard dans la consultation. *« Dès 2010, l'Ordre a signé un protocole visant à apporter des réponses sur les territoires. Nous avons également développé des outils pédagogiques et, avec l'aide des forces de police et de gendarmerie, mis en place des réunions avec des référents sécurité ordinaux, pour apprendre à protéger son cabinet, l'attitude à avoir, etc. »*, détaille le Dr Bourhis, coordinateur de l'Observatoire de la sécurité de l'Ordre des médecins. Le débat organisé par le Conseil national, le 10 avril, a permis de faire le point sur les différents dispositifs mis en place et les pistes pour les améliorer. Extraits des échanges…

Commissaire Arnaud Poupard

Chargé de mission à l'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS), pour le ministère de la Santé.

Mme Nadine Joly

Contrôleur général de la police nationale, coordinatrice des dispositifs de sécurité des professions exposées au ministère de l'Intérieur.

Lieutenant-colonel Karine Lejeune

Chef de la section Prévention de la délinquance/partenariats, à la Direction générale de la gendarmerie nationale, au ministère de l'Intérieur.

Quel regard portez-vous sur les résultats 2014 de l'Observatoire ?

Ltn-colonel Lejeune

Ma première réaction en voyant ces chiffres est un peu provocatrice. Je me dis « Bienvenue au club ! ». Vous êtes en effet confrontés, au même titre que les policiers, les gendarmes et les pompiers, c'est-à-dire des gens qui aident, qui protègent, qui secourent et qui soignent, à cette société qui malheureusement se fracture et qui est de plus en plus violente, de plus en plus dans la frustration et l'immédiateté vis-à-vis des personnes censées les aider. Je suis particulièrement marquée par le fait que 30 % des atteintes concernent des biens alors que 70 % des atteintes visent directement des personnes.

Commissaire Poupard

Le champ de compétence de l'Observatoire national des violences en milieu de santé porte sur tout le secteur hospitalier, public et privé, le médico-social public et privé et la médecine de ville. De notre côté, nous avons recensé plus de 14000 déclarations de faits d'atteinte aux personnes et aux biens en 2014. Même si ce chiffre n'est pas encore consolidé, nous constatons qu'il est en hausse. Selon nous, il s'agit plus d'une augmentation des déclarations, pas des faits violents en eux-mêmes. Cependant, lorsque je me déplace, je discute beaucoup avec les soignants et je constate effectivement une tendance à la sous-déclaration. Le premier frein à la déclaration, ce sont les soignants eux-mêmes. Le deuxième frein, ce sont les établissements. En effet, la majorité des établissements ne travaillent pas avec l'Observatoire. Et donc même quand les soignants signalent un incident auprès de leur établissement, les informations ne parviennent pas jusqu'au ministère de la Santé. Nous encourageons donc les médecins à signaler les violences dont ils sont victimes, mais nous aimerions également que davantage d'établissements travaillent avec nous.

Mme Joly

De mon côté, je m'interroge sur l'interprétation à apporter à l'augmentation constatée des signalements. Elle peut-être le reflet d'une augmentation des violences envers les médecins. Mais elle peut également être l'indice d'une augmentation de la confiance réciproque à la fois vis-à-vis de l'Ordre, mais aussi vis-à-vis de la capacité qu'ont les forces de sécurité intérieure à répondre à vos problèmes et à vos difficultés. Ce qui incite les médecins à faire un signalement lorsqu'ils sont victimes de violence. Malgré tout, je pense qu'il y a sans doute une sous-déclaration parce que beaucoup de praticiens pensent qu'au vu de la réaction des forces de police et de gendarmerie, cela ne vaut pas la peine.

En quoi est-il important que les médecins signalent les violences dont ils sont victimes ?

Commissaire Arnaud Poupard

« Là des mesures sont prises, les violences baissent. »

Mme Joly

Je conçois que certains ne prennent pas la peine de signaler les violences dont ils sont victimes parce que « *ce n'est pas suivi d'effet* ». D'autant plus que notre main courante policière n'est pas transmise telle quelle au procureur – c'est une des différences avec le système de la gendarmerie, qui rédige un procès-verbal de renseignements judiciaires systématiquement transmis au procureur de la République. Néanmoins, les signalements nous donnent les moyens d'être efficaces. Plus nous aurons d'informations à recouper, plus les solutions mises en œuvre seront adéquates parce que nous aurons une vision plus complète et globale de la situation. Je ne peux donc que vous engager à déposer plainte ou une main courante. Une personne peut être entendue dans le cadre d'une main courante, cela peut donc constituer un rappel à l'ordre ou une mise en garde. La main courante peut aussi déboucher sur une appréhension judiciaire et une transmission d'une procédure au procureur. D'ailleurs, je pense qu'attraire le procureur dans le cercle de partenaires est important notamment dans le suivi des procédures, il aura ainsi plus à cœur, connaissant les acteurs, de donner des informations et potentiellement d'infléchir la politique pénale du parquet.

Ltn-Colonel Lejeune

Le lien avec le ministère de la Justice et en particulier le procureur est effectivement très important. Ensuite, il faut rappeler que le droit commun offre de nombreuses possibilités pour faciliter le dépôt de plainte. Par exemple, dans une unité de gendarmerie, même à forte activité, il est possible de « programmer » une prise de plainte 24 ou 48 heures après les faits. Cette opération peut d'ailleurs être réalisée au cabinet ou au domicile du médecin. Je pense que pour une profession exposée telle que celle de médecin, qui a des besoins, des contraintes spécifiques et une clientèle à recevoir, il serait nécessaire d'offrir une prise en charge psychologique, un accompagnement judiciaire adapté… Et je pense que le rôle du procureur est vraiment essentiel dans cet accompagnement judiciaire.

Commissaire Poupard

Nous déployons beaucoup d'efforts pour inciter les établissements à déclarer à l'Observatoire. Parce que grâce aux informations recueillies dans les déclarations, nous pouvons vous assister et signer des accords santé-sécurité-justice. Il ne s'agit pas de faire des copier-coller des accords nationaux, mais de signer des accords opérationnels avec des partenaires et d'associer d'autres acteurs comme la mairie, le Conseil général, l'administration pénitentiaire… Nous conseillons une rédaction d'une première partie assez courte qui prend en compte les grands éléments de politique locale de sécurité et des annexes nombreuses qui répondent concrètement aux problématiques que vous rencontrez. Dans tous les cas, nous constatons que partout où des mesures sont prises, les violences baissent concrètement. C'est important de le dire et c'est confirmé sur le terrain.

Ltn-Colonel Karine Lejeune

« Nous menons des actions de prévention et proposons notre expertise pour vous aider. »

Quelles recommandations donneriez-vous aux médecins ?

Mme Joly

Le protocole national, signé par l'Ordre en 2010 dans le but de répondre aux problématiques rencontrées par les médecins en matière de sécurité, me paraît être un outil très intéressant. Il offre un cadre non contraignant, qui incite à inventer des solutions efficaces contre les violences. Même s'il n'y a pas d'agression, c'est important de mener une réflexion entre les partenaires « à froid », afin que, le jour où malheureusement il se passe quelque chose – et non seulement cela peut arriver vite mais en plus cela peut être violent –, les réactions et les contacts soient déjà définis. Par ailleurs, un de nos objectifs de travail cette année est d'acquérir une connaissance plus fine de cette problématique et des réponses que nous pouvons apporter, notamment par le biais de nos référents sûreté. Ils sont centraux dans le dispositif de formation et de sensibilisation. Nous allons donc poursuivre notre réflexion sur les outils de formation qui ont été mis en place.

Mme Nadine Joly

« Les signalements nous donnent les moyens d'être efficaces »

Commissaire Poupard

Les correspondants santé ou les référents sûreté présents dans tous les territoires ont pour mission d'assurer votre sécurité. Malheureusement, les établissements et les médecins ne pensent pas à faire appel à eux. Pourtant, vous pouvez les consulter pour des conseils ou des audits de sûreté, et ce gratuitement. Ensuite, je pense que l'une des clés pour faire baisser la violence, réside dans la signature de protocoles d'accord au sein des territoires, avec les acteurs qui ont des réponses, les préfets, les correspondants santé… C'est dans ces accords, en effet, que vous déterminez, en fonction des problématiques identifiées, les réponses à apporter par tous les acteurs qui y concourent. Par exemple, la procédure d'alerte particulière en visite à domicile, lorsque vous allez chez un patient et qu'il y a un risque de violence. Il faut avoir abordé ce cas en amont, avec les services de police pour déterminer la procédure à mettre en place dans cette situation (souvent le rapprochement d'une patrouille du lieu de visite, patrouille qui aura tous les éléments pour intervenir en cas de besoin). Je pense que la mise en place de ces procédures concrètes est certainement le point le plus important de ces accords.

Ltn-Colonel Lejeune

Pour les atteintes aux biens, nous avons depuis 2007 une politique très proactive. Nous menons des actions de prévention et proposons notre expertise pour vous aider. Pour les atteintes aux personnes, en revanche, nous sommes plus dans la réaction. Il est donc nécessaire de travailler ensemble pour prévenir ces atteintes. Ainsi, je pense que les Ordres comme les praticiens devraient connaître leurs interlocuteurs des forces de sécurité intérieure. Pour la gendarmerie, sur le plan départemental, il s'agit de l'officier de prévention de la délinquance-partenariat qui coordonne les politiques publiques de prévention de la délinquance, et le référent sûreté qui propose des audits de sûreté afin de sécuriser l'espace de travail. Chaque praticien doit également se faire connaître auprès de sa brigade de gendarmerie locale, idéalement en dehors d'un contexte de violence. Nous avons, en effet, une base départementale de sécurité publique (BDSP) dans laquelle tout praticien peut demander à être inscrit afin d'être immédiatement identifié lorsqu'il appelle sa brigade locale. Par ailleurs, si le médecin a déjà été victime de violence, il peut être reconnu comme une personne à vulnérabilité particulière. À ce moment-là, il est inscrit dans le module SIP « à la demande » : ainsi lorsqu'il appelle sa brigade locale, il est immédiatement identifié et la fiche complète du médecin s'affiche avec ses antécédents, son adresse, les accès, etc. Autant d'éléments qui permettront aux gendarmes d'intervenir plus vite et de façon plus efficace.

281,4
Avec 281,4 médecins en activité régulière pour 100 000 habitants la France se situe dans la moyenne européenne.
8 idées reçues et corrigées

dossier

Textes : **Sarah Berrier, Béatrice Jaulin**
Photos : **Phanie, Getty Images, Mélanie Favreau**

Démographie
8 idées reçues et corrigées

À l'occasion de la nouvelle édition de son atlas de la démographie médicale en France, le Conseil national de l'Ordre des médecins a organisé le 16 juin, à Paris, un débat sur le sujet réunissant plusieurs experts et personnalités. L'objectif : dépasser les idées reçues et les corriger. Petit tour d'horizon…

1. Le *numerus clausus* trop bas cause la pénurie de médecins.

En réalité, le *numerus clausus* est passé de 3 479 en 1998 à 7 497 en 2015. Par ailleurs, le nombre de médecins actifs a quasiment doublé en trente-cinq ans. Alors qu'ils étaient 112 066 en 1979, ils sont aujourd'hui 215 539. Le *numerus clausus* ne permet pas de régler à lui seul les problématiques liées à la démographie. Tout d'abord, parce qu'une partie importante des diplômés (25 %) ne s'inscrit jamais au tableau de l'Ordre. Certains se tournent vers la médecine territoriale dans laquelle ils n'ont pas nécessairement besoin de faire du soin. « *Beaucoup se tournent également vers un autre métier en lien avec la santé, par exemple journaliste médical,* souligne Estelle André, vice-présidente de l'AMNEF. *Les études de médecine ressemblent à un*

Point de vue de l'Ordre
Dr Jean-François Rault, président de la section Santé publique du Conseil national de l'Ordre des médecins

« Inciter mais pas contraindre »

L'idée qu'une bonne homogénéité des médecins sur le territoire passerait inexorablement par des mesures contraignantes quant au lieu d'installation revient régulièrement dès lors que l'on aborde la problématique de la démographie médicale. Ainsi, le 18 février dernier, le député du Tarn, Philippe Folliot (UDI), a déposé une proposition de loi visant à instaurer un *numerus clausus* à l'installation des médecins généralistes. Pourquoi est-ce une fausse « bonne solution » ? Tout d'abord, parce que la profession dans son ensemble est vent debout contre cette perspective. D'autre part, il s'agit d'une mesure contre productive, qui aboutirait à un abandon pur et simple de l'exercice libéral. Priver les médecins de leur liberté d'installation ne résoudrait donc en rien les problèmes démographiques rencontrés sur certains territoires. En revanche, les dispositifs d'incitation peuvent être une bonne solution pour peu que les avantages qu'ils proposent s'équilibrent avec les engagements demandés en retour aux médecins et qu'ils répondent pertinemment aux problématiques singulières de chaque territoire.

parcours du combattant et ça continue après le diplôme, que ce soit pour s'installer, pour gravir les échelons à l'hôpital... Cela peut être décourageant. » « *On a aussi tendance à oublier que le métier sacrificiel toute sa vie, c'est fini,* renchérit Mélanie Marquet, présidente de l'Inter-syndicat national des internes (Isni). *On se bagarre pour passer le concours mais, au final, les jeunes médecins n'hésitent pas ensuite à faire autre chose…* »
Augmenter encore le *numerus clausus* poserait enfin d'autres problèmes. « *Que ce soit à la faculté ou en stage, les capacités de formation ne sont pas illimitées* », rappelle Estelle André. Des problèmes de saturation liés à l'inadéquation entre les capacités d'accueil des CHU et le nombre d'internes affectés se font déjà ressentir.

TÉMOIGNAGE

Dr Jean-Yves Grall,
directeur de l'Agence régionale de santé Nord-Pas-de-Calais

« Des actions concrètes »

Pour la mise en œuvre du Programme régional de santé, l'ARS Nord-Pas-de-Calais a réalisé une cartographie pluriprofessionnelle de l'offre de soins de premier recours (médecins, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes). Réalisée en concertation avec les représentants des professionnels, des Conseils de l'Ordre, de l'Assurance maladie, du Conseil régional et des représentants des patients (CISS), cette cartographie met en évidence en région 63 zones « en difficulté » et 10 zones « fragiles ». Pour corriger cette situation, l'ARS a développé 3 actions majeures du « Pacte territoire-santé » :
• le « référent installation », qui conseille concrètement les étudiants et les professionnels de santé libéraux sur les aides au maintien et à l'installation ;
• 46 contrats d'engagement de service public – CESP (versement d'une allocation mensuelle pendant la durée des études du signataire qui s'engage à exercer dans une zone fragile ou en difficulté) ;
• 10 praticiens territoriaux de médecine générale – PTMG (garantie de revenu mensuel et avantages en matière de protection sociale lors d'une installation dans une zone fragile ou en difficulté).
L'ARS accompagne aussi la mise en place de maisons de santé, et la mise en œuvre de pratiques professionnelles innovantes. Enfin, une cellule d'appui technique régionale (CATR) suit les porteurs de projets. C'est par la convergence de ces actions concrètes que l'ARS entend, avec les professionnels médicaux, répondre avec volontarisme aux besoins de la population.

2. Les femmes médecins, de plus en plus nombreuses, préfèrent les temps partiels, ce qui réduit le « temps médical disponible ».

Ce ne sont pas les femmes, mais la nouvelle génération dans son ensemble qui porte une nouvelle vision de l'exercice de la médecine consistant à équilibrer vie professionnelle et vie privée. Une conséquence d'une effectivité croissante de la parité homme-femme et d'une importante évolution sociétale (voir Reportage p. 20). Ainsi, selon un sondage TNS Sofres paru en 2013[1], l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée est la première source d'influence des choix de carrière : 86 % des jeunes médecins considèrent cet équilibre comme très important ou extrêmement important.

3. Les tensions démographiques ne concernent que les zones rurales.

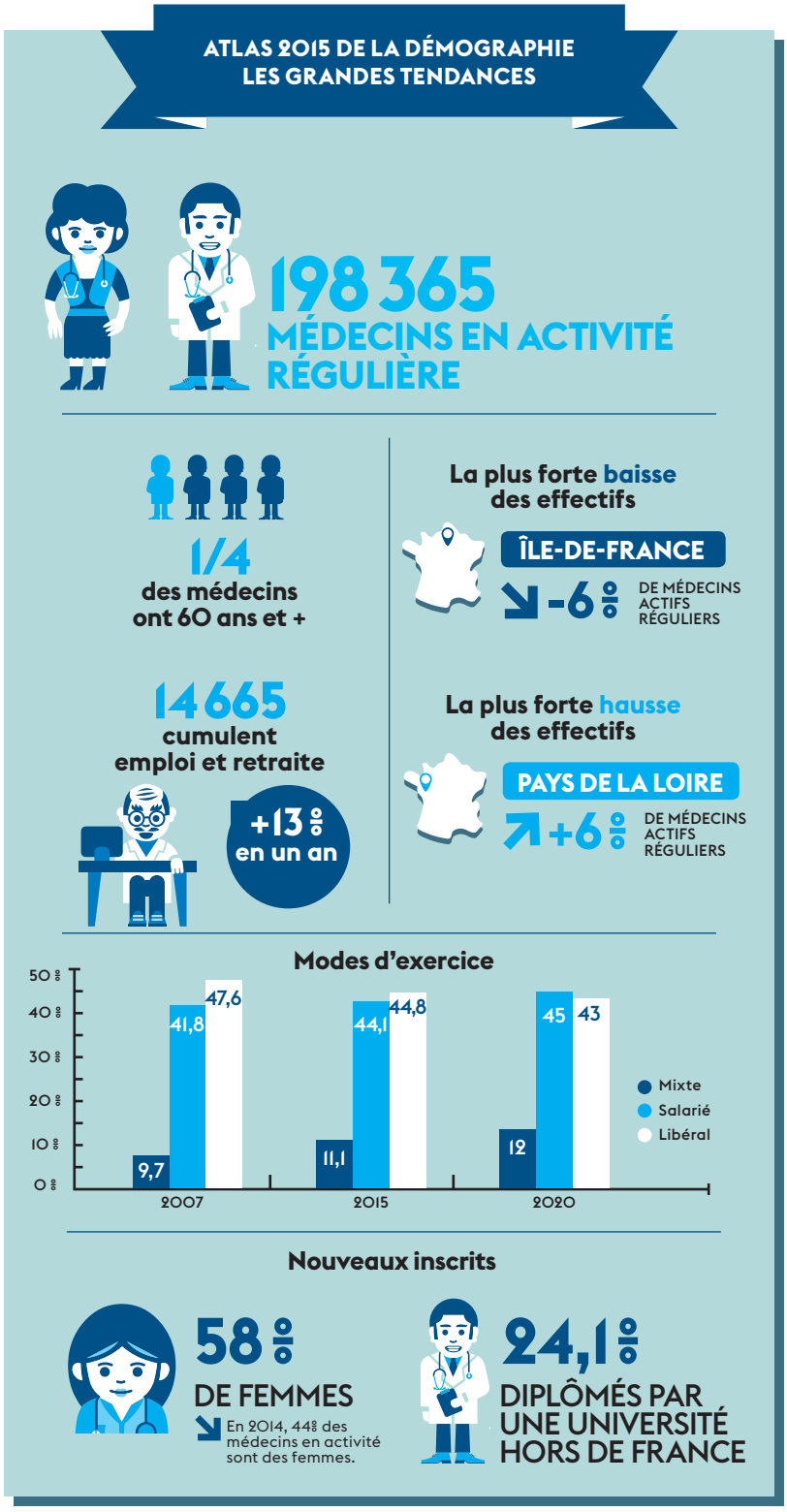
La région Île-de-France est celle qui recense la plus forte baisse des effectifs des médecins en activité régulière cette année (-6 %), alors que sa population a augmenté de 3,6 % entre 2007 et 2014. Chaque territoire, qu'il soit rural ou urbain, rencontre des problématiques propres qui peuvent engendrer des pénuries de médecins.
Dans les zones rurales, ce phénomène est souvent lié à un défaut d'attractivité (manque d'infrastructures de transport, faible dynamisme économique, offres culturelles limitées…). Par ailleurs, dans les zones à densité de population très faible, un médecin peinera à constituer sa patientèle.
En zone urbaine, mais aussi dans certaines zones touristiques, les difficultés sont davantage liées à la flambée des prix du foncier, qui impacte

« Seul un quart des médecins à diplôme européen (hors France) et extra-européen exercent en libéral. »

aussi bien les locaux professionnels que ceux à usage d'habitation. Un phénomène qui touche avant tout les médecins de premier recours et les médecins en accès direct. La baisse des effectifs est particulièrement marquée en gynécologie (- 31,3 % entre 2007 et 2015), en médecine générale (- 10,1 %) et en psychiatrie (- 6,8 %). Certaines zones urbaines sont également délaissées en raison de l'augmentation des incivilités et violences. Enfin, depuis 2005 et la création de postes de médecins coordinateurs salariés dans les Ehpad, les villes connaissent une hémorragie des médecins généraux libéraux qui, face à une offre grandissante de postes salariés, ont tendance à délaisser l'exercice libéral.

4. Les médecins étrangers peuvent pallier le manque d'effectifs.

La plupart des médecins étrangers exerçant en France occupent en fait des postes salariés en établissement. Seul un quart des médecins à diplôme européen (hors France) et extra-européen exercent en effet en libéral, selon l'étude du Cnom « Les flux migratoires et trajectoires des médecins » (2014). Les professionnels qui choisissent en première intention ce mode d'exercice rencontrent souvent des difficultés pour constituer leur patientèle et se tournent vers un poste salarié en établissement.



REPORTAGE

« Les patients ont d'abord considéré que je ne remplissais pas mon rôle de médecin traitant »

Le Dr Jacques-Olivier Dauberton est un jeune médecin généraliste installé depuis peu dans la Marne. Il a pris la succession d'un confrère et a dû rééduquer sa patientèle afin de pouvoir concilier vie professionnelle et vie familiale…

« J'ai toujours été attiré par la médecine générale de campagne avant même de l'avoir pratiquée. Durant mon internat, un médecin m'a parlé d'une communauté de communes qui cherchait des jeunes médecins pour participer à la création d'une maison de santé. J'ai commencé à participer à ce projet dès 2010. Le médecin sur place, installé depuis plus de trente ans, faisait des horaires qui ne correspondaient pas du tout à ce que j'envisageais de faire : il travaillait de 8 h 30 à 23 heures non-stop, récupérait le jeudi après-midi, et partait à 18 heures le vendredi pour rentrer en Corse où il habitait. Mais il était vraiment saturé par ce rythme. J'ai pris sa succession en novembre dernier et je dois dire que la transition a été très difficile.

Éducation des patients

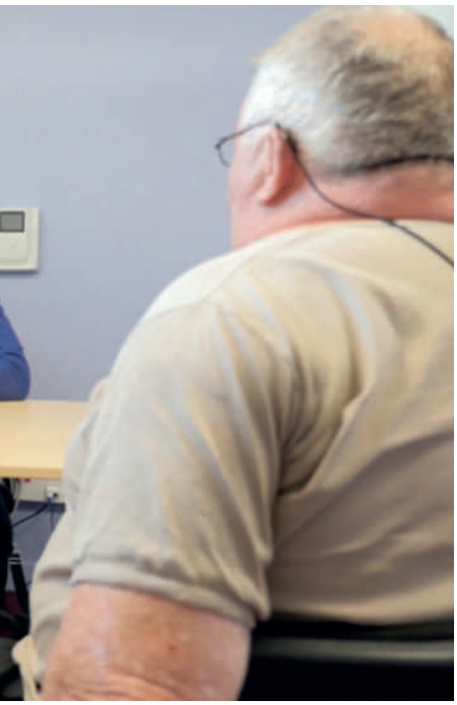
Pour avoir un exercice qui correspondait à ma vision de la profession, j'ai opéré de nombreux changements. J'ai imposé de nouveaux horaires, moins étendus, avec un jour de repos le mercredi pour m'occuper de mes deux enfants. J'ai passé une partie des consultations sur rendez-vous et j'ai mis en place un secrétariat téléphonique. Enfin, je n'habite pas dans le village parce que je ne tiens pas à croiser mes patients en dehors du travail afin de bénéficier d'une vraie coupure… Comme je n'étais pas disponible pour eux 24 heures sur 24, les patients ont d'abord considéré que je ne remplissais pas mon rôle de médecin traitant. En plus, à la campagne, il y a beaucoup de rumeurs qui circulent. Les gens pensaient, par exemple, que c'était ma femme qui m'avait poussé à ne pas travailler tout le temps parce que, comme je suis noir de peau, ils imaginaient qu'elle était d'origine africaine et qu'elle ne s'habituait pas à la vie ici. Alors que ma femme est blonde et originaire du coin. Il a donc fallu beaucoup expliquer, faire de la pédagogie… J'ai été honnête avec mes patients : je leur ai dit que je ne travaille pas le mercredi pour passer du temps avec ma famille, que j'ai besoin d'une coupure parce qu'avec 50 minutes de trajet entre mon domicile et mon travail, c'est pour moi le seul moyen de tenir sur le long terme. Ça a été très dur… J'ai eu de vraies prises de bec avec certains patients mais, pour être franc, ce ne sont pas forcément des personnes que j'ai regrettées : nous n'avions pas la même vision du médecin traitant. Au final, je n'ai pas perdu beaucoup de patients, et aujourd'hui, ce travail d'éducation commence à porter ses fruits.

Le Dr Jacques-Olivier Dauberton a du faire preuve de pédagogie pour faire comprendre à sa patientèle son choix d'un exercice moins intensif que son prédécesseur.

Peur d'être seuls

Ce qui effraie les patients, c'est une prise en charge moins bonne du fait que je ne suis pas présent tout le temps, même si je réponds toujours en cas d'urgence. C'est pour cela qu'exercer au sein d'une maison de santé est vraiment bénéfique. Dans mon cas, je partage les locaux avec quatre infirmières avec lesquelles je peux échanger. Il y a une vraie coordination qui se met en place et, de ce fait, les patients ne se sentent pas seuls, même quand je ne suis pas là. Je crois que c'est ça le secret ! Pour moi, le médecin de campagne est toujours aussi dévoué qu'autrefois, mais il doit évoluer dans sa pratique, poser des limites, organiser la santé sur son territoire, sinon il ne peut pas tenir. »

+ d'infos
Visionnez la vidéo du reportage en flashant ce QR code avec votre smartphone.



5. Les jeunes médecins ne veulent plus travailler en libéral.

Le recul de l'exercice libéral est davantage le fruit d'une méconnaissance et d'un manque de formation à ce mode d'exercice, qu'à un choix éclairé des jeunes médecins. *« On a tendance à aller vers ce qu'on connaît »*, remarque Mélanie Marquet, présidente de l'Isni. *« Aujourd'hui, sur ses neuf ans de formation, un médecin généraliste passe rarement plus de neuf mois en dehors de l'hôpital,* souligne Pierre-Antoine Moinard, président de l'Isnar-IMG. *Il y a un vrai problème de formation : le cursus est bien trop hospitalo-universitaire. Les étudiants devraient pouvoir faire des stages en ambulatoire plus tôt et plus souvent. »* Et la médecine générale n'est pas la seule spécialité concernée par le déficit de praticiens en libéral. L'ORL, par exemple, est particulièrement impactée (- 4,3 % entre 2013 et 2015). La raison de ce phénomène ? Les jeunes médecins n'apprennent plus les soins de spécialité réalisés en dehors d'un cadre hospitalier. La possibilité pour les étudiants de réaliser davantage de stages « en ville » dans d'autres spécialités pourrait pallier ce problème. *« Ce serait non seulement une façon de démystifier ce mode d'exercice mais, ces stages seraient aussi de bons compléments à notre formation. Chaque mode d'exercice possède ses particularités et le fait de connaître les contraintes de chacun, faciliterait l'articulation entre la ville et l'hôpital. »* Le développement de ces stages en ambulatoire se heurte malheureusement à une carence en maîtres de stage, encore trop peu nombreux, notamment en milieu rural, les volontaires étant souvent freinés par les contraintes liées aux formations.

6. Les maisons pluri-professionnelles attirent les jeunes médecins dans les zones sous-dotées.

Dans l'échantillon de structures ouvertes, les médecins généralistes sont majoritairement expérimentés (50,3 ans en moyenne et 20 ans d'inscription à l'Ordre), c'est ce que montre le bilan du plan d'équipement 300 maisons de santé en milieu rural (2010-2013) mené actuellement par le Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET). *« L'étude relative à l'installation des jeunes médecins généralistes dans les territoires, que nous avons réalisée en 2014, montre néanmoins que les jeunes médecins privilégient l'exercice en groupe autour d'un projet professionnel collectif de qualité*, souligne Marc-Étienne Pinauldt, directeur du développement des capacités des territoires au CGET. *Les maisons de santé répondent en partie à ces aspirations. »*

« Une des clés du succès ? Les projets portés et soutenus autant par les professionnels que par les élus. C'est une réelle condition de réussite. »

Cependant, si ces structures peuvent permettre d'améliorer l'accès aux soins dans certains territoires, *« leur construction ne garantit pas automatiquement l'arrivée de professionnels. En revanche, nous avons aussi observé qu'elles permettent l'installation effective de jeunes médecins ou la venue de nouveaux médecins généralistes. »* Localement, il peut exister des difficultés notamment liées à des divergences entre élus et professionnels de santé. Une des clés du succès ? *« Les projets portés et soutenus autant par les professionnels*

À DÉCOUVRIR

La cartographie interactive du Cnom

Pour aider à l'installation et repérer les zones sous-dotées, le Cnom a créé une cartographie interactive. Véritable outil notamment d'aide à la décision du lieu d'installation, cette application permet d'accéder très simplement au nombre de médecins exerçant par spécialité et à l'échelle du bassin de vie. Cette cartographie permet également de localiser les CHU, et prochainement de nouvelles fonctionnalités viendront enrichir cette cartographie, afin de répondre au mieux aux critères d'installation les plus fréquemment avancés par les médecins (infrastructures, pharmacies…).

+ d'infos
www.demographie.medecin.fr

que par les élus. Ce double portage est une réelle condition de réussite. »

7. Il faut multiplier les aides et les dispositifs incitatifs dans les zones sous-dotées

De nombreux dispositifs existent déjà (voir Encadré p. 18), donc avant d'en rajouter, mieux vaut les faire gagner en efficience. Pour améliorer l'efficacité de ces dispositifs, l'Ordre des médecins souhaite renforcer la collaboration avec les ARS notamment sur la définition et l'identification des zones sous-dotées. Le Cnom a en effet une connaissance pointue des territoires grâce à ses conseils départementaux et régionaux, mais aussi à son expertise en démographie médicale dont il rend compte chaque année dans son atlas de la démographie médicale. À partir de ces données, l'Ordre a d'ailleurs créé une cartographie interactive, afin d'aider les médecins à choisir leur lieu d'installation (voir encadré p. 21).

8. La présence d'un maillage très serré de médecins est indispensable pour assurer un accès aux soins de qualité.

La présence d'un médecin dans chaque village est un objectif aujourd'hui utopique et irréalisable. *« En réalité, il n'y a jamais eu autant de médecins en activité* souligne Pierre-Antoine Moinard. *Et sauf exceptions, tous les Français disposent d'un premier recours médical à moins d'une demi-heure. »* L'égal accès aux soins pour tous doit également passer par une nouvelle organisation, une utilisation optimale des nouvelles technologies (la télémédecine, par exemple) ainsi que la mise en œuvre d'initiatives adaptées aux problématiques de chaque territoire (médico-bus, maison de santé pluridisciplinaire constituée de plusieurs locaux dans des sites différents, vacations hebdomadaires dans des zones sous-dotées…).

1. « Les aspirations professionnelles des jeunes médecins d'Île-de-France », Étude TNS Sofres - SIHP, mai 2013.

Point de vue extérieur

Dominique Polton, conseillère auprès du directeur général de la Cnamts

« Une convention de partenariat est en passe d'être signée avec le Cnom »

Comment la problématique de la démographie médicale est-elle traitée par la Cnamts ?
La Cnamts se mobilise depuis longtemps sur ce sujet. Nous disposons en effet de données détaillées sur les effectifs, l'activité et la patientèle des médecins libéraux, ce qui nous permet de mener de nombreuses analyses, par exemple sur les disparités territoriales.
Et au-delà de l'observation, nous mettons en place des actions pour améliorer la répartition des professionnels de santé et l'accès aux soins. Ces actions visent à offrir aux médecins des conditions d'exercice attractives par le biais d'incitations financières, comme la majoration des honoraires ou l'aide à l'installation. Elles concernent les généralistes mais également d'autres professions de santé, comme les infirmières. Au-delà des incitations financières, le regroupement dans des cabinets de groupe ou des maisons de santé peut aussi être un levier pour maintenir les professionnels dans les zones fragiles. Ce type d'organisation évite l'isolement et permet une meilleure répartition des heures de travail, tout en garantissant aux patients des horaires de consultation larges.

Comment s'articule la coopération entre le Cnom et la Cnamts sur cette question ?
Cela fait presque un an maintenant que nous avons entamé des échanges entre le Cnom et la Cnamts, et une convention de partenariat est en passe d'être signée. Elle officialise un échange d'informations qui a déjà commencé et qui est utile aux deux institutions, car nous sommes complémentaires. Grâce à notre système d'information, nous disposons de données sur le type d'activité exercée par chaque médecin libéral. De son côté, le Cnom a une vision exhaustive des professionnels de santé sur le territoire, y compris par exemple des médecins remplaçants, sur lesquels la Cnamts a peu d'informations. En les croisant, nous obtenons des analyses beaucoup plus fines et pertinentes de la situation.
Je prends l'exemple des ophtalmologistes : certains reçoivent en consultation dans leur cabinet, d'autres opèrent de la cataracte dans une clinique. En termes de besoins des patients et de répartition des professionnels de santé, cette différenciation est essentielle et permet d'enrichir la réflexion sur la démographie médicale.

Que pensez-vous de la cartographie interactive mise en place par le Cnom ?
C'est une initiative intéressante. L'Assurance maladie avait conçu au début des années 2000 un outil de ce type, utilisé aujourd'hui de manière variable par les Agences régionales de santé. La cartographie interactive proposée par le Cnom a cet avantage d'être régulièrement mise à jour et d'offrir, au niveau national, un panorama actualisé de la répartition des médecins généralistes et des spécialistes.

vos informations pratiques

le guide juridique

24-25. décryptage
La pharmacovigilance
26. en bref
Nouveau calendrier vaccinal
Qualification des médecins autorisés à exercer dans les services de santé au travail
27. vos questions / nos réponses
La personne de confiance
28-29. pratique
Questionnaires de santé, certificats et assurances (partie I)
30. pratique
Contrats liés aux logiciels médicaux : les obligations des médecins

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

La pharmacovigilance

La pharmacovigilance consiste en la surveillance des médicaments et la prévention du risque d'effet indésirable résultant de leur utilisation, que ce risque soit potentiel ou avéré. Elle repose sur le signalement, sans délai, par les professionnels de santé, des effets indésirables susceptibles d'être dus à un médicament. Il s'agit ainsi de recueillir des informations utiles à cette surveillance. Un rôle endossé par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

La pharmacovigilance s'appuie sur une base réglementaire nationale et européenne : lois, décrets, directives, bonnes pratiques de pharmacovigilance publiées par arrêté. Elle repose sur :

→ le recueil basé sur la notification spontanée des effets indésirables par les professionnels de santé, les patients et associations agréées de patients et les industriels avec l'appui du réseau des 31 centres régionaux de pharmacovigilance;

→ l'enregistrement et l'évaluation de ces informations;

→ la mise en place d'enquêtes ou d'études pour analyser les risques, la participation à la mise en place et au suivi des plans de gestion des risques;

→ l'appréciation du profil de sécurité d'emploi du médicament en fonction des données recueillies;

→ la prise de mesures correctives (précautions ou restrictions d'emploi, contre-indications, voire retrait du produit) et la communication vers les professionnels de santé et le public;

→ la communication et la diffusion de toute information relative à la sécurité d'emploi du médicament;

→ la participation à la politique de santé publique de lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse.

Thinkstock

Le processus

La pharmacovigilance repose avant tout sur le signalement, par les professionnels de santé, des effets indésirables susceptibles d'être dus aux médicaments ou produits. Un effet indésirable comprend les réactions nocives et non voulues liées à un médicament, que ce soit dans le cadre d'une utilisation conforme ou non conforme aux termes de l'autorisation de mise sur le marché, y compris le mésusage, l'abus, le surdosage et l'exposition professionnelle ou résultant des erreurs médicamenteuses.

Ces déclarations sont ensuite validées, évaluées et enregistrées par les centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV) dans une base informatique située à l'ANSM qui coordonne l'ensemble du système. Ces trois activités – signalement, évaluation, et transmission des effets indésirables – permettent d'identifier les risques médicamenteux. Si nécessaire, des études complémentaires sont réalisées et, le cas échéant, des mesures correctives sont mises en place afin de réduire ces risques.

Dans quel cadre s'applique-t-elle ?

La pharmacovigilance s'exerce sur les médicaments et produits à finalité sanitaire à usage humain lors d'une utilisation « conforme » mais aussi lors d'une utilisation non conforme. Cependant, en cas d'abus de médicament contenant des substances psychoactives, la surveillance est effectuée par le système national de pharmacodépendance (addictovigilance).

Il est important de préciser que ce dispositif permet aussi de recueillir les effets indésirables résultant : d'une utilisation au cours de la grossesse ou de l'allaitement; d'une interaction médicamenteuse; d'une perte d'efficacité; d'un défaut de qualité.

À quels produits s'applique-t-elle ?

La pharmacovigilance s'exerce sur les médicaments et produits à usage humain mentionnés à l'article L.2121-1. Ces médicaments sont distribués par une pharmacie (avec ou sans ordonnance). De façon explicite, il s'agit des produits suivants : spécialité pharmaceutique ayant fait l'objet d'une AMM (autorisation de mise sur le marché) ; préparation magistrale ; préparation hospitalière ; préparation officinale ; produit officinal divisé ; générateur ; trousse ; précurseur ; médicament homéopathique ; spécialité pharmaceutique faisant l'objet d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU).

À noter : la pharmacovigilance des médicaments utilisés dans le cadre des essais cliniques est soumise à un autre dispositif décrit dans des textes réglementaires nationaux et européens distincts.

À qui et comment signaler un effet indésirable ?

Les médecins, chirurgiens-dentistes, sages femmes, pharmaciens ont l'obligation de signaler tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou produit au centre régional de pharmacovigilance dont il dépend. La déclaration d'un effet indésirable peut se faire par le biais du formulaire Cerfa mis à disposition sur le site Internet de l'ANSM. Il est également possible de faire une déclaration sur papier libre. Celle-ci doit comporter au minimum les informations suivantes : une source identifiable (le notificateur) ; un patient identifiable ; le nom du produit suspecté et le numéro de lot (indispensable pour la traçabilité du médicament dérivé du sang) ; la nature de l'effet indésirable.

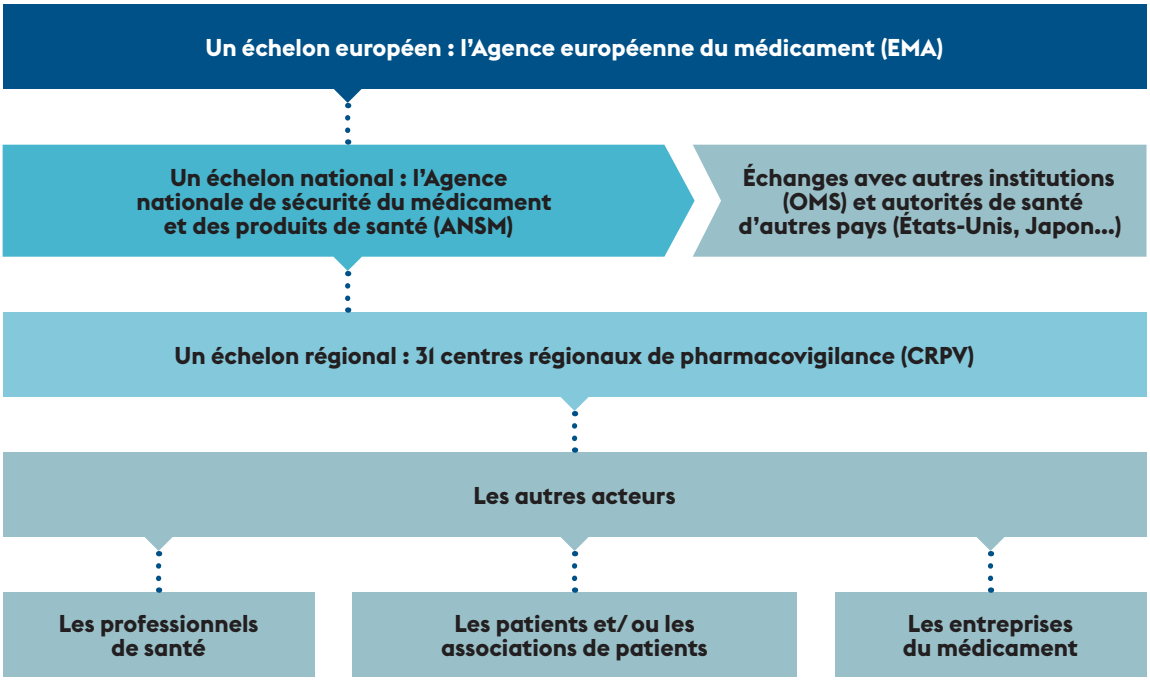
En pratique, pour être évalué correctement, le dossier comprendra des informations sur le patient (sexe, âge, poids, taille, département de résidence, antécédents, profession, etc.), les médicaments pris (dénomination, numéro de lot, posologie, voies d'administration, date de début et de fin de traitement, indication, etc.), l'effet indésirable (description, date d'apparition, évolution, etc.).

Il peut comprendre des copies de compte rendu d'hospitalisation, de courriers médicaux et d'examens complémentaires.

Le notificateur pourra être recontacté si un suivi est nécessaire ou pour obtenir des informations complémentaires. À tout moment, après obtention de nouvelles informations, la déclaration initiale pourra être complétée. Il s'agit en effet d'un dossier évolutif dans le temps.

+ d'infos : www.ansm.sante.fr

ORGANISATION DE LA PHARMACOVIGILANCE NATIONALE



EN BREF

La base de jurisprudence fait peau neuve

Une nouvelle version de la base de jurisprudence de l'Ordre des médecins vient d'être mise en ligne. Elle vous permet d'accéder aux décisions rendues :

→ par la Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins;

→ par la Section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des médecins;

→ par les Instances administratives de l'Ordre : formation restreinte ou Conseil national;

→ en recours contre les décisions ordinales : Conseil d'État, Cour administrative d'appel, Tribunal administratif.

Une recherche multicritères est disponible et vous avez la possibilité de consulter soit l'intégralité d'une décision soit son abstract.

+ d'infos : www.conseil-national.medecin.fr (onglet "JURIDIQUE")

Nouveau calendrier vaccinal

Chaque année, le ministère chargé de la Santé élabore la politique de vaccination et fixe le calendrier des vaccinations applicables aux personnes résidant en France en fonction de leur âge. Il émet aussi les recommandations vaccinales générales et particulières (risques accrus de complications, d'exposition ou de transmission). Cette année, le calendrier ne comporte que des modifications mineures par rapport à 2014. Après avis du Haut Conseil de la santé publique, ont été actualisées les conduites à tenir devant un ou plusieurs cas d'infections invasives à méningocoques, et un ou plusieurs cas de coqueluche.

+ d'infos : www.inpes.sante.fr/10000/themes/vaccination/calendrier/calendrier-vaccination.asp

Qualification des médecins autorisés à exercer dans les services de santé au travail

Deux décrets récents ayant modifié les décrets des 28 mai 1982 et 10 juin 1985 relatifs à l'hygiène et à la sécurité du travail dans la fonction publique d'État et dans la fonction publique territoriale, il est nécessaire d'actualiser la circulaire n° 2014-021 du 21 février 2014.

Le point concernant les collaborateurs médecins est complété par deux nouveaux paragraphes.

Les services de prévention de la fonction publique d'État et de la fonction publique territoriale peuvent désormais recruter des collaborateurs médecins en santé au travail. En effet, deux décrets du 27 octobre 2014 et du 11 février 2015 modifiant respectivement les décrets du 28 mai 1982 et du 10 juin 1985, ont expressément prévu que les services de prévention pourront accueillir des collaborateurs médecins dans les conditions prévues à l'article R.4623-25 et aux alinéas premiers des articles R.4623-25-1 et R.4623-25-2 du code du travail.

Les services de prévention pourront donc recruter des collaborateurs médecins selon les mêmes modalités et pour les mêmes missions que les collaborateurs médecins recrutés dans les services de santé au travail (inscription au DIU de pratique médicale en santé au travail pour la formation des collaborateurs médecins…).

Posez vous aussi vos questions
à l'Ordre des médecins,
180, bd Haussmann, 75389 Paris Cedex 08
ou conseil-national@cn.medecin.fr

La personne de confiance

Qu'est-ce qu'une personne de confiance ?

L'article L.1111-6 du code de la santé publique stipule que *« toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. »* La première mission de la personne de confiance était ainsi d'accompagner le malade tout au long de sa vie médicale. Dernièrement, le projet de loi Leonetti-Claeys, créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, propose de conférer à la personne de confiance un rôle supplémentaire indiquant ainsi qu'elle *« témoigne de l'expression de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage.* [...] *La personne de confiance peut demander les informations du dossier médical nécessaires pour vérifier si la situation médicale de la personne concernée correspond aux conditions exprimées dans les directives anticipées. »* Cette loi a ainsi non seulement enrichi le rôle de la personne de confiance, mais l'a également promue dans le schéma consultatif : son avis prévaut sur celui des autres membres de la famille ou proches. En revanche, les directives anticipées, lorsqu'elles sont adaptées à la situation du patient, l'emportent sur l'avis de la personne de confiance.

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

Le secret médical est-il toujours opposable à la personne de confiance ?

Oui, bien sûr, même si dans le cas particulier de la fin de vie, où des choix thérapeutiques peuvent s'opérer, on peut être amené à apporter à la personne de confiance quelques éléments médicaux pour l'éclairer afin qu'elle puisse exercer pleinement sa mission et en toute objectivité. Mais il ne s'agit pas de lui donner accès à la totalité du dossier médical du patient. En dehors de cette situation particulière, le secret médical reste opposable à la personne de confiance.

Comment cette personne de confiance est-elle désignée ?

La personne de confiance doit être désignée par écrit. Mais ce n'est pas une pratique courante chez les patients. La plupart d'entre eux découvrent la personne de confiance lorsqu'ils sont hospitalisés : les établissements de santé demandent systématiquement cette information à l'ouverture du dossier administratif. Mais les médecins, en particulier les médecins traitants, devraient recueillir et consigner dans les dossiers médicaux, l'identité de la personne de confiance, et vérifier régulièrement cette information dans la mesure où la personne de confiance est révocable à tout moment.

Dr Gilles Munier,
Section Éthique et Déontologie

Questionnaires de santé, certificats et assurances (partie 1)

Les médecins sont régulièrement sollicités en vue de la rédaction de certificats ou de questionnaires de santé demandés par les assureurs. Les nombreuses interrogations de médecins et de patients sur ce sujet nécessitent un nouvel examen de la situation et quelques mises au point pratiques.

En présence d'une demande de certificat, le médecin doit garder à l'esprit quelques idées générales et simples :

1→ Le principe du secret médical est un principe d'intérêt public. Son but est que toute personne qui a besoin de soins puisse se confier à un médecin, même si elle est dans une situation irrégulière ou marginale, sans craindre d'être trahie. Les intérêts personnels d'une personne n'autorisent pas le médecin, même avec son accord, à dévoiler ce qu'il a appris à l'occasion des soins dispensés et même au-delà. Il en résulte que le patient ne peut délier le médecin du secret médical.

2→ Du vivant du patient, aucun certificat ne doit être adressé à un tiers mais doit être remis en main propre au patient qui en fait lui-même la demande.

3→ Après le décès, seuls les ayants droit peuvent être les destinataires d'informations médicales ou se voir remettre un certificat médical ; le médecin doit s'assurer de leur qualité d'ayants droit (articles L. 1110-4, L. 1111-7 et R. 1111-7 du code de la santé publique).

4→ Le médecin doit se garder de favoriser des fraudes ou de fausses déclarations aux dépens des assurances. Il doit au contraire lorsqu'un conseil lui est demandé insister sur la nécessité de déclarations complètes et sincères.

CAS DU QUESTIONNAIRE DE SANTÉ EN VUE D'UNE SOUSCRIPTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE

Tout contrat doit être conclu de bonne foi et, dans cette optique, il est légitime qu'un assureur demande au candidat à l'assurance les informations concernant sa santé nécessaires à l'évaluation des risques.

Il faut distinguer le questionnaire de santé « simplifié » à remplir par le candidat à l'assurance et le questionnaire détaillé par pathologie ou par appareil, qui est remis au candidat à l'assurance lorsqu'il apparaît qu'il présente un risque aggravé de santé (voir ci-dessous « Cas particulier des patients ayant déclaré un risque aggravé de santé »).

→ Le questionnaire de santé simplifié

Ce formulaire comprend une série limitée de questions (entre 10 et 15 questions) demandant au candidat à l'assurance de déclarer les affections, traitements en cours, interventions chirurgicales, hospitalisations… dont il a fait l'objet.

L'assureur ne peut pas exiger que ce soit le médecin traitant du candidat à l'assurance qui remplisse ce questionnaire de santé préalable à la souscription d'un contrat d'assurance. En effet, l'article L.113-2 du code des assurances précise que *« l'assuré est obligé […] de répondre exactement aux questions posées par l'assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque par lequel l'assureur l'interroge lors de la conclusion du contrat, sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier par l'assureur les risques qu'il prend en charge ».*

Il est normal que le médecin aide son patient à renseigner ce questionnaire de santé. Mais il appartient au seul candidat à l'assurance de le signer et de prendre ainsi la responsabilité des réponses apportées.

→ Les examens complémentaires

Si les réponses fournies au questionnaire de santé ou le montant du capital le justifient, l'assureur peut demander au candidat à l'assurance de se soumettre à un examen médical et d'effectuer des examens complémentaires (radiologique, cardiologique, analyses biologiques…). En toutes circonstances, le médecin n'a pas à se prononcer sur l'évaluation

du risque. En cas de demande d'examens complémentaires, ceux-ci sont effectués par un ou des médecins désignés par l'assureur ou par un ou des médecins choisis par le candidat à l'assurance. Ces examens ne donnent pas lieu à l'établissement de feuilles de soins. Les honoraires médicaux sont souvent pris en charge par l'assureur. Les résultats des examens médicaux complémentaires sont remis au candidat à l'assurance qui les transmet, sous pli fermé et confidentiel, au médecin-conseil de l'assureur.

Le médecin, tenu au respect du secret professionnel, ne doit jamais communiquer directement d'informations au médecin-conseil de l'assureur, ni oralement, ni par écrit, et à plus forte raison à l'assureur. Seul le candidat à l'assurance est autorisé à transmettre sous pli fermé et confidentiel les éléments médicaux le concernant au médecin-conseil nommément désigné. Le patient peut demander à son médecin de lui communiquer les éléments de son dossier médical nécessaires à la constitution du dossier d'assurance. Le médecin rappellera au patient que les éléments médicaux ne peuvent être communiqués qu'au médecin-conseil de l'assurance nommément désigné qui donnera ses seules conclusions administratives à l'assureur sans révéler les raisons d'ordre médical qui les motivent.

L'Ordre rappelle que le rôle du médecin est d'éclairer au mieux le patient sur la nécessité de déclarations complètes et sincères et de l'aider dans ses démarches. Il peut l'assister dans le remplissage du questionnaire de santé et doit lui remettre, à sa demande, copie des éléments du dossier médical en main propre contre récépissé. Il n'appartient pas au médecin de remplir, signer ou contresigner le questionnaire de santé.

CAS PARTICULIER DES PATIENTS AYANT DÉCLARÉ UN RISQUE AGGRAVÉ DE SANTÉ

Signée par les pouvoirs publics, les fédérations professionnelles de la banque, de l'assurance et de la mutualité et les associations de patients et d'usagers, la convention AERAS (S'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) a pour objet de faciliter l'accès à l'assurance et à l'emprunt des personnes ayant ou ayant eu un problème grave de santé (articles L. 1141-2 à L. 1141-3 du code de la santé publique).

La convention AERAS s'applique dès lors que le questionnaire de santé, rempli par la personne qui souhaite bénéficier d'un prêt bancaire, fait apparaître qu'elle présente un risque aggravé de santé et que sa demande d'assurance ne peut pas être acceptée aux conditions standard du contrat d'assurance, en termes de garanties et de tarif.

Lorsque, dans le cadre de cette convention, une personne déclare sa maladie dans le questionnaire de santé rempli préalablement à la souscription du contrat d'assurance, la situation n'est plus la même. La maladie est connue du médecin de la compagnie d'assurance, elle a librement été déclarée par le patient qui n'est plus exposé à voir sa confiance trahie par son médecin traitant.

Dans ce cas, donc, on peut admettre que le médecin en charge des soins pour cette pathologie du patient réponde à un questionnaire ciblé sur la pathologie déclarée qui permette de renseigner le médecin de la compagnie d'assurance dans la mesure où ce questionnaire s'en tient aux seules données objectives du dossier médical et ne concerne que la pathologie déclarée.

Ce questionnaire sera remis en main propre au patient qui l'adressera lui-même au médecin-conseil nommément désigné de la compagnie d'assurance.

Une telle attitude permet d'accélérer une procédure compliquée par la situation du patient sans qu'il soit en quoi que ce soit trahi puisqu'il a lui-même en toute liberté déclaré précédemment sa maladie.

Section Éthique et Déontologie

Contrats liés aux logiciels médicaux : les obligations des médecins

Dans le cadre de l'utilisation de systèmes informatiques, les médecins ont un certain nombre d'obligations et de responsabilités qui leur sont imposées par la loi.

Dès lors qu'un médecin dispose d'un ordinateur dans lequel il conserve les dossiers médicaux de ses patients, il réalise sans même s'en rendre compte un traitement de données personnelles au sens de la loi Informatique et libertés. Comme ce traitement est fait à son initiative, pour les besoins de son activité professionnelle, il a la qualité de responsable du traitement, toujours au sens de la loi informatique et liberté. Outre la formalité de déclaration auprès de la Cnil, il a l'obligation d'informer ses patients. Ce sont les affichettes qu'il met dans sa salle d'attente.

Responsabilité

Le responsable de traitement est tenu de prendre toutes les précautions utiles, au regard de la nature des données et des risques présentés par le traitement informatique, pour préserver la sécurité des données, et notamment empêcher qu'elles soient détruites ou endommagées, ou que des tiers non autorisés y aient accès. Cela veut dire que quand un médecin choisit un système d'information, qu'il négocie un contrat avec un fournisseur d'équipements, un fournisseur de logiciel ou de solutions intégrées plus complexes, il doit garder cela à l'esprit. Il ne peut pas dire : *« La sécurité du logiciel est le problème du fournisseur. Je ne m'en occupe pas. »* Au regard de la loi Informatique et libertés, c'est le médecin qui en assume la responsabilité.

Droit d'accès

Les patients ont un droit d'accès à leur dossier médical. Ce sont les dispositions de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique. À ce titre, si le dossier du patient est informatisé, le médecin doit s'assurer que l'outil informatique va lui permettre de répondre à cette obligation, et donc de « sortir » les données quand elles lui seront demandées, et qu'il n'y ait pas d'obstacle technique à cela. C'est un point délicat lorsqu'il y a un changement de système informatique. Le médecin doit s'assurer que rien ne sera perdu et qu'il n'y aura pas de problème sur l'historique des données, en gardant à l'esprit que, le système évoluant, les supports ne seront pas toujours lisibles.

Hébergement de données

Si le médecin a recours à un hébergement de données il y a, là aussi, des précautions à prendre. Rappelons qu'il s'agit alors non pas de conserver les dossiers médicaux sur un ordinateur ou un serveur qui se trouve dans le cabinet, dans les locaux du médecin, mais de faire appel à un prestataire informatique qui va stocker ces données pour le compte de ce dernier. Le prestataire va soit les stocker à titre de sauvegarde, et les données seront à la fois chez le médecin et chez le prestataire, soit les stocker exclusivement sur son serveur et le médecin aura par exemple un accès Web. Le prestataire de services, que ce soit dans l'hypothèse 1 ou dans l'hypothèse 2, doit avoir la qualification Il doit posséder un certificat délivré après vérification par l'ASIP Santé. Il est important de vérifier et d'avoir la preuve que le prestataire pressenti possède cette qualification, et qu'il peut le prouver. En général, il va le dire, car il va faire de cela un élément marketing. Il appartient néanmoins au médecin de le vérifier. Le dernier point est assez théorique, puisque les textes d'application ne sont jamais entrés en vigueur. Ce sont les dispositions de l'article L. 1110-4 et les textes d'application du code de la santé publique sur l'obligation d'avoir un système d'information sécurisé et l'obligation d'utilisation d'une carte de professionnel de santé (CPS). Le texte de la loi renvoie à un décret qui a été adopté en 2008, mais ce décret renvoie lui-même à des référentiels à publier. Tant que ces derniers ne sont pas adoptés, la réglementation n'est pas applicable.

Intervention de Maître Jean-Marie JOB, lors de la journée des contrats le 14 octobre 2014

culture médicale

Dr Jean Leonetti,
C'est ainsi que les hommes meurent,
Éditions Plon,
14,90 euros.

C'EST AINSI QUE LES HOMMES MEURENT

Sortir la mort de son tabou et de son enfermement médical pour l'intégrer dans une réflexion humaniste moderne et laïque, tel est l'objet de cet ouvrage. Maîtriser la mort semble être devenu le nouveau défi des temps modernes. La médecine permet aujourd'hui de sauver des vies, mais souvent au prix de survies jugées insupportables par nos concitoyens. L'euthanasie ou le suicide assisté ont été légalisés dans des pays voisins et outre-Atlantique, mais est-ce le rôle de la médecine de donner la mort à celui qui la réclame ? Dans un contexte médiatique qui éclaire les faits de manière parfois caricaturale, le débat sur la fin de vie s'est souvent limité à une réflexion de prise en charge médicale ou à une revendication d'un droit à la mort. Cette situation a permis d'occulter la complexité et la réalité de la fin de vie en France : on meurt mal dans notre pays et nos concitoyens aspirent à la fois à plus d'autonomie et à plus de solidarité dans une demande ambivalente et parfois contradictoire.

Godefroy Hirsch
et Marie-Claude Daydé,
Soins palliatifs à domicile - Repères pour la pratique,
Éditions Le Coudrier,
29,50 euros.

SOINS PALLIATIFS À DOMICILE - REPÈRES POUR LA PRATIQUE

Accompagner et soigner une personne atteinte d'une maladie grave ou arrivant en fin de vie est source de nombreuses interrogations pour les soignants intervenant à domicile. Comment soulager au mieux la douleur ? Comment soutenir les proches et prévenir leur épuisement ? Quelle position adopter face à une demande de mourir ? Comment faire face au poids de ces situations ? Les auteurs s'appuient sur leur expérience de plus de vingt ans en soins palliatifs, pour apporter des éclairages sur ces questions avec une approche pratique et pédagogique.

Pr Catherine Adamsbaum
et Dr Caroline Rey-Salmon,
Maltraitance chez l'enfant,
Médecine Sciences
Publications – Lavoisier,
89 euros.

MALTRAITANCE CHEZ L'ENFANT

Destiné à tous les professionnels de la santé intéressés par la pédiatrie, qu'ils soient étudiants, futurs spécialistes ou praticiens en exercice, cet ouvrage vise à améliorer la connaissance de ce problème de santé publique douloureux, afin de reconnaître précocement une situation de maltraitance et de mieux cibler sa prévention. De la période fœtale à l'adolescence, en insistant sur les éléments diagnostiques, parfois trompeurs, et les diagnostics différentiels à envisager, les auteures abordent tous les aspects de la maltraitance. Ainsi, le livre se compose de notamment de chapitres traitant des lésions d'organes (peau, squelette, cerveau et moelle, viscères, face…), des lésions anatomopathologiques, de l'imagerie *post mortem* mais également des données épidémiologiques et médico-légales indispensables à connaître pour tout médecin impliqué dans ce contexte.

Dr Suzanne Tartière
et Dr Xavier Emmanuelli,
En cas d'urgence, faites le 15 - Le Quotidien d'un médecin du Samu, Éditions Albin Michel,
15 euros.

EN CAS D'URGENCE, FAITES LE 15 - LE QUOTIDIEN D'UN MÉDECIN DU SAMU

Le Dr Suzanne Tartière fait partie des médecins régulateurs qui, en quelques minutes, doivent prendre des mesures d'urgence pour répondre aux appels du « 15 ». Dans ce livre, elle témoigne de ce quotidien fait de tragédies, de sauvetages à distance, d'émouvantes expériences, de courage et de solidarité. À ces récits, le Dr Xavier Emmanuelli, fondateur du Samu social à Paris puis du Samu social international, apporte des contrepoints historiques et éthiques. Les auteurs pointent également les dangers d'une dérive technologique qui éliminerait le colloque singulier entre médecin et patient.

Propos recueillis par **Béatrice Jaulin** | Photo : **P-F Colombier/AFP**

Pr Françoise Forette,
gériatre, professeur émérite des Universités, présidente du Collectif Alzheimer Grande Cause nationale.

« Agir pour que la population vieillisse en bonne santé et en activité »

« Je voulais devenir gynécologue-obstétricienne et, comme premier poste d'interne, je me suis retrouvée… dans le service de gériatrie de l'hôpital Charles-Foix, à Ivry. Il s'agit d'un établissement pionnier dans la reconnaissance de cette spécialité grâce à deux médecins : le Pr Jean Vignalou et le Pr Paul Berthaux. Auprès d'eux, je me suis formée à la gériatrie et, surtout, j'y ai pris goût. Avec cette intuition qu'elle était une médecine d'avenir, même si les décideurs – politiques et universitaires – de l'époque ne tenaient pas compte des avertissements des démographes quant au vieillissement de la population. En fait, l'obstétrique n'est pas si différente de la gérontologie. L'une est à l'origine de la vie, l'autre à sa fin, toutes deux touchent au sacré. Être gériatre, est un métier magnifique qui porte à réfléchir au destin de l'homme. Je n'ai jamais regretté cette orientation. Quand, plus tard, j'ai rencontré aux États-Unis le Pr Robert Butler, fondateur de l'International Longevity Center (ILC), cela m'a confirmé que j'avais choisi la bonne voie. En 1995, j'ai créé à sa demande l'ILC-France. Comme aux États-Unis et dans dix-sept autres pays dans le monde, l'ILC-France est un réseau de chercheurs qui, en plus de mener travaux et études, informe et sensibilise sur les conséquences médicales et industrielles du vieillissement. Participer à cette aventure est dans la logique de ma carrière de médecin clinicien et de chercheur. Dans cette même logique, j'ai été conseillère auprès de Catherine Vautrin, secrétaire d'État chargée des Personnes âgées, puis conseillère technique de Philippe Bas et de Xavier Bertrand, ministre de la Santé. C'était une charge fatigante, voire ingrate, mais passionnante car elle a contribué à promouvoir la gériatrie universitaire, la prise en charge des personnes âgées dépendantes et/ou atteintes de démences, dont la maladie d'Alzheimer. Les fonctions et responsabilités que j'exerce forment un continuum de toute une vie avec un fil directeur : agir pour que la population vieillisse en bonne santé et en activité. Être actif jusqu'au bout, c'est la clef de la santé et du bonheur de vivre. Je suis résolument optimiste et je me fais un devoir de communiquer cet optimisme auprès du grand public. C'est d'ailleurs le sens de ma contribution, toute récente, au *Grand Direct de la Santé*, sur Europe 1. »

parcours

1982
Médecin chef de service à l'hôpital Broca

1994
Professeur des Universités (PU-PH)

Depuis 1995
Directrice de ILC-France

2004
Conseillère auprès du secrétaire d'État chargé des Personnes âgées

2005-2007
Conseillère auprès du ministre de la Santé et des Solidarités et du ministre délégué, chargé de la Sécurité sociale, des Personnes âgées, des Personnes handicapées et de la Famille

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