médecins

N°8 NOV. - DÉC. 2009

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

Bulletin d'information de
l'Ordre national des médecins

Dossier :

HPST : ce qui vous attend p.22

L'essentiel
Un caducée sur la e-route des messageries p.4

Sur le terrain
94 professionnels sauvent leur clinique p.8

Réflexion
Tourisme médical : la médecine low cost ? p.11

ABONNEZ-VOUS À NOTRE LETTRE D'INFORMATION MENSUELLE
http://www.conseil-national.medecin.fr

médecins n° 8
Nov. 2009

L'essentiel | 04
Un caducée sur la e-route des messageries

Les notes d'information aux patients doivent être conservées cinq ans

Sur le terrain | 08
94 professionnels sauvent leur clinique

Ailleurs | 10
La voix des médecins français en Europe

Réflexion | 11
Tourisme médical : la médecine low cost?

La voix des associations | 28
Von Hippel-Lindau : dépister et surveiller

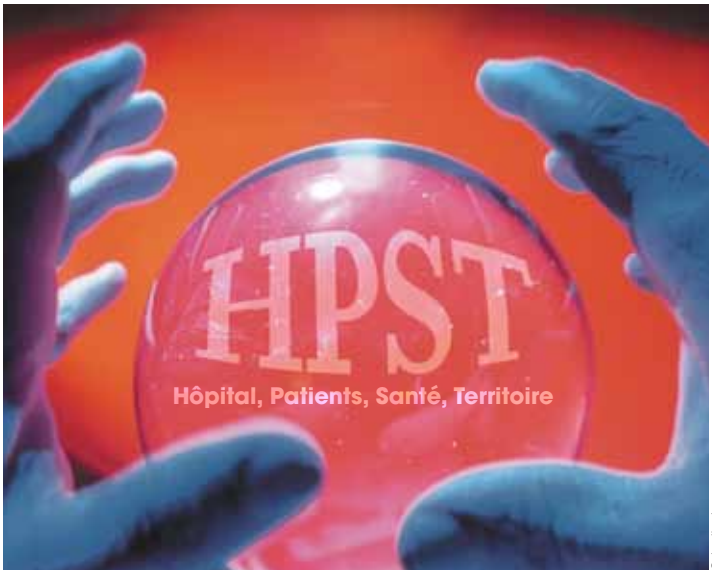
Courrier des lecteurs | 30

Culture médicale | 31
Dispersion : le mot du mois par Alain Rey

À vous la parole | 32
Dr Jean-Yves Dallot, interniste et rhumatologue, chef de service au CH de Fontainebleau.

Dossier | 22

HPST : ce qui vous attend



© Jupiter Images

Mieux organiser la politique de santé au niveau régional grâce aux Agences régionales de santé, mieux coordonner les actions des établissements de santé, développer une politique de prévention et de santé publique… tels sont les enjeux majeurs de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » publiée au *Journal officiel* le 22 juillet 2009. Quelles répercussions cette loi aura-t-elle sur votre exercice professionnel? L'analyse de la section Exercice professionnel du Conseil national de l'Ordre et de son président, le Dr André Deseur.

Cahier jurispratique | 13

DÉCRYPTAGE Confidentiallité et secret médical : les obligations des complémentaires | 13
EXERCICE Les médecins coordonnateurs d'injonction de soins | 14 | L'intervention du médecin en garde à vue | 15
INSÉCURITÉ Observatoire pour la sécurité des médecins : recensement national des incidents | 16
DOSSIER MÉDICAL Comment conserver et archiver ses dossiers médicaux? | 18

Vos réactions nous intéressent

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

« Décrets HPST : place à la concertation ! »

« Évitons les mesures inutiles et vexatoires »

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

La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires est désormais parue au *Journal officiel.* L'heure est maintenant à la rédaction des décrets d'application.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins participe tout naturellement à la concertation mise en place par le ministère de la Santé pour améliorer la rédaction de ces textes. Nous entendons y défendre la voix des médecins, dans l'intérêt des patients. C'est pourquoi nous avons rendu un avis défavorable sur le projet de décret relatif à la continuité des soins en médecine ambulatoire. Comment peut-on accepter des dispositions qui auront pour effet d'interdire à un médecin de prendre quelques jours de congés s'il ne les a pas programmés au moins deux mois à l'avance ? Nous demandons à la ministre de la Santé de faire confiance aux médecins pour assurer la continuité des soins tout en évitant les mesures inutiles et vexatoires. Mais ce texte contient aussi des points positifs : il réaffirme notamment que la régulation de la permanence des soins doit rester médicale, ce que nous avons toujours soutenu.

Autre projet de décret : celui sur le contrat santé-solidarité dont l'objectif est de lutter contre les déserts médicaux. Ses dispositions pourraient, après d'importants remaniements, permettre des avancées. Nous resterons vigilants pour éviter que ces mesures ne conduisent à une centralisation régionale excessive et n'imposent aux médecins des contraintes intolérables et absurdes. Contraintes qui ne pourraient que les détourner encore un peu plus de l'exercice libéral des disciplines cliniques… Concernant le décret sur les refus de soins illégitimes et les dépassements d'honoraires, nous avons obtenu que les organismes d'assurance maladie aient – enfin ! – l'obligation de porter les informations dont ils disposent à la connaissance du conseil départemental de l'Ordre. Enfin, nous continuons de réclamer que le rôle de l'Ordre vis-à-vis des ARS soit mieux cadré, mieux défini. Les patients, les médecins et la déontologie médicale ont tout à y gagner.

médecins

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : Dr Walter Vorhauer - ORDRE DES MÉDECINS, 180, bd Haussmann, 75389 Paris Cedex 08. Tél. : 01 53 89 32 00. E-mail : conseil-national@cn.medecin.fr – RÉDACTEUR EN CHEF : Dr André Deseur – COORDINATION : Evelyne Acchiardi – CONCEPTION ET RÉALISATION : CITIZENPRESS 48, rue Vivienne, 75002 Paris – RESPONSABLE D'ÉDITION : Claire Peltier – DIRECTION ARTISTIQUE : Marie-Laure Noel – SECRÉTARIAT DE RÉDACTION : Alexandra Roy – IMPRIMERIE : IGPM - Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs – DÉPÔT LÉGAL : Novembre 2009 – n° 16758 – ISSN : numéro en cours.

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

Informatisation

Le caducée sur la e-route des messageries

Afin de faciliter le quotidien des médecins dans l'informatisation du système de santé tout en garantissant les droits des patients, l'Ordre propose aux praticiens d'utiliser une boîte de messagerie professionnelle sécurisée. En extension @medecin.fr, cette boîte devrait être généralisée au premier semestre 2010. Objectif : dématérialiser les échanges de données personnelles de santé, en garantissant leur sécurité et leur confidentialité, conformément aux principes déontologiques et à la réglementation en vigueur.

1 Pourquoi une telle initiative ?

Il s'agit de répondre concrètement aux attentes des médecins en facilitant l'utilisation de ce mode de communication, dans un cadre éthique et déontologique.

De nombreux médecins, hospitaliers comme libéraux, utilisent actuellement une messagerie internet pour leurs échanges professionnels, mais les systèmes utilisés assurent des niveaux de sécurité très inégaux. Ainsi, 88 % des médecins hospitaliers déclarent avoir un accès sécurisé à une messagerie, mais seulement 2 % d'entre eux utilisent un système de sécurisation certifié avec leur carte de professionnel de santé (CPS), comme le révèle un sondage TNS Sofres réalisé pour le Conseil national de l'Ordre[1]. Par ailleurs, 63 % des praticiens hospitaliers estiment que le déploiement d'une messagerie sécurisée dédiée leur serait utile dans leur exercice quotidien. Une proportion comparable aux 62 % de médecins (libéraux et hospitaliers) qui saluaient cette perspective dans un précédent sondage réalisé en avril dernier[2].

2 Comment cette nouvelle messagerie s'articule-t-elle avec les autres outils développés ?

L'initiative ordinale s'inscrit dans le cadre d'interopérabilité des e-outils, des messageries en l'occurrence, conformément aux objectifs fixés par la gouvernance nationale des systèmes d'information en santé et dans les perspectives tracées par la Commission européenne. Elle vient soutenir l'ensemble des chantiers de l'Asip et s'associe, de manière très concrète, aux étapes de relance du DMP, comme le Cnom en avait déjà énoncé le principe en 2008[3].

3 Quels seront les atouts d'une boîte @medecin.fr ?

• Une stricte conformité à l'état du droit et du respect des droits des malades fixés par la loi du 4 mars 2002. >> Lire la suite p. 6

POINT DE VUE de l'Ordre

“ Pour la profession et les usagers, l'Ordre se pose en tiers de confiance ”

Dr Jacques Lucas, vice-président du Cnom, chargé des Systèmes d'information en santé

interview

Quel sera le rôle des ordres des professions de santé dans la gouvernance de l'Agence des systèmes d'informations partagées en santé (Asip santé) ?

Les ordres professionnels – dont le Cnom – ont tous vocation à figurer dans l'organigramme de gouvernance de l'Asip, qui rassemble les missions du GIP DMP, du GIP CPS et une partie de celles qui étaient dévolues au GMSIH (Groupement de modernisation des systèmes d'information hospitaliers).
Les ordres, en tant qu'autorités de régulation indépendantes, n'ont pas vocation à siéger au conseil d'administration de l'Asip, mais seront constitués au sein d'un Conseil d'éthique et de déontologie. Ce conseil d'éthique et de déontologie, placé près le conseil d'administration, sera présidé par le représentant de l'Ordre des médecins et son vice-président sera le représentant d'associations de patients.
Il comportera des personnalités qualifiées provenant d'autres instances compétentes dans ce domaine dont, évidemment, la Cnil. Ce conseil, outre l'émission de recommandations au conseil d'administration, aura le pouvoir d'autosaisine et pourra rendre publics ses examens, travaux, avis et rapports. Par ailleurs, un représentant des ordres des professions de santé présidera un comité conjoint (Ordres-Asip) de gestion du RPPS.
Enfin, les ordres seront associés aux instances thématiques de l'Asip mises en place sur tous les chantiers de l'informatisation et auxquels participeront également les autres représentations professionnelles.

Et dans les régions, par rapport aux ARS ?

Les conseils nationaux des sept ordres des professions de santé ont constitué entre eux un comité de liaison inter-ordres des professions de santé (Clio santé) sur des sujets qui leur sont communs : la sécurité informatique, la préservation de la confidentialité des données de santé, les coopérations entre professionnels sous toutes leurs formes d'organisation, etc. Naturellement, chaque ordre conserve sa parfaite indépendance dans l'exercice de ses missions propres, mais il y a de très nombreux sujets sur lesquels nous pouvons avoir une expression commune.
Nous nous employons à ce qu'une configuration du même type se mette en place dans les régions, comme espace de concertation dans les relations avec les ARS.

Sur quels sujets en particulier porterez-vous votre action en matière d'informatisation du système de santé ?

D'abord sur les outils. Les ordres ont deux sujets prioritaires : l'évolution des cartes de professionnel de santé (CPS) dans leurs usages et l'annuaire électronique national de référence. Concernant les cartes professionnelles, nous constatons que la CPS, dans sa structure informatique actuelle, est très peu utilisée dans les établissements publics de santé. La loi impose pourtant de garantir l'identification, l'authentification et la traçabilité des consultations lorsque sont concernées des données personnelles de santé, quel qu'en soit le support. Par ailleurs, les perspectives de convergence des cartes ordinales et des CPS semblent s'éloigner, notamment en raison des difficultés à faire sortir le DAM de la CPS. À partir de ce triple constat, le Cnom n'exclut pas de déployer pour tous les médecins des cartes ordinales porteuses de certificats embarqués. Les conseillers nationaux en ont approuvé le principe à l'unanimité de la dernière session. Cette carte pourra comporter une face européenne. Évidemment, nous n'avons pas de doctrine « exclusivement la carte », car ces certificats devront également pouvoir être embarqués sur d'autres supports, notamment pour un exercice en mobilité, dans les établissements mais aussi dans le cas des médecins urgentistes.
L'autre sujet de travail, c'est l'annuaire national de référence, construit à partir des Tableaux qui alimentent le RPPS. L'architecture de cet annuaire, en tant que serveur d'adresses électroniques certifiées, doit porter toutes les garanties en termes de sécurité mais aussi d'interopérabilité, ainsi que toutes les fonctionnalités pour une consultation rapide et fluide. Nous souhaitons que l'Asip accélère ses travaux sur ces deux sujets, et nous nous y impliquerons activement à ses côtés.

Pourquoi l'Ordre s'engage-t-il dans ce domaine ?

Un « nouveau monde » est ouvert devant nous. Il faut y garantir la déontologie médicale et les droits des patients. L'Ordre se pose pour la profession et les usagers en tiers de confiance. On ne peut pas demander à chaque médecin de devenir un expert dans les sécurités déontologiques, légales et juridiques appliquées aux outils informatiques qu'il va devoir utiliser de plus en plus : l'Ordre doit y pourvoir.

>> Le caducée sur l'e-route des messageries

• Une confidentialité sans faille grâce à un système de sécurisation de l'envoi et de la lecture, et une traçabilité de tous les accès.
• Une transmission fiable, non altérable et rapide des courriels.
• Une ouverture vers les éditeurs et industriels. La boîte de messagerie a vocation à être intégrée dans les logiciels métiers et les serveurs d'établissements. Elle sera également consultable, sur le mode sécurisé, en situation de mobilité et pour les médecins non équipés encore de logiciels métier.
• Une ouverture vers les autres professionnels. L'initiative du Cnom a reçu des échos très favorables des autres ordres, qui pourraient s'engager dans la même voie, pour les coopérations dans les soins aux patients.

4 Quand cette boîte de messagerie sera-t-elle disponible ?

D'ici à la fin de l'année 2009, des zones pilotes vont tester le système afin d'en améliorer l'ergonomie et l'appropriation. La généralisation est prévue vers le mois de mai 2010 : alors, tout médecin souhaitant ouvrir une boîte de messagerie sécurisée @medecin.fr aura connaissance des modalités d'ouverture. Celles-ci seront très simples en deux ou trois clics. Le magazine et le site de l'Ordre s'en feront l'écho en temps utile.

1. Sondage TNS Sofres réalisé pour le Cnom auprès d'un échantillon de 200 médecins hospitaliers, entre les 21 et 29 septembre 2009.
2. Sondage TNS Sofres pour le Cnom sur l'informatisation de la santé – avril 2009
3. Livre blanc sur l'informatisation du système de santé – mai 2008

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

Honoraires

Les notes d'information aux patients doivent être conservées cinq ans

L'obligation légale d'information écrite et préalable des patients sur les honoraires est entrée en vigueur le 1er février 2009.
Les médecins doivent conserver pendant cinq ans la copie des notes d'information délivrées à leurs patients.

L'application de l'obligation d'information écrite et préalable pose des difficultés pratiques aux médecins comme le Conseil national de l'Ordre l'a rappelé aux pouvoirs publics début 2009. La question se pose ainsi de savoir combien de temps un médecin doit conserver la copie des notes d'information délivrées aux patients. Ce délai dépend de la durée pendant laquelle une Cpam peut intenter une action en justice contre le médecin. Interrogée par le Conseil national de l'Ordre, la Cnamts a répondu que la procédure des pénalités financières prévues à l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale, en cas de non-respect par un professionnel de l'information écrite du patient, ne prévoyait pas expressément de délai de prescription pour l'exercice d'une action par la caisse. En conséquence, c'est le délai de prescription de droit commun du code civil qui doit s'appliquer. Ce délai, défini à l'article 2224 du code civil, est de cinq ans. Le point de départ du délai de prescription de cinq ans commence à courir à partir du jour où le professionnel de santé a l'obligation de remettre à son patient l'information prévue à l'article L. 1111-3 du code de la santé publique.

À noter

L'OBLIGATION D'INFORMATION ÉCRITE ET PRÉALABLE CONCERNE :

• **Les actes** pour lesquels les honoraires totaux facturés lors de la consultation sont supérieurs ou égaux à 70 euros et sont différents des tarifs servant de base à la prise en charge des actes par l'assurance maladie obligatoire (les deux conditions sont cumulatives).

• **La situation** dans laquelle l'acte prescrit est réalisé lors d'une consultation ultérieure, y compris si les honoraires prévus sont inférieurs à ce seuil, dès lors qu'ils diffèrent des tarifs servant de base à la prise en charge des actes par l'assurance maladie obligatoire. Dans ce cas, l'information est remise lors de la consultation précédant la réalisation de l'acte.

en bref

RECTIFICATIF

Ce n'est pas la bonne photo qui accompagnait le témoignage du Dr Felten (Luxembourg) dans les pages « Réflexion » de notre magazine *Médecins* daté septembre-octobre. Nous publions ci-contre la photo du Dr Felten. Toutes nos excuses à l'intéressé.

EN CHIFFRES

62 %

des lecteurs de la newsletter du Conseil national de l'Ordre se disent prêts à se faire vacciner contre la grippe A ; 37 % s'y opposent.

POUR VOUS ABONNER À LA NEWSLETTER DU CNOM :

www.conseil-national.medecin.fr

©Voisin/Phanie

En 2008, 60 000 malnutris sévères et modérés ont été traités par la seule section française de MSF - 220 000 toutes sections confondues.

©Kris Torgeson

Médecins sans frontières forme ses volontaires

Association loi 1901, née en 1971 de la volonté d'une poignée de médecins français de s'associer pour apporter une réponse à des situations sanitaires d'urgence, Médecins sans frontières visait à l'origine les situations de conflits, les catastrophes naturelles, les grandes épidémies, les déplacements de populations. Prise en charge de l'infection par le VIH, de la tuberculose, de la malnutrition, des cas chirurgicaux, notamment traumatologiques… depuis, les programmes de MSF ont pris des directions en contradiction apparente avec le premier objectif de l'association qui était l'urgence. Pour donner aux médecins les moyens d'aborder ces programmes, MSF a mis sur pied tout un volet de formation : stages pratiques, sessions théoriques et pratiques, conférences, guidelines, CD-Rom, e-learning, télémédecine… La qualité de ces formations et leur multiplicité ont valu à MSF France d'obtenir en 2009 l'agrément des Conseils nationaux de la formation médicale continue (libéraux, salariés et hospitaliers) au titre d'organisme formateur. Les médecins participant à ces missions sont considérés en situation formatrice, ce qui est générateur de crédits de formation continue. Il leur est ainsi fourni l'occasion de ne pas perdre pied avec leur cursus professionnel national, et de valoriser leur expérience humanitaire.

+ D'INFOS :

www.msf.fr

Acupuncture scientifique

La faculté de médecine Paris-Sud XI ouvre un diplôme universitaire d'acupuncture scientifique ouvert à toutes les professions médicales. L'enseignement est basé sur ses aspects scientifiques et cliniques intégrés à la pratique médicale quotidienne.

+ D'INFOS :

Contact : université Paris-Sud XI, UFR de médecine : 01 45 21 34 47 / 34 41 Courriel: dar.anesthesie@bct.aphp.fr

Textes : **Laurence Mauduit** Photos : **Patricia Lecomte**

Hesdin (62)

94 professionnels sauvent leur clinique

Dans le Pas-de-Calais, la Clinique chirurgicale des 7 vallées était au bord du gouffre. Pour continuer à offrir des soins de proximité aux 60000 habitants du territoire d'Hesdin, 94 professionnels de santé sont devenus actionnaires de l'établissement qui retrouve désormais la voie de l'équilibre.

Situé au centre d'un triangle reliant Montreuil, Saint-Omer et Arras, entre la bande côtière à l'Ouest et le pays minier à l'Est, le territoire d'Hesdin figure en tête des secteurs médicalement sous-dotés. La population – essentiellement rurale – y est vieillissante. Près de 80 % des médecins en exercice ont plus de 48 ans. Le premier Smur est situé à 30 km d'Hesdin. Bref, ce territoire a donc toutes les peines du monde à recruter de jeunes confrères. Alors quand la Fondation Hopale, propriétaire de la Clinique des 7 vallées, annonce il y a un an l'arrêt brutal de l'activité chirurgicale ambulatoire, c'est la consternation. Une mobilisation sans précédent s'organise aussitôt autour de deux médecins généralistes, les Drs Boubert et Biencourt. Ceux-ci prennent les choses en main. « *Des erreurs de gestion importantes, une organisation défaillante, le manque de notoriété de la clinique, l'absence de nouveaux chirurgiens… Tous ces éléments ont eu raison de l'établissement, qui a enregistré un déficit de plus de 5 millions d'euros en huit ans* », déplore le Dr Marc Biencourt, aujourd'hui directeur général de la clinique et président du conseil départemental de l'Ordre des médecins depuis 1993. Déjà très investi dans le service de soins de suite de l'hôpital local voisin, Marc Biencourt a vite compris la situation. L'hôpital local cherchait une nouvelle surface pour réinstaller son service de médecine et ses soins de suite. Il s'est porté acquéreur des murs, la clinique louant pour l'instant le rez-de-chaussée et la moitié du sous-sol. Parallèlement, une association réunissant 94 professionnels de santé s'est constituée pour reprendre l'activité (voir témoignage ci-contre).

L'opération a pris près de trois ans, car l'ARH a conditionné la reprise de l'activité de spécialistes et le maintien du plateau de chirurgie à la création d'un service d'ophtalmologie. « *C'était une demande presque impossible à réaliser* », précise Marc Biencourt. Le Pas-de-Calais compte en effet 60 ophtalmologistes pour 1,5 million d'habitants. « *Pour une double opération de la cataracte, un patient résidant à Hesdin devait effectuer dix allers-retours de 40 km. Mais nous avons pu relever ce défi, et notre association a finalement eu l'accord de l'administration pour racheter l'activité de chirurgie ambulatoire* », précise Marc Biencourt.

Cette aventure reste avant tout l'histoire d'une mobilisation extraordinaire. Sa réussite doit beaucoup à la ténacité de professionnels de santé qui n'ont pas hésité à se regrouper pour se réapproprier leur outil de travail. Désormais, la Clinique des 7 vallées couvre aussi la proctologie et la gastro-entérologie, l'ORL, la stomatologie, l'urologie, la gynécologie et la chirurgie générale, mais aussi la chirurgie du membre supérieur et du membre inférieur. Pas moins d'une quarantaine de spécialistes y exercent en temps médical partagé. Ces derniers mois, le nombre d'interventions est passé de 100 à 300 par mois et l'objectif de 100 interventions par semaine est désormais à portée de main. Des travaux de construction devraient également être bientôt engagés pour développer de nouvelles consultations et maintenir une activité médicale dynamique.

Tous mobilisés

pour donner le meilleur de soi-même dans le soin.

Ophtalmologie : pari tenu

En regroupant les spécialistes pour sauver son plateau technique, la Clinique des 7 vallées devient un acteu clé dans une spécialité sinistrée.

Des spécialistes coordonnés

Pour corriger une simple fatigue oculaire, réduire un strabisme ou améliorer la vue après un traumatisme, la rééducation des troubles de la fonction sensorielle et motrice des yeux est réalisée sur place par l'orthoptiste sur prescriptions médicales des ophtalmologistes.

Performance

La nouvelle équipe a investi dans un plateau technique performant.

Déjà le retour au domicile

La chirurgie ambulatoire offre la sécurité et le confort de se reposer chez soi.

témoignage

Marc Biencourt,

médecin généraliste, responsable du service de soins de suite à l'hôpital local d'Hesdin, directeur général de la Clinique des 7 vallées.

« Notre approche n'est pas capitalistique. Les 94 professionnels de santé qui ont accepté d'investir 1 000 ou 2 000 euros chacun dans la société ont simplement voulu participer à notre projet. Nous sommes fiers aujourd'hui d'avoir relevé ce défi, et d'apporter la preuve aux pouvoirs publics que l'offre de soins dépend aussi et avant tout du niveau d'investissement tant financier qu'humain. Nous avons voulu démontrer que nous pouvions aussi être propriétaires de notre outil de travail. Les médecins peuvent aussi se révéler d'excellents gestionnaires. En équilibrant nos comptes, nous nous sommes donné les moyens d'investir, de disposer des meilleurs équipements possibles et de les choisir sans contrainte. En prenant la direction de la clinique, nous avons permis l'installation d'un climat plus humain. En payant bien le personnel, tout se passe beaucoup mieux et la qualité du service rendu à la population augmente. Nous avons aussi sauvé 30 emplois, et en avons créé 6 depuis le début de l'année. Les 94 professionnels libéraux, infirmiers, kinés, pharmaciens, opticiens, orthoptistes, orthophonistes, sont tous actionnaires. Pour sceller leur engagement, le député et le conseiller général sont symboliquement entrés dans le capital. Un véritable partenariat a été initié avec la mutuelle Apreva qui a participé à l'équipement du plateau d'ophtalmo. En contrepartie, les spécialistes s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires. Aujourd'hui, nous constatons déjà une augmentation de 20 % de notre chiffre d'affaires et nous pensons atteindre l'équilibre à l'aube de l'année 2010. »

Siège de la Commission, à Bruxelles.

La voix des médecins français en Europe

Il y a un an, le Conseil national de l'Ordre des médecins ouvrait un bureau permanent à Bruxelles pour mieux représenter les médecins français et défendre leurs intérêts au niveau de l'Union européenne.

Comment faire valoir les intérêts du corps médical français dans les textes préparés par les institutions européennes en matière de santé ? Comment faire en sorte que les notions de compétence, de qualité et de sécurité des soins, d'égal accès aux soins, que porte l'Ordre, soient prises en compte dans les textes votés par le Parlement européen ? Pour répondre à ces objectifs, le Cnom a ouvert un bureau à Bruxelles. Juriste de formation, Marie Colegrave-Juge y représente l'Ordre de façon permanente. *« Notre présence à Bruxelles est un outil précieux pour peser sur la préparation des textes européens,* précise le Dr Francis Montané, délégué général aux Affaires européennes et internationales au Cnom. *C'est bien en amont, avant le vote d'une directive à Strasbourg, que nous pouvons faire valoir notre point de vue avec efficacité. »*

> **« Il est important que les élus ordinaux rencontrent régulièrement à Bruxelles les parlementaires et les membres de la Commission. »**

« Concrètement, nous menons une veille juridique permanente sur la législation européenne. Nous suivons les conférences de haut niveau et les réunions des commissions au Parlement européen, souligne Marie Colegrave-Juge. *Parallèlement, nous entretenons des contacts avec les membres de la Commission, les élus européens, les organisations européennes ou avec nos partenaires des autres ordres français et européens. » « Pour la directive dite Patients, j'ai pu rencontrer personnellement le Dr Brunet, chef de cabinet de la DG santé de la Commission européenne, ainsi que Mmes Ferreira, Grossetête et Vergnaud, les trois eurodéputés clés de cette directive »*, renchérit le Dr Francis Montané. Ce travail de veille et de lobbying est complété par un travail de fond au niveau de la délégation européenne et des sections du Conseil national, à Paris. Au-delà, ce bureau permanent est un bon moyen pour donner un écho européen aux travaux menés par le Cnom. *« Nous avons diffusé l'Atlas de la démographie médicale ainsi que les livres blancs sur l'e-santé (informatisation de la santé, développement de la télémédecine) aux députés européens, dans le cadre de notre réponse au Livre vert relatif au personnel de santé en Europe »*, témoigne le Dr Montané.

PROCHAINE ÉTAPE : RÉVISER LA DIRECTIVE 2005/36

La directive 2005/36 sur la reconnaissance des qualifications professionnelles est en vigueur dans l'Union européenne depuis octobre 2005. Elle doit être révisée en 2012. Mais c'est dès maintenant que le Conseil national de l'Ordre se mobilise. Marie Colegrave-Juge s'intéresse d'ores et déjà de très près aux travaux préparatoires de la commission parlementaire et des contacts seront bientôt pris entre le Dr Montané, le Pr Nicodème, président de la section Formation médicale et qualification du Cnom et les députés. Objectif : harmoniser, au-delà du temps de formation, les contenus de formation, voire la rédaction des diplômes des médecins ; améliorer le contrôle par les États membres de la compétence des médecins européens qui s'y installent…

Propos recueillis par **Arlette Chabrol**

Avec la participation de…

Nicolas Brun, chargé de mission santé à l'Unaf (Union nationale des associations familiales).
Dr Xavier Deau, vice-président du Conseil national de l'Ordre des médecins.
Dr Jean-Luc Roffé, spécialiste qualifié en chirurgie plastique reconstructrice et esthétique ~~au General Medical Council.~~

Tourisme médical : la médecine low cost?

Hier encore limité à une frange très restreinte de malades exigeants et fortunés, le tourisme médical tente aujourd'hui des patients plutôt modestes à la recherche de soins moins coûteux. Un changement peut-être inéluctable mais qui pose quelques problèmes…

Les hôpitaux nord-américains et français restent les grands pôles d'attraction des personnes fortunées de la planète qui, soucieuses de bénéficier des meilleurs soins, peuvent s'offrir le luxe de se faire soigner loin de chez elles. Mais cette forme de tourisme médical est en passe d'être supplantée par une autre, de nature presque opposée, qui pousse les patients peu argentés à rechercher à l'étranger des soins bien meilleur marché que dans leur propre pays.
Le phénomène est mondial. Les Américains vont se faire soigner en Thaïlande ou au Brésil, les Australiens à Singapour, en Afrique du Sud ou en Inde. Les Européens de l'Ouest voyagent beaucoup, à l'intérieur de l'Union mais aussi vers le Maghreb.

Chirurgie esthétique et dentaire

Certes, en France, le remboursement des frais médicaux restant d'un bon niveau, ce nomadisme demeure relativement rare. Il y a cependant quelques exceptions sur les soins mal remboursés – prothèses dentaires et chirurgie de confort des yeux – voire pas remboursés, comme la chirurgie esthétique.
Nos concitoyens hésitent de moins en moins à prendre l'avion pour l'Espagne, la Hongrie ou la Bulgarie lorsqu'il leur faut envisager de gros travaux dentaires. Ils hésitent d'autant moins à sauter le pas que les praticiens de ces pays offrent une bonne qualité de services… et qu'en tant que ressortissants de l'Union européenne ils vont pouvoir se faire rembourser ensuite une partie des dépenses de santé engagées dans le pays tiers. Soit par l'Assurance maladie, soit par leur organisme d'assurance complémentaire qui n'y perdra rien puisque la dépense sera bien moindre qu'en France!

À prix cassés

Depuis quelques années, la Tunisie et le Maroc se sont en effet positionnés sur le terrain des liposuccions, implants mammaires et autres liftings proposés à « prix cassés ». Hier réservées aux plus riches, ces interventions deviennent accessibles à un public plus large. C'est évidemment tentant pour les patients… mais à condition que tout se passe bien. Et ce n'est pas toujours le cas.

L'ORDRE DÉNONCE LE RACOLAGE

Dans un récent communiqué, le Cnom a mis en garde les médecins sur les risques de sanctions qu'ils encourent en acceptant de prêter la main à des pratiques contraires à la déontologie. Une initiative prise alors que des cliniques en Espagne, en Grèce ou en Ukraine proposent leur collaboration à des établissements de santé français pour interruption de grossesse (au-delà du délai de douze semaines), dons d'ovocytes, fécondation in vitro et gestation pour autrui. Une publicité qui s'accompagne d'une promesse de rétrocommission pour chaque patiente adressée!
« *Ces propositions,* prévient l'Ordre, *constituent un racolage et une dichotomie, interdite par le code de déontologie (article R. 4127-24 du code de la santé publique).* »

Nicolas Brun

Chargé de mission santé à l'Unaf (Union nationale des associations familiales), il est également le président d'honneur du CISS (Collectif interassociatif sur la santé) qui réunit aujourd'hui plus de trente associations dans le champ de la santé. Il en a été l'un des fondateurs en 1996.

Dr Xavier Deau

Vice-président du Conseil national de l'Ordre des médecins, il a longtemps été en charge des questions relatives à l'harmonisation des formations au sein de l'Union européenne. Il a participé à la mise en place des principes de libre prestation des médecins et de libre circulation des patients dans l'Union.

Les patients prennent-ils des risques inconsidérés en pratiquant le tourisme médical ?

Nicolas Brun :
Le terme de tourisme médical me dérange un peu car il a une connotation péjorative. Peut-on vraiment s'offusquer du fait que des patients décident d'aller se faire soigner à l'étranger s'ils ont l'assurance d'y trouver des praticiens compétents et des prestations de bonne qualité, le tout pour trois ou quatre fois moins cher qu'en France ? Ils ne font pas ce choix par plaisir ; les Français apprécient la qualité de leurs professionnels de santé et leur sont attachés. S'ils vont en Bulgarie, en Hongrie ou en Tunisie pour y subir certaines interventions, avec l'inconfort de se retrouver loin de leurs proches dans un moment difficile, c'est, on le sait bien, pour raison économique. Face à des soins dentaires ou d'optique coûteux et très mal remboursés, leur seule alternative c'est de renoncer à se faire soigner… ou bien d'opter pour un voyage à l'étranger. Si demain ces soins étaient mieux remboursés, il n'y aurait évidemment plus de tourisme médical sur ces créneaux-là.

Dr Jean-Luc Roffé :
Soyons clairs : ce ne sont pas les interventions chirurgicales réalisées à l'étranger qui posent problème. Les chirurgiens qui opèrent en Tunisie ou au Maroc – les pays phares pour les actes relevant de ma spécialité – sont généralement des professionnels compétents. Ils ont d'ailleurs, pour la plupart, été formés en France. Quant aux cliniques, elles sont de bonne qualité.
Non, le problème se situe ailleurs, c'est-à-dire avant et après l'intervention.
L'avant est une étape essentielle. Elle se résume ici, par la force des choses, à des échanges via Internet. Or une photo ne remplacera jamais un examen minutieux et ne permettra pas, par exemple, de déceler un nodule sur des seins censés recevoir des prothèses mammaires…
L'après n'est pas moins important puisqu'il s'agit de la surveillance postopératoire. Dans la plupart des cas, tout se passe bien. Mais lorsqu'il y a une complication, elle survient en général dans les trois semaines… quand la patiente est déjà rentrée chez elle. Par exemple : une femme dont les prothèses mammaires, qu'elle venait de se faire poser à l'étranger, se sont infectées. Résultat : huit jours d'hospitalisation qui lui ont coûté très cher car l'Assurance maladie ne prend pas en charge les complications de la chirurgie esthétique (sauf lorsqu'elles nécessitent une hospitalisation en soins intensifs) !
Il peut y avoir plus grave. Prenons le cas de la plastie abdominale, le risque majeur des suites opératoires, c'est l'embolie pulmonaire. Pourtant, des patientes venant de subir une telle intervention reprennent l'avion au bout de cinq jours… avec tous les risques que cela comporte !

Quelles sont les différentes formes de « tourisme médical » ?

Dr Xavier Deau :
Le tourisme médical, c'est d'abord la libre

CAHIER JURISPRATIQUE

n°8 sommaire :

DÉCRYPTAGE Confidentialité et secret médical : les obligations des complémentaires | 13
EXERCICE Les médecins coordonnateurs d'injonction de soins | 14
| L'intervention du médecin en garde à vue | 15
INSÉCURITÉ Observatoire pour la sécurité des médecins : recensement national des incidents | 16
DOSSIER MÉDICAL Comment conserver et archiver ses dossiers médicaux ? | 18

Confidentialité et secret médical : les obligations des complémentaires

..... Les organismes d'assurance complémentaire et les mutuelles n'ont pas à connaître le code CCAM des actes médicaux qu'ils doivent en partie rembourser à leurs assurés. Seuls le tarif de l'acte, au regard de la CCAM, et les honoraires du médecin doivent leur être communiqués.

Les documents fournis aux organismes d'assurance complémentaire pour le remboursement de la part non prise en charge par le régime général ne comportent pas le code CCAM. Le Conseil national de l'Ordre des médecins s'est rapproché de la Cnamts pour s'assurer de ce point. Celle-ci lui a fait connaître une décision du 16 janvier 2006 aux termes de laquelle il apparaît que « les données codées ne peuvent figurer ni sur les décomptes envoyés aux assurés, ni parmi les informations transmises par les organismes d'assurance maladie aux organismes d'assurance complémentaire. » Cette décision est de nature à garantir le respect de la confidentialité vis-à-vis des organismes d'assurance complémentaire et des mutuelles. Ces organismes ne peuvent donc demander à leurs patients de leur communiquer un devis détaillé comportant le codage des actes. Les seules informations dont l'assureur a besoin tiennent au tarif de l'acte en vigueur au regard de la CCAM et aux honoraires que le médecin entend demander.

Les médecins coordonnateurs d'injonction de soins

Créé par la loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression sexuelle ainsi qu'à la protection des mineurs, le dispositif de l'injonction de soins, étendu par la loi n° 2005-1549 du 20 décembre 2005 aux personnes dangereuses condamnées pour crime ou délit, repose essentiellement sur les médecins coordonnateurs.

1/ Le rôle des médecins coordonnateurs

Les médecins coordonnateurs sont chargés de l'interface entre les autorités judiciaires et les médecins traitants (au sens du médecin choisi par le patient pour la prise en charge dans le cadre de l'injonction de soins). À ce titre, ils ont pour fonction d'orienter la personne condamnée vers une prise en charge thérapeutique adéquate, de veiller au bon déroulement de cette prise en charge et de transmettre au juge les éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de soins. Ils ont également pour mission de conseiller, à leur demande, les médecins ou psychologues traitants qui assurent le suivi thérapeutique de la personne soumise à l'injonction de soins. L'efficacité du dispositif dépend donc grandement de la qualité de leur exercice.

2/ Les conditions d'inscription

Conformément à l'article R.3711-3 du code de la santé publique, « peuvent être inscrits sur la liste des médecins coordonnateurs, sur leur demande, les psychiatres :
– inscrits à un Tableau de l'ordre des médecins ;
– exerçant en qualité de spécialiste depuis au moins trois ans ou ayant exercé en qualité de spécialiste pendant au moins cinq ans ;
– n'ayant pas de condamnation justifiant une inscription au bulletin n° 2 du casier judiciaire pour des agissements contraires à l'honneur, à la probité ou aux bonnes mœurs ;
– n'ayant fait l'objet ni de sanctions mentionnées à l'article L.4124-6 et à l'article L.145-2 du code de la sécurité sociale, pour des agissements contraires à l'honneur, à la probité ou aux bonnes mœurs, ni de suspension au titre de l'article L.4124-11.
Peuvent également être inscrits sur cette liste, et sous les mêmes réserves, les médecins autres que psychiatres, ayant suivi une formation, délivrée par une université ou par un organisme agréé de formation médicale continue, répondant aux conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. »

3/ L'arrêté du 24 mars 2009 pour les médecins autres que psychiatres

C'est l'objet de l'arrêté du 24 mars 2009, publié au *Journal officiel* du 25 avril. Selon cet arrêté, les médecins non psychiatres coordonnateurs doivent avoir reçu au minimum 100 heures de formation théorique dispensée par une université ou un organisme agréé de formation médicale continue pour être inscrits sur la liste des médecins coordonnateurs. Cette formation comprend les modules suivants :
– connaissance du cadre juridique de l'injonction de soins ;
– organisation de l'injonction de soins, examens et/ou expertises effectués au cours de la procédure pénale et en détention ;
– connaissances médicales sur la clinique, le passage à l'acte, le diagnostic et la thérapeutique des auteurs de violences, notamment sexuelles ;
– Recherche et étude de cas (20 heures).
Cette formation peut être suivie en continu ou en discontinu, au sein d'un même ou de plusieurs organismes de formation ou universités.
Chaque université ou organisme de formation délivre une attestation de formation précisant le ou les modules suivis et le nombre d'heures effectivement suivies dans chaque module par le candidat : le modèle figure en annexe de l'arrêté.
Cette attestation vaut engagement, de la part de l'université ou de l'organisme de formation, de la conformité de la formation dispensée aux dispositions de l'article 2 de cet arrêté, y compris pour les formations délivrées antérieurement à la publication du présent arrêté. Pour l'application du 4e de l'article R.3711-5, le praticien qui souhaite exercer les fonctions de médecin coordonnateur et qui a suivi la formation mentionnée à l'article 2 de l'arrêté adresse la ou les attestations de formation au procureur de la République.

+ D'INFOS :

Pour lire l'intégralité de l'arrêté du 24 mars 2009
http://textes.droit.org/JORF/2009/04/25/0097/0020/

↘ **Sylvie Breton, conseiller juridique au Cnom**

L'intervention du médecin en garde à vue

« Le guide de bonnes pratiques relatif à l'intervention du médecin en garde à vue » a été adressé, pendant l'été 2009, aux procureurs généraux et procureurs de la République par le ministère de la Justice. Il a été élaboré par un groupe de travail interministériel en partenariat avec le Conseil national de l'Ordre des médecins. Ce guide est téléchargeable sur le site de l'Ordre, rubrique actualités.

1/ Des documents utiles à la pratique

Ce guide a donné lieu à l'élaboration d'un modèle de certificat médical (remis à l'autorité requérante) ainsi que d'un modèle de fiche médicale confidentielle (conservée par le médecin requis) qui devraient grandement faciliter la tâche de nos confrères. Il a également donné lieu à l'élaboration d'un modèle de mémoire de frais type (non encore annexé mais dont nous avons réclamé la communication). Le guide rappelle la nécessité que soit mentionné par l'Officier de police judiciaire le numéro de procédure sur le mémoire de frais, ce qui devrait permettre d'accélérer le paiement des médecins requis.

2/ Le guide confirme

Le guide confirme (p. 21) que l'intervention du médecin en garde à vue ne doit pas reposer sur l'organisation de la permanence des soins comme l'Ordre l'a si souvent rappelé. Le ministère de la Justice a notamment invité les procureurs de la République à mettre en œuvre une organisation distincte s'appuyant sur les services hospitaliers de médecine légale et/ou des réseaux de médecins volontaires pour pratiquer ce type d'activité.

3/ Quelques points particuliers

Le Conseil national souhaite par ailleurs insister sur certains points de ce guide dont la rédaction et la mise en œuvre pourraient soulever des difficultés.

- La réquisition, outre la mission principale d'évaluation de la compatibilité de l'état de santé de la personne retenue avec son maintien en garde à vue, peut prévoir une mission accessoire de constatation d'éventuelles lésions traumatiques visibles récentes. Lorsque cela est le cas, cette deuxième mission doit donner lieu à la rédaction d'un certificat autonome descriptif distinct. (p. 11-12).
- Le guide et le modèle de certificat évoquent également la possibilité pour le médecin requis de se prononcer sur la compatibilité de l'état de santé de la personne retenue avec son maintien en garde à vue sous réserve. Cette situation doit relever de l'exception.
- Le guide définit les conditions de sécurité, de confidentialité et d'hygiène que doivent remplir les locaux où se déroule l'examen de la personne en garde à vue (p. 19 et 20). Le guide conclut ces recommandations en indiquant que si l'examen ne peut avoir lieu dans les conditions définies, le médecin requis doit cependant y procéder, si possible, dans des conditions qu'il juge acceptables.
- Il appartient au médecin requis, et à lui seul, d'apprécier lorsque toutes les conditions préconisées par le guide ne sont pas remplies, s'il lui est déontologiquement possible ou non de procéder à l'examen. De même, en l'absence d'interprète (p. 20), il lui appartient seul d'apprécier s'il lui est possible de procéder à l'indispensable information de la personne gardée à vue préalablement à l'examen et sans laquelle celui-ci ne peut avoir lieu. Dans tous les cas évoqués ci-dessus, le médecin requis devra soit refuser de procéder à l'examen, soit prononcer une incompatibilité au maintien en garde à vue.
- Enfin, le guide définissant les qualités professionnelles exigées (p. 22) du médecin requis fait état d'une formation spécifique. Cette formation ne peut être exigée que des médecins volontaires participant aux réseaux évoqués ci-dessus. Il va de soi qu'aucune formation ne peut être exigée du médecin requis pendant sa garde ou qui n'aurait pas manifesté la volonté de participer au réseau.

Si vous rencontrez des difficultés à l'occasion de la réalisation de ces examens, le Conseil national de l'Ordre vous invite à en faire part à votre conseil départemental.

↘ **Isabelle Jouannet, conseiller juridique au Cnom**

Observatoire pour la sécurité des médecins :

Le Conseil national a mis en place l'Observatoire de la sécurité des médecins afin d'assurer un suivi de l'insécurité à laquelle les médecins sont exposés dans leur exercice professionnel.

Événement survenu le :

L M M J V S D _____ /_____ / 20_____ , à _____ heures.

Cachet et signature (à défaut n° d'identification ordinal) :

Déclaration d'incident à remplir, puis à renvoyer, pour chaque incident que vous souhaitez porter à la connaissance de votre conseil départemental de l'Ordre.

Qui est la victime de l'incident?

- **Vous-même** ☐
- **Un collaborateur** ☐
- **Autre** (à préciser) ☐
  _____
  _____

Qui est l'agresseur?

- **Patient** ☐
- **Personne accompagnant le patient** ☐
- **Autre** (à préciser) ☐
  _____
  _____
- **A-t-il utilisé une arme?** (préciser le type d'arme) ☐
  _____
  _____

Quel est le motif de l'incident?

- **Un reproche relatif à un traitement** ☐
- **Un temps d'attente jugé excessif** ☐
- **Un refus de prescription** (médicament, arrêt de travail…) ☐
- **Le vol** ☐
- **Autre** (à préciser) ☐
  _____
  _____
  _____
- **Pas de motif particulier** ☐

Atteinte aux biens

- **Vol** ☐
- **Objet du vol :** _____ ☐
- **Vol avec effraction** ☐
- **Acte de vandalisme** ☐
- **Autre** (à préciser) ☐
  _____
  _____
  _____
  _____

Atteinte aux personnes

- **Injures ou menaces** ☐
- **Coups et blessures volontaires** ☐
- **Intrusion dans le cabinet** ☐
- **Autre** (à préciser) ☐
  _____
  _____
  _____
  _____

Les informations fournies ne feront l'objet d'aucune autre exploitation que celle permettant une meilleure connaissance des problèmes de sécurité liés à l'exercice de la médecine. Conformément à la loi, vous avez un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant que vous pouvez exercer en vous adressant à votre conseil départemental.

recensement national des incidents

IDENTIFICATION DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL

Vous êtes médecin spécialiste en _____(à compléter)

Vous êtes une femme ☐ un homme ☐

Cet incident a eu lieu…

• Dans le cadre d'un exercice de médecine de ville

Au cabinet	☐
Ailleurs (à préciser) _____ _____ _____	☐

• Dans le cadre d'une activité en établissement de soins

Établissement public ☐ **Établissement privé** ☐	
Dans un service d'urgence	☐
Ailleurs (à préciser) _____ _____ _____	☐

• Dans le cadre d'un service de médecine de prévention ou de contrôle

À préciser : _____ _____ _____	☐

À la suite de cet incident, vous avez :

Déposé une plainte	☐
Déposé une main courante	☐

Cet incident a-t-il occasionné une interruption de travail ?

Oui: (indiquer le nombre de jours) _____	☐
Non	☐

Disposez-vous d'un secrétariat, d'un accueil ou d'un service de réception ?

Oui	☐
Non	☐

L'incident a eu lieu…

En milieu rural	☐
En milieu urbain, en centre-ville	☐
En milieu urbain, en banlieue	☐

Déclaration d'incident
remplie le _____ / _____ / 20 _____

Je désire rencontrer un conseiller départemental ☐

Comment conserver et archiver ses dossiers médicaux ?

La conservation des dossiers médicaux répond à un triple objectif : assurer la continuité des soins aux patients, répondre à une demande de communication du dossier formulée par le patient ou ses ayants droit (depuis la loi du 4 mars 2002), et enfin constituer un moyen de preuve, en cas d'action de recherche en responsabilité civile. Le point sur leur conservation et leur archivage…

1/ Pourquoi conserver ses dossiers médicaux ?

A. Premier objectif : assurer la continuité des soins

Lorsque le médecin cesse son activité, il s'agit le plus souvent d'une décision programmée.
Il a alors le temps et le devoir d'en avertir ses patients (affichage dans la salle d'attente, information orale, éventuellement annonce dans la presse locale).

• Si le médecin a un successeur, sous réserve du libre choix des patients, les dossiers seront transmis à ce successeur.

• S'il n'a pas de successeur, il lui appartient, à la demande des patients, de transmettre leur dossier aux médecins qu'ils lui désignent pour assurer la continuité des soins.
À l'issue de ce processus, qui peut durer quelques mois et après un tri des dossiers les plus anciens, il lui restera un reliquat de dossiers dont il devra assurer l'archivage.
Qu'il ait ou non un successeur, **il est impératif que le médecin informe son conseil départemental de l'Ordre du lieu où sont conservés les dossiers médicaux** afin de pouvoir orienter, le cas échéant, les patients désireux d'accéder à leur dossier.

• En cas d'interruption brutale d'exercice, le Conseil départemental apportera son aide à la famille du médecin dans l'incapacité d'organiser lui-même la transmission des dossiers aux médecins désignés par les patients.
Une annonce dans la presse locale informera la patientèle de la fermeture du cabinet, en invitant les patients à adresser leur demande au conseil départemental.
Cependant, l'archivage du reliquat des dossiers restera de la responsabilité de la famille.

B. Deuxième objectif : répondre à la demande d'accès au dossier du patient ou de ses ayants droit

L'article L.1111-7, introduit dans le code de la santé publique par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients, a autorisé l'accès direct du patient – et sous certaines réserves de ses ayants droit – à son dossier médical. Ce droit d'accès n'est pas limité dans le temps.

C. Constituer un élément de preuve en cas de recherche en responsabilité

Le dossier médical est constitué de l'ensemble des informations qui concernent le patient et l'évolution de son état de santé. Y sont consignées toutes les réponses apportées par le médecin en termes de soins, de surveillance (prescriptions d'examen, de traitement, résultats d'analyse, etc.) et d'information.
L'importance du dossier médical en tant qu'élément de preuve, en cas de recherche en responsabilité, n'est plus à démontrer.

2/ Combien de temps conserver ses dossiers médicaux ?

En l'absence de prescription juridique déterminant la durée de conservation des archives des

↘Ce que dit la déontologie

« (…) Le médecin doit tenir pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle ; cette fiche est confidentielle et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques. Dans tous les cas, ces documents sont conservés sous la responsabilité du médecin. Tout médecin doit, à la demande du patient ou avec son consentement, transmettre aux médecins qui participent à sa prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter les informations et documents utiles à la continuité des soins. Il en va de même lorsque le patient porte son choix sur un autre médecin traitant. »

Article 45, article R. 4127-45 du code de la santé publique

médecins libéraux, il a été d'usage de conseiller un archivage de trente ans, durée essentiellement alignée sur le délai de prescription en matière civile. L'article L.1142-28 du code de la santé publique issu de la loi du 4 mars a ramené ce délai de prescription à dix ans à compter de la consolidation du dommage. On peut dès lors s'interroger sur l'étendue exacte des effets de l'abaissement de la durée de prescription en matière de responsabilité sur la durée de conservation des archives. À cet égard, plusieurs observations doivent être faites :

1. La réduction de la prescription de trente ans à dix ans ne s'applique pour les médecins libéraux qu'aux actes ou préjudices causés à compter de la publication de la loi au *Journal officiel*, le 5 mars 2002. Par conséquent, un praticien libéral peut toujours voir sa responsabilité civile recherchée dans un délai de trente ans… Dès lors, il est encore utile de conserver les dossiers médicaux pendant un délai de trente ans, voire de quarante-huit ans.

2. Si le délai pendant lequel la responsabilité civile des praticiens peut être recherchée a été réduit en théorie, le législateur a fixé comme point de départ de ce nouveau délai de dix ans la consolidation de la victime et non pas la première constatation médicale du dommage.
Le point de départ ainsi fixé est de nature à permettre en pratique des actions en responsabilité, bien au-delà du délai de dix ans, lorsque la consolidation du dommage n'est pas acquise.

3. L'étude des seuls textes relatifs à la conservation des archives médicales, et qui concernent les archives hospitalières, montre que la durée de conservation n'est pas déterminée en fonction de la durée de prescription en matière de responsabilité médicale, mais principalement en fonction des types d'affections rencontrées, de même que du constat statistique du pourcentage de consultations des dossiers au-delà d'un certain nombre d'années, quel qu'en soit le cadre.

4. On relève que l'article R.1112-7 du code de la santé publique (décret n° 2006-6 du 4 janvier 2006) réduit de façon sensible la durée de conservation des dossiers médicaux des établissements de santé publics et privés (voir encadré ci-dessous).
Dans ces conditions, et bien que l'absence de norme juridique leur permette en théorie d'abaisser plus substantiellement encore la durée de conservation de leurs dossiers médicaux, **les médecins libéraux auraient sans doute intérêt à s'aligner sur le délai minimal de vingt ans** appliqué par les établissements de santé de façon à préserver la justification essentiellement médicale de cette durée, à conserver les preuves nécessaires à toute défense utile du médecin comme du patient, enfin, à garantir le droit d'accès des patients aux informations de santé les concernant très largement ouvert par la loi précitée du 4 mars 2002.
Un tel délai ne saurait qu'avoir valeur indicative en l'absence pour les médecins libéraux de prescription juridique autre que l'usage, sachant, au surplus, qu'il n'existe aucune sanction juridictionnelle automatique de la destruction d'un dossier médical avant un certain délai. Il appartient au juge, civil en l'espèce, d'apprécier souverainement la légitimité de l'empêchement invoqué à produire une pièce détruite (peut-être trop tôt au regard de l'usage), dont la communication est demandée par une partie ou par le juge lui-même. Sauf

>> p. 20

L'ARTICLE R.1112-7 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

« Le dossier médical mentionné à l'article R. 1112-2 est conservé pendant une durée de vingt ans à compter de la date du dernier séjour de son titulaire dans l'établissement ou de la dernière consultation externe en son sein. Lorsqu'en application des dispositions qui précèdent, la durée de conservation d'un dossier s'achève avant le vingt-huitième anniversaire de son titulaire, la conservation du dossier est prorogée jusqu'à cette date. Dans tous les cas, si la personne titulaire du dossier décède moins de dix ans après son dernier passage dans l'établissement, le dossier est conservé pendant une durée de dix ans à compter de la date du décès. Ces délais sont suspendus par l'introduction de tout recours gracieux ou contentieux tendant à mettre en cause la responsabilité médicale de l'établissement de santé ou de professionnels de santé à raison de leurs interventions au sein de l'établissement.
À l'issue du délai de conservation mentionné à l'alinéa précédent et après, le cas échéant, restitution à l'établissement de santé des données ayant fait l'objet d'un hébergement en application de l'article L. 1111-8, le dossier médical peut être éliminé. (…) »

à ce qu'une telle destruction manifeste une volonté délibérée de faire disparaître une preuve et de faire obstacle au déroulement de la justice, laquelle serait alors passible de peines pénales infligées par le juge pénal, le juge civil appréciera, en fonction des circonstances, la responsabilité du médecin mis en cause avec les pièces dont il dispose.
Une durée de vingt ans (période allongée le cas échéant pour les mineurs) constitue une durée de conservation des archives minimale en raison de leur adéquation éprouvée avec les réalités médicales et scientifiques et dans la mesure où elle garantit un droit d'accès des patients à leur dossier médical.
Cette durée peut bien évidemment être allongée par les médecins spécialisés dans le traitement ou la prévention de pathologies requérant une plus longue période d'observation, pour éliminer tout risque connu de révélation du dommage.

3/ Comment conserver ses dossiers médicaux ?

Les dossiers doivent être conservés dans des conditions permettant d'assurer leur confidentialité et leur pérennité.

1. Le dossier « papier »

Après transmission et tri, le reliquat des dossiers peut s'avérer important et encombrer le médecin et sa famille, notamment en cas de déménagement.
Il peut être fait appel à une société privée d'archivage.
Un contrat, qu'il est souhaitable de communiquer au conseil départemental, devra alors préciser les conditions et la durée de conservation et les modalités d'accès, si besoin, aux dossiers archivés. Il est utile d'indiquer dans ce contrat que si le médecin n'est plus en mesure de donner les directives nécessaires à la société d'archivage, il sera fait appel à un membre du conseil départemental de l'Ordre.

2. Le dossier informatique

L'archivage des documents informatiques soulève une question différente : celle de la valeur probante du document numérique.
Une récente décision de la Cour de cassation (Civ. 2, pourvoi n° 07-17622) du 4 décembre 2008 apporte des précisions : « Lorsqu'une partie n'a pas conservé l'original d'un document, la preuve de son existence peut être rapportée par la présentation d'une **copie** qui doit en être la reproduction non seulement **fidèle mais durable** (articles 1334 et 1348 du code civil). L'écrit sous forme électronique ne vaut preuve qu'à condition que son auteur **puisse être dûment identifié** et qu'il soit établi et conservé dans des conditions de nature à en garantir l'intégrité et porte la date de création du document. »
Cette notion de fidélité et de durabilité a été traduite par le critère fonctionnel global d'« intégrité ».
L'intégrité d'un document numérique peut être assurée, en pratique, par différents moyens techniques :
- copie fidèle : elle doit visuellement se présenter comme l'original avec les indications du papier à en-tête et la signature de l'expéditeur. Il convient d'opter pour des systèmes de stockage optique, horodaté, non réinscriptibles (Worm) ou disques magnétiques, rendus non réinscriptibles à l'aide d'un logiciel.
- copie horodatée : le document n'a de valeur que si la preuve est apportée qu'il a été créé et stocké sous forme numérique au jour de son établissement.
- copie durable : les documents doivent rester lisibles très longtemps. Il convient d'opter pour les formats électroniques standardisés (basés sur XML, PDF ou TIFF pour les images). Quand les documents archivés ne sont plus conformes, il peut être nécessaire de les convertir. Le support utilisé pour l'archivage doit lui aussi offrir des garanties de pérennité. Les supports non gravés, CD et DVD, n'offrent pas de garantie de pérennité. Le disque optique numérique non réinscriptible est la solution à privilégier, encore qu'on ne soit pas tout à fait assuré de la durée de vie, même des supports en verre, au-delà de cinq à dix ans.

3. Documentation du processus d'archivage

Généralement appelée « politique d'archivage », il s'agit d'une description précise des moyens mis en œuvre pour s'assurer que le document électronique n'aura pas subi de modifications susceptibles d'altérer son intégrité pendant l'ensemble de son cycle de vie. L'existence de cette procédure régulièrement mise à jour permettra d'optimiser la valeur probante du document en cas de litige.

↘ **Sylvie Breton, conseiller juridique au Cnom**

Dr Jean-Luc Roffé

Spécialiste qualifié en chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, il est président de Plastirisq (organisme agréé d'accréditation et de gestion des risques en chirurgie plastique) et du Syndicat des plasticiens (depuis 2006), enseignant et expert auprès des tribunaux. Son credo : la sécurité du patient.

circulation des patients dans les pays de l'Union, ce qui est parfaitement admis et réglementé. Et tant qu'ils restent à l'intérieur des frontières de l'Union européenne, les patients français ont en principe l'assurance d'être soignés par des praticiens compétents (en vertu d'une harmonisation des formations). Même si les tarifs sont bien moins élevés qu'en France, on ne peut donc pas parler de concurrence déloyale… Mais même sur cette forme encadrée de tourisme médical, des problèmes demeurent, notamment sur l'assurance des praticiens. Pour notre part, nous estimons important qu'en cas d'incident ou d'accident médical une garantie de prise en compte ou de réparation soit offerte aux patients, de façon égale dans chaque pays membre.

Or le niveau assurantiel des praticiens varie beaucoup d'un pays à l'autre et n'a pas permis de valider cette garantie pourtant indispensable. Les patients doivent en être conscients.
Les risques sont encore plus nets pour les interventions effectuées dans des pays hors Union. Par exemple, pour la chirurgie esthétique, devenue une spécialité des pays du Maghreb. N'ayant pas de visibilité sur les formations, nous n'avons aucune possibilité de garantir les compétences de leurs chirurgiens. En cas de complications, ce sera donc, dans une certaine mesure, aux risques et périls du patient : il se peut qu'en cas de problèmes survenant en France à la suite d'actes effectués à l'étranger, l'Assurance maladie ne rembourse pas les dépenses engagées même si les soins, eux, doivent être pris en charge médicalement sans la moindre restriction.
Reste le chapitre douloureux des greffes d'organes effectuées dans des pays du tiers-monde. En France, on le sait, le don d'organe est gratuit, mais l'attente peut être très longue. Alors qu'en Inde ou au Brésil, il suffit de payer pour obtenir un rein ou une cornée… parce qu'il y a toujours des pauvres prêts à vendre leur corps contre une somme d'argent. Cette forme de tourisme médical, certes encore très confidentielle, est totalement inacceptable sur un plan éthique.

Selon vous, ce type de démarche est-il amené à se développer ?

Nicolas Brun :
Il est probable que ce phénomène n'en soit qu'à ses débuts ! Ce type de démarche va devenir de plus en plus naturel chez des patients qui sont aussi des consommateurs habitués, via Internet, à avoir l'œil fixé sur le monde entier et à se fournir là où l'offre est la plus attrayante… Cela doit nous amener à réfléchir aux problèmes que ces nouveaux comportements vont soulever. Je pense au suivi médical et à la garantie des patients lorsque surgissent des complications. Pour les soins effectués dans un pays de l'Union européenne, l'harmonisation apportera sans doute des solutions satisfaisantes. Mais pour les interventions de chirurgie plastique pratiquées en Tunisie et au Maroc, par exemple, ce sera plus compliqué. En France, grâce à un renforcement de la sécurité et des bonnes pratiques dans ce secteur, on a aujourd'hui un degré d'exigence, y compris avec garantie de recours, que les patients ne peuvent pas avoir à l'étranger... Il faut au moins qu'ils en soient informés avant de prendre leur décision.

A contrario, quelles sont les règles mises en place en France ?

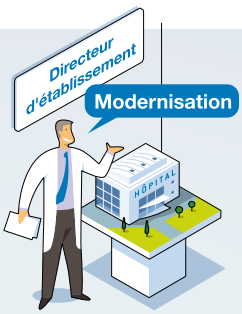
Dr Jean-Luc Roffé :
Aucune intervention n'est anodine.
Notre spécialité est aujourd'hui encadrée par des règles très rigoureuses qui visent à protéger les patients : choix d'un chirurgien qualifié par l'Ordre, délai de réflexion, devis précis, prise en charge des suites opératoires par le chirurgien qui a opéré, assurance RCP professionnelle pour lui et l'établissement, etc. À l'étranger, ces règles ne sont pas toutes respectées…

HPST : ce qui vous attend

Mieux coordonner la politique de santé au niveau régional grâce aux Agences régionales de santé (ARS), mieux coordonner les actions des établissements de santé, développer une politique de prévention et de santé publique… Tels sont les enjeux majeurs de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » publiée au *Journal officiel* le 22 juillet 2009, après des mois de travail parlementaire. Quelles répercussions cette loi aura-t-elle sur votre exercice professionnel ? *Médecins* en détaille les principales dispositions et vous propose l'analyse de la section Exercice professionnel et de son président, le Dr André Deseur.

Le Conseil national est intervenu auprès des parlementaires pendant la discussion pour faire prévaloir, la déontologie médicale ; il n'y est pas toujours parvenu. Le Cnom participe aujourd'hui activement à la concertation sur les décrets d'application.

CE QUE DIT LA LOI HPST



Art.1 à 36
La modernisation des établissements de santé
Ce titre définit la nouvelle gouvernance des établissements publics de santé, en donnant plus de pouvoir au directeur, épaulé par un directoire. La Commission médicale d'établissement voit sa responsabilité accrue, de même que le « chef de pôle » médical.

Art.36 à 80
L'amélioration de l'accès à des soins de qualité
Ce titre vise à optimiser l'accès de tous à des soins de qualité, sur l'ensemble du territoire, via des dispositions concernant la formation continue, la coopération entre professionnels ou l'accès à des soins de premier recours.

Art.81 à 115
La prévention et la santé publique
La loi place l'éducation thérapeutique et la prévention au premier rang des priorités dans le cadre d'une politique nationale. Les textes cherchent à protéger plus strictement les jeunes contre les effets du tabac et de l'alcool.

Art.116 à 136
Les Agences régionales de santé (ARS)
Ce titre consacre la création des Agences régionales de santé, pierre angulaire de la loi HPST, qui rassembleront les services de l'État et, pour partie, ceux de l'Assurance maladie.

© Lorenzo Timon

+ D'INFOS :

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
http://wwww.sante-sports.gouv.fr/dossiers/sante/projet-loi-hopital-patients-sante-territoires/projet-loi-hopital-patients-sante-territoires.html

1 Les dispositions d'application immédiate

OBLIGATIONS DES MÉDECINS HOSPITALIERS ET RETENUE SUR SALAIRE

Lorsque les praticiens hospitaliers ne transmettent pas au médecin responsable de la formation médicale les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité et à sa facturation, ils peuvent faire l'objet d'une retenue sur salaire (article L. 6113-7 du code de la santé publique).

DÉFINITION DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE DE PREMIER RECOURS

La loi définit l'accès aux soins de premier recours et la prise en charge continue des malades. Elle définit également les missions du médecin généraliste de premier recours (article L. 4130-1 du code de la santé publique) :
– Contribuer à l'offre de soins ambulatoires, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;
– Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;
– S'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients ;
– Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;
– S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;
– Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;
– Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L. 6314-1 ;
– Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales.

L'AVIS DE L'ORDRE :
Lors de la rédaction du projet de loi HPST, l'Ordre a attiré l'attention sur le risque médico-légal qu'un texte de loi puisse définir avec précision ce qu'est la médecine de premier recours. Il estimait également dangereux de distinguer plusieurs catégories de médecins généralistes, les uns de premier recours entrant dans une organisation étatique, les autres y échappant ou en étant exclus.

COORDINATION VILLE HÔPITAL

Les établissements de santé ont l'obligation de prendre en note les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels le patient hospitalisé souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie (article L. 1111-2 du code de la santé publique).

RÉGULATION MÉDICALE

La régulation téléphonique des activités de permanence des soins et d'aide médicale urgente est accessible sur l'ensemble du territoire par un numéro de téléphone national. Elle peut faire intervenir les associations de permanence des soins et leurs numéros si ces plates-formes sont interconnectées au numéro unique et assurent une régulation médicale des appels (articles L. 6314-1 et L. 6314-2 du code de la santé publique).
Les médecins régulateurs libéraux bénéficient de la couverture assurantielle de l'établissement public hébergeant le Samu (articles L. 6314-1 et L. 6314-2 du code de la santé publique).

L'AVIS DE L'ORDRE :
Cette disposition fait suite à une forte revendication ordinale (médicalisation de la régulation et assurance) qui regrette cependant que l'effecteur de la régulation médicale ne puisse lui aussi bénéficier de cette couverture assurantielle.

COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Les médecins mais aussi tous les autres professionnels de santé pourront s'engager dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activité ou d'actes de soin. Ces protocoles seront soumis à l'Agence régionale de santé, qui vérifiera qu'ils répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional. Ils seront ensuite soumis à la Haute Autorité de santé pour avis. Ces protocoles devront préciser l'objet et la nature des coopérations, notamment les disciplines et les pathologies, le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés. La HAS pourra étendre un protocole de coopération à tout le territoire national. Les professionnels de santé devront disposer d'une garantie assurantielle portant sur le champ du protocole (article L. 4011-1 à L. 4011-3 du code de la santé publique).

L'AVIS DE L'ORDRE :

L'Ordre l'a rappelé dans un communiqué publié en juin 2008 avec l'Académie de médecine : le renforcement de la coopération entre professionnels de santé doit renvoyer à des délégations d'actes clairement identifiées par chacun des professionnels de santé, accompagnées d'une information des patients. Les responsabilités respectives de chacun des acteurs doivent être clairement définies.

OBLIGATION DE TÉLÉTRANSMISSION

À compter du 1er janvier 2010, le directeur de la Cnamts fixera le montant de la contribution forfaitaire due par les médecins par feuille de soins papier (article L. 161-35 du code de la sécurité sociale).

REFUS DE SOINS

Le nouvel article L. 1110-3 du code de la santé publique précise que toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut saisir le président du conseil départemental de l'Ordre des médecins ou le directeur de l'organisme local d'assurance maladie. Cette saisine vaut dépôt de plainte, déclenche une conciliation et aboutit en cas d'échec à la saisine de la chambre disciplinaire.

L'AVIS DE L'ORDRE :

L'Ordre se félicite qu'une conciliation puisse d'abord être menée dans les trois mois suivant la plainte par une commission mixte composée pour une moitié de représentants du conseil départemental de l'Ordre et pour l'autre de l'organisme local d'assurance maladie. La chambre disciplinaire pourra infliger les sanctions qui s'imposent face à un manquement majeur à la déontologie médicale

DÉONTOLOGIE MÉDICALE ET PÉNALITÉS FINANCIÈRES PAR LES DIRECTEURS DE CPAM : QUI FAIT QUOI ?

Les directeurs des organismes locaux d'assurance maladie et leurs services médicaux sont tenus de communiquer à l'Ordre compétent les informations qu'ils auront recueillies dans le cadre de leur activité et qui sont susceptibles de constituer un manquement à la déontologie médicale de la part d'un professionnel de santé inscrit à l'Ordre. L'Ordre est tenu de faire connaître à l'organisme qui l'a saisi, dans les trois mois, les suites qu'il y a apportées (article L. 162-1-19 du code de la sécurité sociale).

Peuvent faire l'objet d'une sanction prononcée par le directeur de caisse les médecins qui pratiquent une discrimination dans l'accès aux soins, ne respectent pas le tact et la mesure ou encore omettent l'information écrite et préalable des honoraires prévue par la loi ou pratiquent des dépassements d'honoraires alors qu'ils sont affiliés au secteur 1. Les sanctions prononcées pourront faire l'objet d'un affichage au sein des locaux des caisses et être rendues publiques en cas de récidive par voie de presse (article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale).

L'AVIS DE L'ORDRE :

L'Ordre est satisfait que le Parlement ait entendu sa demande : les conseils départementaux de l'Ordre doivent être informés par les Caisses de tout manquement à la déontologie médicale y compris en matière d'honoraires abusifs.
L'Ordre s'est, en revanche, opposé, lors de la discussion du projet de loi, à ce que les caisses d'assurance maladie aient désormais la possibilité de sanctionner les médecins en cas de refus de soins, de mauvaise information sur les honoraires ou de non-respect du tact et de la mesure.
Il appartient à l'Ordre des médecins, et à lui seul, de sanctionner les manquements déontologiques commis par un médecin, conformément aux missions qu'il a reçues du législateur.
En tout état de cause, il ressort du texte de la loi que la procédure de pénalités financières est subordonnée à la saisine préalable du conseil départemental à qui il appartient de décider d'une poursuite disciplinaire.

« Un nouveau coup de canif dans l'exercice libéral ! »

Dr Jean-Pierre Crossonneau,
président du conseil départemental du Loiret (45)

témoignage

« Cette loi comporte de nombreuses avancées. Pour la première fois, l'Agence régionale de santé va être capable de coordonner l'organisation de notre système de santé au niveau régional, en évitant la dispersion des moyens publics-privés qui prévalait jusque-là. Grâce à la mobilisation du Conseil national, l'Ordre sera consulté sur tous les dossiers relevant de sa compétence. En théorie, en tout cas… En pratique, les ARS devront prouver qu'elles sont capables de respecter, d'écouter, de comprendre les préoccupations de l'Ordre, et donc de tous les médecins. De même, la loi renforce les missions des conseils départementaux de l'Ordre. Ceux-ci auront par exemple la possibilité de sanctionner un médecin en cas de refus de soins ou d'incompétence professionnelle. Par ailleurs, l es dispositions de l'article 49 sur la continuité des soins cristallisent aujourd'hui le mécontentement de nombreux médecins libéraux. Un décret en préparation prévoit que les médecins devront informer le conseil départemental de leurs absences au moins deux mois avant le début de leurs congés. Mais comment une telle mesure peut-elle être appliquée, surtout dans des départements comme le Loiret où les médecins libéraux manquent déjà cruellement ? Va-t-on vers une demande d'autorisation de congés ? Pourquoi cette nouvelle rigidité administrative, vexatoire par ailleurs ? Elle porte un nouveau coup de canif dans l'exercice libéral qui suscite déjà si peu de vocations puisqu'un ou deux médecins sur dix seulement choisissent ce mode d'exercice ? Les conseils départementaux se sont toujours impliqués dans la permanence des soins ; ils n'ont pas attendu une loi pour le faire. De même, les médecins, de façon très générale, ont toujours veillé à ne pas laisser leurs patients à l'abandon pendant leurs absences. »

DÉONTOLOGIE MÉDICALE ET MÉDECINE HOSPITALIÈRE

Le Conseil national ou le conseil départemental pourront poursuivre les médecins chargés d'une mission de service public en présence de faits susceptibles de constituer un manquement à la déontologie médicale.

L'AVIS DE L'ORDRE :
Cet article rétablit l'égalité de traitement entre patients vis-à-vis des médecins qui les prennent en charge. Il permet également aux médecins hospitaliers de pouvoir revendiquer plus fortement auprès de leurs tutelles qu'elles sont tenues de respecter leur indépendance professionnelle et rassemble ainsi toute la profession autour de la déontologie. On en attend une plus forte participation des médecins hospitaliers à la vie et au fonctionnement des instances ordinales.

DÉONTOLOGIE MÉDICALE ET CONTRATS

Les dispositions contractuelles incompatibles avec les règles de la profession ou susceptibles de priver les cocontractants de leur indépendance professionnelle les rendent passibles de sanctions disciplinaires (article L.4113-9 du code de la santé publique).

L'AVIS DE L'ORDRE :
Cette disposition renforce l'autorité des avis émis par les instances ordinales sur les contrats qui leur sont communiqués.

L'INCOMPÉTENCE MÉDICALE

L'incompétence avérée permettra à l'Ordre de refuser une inscription au Tableau ou de suspendre son exercice.

L'AVIS DE L'ORDRE :
L'Ordre dispose enfin des moyens d'agir face à des situations dangereuses qui lui sont signalées et pour lesquelles ils étaient désarmés et renforce son statut de garant de la compétence médicale. Les chambres disciplinaires pourront enjoindre au médecin de suivre une formation si les faits qui lui sont reprochés ont révélé une insuffisance de compétence professionnelle (article L.4124-6-1 du code de la santé publique).

2 Dispositions subordonnées à la parution d'un décret

LIBERTÉ D'INSTALLATION DES MÉDECINS HOSPITALIERS

Cet article interdit à des praticiens hospitaliers d'ouvrir un cabinet privé ou d'exercer une activité rémunérée dans un établissement de santé privé dans un délai de deux ans suivant leur démission (article L. 6152-5 du code de la santé publique).

L'AVIS DE L'ORDRE :
L'ordre s'est opposé à cette disposition de même qu'il s'oppose aux clauses des contrats médecins-cliniques interdisant aux médecins une activité hospitalière après la résiliation du contrat.

LIBERTÉ D'INSTALLATION ET EXERCICE EN ZONE SOUS-DOTÉE

Les médecins exerçant dans les zones visées surdotées pourront être dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la loi tenus d'adhérer à un contrat de santé et de solidarité par lequel ils s'engagent à contribuer à répondre aux besoins de santé de la population des zones sous-dotées.

Les médecins qui refuseront de signer un tel contrat ou qui ne respectent pas les obligations qu'ils comportent s'acquitteront d'une contribution forfaitaire annuelle au plus égal au plafond mensuel de la sécurité sociale (article L. 1434-8 du code de la santé publique).

L'AVIS DE L'ORDRE :
Un décret est actuellement en cours de concertation et il est prématuré de s'exprimer sur cette mesure.

LIBERTÉ D'INSTALLATION ET ÉTUDES MÉDICALES

Les étudiants en médecine pourront signer un contrat d'engagement de service public, les engageant, en contrepartie d'une allocation, à exercer leurs fonctions à titre libéral ou salarié à compter de la fin de leur formation dans les zones sous-dotées. La durée de leur engagement est égale à celle pendant laquelle l'allocation leur a été versée et ne peut être inférieure à 2 ans. Ils devront exercer au tarif opposable. Les médecins qui souhaitent se dégager de leur obligation devront payer une indemnité dont le montant est égal aux sommes perçues ainsi qu'à une fraction des frais d'étude engagés (article L. 632-6 du code de l'éducation nationale).

PERMANENCE ET CONTINUITÉ DES SOINS

Dans le cadre de l'accomplissement de la mission publique de permanence des soins, les médecins régulateurs pourront émettre des prescriptions suivant des modalités particulières (articles L. 6314-1 et L. 6314-2 du code de la santé publique). Lorsque le médecin se dégage de son devoir de continuité des soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, il doit indiquer à ses patients le confrère auquel ils pourront s'adresser en son absence. Il doit également informer de ses absences programmées le conseil départemental, qui le cas échéant alerte l'ARS (article L. 6315-1 du code de la santé publique).

L'AVIS DE L'ORDRE :
Le Conseil national de l'Ordre des médecins a donné un avis défavorable au projet de décret qui lui a été présenté à la suite de cette disposition législative. Il a demandé à la ministre de la Santé d'ouvrir une concertation sur les bases suivantes :
• Faire confiance aux médecins pour assurer la continuité des soins aux patients et leur éviter des formalités inutiles et vexatoires quand ils y parviennent, c'est-à-dire dans la très grande majorité des situations.
• Faire clairement apparaître que la réglementation n'a pas pour objet de remettre en cause les congés des praticiens, mais de permettre aux patients un accès aux soins en leur absence lorsque les praticiens n'ont pu trouver par eux-mêmes une solution, en raison notamment d'une pénurie médicale dont ils ne sont pas responsables.
La réglementation n'a pas vocation à être un repoussoir à l'exercice libéral ni à l'exercice dans des zones déjà en difficulté.
• Mettre en exergue le rôle de facilitateur que le conseil départemental doit jouer dans le respect de l'obligation déontologique de la continuité des soins et la nécessité pour les Agences régionales de santé, en dernier recours, de rechercher des solutions en recourant à une mutualisation des moyens publics et privés.

LE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

La loi précise les modalités suivant lesquelles les médecins satisfont à leur obligation de développement professionnel continu (DPC) comme les critères de qualité des actions qui leur sont proposées, les missions et la composition et les modalités de fonctionnement de la commission scientifique indépendante chargée d'évaluer les organismes concourant à l'offre de DPC, les modalités de mise en œuvre de l'organisme gestionnaire du DPC notamment sa composition (articles L.4133-1 à L.4133-4 du code de la santé publique, article L.4021-1 du code de la santé publique). Les instances ordinales s'assurent du respect par les médecins de leur obligation de DPC.

L'AVIS DE L'ORDRE :
L'Ordre des médecins et en particulier le président du Conseil national, le Dr Michel Legmann, s'est considérablement mobilisé pour que le DPC puisse voir le jour. On en attend une simplification de la formation médicale continue grâce à une fusion des dispositifs de FMC et d'EPP.

RÉGLEMENTATION DES ACTES À VISÉE ESTHÉTIQUE

La pratique des actes, procédés techniques et méthodes à visée esthétique (en dehors de la chirurgie esthétique) peut être encadrée si elle présente des risques sérieux pour la santé des personnes. L'encadrement portera sur la formation et la qualification des professionnels de santé ainsi que sur les conditions techniques de réalisation des actes. Certains actes qui présentent un danger grave ou une suspicion de danger grave pourront même être interdits (articles L.1151-2 et L.1151-3 du code la santé publique).

TÉLÉMÉDECINE

La définition des actes de télémédecine ainsi que les conditions de leur mise en œuvre et de prise en charge financière en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique feront l'objet d'un décret (article L.6316-1).

***À signaler :** en janvier 2009, le conseil national de l'Ordre des médecins a rendu public un livre blanc sur la télémédecine. Parmi ses convictions : la place de la télémédecine dans notre système de santé doit être définie en étroite concertation avec les médecins et les autres professionnels de santé, avec le concours des patients et de leurs représentants.*

ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

Les compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient dont l'objectif est de rendre celui-ci plus autonome en facilitant son adhésion au traitement prescrit et en améliorant sa qualité de vie. L'éducation thérapeutique n'est pas opposable au patient et ne peut conditionner le taux de remboursement de ces actes et des médicaments afférents à sa maladie (article L.1161-1 du code de la santé publique).

***À signaler :** un rapport du Conseil national de l'Ordre, publié en juin 2009 à l'initiative du Dr Pierre Hecquard, revient sur le concept d'éducation thérapeutique, en précise les modalités et détaille ses répercussions sur la relation médecin-patient. Le dossier de* Médecins *de septembre-octobre était également consacré à cette thématique.*

ATTRIBUTIONS DES ARS

• Les Agences régionales de santé sont chargées de mettre en œuvre la politique de santé publique au niveau régional, en lien avec les autres instances régionales compétentes en matière de santé au travail, de santé scolaire et universitaire, de protection maternelle et infantile. Les ARS doivent aussi réguler, orienter et organiser l'offre de services de santé, en concertation avec les professionnels de santé, de manière à répondre aux besoins locaux et à garantir l'efficacité du système de santé.
• Auprès de chaque Agence régionale de santé est constituée une conférence régionale de santé qui émet un avis sur le plan stratégique régional de santé et peut faire toute proposition au directeur général de l'ARS sur la politique de santé et organise un débat public sur les questions de santé de son choix (article L.4132-4 du code de la santé publique).
• L'Agence régionale de santé organise la mission de service public de PDS, en association avec les représentants des professionnels de santé dont l'Ordre des médecins. Elle détermine la rémunération spécifique des professionnels de santé dans ce cadre (article L.1435-5 du code de la santé publique).

L'AVIS DE L'ORDRE :
Nous approuvons l'idée de confier à une seule instance les compétences nécessaires pour décliner les ressources de notre système de santé en fonction des caractéristiques de la région (démographie médicale, typologie de la population, etc.), en coordonnant mieux les moyens privés et publics. Cette idée ne doit pas être pervertie par les sirènes de l'étatisation. Le conseil régional de l'Ordre sera obligatoirement consulté par les ARS sur tous les domaines relevant de sa compétence : organisation de l'offre de soins, permanence des soins, accès aux soins, démographie médicale, contrats avec les médecins…

Texte : Claire Peltier et Florence Martinache

VHL France

Von Hippel-Lindau : dépister et surveiller

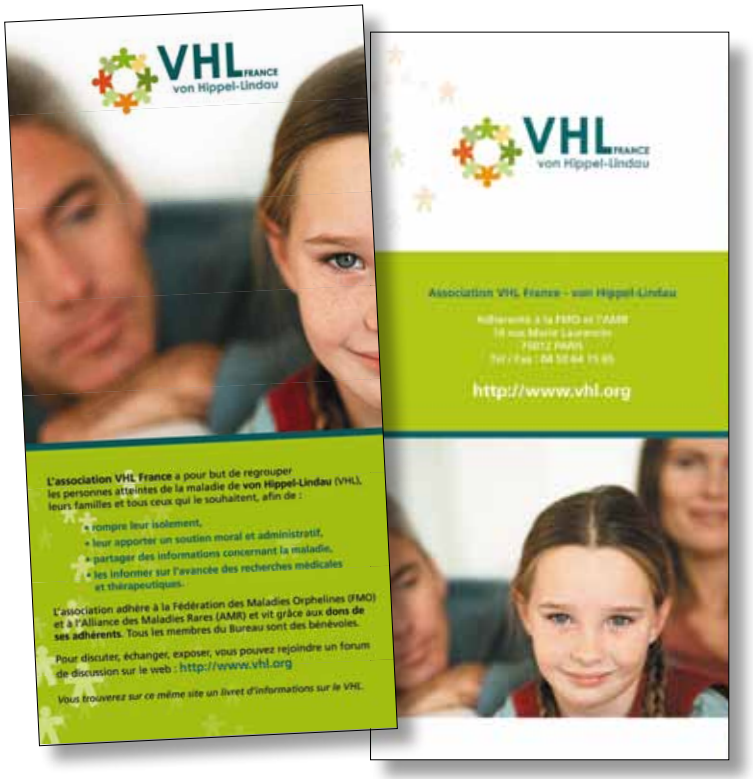
1994
Création de l'association VHL France. Son objectif premier est de soutenir les malades et leurs familles mais elle œuvre aussi pour faire connaître la maladie au grand public et aux professionnels. VHL France est adhérente de la Fédération des maladies orphelines et de l'Alliance maladies rares.

700 patients
sont recensés en France par le groupe VHL scientifique alors que 1 500 cas sont statistiquement attendus, la maladie concernant environ 1 naissance sur 36 000. 20 % des personnes atteintes n'ont pas d'antécédents familiaux. L'apparition de signes cliniques caractéristiques doit donc être un signal d'alarme quel que soit le patient.

2006
Victoire de la médecine en cancérologie attribuée au Pr Stéphane Richard pour ses travaux sur la maladie de VHL. Cette récompense a notamment salué la mise en place d'un groupe de recherche pluridisciplinaire et d'un réseau national qui coordonne le diagnostic génétique, le suivi et le traitement des patients.

Cette activité médicale spécialisée est désormais reconnue comme centre pilote Tumeurs rares par l'Inca (Institut national du cancer). Animateur du comité scientifique de VHL France, le professeur Richard est aussi coordinateur de la maladie au niveau de la France.

VHL Derrière cet acronyme se cache une maladie génétique méconnue, la maladie de von Hippel-Lindau. En France, environ 700 personnes sont actuellement diagnostiquées. L'âge moyen du diagnostic est de 26 ans, mais cette pathologie peut être découverte dès l'enfance et jusqu'à 70 ans. Cette maladie orpheline atteint aussi bien les hommes que les femmes. Elle se caractérise par des tumeurs hypervascularisées et par des kystes qui apparaissent à différents endroits du corps. Ses principales manifestations cliniques : des hémangioblastomes du système nerveux central, des hémangioblastomes rétiniens, des phéochromocytomes, des kystes et des tumeurs du rein, des kystes multiples et plus rarement des tumeurs endocrines du pancréas ainsi que de tumeurs du sac endolymphatique.



Le diagnostic clinique

À l'origine de cette maladie : la mutation du gène suppresseur de tumeur VHL. La majorité des cas sont diagnostiqués par identification de la mutation germinale de VHL. Le diagnostic clinique est possible en présence d'une seule tumeur caractéristique (ex : tumeur de la rétine ou hémangioblastomes du SNC ou carcinome à cellules rénales) et d'antécédents familiaux. En l'absence d'antécédents familiaux (20 % des cas), plusieurs tumeurs sont requises (ex : deux hémangioblastomes ou un hémangioblastome et un carcinome à cellules rénales). Une numération sanguine, une

mesure du taux de catécholamines urinaires, une analyse d'urine et une cytologie urinaire permettent de mettre en évidence une polycythémie, un phéochromocytome, une anomalie rénale ou un CCR. L'imagerie (IRM, scanner, ultrasonographie) permet de détecter des tumeurs du système nerveux central, un phéochromocytome, des tumeurs du sac endolymphatique, des tumeurs rénales et des kystes rénaux et pancréatiques. Actuellement, le traitement est essentiellement chirurgical, mais l'ablation par radiofréquence est depuis peu une alternative de choix pour les tumeurs rénales. Selon les manifestations et l'âge des patients, la maladie peut se révéler extrêmement handicapante pour le patient comme pour son entourage : au-delà des conséquences sociales (incapacité de travail temporaire, voire permanente), le pronostic vital peut être engagé. D'où l'intérêt de diagnostiquer la maladie le plus tôt possible chez un patient sans antécédent familial connu (en cas de tumeurs précoces ou multiples) ou de la dépister par un test génétique dans les familles affectées. Une surveillance régulière permettra de découvrir les tumeurs à un stade peu évolué et d'éviter les complications.

VHL et recherche

Les patients atteints de la maladie de von Hippel-Lindau développent des tumeurs hypervascularisées qui en font un modèle pour la compréhension de l'angiogénèse tumorale. Le gène VHL est l'acteur principal de la voie de réponse à l'hypoxie et est muté dans la majorité des cancers du rein non héréditaires. Ces découvertes ont permis la mise au point des traitements anti-angiogéniques ciblés qui ont transformé la prise en charge du cancer rénal métastatique.

+ D'INFOS :

http://www.vhl.org

“ Les malades peuvent garder l'espoir ”

Édith Laurent-Lassus,
présidente de VHL France

interview

Comment est née l'association ?
Elle a été créée en 1994, à l'initiative de l'épouse d'un malade. Son ambition : regrouper les personnes atteintes de la maladie de von Hippel-Lindau et leurs proches afin de les aider dans leur combat contre cette maladie fortement invalidante. Notre objectif prioritaire est de sensibiliser les professionnels de santé, et en particulier les médecins généralistes, à cette maladie rare afin d'éviter aux malades les errances diagnostiques ou thérapeutiques auxquelles ils sont trop souvent confrontés. Au-delà, nous soutenons les personnes atteintes, sur le plan moral, administratif et parfois financier. Nous encourageons la recherche scientifique, fondamentale et clinique. L'association compte actuellement 163 adhérents pour environ 700 cas répertoriés et sans doute plus de 1 500 cas réels. VHL Lindau est adhérente de la Fédération des maladies orphelines et de l'Alliance Maladies rares.

Quels sont les traitements disponibles aujourd'hui ?
Il n'existe pas de traitement médicamenteux spécifique et les tumeurs doivent être enlevées chirurgicalement (cervelet, moelle épinière, surrénales, pancréas et reins), traitées par laser (rétine) ou par radiofréquence (reins). Plus les lésions sont détectées tôt, plus il est possible de les traiter rapidement et efficacement. D'où l'importance de sensibiliser les généralistes au diagnostic précoce de cette pathologie. Ensuite, une surveillance annuelle est indispensable afin d'éviter les complications : fond d'œil (angiomes rétiniens), catécholamines et métanéphrines urinaires (phéochromocytomes), scanner ou échographie abdominale (kystes et tumeurs du rein ou du pancréas).

Quels sont les espoirs pour les malades ?
L'arrivée de médicaments anti-angiogéniques est très prometteuse. Un essai thérapeutique doit bientôt débuter sur une vingtaine de patients avec le Sutent (sunitinib), un nouveau médicament commercialisé par Pfizer dont l'efficacité a été démontrée dans le traitement des formes avancées de cancer du rein. L'association s'est beaucoup battue, aux côtés des médecins concernés, pour que cet essai clinique puisse voir le jour. Nous fondons beaucoup d'espoir sur ses résultats. Par ailleurs, la recherche contre la maladie est très active, notamment grâce aux financements dégagés dans le cadre du plan cancer et du plan maladies rares. Dernière – bonne – nouvelle en date : début 2009, le laboratoire du Pr Stéphane Richard à l'hôpital Bicêtre (AP-HP) a été nommé centre de référence de la maladie de von Hippel-Lindau et prédispositions aux tumeurs du rein. Le Pr Richard est le médecin référent de cette maladie en France. Il a été lauréat des Victoires de la médecine en cancérologie en 2006 pour ses travaux cliniques et fondamentaux sur la maladie de VHL.

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

Fin de vie et souffrance morale

L'intéressant article « Réflexion » sur la fin de vie paru dans le numéro d'octobre de *Médecins* fait apparaître notre retard par rapport aux nouveaux défis de la société. Le Dr Biclet écrit : « *Nos sociétés s'interrogent sur l'agonie. À quoi sert-elle ? Faut-il qu'elle soit si longue ?* » et estime que « *ce n'est pas aux médecins d'y répondre* ». Or, ces questions se posent parce que « *l'agonie n'est plus acceptée de nos jours. Elle est perçue comme un temps pénible et inutile* ». (Mme de Hennezel, Ass. Nat., rapport 1287, t. 2, p. 121).
Et le Dr Biclet lui-même répond : « *Le médecin a désormais le pouvoir de promouvoir la sédation* » (entendons « sédation profonde » pour la souffrance morale). Mais ce devoir est farouchement contesté par nos experts : « *Si on intervient à la demande du malade sur une notion de souffrance morale, on entre vraiment dans un dispositif d'euthanasie à la française* » (Pr Puybasset, rapport cité p. 662). […] De très nombreux praticiens n'écoutent que leur conscience, mais il est clair que l'humanisation de l'agonie ne se généralisera pas tant que subsistera l'intolérance entre l'euthanasie et les soins palliatifs. Pour le Dr Biclet, l'agonie est un problème (surtout) sociétal. L'Ordre des médecins pourrait alors s'inspirer de son homologue le British Medical Council, qui est passé du refus de la légalisation de l'euthanasie à une position officielle de neutralité. C'est aux politiques d'évaluer les besoins de notre société.

Dr M.W. (50)

CMU : y a-t-il un double discours ordinal ?

Je lis partout dans la presse ces propos qui sont attribués à l'Ordre : « Refuser de soigner un patient au seul motif qu'il est bénéficiaire de la CMU (couverture maladie universelle) ou lui demander un dépassement d'honoraires est inacceptable, contraire à la déontologie médicale et à la loi ». Par ailleurs, je viens de recevoir le Bulletin officiel de mon conseil départemental qui tient un autre discours, où il demande entre autres le « libre choix du médecin par le malade et réciproquement (CMU) » ou propose le fonctionnement de la CMU sur le principe du volontariat. S'agit-il d'un double discours ou d'un désaccord profond ?

Dr J.LSchweitzer (92)

Les propos que vous citez nous sont attribués à juste titre.
Ce n'est pas un double discours. Le communiqué du Conseil national est la position ferme de l'institution ordinale. Certes, pour un praticien en secteur 2, le respect des tarifs opposables implique qu'il perde une bonne part de son bénéfice puisque sur la base de ces tarifs opposables, il voit appliquer des charges sociales identiques à ce qu'elles sont lorsqu'il pratique un dépassement. Peut-on pour autant oublier la situation des attributaires de la CMU qu'on n'ose appeler bénéficiaires : 7700 euros de revenus pour les douze mois précédant l'ouverture de droits, et encore à la condition de ne pas être logé à titre gratuit.

Dispersion

Alain Rey, auteur, avec **Danièle Morvan,** du *Dictionnaire culturel en langue française*, 2005.

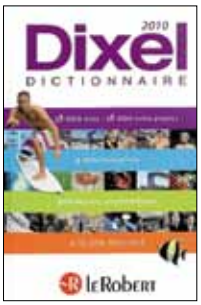
Encore un mot latin, dérivé du verbe *dispargere,* où l'on peut reconnaître *spargere,* « éparpiller » qui nous a fourni as-perger et dis-perser, en moyen français disperger, qui était plus conforme à l'origine. La « dispersion », elle, suit la conjugaison latine et son s est tout à fait conforme. Pour le fond, il s'agit toujours de dissémination, à propos de choses concrètes ou d'abstractions. La dispersion de l'esprit, de l'attention est une dissipation, une distraction ; « danger de la dispersion », écrivait sagement André Gide dans son *Journal*. De même, la dispersion d'une troupe peut être une débandade.
Paradoxalement, quand il faut s'attaquer à des causes multiples et dispersées, que ce soit en physique, en mathématiques ou en médecine, il y faut une concentration d'efforts, et la dispersion est plus que jamais à craindre.
La dispersion des menaces demande un rassemblement des réponses.

Dialogue sur la médecine de demain

Les critiques envers la médecine se multiplient, le pouvoir que conférait à ce savoir un fondement scientifique incontesté a tendance à diminuer. Est-ce parce que la médecine n'a pas intégré l'apport complémentaire provenant des sciences humaines ? Les difficultés de la vie actuelle pouvant gérer un mal-être qui nourrit une demande d'écoute et de soins désarçonnent parfois le médecin. Cloisonnée selon les divers soignants, la médecine fait l'impasse sur l'économie de la santé et sur le rôle du médecin dans la société. La correction du déséquilibre entre médecine curative et prévention demeure pour les auteurs les éléments d'une réforme nécessaire et urgente au niveau de la santé. **Jean Pouillard**

Vivre avec la médecine de demain. **Pierre Dominicié, Francis Waldvogel, «Science, histoire et société», PUF, 224 pages, 23 euros.**

Dixel 2010



Comme le beaujolais nouveau, l'événement de la rentrée littéraire de cet automne 2009 est le *Dixel*. Il faut l'avoir entre les mains et le parcourir pour se rendre compte immédiatement du caractère moderne, innovant et dynamique du nouveau dictionnaire des éditions Le Robert. En effet, après chaque nom commun, on trouve les noms propres puis l'adverbe. De nombreux développements consistant en textes encyclopédiques et planches illustrées enrichissent encore le texte. L'étymologie est expliquée avec des renvois vers les mots de la même famille. Et surtout le dictionnaire propose des mises en rapport avec des mots apparentés par le sens. Pratiques sont les vingt pages consacrées à la liste des noms propres dérivés de noms de lieux. Enfin l'ouvrage est richement illustré. Le lecteur peut également consulter le site internet du dictionnaire (code personnel d'accès inclus dans l'ouvrage) contenant des dossiers encyclopédiques complémentaires. La possession du Dixel est vivement recommandée à tous les confrères pour leur usage personnel et celui de leurs conjoint et enfants. **Maurice Hodara**

Dixel 2010, **éditions Le Robert, 2098 pages, 29,90 euros.**

Abord clinique des urgences au domicile du patient

Acteur de terrain, le médecin généraliste doit faire face à nombre de situations d'urgence au lit du patient. Mais la médecine d'urgence n'est acquise qu'après bien des années d'expérience. Ce livre est destiné précisément à tous les médecins qui seront confrontés un jour ou l'autre à des situations imprévues qu'ils devront affronter sans le secours d'examens complémentaires. La plupart des urgences sont répertoriées en chapitres établis sur le même modèle avec leur symptomatologie clinique et leur abord thérapeutique possible. Un guide indispensable très bien conçu à l'intention de nos jeunes confrères. **J. P.**

Abord clinique des urgences au domicile du patient, **J-F. Bouet, J-C. Pire, Springer éd. 111 pages, 20 euros.**

Propos recueillis par **Arlette Chabrol**

“La déontologie doit être le lien entre hospitaliers et libéraux”

Dr Jean-Yves Dallot,

Interniste et rhumatologue, chef de service au CH de Fontainebleau, vice-président du conseil départemental de l'Ordre des médecins de Seine-et-Marne.

© DR

témoignage

À force d'entendre les hospitaliers affirmer que les libéraux ne pensent qu'à l'argent… et d'entendre ces derniers gloser sur les hospitaliers qui feraient une médecine de fonctionnaires, Jean-Yves Dallot, conciliateur dans l'âme, s'est senti une furieuse envie de jeter un pont entre ces deux mondes. « *Car dans les deux cas de figure,* explique-t-il, *ce sont des idées caricaturales et fausses!* »

Il faut dire qu'il est bien placé pour comprendre chaque camp : dévoué à la cause hospitalière depuis trente ans, il a choisi de consulter deux fois par semaine en secteur privé. « *C'était pour moi un indispensable espace de liberté psychologique, une garantie d'indépendance… et un moyen de me payer des formations que l'hôpital n'offrait pas.* » Certains l'ont certes accusé de « manger à tous les râteliers » mais cette double casquette lui a permis de vivre de l'intérieur les deux formes d'exercice ; de juger sans a priori leurs particularités respectives.

Après des années de syndicalisme, c'est ce qui l'a conduit à s'investir dans l'institution ordinale : Jean-Yves Dallot est convaincu que l'éthique et la déontologie rassemblent hospitaliers et libéraux. « *Ces valeurs fondamentales nous sont communes* », dit-il. Toujours est-il qu'il siège au conseil de l'Ordre de Seine-et-Marne sans interruption depuis 1988. « *Au début, je m'y suis parfois senti un peu seul en tant qu'hospitalier mais cela a changé, et je crois important d'être là pour témoigner que le secteur public, ce n'est pas le confort que trop de libéraux imaginent!* »

Au Conseil, il n'est pas le dernier à prendre la défense des libéraux quand il le faut. Aujourd'hui, pourtant, son inquiétude va vers les hospitaliers : « *Ils vivent mal la levée de leur immunité vis-à-vis de l'Ordre, instaurée par la loi HPST. Ils craignent d'être jugés par des libéraux qui ne les aiment pas et d'être soumis désormais à une double peine, celle de leur commission de discipline et celle de la juridiction ordinale. Si l'on veut éviter cet écueil, peut-être faudrait-il songer à élaborer une instance commune entre l'Hôpital et l'Ordre...* »

PARCOURS

1946
Naissance à Montreuil

1963
Commence ses études de médecine à Lyon

1971
Reçu au concours d'internat à Paris, Lyon, Lille, Bordeaux et Strasbourg, il choisit Paris

1977
Chef de clinique en médecine interne à l'hôpital Cochin

1980
Appelé pour animer et structurer un service de médecine interne à l'hôpital de Fontainebleau

1982
Responsabilités syndicales au bureau de la Fédération nationale des associations de praticiens hospitaliers (ex-Fédération Mallard)