

# médecins

Le bulletin de l'Ordre national des médecins

n° 61 | mai - juin 2019

## Sur le terrain

À la fac de médecine,  
des stages  
pour apprendre à écouter

## Entretiens croisés

Dispositifs médicaux :  
comment améliorer  
leur sécurité ?



[www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)

Dossier

**Remettre  
le soin**  
au cœur de l'hôpital





Retrouvez le bulletin, le webzine  
et la newsletter de l'Ordre en ligne sur  
[www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)

## 04. focus

Installation en libéral : cadre de vie,  
conditions d'exercice et travail en équipe...  
des facteurs déterminants

## 06. en bref

- Projet de loi et Grand débat national :  
ce que veulent les médecins
- CNG Élections professionnelles  
du 25 juin au 2 juillet 2019
- Besoin d'aide ? 0800 288 038

## 09. e-santé

Un « Health Data Hub » pour mettre  
les données au service de la santé

## 10. sur le terrain

À la fac de médecine, des stages  
pour apprendre à écouter

## 12. entretiens croisés

Dispositifs médicaux : comment améliorer  
leur sécurité ?

## le guide juridique

### 24. en bref

- Les directeurs d'établissement peuvent-ils  
assister aux réunions médicales ?
- Échographie foetale à visée non médicale
- Accès au dossier médical : un droit trop  
souvent bafoué
- Résultats des élections départementales

### 26. décryptage

- Quelle prise en charge pour les patients  
atteints du VIH ?

### 28. pratique

- Les tests osseux déclarés conformes  
à la Constitution
- Information et publicité : vers une  
clarification de la législation

### 30. vos questions, nos réponses

Comment s'y retrouver dans les prestataires  
de téléconsultation ?

### 31. culture médicale

### 32. rencontre

D<sup>r</sup> Didier Gallinet, radiologue à Pontarlier,  
président-fondateur de l'Orchestre  
symphonique des médecins de France



## 16 Remettre le soin au cœur de l'hôpital

Lourdeurs administratives, contraintes  
budgétaires de plus en plus prégnantes, relations  
ville-hôpital compliquées, éloignement des  
médecins de la gouvernance des établissements...  
Au fil de ces dernières décennies, sous la contrainte  
économique, les médecins hospitaliers sont  
à la peine. Alors comment remettre le soin et  
les soignants au cœur des priorités de l'univers  
hospitalier ? Éléments de réflexion.

## restons connectés!



Sur le Web : [www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)

Sur Twitter : suivez-nous sur @ordre\_medecins

Par mail : [conseil-national@cn.medecin.fr](mailto:conseil-national@cn.medecin.fr)

Nous écrire : Conseil national de l'Ordre des médecins,  
4, rue Léon Jost, 75855 Paris cedex 17



## L'hôpital en urgence vitale

**Refonte de la carte hospitalière, insécurité grandissante, manque de moyens et de personnel, course au financement... les établissements hospitaliers sont au bord de l'asphyxie. Ils ne tiennent que grâce à la pugnacité et à la volonté des personnels soignants d'accueillir et de prendre en charge au mieux les patients.**

Malgré de nombreuses prises de parole et alertes, malgré des grèves dans les services d'urgence et dans le secteur psychiatrie, aucune évolution n'est visible.

Le projet de loi « Ma santé 2022 » pose plus de questions qu'il n'apporte de réponses face à l'urgence de la situation. Malgré son orientation globalement positive, le texte n'accorde pas une pleine confiance aux acteurs de terrain. Il se tourne certes vers les territoires. Mais tout en conservant les outils qui produisent des normes, asphyxient les professionnels de santé et privent les initiatives locales de l'oxygène dont elles ont besoin. Alors que le rôle et les missions des futurs hôpitaux de proximité ne sont pas encore connus, le projet de loi prévoit déjà de transférer les commissions médicales aux hôpitaux pivots des GHT, les éloignant ainsi des territoires. Par ailleurs, le rôle des directeurs d'établissement et des directeurs de GHT est encore renforcé... Le texte semble aller à l'encontre de la philosophie affichée.

Il est urgent de rendre conformes les décisions administratives à la stratégie médicale des groupements hospitaliers définie avec les commissions médicales et non pas seulement par les directions administratives.

Il est urgent d'impliquer de nouveau les médecins dans la gestion des établissements. Cela fait partie des principales revendications émergeant de la concertation organisée par l'Ordre en février dans le cadre du Grand débat national.

Nous avons déjà réussi à convaincre les parlementaires de laisser l'initiative des CPTS aux acteurs de la santé sur le terrain, et d'adapter la formation aux besoins des territoires. Nous continuerons à nous mobiliser dans les semaines qui viennent pour réinsérer le corps médical hospitalier au cœur de la gestion des hôpitaux.

### **Dr Patrick Bouet**

Président du Conseil national de l'Ordre des médecins

**Directeur de la publication :** Dr Walter Vorhauer - **Ordre des Médecins**, 4, rue Léon Jost, 75855 Paris Cedex 17. Tél. : 01 53 89 32 00. E-mail : conseil-national@cn.medicin.fr - **Rédacteur en chef :** Dr Jacques Lucas - **Coordination :** Isabelle Marinier  
**Conception et réalisation :** CITIZENPRESS - 49, rue du Faubourg-Poissonnière, 75009 Paris - **Responsable d'édition :** Sarah Berrier  
**Direction artistique :** David Corvaisier - **Maquette :** Nathalie Wegener - **Secrétariat de rédaction :** Christine Ferreri **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.



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

# Installation en libéral

## Cadre de vie, conditions d'exercice et travail en équipe... des facteurs déterminants

**Plus de 15 300 médecins installés, internes et remplaçants exclusifs ont répondu à la vaste enquête lancée début janvier** par la commission Jeunes médecins du Cnom sur les déterminants à l'installation en libéral. L'essentiel...

**Pour la première fois, la commission Jeunes médecins du Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom), composée des structures représentatives des étudiants, internes et jeunes médecins, a mené une vaste enquête sur les déterminants à l'installation.** L'objectif : tenter de comprendre pourquoi, alors que 72 % des internes envisagent de s'installer en libéral à court terme (en activité mixte, en groupe ou en MSP), ils ne sont que 13 % à avoir opté pour cet exercice lors de leur première inscription à l'Ordre, et 35 % cinq ans après.

### Un exercice anxiogène

Ce décalage entre les aspirations et la réalité s'explique notamment par les craintes suscitées par l'exercice libéral. 59 % des internes et 43 % des remplaçants exclusifs admettent que la peur d'un échec économique est un frein à l'installation. Une aide financière pourrait apparaître comme une solution à ces difficultés. Mais l'enquête révèle que moins de la moitié des répondants estiment que ce soutien budgétaire est déterminant. Ce frein économique nécessiterait d'être levé par le biais de solutions systémiques visant à rassurer les jeunes médecins sur ce mode d'exercice.

### Le projet de vie avant tout

À travers cette enquête, le cadre de vie est nettement apparu comme le principal déterminant à l'installation. La majorité des jeunes médecins considère que la qualité des services publics

(services administratifs, transports, infrastructures, établissements scolaires, équipements socioculturels et sportifs) est primordiale. Lorsque les jeunes praticiens s'installent, ils sont souvent déjà en couple, parfois avec des enfants. L'installation en libéral ne dépend donc pas uniquement de facteurs professionnels. Elle s'inscrit dans un projet de vie qui peut engager un conjoint, voire une cellule familiale et demande une réflexion approfondie.

### Un bon réseau de professionnels de santé

Les jeunes médecins plébiscitent les territoires dotés d'un réseau de professionnels de santé. Pour 81 % des

internes et 87 % des remplaçants, il s'agit d'un point fondamental. L'exercice groupé, dans le cadre d'une activité mixte, libérale en groupe ou en maison de santé pluridisciplinaire, est enfin largement plébiscité par les internes (72 %). Ces structures offrent en effet l'opportunité pour les jeunes médecins d'être accompagnés dans les différentes démarches et de se familiariser avec l'exercice libéral dans un cadre rassurant.

### + d'infos

[www.conseil-national.medecin.fr/node/3184](http://www.conseil-national.medecin.fr/node/3184)

### Point de vue de l'Ordre

**D<sup>r</sup> Bruno Boyer** président de la commission Jeunes médecins du Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom)



### « Écouter et considérer les attentes des jeunes »

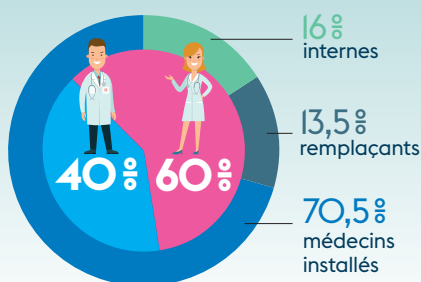
Pour trouver des solutions favorisant l'installation des jeunes médecins, il faut avant tout les écouter et considérer leurs attentes.

Aujourd'hui, les jeunes sont prêts à s'engager dans les territoires dès lors qu'ils sont accompagnés, qu'on les aide à avancer sur leur projet, qu'ils sont réellement intégrés dans un réseau et qu'ils ne se sentent pas isolés. Des projets dans ce sens ont été menés avec succès, par exemple

à La Passerelle, dans la région Grand Est. Une initiative visait à mettre en lien la demande des territoires et les internes en médecine générale. Le tout est de trouver la clé pour transformer l'intention d'installation en action. Cela passe aussi par une professionnalisation des études dès le deuxième cycle. Il faut effacer les inquiétudes liées à la méconnaissance par défaut de formation. Enfin, les territoires ont une vraie responsabilité en termes d'attractivité.

# CE QUE VEULENT LES JEUNES MÉDECINS

**15 319** répondants à l'enquête dont :



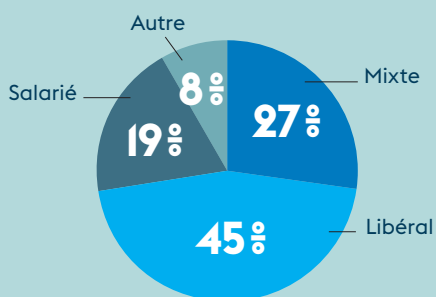
**9** répondants sur **10**

sont issus de spécialités médicales (60% de médecine générale)



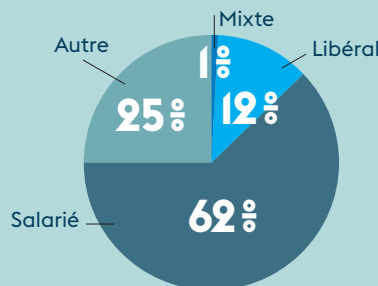
Une installation en libéral plébiscitée dans les projets professionnels des internes...

## Modes d'exercice envisagés

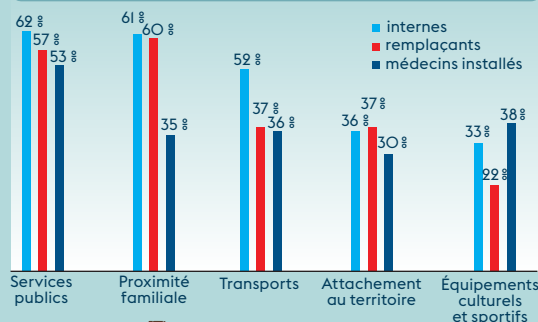


... mais peu concrétisée

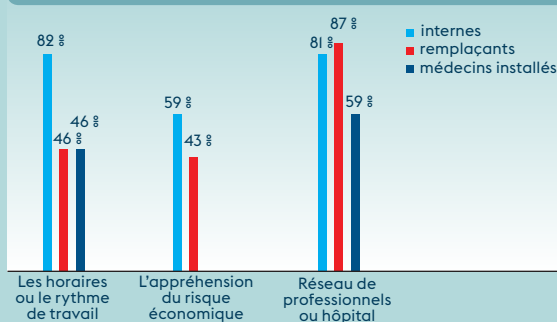
## Modes d'exercice des nouveaux inscrits



## Ce qui rend un territoire attractif...



## Ce qui détermine le mode d'exercice...



Installation et remplacement... étroitement liés

**81%** des médecins installés ont été remplaçants exclusifs. **41%** d'entre eux se sont installés dans un territoire où ils ont remplacé.

Source : Cnom

## Projet de loi et Grand débat national

# Ce que veulent les médecins

**Dans un courrier envoyé mi-février, le Cnom invitait chaque médecin à prendre part au Grand débat initié par le gouvernement**, notamment via un espace d'expression en ligne créé spécifiquement pour l'occasion. Près de 3500 contributions ont ainsi été reçues. Synthèse...

« Vos contributions viendront enrichir le travail du Conseil national de l'Ordre auprès du gouvernement et de nos parlementaires dans les mois à venir. Nous porterons haut et fort la voix de la profession devant les pouvoirs publics... » Telle était l'ambition affichée par le D<sup>r</sup> Patrick Bouet, président du Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) lors de l'appel à contributions lancé à tous les médecins, dans le contexte du Grand débat national et du projet de loi Ma santé 2022. Sur la plateforme créée à cet effet, les médecins pouvaient répondre à six questions. Les deux premières, générales, proposaient aux médecins de poster librement leurs messages destinés au Grand débat pour l'une, et leurs réactions vis-à-vis du projet de loi santé pour la deuxième. Les quatre autres questions portaient sur la formation, l'organisation territoriale des soins, le numérique en santé et la démocratie sanitaire.

### L'hôpital, au cœur des préoccupations...

Dans les réponses aux deux premières questions, les médecins ont largement exprimé leurs préoccupations vis-à-vis de l'hôpital : manque de moyens matériels et humains, dégradations de l'environnement de travail, difficultés à exercer, souffrance des soignants... À l'origine de ces maux : l'obstination à faire des hôpitaux des établissements rentables et ce, au détriment du soin. Les médecins souhaitent ainsi que soient redonnés à l'hôpital les moyens d'assurer un service public de qualité, y compris dans les hôpitaux de

proximité (cf. *Une organisation des soins mieux coordonnée*). Parmi les propositions soumises : réaffecter des moyens alloués à l'administratif au profit des postes de soignants, inclure les médecins dans la gestion (cf. *Replacer les professionnels au cœur des décisions*), ou encore supprimer la tarification à l'activité.

### ... l'accès aux soins également

Les répondants estiment que la situation est « scandaleuse et déshonorante ». Le fait que les patients mettent parfois plusieurs semaines, voire mois, avant d'avoir un rendez-vous n'est pas acceptable. Parmi les solutions identifiées : favoriser l'exercice mixte, soutenir les initiatives locales tentant de répondre aux besoins d'un territoire, développer des mesures incitatives à l'installation, proposer des stages dans les

territoires ou encore améliorer l'attractivité des régions en difficulté...

### Une débauche de charges, de contrôles et de contraintes administratives

À l'hôpital comme dans le secteur libéral, le poids des contrôles et des contraintes administratives fait également partie des principales préoccupations des répondants qui pointent « le nombre exponentiel des directeurs et administrateurs nommés dans les hôpitaux » et « les charges sous lesquelles croulent les médecins libéraux ». Un facteur qui contribue au manque d'attractivité de la profession à l'hôpital comme en libéral. Ils dénoncent enfin des tutelles éloignées des réalités du terrain. Les répondants ont ainsi proposé que soient simplifiées les démarches administratives grâce à la création d'un guichet unique, et

#### MESURES PRIORITAIRES SUR LA FORMATION (EN %)

Mieux lier la formation au type d'exercice



Une révision du numerus clausus plébiscitée



Humaniser les études médicales



■ Cité en premier

□ Autres citations

14 Total des citations

Source : Cnom/Elabe

que soient supprimés tous les certificats inutiles. Ils souhaitent également que la couverture sociale des médecins libéraux soit améliorée afin de rendre cet exercice plus attractif.

### Lier la formation au type d'exercice

Un médecin sur deux a choisi comme mesure prioritaire de mieux lier la formation au type d'exercice (cf. graphique). Nombreux sont ceux qui déplorent en effet une formation trop hospitalo-centrée. La diversité des pratiques médicales n'est pas suffisamment enseignée, en particulier l'exercice libéral. Parmi les propositions avancées : favoriser davantage les stages en ambulatoire ou dans les structures de proximité.

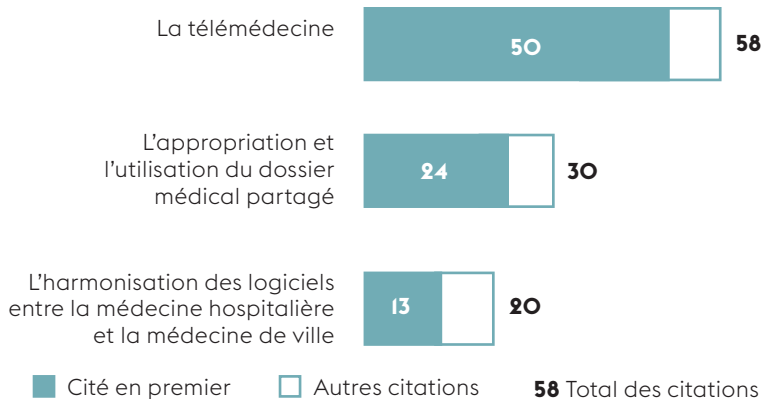
### Une organisation des soins mieux coordonnée

La majorité des répondants estime qu'une meilleure coordination des acteurs est prioritaire pour améliorer l'organisation territoriale des soins. À commencer par les liens entre ville et hôpital. Il est nécessaire qu'ils soient plus fluides, plus simples et plus directs. Il n'est plus envisageable de travailler en silo. Des solutions doivent également être trouvées pour prendre en charge les soins non programmés non urgents ailleurs que dans les services d'urgence. Pourquoi pas grâce aux hôpitaux de proximité ou en valorisant les médecins de ville qui prennent en charge les demandes urgentes ?

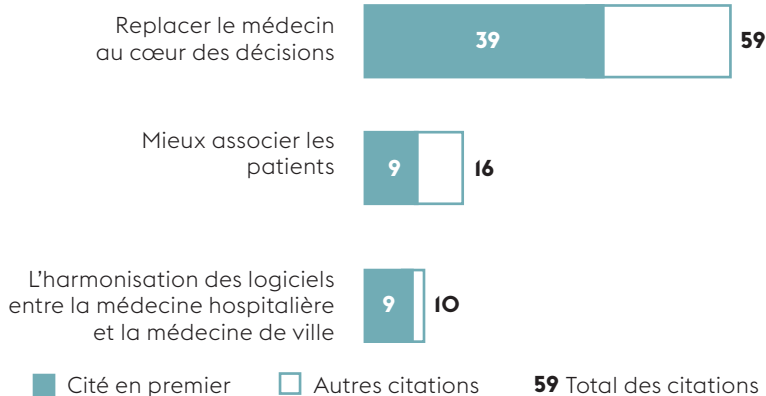
### La télémédecine plébiscitée, mais...

La télémédecine est mentionnée par un répondant sur deux comme étant la mesure prioritaire à déployer en matière de santé numérique (cf. graphique). Néanmoins, elle cristallise encore des inquiétudes liées notamment aux craintes d'erreurs de diagnostic. Un certain nombre de freins doivent également être levés, en particulier en termes d'équipements : « *La plupart des secrétariats des services hospitaliers envoient encore les résultats urgents*

#### MESURES PRIORITAIRES SUR LE NUMÉRIQUE (EN %)



#### MESURES PRIORITAIRES SUR LA DÉMOCRATIE SANITAIRE (EN %)



*par... fax!* » Il est donc indispensable que tous les hôpitaux bénéficient d'un accès à Internet sécurisé avec à disposition des logiciels de partage de données et des messageries sécurisées.

### Replacer les professionnels au cœur des décisions

Concernant la question sur la démocratie sanitaire, une large majorité de médecin estime prioritaire de replacer le médecin au cœur des décisions (cf. graphique). Les répondants appellent à « *une plus grande écoute des acteurs de terrain face au "tout administratif" dans les différentes*

*instances* ». De manière générale, le pilotage de notre système de santé mais aussi la gouvernance des hôpitaux sont perçus comme étant strictement descendants, ne laissant que peu de place à la concertation et à la codécision. Les médecins souhaitent être davantage écoutés et impliqués. Ils aspirent ainsi à des modes de concertation et de décision paritaires entre l'administration, les professionnels de santé et les patients dans toutes les instances décisionnaires (hôpitaux, ARS...).

**+ d'infos :** [www.conseil-national.medecin.fr/node/3196](http://www.conseil-national.medecin.fr/node/3196)

## les tweets

@ordre\_medecins – 5 avril

Réuni en Session, le Cnom a décidé de saisir la juridiction ordinale contre 3 responsables du #Syngof pour avoir annoncé, dans une newsletter du Syndicat, qu'il pourrait ordonner à ses adhérents de cesser la pratique d' #IVG.

@ordre\_medecins – 5 avril

#Sidaction2019 | MERCI à tous les professionnels de santé et chercheurs qui se mobilisent pour lutter contre le #sida et accompagner les malades au quotidien.

@ordre\_medecins – 4 avril

[Communiqué] Observatoire de la #sécurité des médecins : un nombre toujours plus important d'incidents déclarés. L'Ordre appelle une nouvelle fois les autorités à se saisir de cet enjeu majeur <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/3178>

## CNG Élections professionnelles du 25 juin au 2 juillet 2019

**De manière coordonnée au niveau national, le Centre national de gestion (CNG) et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) organisent trois élections professionnelles.**

Le CNG pilote plus particulièrement les élections des représentants des praticiens hospitaliers (PH) à la Commission statutaire nationale (CSN) et au Conseil de discipline (CD) et la DGOS, celles des représentants au Conseil supérieur des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques (CSPM).

Ces trois scrutins, auxquels sont électeurs tous les praticiens des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux publics, auront pour particularité d'être totalement dématérialisés. Les électeurs recevront leurs codes par voie électronique et voteront uniquement via internet, conformément au décret du 28 décembre 2017.

Dès le 25 juin 2019, vous pourrez participer aux élections, munis de vos codes de vote (distincts pour les élections à la CSN/CD et au CSPM) et de votre numéro ordinal. Alors, n'hésitez pas... VOTEZ !

**+ d'infos**

<https://www.cng.sante.fr/praticiens-hospitaliers/elections-professionnelles-2019>

## Besoin d'aide ? 0800 288 038



**Le numéro unique d'écoute et d'assistance aux médecins et internes change et devient le 0800 288 038.**

Accessible gratuitement 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, ce service, lancé début 2018 par le Conseil national des médecins, permet d'être écouté et, si besoin, d'être mis en relation avec un confrère (de la commission départementale d'entraide

ordinale ou d'une association régionale d'entraide), avec un psychologue clinicien ou avec un interlocuteur spécifique pour évoquer toute difficulté financière, administrative, juridique... En 2018, plus de 4 000 appels ont été traités.

**+ d'infos**

<https://www.conseil-national.medecin.fr/node/3172>

## Élections



**Le D<sup>r</sup> Frédéric Prudhomme a été élu le 18 avril 2019** à l'occasion de l'élection complémentaire au Conseil national de l'Ordre des médecins, représentant la région Île-de-France, département des Yvelines.



Propos recueillis par Sarah Berrier



# Un « Health Data Hub » pour mettre les données au service de la santé

**Le projet de loi santé devant le Parlement prévoit la création d'un Health Data Hub, plateforme des données de santé.** Son objectif est de faire de la France un pays leader en termes d'utilisation des données de santé au service du bien commun, en préservant un haut niveau de protection de la vie privée. Le Dr Jacques Lucas, vice-président du Cnom, délégué général au numérique, fait le point sur cette plateforme.

## Qu'est-ce que le Health Data Hub ?

Il s'agit d'une **plateforme publique, aux accès strictement contrôlés et sécurisés**, qui associera le Système national des données de santé (SNDS) créé par la loi de santé de 2016, en le complétant avec d'autres sources de données. L'une des évolutions majeures réside dans l'origine des données. Aujourd'hui, le SNDS contient des données médico-administratives issues essentiellement du Sniiram et du PMSI. Les données du Health Data Hub pourront provenir, **après leur anonymisation**, des dossiers patients des établissements de santé, publics ou privés, ou des médecins de ville. La loi indique « *des données collectées lors des actes pris en charge par l'Assurance maladie* », mais également, avec l'accord du citoyen et sous son contrôle, les informations contenues dans son espace numérique de santé. **Il est fondamental de comprendre que toutes ces données seront « dé-identifiées » afin de respecter le secret médical.** Il s'agit là d'une exigence fondamentale que le Cnom a rappelée. L'autre évolution majeure réside dans la simplification des autorisations **d'accès à des fins identifiées et connues** de recherche clinique, économique, en santé publique ou

encore pour développer des intelligences artificielles qui ont besoin de grandes masses de données pour être pertinentes. Le débat au Parlement a permis de renforcer les garanties et les sécurités pour le citoyen.

## Comment garantir la sécurité de ces données ?

C'est une question majeure pour les libertés et la protection de la vie privée. **La gouvernance de ce Health Data Hub sera déterminante pour apporter ces garanties et établir la confiance.** Elle doit reposer sur des principes de démocratie sanitaire avec des représentants des professionnels, des usagers, des organismes de recherche, de la Cnam, du ministère, de la Cnil, du monde scientifique et institutionnel, des fédérations hospitalières, du CCNE... Jusqu'à maintenant, à l'Institut des données de santé (INDS) – que le Health Data Hub va remplacer –, deux comités distincts donnaient leurs avis pour l'accès au SNDS. L'un sur l'intérêt scientifique de la recherche envisagée et l'autre sur son intérêt général et non pas purement privé, avec un regard éthique. Le projet de loi prévoit qu'un seul comité éthique et scientifique, dont la composition sera précisée par décret, étudiera les demandes d'accès aux données.

## Quelle est la position de l'Ordre ?

Nous essayons d'être très clairs, même si les aspects techniques ne sont pas simples à exposer. Les données ne doivent pas rester une « mer morte ». Elles sont fondamentales pour la recherche, l'organisation des soins, voire l'élaboration des politiques publiques. Ce n'est pas nouveau puisque c'était ainsi que s'élaboraient déjà des travaux scientifiques et des thèses, mais nous changeons d'échelle. **C'est cette évolution qui pose l'exigence des garanties et sécurités relatives à la liberté individuelle des personnes, à commencer par leur information et leur consentement au « don de leurs données ».** Il est aussi indispensable de s'assurer, dans le système lui-même, que la « ré-identification » sera impossible. Enfin, selon le Cnom, le comité éthique et scientifique du Health Data Hub devra purger tout conflit de compétences entre ce qui est scientifique et ce qui est éthique. Sa composition sera à cet égard déterminante. Évidemment, tout ne sera pas opérationnel sitôt la loi votée et promulguée, mais pour ce qui le concerne, l'Ordre sera attentif à tous les développements à venir, à la fois sur les décrets et sur la convention constitutive du GIP, puisque ce sera la forme juridique du Health Data Hub.

# À la fac de médecine, des stages pour apprendre à écouter

À Paris, des étudiants en médecine s'immergent quelques heures dans le quotidien des écoutantes du Collectif féministe contre le viol ou des maraudeurs du Samu social. **L'objectif ? Les sensibiliser à l'écoute de l'autre.**

Casque vissé sur la tête, Vlad écoute attentivement le récit de Jade<sup>1</sup>, victime d'un viol, qui appelle pour la première fois le numéro vert national « Viols femmes informations » du Collectif féministe contre le viol (CFCV). Dans ses locaux parisiens, le collectif reçoit 7000 appels par an. En France, une femme sur six a subi ou subira des violences sexuelles au cours de sa vie. Insupportable réalité. Une fois le téléphone raccroché, Séverine<sup>1</sup>, écoutante de l'association, débrieife avec le jeune étudiant, sonné par ce qu'il vient d'entendre. « Les médecins prennent régulièrement en charge des femmes victimes de violences. Des phrases simples les rassurent, libèrent la parole : "Je vous crois", "Vous avez raison de parler", "Je vais vous aider" », explique-t-elle. Depuis 2012, la faculté de médecine Sorbonne Université envoie ses étudiants de 4<sup>e</sup> année à la rencontre de personnes victimes de violences ou en détresse. Un mini-stage obligatoire qui permet aux apprentis médecins de travailler leurs compétences relationnelles avec les patients. « L'empathie du médecin, sa capacité à écouter et à comprendre les maux de son patient sont essentielles, mais insuffisamment développées au cours de sa formation », détaille le P<sup>r</sup> Alexandre Duguet, vice-doyen chargé de la formation à la faculté de médecine Sorbonne Université. C'est lui qui est à l'origine de ce module atypique.

## Créer un climat de confiance

Pour Vlad, l'expérience est positive : « Je retiens l'importance des mots,



Chaque année, 400 étudiants en médecine de Sorbonne Université participent à des stages d'écoute avec les écoutantes du Collectif féministe contre le viol.

la façon dont les écoutantes créent un climat de confiance. Cette expérience me permettra aussi, à l'avenir, d'orienter mes patients vers le CFCV. » Les étudiants sont peu sensibilisés à dépister et prendre en charge les violences sexuelles, la précarité, le handicap, les maladies mentales, qui ont pourtant un réel impact sur la santé, même des années plus tard. Plus on connaît son patient, son vécu, mieux on le soigne. Ces quelques heures d'écoute et d'empathie sont-elles suffisantes ? « Non,

mais c'est un début. Le collectif milite pour que tous les médecins, généralistes comme spécialistes, interrogent chaque patient pour savoir s'il a été victime de violence, comme il demande s'il a des allergies à des médicaments ou des antécédents de maladie cardiaque », précise Véronique Wolf, coordinatrice d'équipe au CFCV.

## Un enseignement protéiforme

À Sorbonne Université, plusieurs initiatives tendent vers cette médecine plus empathique. Formation



Certains participants affichent leur stupeur face aux témoignages des personnes victimes de violences sexuelles.



Une mauvaise écoute des médecins réduit l'efficacité d'une consultation. Selon une thèse de médecine sur le sujet (violences sexuelles et formation médicales initiales - Gaëlle Auber, 2014), 83% des participants s'estiment insuffisamment formés à l'écoute.

à la communication non violente (CNV), saynètes avec des étudiants en théâtre pour travailler la relation avec les familles, rencontres avec des associations de patients pour comprendre leurs attentes, etc. Les étudiants effectuent aussi des stages d'écoute avec le Samu social et SOS Amitiés. L'actuelle réforme des études de médecine prévoit également de valoriser les compétences relationnelles des futurs médecins.

1. Les prénoms ont été changés.

**+ d'infos :** Collectif féministe contre le viol. Numéro vert national « Viols femmes informations » au 0 800 05 95 95, [www.cfcv.asso.fr](http://www.cfcv.asso.fr)

## Témoignage

**Pr Alexandre Duguet**, pneumologue, vice-doyen chargé des formations, Sorbonne Université



### « Former des médecins plus empathiques »

Nos patients attendent de nous de la compétence, du savoir-faire, mais aussi de l'écoute. Les études de médecine doivent former de meilleurs médecins, plus empathiques – alors qu'eux-mêmes ne reçoivent pas souvent d'empathie au cours de leur cursus. Il est tout à fait possible, comme le souhaite le Collectif féministe contre le viol, de demander à notre

patient s'il a été victime de violence, quel que soit le motif de sa visite. C'est une question simple, facile à poser, qui ne doit pas être taboue. Lorsque les stages d'écoute ont débuté, en 2012, certains collègues ont d'abord été réticents. Ils considéraient que cette immersion n'avait pas sa place dans un cursus de médecine. Ces stages constituent une expérience émotionnelle forte, éclairante sur un sujet difficile dont les étudiants ne soupçonnent pas toujours l'impact sur la santé.

# entretiens croisés

Texte : Émilie Tran-Phong | Photos : DR

## Dispositifs médicaux Comment améliorer leur sécurité ?

Fin 2018, une enquête journalistique internationale soulignait les failles du système actuel de régulation des dispositifs médicaux en Europe.

**Certaines sont déjà en voie d'amélioration, dans le cadre d'une réglementation adoptée en 2017, mais il reste une marge de progression.**

### 18208

**effets indésirables** liés à des dispositifs médicaux ont été déclarés à l'ANSM en 2017, soit 31 % de plus qu'en 2014 (13855).

Le terme « dispositif médical » désigne aussi bien des pansements et des lunettes que des implants mammaires, des prothèses de hanche ou des pacemakers. Pourtant, aujourd'hui, « tous ces produits sont trop souvent considérés comme de simples objets de consommation : il leur suffit d'obtenir le marquage CE, attestant de leur conformité avec la législation, pour bénéficier du droit à la libre circulation des marchandises en Europe, souligne le Dr Jean-Marcel Mourgues, président de la section Santé publique du Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom). *L'enquête Implant Files, publiée en novembre 2018 par le Consortium international des journalistes d'investigation (ICIJ), l'a montré : ce système n'est pas à la hauteur. Il n'y a aucune obligation d'essais cliniques et, du*

*fait de conflits d'intérêts, les organismes chargés d'attribuer le précieux sésame ne sont pas tous très regardants.* » À cela s'ajoutent des problèmes de transparence, de traçabilité et de matériovigilance.

Les autorités sanitaires des États membres en sont conscientes. Elles ont déjà poussé la Commission européenne à réécrire la réglementation sur les dispositifs médicaux. Adopté en avril 2017<sup>1</sup>, le nouveau texte s'appliquera en mai 2020. Pour les experts interrogés ci-après, les améliorations apportées seront notables mais perfectibles.

#### + d'infos

Pour signaler tout événement sanitaire indésirable : [signalement-sante.gouv.fr](http://signalement-sante.gouv.fr)

1. Règlement (UE) 2017/745 du 5 avril 2017.



**Dr Jean-Marcel Mourgues,**  
président de la section  
Santé publique du Cnom



**Jean-Claude Ghislain,**  
directeur des affaires  
scientifiques à l'ANSM



**Isabelle Adenot,**  
présidente de la  
CNEDiMITS, à la HAS



**Alain-Michel Ceretti,**  
président de France  
Assos Santé

### Dr Jean-Marcel Mourgues

Contrairement aux médicaments, les dispositifs médicaux ne passent pas par une procédure d'autorisation de mise sur le marché (AMM). Ils ne font pas systématiquement l'objet d'essais cliniques et ne sont pas évalués par une agence publique dédiée. Pourtant, certains qui sont implantables présentent des risques potentiels élevés et, une fois posés, sont difficiles à retirer. Ce ne sont pas de simples marchandises, mais ils sont traités comme telles. Et le système est d'autant moins contraignant que ce sont les fabricants qui choisissent et paient les organismes notifiés chargés d'évaluer leurs produits.

### Alain-Michel Ceretti

Même s'ils font des essais cliniques avant mise sur le marché, les fabricants butent sur un autre problème : celui de la matériovigilance. Les études préalables n'ont pas la puissance nécessaire pour déceler des effets indésirables rares ou liés à une utilisation en vie réelle. Seules les données remontées du terrain peuvent le faire. Or, celles-ci sont trop parsemées pour mettre en lumière les signaux qui permettraient d'éviter une crise. En cause : le nombre limité de personnes recevant un même implant, une faible implication de ces patients dans la démocratie en santé (au sein d'associations notamment) et le fait que trop peu de médecins signalent les incidents. Il y a par ailleurs un problème de traçabilité : en cas d'alerte sur une prothèse, il est très difficile aujourd'hui de retrouver et de contacter les patients qui l'ont reçue.

## Quelle est la situation en France ?

### Isabelle Adenot

À la Haute Autorité de santé (HAS), nous évaluons le service médical rendu de dispositifs médicaux en vue de leur prise en charge par l'Assurance maladie. Ce travail, complémentaire au marquage CE, porte sur une très petite minorité de dispositifs. Dans les établissements de santé notamment, nous ne voyons que les dispositifs dont la liste est fixée par arrêté (les défibrillateurs cardiaques, par exemple) et ceux inscrits sur une liste dite « en sus ». En dehors de ces deux situations, nous n'évaluons pas les dispositifs utilisés à l'hôpital, soit une bonne partie d'entre eux. Cela explique en partie que nous n'ayons pas eu à évaluer les prothèses mammaires, jusqu'au récent arrêté paru en mars 2018. Nous en serons chargés à partir du 31 mars 2023.

### Jean-Claude Ghislain

L'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM) peut interdire un dispositif si celui-ci présente un risque important, ou le suspendre en cas de forte suspicion. Si nous ne délivrons pas le marquage CE, nous avons en effet pour mission de surveiller les produits de santé sur le marché et de retirer ceux qui posent problème. Cela passe par le traitement des incidents qui nous sont remontés, par des contrôles proactifs sur les produits qui nous paraissent sensibles et, si besoin, par des inspections chez les fabricants. Nous désignons et contrôlons par ailleurs les organismes notifiés français (à ce jour, il n'y en a qu'un : le LNE/G-MED). En revanche, nous ne supervisons pas ceux des autres pays. C'est l'un des points qui va être amélioré par la nouvelle réglementation.



## Dr Jean-Marcel Mourgues

La réglementation de 2017 va dans le bon sens, elle devrait mieux encadrer l'activité des organismes notifiés. Il faudra cependant attendre quelques années avant de pouvoir évaluer son impact réel. La création d'une base de données européenne sur les dispositifs médicaux devrait faciliter le partage d'informations entre les autorités des différents pays, qui disposeront ainsi de plus de données pour réaliser leurs études. Mais le problème de sous-déclaration des incidents relève des médecins. Au Cnom, nous avons à mener un travail d'accoutumance des professionnels à l'importance de remonter les effets indésirables des médicaments ou dispositifs médicaux. C'est d'autant plus nécessaire, dans le cas des dispositifs médicaux, que la nouvelle réglementation ne prévoit toujours pas de réelle procédure d'AMM.



Dr Jean-Marcel Mourgues

« Les dispositifs médicaux sont traités comme de simples marchandises. »

## Alain-Michel Ceretti

Avec une supervision plus étroite des organismes notifiés, la nouvelle réglementation devrait conduire à en réduire le nombre, ainsi que la compétition qu'ils se livrent pour être choisis par les fabricants. Il sera aussi plus difficile pour un dispositif médical d'obtenir le marquage CE. On regrettera néanmoins que l'Europe n'ait pas décidé de se doter d'une haute autorité de santé indépendante pour l'attribuer. Le texte va dans le bon sens mais il ne va pas assez loin puisqu'il ne supprime pas le lien commercial direct, qui a déjà montré ses failles, entre les fabricants et les entreprises chargées d'évaluer leurs produits. Même si les audits devraient être plus poussés, les risques liés aux conflits d'intérêts persistent.

## Que va changer la nouvelle réglementation ?



Jean-Claude Ghislain

« Les choses évoluent, même s'il y a encore des points à améliorer. »

## Isabelle Adenot

La nouvelle réglementation vise à améliorer le marquage CE, donc la qualité des dispositifs médicaux mis sur le marché. La mission de la HAS ne va pas changer. Mais nous aurons peut-être moins d'avis négatifs à donner pour « service médical insuffisant ». Au quatrième trimestre 2018, cela concernait 36 % des dossiers ! Or, il faut rappeler qu'un tel avis, s'il empêche le remboursement d'un produit, n'interdit pas sa commercialisation. Cela limite néanmoins son usage. C'est pourquoi, en complément de la révision des règles européennes, le ministère de la Santé a décidé en mars 2019 d'allonger la liste des dispositifs qui, même s'ils entrent dans le cadre du forfait hospitalier et ne demandent pas à être remboursés en sus, doivent passer par notre commission d'évaluation. Cela inclut, par exemple, des dispositifs utilisés dans le traitement de l'incontinence urinaire.

## Jean-Claude Ghislain

La réglementation européenne a été révisée en 2017, à la suite d'un bilan que nous avons réalisé avec les autres autorités nationales compétentes. Cette réécriture visait à corriger les anomalies identifiées. Ainsi, les organismes notifiés ne seront plus contrôlés par la seule autorité compétente de leur pays, mais par plusieurs agences. Cela devrait harmoniser les pratiques, d'autant qu'ils ne seront plus seuls à décider : avant d'attribuer un marquage CE, ils devront désormais consulter un panel d'experts européens. Autre avancée : les essais cliniques deviennent obligatoires pour les implants les plus à risque. Une base de données européenne sur les dispositifs médicaux et leurs événements indésirables (Eudamed) va être créée et, pour améliorer la traçabilité, un identifiant unique sera attribué à chaque dispositif.

**D<sup>r</sup> Jean-Marcel Mourgues**

La mission d'information sur la sécurité des dispositifs médicaux, lancée par l'Assemblée nationale consécutivement aux Implants Files, a rendu son rapport le 6 mars 2019. Elle y donne quelques pistes pertinentes. Par exemple la nécessité de soutenir au niveau européen la mise en place d'une véritable AMM pour les implants les plus invasifs. Ou encore la modification du code de la Santé publique, en France, pour élargir les types d'incidents devant faire l'objet d'une déclaration obligatoire. Cela permettrait de repérer plus vite des effets indésirables susceptibles de devenir des crises sanitaires. La traçabilité des dispositifs pourrait aussi être améliorée, pourquoi pas via le dossier médical partagé (DMP) : l'identifiant unique de l'implant reçu par le patient pourrait y être indiqué, de manière à ce que celui-ci puisse être alerté en cas de problème ou pour informer directement les autorités en cas d'effet indésirable inhabituel.

**Jean-Claude Ghislain**

La nouvelle réglementation continue de s'appuyer sur les organismes notifiés. Mais ces derniers sont contraints de s'appuyer sur des études cliniques et peuvent difficilement prendre une décision qui va à l'encontre de l'avis, public, du panel d'experts consulté. Les choses évoluent, même s'il y a encore des points à améliorer. On regrette notamment que la proposition, soutenue par la France, de transformer l'Agence européenne du médicament (EMA) en Agence européenne du médicament et des produits de santé, ait été rejetée. Le renouvellement prochain des députés européens sera peut-être l'occasion d'en discuter. De même, nous aimerions que les dispositifs médicaux ne dépendent plus de la direction générale des Entreprises mais de la direction générale de la Santé à la Commission européenne.

**Isabelle Adenot**

« La nouvelle réglementation vise à améliorer le marquage CE, donc la qualité des dispositifs médicaux mis sur le marché. »

**Isabelle Adenot**

Les deux listes de dispositifs utilisés en établissements de santé et que la HAS peut évaluer sont trop figées. Il faudrait qu'elles soient revues de façon plus dynamique, en fonction des risques et des innovations. De même, ne faudrait-il pas que nous puissions aussi évaluer, facultativement, les logiciels d'aide aux diagnostics et choix thérapeutiques des médecins, notamment ceux qui engagent la vie (classe III ou IIb)? Pour exemple, des logiciels qui dépistent les mélanomes sur photo peuvent être marqués CE puis mis sur le marché. Les professionnels ne souhaiteraient-ils pas un « label » pour diriger leurs choix? Il est probable que les industriels soient aussi intéressés par une telle option, pour une discrimination positive.

## Que faire pour améliorer encore la sécurité des dispositifs médicaux?

**Alain-Michel Ceretti**

Une fois leurs produits sur le marché, les fabricants n'ont que très peu d'informations sur la façon dont les patients les vivent, ils ne savent pas s'ils ressentent une gêne en les utilisant ou si des effets indésirables apparaissent à long terme. N'ayant aucun lien direct avec eux, ils peuvent avoir recours à des associations de malades pour la réalisation d'études anonymisées sur un implant ou une machine. Mais, pour certaines pathologies, la fracture du col du fémur par exemple, ce n'est pas possible, il n'y a pas de représentants. Il faudrait encourager les patients à se mobiliser davantage, en remontant par exemple d'eux-mêmes les effets indésirables inhabituels sur le portail dédié au signalement des incidents. C'est le seul moyen, parfois, d'éclairer les industriels. En échange, il faudrait plus de transparence de la part de ces derniers.

**Alain-Michel Ceretti**

« Les risques liés aux conflits d'intérêts persistent. »



**66 596**

**MÉDECINS  
SALARIÉS  
HOSPITALIERS**

**soit 30 % des médecins  
en activité, et  
24 134 médecins en  
exercice mixte.**

Sources : DREES



# dossier

Textes : Éric Allermoz, Dominique Fidel | Photos : iStock, DR

## Remettre le soin au cœur de l'hôpital

**Lourdeurs administratives, contraintes budgétaires de plus en plus prégnantes, relations ville-hôpital compliquées, éloignement des médecins de la gouvernance des établissements...** Au fil des dernières décennies, sous la contrainte économique, les médecins hospitaliers sont à la peine. Alors comment remettre le soin et les soignants au cœur des priorités de l'univers hospitalier ? Éléments de réflexion.

**Fin 2015, l'Ordre des médecins lançait une grande consultation auprès des médecins, toutes spécialités médicales et tous modes d'exercice confondus.** Parmi les 30 000 participants figuraient 5 000 médecins hospitaliers. Le tableau dressé par leurs témoignages était sans appel : on y découvrait des médecins fiers et globalement satisfaits de leur situation professionnelle, mais aussi décrivant un métier dévalorisé, soumis à la pression de la rentabilité et à des relations conflictuelles avec le régulateur. Pour remettre sur pied un système de santé perçu comme à bout de souffle, plusieurs pistes d'action avaient été évoquées. Quatre d'entre elles furent jugées prioritaires : l'augmentation du temps médical, une gouvernance partagée avec les directions administratives, la lutte contre les inégalités territoriales d'accès aux soins et enfin, une meilleure structura-

### Point de vue de l'Ordre

**D<sup>r</sup> François Simon**, président de la section Exercice professionnel du Cnom



### « Pour que la réforme annoncée soit à la hauteur des enjeux »

Depuis quelques années, nous avons mis en place un groupe de réflexion réunissant des médecins hospitaliers, issus pour une bonne part de centres hospitaliers non universitaires. Nos échanges ont confirmé les nombreuses failles que nous pressentions : diminution du temps disponible sous le poids de l'administration, informatique en décalage total avec les usages contemporains,

gouvernance trop peu partagée au sein des établissements comme dans le cadre des groupements, confidentialité des données remise en question... Sur tous ces points le Cnom a été force de proposition, en amont du plan Ma Santé 2022 et dans les projets d'amendements qui ont été déposés en convergence avec d'autres acteurs pendant l'examen des articles

de la loi. Cette dernière ayant été rédigée dans l'urgence pour assurer une entrée en vigueur rapide de la réforme des études médicales, de nombreux points qui figuraient dans le plan gouvernemental ont été renvoyés à des ordonnances, ce qui nous semble regrettable. Lors de leur rédaction, l'Ordre sera particulièrement vigilant pour que la réforme annoncée soit à la hauteur des enjeux.

.....> tion des parcours ville-hôpital. Quatre ans plus tard, que sont devenues ces attentes? Et que peut-on espérer de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé adoptée en première lecture à l'Assemblée nationale le 26 mars dernier?

### Augmenter le temps médical ?

« La priorité numéro un de tous les médecins, qu'ils soient PH ou non, est le soin, martèle le D<sup>r</sup> Bruno Mompeyssin, chef du pôle Chirurgie à l'hôpital Henri Mondor d'Aurillac. Mais aujourd'hui, de très nombreux obstacles tendent à nous en détourner. » En 2017, une lettre ouverte signée par plus de 1 000 médecins hospitaliers évoque ainsi une situation dramatique : fermetures de lits par centaines, retards de prise en charge, embouteillages aux urgences, prises de risque, abandons thérapeutiques, impossibilité de faire hospitaliser les patients les plus fragiles...



Le début des années 2010 a été marqué par un recul sans précédent du poids du médical dans la gouvernance des hôpitaux.



### TÉMOIGNAGE

**D<sup>r</sup> Christian de Gaye**, président de l'Association des médecins généralistes des hôpitaux de proximité

### « 600 hôpitaux de proximité : une bonne nouvelle, si... »

Créé par décret en 2016, le statut d'hôpital de proximité permet aujourd'hui à environ 250 établissements – dont la moitié sont d'anciens

hôpitaux locaux, c'est-à-dire fonctionnant avec la médecine générale de ville –, qui étaient jusqu'alors handicapés par la T2A, de bénéficier d'un modèle de financement incluant une dotation forfaitaire annuelle indépendante de leur activité. Le projet de loi, qui vient d'être adopté en première lecture, prévoit la création d'un label d'hôpital de proximité avec une cible de 500 à 600 établissements labellisés d'ici à 2022. Les hôpitaux de proximité actuels devraient bien sûr composer près de la moitié de cet ensemble, mais le label pourrait aussi permettre à d'anciens hôpitaux locaux devenus Ehpad ou SSR de renouer avec la médecine ou de maintenir une partie de l'activité des petits centres hospitaliers fragilisés. Sur le papier, cette mesure est une bonne nouvelle en matière de réduction des inégalités territoriales d'accès aux soins et de coordination ville-hôpital. Mais il faudra que ces futurs hôpitaux de proximité trouvent leur place dans l'environnement des GHT comme des CPTS. Cela passera sans doute par des réflexions approfondies sur la question de la gouvernance.

Les coupables? Ils sont nombreux : la démographie médicale en berne dans de nombreux territoires, un temps administratif chronophage, des difficultés budgétaires chroniques... sans oublier celle qui cristallise les tensions : la tarification à l'activité (T2A), synonyme depuis quinze ans de productivisme industriel et de quête effrénée à la rentabilité financière.

Il y a deux ans, les pouvoirs publics ont commencé à montrer une certaine volonté de débloquer la situation pour redonner de l'air – et du temps – aux soignants. Une première étape a été franchie l'été dernier avec le décret créant le statut d'« infirmier de pratique avancée » permettant aux médecins de déléguer certaines compétences pour se concentrer davantage sur leur cœur de métier. Un autre cap devrait être franchi dans les mois qui viennent avec le lancement de la réforme des modes de financement des hôpitaux. Interviewée par *Libération* début 2018, la ministre de la Santé Agnès Buzyn



reconnaissait les « effets négatifs » de la T2A et affichait l'ambition de « proposer des modes de financement qui permettent de prendre en considération le parcours du patient, l'efficacité des soins qu'il a reçus, la coordination entre professionnels de santé, la qualité des hôpitaux, la prévention... » Reste à savoir comment ces objectifs se traduiront dans les faits. Pour l'heure, le rapport remis par le directeur de la Drees évoque un recul de la T2A pour la faire passer sous la barre des 50 % dans le budget des établissements, mais sans planning précis...

### Associer davantage les médecins à la gouvernance ?

Il y a un peu plus de dix ans, Nicolas Sarkozy lançait la réforme de la gouvernance hospitalière avec pour mot d'ordre « un patron, et un seul : le directeur ». Malgré une protestation massive, la loi HPST de juillet 2009 met en place une nouvelle organisation interne qui transfère l'essentiel des pouvoirs,



### TÉMOIGNAGE

**D<sup>r</sup> Elisabeth Lewandowski**, coordinatrice du pôle DIM au CHU d'Amiens

## « Un cadre contraint et des pratiques bouleversées »

Au sein d'un établissement hospitalier, le département d'information médicale (DIM) joue un rôle clé dans la mesure où il est à la fois le garant

du plan d'assurance qualité des recettes – et donc un outil au service de la performance des hôpitaux – et le garant de la confidentialité des données patients. Au fil de mes longues années de pratique, j'ai assisté à de nombreuses évolutions, qu'il s'agisse du périmètre de nos missions ou du cadre dans lequel nous les menons, de plus en plus contraints par une gouvernance essentiellement économique et de plus en plus investis par les technologies d'intelligence artificielle qui vont sans doute bouleverser nos usages. Fin décembre dernier, un décret est paru qui permet d'imaginer l'externalisation de nos activités en ouvrant l'accès aux données patients nominatives aux sociétés de codage. À travers la mutualisation accrue des fonctions au sein des GHT et la mise en œuvre des parcours patients (art. 51), la future loi santé devrait, elle aussi, avoir à terme des impacts sur nos métiers. Sur ce plan comme pour l'ensemble des volets de la loi – qu'il s'agisse de l'accélération du virage ambulatoire ou du Health Data Hub –, j'espère que la nécessaire phase de transition sera bien gérée. J'avoue avoir quelques craintes à ce sujet...

jusqu'alors détenus par le conseil d'administration, entre les mains du directeur. Elle instaure aussi des directeurs en lieu et place des conseils exécutifs, mais avec moins d'attributions et sans obligation de parité entre personnels administratif et médical. Les commissions médicales d'établissement sont frappées de plein fouet : leur rôle décisionnel sera désormais cantonné à la politique qualité et sécurité, ainsi qu'à la prise en charge des patients. « Le début des années 2010 a été marqué par un recul sans précédent du poids du médical dans la gouvernance des hôpitaux, affirme le D<sup>r</sup> Thierry Godeau, président de la Conférence nationale des présidents de CME. Deux textes de 2013 et 2016 ont permis de redresser un peu la barre, mais il y a encore du chemin à parcourir ! » « Au quotidien, ce déséquilibre est un handicap pour les équipes soignantes, ajoute le D<sup>r</sup> Mompeysson. En l'absence d'une CME décisionnaire, nous sommes tributaires des capacités d'écoute de la direction administrative et c'est parfois très difficile ! » Dans son article 10, la future loi annonce le renforcement de la gouvernance médicale au niveau territorial en généralisant les commissions médicales de groupement et en transférant la compétence de gestion

des ressources humaines médicales au niveau du GHT. Mais quid à l'échelle des établissements ? En mars, un rapport de l'Académie de médecine a souligné une nouvelle fois la nécessité de réformer urgemment la gouvernance hospitalière en donnant aux présidents de CME « la responsabilité et la signature sur les questions médicales ». Pour cela, des binômes associant directeur administratif et directeur médical dans les CH, et des triumvirats – directeur administratif, directeur médical et directeur universitaire – dans les CHU ont été mis en place. « De notre côté, nous avons déposé des projets d'amendements pour permettre aux CME de codécider de la stratégie médicale dans les établissements », indique le D<sup>r</sup> Thierry Godeau.

### Renforcer l'attractivité pour faire reculer les inégalités territoriales d'accès aux soins ?

Un hôpital qui peut prodiguer les soins dont les patients ont besoin et auxquels ils ont droit, c'est un hôpital qui dispose d'un plateau technique suffisant. Mais c'est aussi, et avant tout, un hôpital qui peut s'appuyer sur des ressources humaines à la hauteur des enjeux. Sur ce point, le constat est alarmant : les taux de vacance statutaire

## REPORTAGE

# Des remèdes contre la souffrance au travail

**Au CHU de Montpellier, les initiatives se multiplient pour favoriser une meilleure qualité de vie au travail.**

Les médecins n'ont pas l'habitude de se plaindre. Ce qui ne signifie pas qu'ils sont en bonne santé. Longtemps tabou, le malaise de la communauté médicale apparaît au grand jour depuis quelques années. Étudiants, internes, médecins mettent des mots sur leurs maux. On parle d'épuisement professionnel, de mal-être, de risques psychosociaux. « *Les médecins souffrent notamment d'un manque de reconnaissance de leur direction et de conflits relationnels au sein des équipes médicales. Des difficultés qui peuvent être amplifiées par un management centré sur la performance et la tarification à l'activité* », analyse le D<sup>r</sup> Patrice Taourel, radiologue au CHU de Montpellier, président de la commission médicale de l'établissement. Sans compter que rien, ni dans la formation médicale ni lors des stages hospitaliers, n'est enseigné sur le stress du métier.

## Un correspondant « bien-être au travail » dans chaque pôle

À Montpellier, plusieurs actions concrètes tentent d'inverser la tendance. « *À la suite de la mort tragique d'un jeune médecin après une erreur médicale, un groupe de réflexion "Bien-être au travail" a été créé en 2010* », raconte le D<sup>r</sup> Patrice Taourel. Composé d'une vingtaine de médecins et de deux directeurs, le groupe se réunit une fois par mois. Son rôle ? « *Se préoccuper de ce que vivent les médecins au quotidien, les écouter, prévenir les conflits et jouer les médiateurs si besoin* », répond le médecin, coauteur du livre *Les médecins ont aussi leurs maux à dire*<sup>1</sup>. Dans chaque pôle de l'hôpital, un correspondant « bien-être » est à la disposition des équipes soignantes et administratives. Autre exemple, depuis 2015, une consultation gratuite et anonyme est possible pour les médecins qui ont besoin de parler pour ne pas craquer. Les internes montpelliérains s'organisent eux aussi. Pour ne pas tomber dans les travers du burn-out, ils ont mis en place des groupes de méditation de pleine conscience,



d'hypnose et de sophrologie pour apprendre à mieux gérer le stress.

## Fluidifier les relations entre l'administration et les soins

La direction du CHU accompagne cette prise de conscience. En 2018, une enveloppe de 500 000 euros a été spécialement débloquée pour financer des actions en faveur du bien-être au travail. Dans la foulée, des coachs sportifs ont fait leur entrée dans le pôle de neurosciences pour que les équipes fassent du sport, ensemble. « *Dans le cadre du projet d'établissement 2018-2022, la qualité de vie au travail est renforcée, l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée privilégiée, la prévention des risques psychosociaux amplifiée* », détaille Julie Durand, directrice des affaires générales du CHU de Montpellier. Un dispositif de formation sur le « savoir-être » des managers sera également mis en place et le CHU entend fluidifier les relations entre l'administration et les soins. Loin d'être une simple liste à la Prévert, ces initiatives sont au contraire les garants d'une coopération efficace et de la santé au travail.

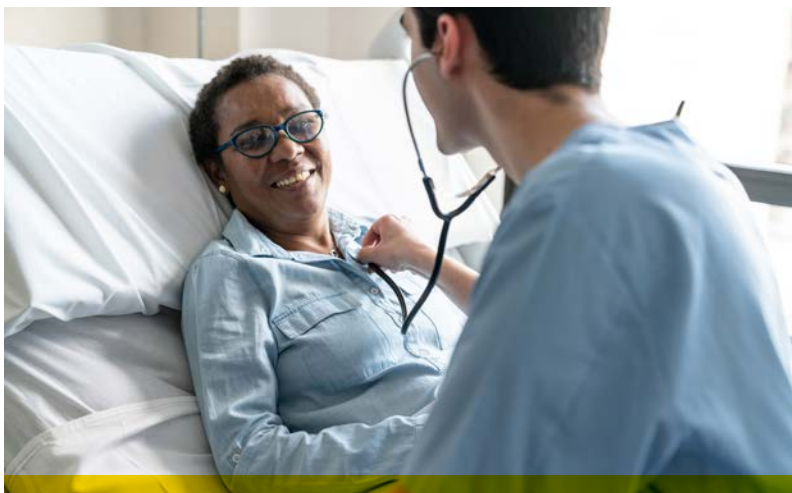
1. Michèle Maury, Patrice Taourel, *Les médecins aussi ont leurs maux à dire*. Mars 2019, éditions Erès

des PH temps plein et temps partiel ont progressé de manière constante depuis 2007, pour atteindre respectivement 26,5 % et 46,1 % au plan national en 2017. Cet état de fait révèle un problème d'attractivité majeur, particulièrement marqué dans les zones dites « sous-denses ». C'est ce que soulignait Frédéric Valletoux, président de la Fédération hospitalière de France, lors d'une conférence de presse de septembre 2018 où il appelait « à un choc d'attractivité médicale pour répondre aux problématiques de déserts médicaux et d'accès aux soins pour toute la population ».

Le sujet n'a rien de nouveau : c'était déjà l'un des plus grands chantiers de Marisol Touraine. L'ex-ministre y avait consacré une enveloppe de 250 millions d'euros et un vaste programme de concertations. Mais malgré la concrétisation de plusieurs mesures – création des GHT, prime d'engagement dans les spécialités et dans les territoires en tension, prime d'exercice territorial, exercice multisite... –, les résultats se font attendre. Le projet de loi actuel veut, quant à lui, renforcer l'attractivité médicale en fluidifiant les carrières et en favorisant la mixité d'exercice, via la création d'un statut unique de praticien hospitalier, la suppression du concours de praticien et la modification du recours à l'emploi de praticiens contractuels. Il projette également de supprimer le numerus clausus afin d'adapter l'offre de formation aux besoins territoriaux de santé. Cette évolution suppose la mise en place d'un dialogue entre universités et agences régionales de santé, non seulement pour adapter le flux d'étudiants à former, mais plus encore pour faciliter une meilleure répartition des futurs médecins sur le territoire.

### Structurer les parcours ville-hôpital ?

En 2015, lors de la Grande consultation, neuf praticiens hospitaliers sur dix appelaient de leurs vœux à une meilleure structuration des parcours ville-hôpital, et la moitié d'entre eux



Lors de la Grande consultation, neuf praticiens hospitaliers sur dix appelaient de leurs vœux à une meilleure structuration des parcours ville-hôpital.



#### TÉMOIGNAGE

**Dr Bruno Mompeysin**, ORL au centre hospitalier Henri Mondor à Aurillac, chef de service, chef du pôle Chirurgie, vice-président de CME, conseiller ordinal du Cantal

### « L'attractivité est un combat de tous les jours »

Surcharge de travail, difficultés managériales, attentes toujours plus lourdes vis-à-vis de la rentabilité de nos services, gouvernance axée sur la quantité... les hôpitaux sont de plus en plus malmenés. Dans ces conditions, il devient parfois très difficile de convaincre de jeunes médecins de rejoindre les rangs de l'hôpital public, surtout quand l'établissement se situe dans une région un tant soit peu isolée. Le recrutement est ma grande préoccupation et je m'investis personnellement pour offrir un cadre de travail de qualité et faire connaître nos besoins auprès des services référents universitaires, de l'ARS, du Conseil départemental, des responsables politiques et de l'Ordre. C'est un combat de tous les jours mais nous devons continuer à le mener si nous voulons offrir aux patients le temps médical et la qualité de soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit. J'espère vraiment que la fin du numerus clausus, entre autres mesures de cette réforme discutée et harmonisée par la concertation avec la profession et son ordre, va contribuer à faire avancer les choses dans le bon sens.

estimaient ce sujet prioritaire. Ils ne sont ni les seuls, ni les premiers à s'engager dans ce combat : citoyens, usagers, acteurs publics et privés, politiques... cela fait trente ans que la grande majorité des acteurs plébiscite un mode de fonctionnement nouveau, modernisé et sans silo. Pourtant, force est de constater que le décloisonnement tant attendu n'est pas advenu, malgré les nombreuses initiatives centrées sur la coordination des soins

de proximité : réseaux de soins, réseaux de santé, pôles de santé, plateformes d'appui, sans oublier les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les équipes de soins primaires créées par la loi de modernisation du système de santé de 2016. « Le cadre de la coopération territoriale est encore peu lisible et il y a toujours beaucoup de méfiance de part et d'autre, malgré la bonne volonté affichée », remarque

.....> ainsi le D<sup>r</sup> Christian de Gaye, président de l'Association des médecins généralistes des hôpitaux de proximité. Là aussi, le projet de loi en cours d'adoption apporte son lot de nouveautés, à commencer par la création de 1 000 CPTS supplémentaires, doublée de la mise en place de projets territoriaux de santé à l'initiative des CPTS et des établissements. Le texte prévoit aussi la labellisation, d'ici à 2022, de 500 à 600 hôpitaux qui assureront exclusivement des missions

de proximité : activités de médecine polyvalente, soins aux personnes âgées, soins de suite et de réadaptation, suivi des maladies chroniques les plus fréquentes ou mise à disposition de plateaux techniques ouverts à la ville (imagerie, biologie et explorations), équipes mobiles de soins ou équipements de télémédecine. L'objectif : développer l'exercice mixte ville-hôpital et associer les médecins de ville aux équipes médicales. « Les représentants des CPTS seront associés

aux CME et aux conseils de surveillance des hôpitaux de proximité. Nous souhaiterions que la réciproque fonctionne, ajoute le D<sup>r</sup> Thierry Godeau. Il est vraiment temps que nous apprenions à mieux nous connaître pour travailler ensemble autour d'objectifs communs. » Reste à voir si, sur ce point comme sur les autres, les intentions seront traduites dans le quotidien des hôpitaux...



## Point de vue extérieur

D<sup>r</sup> Thierry Godeau, président de la Conférence des CME de CH

### « Il est urgent de casser les silos »

#### On dit souvent que l'hôpital va mal, mais de quelles pathologies souffre-t-il ?

Les maux de l'hôpital sont, hélas, nombreux ! L'un des plus graves est sans doute celui qui affecte le temps médical, de plus en plus comprimé sous le poids de divers facteurs. Le premier est une démographie médicale en berne : dans de nombreux établissements, on est aujourd'hui trois pour faire ce qu'on devrait accomplir à quatre ou cinq personnes. Le deuxième est le poids des tâches administratives. Il faut aussi compter avec des formalités informatiques et administratives, particulièrement chronophages, et des outils immatures qui ne sont pas adaptés aux pratiques médicales. Nous rêvons de vrais systèmes d'information intuitifs, conçus pour des praticiens mobiles mais aussi capables de fournir des indicateurs de résultats utiles à nos métiers. Enfin, l'implication et la reconnaissance du rôle des médecins dans le management et la gouvernance est insuffisant.

#### Avez-vous tout de même constaté des avancées ces dernières années ?

En tant que diabétologue, je suis convaincu que l'arrivée des infirmiers de pratique avancée peut être une chance pour les équipes de soins en libérant un temps médical conséquent, notamment pour l'organisation de l'hospitalisation des maladies chroniques qui ont un poids croissant dans l'hôpital. Dans un autre domaine, j'attends beaucoup du développement des équipes médicales de territoire au niveau des GHT. Je pense qu'elles peuvent contribuer à réduire les inégalités régionales d'accès aux soins.

#### Qu'en est-il aujourd'hui de la place des médecins dans la gouvernance des établissements ?

Aujourd'hui, les compétences décisionnelles des commissions

médicales d'établissement sont cantonnées à la politique d'amélioration continue de la qualité et à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Pour le reste, depuis la loi HPST, elles sont avant tout informées et, par exemple, elles ne sont pas autorisées à donner leur avis sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses. Je considère que c'est une grave anomalie. Nous ne souhaitons pas déterrer la hache de guerre de la gouvernance, mais nous voudrions être davantage associés aux décisions relatives à la stratégie médicale. C'est d'ailleurs ce que nous avons proposé dans certains amendements de la future loi santé

#### Justement, quel regard portez-vous sur le projet de loi actuel ?

Sur le plan de la gouvernance, la bonne nouvelle vient des GHT puisqu'un article du projet de loi annonce la création de commissions médicales au niveau des groupements, ce pour quoi nous militons depuis longtemps. Pour le reste, la conférence des CME est globalement en accord avec les ambitions de la loi mais nous attendons de voir comment les textes vont se traduire dans le monde réel. Les ordonnances annoncées pour les mois qui viennent seront cruciales...

#### Si vous aviez à formuler un vœu en un mot pour l'avenir...

Ce serait décroïsonnement ! Entre la ville et l'hôpital, entre les CPTS et les GHT, entre les directions administratives et les CME, entre les systèmes informatifs des différents acteurs... Il faut que tout le monde apprenne à travailler ensemble. C'est vrai pour tous les acteurs, mais il est aussi urgent de casser les silos entre les services de l'État : CPAM, ARS, HAS... Je ne peux d'ailleurs que regretter le silence de la loi sur ce point.

**vos informations pratiques**



# le guide juridique

## **24. en bref**

- Les directeurs d'établissement peuvent-ils assister aux réunions médicales?
- Échographie fœtale à visée non médicale
- Accès au dossier médical : un droit trop souvent bafoué
- Résultats des élections départementales

## **26. décryptage**

- Quelle prise en charge pour les patients atteints du VIH?

## **28. pratique**

- Les tests osseux déclarés conformes à la Constitution
- Information et publicité : vers une clarification de la législation

## **30. vos questions / nos réponses**

Comment s'y retrouver dans les prestataires de téléconsultation ?



**[www.conseil-national.medecin.fr](http://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

**Le décret n° 2019-137 du 26 février 2019 relatif aux examens médicaux obligatoires de l'enfant et au contrôle de la vaccination obligatoire**

a redéployé les vingt examens médicaux obligatoires des enfants jusqu'à l'âge de 18 ans. Il liste les professionnels de santé autorisés à réaliser ces examens et en fixe le contenu. Il précise également que les résultats de ces examens sont mentionnés dans le dossier médical partagé de l'enfant lors de sa création. Il fixe également la périodicité de la justification de la réalisation des vaccinations obligatoires pour le maintien dans une collectivité d'enfants lorsque le mineur est admis dans l'une de ces collectivités pour une durée supérieure à un an.

**Don-saignée**

À compter du 1<sup>er</sup> mars 2019, le don-saignée pour les patients hémochromatosiques peut être réalisé dans les sites fixes de collecte de sang de l'EFS et du Centre de transfusion sanguine des armées (CTSA) sur présentation d'une prescription médicale en cours de validité et dans le respect des critères de sélection des donneurs.

**Avis du contrôleur général des lieux de privation de liberté**

du 17 décembre 2018 relatif à la prise en charge sanitaire des personnes étrangères au sein des centres de rétention administrative.

**Le décret n° 2019-105 du 15 février 2019 relatif à l'organisation de la collecte de sang total en l'absence du médecin**

prévoit les conditions dans lesquelles les infirmières et infirmiers diplômés d'État peuvent, en l'absence physique d'un médecin, assurer la surveillance et le bon déroulement du prélèvement et de l'entretien préalable d'une collecte de dons de sang total.

**+ d'infos :** [www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr) (rubrique Juridique/Veille juridique)



**Secret médical**

## Les directeurs d'établissement peuvent-ils assister aux réunions médicales ?

**De plus en plus de confrères adressent à l'Ordre des médecins des questions concernant la légitimité de la présence des directeurs d'établissement lors de réunions médicales.**

Celles-ci ayant pour objet des éléments relevant du secret médical, les personnels administratifs, qui ne font pas partie de l'équipe de soins et qui ne sont pas tenus au secret, n'ont pas à y assister. Lorsqu'une personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, le secret partagé s'entend uniquement entre les personnes chargées d'assurer les soins. Cela peut concerner le partage des données du médecin avec l'infirmière, avec un confrère de garde ou avec

l'aide-soignante. En revanche, rien n'autorise le personnel administratif, la secrétaire médicale, l'assistante sociale ni le directeur d'établissement à accéder aux données médicales concernant un patient.

Le secret médical est garanti par l'article 226-13 du code pénal. Et la loi n'édicte aucune dérogation à ce secret au bénéfice de l'administration. Les médecins ont la responsabilité de faire reconnaître, par leur employeur ou supérieur hiérarchique, leurs obligations déontologiques et ont le droit d'obtenir les moyens de les respecter. Ils ne doivent pas hésiter à demander l'intervention du Conseil départemental lorsqu'une autorité quelle qu'elle soit y porte atteinte.



## Échographie fœtale à visée non médicale

**Le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes et le Conseil national de l'Ordre des médecins ont adressé à Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, un courrier l'informant du développement de la pratique d'échographies fœtales à des fins non médicales.** En plus des risques

potentiels modérés encourus, ces pratiques commerciales sont illégales, contraires à la réglementation qui interdit la vente et l'usage d'échographe aux non-professionnels médicaux (Conseil d'État 12 juillet 2018). Il est donc du devoir des médecins d'en informer les parturientes dont ils ont la charge.





## Accès au dossier médical

# Un droit trop souvent bafoué

**Dans la continuité des échanges réguliers entre le Conseil national et la Commission nationale de l'informatique et des libertés, notre attention vient d'être attirée sur le fait que la Cnil reçoit régulièrement un nombre significatif de plaintes au sujet de la communication des dossiers médicaux.**

Depuis janvier 2017, elle a ainsi reçu 80 plaintes concernant les difficultés rencontrées par les requérants pour obtenir la communication de leur dossier médical.

Le Conseil national rappelle que la réglementation établit que le patient peut accéder aux informations concernant sa santé, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désigne, et en obtenir communication au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans.

La consultation sur place est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la remise de copies, les frais à sa charge ne peuvent excéder le coût de la repro-



duction et, le cas échéant, de l'envoi des documents.

Afin de prévenir tout contentieux, le Cnom rappelle que le médecin doit accéder à la demande du patient, qu'il s'agisse d'un dossier informatisé ou non. Les médecins, comme tous les professionnels de santé, sont tenus

de se conformer aux dispositions du RGPD relatives à l'information des personnes, au droit d'accès et au droit d'opposition, ainsi qu'à celles de la loi informatique et libertés, notamment son article 43 qui porte sur l'exercice du droit d'accès par la personne concernée à son dossier médical.

## Résultats des élections départementales

**Conseil départemental du Puy-de-Dôme  
17/03/2019**

**Ont été élus titulaires :** ARNAUD Henri, AUTHIER Nicolas, BERNARD Pierre, BONY-COLLANGETTES Estelle, BREUIL Sandrine, BUI Marie-Claire, CUENIN Christine,

GOUJON Bernard, JOUVE Pierre, REDON Sandrine.

**Ont été élus suppléants :** ABRIAT Frédéric, BOUCHET Pamela, DANCHAUD Stéphane, DHENAIN Dorothée, DIENG Papa Ndiouga, VINCENT-MANSOOR Odile.



# Quelle prise en charge pour les patients atteints du VIH ?

Plus de 153 000 personnes vivent avec le VIH en France en 2019. Chaque année, 6 000 à 7 000 nouveaux cas de séropositivité sont diagnostiqués. La prise en charge et le suivi des patients atteints ont beaucoup évolué puisque l'infection par le VIH est désormais une maladie chronique. Alors comment prendre en charge ces patients ? Quel parcours de soins leur proposer ? **Éléments de réponse à partir des travaux menés par la section Santé publique avec les principaux acteurs concernés.**

## Peut-on dépister systématiquement le VIH ?

Le dépistage systématique d'une infection par le VIH va à l'encontre de la déontologie médicale, y compris lorsque des actes invasifs (notamment en chirurgie, obstétrique et médecine interventionnelle) sont programmés. Face à des patients à risques, susceptibles d'être séropositifs, ou lorsque les facteurs de risques sont notables, la réalisation d'une sérologie doit être proposée. Mais celle-ci ne doit être effectuée qu'avec le consentement préalable du patient.

Pour rappel : l'infection par le VIH est une maladie à déclaration obligatoire quel qu'en soit le stade.

## Vers quelles structures orienter les patients ?

Il existe un peu plus de 300 Cegidd<sup>1</sup> répartis sur l'ensemble du territoire national. Ces centres gratuits ont notamment pour mission la prévention, le dépistage et le diagnostic des infections par le VIH, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles. Ils proposent

également un accompagnement dans la recherche de professionnels qui pourront apporter aux personnes concernées des soins appropriés. Ces centres peuvent être facilitateurs notamment auprès des publics jeunes, sans ressource économique et parfois sans médecin traitant.

## Quid de l'autotest ?

Depuis 2015, des autotests de dépistage du VIH sont disponibles en pharmacie. L'objectif : faciliter le dépistage notamment, mais non exclusivement, auprès des populations considérées comme à risques : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), usagers de drogues par injection, personnes originaires de zones de forte prévalence (Afrique subsaharienne et des Caraïbes).

Toutefois, la fiabilité de ces autotests n'atteint pas 100 %. Un résultat positif ou douteux doit être confirmé par une sérologie conventionnelle en laboratoire d'analyses médicales. Autre limite de ces autotests : l'abattement psychologique, le déni et l'évitement des soins chez l'usager

d'un autotest dont le résultat serait positif. D'autant plus si la personne est seule lors de ce test.

## Quel accompagnement ?

Après l'annonce du diagnostic, outre l'orientation vers un spécialiste pour une prise en charge médicale, un accompagnement psychologique et parfois social est indispensable pour le patient, voire pour ses proches. Les Cegidd mais aussi des associations, comme Aides, pourront être des relais et des soutiens importants dans cet accompagnement du patient et dans le maintien du parcours de santé (qui est parfois rapidement abandonné). Les associations offrent également des lieux de parole et d'échanges pour le patient, il peut y parler librement de sa santé, de ses prises de risque... Ces relais associatifs participent à améliorer la qualité des soins, de l'écoute du patient et, de ce fait, l'observance des traitements, l'idée étant que les acteurs du domaine médical et du domaine associatif travaillent ensemble dans l'intérêt du patient.

### Peut-on rompre le secret pour informer le/la conjoint(e)?

La prise en charge des patients séropositifs VIH relève notamment de l'article 4 du code de déontologie, sur le secret médical. Dans le cas où le patient ne veut pas parler de sa séropositivité à son entourage, le médecin doit l'encourager à le faire, notamment auprès de son conjoint ou de sa conjointe. Si le patient refuse, le médecin ne peut rompre le secret médical. Il ne peut, sans l'accord de son patient, révéler à son conjoint sa séropositivité. Si le code pénal prévoit limitativement les dérogations au secret, cette situation n'est pas visée. Le médecin peut néanmoins informer son patient des risques qu'il fait courir à son conjoint, surtout s'ils ont un projet d'enfant. Il peut aussi lui expliquer que le conjoint qui apprend avoir été infecté par son partenaire, lequel ne lui a jamais révélé son état de santé, pourrait le traduire au pénal pour mise en danger de la vie d'autrui.

### Et pour les grands mineurs?

Certains grands mineurs (15 ans à 17 ans) ne veulent pas spontanément informer leurs parents. Depuis 2002, toute personne mineure peut s'opposer à la consultation, par le médecin, des titulaires de l'autorité parentale dans le cadre de sa prise en charge médicale. Le médecin est donc pleinement lié par le secret médical. Dans ce cas, la personne de confiance peut avoir son rôle. Le médecin peut conseiller au jeune de désigner quelqu'un qui pourra le soutenir et l'accompagner.

### Quelle prise en charge pour les femmes enceintes?

Il est recommandé de proposer une sérologie VIH à toute femme enceinte au premier trimestre de la grossesse et au sixième mois en cas de prise de risque pendant la grossesse. Pensez aussi à proposer une sérologie à son partenaire.

Le principal risque lié au VIH dans le cadre d'une grossesse est la transmission de la mère à l'enfant. La prise d'un traitement antirétroviral est efficace. Elle réduit considérablement le risque de transmission : de 20-25 % à 0,3 % lorsque la charge virale plasmatique est indétectable à l'accouchement selon les données récentes. À la naissance de l'enfant, un traitement prophylactique systématique du bébé est prescrit pendant les deux premières semaines de vie. Et si possible, en proscrivant l'allaitement maternel.

### Vers une primo-prescription étendue de la PrEP?

La prophylaxie pré-exposition (PrEP), bien utilisée dans certains pays en touchant les populations à haut risque, y atteint ses objectifs de diminution de l'incidence de nouveaux séropositifs.

En France, la PrEP est sous-utilisée (le quart de ces objectifs initiaux). Elle ne remplit donc pas ses objectifs, avec comme conséquence une stagnation du nombre de nouveaux cas de séropositivité. La question se pose donc de l'extension de la primo-prescription : doit-elle rester restreinte aux services hospitaliers de

maladies infectieuses et aux Cegidd comme c'est le cas aujourd'hui? Ou doit-elle être étendue à l'ensemble des médecins, notamment aux médecins généralistes? Cette dernière option pourrait permettre d'atteindre davantage les populations à risques, qui peuvent être parfois réticentes à fréquenter des structures dédiées.

**D' Jean-Marcel Mourgues et Cécile Bissonnier, section Santé publique**

1. Cegidd : Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic.

### Le cas du médecin VIH+

Tout médecin, dès lors qu'il a une charge virale indétectable avec une RVS et bénéficiant d'une prise en charge conforme aux règles de l'art, peut poursuivre son activité professionnelle sans restriction. Dans l'éventualité où le médecin est en cours de traitement et avant l'obtention d'une charge virale indétectable, il lui est conseillé de ne pas prendre en charge des patients si son exercice professionnel comporte des pratiques invasives. En cas de séropositivité non traitée, le médecin engage sa responsabilité pleine et entière en cas de contamination du patient.

# Les tests osseux déclarés conformes à la Constitution

Une question prioritaire de constitutionnalité (QPC) a été soumise au Conseil constitutionnel par un jeune Guinéen au sujet des tests osseux. La QPC était soutenue par des associations telles que Médecins du monde ou la Ligue des droits de l'homme, qui considèrent ces examens contraires à l'impératif de protection de l'intérêt supérieur de l'enfant. **Le Conseil constitutionnel a rendu sa décision<sup>1</sup> le 21 mars 2019.**

Le Conseil constitutionnel a déclaré conforme à la Constitution l'article 388 du Code civil concernant les tests osseux aux fins de détermination de l'âge d'un présumé mineur étranger non accompagné.

Cette décision souligne très opportunément les règles qui s'imposent pour la réalisation des tests osseux et les limites de leur validité en relevant qu'« *il est établi que les résultats de ce type d'examen peuvent comporter une marge d'erreur significative* ». Il est clairement indiqué qu'il appartient à l'autorité judiciaire d'apprécier la minorité ou la majorité de la personne et que le doute doit profiter à la qualité de mineur de l'intéressé, citant la loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant et le préambule de la Constitution de 1946.

## Les règles à respecter

Un rappel s'impose des règles que doivent respecter les médecins dans ce cadre, de multiples fois mentionnées par le Conseil national en réponse à des demandes de la presse, affirmées par le défenseur des droits, par l'Académie de médecine et par le Comité consultatif national d'éthique.

- **Les tests ne peuvent être réalisés que sur décision de l'autorité judiciaire** (ordonnance ou réquisition) : le médecin doit être requis à cet effet et en faire état dans son compte rendu.

- **Le consentement éclairé de l'intéressé est nécessaire.** Le médecin doit s'en assurer et le mentionner dans son compte rendu. Le médecin doit informer la personne des modalités de l'examen et de sa finalité, s'assurer de la compréhension de l'information. Si nécessaire, un interprétariat doit être disponible. Le seul refus de se soumettre à l'examen ne doit pas faire déduire que l'intéressé est majeur.

- **Le médecin doit faire mention dans son compte rendu des références utilisées** : atlas de Greulich et Pyle qui propose un âge de maturation et non chronologique.

- **Le compte rendu du médecin doit préciser clairement la marge d'erreur** de l'appréciation de l'âge de maturation.

## Une contribution à pondérer

Le médecin ne doit céder à aucune pression malgré la difficulté induite par la tentation d'obtenir de lui une conclusion d'allure scientifique

quant à la majorité – âge de dix-huit ans révolus – ou non de la personne. Et ce alors qu'il ne peut contribuer que par un âge de maturation avec une marge d'erreur de plusieurs années autour des fatidiques 18 ans révolus.

Le Conseil constitutionnel rappelle également qu'en cas de doute, il ne peut être procédé à une évaluation de l'âge à partir d'un examen du développement pubertaire des caractères sexuels primaires et secondaires. Il est bien évident que, de cette manière également, ce n'est pas l'âge civil qui serait apprécié mais la maturation pubertaire dont on connaît la variabilité, y compris selon l'origine géographique.

**D' André Deseur, vice-président du Conseil national de l'Ordre des médecins**

1. Décision n° 2018-768 QPC du 21 mars 2019.

# Information et publicité : vers une clarification de la législation

En juin 2018, le Conseil d'État a rendu, à la suite d'une saisine du Premier ministre, une étude juridique sur les règles applicables aux professionnels de santé en matière d'information et de publicité contenant quinze recommandations. Le Conseil national de l'Ordre a également proposé au ministère, en avril 2019, des modifications du décret en Conseil d'État concernant la déontologie médicale. **L'objectif : clarifier ce que le médecin peut légitimement communiquer publiquement sans pour autant faire de la publicité promotionnelle ou commerciale prohibée.**

Dans un Livre blanc publié en septembre 2016, *Le médecin dans la société de l'information et de la communication*, le Conseil national de l'Ordre des médecins avait développé ses réflexions sur le sujet complexe de l'information du public et de la publicité commerciale. Ce document s'achevait par la promesse que le Cnom étudierait les modifications nécessaires du code afin de clarifier ce que le médecin peut légitimement communiquer publiquement sans pour autant faire de la publicité promotionnelle ou commerciale, qui reste prohibée.

Consécutivement à cette publication, qui avait été adressée au ministère, le Conseil d'État, saisi par le Premier ministre, a rendu en juin 2018 une étude juridique se concluant par quinze recommandations sur les règles applicables aux professionnels de santé en matière d'information et de publicité concernant toutes les professions de santé.

## Des modifications du code de la santé publique...

Parallèlement à ces recommandations, le Cnom, poursuivant sa démarche initiale, a proposé au ministère des modifications substantielles des articles du code de la santé publique concernés,

notamment des articles R. 4127-13 (information du public), R. 4127-19 (interdiction de publicité), R. 4127-20 (usage de son nom), R. 4127-79 (ordonnances), R. 4127-80 (annuaire), R. 4127-81 (plaques) et R. 4127-82 (annonce dans la presse). Ces propositions seront transmises par le ministère au Conseil d'État pour être examinées dans leur cohérence juridique avant d'être inscrites dans le code de la santé publique. Les modifications proposées visent à mettre en cohérence les textes avec les réalités d'aujourd'hui, tout en maintenant l'interdit de toute publicité commerciale.

## Et des règles de droit souple

Ces modifications ont été proposées accompagnées d'une grille de lecture sous la forme de recommandations, que le Conseil d'État a théorisées comme des règles de « droit souple ». L'objectif : expliciter l'application de la règle fixée par le décret. Ces recommandations auront une valeur opposable en cas de contentieux : si des juridictions étaient saisies, elles se référeront à ces recommandations pour apprécier les limites entre publicité d'informations (autorisée) et publicité à visée commerciale (interdite). Elles pourront également évoluer dans le temps.

## Harmonisation européenne

La Commission européenne a également demandé à la France de moderniser et d'harmoniser ses règlements sur ce sujet avec ceux des autres pays de la communauté européenne. Il est effectivement souhaitable d'harmoniser les législations nationales et de permettre de communiquer publiquement des informations objectives, raisonnables et utiles à tout public (sans s'exposer au grief de publicité interdite). Pour autant, il est aussi nécessaire de protéger le public de toute dérive vers de la publicité commerciale en matière d'offre de soins ou de traitements. Il en va de la qualité et de la sécurité des soins.

Une communication dans le Bulletin sera programmée pour détailler les différentes évolutions dès que les textes de révision du code auront achevé leur parcours réglementaire.

**D<sup>r</sup> Jacques Lucas, vice-président du Cnom, D<sup>r</sup> Jean-Marie Faroudja, président de la section Éthique et déontologie**

### + d'infos

Lire ou relire le Livre blanc *Le médecin dans la société de l'information et de la communication* : <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1849>

**Posez vous aussi vos questions**  
à l'Ordre des médecins,  
conseil-national@cn.medecin.fr



## Comment s'y retrouver dans les prestataires de téléconsultation ?

Avec un rythme moyen de 700 actes par semaine, la téléconsultation, entrée dans le droit commun depuis septembre 2018, monte progressivement en charge. **En parallèle, de nombreuses offres de services destinées aux médecins voient le jour.**

### Quels sont les différents prestataires de téléconsultation ?

Il convient de distinguer deux principaux types de prestataires. D'une part, les prestataires purement techniques qui fournissent aux médecins une solution sécurisée leur permettant de proposer des téléconsultations à leurs patients. D'autre part, les sociétés de téléconsultation qui s'adressent directement aux patients via des portails internet. Les médecins qui proposent leurs services via ces plateformes privées à vocation commerciale sont la plupart du temps salariés par ces entreprises. Un décret paru en septembre 2018 a levé le système de régulation qui existait jusqu'alors pour contrôler l'activité de ces plateformes.

### Quels sont les risques liés aux plateformes de téléconsultation privées à vocation commerciale ?

Les plateformes de téléconsultation privées à vocation commerciale proposent aux patients des téléconsultations souvent onéreuses, hors parcours de soins et donc non prises en charge par l'Assurance maladie. Certaines de ces sociétés sont implantées dans un autre pays de l'Union européenne et s'appuient sur la directive européenne sur les soins transfrontaliers pour pouvoir prescrire à des patients français. Dans ce cadre-là, les téléconsultations ne sont pas non plus prises en charge par l'Assurance maladie. Enfin, les offres de certaines de ces plateformes sont réservées aux bénéficiaires de certaines assurances ou mutuelles. Que ce soit du fait de leur caractère sélectif ou de leur offre hors parcours de soins, ces portails favorisent une ubérisation de la santé.

### Comment choisir un outil technique pour réaliser des téléconsultations pour ses patients ?

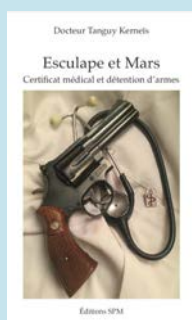
Au regard de la confidentialité des échanges avec le patient, vous devez vous assurer de la sécurisation des moyens utilisés pour la vidéotransmission ainsi que pour toute communication et transmission de documents pendant et à l'issue de la téléconsultation (résultats d'examen, données d'imagerie, ordonnances antérieures, prescription médicale, etc.). Il est souhaitable que tous les échanges (conversation, interrogatoire médical, échange de documents) fassent appel à un moyen unique de connexion sur une base sécurisée qui aura les caractéristiques d'un cabinet médical virtuel. Certains outils peuvent s'intégrer à votre système informatique, voire à votre logiciel métier.

### Quelles sont les conditions pour qu'une téléconsultation s'inscrive dans le parcours de soin ?

Le patient doit être connu du médecin téléconsultant (médecin traitant ou médecin de second recours), ce qui implique, dans les conditions fixées par l'avenant n° 6, au moins une consultation physique au cours des douze derniers mois précédant la téléconsultation. Cette condition ne s'appliquera pas en cas d'urgence ou d'impossibilité avérée.

# culture médicale

*Esculape et Mars, certificat médical et détention d'armes, D<sup>r</sup> Tanguy Kerneïs, Éditions SPM, 13 euros*



## ESCULAPE ET MARS, CERTIFICAT MÉDICAL ET DÉTENTION D'ARMES

Comment rédiger un certificat médical pour « faire du tir » ? Quelles informations y indiquer ? Dans quelle mesure le médecin engage-t-il sa responsabilité à travers un tel certificat ? Autant de questions auxquelles répond cet ouvrage rédigé par le D<sup>r</sup> Tanguy Kerneïs. Tous les médecins peuvent en effet être confrontés à des demandes de certificat relatif à la pratique du tir, à la détention et/ou à l'utilisation d'armes. Ce livre détaille de façon claire et pédagogique la législation sur les armes, explique ses arcanes et précise les différentes situations pour permettre aux médecins de rédiger sereinement et en connaissance de cause ces certificats.

*L'interdisciplinarité en pratique, Marie-Claude Daydé, D<sup>r</sup> Alain Derniaux, Nathalie Favre et Sigolène Gautier, Éditions Lamarre, 22,50 euros*



## L'INTERDISCIPLINARITÉ EN PRATIQUE

Qu'est-ce que l'interdisciplinarité et quel en sont les intérêts ? Pour répondre, quatre auteurs de métiers différents se sont interrogés sur la démarche. Ils la définissent dans ce livre comme un mode d'action avec un objectif commun, au bénéfice de la personne soignée et de ses proches, en faisant collaborer les différents professionnels du soin. Elle nécessite que ces derniers, compétents dans leur champ disciplinaire, apprennent à se connaître, à s'écouter et à se faire confiance. Ce livre a été pensé comme un guide qui permettra aux équipes de mettre en place des actions interdisciplinaires dans leur quotidien.



*Les arts de guérir en Afrique, de la tradition à la médecine conventionnelle, Le Muvacan (Musée Vivant des Arts et Civilisations d'Afrique à Nantes), L'Harmattan, 26,50 euros*

## LES ARTS DE GUÉRIR EN AFRIQUE, DE LA TRADITION À LA MÉDECINE CONVENTIONNELLE

En Afrique, la guérison est plus qu'ailleurs reliée au monde de l'invisible. Cet ouvrage collaboratif explore toutes les étapes du parcours d'un malade africain : les modes d'intervention du devin, du guérisseur, les outils thérapeutiques, notamment les plantes médicinales et les charmes, alors que la médecine conventionnelle est réservée à une élite urbaine. Certains témoignages sont surprenants. Ces pratiques restent d'actualité, avec des conséquences sociales importantes. Comprendre les arts de guérir en Afrique est indispensable pour tous les professionnels de santé, que ce soit en Europe ou là-bas.



*La médecine sans compter, D<sup>r</sup> Olivier Kourilsky, Éditions Glyphe, 16 euros*

## LA MÉDECINE SANS COMPTER

Dernier-né d'une famille de six enfants comportant déjà quatre médecins, le D<sup>r</sup> Olivier Kourilsky a ressenti très tôt la vocation médicale. Élève du P<sup>r</sup> Jean Hamburger, puis assistant du P<sup>r</sup> Gabriel Richet pendant une dizaine d'années, il a été nommé à 37 ans chef de service de néphrologie dans un hôpital qui sortait de terre à Évry et l'a dirigé avec enthousiasme pendant près de trente ans. Déjà auteur de plusieurs livres de médecine, mais aussi de romans policiers, il nous livre ici, avec une bonne dose d'autodérision et d'humour, un florilège d'anecdotes, drôles ou bouleversantes mais toujours pleines d'empathie, glanées tout au long d'une riche carrière. Il établit aussi un constat alarmant sur l'évolution de la médecine hospitalière. Un vibrant plaidoyer pour une médecine humaine plus à l'écoute du patient et moins obnubilée par la maîtrise des dépenses.

Propos recueillis par **Béatrice Jaulin** | Photo : DR

**D<sup>r</sup> Didier Gallinet,**  
radiologue à Pontarlier, président-fondateur  
de l'Orchestre symphonique des médecins de France



## « J'ai toujours eu cette impression que les médecins ont une affinité particulière avec la musique »

**« Quand mes parents m'ont dit "tu seras médecin", à vrai dire, je n'ai pas beaucoup discuté... Et je n'ai jamais regretté leur choix!** Mon père était instituteur. Avec la médecine, j'ai découvert un monde et des milieux sociaux que je ne connaissais pas. Tout de suite, j'ai aimé la relation aux patients. En choisissant d'être radiologue, je gardais ce côté relationnel avec un aspect technique qui m'intéressait. Comme tous les radiologues de ma génération, j'ai connu et suivi les évolutions de l'imagerie. Je peux même dire que je n'ai pas cessé de changer de métier. J'ai vécu les débuts de l'échographie avec un professeur très convaincu, et dans les années soixante-dix, il fallait avoir la foi! Puis il y a eu le scanner, la radiologie interventionnelle et l'IRM. À chaque étape, j'ai eu la chance de croiser des professeurs et des associés qui m'ont marqué et m'ont appris le métier.

La musique c'est une autre histoire! J'ai commencé le violon quand j'étais jeune et j'ai arrêté en deuxième année de médecine. À 52 ans, j'ai repris tout le cursus au conservatoire de Pontarlier. C'était parfois un peu dur de faire

mes deux heures de violon au retour d'une journée à l'hôpital mais j'y suis arrivé. J'ai intégré l'orchestre symphonique de Pontarlier et le hasard d'une rencontre m'a fait découvrir l'Orchestre des médecins du monde<sup>1</sup>. Je joue avec cet orchestre une ou deux fois par an dans le monde entier. Cinquante nationalités différentes se retrouvent derrière les pupitres. Ce sont autant d'expériences et de découvertes magnifiques. Certaines sont plus marquantes que d'autres comme, par exemple, la rencontre avec le D<sup>r</sup> Monika Eisermann, neuropédiatre à Necker et violoniste de très haut niveau.

J'ai souhaité créer un orchestre sur ce modèle avec des médecins français. Aujourd'hui, nous sommes cent-vingt médecins inscrits et nous donnons un concert par an<sup>2</sup>. Ce qui me frappe? La bonne entente, les sourires, le bonheur de se retrouver. J'ai toujours eu cette impression que les médecins ont une affinité particulière avec la musique et l'apprentissage d'un instrument. Peut-être est-ce une question de discipline, de motivation, de concentration propres aux médecins? »

### parcours

**1974**

Après des études à la faculté de médecine de Besançon, thèse de doctorat sur l'échographie des reins

**1976**

Associé dans un cabinet de radiologie à Pontarlier

**1980**

Chef de service à l'hôpital de Pontarlier

**2002**

Entre dans l'orchestre symphonique de Pontarlier et en devient le président

**2014**

Entre au World Doctors Orchestra (1200 médecins, 30 spécialités et 50 nationalités)

**2015**

Création de l'Orchestre symphonique des médecins de France

1. Le World Doctors Orchestra (WDO), fondé en 2008 par le professeur allemand Stefan Willich, compte environ 1200 membres qui participent à tour de rôle à deux ou trois concerts par an dans les capitales du monde entier. Le prochain concert, coorganisé par le docteur Didier Gallinet et le docteur Monika Eisermann, aura lieu le 8 juin 2019 à la Philharmonie de Paris.  
[www.worlddoctorsorchestraparis2019.fr](http://www.worlddoctorsorchestraparis2019.fr)
2. Orchestre symphonique des médecins de France : [www.osmf.fr](http://www.osmf.fr)



Pour aller plus loin :

[www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)