Le bulletin de l'Ordre national des médecins

n° 57 | sept. – oct. 2018

Sur le terrain

Ligne d'écoute: **SOS** soignants en souffrance

Entretiens croisés

Chirurgie ambulatoire: l'objectif de 70 % est-il réaliste?



www.conseil-national.medecin.fr



Dossier

Autisme: changeons la donne!



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

O4. focus

Les appels d'urgence évoluent, leur gestion

O6. en brefAffichage des honoraires : nouvelles dispositions

08. sur le terrain

10. e-santé

11. ailleurs

Formation et qualification dans l'UE : des échanges fructueux

12. entretiens croisés

Chirurgie ambulatoire: l'objectif de 70 %

le guide juridique

24. en bref

Subutex : condamnations au pénal

25. vos questions/vos réponses

26-27. décryptageRèglement général sur la protection des données personnelles : comment l'appliquer au quotidien?

28. spécial élections

de l'Ordre des médecins

29-30. pratique

Éthique et déontologie : réquisition, saisie de dossier médical et perquisition

31. culture médicale

32. rencontreD' Philippe Charlier, médecin anthropologue, chef de service du département de consultations et de santé publique au centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre et de la Maison d'arrêt des Hauts-de-Seine



« Stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement »... C'est sous ce nom que le gouvernement a lancé en avril un nouveau plan conçu pour relever les nombreux défis de l'autisme et donner leur « juste place » à l'enfant et à l'adulte différent. Une ambition de taille, qui repose sur la mobilisation de nombreux acteurs, à commencer par les médecins.

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. 4. rue Léon Jost. 75855 Paris cedex 17



Passons des paroles aux actes!

Le 18 septembre dernier, le président Emmanuel Macron a annoncé son très attendu Plan santé. Baptisé « Ma Santé 2022, un engagement collectif », ce plan compte une cinquantaine de propositions.

Les médecins avaient des attentes particulièrement fortes vis-à-vis de ce plan, alors que notre système de santé est au bord de la rupture. Aujourd'hui, nous avons le sentiment d'avoir été entendus.

« Aujourd'hui, nous avons le sentiment d'avoir été entendus. » Le projet présenté par le chef de l'État fait en effet écho, sur un certain nombre de points, aux propositions des médecins que l'Ordre portait depuis la Grande Consultation menée en 2015. Je pense notamment à l'importance

de libérer les énergies de nos territoires et de décloisonner la ville et l'hôpital, mais également à l'absolue nécessité de rendre du temps médical aux médecins. Ces diagnostics se sont imposés à l'exécutif.

Néanmoins, il faudra faire preuve de vigilance, collectivement, pour que ces intentions soient réellement mises en œuvre, pour les médecins, les professionnels de santé et leurs patients. L'Ordre sera ainsi particulièrement attentif à la traduction de ces orientations positives dans la loi, et entend être un acteur engagé dans la réussite de cette réforme. Par ailleurs, nous attendons encore une approche globale de la formation, qui intégrerait réellement celle-ci à la réforme du système de santé. La seule suppression du numerus clausus ne sera pas suffisante pour répondre à cet enjeu majeur pour l'accès aux soins.

Se pose enfin une question : alors que le président de la République a évoqué plusieurs fois la démocratie sanitaire : quelle gouvernance nous propose-t-on ? Le rôle des ARS sera-t-il revu pour laisser place à une véritable démocratie sanitaire ?

L'ambition de refonder notre système de santé en partant des territoires l'exige : passons des paroles aux actes.

D^r Patrick Bouet

Président du Conseil national de l'Ordre des médecins

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



Texte: Émilie Tran-Phong

Les appels d'urgence évoluent, leur gestion doit s'adapter

Fin 2017, une jeune femme de 22 ans, Naomi Musenga, décédait faute d'avoir pu être secourue à temps. Si des dysfonctionnements au sein du Samu 67 sont en cause, cette affaire révèle aussi d'autres problématiques liées à la gestion des appels d'urgence...

L'Inspection générale des affaires sociales (Igas) a publié cet été les conclusions de son enquête sur les circonstances de la mort de Naomi Musenga. Ce rapport relève de graves dysfonctionnements qui ont généré un retard de 2h20 dans la prise en charge de la patiente. Mais ce drame a aussi permis de mettre en lumière des problématiques plus générales liées à la gestion des appels d'urgence. C'est pourquoi depuis la mi-mai, Samu-Urgences de France, l'Association des médecins urgentistes de France (Amuf) et l'Ordre des médecins ont entamé ensemble des travaux de réflexion sur les interrogations qui se posent en matière de gestion des appels d'urgence, et notamment liées au manque de professionnalisation du métier d'assistant de régulation médicale (ARM).

Professionnalisation de la régulation

Les ARM jouent un rôle crucial dans les Samu-Centres 15. Ce sont eux qui prennent en premier les appels, qui répondent aux questions et qui, en cas d'urgence médicale, évaluent rapidement la situation, par quelques questions rapides et protocolées, avant de transférer l'appel à un médecin. Problème: les ARM manquent souvent d'expérience, et n'ont parfois jamais côtoyé le monde de la santé. Par ailleurs, la formation des ARM, non diplômante, est trop courte pour qu'ils puissent intégrer tous les enjeux de leur mission, et notamment le fait que la régulation est un acte médical, qui ne peut être réalisé que par un

médecin. Le drame de Strasbourg en témoigne: tous les appels d'urgence reçus par le Samu n'étaient pas systématiquement transférés à un médecin.

Trop de numéros d'urgence

Autre question ravivée par ce drame : celle de la multitude de numéros d'urgence dans notre pays. Entre le 15, le 17, le 18, le 112 et le 116 117, « une personne en situation de stress, qui souffre de douleurs aiguës ou qui assiste à un malaise cardiaque, peut ne plus

savoir vers qui se tourner, voire oublier le numéro à composer », indique le D^r Simon. Pour certains, la solution à ce manque de lisibilité réside dans la mise en place d'un numéro unique d'urgence. Si de nombreux pays européens se sont organisés de la sorte, autour du 112, le sujet reste polémique en France. La ministre en charge de la Santé, Agnès Buzyn, a rouvert le débat en mai, annonçant que des décisions seront prises dans les prochains mois.

Point de vue de l'Ordre

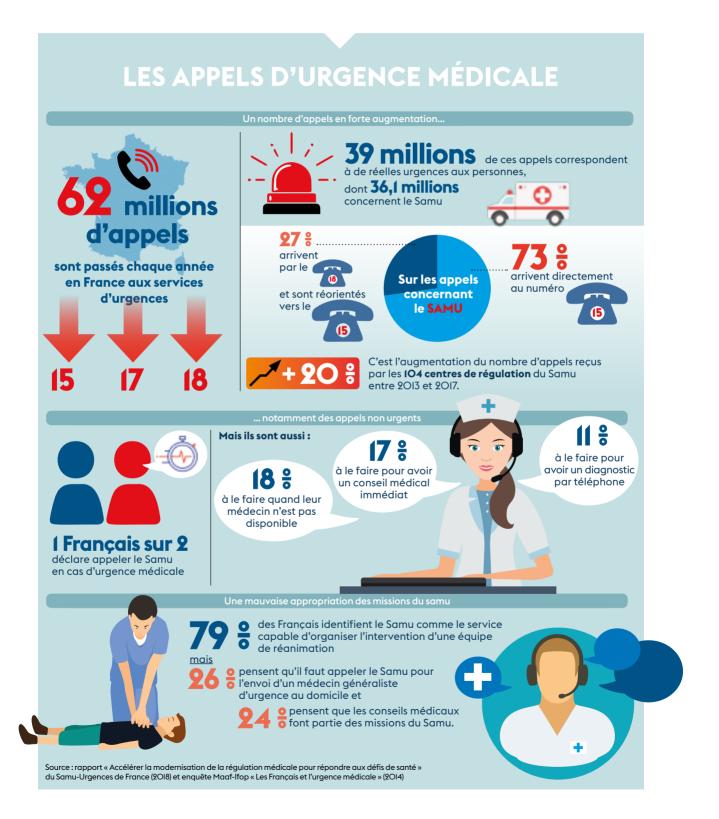
D' François Simon, président de la section Exercice professionnel du Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom)

« De plus en plus d'appels liés à la continuité des soins »

« En plus des demandes d'aide médicale d'urgence (AMU) et de permanence des soins ambulatoires (PDSA), le Samu reçoit de plus en plus d'appels liés à la continuité des soins. ce qui n'est pas sa vocation. Les gens semblent avoir une mauvaise appropriation du service, mais pas seulement. S'ils appellent le 15, c'est aussi qu'ils ne savent pas toujours vers qui se tourner quand ils ont besoin de soins non programmés, d'avis médicaux ou simplement, de renseignements. En raison de la pénurie médicale et de l'augmentation des maladies chroniques, leurs médecins traitants sont surchargés, donc souvent moins accessibles. Composer le 15, c'est l'assurance d'avoir une réponse

immédiate, à toute heure et en tout point du territoire. L'afflux de tels appels finit néanmoins par poser des problèmes de tri au niveau de l'ARM. Sans attendre le drame de Strasboura. l'Ordre avait entrepris une réflexion de doctrine sur la continuité des soins et les soins non programmés. À ce stade, il apparaît que seule une réponse organisée dans la proximité permettrait d'apporter une offre lisible et efficace. Par ailleurs, avec le Samu et l'Association des médecins urgentistes de France (Amuf), l'Ordre a décidé d'entreprendre dès la rentrée une réflexion sur la régulation, à la fois sur les plans fonctionnel, éthique et déontologique.»

+ d'infos: https://www.conseil-national. medecin.fr/node/2746 http://www.samu-urgences-de-france.fr/ medias/files/ModerniserLaRegulation Medicale-TexteLong_mai2O18.pdf





Hommage

Nous rendons hommage à la mémoire du **D' André Raynal**, conseiller national représentant la région Auvergne depuis 1999 et trésorier adjoint du Cnom de 2009 à 2018. Homme de dialogue, constamment souriant et d'une très vive curiosité sur les évolutions sociétales et médicales, il était très impliqué dans l'action ordinale de son département, le Puy-de-Dôme, ainsi que dans les différentes sections et commissions du Conseil national.

les **y** tweets

@ordre_medecins
6 septembre
[COMMUNIQUE]
L'Ordre des médecins
exprime son soutien
et sa confiance absolue
aux jeunes médecins

@ordre_medecins 14 septembre Clause de conscience : de quoi s'agit-il? **Explications du** D^r Jean-Marie Faroudja, président de la section Éthique et déontologie de l'Ordre des médecins https://www.ouest-france. fr/leditiondusoir/data/ 33783/reader/reader. html#!preferred/I/ package/33783/ pub/4867O/page/IO v/@ OuestFrance #IVG

@ordre_medecins I5 septembre

Patrimoine commun à tous les Français, notre #SystèmedeSanté est au bord de l'explosion. Monsieur le Président @EmmanuelMacron, il y a urgence à le transformer en profondeur. La tribune de l'Ordre des médecins https://www.lesechos.fr/ idees-debats/cercle/ O3O223264559O-sante-ilfaut-transformer-pascolmater-22O4O36.php... #JEP2O18 #Journeesdu Patrimoine v/@LesEchos

Affichage des honoraires : nouvelles dispositions

L'arrêté du 30 mai 2018 relatif à l'information des personnes destinataires d'activités de prévention, de diagnostic et/ou de soins, complète le dispositif antérieur d'information sur les honoraires et le précise sur certains points. Il concerne l'ensemble des professions de la santé au sens du code de la santé publique et au-delà aux professions d'ostéopathe et de chiropracteur. Les mêmes obligations s'appliquent aux professionnels de santé libéraux qu'aux centres de santé et établissements ou services de santé. Cet arrêté :

- impose aux professionnels de santé conventionnés exerçant en libéral notamment de rappeler aux patients qu'aucun autre frais que ceux correspondant à des prestations de soins ne peuvent leur être imposés. Le Cnom avait demandé que la notion de prestation qui ne correspond pas directement à une prestation de soins soit explicitée. Cela n'a malheureusement pas été retenu;
- impose aux professionnels de santé de faire état de leur conventionnement notamment sur les plateformes de prise de rendez-vous médical en ligne mais aussi en cas de consultation médicale à distance;
- impose aux médecins d'afficher les tarifs de toutes les consultations de référence, coordonnées, complexes et très complexes. Cet affichage doit être fait de façon lisible et visible dans la salle d'attente ainsi que dans le lieu d'encaissement des frais;
- impose aux médecins de secteur 2 d'afficher les critères de détermination de leurs honoraires, lorsqu'ils affichent des fourchettes d'honoraires. Le Cnom estime que pour les médecins les critères de détermination se trouvaient à l'article R4127-53 du code de la santé publique qui prévoit que « les honoraires du médecin doivent être déterminés avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dis-

pensés ou de circonstances particulières »;
• fixe à 70 euros le dépassement d'honoraires
à compter duquel la délivrance d'une note
d'information écrite est obligatoire. La détermination de ce seuil doit prendre en compte

le montant des actes à réaliser lors de consul-

tations ultérieures et non dissociables;

• fixe une obligation d'information préalable des patients sur les tarifs avant visite à domicile. Le Cnom avait souligné qu'une proportion importante de médecins ne disposaient pas de secrétariat ou de télésecrétariat, et même ceux qui en avaient, n'allaient pas pouvoir donner systématiquement les informations exigées (honoraires, DE en cas de visite injustifiée, indemnités de déplacement). À l'heure où l'on veut restituer du temps médical aux médecins, faciliter l'accès aux soins et ne pas susciter des lourdeurs administratives inutiles, il faut réfléchir à une proposition renvoyant par exemple au site ameli.fr. Cela n'a pas été retenu;

• dissocie la responsabilité des établissements publics de santé de celle des professionnels exerçant en leur sein en libéral concernant l'affichage des tarifs de ces prestations. Seuls les professionnels assumeront cette charge, l'établissement devant néanmoins s'assurer au moment de la prise de rendez-vous du patient, que celui-ci est informé du fait qu'il consulte en libéral au sein de l'hôpital.

Ces dispositions sont entrées en vigueur au 1er juillet 2018. En cas de non-conformité, la DGCCRF adresse par injonction une demande de mise en conformité qui, si elle n'est pas suivie d'effets conduit au paiement d'une amende administrative de 3 000 euros.

+ d'infos: https://www.conseil-national. medecin.fr/article/affichage-des-honoraires-358



785 OOO naissances ont lieu chaque année en France, dont 99 % en établissement hospitalier, où les professionnels de santé accompagnent les femmes dans des conditions de sécurité remarquables. En même temps, certaines femmes sont en demande d'un accouchement personnalisé et moins médicalisé. Alors comment répondre à ces nouvelles attentes dans des conditions de sécurité optimales? Ce webzine propose un regard documenté et dépassionné avec un objectif : nourrir la réflexion.

+ d'infos: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_webzine/2018-06/www/index.php#accueil

54000

nouveaux cas de cancers du sein par an

Pas moins d'une femme sur huit risque de développer un cancer du sein. Chaque année, le dépistage précoce permet de sauver des milliers de vie. C'est pourquoi, pour la 25e année consécutive, ce dépistage est au cœur de la campagne « Octobre rose ».

Handicap, agir tôt



L'ANECAMSP a sollicité le haut patronnage du Conseil national de l'Ordre des médecins à la campagne de sensibilisation à la détection précoce des handicaps avant 6 ans, et à l'accompagnement de ces enfants

et de leurs familles. Cette campagne baptisée « Handicap, agir tôt », répond à une nécessité fondamentale : donner des clés pour repérer au plus tôt les troubles d'un enfant et mettre en place des soins précoces qui lui donneront les meilleures chances. Ainsi, des professionnels suffisamment formés à l'action précoce pourront mieux écouter les parents, les orienter, et les soutenir, en particulier pendant la période d'incertitude du diagnostic.

+ d'infos: http://anecamsp.org/wp-content/ uploads//20180713_HAT_version38-ilovepdfcompressed.pdf

La déclaration de Genève jointe au code de déontologie médicale

La déclaration de Genève, également intitulée Serment du médecin, a été jointe au code de déontologie médicale. Adoptée par l'assemblée générale de l'Association médicale mondiale à Genève en septembre 1948, elle a fait l'objet depuis de 6 révisions, la dernière datant d'octobre 2017.

Voici cette nouvelle version:

EN QUALITÉ DE MEMBRE
DE LA PROFESSION MÉDICALE
JE PRENDS L'ENGAGEMENT
SOLENNEL de consacrer ma vie
au service de l'humanité;
JE CONSIDÉRERAI la santé

et le bien-être de mon patient comme ma priorité; **JE RESPECTERAI** l'autonomie

et la dignité de mon patient; JE VEILLERAI au respect absolu de la vie humaine;

de la vie humaine;

JE NE PERMETTRAI PAS que
des considérations d'âge,
de maladie ou d'infirmité,
de croyance, d'origine ethnique,
de genre, de nationalité,
d'affiliation politique, de race,
d'orientation sexuelle, de statut
social ou tout autre facteur

s'interposent entre mon devoir et mon patient:

JE RESPECTERAI les secrets qui me seront confiés, même après la mort de mon patient; J'EXERCERAI ma profession

J'EXERCERAI ma profession avec conscience et dignité, dans le respect des bonnes pratiques médicales;

JE PERPÉTUERAI l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale;

JE TÉMOIGNERAI à mes professeurs, à mes collègues et à mes étudiants le respect et la reconnaissance qui leur sont dus; JE PARTAGERAI mes connaissances

JE PARTAGERAI mes connaissances médicales au bénéfice du patient et pour les progrès des soins de santé;

JE VEILLERAI à ma propre santé, à mon bien-être et au maintien de ma formation afin de prodiguer des soins irréprochables;

JE N'UTILISERAI PAS mes connaissances médicales pour enfreindre les droits humains et les libertés civiques, même sous la contrainte;

JE FAIS CES PROMESSES sur mon honneur, solennellement, librement.

+ d'infos: https://www.wma.net/fr/policies-post/declaration-de-geneve/

Texte: Éric Allermoz | Photos: Julian Renard

Ligne d'écoute

SOS soignants en souffrance

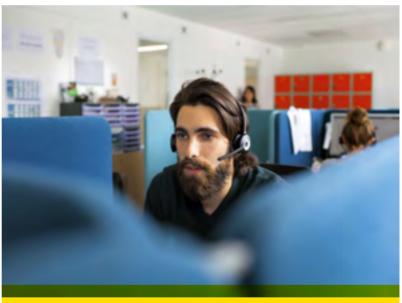
Face au mal-être grandissant des professionnels de santé, le Cnom a lancé avec l'Association d'aide professionnelle aux médecins et soignants (AAPMS) un numéro d'appel (O 800 800 54) gratuit et anonyme, réservé aux soignants qui ont besoin de parler pour ne pas craquer. Reportage dans les coulisses de ce dispositif national de prévention ouvert 7 jours sur 7, 24 heures sur 24.

Casque vissé sur la tête, Damien Navarro répond à un nouvel appel. Au bout du fil, un médecin généraliste au bord des larmes. « Qu'est-ce qui a déclenché cette crise d'angoisse? » interroge le psychologue clinicien d'une voix posée. Après un entretien d'environ 45 minutes, il l'oriente vers une association d'entraide confraternelle, et lui propose de se rappeler quelques jours plus tard pour faire le point.

Lancée début 2018, cette nouvelle plateforme d'écoute reçoit entre 500 et 600 appels par mois. Des médecins, mais aussi des internes, étudiants, infirmiers, sages-femmes, kinésithérapeutes, pharmaciens. « Et encore, beaucoup de soignants minimisent leurs symptômes alors qu'ils sont en situation d'épuisement professionnel et de souffrance psychologique. Les difficultés se cumulent parfois avec des problèmes personnels, des névroses, des addictions », témoigne Victoria Tchakmazian, psychologue clinicienne et coordonnatrice du centre d'écoute téléphonique psychologique Psya, cabinet spécialisé en charge de la plateforme.

Point de non-retour

Ce dispositif de prévention national, gratuit et confidentiel a été initié par le Cnom et l'Association d'aide professionnelle aux médecins et soignants (AAPMS). « La souffrance des médecins a atteint aujourd'hui un point de non-retour. Les drames se multiplient et touchent toutes les spécia-



Le numéro d'appel est au service de plus d'un million de professionnels de santé en difficulté et en souffrance psychologique.

lités et modes d'exercice », déclare le D' Jacques Morali, président de la commission nationale d'entraide du Cnom. Selon une enquête¹ inédite menée en 2018 par le Cnom, un quart des médecins interrogés déclarent être en mauvaise ou moyenne santé. La moitié d'entre eux ont déjà renoncé à s'arrêter alors que leur état de santé le justifiait. Cette enquête pointe également une consommation excessive de médicaments et psychotropes. Autre constat inquiétant : le risque de sui-

cide est 2,3 fois plus élevé² que dans d'autres professions. « Les soignants mettent beaucoup de temps avant de demander de l'aide. Nous appeler est une première étape », note Sophie Cot-Rascol, psychologue clinicienne et responsable du pôle d'accompagnement psychologique et social de Psya.

Le PASS, un accompagnement de proximité

Une vingtaine de psychologues se relaient dans les locaux feutrés de la

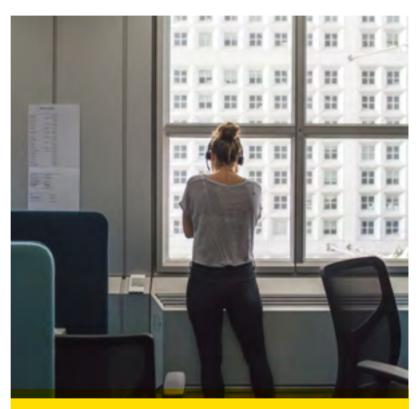


Surcharge administrative, conflits avec des patients ou la hiérarchie, difficultés pour trouver un remplaçant et manque de reconnaissance figurent parmi les causes d'appel.

plateforme d'écoute, basée à la Grande Arche de la Défense (92). Jour et nuit, ils écoutent ceux qui ont besoin de parler. « Ce n'est pas une psychothérapie, insiste Damien Navarro. Nous essayons de verbaliser leur malaise et leur faire accepter l'idée qu'ils ont besoin d'aide. Mais nous rencontrons aussi des cas délicats, des crises suicidaires. »

Le numéro d'écoute fait partie du tout nouveau Programme Aide Solidarité Soignant (PASS), développé par sept associations et structures historiques d'aide aux soignants en lien avec le Cnom. L'objectif? Un accompagnement et une orientation vers les associations et structures d'entraide locales spécialisées (médecin du travail, psychiatre, commission d'entraide des CDOM, établissements hospitaliers dédiés, juriste, etc.). L'enjeu de santé publique est majeur : un médecin qui va mal est un médecin qui soigne mal.

- 1. La santé des médecins : un enjeu majeur de santé publique : du diagnostic aux propositions (2018).
- Étude réalisée par le D^r Yves Léopold, publiée en 2008 dans la revue de formation médicale Le Concours médical.



Selon le ministère de la Santé, huit médecins sur dix n'ont pas de médecin traitant. Pourtant, les métiers du soin sont les premiers dans lesquels les cas de burn-out ont été décrits par les chercheurs, dès 1974.

Témoignage

D^r Régis Mouries, président de l'AAPML

« Nous ne sommes pas des super-héros »

« Ce dispositif – une première en France – est très utile pour les médecins et l'ensemble des soignants. Un tabou est en train de tomber, il faut accompagner cette parole qui se libère. Nous ne sommes pas des superhéros, nous tombons aussi malades, nous pouvons aussi craquer. Un médecin sur deux est en burn-out. Mais la plateforme ne traite pas uniquement de l'épuisement professionnel. Par exemple, beaucoup de professionnels appellent car ils ne parviennent pas à surmonter des difficultés financières et cherchent des conseils. Depuis dix ans, l'AAPMS a contribué, avec d'autres associations, à obtenir des avancées concrètes pour améliorer le quotidien des soignants : congés maternité, modules de formation pour apprendre à gérer son temps ou prévenir le burn-out, mise en place de consultations de prévention, création d'unités de soins réservées aux professionnels de santé avec le PASS... »



Propos recueillis par Sarah Berrier



Comment maîtriser son e-réputation?



Le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) publie un guide pratique destiné à accompagner les médecins dans la gestion de leur e-réputation et à leur donner les outils juridiques pour réagir face à d'éventuelles atteintes. Le Dr Jacques Lucas, vice-président du Cnom, délégué général au Numérique, nous en présente les grandes lignes.

Qu'est-ce que l'e-réputation?

Selon les termes de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil), « l'e-réputation est l'image numérique d'une personne sur Internet. Cette e-réputation est entretenue par tout ce qui concerne cette personne et qui est mis en ligne sur les réseaux sociaux, les blogs ou les plateformes de partage de vidéos ». Concrètement, il peut s'agir d'avis d'internautes publiés sur Google ou sur des sites spécialisés, d'informations relatives à l'exercice professionnel du médecin publiées en ligne, d'articles, de messages ou discussions sur des réseaux sociaux... Tous ces éléments sont de nature à impacter l'image numérique, la réputation en ligne du médecin. C'est pourquoi il est important, à l'ère du numérique, de veiller à maîtriser son e-réputation.

Les avis d'internautes sur des médecins sont-ils illégaux?

Cela dépend de leurs contenus. Il faut bien comprendre que la liberté d'expression et d'opinion est un droit fondamental de tout citoyen. Toute personne est libre d'exprimer ses idées, avis et opinions, sous réserve cependant que ses expressions ne portent pas atteinte à la réputation d'autrui notamment lorsqu'elles sont diffamatoires. On comprend bien - et on peut s'en offusquer - que les notations et avis sur les médecins, et les professionnels de santé en général, laissent entrevoir une assimilation de l'acte professionnel à une simple prestation de service. Pour autant, en droit, ces avis ne sont pas en eux-mêmes illégaux. Ils impactent aujourd'hui toutes les professions. Fort heureusement, il existe des limites. Le droit établit que la liberté d'expression ne peut permettre à tout internaute de diffuser sans restriction des propos visant les professionnels de santé. Les personnes visées par certains commentaires négatifs ou inappropriés disposent en effet de différents moyens d'action juridique gradués, afin de limiter l'atteinte subie et d'obtenir au besoin réparation d'un préjudice.

Comment surveiller son e-réputation?

Il ne s'agit pas seulement de surveiller, il faut savoir comment réagir, et de façon appropriée. Tout cela est détaillé dans le guide. Pour le définir, nous avons consulté un cabinet d'avocats spécialisé sur le sujet. Tout d'abord, il est conseillé de surveiller sa réputation numérique et d'avoir un aperçu aussi complet que possible de son image sur Internet. Il est recommandé de mettre en place une veille, au moyen de motsclés, sur les moteurs de recherche principaux, les sites spécialisés, les réseaux sociaux... Le médecin peut également répondre à certains avis, dans des conditions précisées dans le guide. Il peut aussi actionner des moyens de droit que le guide détaille. Il peut enfin souscrire une assurance professionnelle proposant une garantie e-réputation, qui peut inclure, en plus d'un accompagnement en cas de procédure, des prestations de veille et de surveillance de son e-réputation.

+ d'infos: Guide pratique « Préserver sa réputation numérique » https://www.conseil-national.medecin.fr/ node/2935

« Le médecin dans la société de l'information et de la communication » sept. 2016 : https://www.conseil-national. medecin.fr/sites/default/files/cnom_ med_info_communication_2016.pdf





FORMATION ET QUALIFICATION DANS L'UE : DES ÉCHANGES FRUCTUEUX

Le 22 juin, le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) accueillait, à Paris, une réunion du réseau des autorités compétentes européennes des médecins « ENMCA ». Étaient réunis l8 autorités responsables de la reconnaissance des qualifications médicales des États membres de l'UE, ainsi que la Commission européenne, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et le ministère français de l'Intérieur. Parmi les sujets abordés lors de cette réunion :

• MIGRATION MÉDICALE ET INTERNATIONALISATION DES ÉTUDES MÉDICALES.

Les résultats du questionnaire OCDE/Eurostat/ OMS Europe 2018, révèlent des disparités entre les États : la France et l'Allemagne ont par exemple de plus en plus de médecins à diplômes étrangers alors que la tendance semble se réduire au Royaume-Uni et aux Pays-Bas. L'OCDE a aussi exposé le projet d'étude sur les évolutions des migrations internationales des médecins avec un focus sur les lieux des études médicales. On peut noter qu'en Irlande 36 % des médecins ont été formés à l'étranger alors qu'ils ne sont que 2 % en Pologne. L'OCDE prévoit de rencontrer dans les semaines à venir les autorités compétentes des pays étudiés dans le rapport. Elle a d'ailleurs déjà sollicité le Cnom.

• ENQUÊTE EUROPÉENNE SUR LA RECERTIFICATION.

Le Cnom a présenté la synthèse d'une enquête sur la recertification à laquelle ont participé 13 pays membres de l'UE. Il en ressort que 7 d'entre eux ont un dispositif de recertification. Pour six États membres, le dispositif est obligatoire sur des périodes différentes (entre I et 7 ans). Les résultats de l'enquête soulignent la différence d'approche du mécanisme de recertification en fonction des pays. Cependant, chacun englobe le DPC dans son dispositif.

• DÉTECTION DE FAUX DOCUMENTS.

Le ministère de l'Intérieur a présenté les actions européennes et nationales entreprises quant aux contrôles et à la détection des faux documents dans le cadre de la migration.

Ainsi, une plateforme européenne centralise les expertises menées et chaque autorité peut consulter une base de données. Cette plateforme, permet également à l'ensemble des services d'échanger sur l'authenticité des pièces (identité, permis, titres...). Les autorités compétentes peuvent ainsi avoir une assistance relative à la détection et aux contrôles des documents.

La prochaine réunion du réseau ENMCA aura lieu le 26 novembre à Vienne.



L'ORDRE DES MÉDECINS LANCE UN SITE ANTI-FAKE NEWS

L'Ordre italien des médecins a présenté mi-juin, lors de la dernière réunion du Conseil européen des Ordres des médecins (CEOM), le site anti-fake news qu'il a lancé au début de l'année. Baptisé « Dottore ma e vero che... » (Docteur, mais c'est vrai que...), le site propose aux patients de poser toutes leurs questions relatives à la santé. La philosophie de ce site qui se veut accessible et bienveillant: il n'y a pas de questions stupides et toutes les réponses sont basées sur des preuves. Une recette qui rencontre, à ce jour, un franc succès.

+ d'infos: https://dottoremaeveroche.it

entretiens croisés

Texte: Émilie Tran-Phong | Photos: DR

Chirurgie ambulatoire L'objectif de 70 % est-il réaliste?

L'Association française de chirurgie ambulatoire (Afca) vient de publier le taux national de chirurgie ambulatoire réalisé en 2017. À 55,9 %, ce chiffre est encore loin de l'objectif de 70 % fixé par la ministre de la Santé pour 2022. Pire : il semble que sa progression, au lieu de s'intensifier, commence à ralentir...

64 °

C'est le taux de chirurgie ambulatoire dans les cliniques privées, tandis que cela ne concerne que quatre opérations sur dix dans les hôpitaux publics.

Source: DREES

Depuis qu'en 2008 l'Assurance maladie a instauré une mise sous accord préalable (MSAP) de certaines opérations quand elles sont réalisées de façon conventionnelle, le taux de chirurgie ambulatoire a bien progressé. D'abord de 1,5 point par an, puis, après la création du tarif unique en 2014, de 2,2 points par an jusqu'en 2016. Ce taux atteint aujourd'hui 55,9 %. Mais nous sommes encore loin de l'objectif de 70 % fixé par la ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, pour 2022. Pour y arriver, il faudrait une accélération de la croissance. Or le bilan que vient de publier l'Afca montre au contraire un tassement dans le déploiement de la chirurgie ambulatoire, avec une progression de 1,8 point seulement en 2017 par rapport à l'année précédente.

Plafond de verre

Pourquoi un tel ralentissement, alors que tout le monde s'accorde à dire que la chirurgie ambulatoire présente de nombreux avantages? Les patients apprécient de rentrer chez eux rapidement. Les médecins vantent une moindre exposition aux infections nosocomiales et une réduction des risques thromboemboliques post-opératoires liés à un alitement prolongé. Elle contribue en outre à réaliser des économies en termes de dépenses de santé et à libérer des lits pour des opérations plus complexes nécessitant une hospitalisation prolongée. Mais il persiste des freins importants, notamment financiers, comme l'expliquent les experts interviewés ci-après.

1. Source: Atih.



D^r François Simon, président de la section Exercice professionnel du Cnom



Pr Corinne Vons, présidente de l'Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA)



P'Gérard Champault, chef du pôle ambulatoire de Nogent-le-Rotrou (Eure-et-Loir)



Alain-Michel Ceretti, président de France Assos Santé

Pr Corinne Vons

Certains établissements de soins français ont déjà dépassé le taux de 70 %, preuve que c'est possible. Mais d'autres en sont encore loin. Les freins ne sont pas technologiques. Au contraire : les innovations autorisent la réalisation de plus en plus d'actes « lourds » en ambulatoire. Aujourd'hui, on arrive même à traiter de cette façon un anévrysme de l'aorte abdominale. L'État a fixé des objectifs ambitieux, mais le projet national n'est pas suffisamment accompagné, notamment sur la formation des équipes, l'information et l'éducation des patients concernés, la coordination et la continuité des soins en ville. Il faudrait aussi plus de moyens, que ce soit pour l'achat de matériel chirurgical indispensable à la réalisation de certains actes en ambulatoire, ou pour l'aménagement de locaux adaptés à ce mode de prise en charge. La chirurgie ambulatoire, si elle permet à terme de faire des économies, nécessite dans un premier temps des investissements.

Quels sont les freins au déploiement de la chirurgie ambulatoire en France?

Dr François Simon

Le poids des habitudes est un frein à la fois chez les patients et leurs familles, mais aussi chez les chirurgiens, les médecins traitants et les soignants. L'hébergement hospitalier rassure alors que le retour précoce à domicile inquiète. Enfin, les financements tardent et pourtant, rien ne se fera si les établissements ne trouvent pas un intérêt à agir.

Pr Gérard Champault

Les quelques unités de chirurgie ambulatoire créées en France résultent souvent d'un fort engagement local. C'est le cas de notre pôle : des chirurgiens privés, travaillant à la clinique du Mans, se sont dit qu'un certain nombre d'opérations pouvaient être réalisées à Nogent-le-Rotrou, en ambulatoire, plutôt que de demander aux habitants de se rendre dans les hôpitaux alentour, tous situés à plus de 70 km. Leur projet a séduit le maire et l'Agence régionale de santé (ARS), soucieux d'améliorer l'accès aux soins sur ce territoire. Mais une telle mobilisation est rare. Beaucoup d'établissements font de l'ambulatoire au sein de leurs services de chirurgie conventionnelle. Mais les techniques et les schémas de fonctionnement sont trop différents pour que les deux activités se croisent de façon optimale. Cela limite le déploiement.

Alain-Michel Ceretti

La tarification à l'activité ne favorise pas les investissements dans l'ambulatoire. En effet, plus un établissement fait de l'ambulatoire, moins il facture de nuits. Cela peut présenter un risque financier, à tel point que certains directeurs d'hôpitaux demandent à leurs chefs de service de mettre le frein sur ce nouveau mode de prise en charge. Du côté des associations de patients, même si nous sommes favorables à la chirurgie ambulatoire, nous ne souhaitons pas qu'elle soit déployée à marche forcée, juste pour atteindre l'objectif de 70 %. Si elle est mise en œuvre sans les moyens adéquats, elle peut se transformer en expérience pénible pour les patients. Sortir quelques heures seulement après une opération, quand on restait auparavant plusieurs jours à l'hôpital pour la même chose, peut en effet être vécu comme une prise de risque angoissante.



Pr Gérard Champault

Quand le pôle ambulatoire de Nogent-le-Rotrou a ouvert, en 2009, il s'est installé dans le bâtiment d'un ancien service de chirurgie, fermé quelque temps plus tôt. Mais les bâtiments se sont révélés peu pratiques, avec leurs grandes salles et leurs longs couloirs. La chirurgie ambulatoire nécessite des locaux condensés (salle d'attente, blocs opératoires, salles de réveil, etc.) et dédiés afin de faciliter le chemin clinique du patient et lui éviter les problèmes d'accessibilité. La fluidité des circulations évite en outre les pertes de temps inutiles, un aspect non négligeable pour la rentabilité de l'hôpital. C'est pourquoi l'établissement, aidé par la mairie et l'ARS, a fait construire un nouveau bâtiment en 2014, avec une architecture adaptée à la chirurgie ambulatoire.



Pr Corinne Vons

« La chirurgie ambulatoire, si elle permet à terme de faire des économies, nécessite dans un premier temps des investissements. »

Quels sont les investissements à réaliser?

D^r Francois Simon

Au-delà des investissements financiers nécessaires à la création et à l'aménagement d'unités de chirurgie ambulatoire, il est indispensable d'investir dans l'information des usagers et la formation des professionnels (chirurgiens, médecins, infirmiers, personnels médico-sociaux) à ce nouveau mode de prise en charge chirurgicale. Les équipes doivent être formées à la RAAC et à l'éducation thérapeutique des patients, mais aussi à une meilleure appréciation des risques en amont et à une prise en charge précoce en post-opératoire. Le retour sur investissement ne devrait tarder ni pour les patients, ni pour les professionnels, ni pour les comptes sociaux.

心

P^r Gérard Champault

« La chirurgie ambulatoire nécessite des locaux condensés et dédiés. »

Pr Corinne Vons

Il est aussi possible de restructurer un bâtiment existant, pour créer une unité de chirurgie ambulatoire partagée par les différentes spécialités de l'hôpital. Mais les blocs ne doivent pas être communs avec la chirurgie traditionnelle, comme cela se fait trop souvent. Ils doivent aussi être équipés de matériels adaptés. Il est également indispensable d'investir dans la formation des équipes, notamment à la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC), qui permet au patient de rentrer chez lui le jour même. Et il ne faut pas négliger le temps supplémentaire à consacrer à l'information et à l'éducation thérapeutique des patients. Devenant acteur de leur propre suivi, ils doivent être rassurés sur la sécurité de ce mode de prise en charge, savoir quelles sont les suites normales de l'opération, les complications possibles, les signes d'alerte, etc.

Alain-Michel Ceretti

Une bonne coordination entre le pôle de chirurgie ambulatoire et les professionnels de ville amenés à voir le patient après sa sortie de l'hôpital est importante. Certains patients ont en effet besoin qu'une infirmière change leurs pansements ou qu'un kinésithérapeute les aide à retrouver leur mobilité. Les unités de chirurgie ambulatoire doivent particulièrement organiser l'après-hôpital, en facilitant la transmission des renseignements utiles à une bonne continuité des soins. Sans quoi des informations peuvent se perdre, ce qui peut présenter un risque pour le patient, ou l'inquiéter.

Alain-Michel Ceretti

Reste à régler le problème de désertification médicale dans certains territoires. Même si un hôpital et l'ARS dont il dépend sont très impliqués dans le déploiement de la chirurgie ambulatoire, s'il n'y a pas de médecin généraliste, d'infirmier ou de kinésithérapeute à proximité du domicile des patients, cela pose un problème de continuité des soins entre l'hôpital et la ville. Les chirurgiens peuvent alors hésiter à opérer certains de leurs patients vulnérables, notamment les plus âgés et dépendants, en ambulatoire.

D^r François Simon

Pour que les hôpitaux investissent, il faut une convergence de facteurs : une direction claire des pouvoirs publics, un intérêt à agir des établissements sur le plan financier et, là comme ailleurs, un leader, médecin ou directeur convaincu. L'Ordre contribue à relayer des informations ou des expériences à travers ses interventions publiques, son Observatoire des initiatives dans les territoires, ou encore ses publications. Nous pouvons par exemple citer l'article sur l'outil de suivi par SMS des patients opérés en ambulatoire à l'AP-HP, dans le Bulletin #53, ou encore la vidéo sur le pôle ambulatoire de Nogent-le-Rotrou, diffusée sur nos réseaux sociaux.

Comment convaincre les établissements d'investir?



Alain-Michel Ceretti

« Les unités de chirurgie ambulatoire doivent particulièrement organiser l'après-hôpital. »

Pr Corinne Vons

Les cliniques privées ont sauté le pas plus vite, atteignant aujourd'hui un taux de chirurgie ambulatoire de 64 %. Les hôpitaux publics y arriveront plus difficilement, car ils reçoivent davantage de cas non programmés et traitent parfois de pathologies plus complexes. Mais il y a encore des marges de progression importante. L'inauguration en mai de deux nouvelles unités de chirurgie ambulatoire (UCA) à l'hôpital Cochin et à la Pitié-Salpêtrière montre que c'est possible. Elles résultent d'une réelle volonté de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) d'atteindre 50 % de chirurgie ambulatoire en 2019. Celle-ci a respectivement investi 5,3 millions et 9 millions d'euros dans ces structures, dans le cadre d'une stratégie d'accélération du déploiement de la chirurgie ambulatoire, contractualisée avec l'ARS d'Île-de-France.



D^r François Simon

« Il est nécessaire d'investir dans l'information des usagers et la formation des professionnels. »

Pr Gérard Champault

À Nogent, nous avons réussi à être rentables grâce à un fonctionnement original. En effet, nous sommes un hôpital public mais nous travaillons avec des chirurgiens libéraux, sous contrat et payés à l'acte. Nous n'aurions pas pu avoir des praticiens hospitaliers de toutes les spécialités sur une si petite structure, et tous n'auraient pas forcément accepté de commencer à opérer dès 7 heures. Or c'est une condition nécessaire pour pouvoir opérer 20 à 25 patients chaque matin au sein du pôle, l'après-midi étant consacré au suivi post-opératoire. Le fait qu'ils travaillent par ailleurs dans des cliniques privées a aidé à régler le problème des centres de recours : en cas de complication nécessitant de passer la nuit à l'hôpital, le patient est envoyé dans la clinique où exerce le chirurgien. Cela arrive rarement : trois cas sur les 2700 personnes opérées l'an dernier.



dossier

Textes: Dominique Fidel, Éric Allermoz | Photos: Shutterstock, DR, Phanie

Autisme: changeons la donne!

« Stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement »... C'est sous ce nom que le gouvernement a lancé en avril un nouveau plan conçu pour relever les nombreux défis de l'autisme et donner leur « juste place » à l'enfant et à l'adulte différent. Une ambition de taille, qui repose sur la mobilisation de nombreux acteurs, à commencer par les médecins.

L'autisme est un trouble dont la description est relativement récente. En effet, ce n'est qu'en 1943 que le psychiatre Leo Kanner décrit sous le nom d'autisme infantile des particularités de comportement de certains enfants: tendance à l'isolement. besoin d'immuabilité et retard de langage. Long temps considéré comme une psychose, il aura fallu attendre les années 1980 pour que l'autisme devienne un « trouble global du développement » puis un « trouble envahissant du développement » (TED), dénomination toujours en vigueur dans la 10e version de la Classification internationale des maladies (CIM-10) de l'OMS. En 2013, la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) introduit l'appellation TSA - pour trouble du spectre de l'autisme - qui fait aujourd'hui référence. Sous ce nom, le manuel décrit un trouble neuro-développemental défini par deux dimensions symptomatiques: un trouble de la communication et de l'interaction sociale d'une part et des comportements répétitifs et des intérêts restreints d'autre part. « Comme l'ancienne appellation TED, le

Point de vue de l'Ordre

D' Anne-Marie Trarieux, vice-présidente de la section Éthique et déontologie du Cnom

Repérer, diagnostiquer, accompagner... et s'informer!

Après trois plans autisme centrés sur l'offre de soins et de suivi dans une logique de lits et de place, la nouvelle stratégie nationale mise sur la valorisation des potentiels et sur l'optimisation du parcours de vie des personnes autistes, du premier repérage chez le tout petit enfant à l'inclusion sociale des citovens adultes. Parcours de vie qui s'apparente jusqu'à présent à un douloureux parcours du combattant. Plus qu'une simple inflexion sémantique, il faut voir dans ce 4e plan un appel à la mobilisation de tous les acteurs potentiellement

impliqués dans l'accompagnement des enfants, des adultes autistes et de leur entourage. Cet appel nous concerne tous, médecins de première ligne, généralistes, pédiatres et psychiatres, car nous avons un rôle clé à jouer dans la détection des premiers signaux d'alerte, dans la pose du diagnostic, dans la mise en place d'une prise en charge le plus précoce possible et dans l'orientation des parents dans un univers aussi anxiogène que semé d'embûches. Autant de moments délicats, susceptibles de déstabiliser des professionnels de santé

qui s'estiment, dans leur majorité, peu préparés et mal outillés pour faire face à de telles situations. La stratégie nationale place d'ailleurs la formation des professionnels au cœur de ses priorités, et je m'en réjouis. Mais sans attendre les mesures annoncées, chacun de nous peut d'ores et déjà s'informer¹ mais aussi établir des contacts avec l'écosystème de son territoire afin d'être en mesure d'agir à bon escient et au bon moment pour donner toutes leurs chances aux enfants et à leurs parents.

I. Par exemple par le biais des dernières recommandations de l'Académie de médecine (2016) et de la Haute Autorité de santé (2018). réalités très différentes qui vont de tableaux très sombres associant des comorbidités complexes (déficience intellectuelle, épilepsie, handicap visuel ou auditif, anomalies génétiques, troubles psychiatriques...) à des formes moins sévères – comme le syndrome d'Asperger – qui peuvent rester indétectées pendant toute une existence », explique le D^r Anne-Marie Trarieux, vice-présidente de la section Éthique et déontologie du Cnom.

344 millions d'euros pour rattraper le retard

« Les taux de prévalence des TSA sont en hausse dans le monde entier, indique Patrick Lefas, président de chambre honoraire à la Cour des comptes et pilote du rapport d'évaluation de la politique en direction des personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme remis au Comité d'évaluation et de contrôle de l'Assemblée nationale en décembre 2017 et rendu public en janvier dernier. Ils atteindraient environ 1 % de la population, enfants comme adultes. En France, 700000 personnes seraient ainsi concernées, soit près de 100000 jeunes de moins de 20 ans et 600000 adultes. Sachant que, pour ces derniers, seule une petite minorité (environ 75000 individus) a fait l'objet d'un diagnostic. » De tels chiffres font de l'autisme une priorité de santé publique de tout premier plan... Mais pour autant, la France accuse un

« Une prise en charge précoce peut réduire de manière très significative la manifestation des troubles. »





TÉMOIGNAGE

Sophie Cluzel, secrétaire d'État auprès du Premier ministre, chargée des personnes handicapées

« Des outils pour permettre aux médecins de jouer pleinement leur rôle »

Les médecins généralistes ont d'ores et déjà un rôle majeur dans le repérage des enfants présentant des différences de développement et dans l'enclenchement d'un parcours permettant leur accompagnement et éventuellement un diagnostic. Ils sont souvent les premiers interlocuteurs de parents inquiets. Le dispositif d'intervention précoce prévu par la stratégie autisme au sein des troubles du neuro-développement crée les outils qui donneront aux médecins généralistes les moyens de jouer pleinement leur rôle, notamment en assurant une couverture par l'Assurance maladie des bilans et interventions nécessaires. Des rencontres seront d'ailleurs organisées dès l'automne avec les représentants des médecins généralistes, et l'Ordre des médecins, afin de détailler les objectifs de la stratégie, recueillir leurs remarques et construire au mieux les nouveaux parcours d'intervention précoce.

profond retard dans sa prise en charge, malgré les trois plans dédiés qui se sont succédé depuis 2005 pour développer les connaissances et mettre à niveau l'offre de soins et d'accompagnement. Avec l'élaboration d'une nouvelle stratégie nationale personnellement impulsée par Brigitte Macron, le gouvernement d'Édouard Philippe s'empare à son tour de ce sujet aussi complexe que douloureux. Dévoilé en avril dernier après neuf mois de concertation, ce vaste plan d'action porté par le slogan « Changeons la donne!» représente un investissement inédit en faveur de personnes atteintes de troubles du spectre de l'autisme : 344 millions d'euros seront en effet consacrés à la mise en œuvre des cinq engagements et des vingt principales mesures prévues pour que la France puisse s'aligner sur les meilleures pratiques, notamment en termes de diagnostic, d'intervention précoce et d'inclusion dans la société.

Casser le verrou du diagnostic vers l'accès aux soins

Le troisième plan autisme avait mis l'accent sur le déploiement, sous l'égide des Centres de ressources autisme (CRA), d'un réseau gradué de repérage, de diagnostic et d'interventions précoces dès l'âge de 18 mois (voir reportage p. 20). « Mais si les progrès sont indéniables à l'échelle nationale, ils sont très variables d'un territoire à l'autre, souligne Patrick Lefas. Dans de nombreuses régions, les centres de diagnostic présentent des files d'attente considérables qui retardent la prise en charge des enfants. » Quant aux médecins, généralistes et pédiatres, le constat est sans appel : « Ils restent très faiblement présents lors de la phase de repérage et de diagnostic alors qu'ils devraient être les acteurs majeurs pour repérer, mettre en place les démarches diagnostiques et organiser les premières interventions », affirment les auteurs du dossier de présentation de la stratégie nationale. « De fait, bon nombre de nos confrères sont



TÉMOIGNAGE

D' Dominique Fiard, responsable du Centre expertise autisme adultes (CEAA) de Niort et président du groupe de pilotage de la recommandation autisme adulte (HAS 2018)

« Une démarche pluri-professionnelle pour l'autisme à l'âge adulte »

Depuis une dizaine d'années, nous observons une amélioration légitime de l'attention portée à l'autisme à l'âge adulte. En 2011, il y a eu une première démarche d'élaboration de recommandations de bonne pratique HAS sur le diagnostic et l'évaluation du fonctionnement à l'âge adulte, complétée en février dernier par de nouvelles recommandations HAS/ANESM sur l'intervention et le parcours de vie chez l'adulte. Notre approche est centrée sur l'intégration du médecin dans une démarche pluri-professionnelle qui permet d'appréhender la problématique de l'autisme à l'âge adulte dans toutes ses dimensions. Ainsi, selon ses compétences, le médecin peut intervenir tout naturellement au cœur du parcours de santé aussi bien pour les soins somatiques, psychiatriques, préventifs et curatifs. À ce titre, il participe éventuellement à la mise en œuvre jugée indispensable des approches comportementales, neurodéveloppementales ou neurocognitives. Enfin, il accompagne l'environnement de la personne (notamment la famille) dans un souci de recherche de compensation du handicap.



TÉMOIGNAGE

D' Thierry Champion, médecin généraliste à Châtellerault et président d'Handisoins 86

« Des structures de soins en quête d'équilibre »

Président d'Autisme Vienne pendant plusieurs années, j'ai eu maintes fois l'occasion de constater le retard accumulé par la France dans la prise en charge des soins médicaux des patients TSA, qui sont souvent ostracisés par une médecine de ville mal formée et désarçonnée par des comportements déroutants. C'est ce qui m'a amené à créer Handisoins 86 il y a une dizaine d'années en fédérant les grandes associations départementales autour d'un projet de services de soins spécifiques, initialement centré sur le dentaire. L'unité de l'hôpital Camille-Guérin de Châtellerault a ainsi vu le jour en janvier 2011, et aujourd'hui elle accueille environ 1000 patients par an, avec une offre de soins élargie (radios, prises de sang, vaccinations...). Mais force est de constater que cette expérience réussie sur le plan de la prise en charge n'essaime pas aussi vite qu'on pourrait le souhaiter. Et ce pour une raison simple : les structures de ce type ont toutes les peines du monde à atteindre l'équilibre financier, sans parler de rentabilité. C'est pour cela que j'appelle de mes vœux la mise en place d'une cotation spécifique aui permettrait de voir grandir des projets qui ne soient pas entièrement dépendants des perfusions des ARS ou de la bonne volonté de professionnels bénévoles.

REPORTAGE

Poitiers

Une équipe spécialisée dans le diagnostic complexe de l'autisme

Dans les couloirs du Centre de ressources autisme Poitou-Charentes, on croise une psychiatre, une infirmière ou un orthophoniste. Leur point commun? Tous ont une solide expérience dans le diagnostic de l'autisme.

Quelques jours après la rentrée, Léonille, 13 ans, « sèche » déjà les cours. Mais la collégienne est excusée. Ce vendredi, elle est attendue pour sa première consultation au Centre de ressources autisme (CRA) Poitou-Charentes, à Poitiers. « Depuis son enfance, Léonille a des difficultés à communiquer, à établir des rapports avec les autres. Nous avons consulté beaucoup de médecins et de psychiatres. Aucun ne nous a orientés vers des troubles du spectre autistique », témoigne sa mère, qui attend beaucoup de ce rendez-vous. Quelques minutes plus tard, Léonille est assise dans une pièce sans artifice mais avec une caméra. Face à elle, Laurent Dautry, psychologue au CRA, enchaîne les questions anodines dans un but précis. Si son évaluation s'avère positive, Léonille reviendra pour un bilan complet auprès d'une équipe pluridisciplinaire réunie sous le toit du CRA: psychiatre, infirmière, psychomotricienne, orthophoniste, éducatrice spécialisée...

Accompagner les familles

« Nous disposons d'un haut niveau d'expertise dans le diagnostic des cas complexes d'autisme et de troubles envahissants du développement », résume Denis Percher, directeur de cette structure créée en 2007. Le CRA accueille des jeunes de moins de 18 ans, adressés par des médecins, des professionnels de la petite enfance ou de l'Éducation nationale. Le diagnostic précoce est quant à lui organisé au sein d'un réseau collaboratif territorial spécialisé. « Poser ou exclure un diagnostic de trouble du spectre autistique est la première de nos missions mais ne constitue pas une fin en soi. Il est le préalable à une prise en charge thérapeutique sur mesure et à l'orientation des patients et des familles vers les dispositifs adaptés », estime le D^r Myriam Laskar, psychiatre.

(In)former les professionnels

Parmi les autres missions du Centre de Poitiers figurent l'enseignement et la recherche (on ne connaît aujourd'hui que IO 8 des causes de l'autisme). Mais aussi l'information et la formation des professionnels (médecins, enseignants). Objectif? Les aider à mieux dépister les symptômes autistiques chez les enfants de moins de





6 ans. « Les médecins de famille ou les pédiatres sont en première ligne pour repérer précocement les troubles du spectre autistique, lors des examens obligatoires aux âges clés du développement des enfants », affirme Denis Percher. Le CRA vient d'ailleurs d'éditer une brochure, destinée aux médecins généralistes, qui liste les signes d'alerte médicaux de ce handicap.

En France, des freins subsistent dans la prise en charge de l'autisme. Selon la Cour des comptes, seuls 15 % des enfants bénéficient d'un diagnostic précoce, pourtant essentiel pour une intervention adaptée. L'inclusion scolaire est insuffisante et les délais de diagnostic très longs. « Mais de réelles avancées ont été enregistrées. Par exemple dans l'organisation du parcours de soins des enfants, dans la formation des professionnels, la mise en place d'équipes mobiles spécialisées ou dans l'accompagnement des aidants familiaux », conclut avec conviction Sophie Gillet, psychologue au CRA.

+ d'infos : www.cra-pc.fr désemparés par cette mission, qu'ils savent capitale mais pour laquelle ils se sentent mal formés, avec toujours la crainte, en l'absence de signes pathognomoniques, d'alerter trop vite et d'enfermer dans un diagnostic », indique le D^r Anne-Marie Trarieux.

Face à cette situation, le gouvernement propose des mesures pour améliorer le repérage des écarts de développement chez les très jeunes enfants (sensibilisation et formation des professionnels de la petite enfance et de l'école) mais aussi pour confirmer rapidement les premiers signaux d'alerte. Il est ainsi prévu de renforcer l'outillage des médecins de première ligne, notamment au travers des examens obligatoires des 9 et 24 mois, en lien avec le nouveau carnet de santé, mais aussi de mettre en place des actions de sensibilisation à leur intention afin qu'ils aient tous le réflexe d'adresser l'enfant à des professionnels de deuxième ligne spécialisés dans les troubles du neuro-développement.

Intervenir immédiatement et réduire le reste à charge

S'il est indispensable, le diagnostic ne doit pas demeurer le seul élément déclencheur d'un parcours qui demeure trop souvent difficile pour les familles, tant sur le plan psychologique que sur les plans organisationnel, financier et social. « Pour donner toutes ses chances à l'enfant, il faudrait intervenir plus tôt, dès que les signaux d'alerte sont confirmés, poursuit le D^r Trarieux. Là encore, les médecins ont un rôle à jouer en accompagnant les familles dans leurs démarches et en assurant un relais rapide auprès des autres intervenants. » « L'enjeu ici est de gagner du temps, ajoute Patrick Lefas, car l'on sait qu'une prise en charge précoce peut réduire de manière très significative la manifestation des troubles et rendre possible une inclusion dans la vie sociale. À l'inverse, en l'absence de soins pertinents, le risque de "sur-handicap" s'accentue dans une sorte de cercle vicieux susceptible de faire émerger des comportements dits "problèmes" qui mettent les enfants, les familles et les établissements d'accueil dans l'impasse. » Sur ce volet, deux mesures phares sont au programme de la stratégie nationale. La première porte sur la mise en place, dans chaque territoire, d'une plate-forme d'intervention et de coordination « Autisme TND » de deuxième ligne, chargée d'organiser rapidement les interventions de différents professionnels libéraux (ergothérapeutes, psychomotriciens, etc.), et ce sans attendre le diagnostic. La seconde est la création, dès 2019, d'un « forfait intervention précoce » destiné à réduire le reste à charge pour les familles en finançant le recours aux professionnels non conventionnés par l'Assurance maladie (psychomotricien, bilan neuropsychologique, ergothérapeute...).

Construire une société inclusive en facilitant l'accès à la santé

L'accès aux soins et à la santé est généralement considéré comme l'une des premières clés d'une insertion dans la société. Mais, pour l'heure, force est de constater que la serrure est grippée... Un rapport Igas-Igen de mai 2017 souligne ainsi que « les personnes avec autisme peuvent présenter des vulnérabilités particulières et potentiellement graves sur le plan somatique (...), mais leur accès à des soins est souvent semé d'obstacles. Par ailleurs, le trouble fonctionnel en particulier du comportement ou intellectuel, peut être en lui-même un obstacle à des soins indispensables pourtant très courants (dentaires, ophtalmologiques, etc.). » C'est ce que constate au quotidien le Dr Thierry Champion, président de l'association Handisoins 86, qui remarque que « le corps médical et paramédical n'est pas formé à la prise en charge de ces populations. Et dans son ensemble, le système de santé n'est pas correctement organisé pour offrir des parcours de soins pertinents au regard de leur handicap. » Là encore, la stratégie prévoit



...... plusieurs mesures ciblées. Une réflexion sera ainsi engagée par la Haute Autorité de santé (HAS) sur le parcours de santé des personnes en situation de handicap en ville, en coordination avec les établissements de santé et les services sociaux et médico-sociaux. Parallèlement, une enveloppe budgétaire de 1,8 million

d'euros sera mise à disposition pour la généralisation de bilans de santé et le nombre de lieux de consultation devrait être augmenté. « Mais ces actions gouvernementales ne feront pas tout, remarque le D^r Anne-Marie Trarieux en conclusion. Nous, médecins, qui avons de tout temps été des acteurs au service de l'inclusion,

devons continuer à lutter contre toutes les stigmatisations, avec tout notre professionnalisme et toute notre humanité »

+ d'infos : https://www.has-sante.fr/ portail/jcms/c_2829216/fr/autismetrayaux-de-la-has

Point de vue extérieur

Patrick Lefas, président de chambre honoraire à la Cour des comptes et pilote du rapport sur la situation et les limites de la prise en charge de l'autisme (janvier 2018)

« Des avancées indéniables... mais insuffisantes »

Fin 2017, la Cour des comptes a publié un rapport d'évaluation de la politique en direction des personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme. Comment ont été menés les travaux?

C'est le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale qui nous a commandé ce rapport. Il représente une année d'enquête : état des lieux, exploitation de la littérature académique, entretiens, questionnaires, auditions des parties prenantes, missions à l'étranger... Devant la faiblesse des données disponibles, nous avons dû engager des travaux spécifiques, notamment un sondage d'opinion mené auprès d'un échantillon représentatif des professionnels de santé de premier recours afin de déterminer leur niveau de connaissances sur les TSA et d'identifier les difficultés rencontrées dans leur pratique en matière de repérage et de diagnostic.

Quels ont été les constats?

Le bilan est assez mitigé. Tout d'abord, la connaissance reste lacunaire, même s'il y a des progrès dans la compréhension des causes des TSA grâce à l'apport de nouveaux outils comme la génomique, l'imagerie cérébrale ou le suivi de cohortes sur longue durée. D'autre part, force est de constater que la prise en charge reste, elle, largement insuffisante. Si elles sont indéniables, les avancées dans le repérage et le diagnostic précoce demeurent hétérogènes et les délais sont encore beaucoup trop longs entre le premier contact en vue d'un diagnostic et le début du suivi.

Qu'est-il ressorti du sondage mené auprès des professionnels de santé?

Là encore, les résultats sont hétérogènes : alors qu'une assez large majorité de psychiatres et les pédiatres estiment leur niveau de connaissances en matière de diagnostic et de prise en charge des TSA « moyen à excellent », il en va

autrement des médecins généralistes qui sont 62 % à juger leur niveau « faible à insuffisant ». Par ailleurs, les filières d'adressage pour confirmer un diagnostic ne sont pas toujours bien identifiées et 4 généralistes sur IO ne semblent pas convaincus que le diagnostic puisse être porté entre O et 2 ans. Autant dire que les mesures prévues dans la stratégie nationale en faveur de la sensibilisation et de la formation des médecins ont toute leur place!

Onze recommandations sont formulées dans le rapport. Sur quels axes s'articulent-elles?

Elles visent à s'inscrire dans les orientations générales engagées récemment dans le champ du handicap, en faveur d'une individualisation des parcours et d'une recherche systématique d'inclusion, de développement des accueils de répit et d'amélioration de l'accès aux soins somatiques. La première idée directrice est l'approfondissement des connaissances sur les TSA dans quatre domaines clés pour le ciblage de l'action publique : le coût des prises en charge, le diagnostic des adultes, les composantes de l'offre de soins et d'accompagnement et la mesure de la sévérité des troubles. Il importe en amont de stimuler la recherche, qui demeure trop cloisonnée et trop peu diversifiée, la Cour préconisant la création d'un Institut du neuro-développement adossé à l'Inserm. Un autre axe porte sur une meilleure articulation entre les différents acteurs au service d'un objectif renforcé d'inclusion. Enfin nous préconisons un ensemble de mesures destinées à renforcer et à homogénéiser la qualité des prises en charge dans les territoires. Nous insistons aussi pour la construction par les ARS de parcours plus inclusifs pour les adultes.

+ d'infos:

https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-politique-endirection-des-personnes-presentant-des-troubles-du-spectrede-lautisme



vos informations pratiques

le guide juridique

24. en bref

Subutex: condamnations au pénal

25. vos questions/nos réponses

Questionnaire de santé et secret médical

26. décryptage

Règlement général sur la protection des données personnelles : comment l'appliquer au quotidien?

28. spécial élections

Résultats des élections départementales de l'Ordre des médecins

29. pratique

Éthique et déontologie : réquisition, saisie de dossier médical et perquisition



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



Subutex : condamnations au pénal

Arrêté du 14 août 2018 rappelant pour l'année 2018 et projetant pour la période 2019-2022 le nombre d'internes en médecine à former par spécialité et par

subdivision territoriale.

Arrêté du 3 août 2018 relatif à l'expérimentation pour l'incitation à la prescription hospitalière de médicaments biologiques similaires délivrés en ville. L'expérimentation pour l'incitation à la prescription hospitalière de médicaments biologiques similaires lorsqu'ils sont délivrés en ville, telle que définie dans le cahier des charges et son appel à projets, est autorisée pour une durée de trois ans à compter du 1er octobre 2018.

Décret n° 2018-688 du 1er goût 2018

portant création de l'Observatoire national du suicide.

+ d'infos: www.conseilnational.medecin.fr (rubrique Juridique/Veille juridique) Deux médecins ont récemment été condamnés à des peines de prison ferme assorties d'une interdiction temporaire d'exercer pour des délits de prescriptions de Subutex non conformes à la réglementation, faites en vue de faciliter le mésusage ou l'abus, et complicité des délits de trafic de Subutex et d'escroquerie commis en bande organisée. Trois autres médecins sont mis en examen.

L'Ordre des médecins s'était constitué partie civile. Des poursuites disciplinaires ont été engagées à l'encontre de ces praticiens. Ce trafic mettant en cause également des « patients collecteurs » s'est poursuivi, mais à moindre échelle, les patients collecteurs s'adressant à de nombreux médecins pour des prescriptions en moins grande quantité.

Signaler les intimidations

Cette affaire est l'occasion de rappeler aux praticiens que toute intimidation ou menace doit systématiquement faire l'objet d'une plainte auprès des autorités de police et de gendarmerie (dépôt de plainte rapide par internet : www. pre-plainte-en-ligne.gouv.fr), et d'un signalement au conseil départemental de l'Ordre.

Des recommandations mises à jour

Conscients de la difficulté de la prise en charge des patients usagers de drogue, le Conseil national de l'Ordre des médecins et le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens ont réactualisé en 2017 les recommandations relatives à la prescription et à la dispensation des médicaments de substitution aux opiacés. Toute prescription de produit de substitution aux opiacés repose sur des préalables incontournables, tels que l'instauration d'une alliance thérapeutique et l'élaboration avec le patient d'un projet thérapeutique intégrant systématiquement la dimension de réduction des risques et des dommages et un accompagnement global.

La prescription doit s'inscrire dans le cadre de la législation en vigueur, de la déontologie et dans le respect des bonnes pratiques cliniques. L'échange direct, médecin prescripteur/pharmacien dispensateur choisi pour la délivrance reste fondamental. Le dialogue entre médecin et pharmacien doit être systématique, notamment pour chaque patient lors de la première ordonnance, à chaque fois que le patient n'est pas connu, et devant toute difficulté. Les médecins et pharmaciens doivent aussi, en fonction des réalités territoriales, fonctionner en réseau, en partenariat avec un médecin addictologue, et/ou une structure spécialisée en addictologie, sur lesquels ils peuvent s'appuyer en cas de difficulté.

+ d'infos:

https://www.conseil-national.medecin.fr/ sites/default/files/recommandations_cnom_ cnop.pdf

Posez vous aussi vos questions

à l'Ordre des médecins, conseil-national@cn.medecin.fr



Questionnaires de santé et secret médical

Remplir un questionnaire de santé destiné à une compagnie d'assurance va-t-il à l'encontre du secret médical?

> Les intérêts d'une personne n'autorisent pas le médecin, même avec l'accord de cette dernière, à dévoiler ce qu'il a appris à l'occasion des soins dispensés et même au-delà. Le patient ne peut donc délier le médecin du secret médical. Il peut, en revanche, demander au médecin de lui communiquer les éléments nécessaires à la constitution du dossier d'assurance. Le médecin ne doit jamais communiquer directement d'informations au médecin-conseil de la compagnie d'assurance, et à plus forte raison à la compagnie d'assurance, ni oralement, ni par écrit. Seul l'assuré peut transmettre lui-même, sous pli fermé et confidentiel. les éléments médicaux le concernant au médecin-conseil de la compagnie d'assurance nommément désigné.

Qu'en est-il pour un patient qui présente un risque aggravé?

Lorsque, dans le cadre de la convention AERAS, un patient déclare librement sa maladie, la situation n'est plus la même. Le patient n'est plus exposé à voir sa confiance trahie par son médecin traitant, puisque le médecinconseil de la compagnie d'assurance a connaissance de sa maladie. Dans ce cas, on peut admettre que le médecin en charge des soins pour cette pathologie réponde à un questionnaire ciblé qui permette de renseigner le médecin-conseil de la compagnie d'assurance, sous réserve que ce questionnaire s'en tienne aux seules données objectives du dossier médical et ne concerne que la pathologie déclarée. L'utilisation d'un modèle type établi par la compagnie d'assurance n'est pas opposable au médecin. Celui-ci ne peut signer que le certificat qu'il établit lui-même, attestant de ses constatations médicales. Il le remet en main propre au patient qui l'adresse au médecin-conseil de la compagnie d'assurance nommément désigné.

Et quid des questionnaires post mortem?

À la suite du décès d'un assuré, la compagnie d'assurance désire vérifier que la cause du décès est étrangère à une éventuelle clause d'exclusion de garantie figurant dans le contrat, ou que l'assuré n'a pas omis, lors de la souscription, de déclarer un élément facteur de risque. Le médecin traitant ou le médecin qui a constaté le décès est alors contacté, soit directement par le médecin-conseil de la compagnie d'assurance, soit par l'intermédiaire des ayants droit de la personne décédée, du partenaire de Pacs ou du concubin, pour remplir un questionnaire

de santé ou délivrer un certificat médical détaillé indiquant les antécédents du patient, la cause du décès, la date d'apparition des premiers symptômes, la date de diagnostic de la maladie... Le médecin ne doit pas répondre à ce type de questions. On admet, tout au plus, qu'il dise si la mort est naturelle, due à une maladie ou à un accident ou encore si la mort est étrangère aux clauses d'exclusion du contrat d'assurance dont il a pris connaissance. Il remet ensuite aux ayants droit, au partenaire de PACS ou au concubin un certificat indiquant ces informations.

d'infos
https://www.conseil-national.medecin.fr/
sites/default/files/rapportcnomquestionnaire_sante.pdf

D' Jean-Marie Faroudja, président de la section Éthique et déontologie Propos recueillis par Sarah Berrier

Règlement général sur la protection des données personnelles

Comment l'appliquer au quotidien?

Le Règlement général sur la protection des données personnelles (RGPD), adopté au niveau européen, est entré en application le 25 mai 2018. Les médecins sont doublement concernés car la protection des données personnelles s'articule avec le secret professionnel. C'est pourquoi l'Ordre a élaboré et rédigé conjointement avec la Cnil un guide pratique constitué de six fiches pratiques thématiques, qui se compléteront au fur et à mesure, pour accompagner les médecins dans la mise en œuvre de ces obligations... Le D' Jacques Lucas, vice-président du Cnom, délégué général au numérique, nous en donne quelques grandes lignes.

Pourquoi un guide pratique sur la protection des données personnelles?

Aujourd'hui le Règlement général sur la protection des données (RGPD), d'étendue européenne et la loi française sur la protection des données personnelles, promulguée en juin 2018, adaptant la loi Informatique et libertés, constituent désormais le socle de la nouvelle réglementation sur la protection de toutes les données personnelles, et de celles qui concernent la santé notamment.

Ce guide se veut très pratique. Les structures comme les établissements de santé disposent de ressources juridiques internes qui se sont déjà impliquées dans ce domaine. Les médecins qui y exercent peuvent s'en rapprocher, particulièrement près du délégué à la protection des données (DO), interlocuteur privilégié pour les renseigner sur l'état de conformité de la structure au RGPD ou répondre à leurs questions. C'est pour cela que le guide semble se concentrer surtout sur l'exercice en cabinet libéral, mais il concerne bien tous les médecins.

À quoi correspondent les données personnelles?

Le RGPD définit les données personnelles comme « toute information se rapportant à une personne physique identifiée ou identifiable ». En matière de données de santé, il peut s'agir de données d'identification comme les nom, prénom, adresse ou numéro de téléphone, mais aussi d'informations sur la vie personnelle du patient (par exemple, nombre d'enfants), sa couverture sociale (par exemple, assurance maladie obligatoire, l'assurance maladie complémentaire, etc.), et surtout d'informations relatives à sa santé (pathologies, diagnostics, prescriptions, soins, etc.), et sur les éventuels professionnels qui interviennent dans sa prise en charge. Vous détenez également, dans le cadre de votre exercice, le numéro de sécurité sociale des patients (numéro d'inscription au répertoire des personnes physiques -NIR) pour facturer les actes réalisés.

Pourquoi êtes-vous concerné par le RGPD?

En tant que médecin, vous êtes amené à recevoir ou à émettre des informations sur vos patients pour assurer leur suivi, que ce soit dans le dossier « patient » (papier ou informatique), dans le cadre de l'utilisation d'une plateforme en ligne de gestion des rendez-vous ou encore de la réalisation d'actes de télémédecine. De manière plus globale, vous collectez également des informations pour gérer votre cabinet (par exemple, gestion des fournisseurs, des personnels que vous employez, etc.).

Quel cadre appliquer aux dossiers des patients?

Tout d'abord, vos dossiers papier ou votre logiciel médico-administratif doivent répondre à des finalités déterminées, explicites et légitimes, c'est-à-dire aux exigences de la prise en charge de vos patients.

Les données que vous collectez et que vous reportez dans les dossiers de vos patients doivent être adéquates, pertinentes et limitées à ce qui est nécessaire à la prise en charge du patient. Elles doivent être conservées pour une durée qui n'excède pas la durée nécessaire à l'utilisation que vous en faites. Vous devez informer les patients

de l'existence de vos dossiers et de leurs droits à cet égard, par exemple par voie d'affichage dans la salle d'attente. Vous devez enfin prendre toutes les précautions utiles pour empêcher que des tiers non autorisés aient accès aux données de santé de vos patients, notamment en veillant à ce qu'elles soient sécurisées.

Quel cadre appliquer à la prise de rendez-vous?

À l'occasion des prises de rendez-vous, sont collectées, enregistrées et utilisées des données personnelles concernant vos patients, en particulier leur identité et leurs coordonnées personnelles. Les motifs de consultation peuvent parfois être demandés avec un degré de précision qui varie selon les spécialités et les nécessités de préparation à un examen particulier. Que la prise de rendez-vous soit assurée par votre cabinet, par un prestataire tiers de permanence téléphonique, ou par une plateforme en ligne, vous restez « responsable du traitement », au sens de la loi, des données d'identification des patients et de leurs données de santé collectées lors de la prise de rendez-vous. En tant que responsable de traitement, vos obligations sont identiques à celles applicables pour les dossiers de vos patients : enregistrement des données strictement nécessaires, utilisation légitime des informations obtenues dans le cadre de la prise de rendez-vous, inscription dans le registre des activités de traitement, limitation des accès, sécurisation du planning et de son contenu, notification à la Cnil en cas de violation des données, etc.

Quel cadre appliquer à l'utilisation de la messagerie électronique?

Dans le cadre de votre exercice professionnel, vous êtes amené à échanger des informations avec d'autres professionnels de santé ou avec vos patients. En tant que responsable de traitement et personne soumise au secret professionnel, vous devez assurer la protection des données que vous échangez. Pour cela, utilisez un service de messagerie sécurisée de santé pour vos échanges avec d'autres professionnels de santé. Si vous utilisez des messageries instantanées, assurez-vous que ces messageries sont sécurisées et adaptées à votre utilisation professionnelle. Enfin, chiffrez les pièces jointes lorsque vous utilisez des messageries standards qui ne garantissent pas la confidentialité des messages.

Quel cadre appliquer aux téléphones portables et tablettes?

Votre tablette ou votre téléphone portable peut être utilisé dans un contexte professionnel, à condition que les règles de sécurité soient respectées. Il est ainsi fortement déconseillé de conserver des informations d'ordre médical dans la mémoire interne de votre tablette ou de votre téléphone portable. Néanmoins, si vous êtes amené à passer outre ce conseil, la conservation des données doit s'effectuer a minima dans le respect des règles suivantes : utilisation de mots de passe conformes aux recommandations de la Cnil (douze caractères comprenant des majuscules, des minuscules, des chiffres et des caractères spéciaux), verrouillage automatique après un court délai, et chiffrement des données sensibles. Par ailleurs, évitez de prêter votre téléphone ou votre tablette et ne les laissez pas sans surveillance.

L'accès à distance aux dossiers de vos patients doit se faire conformément aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité élaborés par l'Asip Santé. Dans l'attente de la publication des textes réglementaires, la Cnil demande que l'authentification des professionnels de santé intervienne au moyen d'une carte de professionnel de santé (CPS) ou d'un dispositif équivalent agréé par l'Asip Santé.

+ d'infos :

Accéder à la totalité du Guide pratique sur la protection des données personnelles : https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2845

BON À SAVOIR

En complément de ce Guide pratique sur la protection des données personnelles, la Cnil vient de mettre en ligne une fiche thématique: « RGPD et professionnels de santé libéraux: ce que vous devez savoir ». Elle propose d'autres fiches thématiques dédiées aux problématiques de santé (télémédecine, applications mobiles, etc.) que vous pouvez consulter sur: https://www.cnil.fr/fr/sante

Résultats des élections départementales de l'Ordre des médecins



Conseil départemental des Côtes-d'Armor 17/06/2018

Sont élus titulaires: BOURGAULT-LE-BRANCHU Chantal, CAOULAN Olivier, CAZENAVE Patrick, CORBEL Annette, COURTIN-TANGUY Laëtitia, DRONIOU Jean-Yves, EMILY Marie-Pierre, GUIL-LEME Claudine, HENAFF Patrick, LE MOAN Frédéric.

Sont élus suppléants: GUILLEMOT Patrick, LE NOAN Élisabeth.

Conseil départemental de la Haute-Garonne 05/06/2018

Sont élus titulaires: ABOUT Philippe, CHARIOT Marie-Paule, CLAVERIE Jacques, CLAVERIE Jean, DURAND Joëlle, FREVILLE Anaïs, GRAVIE Jean-François, GUYARD-BOILEAU Béatrice, MICHOT-CASBAS Maïlys, OUSTRIC Stéphane, SENIE Jean-Noël, TRIVIDIC-RUMEAU Marie.

Sont élus suppléants: AUGAREILS Christian, FERJANI Borhane, GUEGANTON Corinne, LOUP Philippe, NGUYEN Angeline, ROUGET Alain, SERVEILLE Laëtitia, SERVEILLE Pierre, SMAIL Nadia, SOULAT Jean-Marc, WELBY-GIEUSSE Muriel, ZEMZAMI-ESTEVAN Cherifa.

Conseil départemental du Gers

24/06/2018

Sont élus titulaires: CHEVALLIER Anne, DAVID Hélène, FERNANDEZ Alain, GRI-SOT Céline, HEBERT-CANCIO Catherine, LABENELLE Pierre, LAMONZIE Pierre-Louis, PASQUIO Olivier.

Sont élus suppléants: CUVILLIER Thierry, DELBOSC Marie-Pierre, DESPAX Jean-Pierre, DUFOUR-ROZES Marie-Brigitte, GARET Gilles, GUENOUN-SERENG Karima, LAFFARGUE Yves, PULCRANO Melania.

Conseil départemental du Lot

09/06/2018

Sont élus titulaires: AZAIS Philip, BARON Jean-Luc, BARRIE Francis, DE MEIXMORON Françoise, ORLIAC Dominique, REMONDET Fabienne, TAILLADE Marie-Pierre, VIGNOBOUL Patrick. Sont élus suppléants: MARCHAND Alain, MARCHAND Annie.

Conseil départemental du Lot-et-Garonne 17/06/2018

Sont élus titulaires: ARAGON Serge, BOURDEAU Bertrand, DENEUVILLE Sylvie, GINESTET Jean-Yves, MERMET Laure, MOURGUES Jean-Marcel, RENAUD-LAGAYE Yvette, RODRIGUEZ Elena. Sont élus suppléants: BORD PierreÉtienne, DE MONTBRUN Pierre, NAVEZ Christian, POIZAC Pascale, SAVARY Amandine, SEIGNOLLES Gaëlle, TALEC Jacques, THEVENOT Monique.

Conseil départemental de la Lozère 03/07/2018

Sont élus titulaires: CARBONNEL Gérald, LAUGAUDIN Bernard, FOUIL-LADE Henri-Louis, GUERIN-BROS Marie-Françoise, HERMET Lucie, MINET Mathilde.

Sont élus suppléants: DOUSSE-DOUET Muriel, LAGODA Christoph, HASSAN Firas, HEBERT Coralie.

Conseil départemental de l'Orne 24/06/2018

Sont élus titulaires: ANZALONE Marc, D'ARBONNEAU Isabelle, DELA-NOE-DAREAU Catherine, GERVAIS Valérie, JOURDAIN Philippe, LEMAR-CHAND Philippe, MICHAUX Corinne, VIVIEN Arnaud

Sont élus suppléants: DASSANT Damien, DUVAL DE LAGUIERCE Isabelle, FOUCAULT Jérôme, GERMAIN Elisabeth, LAUNAY Pascal, MASQUET Philippe, MAYAN-VERGEZ Bénédicte, PEDAILLES-LEDOUX Sabine.

Conseil départemental de la Haute-Saône 17/06/2018

Sont élus titulaires: AUDOUARD Pascal, GERARD-BENDELE Léa, GOVIN-DARAJU-AUDOUARD Sophie, JOURD-HEUIL Dominique, JUNG Lucienne, LOUIS-MARTINET Corinne, MARCHAL Georges, SILVAIN Christian. Sont élus suppléants: JUILLET Aurélien, MAIROT-PASTEUR Emmanuelle, PHOMMAVONG-BOFFY Justine, RENAUD Luc.

Conseil départemental du Tarn-et-Garonne

06/06/2018

Sont élus titulaires: BOLTE François, ESTINGOY DUPONT Valérie, GOYA Mireille, LABARRE Isabelle, LAFARGUE Max, ROUSTAN Aurélie, TRINQUES François-Marie, USANDI-ZAGA Gorka.

Sont élus suppléants: ANDREICA Mara, BERGAMASCO Carole, BON-NERIC Gérard, CASTELA Alain, GUI-JARRO Maria, PAGES Jean-Pierre, SMAIL Stéphane, VANDWALLE Claire.

Conseil départemental de la Guyane

24/06/2018

Sont élus titulaires: BUENDE EYENGA Régine Solange, DJOSSOU Félix, IGUE Nafiou, KITENGE Kitutu, LOUVEL Dominique, PREVOT Yvane, RAZAFIMAHATRATRA Marcellin, SANKALE-SUZANON Joëlle.

Sont élus suppléants: BENSALAH Jawad, CASTOR Marie-Josiane, CHA-BERT Marc, DZIERZEK Anne-Christèle, HO TCHOU LIONG Yves, LAM Papa Demba, MEZGHENNA Nacerine, SACRAMENTO Rebecca.

Conseil départemental de la Réunion

21/06/2018

Sont élus titulaires: BALU Marie, BORDIER Sandrine, CARBONNIER Magali, DUSANG Benjamin, KAUFF-MANN Édouard, LABUSSIERE Jean-Luc, LAVAUD Yves, NOBECOURT DUPUY Estelle, VEERAPEN Reuben, VIENNE-CESSOU Anne.

Sont élus suppléants: ANDRIOLO Elena, BARBA Madeleine, DOMERCO Alain, GUISERIX José, HENRION Guy, HEYE Olivier, JULLIEN Sandrine, PETON Morienn, RIQUEL Line, VAS-SAS Frédéric.



EN PRATIQUE

Éthique et déontologie

RÉQUISITION, SAISIE DE DOSSIER MÉDICAL ET PERQUISITION

JUIN 2018

DANS LE CADRE D'ENQUÊTES JUDICIAIRES, LES OFFICIERS DE POLICE JUDICIAIRE PEUVENT SOLLICITER LE CONCOURS DES MÉDECINS

LA RÉQUISITION

Il faut distinguer selon la mission demandée dans la réquisition :

- → Les constatations, examens techniques ou scientifiques (ex.: examen de garde à vue, prise de sang en vue de la vérification de l'alcoolémie en cas d'accident de la circulation...). Dans ce cadre, le médecin est tenu de répondre à la réquisition en accomplissant la mission demandée. Il peut refuser son concours en cas d'inaptitude physique, technique ou lorsqu'il est le médecin traitant de la personne à examiner. Pour éviter tout malentendu, il doit prévenir la personne de la qualité en laquelle il l'examine et de la nature de sa mission.
- → La communication d'informations, de documents ou de listes (ex.: dates de consultation, liste de patients, identité et coordonnées d'un patient, objet de la consultation, nature des traitements...). Le médecin, qui n'est pas délié de son obligation au secret professionnel par la réquisition, ne peut pas répondre à la réquisition, quelle que soit l'information demandée. Ce refus ne peut pas être sanctionné. Il appartiendra alors à l'autorité judiciaire de décider si d'autres mesures sont nécessaires (saisie de documents, perquisition...).

LA SAISIE D'UN DOSSIER MÉDICAL IDENTIFIÉ

La saisie d'un dossier médical intervient uniquement dans le cadre d'une procédure pénale soit à l'occasion d'une plainte déposée à l'encontre d'un médecin désigné ou d'un service hospitalier public ou privé, soit à l'occasion d'une procédure pénale sans que la responsabilité du médecin détenteur du dossier ne soit recherchée.

La saisie d'un dossier médical peut être opérée :

- par le procureur de la République,
- par un juge d'instruction,
- ou par un officier de police judiciaire

Bon à savoir

Il est recommandé au médecin ou à l'établissement de santé de faire une copie du dossier médical, qui sera conservée conformément à ses obligations, surtout si le dossier concerne un patient en cours de soins.

(OPJ) agissant sous le contrôle du procureur ou sur commission rogatoire du juge d'instruction.

La saisie est opérée en présence du médecin détenteur du dossier et d'un représentant de l'Ordre des médecins, qui s'assure du respect du secret professionnel.

Dans le cadre d'une saisie dans un établissement de santé, il est souhaitable que le chef de pôle ou de service ou le médecin responsable de l'unité et un représentant de l'établissement soient présents.

Le magistrat qui ordonne la saisie (juge d'instruction, procureur de la République) peut mandater (commission rogatoire) à cet effet un officier de police judiciaire. Il n'est pas possible d'exiger la copie de la commission rogatoire, mais celle-ci est en général présentée. En revanche, une réquisition précisant le cadre juridique de l'intervention et l'objet de l'opération est laissée au médecin pour lui permettre de justifier qu'il n'a pas commis de faute au regard du secret professionnel et qu'il n'est plus en possession de l'original du dossier saisi.

Dans le cas de la saisie d'un dossier informatisé. le médecin sélectionne sur son ordinateur dont il a seul les codes d'accès le dossier correspondant. Le conseiller ordinal présent vérifie que la copie établie (sur papier, support numérique ou clé USB) ne comprend aucun document concernant un autre patient. La copie est alors remise à

l'officier de police judiciaire et placée sous scellés fermés.

À l'issue de la saisie, un procès-verbal est signé par l'OPJ, le médecin détenteur du dossier et le conseiller ordinal présent (et éventuellement par le chef de pôle ou de service ou le médecin responsable de l'unité et le représentant de l'établissement de santé).

LA PERQUISITION

La perquisition est une opération ayant pour objet la recherche d'indices permettant d'établir l'existence d'une infraction ou d'en déterminer l'auteur.

Elle est régie par l'article 56-3 du code de procédure pénale. Elle ne peut être conduite que par un magistrat et toujours en présence d'un conseiller ordinal.

Bon à savoir

Le dossier est mis sous scellés fermés lorsque la saisie n'est pas opérée par un juge d'instruction.



+ REPÈRES

- Réquisition: articles 60 et 77-1 du code de procédure pénale
- Perquisition : article 56-3 du code de procédure pénale



Ordre des médecins www.conseil-national.medecin.fr

culture médicale

Au nom d'Hippocrate, à découvrir jusqu'au 15 juin 2019 au Centre européen du résistant déporté, 67130 Natzweiler. Se renseigner avant votre visite au 03 88 47 44 67.



AU NOM D'HIPPOCRATE. MÉDECINS DEPORTÉS AU CAMP DE CONCENTRATION DE NATZWEILER

À l'occasion des Journées européennes du patrimoine, le Centre européen du résistant déporté lance une exposition sur les médecins déportés au camp de concentration de Natzweiler. De 1941 à 1945, 96 médecins et 24 étudiants en médecine originaires de toute l'Europe ont été déportés au camp de Natzweiler et dans ses camps annexes de part et d'autre du Rhin. Mais que signifie être médecin dans un camp où règne la mort? Tous ont été témoins et/ou victimes de la déshumanisation, des pathologies graves, de l'absence de soins, de l'absence de moyens... L'exposition retrace le parcours de sept médecins résistants déportés à Natzweiler à travers des dessins, des illustrations et des témoignages.



Les lanceurs d'alerte, Florence Chaltiel Terral, Éditions Dalloz, 12,90 euros.

LES LANCEURS D'ALERTE

Suscitant admiration ou méfiance, le lanceur d'alerte apparaît comme une nouvelle catégorie juridique mais dont la définition demeure incertaine. Si l'idée est ancienne, la formalisation conceptuelle est aussi récente qu'inachevée : la notion de lanceur d'alerte se situe, en effet, au croisement de réflexions philosophiques et juridiques. L'intérêt général doit être la motivation du lanceur d'alerte et, en cela, il doit être protégé, sans négliger de placer des garde-fous contre d'inévitables risques d'abus ou d'excès. Le lanceur d'alerte est ainsi porteur d'un certain courage quand il dénonce un fait ou une situation au risque de subir pressions et représailles. Cet ouvrage synthétique s'adresse à la fois aux praticiens et aux étudiants, ainsi qu'à tous ceux qui s'intéressent à la reconnaissance de ce nouveau statut.



Première année, de Thomas Lilti avec Vincent Lacoste et William Lebghil, au cinéma à partir du 12 septembre.

PREMIÈRE ANNÉE

Après Hippocrate et Médecin de campagne, Thomas Lilti revient avec un nouveau long-métrage sur l'univers de la médecine. Cette fois, cet ancien médecin généraliste a choisi de mettre en scène la première année de médecine, avec son environnement compétitif violent, avec ses journées de cours ardues et ses nuits dédiées aux révisions... Pour écrire le scénario, le réalisateur s'est inspiré de son vécu, mais il est aussi retourné sur les bancs de la fac, où il s'est rendu compte à quel point les études de médecine sont au bord de l'implosion : « Je n'avais pas un souvenir vraiment très chouette de cette année que j'avais vécue, mais ce que j'ai découvert était vraiment pire. En plus de la difficulté du concours et de la pression, les étudiants doivent aujourd'hui se battre pour rentrer dans les amphis. Il y a beaucoup trop d'étudiants, pas assez de salles, pas assez de profs. C'est une vraie "boucherie pédagogique" », confie-t-il. Première année alterne ainsi des moments quasi documentaires (les scènes d'examens, les cours) et des scènes très rythmées de révisions et de discussions. Résultat : un film à la fois naturaliste, vrai et touchant.



Psychiatrie: l'hospitalisation contrainte, Sarah Hatry et Adeline Hazan, Éditions Dalloz, 4 euros.

PSYCHIATRIE: L'HOSPITALISATION CONTRAINTE

Peut-on enfermer un malade malgré lui? À quelles conditions, avec quelles garanties? Les soins psychiatriques sans consentement posent la question de la prise en charge de la maladie mentale dans notre société, ainsi que celle du statut et de la vulnérabilité du patient, qui doit être non seulement un objet de soins mais aussi un sujet de droits. Les enjeux sont cruciaux : protection de la santé, mais également de la liberté individuelle des personnes hospitalisées sans leur consentement. Si les droits des personnes soignées en psychiatrie sans leur consentement ont progressé, de nombreuses lacunes subsistent, à la fois dans les textes et dans les pratiques. Dans cet ouvrage, Adeline Hazan, contrôleuse générale des lieux de privation de liberté depuis 2014, présente, avec Sarah Hatry, docteure en droit public, les pièces de ce dossier essentiel, à la croisée des logiques médicales, judiciaires et sécuritaires.

rencontre

Propos recueillis par Béatrice Jaulin | Photo : DR



Dr Philippe Charlier,

médecin anthropologue, chef de service du département de consultations et de santé publique, au centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre et de la maison d'arrêt des Hauts-de-Seine, a notamment mené des travaux sur les restes de Richard Cœur de Lion, d'Agnès Sorel, de Diane de Poitiers, et d'Adolf Hitler.

« Quand les morts éclairent l'Histoire »

« Je voulais étudier la médecine... mais une médecine différente. Une médecine qui mêlait l'histoire et l'archéologie. Cela m'intéressait de faire parler les morts, d'interroger leur vécu grâce à l'étude de leur corps. Connaître les maladies des patients du passé mais aussi comprendre ce qu'avait été leur vie et ce qu'ils étaient devenus dans la mort. Comme pour Roland Barthes et Michel Foucault, la peau et le corps sont porteurs, à mes yeux, de signes et de lésions racontant, à la manière d'un livre, l'histoire de chaque individu. Cette vision est au cœur de ma pratique médicale. Elle a guidé mon choix d'être à la fois anatomo-pathologiste - pour étudier le corps dans sa globalité (de l'œil nu au microscope) - et médecin légiste dans l'unité sanitaire de la prison de Nanterre, car c'est une médecine des normes et de l'exclusion. Chef de service à la polyclinique de Nanterre, je prends en charge des migrants pour repérer ce qui, dans leurs lésions physiques, relève de mauvais traitements (torture, mutilation) ou de rituels liés à leur culture (marques ethniques, médecine traditionnelle). Toujours, partout, mon regard est double: médecin et anthropologue. C'est aussi à ce titre que je suis détaché au musée du Quai-Branly pour

travailler sur les restes humains, surtout dans le contexte actuel de restitution au pays d'origine. Cette "diversité d'approche" est en fait très structurée autour d'une même certitude : quelle que soit la société où ils s'incarnent ou se sont incarnés, les rituels magico-religieux n'ont jamais cessé d'exister. Ils enseignent toujours quelque chose du comportement humain devant la vie, la maladie et la mort. Au musée du Quai-Branly, par exemple, je mets mes compétences biologiques, médicales et anthropologiques au service de l'étude d'objets : en examinant un fétiche au scanner ou en analysant sa patine au microscope, on découvre comment il a été fabriqué, utilisé, "animé". La génétique permet, grâce à l'étude de traces de sang ou de peau, d'aller encore plus loin dans l'investigation. Les objets et les restes mortels disent beaucoup sur les personnes et peut-être mieux que de leur vivant! Or, je suis hanté par la perte d'informations. Me désespère le vivant qui souffre, celui qui ne peut plus s'exprimer: les prisonniers, les migrants... Tous ceux qui sont morts socialement. Une momie qui tombe en poussière, un squelette qui se délite, un livre qui disparaît me désespèrent tout autant. Je suis à leur service. »

2002

Thèse de médecine (faculté de Lille 2)

2005

Thèse d'ostéoarchéologie (École pratique des hautes études, IV^e section)

2011

Maître de conférence des universitéspraticien hospitalier (université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines – UVSQ)

2014

Thèse de sciences, en éthique médicale (Paris-Descartes) & Habilitation à diriger des recherches (UVSQ)

9017

Chef de service (département de consultations et de santé publique, Cash de Nanterre & maison d'arrêt des Hauts-de-Seine)

2018

Chargé de recherche et d'enseignement (musée du Quai-Branly) et présentation du « Magazine de la santé » sur France 5



Pour aller plus loin:

www.conseil-national.medecin.fr