médecins
Le bulletin de l'Ordre national des médecins
n° 38 | janv.-fév.-mars 2015

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

Focus
Projet de loi santé : inacceptable en l'état

Entretiens croisés
Automédication et nouvelles technologies : aura-t-on encore besoin d'un médecin demain ?

Dossier

Maltraitance des enfants : ouvrir l'œil et intervenir

www.conseil-national.medecin.fr

sommaire

Retrouvez désormais le bulletin tous les trois mois.

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

04. focus
Projet de loi santé : inacceptable en l'état

06. en bref
– Ordre des médecins : hausse de la cotisation 2015
– À lire : le webzine Données de santé

08. sur le terrain
Virus Ebola : des équipes en alerte

10. e-santé
Que dire de la santé connectée?

11. ailleurs
– Médecine et francophonie
– Health du G20 : la santé doit être une priorité politique
– Joint action européenne sur les flux migratoires

12. entretiens croisés
Automédication et nouvelles technologies : aura-t-on encore besoin d'un médecin demain?

le guide juridique

24. en bref
- Accessibilité des cabinets médicaux
- Logiciels de prescription et mention des DCI

25. vos questions / nos réponses
Remplacements par les internes en médecine

26-27. décryptage
Loi de financement de la sécurité sociale 2015

28-29. pratique
Le médecin retraité non actif : droits et devoirs déontologiques

30. pratique
Prévenir et gérer les conflits

31. culture médicale

32. rencontre
Dr Sylvie Bourdeleix, gynécologue-obstétricienne libérale à Caen et romancière

16 Maltraitance des enfants : ouvrir l'œil et intervenir

Alerter les autorités judiciaires ou administratives est une obligation pour les médecins confrontés à la maltraitance d'un enfant. Pourtant peu le font. Formation insuffisante, difficultés de repérage, peur du signalement abusif sont autant de freins. Face à ce fléau, les médecins doivent pourtant se mobiliser.

restons connectés!

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

DR

L'indépendance et le sens des responsabilités

En ce début d'année 2015, la France a été frappée au cœur de ses valeurs, notamment l'indépendance et la liberté d'expression.

Parmi les dix-sept hommes et femmes libres sauvagement assassinés par les terroristes figurait une de nos consœurs, le Dr Elsa Cayat, psychiatre et psychanalyste de renom. Nous voulons lui rendre hommage, ainsi qu'aux autres victimes.

Je veux également rendre hommage au Dr Patrick Pelloux et à toutes les équipes d'urgentistes qui se sont mobilisées avec sang-froid, professionnalisme et dévouement.

« En ce début d'année, la France a été frappée au cœur de ses valeurs. »

Face à cet événement dramatique, notre profession médicale a une nouvelle fois montré son immense disponibilité pour secourir les victimes, prendre en charge les souffrances et garantir la sécurité de tous.

Il faut, au-delà de ce drame, que les responsables politiques se souviennent du sens des responsabilités dont ont fait preuve tous les médecins exerçant sur le territoire français et que je tiens ici à remercier.

Nous pensons aux collaborateurs de *Charlie Hebdo*, aux agents de la Police nationale et nous associons aux souffrances des familles de toutes les victimes de ces odieux attentats.

Souhaitons ensemble que l'année 2015 puisse être celle du rassemblement de notre Nation et de notre profession.

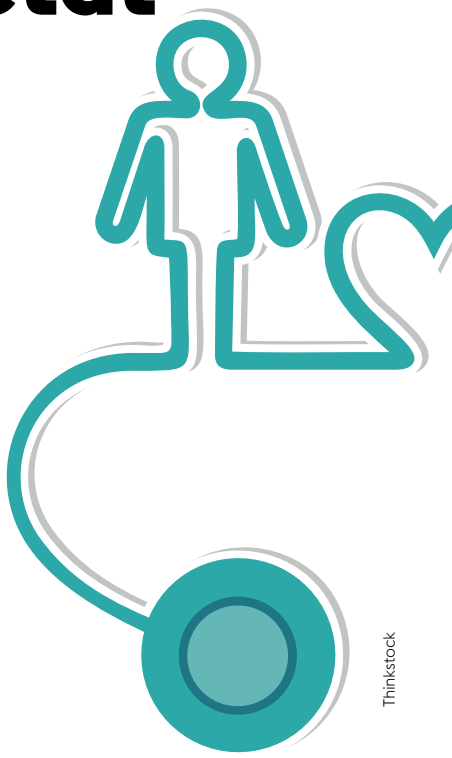
Dr Patrick Bouet
Président du conseil national de l'Ordre des médecins

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

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

Projet de loi santé : inacceptable en l'état

Face à la mobilisation des professionnels et de l'Ordre des médecins, Marisol Touraine, ministre en charge de la Santé, a accepté, le 12 décembre, d'ouvrir une nouvelle concertation et a reporté l'examen du projet de loi santé au printemps prochain. L'Ordre a pris acte positivement de cette annonce mais a néanmoins rappelé immédiatement qu'au vu de l'importance des points discordants, cette concertation devait aboutir à une profonde et globale réécriture du texte. Début janvier, l'Ordre était encore en attente d'un calendrier précis pour la mise en œuvre de la concertation.



Thinkstock

Complexité de l'organisation du système de santé, opacité des responsabilités des différents acteurs, émergence de nouvelles problématiques telles que le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques, accroissement des contraintes économiques… S'il y a un point sur lequel l'ensemble des acteurs et professionnels de santé s'accordent, c'est la nécessité d'une réforme profonde du système. Mais les solutions proposées dans le projet de loi santé ne répondent ni aux problèmes rencontrés par les médecins dans leur pratique, ni aux attentes des usagers dans les territoires. Depuis le mois d'octobre, l'Ordre alerte les pouvoirs publics sur la nécessité de relancer une concertation sur le projet de loi, ce texte n'étant pas acceptable en l'état. Lors d'une session exceptionnelle début décembre, les conseillers nationaux ont formulé 15 observations traduites dans plus de 80 amendements ou articles additionnels au projet de loi. Au cours d'un entretien le 9 décembre, le Dr Patrick Bouet, président du conseil national de l'Ordre des médecins, a réaffirmé à Marisol Touraine le caractère inacceptable du texte en l'état et lui a fait part des points incontournables à réécrire.

Point de vue de l'Ordre

Dr Patrick Bouet,
président du conseil national de l'Ordre des médecins.

« L'Ordre se positionne comme un acteur moteur »

« Depuis le mois d'octobre, nous demandons au gouvernement de reprendre la concertation sur le projet de loi santé et de reporter son examen afin d'en permettre la réécriture. Nous nous sommes réjouis, fin décembre, d'avoir enfin été entendus sur la forme. C'est un premier pas significatif. Désormais, nous demandons que tous les points qui font débat soient abordés sans qu'aucun préalable ne limite la réécriture du texte. L'Ordre se positionne comme un acteur moteur d'un dispositif destiné à faire évoluer et améliorer la loi. Nous restons donc vigilants sur la portée et l'issue de cette concertation qui doit avoir pour objet une réécriture profonde du texte. C'est la qualité de notre système de santé et d'organisation des soins qui est en jeu. »

Les principaux points de désaccord

→ Un service territorial de santé au public piloté par les ARS

Le projet de loi instaure un service territorial de santé au public (STSP) dans l'optique de structurer l'organisation des soins dans au moins cinq domaines : les soins de proximité, la permanence des soins, la prévention, la santé mentale et l'accès aux soins des personnes handicapées. Les agences régionales de

santé (ARS) auront la gouvernance de cette organisation et bénéficieront de moyens juridiques et financiers pour le fonctionnement de ce service. L'Ordre n'est pas opposé à cette gouvernance mais s'alerte de l'absence de contre-pouvoirs au moment des prises de décision, entièrement dévolues aux directeurs généraux des ARS (DGARS). La représentativité des acteurs professionnels et des usagers est en effet diluée au sein de commissions uniquement consultatives qui n'ont aucun pouvoir de décision. « *Nous assistons à une tentative de mise sous coupe administrée de l'ensemble des activités médicales. Le plus surprenant, c'est que cette proposition d'organisation est en totale contradiction avec les discours ministériels promouvant la démocratie sanitaire,* insiste le Dr Patrick Bouet, président de l'Ordre des médecins. *Il faut que la ministre fasse des propositions fortes dans lesquelles les contre-pouvoirs dans les territoires et au sein des ARS soient assurés au moment de la prise de décision.* »
Par ailleurs, l'organisation prévue par le projet de loi risque de créer d'importantes iniquités entre les territoires. En effet, les moyens financiers ne sont pas les mêmes entre des régions. Des inégalités qui peuvent être renforcées par les choix des DGARS concernant les affectations budgétaires. Ce système inégalitaire existe déjà pour la permanence des soins. L'Ordre a ainsi constaté des différences de budget par habitant allant du simple au triple d'un territoire à un autre. Il est donc indispensable que la politique nationale garantisse aux citoyens un égal accès aux soins, quel que soit leur lieu de résidence. « *Tout ceci n'est pas acceptable ! La population doit être traitée de façon équivalente sur l'ensemble du territoire. L'État ne peut se désengager du pilotage et de la gouvernance de son système de santé !* ».

→ L'extension des compétences de certains professionnels de santé

Sur cette question également ce n'est pas tant le fond que la forme qui pose problème. L'Ordre n'est pas opposé à une évolution des pratiques professionnelles mais le transfert d'actes médicaux vers d'autres professionnels ne se décrète pas brusquement. Il nécessite dans un premier temps une analyse soigneuse des contenus, des pratiques interprofessionnelles et des besoins de la population. Il faut ensuite qu'une concertation soit menée avec les organisations représentatives et ordinales des professions concernées. Il sera alors possible de définir les actes pour lesquels les compétences seront partagées, rédiger les référentiels métiers et mesurer les conséquences organisationnelles, économiques, juridiques et déontologiques que cela entraînerait. Autre incohérence relevée par le conseil national : la délégation de compétences, telle qu'imaginée dans le projet de loi, entre en contradiction avec le parcours de soins. « *Madame la ministre nous annonce d'un côté que les pharmaciens pourraient vacciner, alors que de l'autre, elle martèle que le parcours de soins est fondamental, et que le médecin traitant est l'acteur régulateur dudit parcours de soins. Mais comment un médecin traitant va-t-il pouvoir suivre ses patients dans ces conditions ?* interroge le président de l'Ordre. *Notre recommandation est donc claire : nous voulons que soient retirés les textes sur ce sujet. Nous souhaitons travailler entre acteurs, sous l'organisation de l'État, pour déterminer comment partager les compétences et comment être efficace au service du patient.* »

→ La refondation du service public hospitalier

Le projet de loi prévoit également de redéfinir le service public hospitalier selon des blocs d'obligations à respecter. Telles que définies actuellement, ces obligations aboutiraient à la marginalisation des établissements privés dans le service public hospitalier. À titre d'exemple, les établissements privés ne pourront plus accéder au service public si certains de leurs praticiens exercent en secteur II. Une contrainte d'autant plus mal vécue qu'elle n'existe pas dans le secteur public. « *Il est nécessaire que les deux secteurs concourent dans les mêmes conditions au service public afin de ne pas briser l'élan des établissements privés qui souhaitent s'y intégrer.* »

→ La généralisation du tiers payant d'ici à 2017

Lors d'une consultation de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, l'Ordre avait répondu que la généralisation du tiers-payant n'était pas contraire à la déontologie médicale. L'Ordre prône néanmoins une première étape non obligatoire de mise en place progressive du tiers-payant qui prévoirait une évaluation du dispositif, ainsi que des garanties de simplicité pour les professionnels.

Élections

Le Dr Jacques Morali a été élu conseiller national lors de l'élection complémentaire du 4 décembre 2014 pour la région Bretagne, en remplacement du Dr Gicquel.

les tweets

@ordre_medecins – 12 déc.
Le CNOM demande qu'aucun préalable ne limite la réécriture en profondeur du projet #loisante www.conseil-national.medecin.fr/node/1536

@CNOM_europe – 18 déc.
L'AMM dénonce la torture et l'implication des professionnels de santé @medwma @XDeau #WMA

@BouetP
La tristesse se confond avec l'horreur. Le Cnom pense à ces vies enlevées et à ces familles brisées par la barbarie. Nous sommes tous Charlie.

Ordre des médecins : hausse de la cotisation 2015

Lors de la session budgétaire du 11 décembre 2014, conformément aux dispositions de l'article L4122-2 du code de la santé publique, le conseil national a décidé de porter le montant de la cotisation annuelle pour 2015 à 320 €.

Il a déterminé les quotités affectées à chaque échelon de l'Ordre national des médecins, à savoir :
- Quote-part départementale : 160,50 €
- Quote-part régionale : 38,50 €
- Quote-part nationale : 121,00 €

Il appartiendra à chaque conseil régional de fixer le montant nécessaire au fonctionnement de la chambre disciplinaire et du conseil régional administratif.
Nous vous rappelons que les frais de première inscription ayant été supprimés, les médecins concernés doivent désormais s'acquitter d'une demi-cotisation la première année (dont la part CN et CR à reverser) et d'une cotisation entière les années suivantes. Ils sont exonérés de la première inscription, si celle-ci se réalise au cours du dernier trimestre.
Les médecins doivent s'acquitter de leur cotisation dès le 1er trimestre (art L. 4122 2 du CSP).

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

BON À SAVOIR

Vous pouvez régler votre cotisation :
→ par espèces ou chèque auprès de votre conseil départemental
→ par prélèvement automatique
→ en ligne sur : www.conseil-national.medecin.fr

en chiffres

121 € Cotisation de la « liste spéciale »

320 € Cotisation des SCP/ SEL/SPFPL

200 € Frais de dossier de qualification

80 € Cotisation des médecins retraités

100 € Frais d'appels en matière de qualification

La feuille de route 2015 de l'Ordre

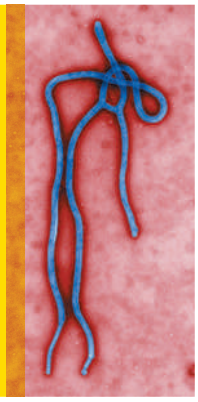
Le Dr Patrick Bouet, président de l'Ordre, a profité de la cérémonie des vœux du conseil national de l'Ordre des médecins, jeudi 15 janvier, pour faire part de son émotion face aux événements dramatiques du début de l'année. Il a ensuite dressé un bilan des actions menées en 2014 et présenté les grands rendez-vous et défis qui attendent l'institution en cette nouvelle année. Si l'ambition de l'Ordre pour 2014 a été de redonner toute sa place à la profession en rappelant que le médecin est un facteur de progrès et la pierre angulaire dans l'organisation des soins, l'année 2015 marquera une montée en puissance de son action. L'institution a d'ores et déjà mené un travail de longue haleine afin de renforcer sa position au centre des problématiques des professions de santé et au cœur de la société. Une position qui, doublée de l'expertise de l'Ordre, va s'avérer déterminante au regard des enjeux qui attendent le monde de la santé cette année : accompagnement de la fin de vie, transparence des relations entre les laboratoires et les acteurs de santé, développement de la e-santé, garantie des compétences des médecins, réforme territoriale et, bien évidemment, la future loi santé. L'Ordre entend ainsi défendre la profession en mobilisant toutes ses ressources. Le président a ainsi conclu son discours sur la colère des médecins et les inquiétudes liées au projet de loi santé, rappelant qu'il faut revoir le texte en profondeur et qu'il attend des initiatives de la ministre en ce sens.

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

le chiffre

678

professionnels de santé ont été infectés par le virus Ebola depuis le début de l'épidémie.



PHIL

À lire : le webzine Données de santé

L'utilisation des données de santé est un élément fondamental du pilotage du système de santé. Il importe de développer l'accès à ces données pour produire de la connaissance et informer le public, mais il faut aussi protéger leur confidentialité et garantir le secret qui les protège.
Le conseil national de l'Ordre des médecins a souhaité éclairer ce grand débat avec un magazine en ligne pédagogique et didactique. Ce webzine donne aussi la parole à des experts, des médecins et des représentants de patients qui apportent leur éclairage sur ce sujet.

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

l'image

Fotolia

Entre 50 et 80 % des médecins ont répondu aux appels à la grève lancés entre Noël et le jour de l'an par les syndicats en protestation au projet de loi de santé. Un mouvement et une mobilisation exceptionnels, à la hauteur du mécontentement.

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

Virus Ebola : des équipes en alerte

Si le risque d'importation d'Ebola dans l'Union européenne est faible, la France se tient prête malgré tout. Reportage lors d'un entraînement au CHU de Nancy, l'un des douze établissements de référence pour la prise en charge des patients potentiellement atteints par le virus.

Au CHU de Nancy, l'équipe du service des maladies infectieuses et tropicales est en alerte. D'ici quelques minutes, le SMUR transportera une humanitaire de Médecins sans frontières de retour de Sierra Leone et présentant les symptômes de la maladie à virus Ebola (MVE). En l'occurrence : forte fièvre, douleurs musculaires, diarrhées et vomissements. Derrière sa combinaison hermétique jaune, ses lunettes de protection et son masque recouvrant son visage, le Pr Christian Rabaud est à peine reconnaissable. Le chef de service donne ses dernières consignes, alors qu'arrive le brancard-bulle confinant la patiente. Mais aucun danger de contamination pour l'infirmière du SMUR : tout cela n'est en réalité qu'un entraînement. « *Depuis août dernier, nous organisons des simulations grandeur nature chaque mois* », précise le Pr Christian Rabaud.

Armure. Aidé par le Dr Nathalie Diguio, le Pr Christian Rabaud enfile une tunique verte en guise de sous-vêtement, des surbottes en plastique, une combinaison imperméable, deux paires de gants, une cagoule et un masque. Aucun trou ne doit pouvoir offrir un point d'entrée à une quelconque sécrétion du malade.

Haut risque

Sous le regard concentré du Dr Nathalie Diguio, pharmacienne-hygiéniste, cet exercice vise à « *répéter les procédures de transfert du brancard jusqu'à la chambre d'isolement. La priorité est de limiter les risques de contamination des personnels de santé lors de la prise en charge.* » Ce matin, une attention particulière est portée au déshabillage après l'intervention des soignants. « *C'est un moment risqué d'exposition au virus,* insiste le Pr Rabaud. *La peau et les muqueuses du visage ne doivent jamais être en contact direct avec les fluides corporels du patient infecté ou des matériaux souillés.* » Et l'enjeu est d'envergure. Depuis l'identification d'un premier cas d'Ebola en Guinée, en mars 2014, 500 médecins et infirmiers ont été touchés par le virus, dont plus de 350 en sont morts.

Appréhension

« *On va le plus loin possible dans la précaution, car il apparaît facile de se contaminer avec ce virus, en particulier par voie muqueuse* », poursuit-il, une fois délesté de son armure de protection. Sans compter qu'en situation réelle le stress peut jouer de mauvais tours. « *Lorsqu'on est appelé pour une suspicion d'Ebola, on appréhende un peu plus que d'habitude* », reconnaît le médecin urgentiste du SMUR. Fin octobre, on recensait 480 signalements, dont 17 classés « possibles » cas Ebola. Le CHU de Nancy, l'un des douze établissements de santé de référence habilités (ESRH), a quant à lui pris en charge un patient suspect de retour de Guinée. « *Il est arrivé par les urgences, avant d'être pris*

Retrouvez le diaporama sur
www.conseil-national.medecin.fr

Quatre heures. C'est le délai pour que l'équipe des maladies infectieuses soit opérationnelle pour prendre en charge un patient suspect Ebola, après l'appel du Smur.

Méticuleux. Face à une fiche qui décrit chaque étape du déshabillage, l'infirmière et le médecin urgentiste du SMUR retirent avec minutie leurs équipements de protection. *« Attention à ne pas approcher vos mains de votre visage »*, conseille l'hygiéniste.

en charge par le SMUR et transféré dans l'une des quatre chambres d'isolement spécialement prévues à cet effet dans le service », se souvient le Pr Christian Rabaud. Des prélèvements sanguins ont permis d'éliminer ce diagnostic, pour un patient finalement atteint de paludisme. Pour l'heure, deux cas avérés ont été répertoriés en France : deux soignants infectés lors de missions humanitaires, rapatriés en France et pris en charge à l'hôpital Begin (94). Ils sont aujourd'hui guéris. Mais le Pr Rabaud et son équipe se tiennent prêts. Au cas où.

Bilan. Durant de longues minutes après l'exercice, les participants débriefent et cherchent à corriger les éventuelles failles d'un dispositif pourtant strict. *« Que faire du brancard bulle infecté ? Comment le désinfecter ? »*, se demande par exemple le Pr Christian Rabaud.

Témoignage

Pr Christian Rabaud, chef du service de maladies infectieuses et tropicales, CHU de Nancy

« Ces exercices sont justifiés »

« Ebola est un virus contagieux, avec un taux de mortalité élevé (50 %). Les soignants sont en première ligne. C'est pourquoi ces simulations se justifient totalement. Les exercices permettent non seulement de tester notre dispositif de prise en charge en conditions réelles, mais également de le renforcer et de détecter les failles éventuelles. Nous continuons à apprendre. Nous travaillons avec un réseau d'experts en France et en Europe. Nous devons être prêts, même si toutes les procédures d'intervention ne sont pas encore définies au niveau national. Au début, les équipes ont ressenti une appréhension, notamment lorsque des cas de contamination de soignants à Madrid et Dallas ont été signalés. Mais à présent elles sont rassurées par notre niveau de préparation et d'équipement. En Europe, nous savons comment prendre en charge un patient Ebola, identifier et isoler rapidement son entourage et limiter ainsi les risques d'épidémie. »

Que dire de la santé connectée ?

Le Cnom a adopté un livre blanc dédié à la santé connectée. À cette occasion, il réunira début février un panel d'acteurs actifs sur ce sujet pour ouvrir le débat. Le Dr Jacques Lucas, vice-président du conseil national de l'Ordre des médecins et délégué général aux systèmes d'information en santé, en présente les objectifs.

Quelle est la raison d'être de ce livre blanc ?

Nous souhaitions réaliser un ouvrage pédagogique et didactique. Il y a en effet une très grande confusion autour des termes employés et cela contribue à accentuer les inquiétudes. Ce document rappelle donc, entre autres, la distinction qui existe entre la télémédecine, qui est une pratique médicale réglementée soumise au code de déontologie médicale dans toutes ses dispositions, et les usages des applications et objets connectés en santé mobile, qui ne sont pas réglementés ni même régulés.

Quelle est la position de l'Ordre vis-à-vis de la santé mobile ?

Par ce livre blanc, nous engageons les médecins à accompagner le déploiement du « monde numérique » appliqué à la santé et à en adopter les aspects utiles et bénéfiques dans leurs pratiques médicales. Certains souhaitent que, dès lors qu'un objet ou une application touche à la médecine, il relève de la réglementation sur le dispositif médical. Nous adoptons une position plus nuancée : il n'y a pas la médecine d'un côté et la santé de l'autre. Les limites sont incertaines. Par ailleurs, il me paraît essentiel de ne pas tuer l'innovation, en voulant tout verrouiller et tout contrôler. On ne peut pas promouvoir des valeurs en imposant des interdits. C'est pourquoi nous avançons une série de six recommandations pour une régulation adaptée au secteur des applications et des objets connectés en santé.

Quelles sont en substance ces recommandations ?

Nous en proposons une série. Je vais en évoquer quelques-unes. Y a-t-il eu une information générale claire des usagers sur les limites des applications et objets connectés ? Le citoyen sait-il ce que vont devenir ses données personnelles de santé ? S'agit-il d'aider la personne ou d'étudier un échantillon de population au bénéfice de celui-ci ? S'agit-il de collecter des données à forte valeur économique pour le secteur marchand ? Quelles sont les protections des données ?… Nous apportons notre point de vue sur ces interrogations éthiques.

Vous proposez de mettre en place une régulation reposant sur trois mécanismes…

Oui, tout à fait. Le premier niveau consisterait à ce que le fournisseur de l'appli ou de l'objet fasse une déclaration de conformité à un certain nombre de standards émis par des autorités qualifiées. Cela repose sur la confiance *a priori*, mais devrait inclure des audits aléatoires de vérification de la conformité à la déclaration ainsi que des sanctions si la déclaration se révélait erronée. Le deuxième mécanisme serait une labellisation par diverses organisations qualifiées. Je pense par exemple à des associations d'usagers, de patients, de professionnels, d'une société savante, et pourquoi pas d'un ordre professionnel, de la HAS… Enfin, le troisième mécanisme concerne la certification des dispositifs médicaux, processus qui existe déjà et qui est encadré par une directive européenne.

Plusieurs intervenants extérieurs ont participé à ce livre blanc…

Oui. La portée du livre blanc aurait été limitée en ne donnant que le point de vue de l'Ordre, sans ouvrir des discussions potentiellement contradictoires. Cela sera amplifié par la réunion de lancement de cet ouvrage autour d'un certain nombre de fondamentaux. Nos recommandations peuvent être affinées sous le regard de l'autre. Tout débat doit nécessairement être ouvert pour être fructueux.

FRANCE

MÉDECINE ET FRANCOPHONIE

Le Dr Xavier Deau, délégué aux affaires européennes et internationales du conseil national de l'Ordre des médecins et président de l'Association médicale mondiale (AMM), a inauguré la Semaine médicale de Lorraine, en novembre dernier, à Nancy, lors d'une conférence sur le thème « Médecine et francophonie ». Le Dr Xavier Deau a ainsi présenté les différentes instances francophones opérant dans le secteur de la santé : la Conférence francophone des Ordres des médecins (CFOM), le Conseil africain et malgache pour l'enseignement supérieur (Cames), et la Conférence internationale des doyens et des facultés de médecine d'expression française (Cidmef), associant plus de 130 facultés dans 40 pays. Le Dr Deau a rappelé l'importance du rôle de ces instances qui favorisent les échanges professionnels et humains, veillent à la qualité et à l'évaluation de l'enseignement, des diplômes, des compétences professionnelles acquises et ont pour objectif d'offrir une médecine de qualité partout dans le monde.

+ d'infos
http://cfom.fr
http://www.cidmef.u-bordeaux2.fr

AUSTRALIE

HEALTH DU G20 : LA SANTÉ DOIT ÊTRE UNE PRIORITÉ POLITIQUE

L'Association médicale australienne et L'Association médicale mondiale (AMM) ont organisé, les 13 et 14 novembre 2014, un sommet Health H20 réunissant à Melbourne les plus grands spécialistes internationaux de santé publique. L'objectif : interpeller les dirigeants mondiaux qui occultent la santé dans leurs rencontres. Les conclusions résultant de ce sommet ont été aussitôt transmises au G20 politique réuni en parallèle à Brisbane. Le H20 a ainsi :

- souligné l'importance du secteur de la santé dans l'équilibre économique et sociétal,
- insisté sur la difficulté d'accès aux soins des populations victimes lors des conflits armés,
- alerté sur le nombre inquiétant de décès liés à l'impact de l'environnement sur la santé,
- affirmé la pertinence des études des déterminants de la santé sur un territoire,
- rappelé l'urgence de mettre en place des politiques de prévention afin d'endiguer l'explosion des maladies chroniques induites par un mauvais équilibre de vie et des conduites addictives.

Le Dr Xavier Deau, président de l'AMM et délégué aux affaires européennes et internationales du conseil national de l'Ordre des médecins, et le Dr Jackie Ahr, secrétaire général adjoint du conseil national de l'Ordre des médecins, étaient présents pour représenter l'Ordre.

+ d'infos
www.wma.net

ITALIE

JOINT ACTION EUROPÉENNE SUR LES FLUX MIGRATOIRES

Les 4 et 5 décembre, la Joint Action Health Workforce Planning and Forecasting a tenu à Rome sa seconde conférence intitulée : « Improving planning methodologies & data across Europe ». L'objectif de cette conférence : proposer aux États membres et aux différents acteurs nationaux en santé des pistes de réflexion afin d'améliorer l'organisation de l'offre de soins sur les territoires. Parmi les intervenants : des membres de la Joint Action, des partenaires et des experts, parmi lesquels le Dr Patrick Romestaing. Le vice-président du conseil national de l'Ordre des médecins est intervenu sur les enjeux liés au recrutement international et les flux migratoires des médecins formés à l'étranger. L'Ordre participe régulièrement aux réunions de la Joint Action européenne dans le cadre du Conseil européen des Ordres des médecins (CEOM) mais également pour son expertise reconnue en termes de démographie médicale.

+ d'infos
http://euhwforce.weebly.com

entretiens croisés

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

Automédication et nouvelles technologies

Aura-t-on encore besoin d'un médecin demain ?

Anthropologues, philosophe, conseillers nationaux et personnalités étaient invités par l'Ordre des médecins le 18 septembre dernier à participer à un think tank sur l'avenir de la relation patient-médecin. Mémorandum des échanges…

1/3

des Américains automesurent tous les matins leurs données de santé, dont la glycémie, via des applis et objets connectés.

Les multiples variables économiques, sociologiques, démographiques ou encore technologiques sont appelées à peser, transformer et donner un nouveau sens à la relation médecin-patient. Alors que ce lien a déjà beaucoup évolué ces dernières années, l'Ordre des médecins a souhaité rassembler acteurs sachant, médecins et professionnels de santé afin de mener une prospection sur le sujet dans le cadre d'un think tank. L'objectif de ce laboratoire d'idées : réfléchir à ce que doit être la place du médecin et du colloque singulier demain.
En menant cette réflexion, l'institution ordinale souhaite préparer la profession aux enjeux sociétaux et médicaux du XXIe siècle tout en réaffirmant le rôle central des professions médicales dans l'équilibre de la société. Cet espace d'échanges se veut ainsi ouvert à l'expérience d'acteurs hétérogènes afin d'apporter du recul et élargir les horizons.
Pour cette première réunion centrée sur l'automédication et les nouvelles technologies, l'Ordre avait invité les anthropologues Daniela Cerqui et Sylvie Fainzang, ainsi que le philosophe Jean-Michel Besnier lors d'un débat animé par le Dr Patrick Romestaing.

Daniela Cerqui,
anthropologue, maître d'enseignement et de recherche à l'université de Lausanne, spécialiste du sujet de l'hybridation homme-machine.

Jean-Michel Besnier,
professeur de philosophie à l'université Paris-Sorbonne, directeur scientifique du secteur Sciences et société du ministère de la Recherche jusqu'en 2011, auteur de *L'Homme simplifié*.

Sylvie Fainzang,
anthropologue, directrice de recherche à l'Inserm et auteur de *L'Automédication ou les mirages de l'autonomie*.

Dr Patrick Romestaing,
vice-président du conseil national de l'Ordre des médecins.

Quel est l'impact de l'automédication et des nouvelles technologies sur le rapport des patients à la santé ?

Jean-Michel Besnier

Traditionnellement, en philosophie, la santé était considérée comme le lieu même de la relativité, de la subjectivité. Elle passait par les questions triviales comme « Comment vous sentez-vous ? ». Ces questions-là sont en train de disparaître parce que la médecine et la représentation de la santé sont en train de devenir le produit de la mesure. Par ailleurs, la santé n'est plus définie en termes de suppression de maladies mais en termes de production de bien-être individuel et collectif. Nous sommes dans une société de contrôle qui correspond assez bien aux exigences individualistes de nos sociétés : nous aspirons à une égalité de traitement, nous aspirons à une indépendance existentielle et, du coup, tout ce qui peut permettre le contrôle et l'autocontrôle est considéré comme vertu absolue.

Daniela Cerqui

Je pense, par ailleurs, que les nouvelles technologies de l'information donnent l'impression au patient qu'il a atteint le même niveau de savoir que le médecin. Mais l'accès à l'information n'est pas synonyme d'accès au savoir. Or, dans notre société, lorsque l'on parle de paramétrer le corps, on parle d'accumuler de l'information, et cela dans un but d'actions thérapeutiques. Là, nous arrivons au cœur de mes recherches, à savoir notamment l'étude de Kevin Warwick, le premier être humain à s'être implanté une puce informatique connectée à son système nerveux afin d'augmenter ses capacités. Il illustre une direction qui est prise par notre société et qui tend à repousser la norme vers un idéal. Il y a cette quête d'une sorte de perfection où, à l'extrême, nous nous rendons compte que c'est notre humanité même qui est notre imperfection. Il y a, à mon sens, toute une série de questions à se poser concernant le type de société que nous sommes en train de construire…

Sylvie Fainzang

Concernant l'automédication, si auparavant c'était une pratique largement dissimulée à leurs médecins par les patients, aujourd'hui les choses ont beaucoup changé puisque les pouvoirs publics ont préconisé l'automédication et ont assorti cette préconisation de toute une série de mesures : libre accès à certains médicaments, déremboursement… Cette incitation à l'automédication a bénéficié du développement de l'accès à l'information grâce à Internet, mais aussi d'un contexte de promotion de la démocratie sanitaire et de la culture de l'autonomie où la personne doit prendre en main une partie de sa santé et décider par elle-même des soins médicamenteux qu'elle va s'administrer.

Jean-Michel Besnier

Aujourd'hui, la médecine devient une science de la mesure et nous voyons bien toute la transformation que cela occasionne. Nous assistons notamment à une propension au surdiagnostic, qui se justifie par les technologies de mesure qui inondent le marché. Cette santé connectée présente des avantages bien sûr. La médecine devient plus facilement prédictive, les professionnels de santé peuvent gagner en réactivité et aussi en certitude, puisque, et là je me fais l'avocat du diable, les patients n'auront plus besoin de se confier à l'entretien clinique souvent aléatoire, parfois anxiogène et toujours culpabilisant. La santé connectée, c'est le triomphe du langage des organes, sur le discours existentiel. Donc le patient est de plus en plus réduit à un être qui émet des signaux traités par des applications. L'autonomie, de ce point de vue-là, apparaît comme une illusion. Le patient devient un expert, un sachant qui réclame le médecin comme son partenaire. Mais il a perdu quelque chose pour moi qui est considérable, à savoir la relation symbolique qui ouvre des perspectives de sens et qui offre des repères.

Jean-Michel Besnier

« La médecine est en train de devenir le produit de la mesure. »

En quoi ces évolutions vont-elles modifier la relation médecin-patient ?

Daniela Cerqui

Le rapport médecin/patient est tributaire des nouvelles technologies à différents niveaux. Tout d'abord lors de l'élaboration du savoir : on ne peut plus élaborer un savoir médical indépendamment des nouvelles technologies. Ensuite, une fois que ce savoir est constitué, il va être stocké. Là aussi, les nouvelles technologies ont un rôle central. Il me semble assez clair qu'à une échelle temporelle relativement restreinte, le dossier médical personnalisé, qui fait aujourd'hui débat, se trouvera sur une puce informatique implantée. Donc nous assistons à la fois à une élaboration des savoirs toujours plus intrusive, et en même temps à une prise d'autonomie des patients via l'automédication et l'accès à l'information.
Il y a donc une relation de pouvoir qui s'instaure. Mais je pense que le patient comme le médecin sortent perdants de cette relation, parce que c'est le système, au final, qui détient le pouvoir.

Sylvie Fainzang

« L'automédication traduit la mise en acte d'une autonomie. »

Sylvie Fainzang

L'automédication et la volonté d'autonomie qui va avec peuvent résulter soit de la confiance, soit de la méfiance envers le médecin. Dans le premier cas, le patient considère son médecin comme compétent et cherche à reproduire les prescriptions médicales (ou croit reproduire les prescriptions médicales) antérieures. Dans le deuxième cas, le médecin est jugé incompétent pour résoudre un problème donné et le patient décide de gérer lui-même son mal en faisant ses propres choix, en fixant ses posologies, en développant ses stratégies de réduction des risques médicamenteux… Dans tous les cas, l'automédication traduit la mise en acte d'une autonomie avec parfois la volonté de s'affranchir de l'autorité médicale.

Dr Patrick Romestaing

Cette volonté de la majorité des patients d'occuper une place significative en face du médecin est effectivement d'observation courante. Non pas dans la contestation du savoir médical mais avec la volonté de participer, en tant qu'acteur, aux décisions médicales. Internet occupe désormais une place très importante dans la relation médecin-patient. Nous avons de plus en plus de patients en consultation qui nous expliquent qu'ils ont vu sur Internet qu'ils devraient passer tel ou tel examen…

Daniela Cerqui

« Les technologies de l'information donnent l'impression au patient qu'il a atteint le même niveau de savoir que le médecin. »

Comment se préparer à ces changements ?

Jean-Michel Besnier

Nous assistons à une désublimation qui peut s'accompagner de cynisme et de désespoir avec une montée en puissance des fantasmes d'immortalité. La santé connectée, c'est une intolérance au hasard, une intolérance à l'altérité, qui sont pourtant les clés de toute vie. Raymond Aron disait : « *Pessimisme de l'intelligence et optimisme de la volonté* ». Analyser les choses aux risques qu'elles se révèlent sombres pour précisément essayer de mobiliser les moyens. Je crois que nous sommes dans une période où nous avons besoin d'électrochocs. Il y a des fantasmes qui se développent et il faut essayer de sonner l'alerte. Il y a par exemple quelque chose qui me paraît flagrant. Le mot « *jugement* » a disparu du lexique du médecin. Auparavant, le médecin était celui qui produisait des jugements à partir d'indices et d'éléments d'observation. Aujourd'hui, nous ne sommes plus dans une démarche de jugement mais de déduction. En effet, le jugement se construit à partir de l'écoute, et l'écoute suppose précisément le langage. Elle suppose les approximations du langage, elle suppose le flou, le vague à l'âme. Or les formations médicales aujourd'hui tentent de proscrire tous ces éléments. Je crois qu'il y a là quelque chose à changer.

Daniela Cerqui

Je pense qu'il faut prendre un peu de recul et se demander quelle est la finalité de ces évolutions. Je ne prends pas la situation comme un point de départ mais comme l'aboutissement de quelque chose, et je m'interroge : qu'est-ce qui, dans notre société, fait que nous en sommes arrivés à cette situation ? Quelles sont les valeurs qui nous ont portés à créer ces nouvelles technologies ? En s'intéressant à ces questions, je pense qu'il est possible de penser différemment le tandem connaissance-savoir d'un côté et pouvoir de l'autre.

Sylvie Fainzang

Vous posiez en introduction la question « aura-t-on encore besoin de médecins demain ? ». Je répondrais : bien évidemment, oui ! Aussi autonomes qu'ils puissent être ou qu'ils puissent se revendiquer, les patients ne peuvent pas se passer d'un savoir expert et ne veulent pas s'en passer. Et d'ailleurs le recours à Internet vise en grande partie à chercher des réponses d'experts à une question. Donc je pense que les médecins doivent prendre acte de cette volonté croissante d'autonomie des usagers, de leur souhait de se nourrir également à d'autres sources d'information, mais cette volonté d'autonomie ne traduit pas une remise en question du savoir médical, même si elle peut parfois signifier la remise en question du type de prise en charge proposée par un représentant de l'autorité médicale.

Dr Patrick Romestaing

« Internet occupe une place très importante dans la relation médecin-patient. »

Dr Patrick Romestaing

La volonté d'organiser ce think tank au sein de l'institution contribue à préparer la profession à ces changements et surtout à accompagner cette évolution. Je pense qu'il n'y a pas de peur de la part des médecins en ce qui concerne l'arrivée des nouvelles technologies ou l'automédication. Et je suis convaincu de la volonté des médecins d'être présents dans ce débat, et d'être présents non pas au-dessus mais à côté des patients.

80 %

Plus de 80 % des mauvais traitements sur un enfant ont lieu au sein de la famille.

dossier

Texte : **Florence Raynal, Éric Allermoz**
Photos : **Thinkstock, Phanie, Julian Renard/Babel Photo**

Maltraitance des enfants : ouvrir l'œil et intervenir

Alerter les autorités judiciaires ou administratives est une obligation pour les médecins confrontés à la maltraitance d'un enfant. Pourtant peu le font. Formation insuffisante, difficultés de repérage, peur du signalement abusif sont autant de freins. Face à ce fléau, les médecins doivent pourtant se mobiliser.

Quelque 10 ‰ des enfants seraient victimes de maltraitance dans les pays à haut niveau de revenus selon des études publiées dans la revue britannique *The Lancet*[1]. Plus de 250 homicides de nourrisson de moins de 1 an seraient en outre commis chaque année en France d'après l'Inserm[2]. Des chiffres qui amènent, par extrapolation, à ce constat : chaque jour, environ deux enfants meurent suite aux mauvais traitements de leur famille. Autant de données terribles, qui soulignent, comme le pointe le rapport du comité de suivi du colloque national sur les violences faites aux enfants du 14 juin 2013[3], que « *la maltraitance est un fréquent et grave problème de santé publique* ».

Une autre information est tout aussi inquiétante : seuls 5 % des signalements d'enfants en danger proviennent du secteur médical alors que « *tous les enfants maltraités passent un jour ou l'autre par le système de* ...

Point de vue de l'Ordre

Dr Irène Kahn-Bensaude, vice-présidente du conseil national de l'Ordre des médecins

« L'Ordre fera tout pour aider les médecins à protéger l'enfant »

« La maltraitance des enfants est un phénomène sous-estimé, qui traverse toutes les couches de la société et peut prendre des biais détournés : un enfant dont la mère est battue par son compagnon est, par exemple, lui aussi maltraité. Alors que nous, médecins, avons appris lors de nos études que nous nous devions de protéger l'enfant, nous peinons à prendre ce problème à bras-le-corps, c'est désolant. Depuis plus de dix ans, le conseil national de l'Ordre se bat pour que les médecins repèrent et signalent, dans les règles et en toute sécurité, ces violences. Un modèle de signalement, co-élaboré par l'Ordre, les ministères de la Justice, de la Santé, de la Famille et les associations de protection de l'enfance, a d'ailleurs été mis en ligne sur notre site. Nous avons également participé aux travaux de la Haute Autorité de santé sur les différents types de maltraitance comme sur la dernière recommandation pour que la parole des médecins soit écoutée. Personnellement, je souhaite que nous puissions bientôt lancer une réflexion sur la mise en place, dans chaque département, d'un conseiller ordinal référent sur cette problématique. L'enfant est l'avenir de la société. Ensemble, empêchons l'horreur de la maltraitance ! »

« Pour protéger, il faut d'abord repérer, et ce le plus précocement possible. Or les médecins n'y ont pas été formés. »

santé [notamment le cabinet du généraliste ou du pédiatre et les urgences hospitalières] », alerte le rapport. Les médecins ont pourtant, comme tout citoyen, l'obligation légale, au titre de la non-assistance à personne en danger (art. 223-6 du code pénal), de signaler la situation d'un enfant en danger (du fait de violences physiques ou psychologiques, d'abus sexuels, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement…) ou en risque de le devenir (du fait de conditions d'existence risquant de compromettre sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien). Et ils peuvent rompre le secret médical sans craindre de sanctions disciplinaires puisqu'il est levé face à une victime mineure.

Une vigilance systématique

Plusieurs phénomènes entravent le signalement des médecins, dessinant autant de pistes de leviers à activer. Pour protéger, il faut d'abord repérer, et ce, le plus précocement possible. Or les médecins n'y ont pas été formés. « *La sémiologie de la violence chez le jeune enfant, surtout la plus fine, n'est pas enseignée. On ne dit rien par exemple sur les signes qui permettent de repérer un bébé craintif ou triste* », déplore le

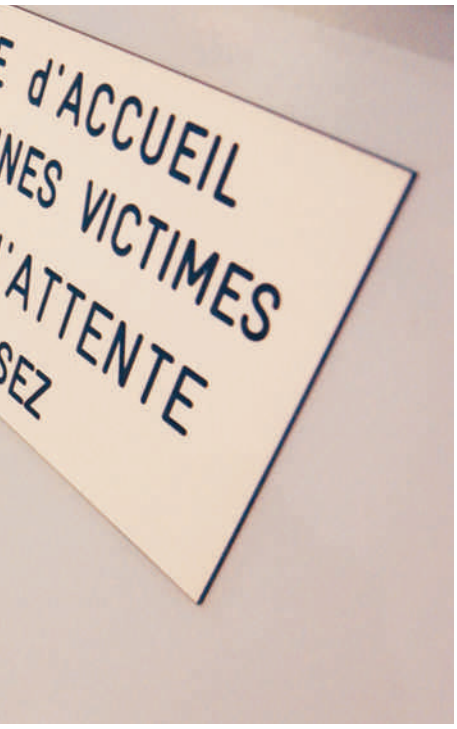
La loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection de l'enfance fournit une exception légale au secret professionnel, en acceptant le partage d'informations préoccupantes entre professionnels, dans l'intérêt des mineurs en danger.

TÉMOIGNAGE

Dr Anne Tursz, pédiatre et directrice de recherche à l'Inserm

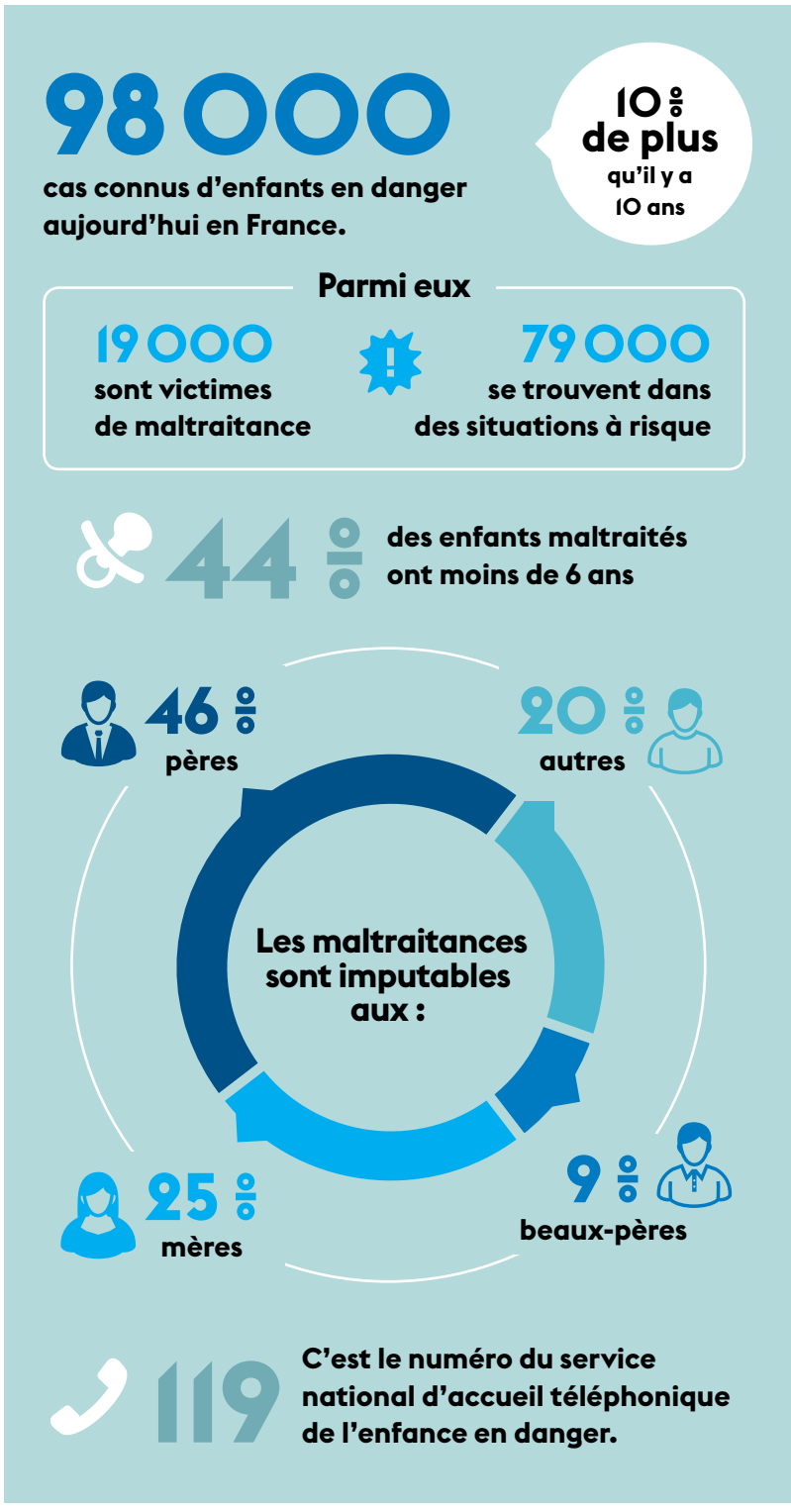
« Les sociétés aussi payent le prix des enfances bafouées »

« En France, nous sommes dans un déni massif face à la maltraitance des enfants, qui englobe les humiliations, les insultes, les pressions psychologiques… aussi destructrices que les coups. Cela se traduit d'ailleurs par le refus d'adopter une loi interdisant les châtiments corporels alors qu'il en existe presque partout en Europe.
Or les conséquences à long terme sont gravissimes. Durant toute ma carrière, j'ai tenté de faire comprendre que l'état de développement des petits enfants conditionnait leur devenir, mais le message ne passe pas. Quand les gens ont eu des enfances bafouées, les sociétés en payent aussi le prix. Les médecins doivent s'impliquer. D'ailleurs, ceux qui ne signalent pas risquent gros : 5 ans de prison et 75 000 euros d'amende. Mais on ne pourra vraiment avancer sans renforcer la formation des médecins et la prévention. »



Dr Anne Tursz, pédiatre et directrice de recherche à l'Inserm. Le médecin doit en fait toujours garder à l'esprit qu'une maltraitance est possible. Face à des brûlures, des fractures, des ecchymoses…, il doit analyser la cohérence de ces lésions avec l'âge de l'enfant et le mécanisme invoqué. Il doit aussi s'interroger face à des changements d'humeur ou de comportement, des parents parlant à la place de l'enfant ou le dénigrant… Certains facteurs de risque sont de surcroît à connaître. Le principal est la prématurité, surtout si le nouveau-né a dû être hospitalisé, car cela peut blesser les parents. Les troubles du développement, le handicap de l'enfant, sont d'autres facteurs potentiels de risque, tout comme les antécédents de violences subies dans l'enfance par les parents, les addictions, l'isolement, l'immaturité…

Les médecins sont par ailleurs touchés par des formes de



REPORTAGE

La Crip, le réflexe d'urgence pour l'enfance en danger

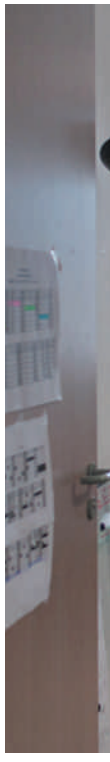
Dans le Val-de-Marne, la Cellule de recueil des informations préoccupantes évalue et traite les situations de mineurs en danger…

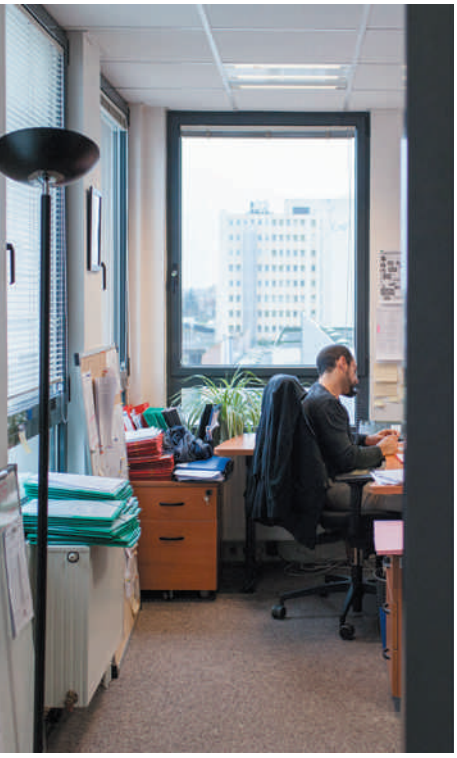
« Crip du Val-de-Marne bonjour, que puis-je faire pour vous ? » Concentrée, Géraldine Allix griffonne quelques notes sur son bloc, entourée d'une pile de dossiers. *« Un proviseur de collège nous signale un possible cas de fugue d'un adolescent, en conflit avec son père »*, explique-t-elle une fois le téléphone raccroché. Dans les couloirs feutrés de l'immeuble Solidarités du Conseil général, à deux pas du métro, la Cellule *« recueille l'information, évalue la situation du mineur en danger et détermine en urgence les actions de protection adaptées »*, détaille Léonor Sauvage, sa responsable. En 2013, la Crip a ainsi traité plus de 4 000 situations potentielles de dangers encourus par des mineurs. Elle a ordonné 2 600 évaluations sociales et 940 signalements au parquet. Des chiffres en augmentation de 25 % en quatre ans. *« Il s'agit de présomptions de maltraitance ou de carence de prise en charge quotidienne*, détaille le Dr Brigitte Samson, médecin de la Crip. *Les signes peuvent être visibles – traces de coups, brûlures, accidents domestiques à répétition – ou moins perceptibles : problèmes d'apprentissage, repli sur soi, anxiété… »*

6 % des appels par des professionnels de santé

Ancienne médecin de PMI, Brigitte Samson a participé au lancement de la Crip 94 en 2004, bien avant leur généralisation en France par la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. Ce sont les professionnels travaillant au sein d'organisations en contact avec les mineurs qui interpellent les Crip : Éducation nationale, associations, centres PMI, autorité judiciaire, police, services sociaux, etc. Quant aux professionnels de santé, *« ils ne représentent que 6 % des appels, et pour les médecins libéraux, la part tombe à 1 % »*, regrette Léonor Sauvage. Pour Brigitte Samson, les raisons sont multiples : *« Il s'agit avant tout d'un défaut de formation initiale pour repérer les signes de maltraitance. Par ailleurs, les médecins ne connaissent pas toujours le rôle des Crip départementales. Et puis ils n'osent peut-être pas engager une procédure contre des familles qu'ils suivent ou craignent d'enfreindre le secret professionnel… »* Les médecins constituent pourtant un maillon essentiel dans le signalement des risques encourus par les mineurs.

En décembre 2014, la Crip a créé un pôle dédié à la prise en charge des mineurs étrangers isolés. Près de 200 d'entre eux sont enregistrés chaque mois. Environ un tiers sont pris en charge par les services de la protection de l'enfance du Conseil général.





déni. « *Ils ont une "aversion de voir"*[4]*. Imaginer le plus horrible les dérange trop. Quand les parents sont issus de leur classe sociale, ils peinent encore plus à signaler. Ils n'arrivent pas à croire que le notaire, le pharmacien… puisse se livrer à de tels actes* », pointe le Dr Tursz. Or la maltraitance, qui découle d'une pathologie de l'attachement, traverse tous les milieux sociaux. Si le nombre de signalements est plus élevé « *dans les familles dites défavorisées, c'est simplement du fait que ces familles sont davantage suivies par les services sociaux* », explique Enfance et Partage dans son guide juridique à l'usage des professionnels de l'enfance *Agir contre la maltraitance*[5]. Enfin, envisager une maltraitance dans une famille que les médecins connaissent parfois depuis longtemps leur est malaisé.

La peur du signalement abusif est un autre obstacle majeur. Les médecins libéraux en particulier ont une « *véritable hantise* » d'engager leur responsabilité, souligne le comité de suivi. « *Ils redoutent d'avoir des sanctions disciplinaires voire pénales pour dénonciation calomnieuse. Mais si le signalement est bien rédigé, si l'on se limite à des constats objectifs, à rapporter les propos des gens entre guillemets, si l'on n'accuse personne…, cela ne peut pas arriver* », affirme le Dr Tursz. Ambigu, l'article 44 du code de déontologie médicale peut certes laisser penser que le médecin a le droit de s'abstenir de signaler. En effet, il stipule que, face à un mineur victime de sévices ou de privations, il doit alerter les autorités judiciaires ou administratives « *sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience* ». Cela semble, à tort, créer une brèche dans le dispositif législatif. Le comité de suivi du colloque a d'ailleurs fait de la suppression de cette mention l'une de ses 44 propositions.

« Le médecin n'a pas à être certain de la maltraitance ni à en apporter la preuve pour alerter l'autorité compétente, mais il doit fonder sa suspicion sur un faisceau d'arguments. »

Réagir absolument

Alarmée par le silence des médecins et soucieuse de les aider à repérer et à signaler les cas de maltraitance, la Haute Autorité de santé (HAS) a publié, à l'automne, une recommandation accompagnée d'une fiche mémo didactique « *destinée à devenir l'outil de référence pour les professionnels* » et d'un document interactif récapitulant les procédures à suivre et les contacts utiles[6]. Il est ainsi rappelé que le médecin n'a pas à « *être certain de la maltraitance ni à en apporter la preuve pour alerter l'autorité compétente* » mais qu'il « *doit fonder sa suspicion sur un faisceau d'arguments* », résume le Dr Muriel Dhénain, du service des bonnes pratiques de la HAS. Y sont en outre détaillés les actes à réaliser en cas de suspicion de maltraitance : examen clinique complet de l'enfant dévêtu, entretien avec l'entourage, échange seul à seul avec l'enfant…

La réaction attendue dépend du degré de risque encouru. Globalement, face à une urgence vitale, le médecin doit, via le Samu, transférer l'enfant à l'hôpital, qui effectuera le signalement ; et, en cas de danger médical important, organiser l'hospitalisation

et établir le signalement au procureur de la République. Quelle que soit la gravité médicale, si une mise à l'abri immédiate est nécessaire, une hospitalisation s'impose. « *Pour un médecin libéral, la meilleure stratégie est de passer la main à un collègue hospitalier qu'il connaît et à qui il peut tout expliquer par téléphone. Ce dernier bénéficie en effet d'un cadre d'exercice, d'une équipe, lui procurant une forme d'anonymat, alors que le médecin libéral, isolé, peut craindre de perdre une partie de sa clientèle* », conseille le Dr Tursz. Hors urgence, les situations doivent donner lieu à une transmission à la Cellule de recueil, d'évaluation et de traitement des informations préoccupantes (Crip) de son département afin que le conseil général prenne des mesures d'aide et de protection (voir encadré « Reportage »). Le médecin ne doit en tout cas jamais hésiter à demander conseil. Aussi, insiste le Dr Tursz, « *tout médecin recevant des enfants devrait avoir, outre les numéros du tribunal de grande instance et de la Crip, ceux du conseil départemental, ou national, de l'Ordre et d'Allô Enfance en danger [le 119], pour ne pas rester seul face au doute.* »

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

1. Gilbert R., Widom C.S., Browne K., Fergusson D., Webb E., Janson S. Child Maltreatment 1. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. 2009; 3;373(9657): 68-81.
2. Les Oubliés – Enfants maltraités en France et par la France – Anne Tursz – Seuil, 2010
3. Remis en octobre 2014 à la ministre des Affaires sociales et de la Santé. http://maltraitancedesenfantsgrandecausenationale2014.wordpress.com/comite-de-suivi-du-colloque/
4. Krugman R.D., Leventhal J.M. Confronting child abuse and neglect and overcoming gaze aversion: the unmet challenge of centuries of medical practice. Child Abuse Negl. 2005; 29: 307-309.
5. www.enfance-et-partage.org
6. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1770464/fr/maltraitance-chez-lenfant-reperage-et-conduite-a-tenir

Point de vue extérieur

Sylvain Barbier Sainte Marie, vice-procureur, chef de la section des mineurs du parquet de Paris

« Il ne s'agit pas de dénoncer des adultes mais de protéger des enfants »

Recevez-vous beaucoup de signalements émanant des médecins ?
Les médecins de ville ne signalent presque pas. Ils ont une peur irrationnelle de l'institution judiciaire et policière ; ils redoutent de signaler à tort une maltraitance ou d'être poursuivis pour fausse dénonciation. Mais ces arguments ne tiennent pas. On ne leur demande pas de mener l'enquête et ils ne risquent rien s'ils rapportent juste des faits ! À l'inverse, il est de leur devoir, au moindre doute, d'effectuer un signalement. Les médecins doivent comprendre qu'ils ne sont pas dans une posture de dénonciation des adultes mais de protection des enfants. Il ne faut pas raisonner à l'envers. En outre, s'ils se sentent pris dans des conflits de loyauté vis-à-vis de la famille, les médecins peuvent se tourner vers les hôpitaux qui feront le signalement.

Que se passe-t-il après un signalement ?
La première priorité est de savoir si l'enfant est en danger dans sa famille ; la seconde est d'ordre pénal — si tel est le cas, nous saisissons la Brigade de protection des mineurs (BPM), qui réalise une enquête. Face à un risque de très graves violences, le procureur peut prendre une ordonnance de placement provisoire. L'enfant est alors placé à l'hôpital ou à l'Aide sociale à l'enfance, et le juge des enfants prend la main. Dans des cas moins alarmants, sans nécessité de placement, on saisit le juge des enfants, qui rencontre la famille et lance une enquête sociale. En cas de doutes plus faibles, le procureur saisit le conseil général afin qu'il établisse un rapport. Selon le résultat, la protection de l'enfant lui sera confiée ou un juge des enfants sera saisi. Enfin, quand le signalement se révèle sans fondement, le dossier est classé sans suite.

Comment favoriser les signalements ?
Pour moi, le maître-mot est le décloisonnement. Magistrats, médecins, officiers de police judiciaire, services sociaux… nous devons tous travailler ensemble, ce qu'autorise le cadre du secret partagé. Ce qui est arrivé à la petite Marina ne doit plus se reproduire. D'ores et déjà, nous avons réussi à avancer avec les médecins hospitaliers qui, eux aussi, signalaient peu. Quand j'ai pris la tête du parquet des mineurs de Paris en 2011, j'ai en effet défini trois priorités, dont la maltraitance des enfants et le partenariat. J'ai alors créé des « cellules maltraitance » dans les hôpitaux pédiatriques parisiens : Necker et Trousseau, dans la lignée de celle existant à Debré. Depuis, nous nous rencontrons chaque trimestre avec les médecins, les services sociaux, un représentant de la BPM et nous décryptons tous les cas de signalement. Au fil du temps, nous avons construit la confiance et ce travail partenarial a abouti à la signature d'un protocole par les institutions engagées. Le succès est tel que l'extension à d'autres hôpitaux est envisagée et que maints parquets désirent se lancer. Des médecins qui ne signalaient pas se sont mis à le faire. C'est une belle réussite.

vos informations pratiques

le guide juridique

24. en bref
Accessibilité des cabinets médicaux
Logiciels de prescription et mention des DCI

25. vos questions / nos réponses
Remplacements par les internes en médecine

26-27. décryptage
Loi de financement de la sécurité sociale 2015

28-29. pratique
Le médecin retraité non actif : droits et devoirs déontologiques

30. pratique
Prévenir et gérer les conflits

www.conseil-national.medecin.fr

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

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

EN BREF

Accessibilité des cabinets médicaux

Le décret n° 2014-1327 du 5 novembre 2014 relatif à l'agenda d'accessibilité programmée pour la mise en accessibilité des établissements recevant du public et des installations ouvertes au public met en application l'ordonnance n° 2014-1090. Celle-ci prévoit la mise en place d'un outil, l'agenda d'accessibilité programmée, permettant de prolonger au-delà de 2015 le délai permettant d'effectuer les travaux de mise en accessibilité des établissements recevant du public et des installations ouvertes au public en contrepartie de la mise en place d'un dispositif de suivi de l'avancement des travaux prévus, qui peut amener à sanctionner, dans le cadre d'une procédure de carence, les manquements aux engagements pris par le signataire dans l'agenda. Le décret définit le contenu de l'agenda d'accessibilité programmée pour la mise en accessibilité des établissements recevant du public et des installations ouvertes au public. Il fixe également les conditions de son approbation par l'autorité administrative et les modalités de prorogation éventuelle des délais associés aux différentes étapes de la procédure. Il adapte enfin les procédures existantes relatives aux demandes d'autorisation de construire, d'aménager ou de modifier un établissement recevant du public.

Logiciels de prescription et mention des DCI

Le décret n° 2014-1359 du 14 novembre 2014 relatif à l'obligation de certification des logiciels d'aide à la prescription médicale et des logiciels d'aide à la dispensation prévue à l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale définit le champ d'application des logiciels d'aide à la prescription médicale et d'aide à la dispensation officinale soumis à l'obligation de certification et fixe au 1er janvier 2015 l'entrée en vigueur de cette obligation. Il fixe par ailleurs au 1er janvier 2015 également l'entrée en vigueur de l'obligation, lors de toute prescription d'une spécialité pharmaceutique, de mentionner ses principes actifs désignés par leur dénomination commune internationale (DCI) recommandée par l'Organisation mondiale de la santé ou, à défaut, leur dénomination dans la pharmacopée.

Arrêté du 5 novembre 2014 portant nomination des membres du collège d'experts placé auprès de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (médecins proposés par le président du Cnom : titulaire, M. Walter Vorhauer; suppléants, Max-André Hervé, Marc Taccoen, Christian Defouilloy).

Arrêté du 21 novembre 2014 modifiant l'arrêté du 1er octobre 2014 fixant au titre de l'année 2014 le nombre maximum de diplômes d'études spécialisées complémentaires de groupe I susceptibles d'être délivrés par reconnaissance de l'expérience professionnelle.

Arrêté du 24 novembre 2014 fixant la liste des substances et méthodes dont la détention par le sportif est interdite en application de l'article L. 232-26 du code du sport.

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

Remplacements par les internes en médecine

Quelles conditions doit remplir l'interne ?

Deux conditions cumulatives doivent être remplies par l'interne pour que le conseil départemental de l'Ordre autorise le remplacement d'un médecin (article L. 4131-2 du code de la santé publique) :
1. Avoir validé le 2e cycle des études médicales en France ou dans un État membre de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen ;
2. Avoir validé au titre d'un 3e cycle des études médicales effectué en France un nombre de semestres déterminé, en fonction de la spécialité suivie, fixé par décret.

Quelle est la procédure pour obtenir l'autorisation de remplacement ?

Le médecin qui souhaite se faire remplacer demande au conseil départemental d'autoriser ce remplacement. Il joint à sa demande une copie de la licence de remplacement que l'interne lui aura communiquée. Le conseil départemental (CD) vérifie si :
– l'interne est en possession d'une licence de remplacement prouvant qu'il a atteint le niveau d'études requis dans la spécialité concernée ;
– il présente les garanties nécessaires de moralité : le conseil peut demander le bulletin n° 2 du casier judiciaire ;
– il ne présente pas d'infirmité ou d'état pathologique incompatible avec l'exercice.
Si ces conditions sont remplies, le CD autorise le remplacement et notifie cette décision au médecin remplacé qui en informe l'interne concerné. En cas de refus, la décision est motivée et notifiée au médecin par lettre recommandée avec AR.
Le CD doit également informer sans délai (courrier, télécopie) le directeur de l'agence régionale de santé des autorisations délivrées en précisant : l'identité de l'étudiant et du médecin concernés ainsi que la date de délivrance des autorisations et leur durée.

Comment obtenir une licence de remplacement ?

La licence de remplacement est demandée auprès du conseil départemental du lieu de la faculté de médecine ou éventuellement du centre hospitalier universitaire où l'interne assure ses fonctions. L'interne remplit un questionnaire à renvoyer avec des justificatifs (preuve de la validation du 2e cycle des études médicales, justificatif d'inscription en 3e cycle ou mise en disponibilité pour l'année universitaire en cours, relevé des semestres de stage validés délivré par la faculté de médecine ou l'ARS). La licence de remplacement est une attestation, sans valeur juridique, qui constate qu'un interne remplit les critères de formation requis dans la spécialité concernée pour effectuer le remplacement d'un médecin. Le remplacement doit ensuite être autorisé par le conseil départemental au tableau duquel est inscrit le médecin remplacé (article D. 4131-2 du code de la santé publique).
Les internes en médecine mis en disponibilité au titre de l'article R.6153-26 du code de la santé publique peuvent être autorisés à effectuer des remplacements :
– pendant toute la durée de leur mise en disponibilité dans les cas suivants :
1. Études ou recherches présentant un intérêt général ;
2. Stage de formation ou de perfectionnement en France ou à l'étranger.
– uniquement pendant la première année de mise en disponibilité dans les cas suivants :
1. Accident ou maladie grave du conjoint, d'une personne avec laquelle il est lié par un pacte civil de solidarité, d'un enfant ou d'un ascendant.
2. Convenances personnelles.

Section Éthique et Déontologie

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

Loi de financement de la sécurité sociale 2015

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, votée à l'Assemblée début décembre, a été publiée au* Journal officiel *du 24 décembre 2014. La reprise de la réduction des déficits à partir de 2015 repose principalement sur des efforts significatifs sur les dépenses.

Comme tous les ans, la loi de financement de la sécurité sociale comporte un nombre important de dispositions qui sont susceptibles d'avoir un impact direct ou indirect sur votre exercice professionnel.

Traitement de l'hépatite C

Le Parlement a dû ainsi intervenir sur les coûts élevés du traitement de l'hépatite C, en particulier avec la mise en place d'une thérapie innovante. Ces coûts pourraient dépasser le milliard d'euros dès début 2015 et ont, d'ores et déjà, entraîné un dépassement de l'enveloppement de soins de ville fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Un dispositif financier contraignant est donc mis en place à l'égard des laboratoires dans le but de limiter la charge nouvelle de ces traitements pour la solidarité nationale, sans pour autant restreindre le nombre de patients susceptibles de bénéficier de ces nouveaux traitements, dans le cadre des recommandations d'utilisation de la HAS.

Cette situation, certes exceptionnelle, met cependant en exergue les débats éthiques sur le comportement des industriels, les choix que l'État doit faire pour financer l'accès aux soins et les décisions que les praticiens doivent prendre pour soigner leurs patients.

Tiers payant

Si les bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé (1 200 000 personnes) relevaient déjà du tiers payant pour la couverture de base, tel n'était pas le cas pour la couverture complémentaire.

La loi de financement a donc mis en place le tiers payant intégral. Rappelons que le plafond annuel des ressources pour l'accès à l'ACS est de 11 670 euros pour une personne seule et que le dispositif ne fonctionne que dans le cadre du parcours de soins coordonné. La loi a institué la possibilité pour les médecins de disposer d'un interlocuteur unique pour l'ensemble de la procédure du tiers payant intégral, y compris donc le paiement des sommes qui leur sont dues.

Statut de praticien territorial en médecine ambulatoire

Après le praticien territorial en médecine générale, la loi crée, sur un modèle relativement proche, le statut de praticien territorial en médecine ambulatoire qui sera ouvert à tous les spécialistes s'installant, à compter du 1er janvier 2015, dans des zones sous-dotées en médecins de même spécialité. Ces praticiens bénéficieront d'une rémunération forfaitaire pendant leurs congés maternité (ou paternité).

Les principales obligations sont l'obligation de se faire remplacer durant cette période de congés et d'exercer dans la zone sous-dotée au moins pendant 3 ans. Un soutien a également été voté pour les médecins exerçant dans des territoires isolés, en particulier médecin de montagne. Son montant n'est pas encore connu mais ne devrait pas dépasser les 5000 euros par an.

Faisant écho aux positions du Conseil national de l'Ordre des médecins, la discussion parlementaire a notamment porté sur l'opportunité de créer des obligations supplémentaires à la charge de praticiens qui exercent ou exerceront là où personne ne veut s'installer.

Le Parlement a rejeté l'amendement tendant à exonérer de cotisations de retraite les médecins souhaitant poursuivre une activité en zone déficitaire dans le cadre du dispositif cumul emploi-retraite. Le Cnom avait déjà proposé des amendements allant dans le même sens les années passées.

Dans les établissements de santé

En établissement de santé, la loi de financement de la sécurité sociale contient un certain nombre de dispositions qui retiennent l'attention.

Elle introduit ainsi une rémunération à la performance des établissements (50 000 à 500 000 euros), en complément de la T2A, qui sera basée sur des critères de qualité (tenue du dossier, dépistage des troubles nutritionnels…). À l'inverse, les établissements

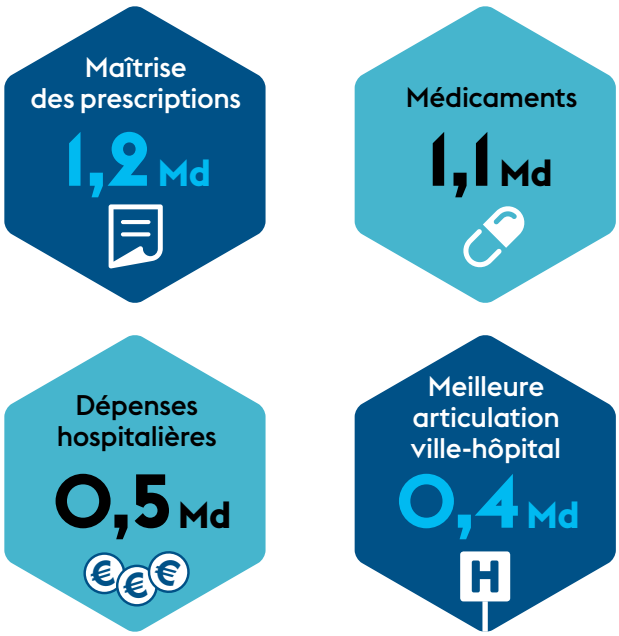
ne répondant pas aux objectifs d'amélioration de la qualité de la sécurité des soins devront signer un contrat avec l'ARS, qui pourra les sanctionner financièrement en cas de non-respect des engagements pris, notamment sur le risque médicamenteux et infectieux. La loi crée également la possibilité pour les ARS de proposer aux établissements de signer des contrats d'amélioration de la pertinence des soins. Ceux qui ne signent pas un tel contrat ou ne respectent pas les objectifs pourront faire l'objet de pénalités financières. Un système proche est mis en place pour inciter à la prescription de génériques, de même que pour encadrer la prescription des médicaments inscrits sur « la liste en sus ». Il s'agit, rappelons-le, de médicaments coûteux remboursés par l'Assurance maladie, en sus du tarif du GHS déjà pris en charge.

Il est intéressant de noter que le Conseil constitutionnel a été saisi de cette mesure susceptible de porter atteinte à la liberté de prescription. Sa réponse est intéressante sur plusieurs plans. Tout d'abord, il n'écarte pas l'idée que le libre exercice de la profession médicale puisse avoir valeur constitutionnelle. D'autre part, il estime que les règles fixées par le législateur ne conditionnent pas directement la liberté de prescription des médecins. Une telle vision est conforme au respect de la déontologie médicale puisqu'elle consiste à juger que les médecins n'ont pas à se soucier des mesures d'encadrement prises par les établissements, compte tenu de leur indépendance professionnelle. Elle n'est cependant pas toujours en phase avec les réalités professionnelles.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins estime que l'indépendance professionnelle des praticiens aurait gagné à ce que les amendements associant les conférences médicales d'établissement et leur représentation à des dispositifs portant sur la qualité et la sécurité des soins soient adoptés. Ces amendements de bon sens n'ont pas été retenus.

LES ÉCONOMIES BUDGÉTÉES SUR LA BRANCHE ASSURANCE-MALADIE

Dans la loi de financement de la sécurité sociale 2015, le gouvernement prévoit 3,2 milliards d'euros d'économie sur la branche assurance maladie de la Sécurité sociale, répartis comme suit :



Amendements du Cnom

Enfin, le Conseil national de l'Ordre des médecins avait proposé plusieurs amendements. L'un portait sur le développement de la télémédecine en ouvrant largement la nomenclature des actes remboursés aux activités déployées en télémédecine. Il faut savoir que quatre ans après la parution du décret « télémédecine », seul un acte télémédical est inscrit dans la nomenclature des médecins : il s'agit de la lecture différée des photographies du fond d'œil. Le Cnom avait aussi souhaité que les règles de financement des frais et honoraires relatifs aux certificats de décès soient clarifiées. Sur ces deux points, le gouvernement a estimé les propositions du Cnom prématurées…

Section de l'Exercice professionnel

Le médecin retraité non actif : droits et devoirs déontologiques

Lorsque le médecin décide d'interrompre définitivement son activité professionnelle, il conserve certaines prérogatives liées à son statut comme le fait de pouvoir faire usage de son titre de docteur en médecine et de prescrire à la condition d'être toujours inscrit au tableau, de ne pas faire l'objet d'une suspension temporaire, de se conformer à la législation en cours, de suivre les recommandations de l'Ordre.

Le médecin retraité doit continuer à respecter les règles déontologiques qui, en toutes circonstances, s'imposent à la profession.

• **L'inscription** du médecin retraité au Tableau, ou son maintien, n'est pas obligatoire. Cependant, moyennant une cotisation réduite, elle lui permettra de prouver son identité de médecin par le biais d'une carte professionnelle nominative, de rester informé en recevant les différentes publications de l'Ordre, de garder le contact avec la profession et de prescrire dans certaines conditions. Si le médecin change de département, il devrait normalement solliciter le transfert de son dossier au siège du conseil de son nouveau lieu de résidence.

• **Le caducée** ne peut être délivré à un médecin sans activité puisque son usage est uniquement destiné à faciliter ses déplacements et stationnement dans le cadre exclusif de son exercice. D'ailleurs, d'une façon générale, il ne s'agit en aucun cas d'un sauf-conduit donnant autorisation à s'affranchir des règles imposées à tout citoyen. C'est hélas l'abus d'usage qui lui en a fait perdre sa valeur.

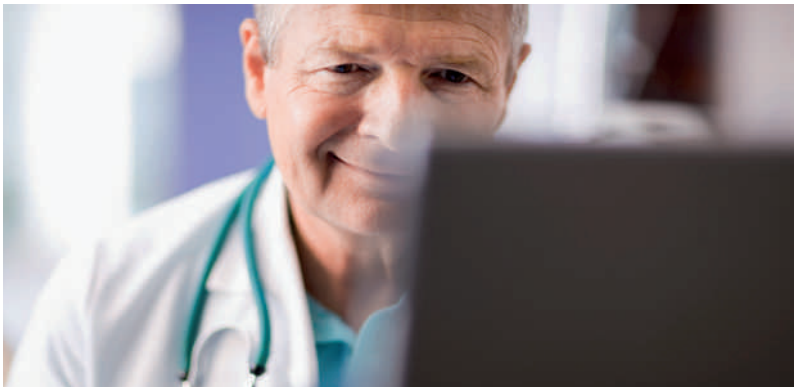
• **La prescription** peut se concevoir pour soi-même ou ses proches (conjoint, enfants, petits enfants, belle-famille). Les us et coutumes étendaient cette possibilité aux gens vivant sous le toit du médecin, voire à ses employés de maison… lorsqu'ils existaient. Il serait imprudent d'initier une thérapeutique d'importance sans un avis compétent et une prise en charge adéquate. Il convient néanmoins de rester prudent dans la mesure où au bout d'un temps d'ailleurs relativement court, le médecin retraité peut ne plus disposer des dernières informations techniques sur tel ou tel produit, sur telle ou telle investigation, ou ne pas avoir connaissance de la réglementation en vigueur (par exemple la prescription en DCI). Le risque de s'exposer à des effets délétères est toujours possible. Lorsque le médecin retraité et sans activité de soins est confronté à une urgence (malaise ou AVP…), il doit se conduire en secouriste averti.

• Le médecin retraité peut disposer **d'ordonnances** sur lesquelles figurent son identité, sa qualité, un numéro de téléphone, son numéro d'inscription à l'Ordre et son numéro RPPS (Répertoire partagé des professionnels de santé). À la condition de ne pas prescrire de produits d'exception ou soumis à une législation particulière, ces ordonnances peuvent ne pas être « sécurisées ». Elles peuvent aussi être éditées à partir d'une imprimante avec signature manuscrite. Enfin, sur présentation d'une ordonnance signée de sa main, ou de sa carte professionnelle, un médecin pourra obtenir la délivrance d'un médicament dans n'importe quelle officine. Il pourra en solliciter le remboursement par la Caisse.
En effet, rien ne s'oppose actuellement **au remboursement** des frais engagés. La mention « médecin retraité » doit figurer sur l'ordonnance.
Les prescriptions en vue d'obtenir

la délivrance de médicaments dans un autre État membre de l'Union européenne doivent comporter des mentions particulières (cf. article R. 5211-70 du code de la santé publique).

• Sur le plan théorique, rien ne s'opposerait à ce qu'un médecin retraité inscrit au Tableau puisse rédiger **un certificat** donnant « droit à… ». Mais toute suspicion de complaisance doit être écartée. Le médecin doit s'abstenir de prescrire à l'un des siens un arrêt de travail permettant d'en retirer un avantage quand bien même ce dernier serait légitime. Il convient aussi d'éviter les certificats de non-contre-indication à la pratique d'un sport. Tout accident pourrait mettre en jeu la responsabilité du rédacteur.

• L'interruption d'activité ne délie en rien le médecin de ses obligations déontologiques. Il reste soumis aux devoirs généraux du code de déontologie médicale et en particulier au secret professionnel. Tout ce qu'il a vu, entendu, compris… reste couvert par le secret.
Le médecin peut être appelé à témoigner en justice même après cessation d'activité. Les règles déontologiques restent immuables. L'exigence de discrétion est absolue.
S'il arrivait à un médecin inscrit au Tableau, retraité sans activité, d'être sollicité pour une mission ponctuelle particulière, rémunérée ou pas, il devrait s'assurer :
– que ses connaissances sont à jour et correspondent aux situations auxquelles il pourrait être amené à faire face
– qu'une **assurance** couvre bien cette activité, comme par exemple, la surveillance d'une compétition sportive.
– de bien déclarer tout honoraire perçu à la CARMF et à l'URSSAF si l'activité est rémunérée.
Enfin, en cas de souhait de **reprise d'activité** après un délai d'interruption supérieur à 3 ans, le médecin devra se rapprocher de son conseil départemental afin d'envisager les modalités d'une éventuelle remise à niveau de ses connaissances.


Thinkstock

Des conseils :

- ➔ Faute de successeur ou d'associé, le devenir des dossiers patients doit être résolu selon les recommandations doctrinales de l'Ordre (cf. le site du Cnom).
- ➔ Sollicité sur des faits anciens connus au cours de son exercice, le médecin pourra toujours **attester** ou **témoigner**, à la condition absolue de rester dans les limites du code de la santé publique et de respecter les dispositions du code de déontologie médicale (respect du secret).
- ➔ L'assurance en responsabilité civile professionnelle devrait être conservée, mais a minima, surtout si le médecin continue à soigner les siens.
- ➔ Se soigner et soigner les siens avec beaucoup de prudence doit être la règle. Bien soigner les siens, c'est d'abord, pour le médecin retraité, se confier, ou confier son parent, à des confrères compétents.
- ➔ Il faut admettre avec humilité que la science avance très vite et qu'il n'est pas possible de rester au courant en dehors ou à distance d'un exercice régulier[1]. « *On ne sait que ce que l'on pratique* » (Montesquieu).
- ➔ Choisir comme tout citoyen un médecin référent semble être utile et nécessaire.
- ➔ La décision d'une radiation administrative est parfois indispensable pour des confrères qui ne seraient plus en capacité de prescrire. Il ne s'agit pas d'une sanction. Elle doit être sollicitée par le médecin, la famille ou le tuteur. Un signalement suggérant « un doute sérieux » nécessite l'intervention du conseil départemental et, faute de solution de raison, une procédure doit être diligentée afin d'éviter d'éventuels incidents de prescription.

Le médecin retraité inscrit au Tableau conserve certains de ses droits et tous ses devoirs. Même retraité sans activité, il garde le statut de médecin en particulier aux yeux de ses anciens patients, qui lui ont fait confiance et qui savent que les secrets confiés seront bien gardés. En matière de prescription, il faut savoir s'arrêter et se confier, ou confier les siens à un confrère encore en activité. C'est sans doute là l'un des derniers devoirs du médecin…

Dr Jean-Marie Faroudja,
président de la section Éthique et déontologie

1. Un exemple : depuis sa retraite prise à 65 ans, un confrère nonagénaire prescrivait à son épouse du même âge des AVK avec, néanmoins, un TP annuel… jusqu'à ce qu'un pharmacien s'en inquiète… !

Prévenir et gérer les conflits

Nous assistons à un changement de paradigme dans la relation entre le médecin et son patient. On est passé d'une relation de « paternalisme » à un véritable partenariat. À ce titre, les patients veulent être informés, écoutés et comprendre les informations qui leur sont données.

LES CAUSES DES CONFLITS

• Le retard dans la consultation ou le rendez-vous.
• Le refus de délivrer un document, un dossier, un médicament, un examen… attendu par le patient.
• L'incompréhension ou la mauvaise explication d'une information donnée par le médecin.
• Le reproche quant à l'acte médical ou la consultation.
• Une faute, erreur, aléa, événement indésirable ou porteur de risque.

COMMENT LES PRÉVENIR

• Savoir écouter son patient, lui porter attention, respect et empathie.
• Informer et s'assurer que son patient saisit ce qu'on lui explique, le laisser poser des questions, lui proposer de reformuler ce qu'il a compris (article 35 du code de déontologie médicale).
• Discerner les personnalités difficiles ou les situations à risque parmi les patients ou leurs proches. Il faut alors être particulièrement attentif avec eux, notamment dans leurs propos et leurs attitudes.
• Repérer les signes précurseurs d'un conflit potentiel.
• Respecter les règles de rédaction des certificats et attestations. Leur rédaction n'est jamais urgente et nécessite, au besoin, un conseil auprès de l'Ordre.
• Proposer de consulter un confrère, un tiers, en cas de différend sur la prise en charge (articles 32 et 60 du code de déontologie médicale).
• Réorienter au bon moment le patient vers un autre confrère, en s'assurant de la continuité des soins.
• Se récuser dans les cas extrêmes de mésentente, comme le précise l'article 47 du code de déontologie. Cela permettra de se désengager à temps avant que les désaccords sur un diagnostic ou une thérapeutique n'aboutissent à une rupture conflictuelle des relations.
• Bien tenir le dossier médical. En cas de menace de conflit, présenter le dossier au patient.
Un dossier bien tenu est sans doute la meilleure assurance du médecin (articles 45 et 46 du code de déontologie médicale) et peut limiter les conséquences d'une procédure devant une juridiction.
• Acquérir un minimum de connaissances de la gestion des conflits et des bases juridiques, par l'expérience et par le compagnonnage (article 68-1 du code de déontologie médicale). Cela contribue à réduire le stress et permet d'adopter la bonne attitude en cas de conflit.
• Se munir d'une bonne assistance juridique avec défense et recours dans le cadre de son assurance civile professionnelle.

UN DIFFÉREND EST SURVENU, QUE FAIRE ?

• Faire face sans se dérober.
• Contacter le patient ou son entourage, lui proposer un rendez-vous d'explication, au besoin en présence d'un tiers accepté par le patient.
• Inciter le patient à verbaliser son désaccord.
• Savoir reconnaître son erreur si elle est réelle, sous réserve d'une enquête supplémentaire si nécessaire. S'en excuser, proposer des solutions si cela s'avère possible.
• Si le grief est injustifié, rester compréhensif, empathique mais ferme en s'appuyant sur le dossier médical, en sachant mettre en avant la notion d'incertitude inévitable en médecine, la iatrogénie… Cette démarche s'avère souvent très payante et le temps passé ne sera pas perdu.
• Préparer la rencontre et ne pas hésiter à solliciter l'avis d'un conseiller départemental.
• Accepter la conciliation en cas de doléances ou plainte adressées à l'Ordre par un patient. Ce temps capital, organisé par le conseil départemental de l'Ordre, permet de désamorcer de nombreux conflits.
• Avertir son assurance et son conseil départemental dès qu'un conflit laisse entrevoir la possibilité d'une procédure.
• Prendre l'assistance d'un avocat spécialisé. Il peut être proposé par l'assurance, dès le stade de la première instance. Le caractère abusif mais également calomnieux d'une plainte (article 226-10 du code pénal) devra également être dénoncé avec l'aide de son conseil juridique.
• Tirer les conséquences positives à l'issue d'un conflit résolu pour l'avenir, notamment par un partage d'expériences.

Dr Le Douarin, secrétaire général adjoint du conseil national de l'Ordre des médecins

culture médicale

Antoine L. Boustany, *Histoire de la grande famine au Mont-Liban* (1915-1918) Un génocide passé sous silence, éditions Antoine L. Boustany, 17 euros.

HISTOIRE DE LA GRANDE FAMINE AU MONT-LIBAN

1915-1918. Durant ces quatre années, les Libanais n'ont jamais vécu de pareil enfer. La nouvelle équipe au pouvoir en Turquie, Union et Progrès, décide un deuxième génocide en tentant d'exterminer la population du Mont-Liban non par le feu, mais par la faim. Dans un style attachant, le Pr Antoine Boustany, président de l'Ordre des médecins du Liban, relate les péripéties et les événements précédant et accompagnant le génocide et les conséquences de celui-ci. Il nous livre une analyse de ses raisons profondes et de la personnalité de ses acteurs.

Marina Carrère d'Encausse, *Une femme blessée*, éditions Anne Carrière, 17 euros

UNE FEMME BLESSÉE

Fatimah vit au Kurdistan irakien avec son mari, leurs enfants et la famille de son mari. Un jour, elle est emmenée à l'hôpital de Souleymanyeh, très grièvement brûlée. Un accident domestique, apparemment… « Apparemment » car ces accidents dont sont victimes de nombreuses femmes, en général très jeunes, masquent souvent des crimes d'honneur. Tandis que Fatimah va lutter pour vivre malgré ses blessures, pour ses enfants et le bébé qu'elle porte et qu'elle appelle le « bébé de la honte », la vie dans son village s'organise sans elle. À tel point qu'il semble qu'elle n'ait jamais existé. Dans ce roman poignant, Marina Carrère d'Encausse, docteur en médecine, aborde la terrible réalité des crimes d'honneur.

Marie-Jo Thiel, *Les Enjeux éthiques du handicap*, Presses universitaires de Strasbourg, 26 euros

LES ENJEUX ÉTHIQUES DU HANDICAP

Les personnes en situation de handicap rencontrent, aujourd'hui encore, bien des difficultés, des barrières, des discriminations et des exclusions. Des progrès considérables ont permis, au cours des dernières décennies, de transformer leur quotidien mais de nombreux défis demeurent. Dans cet ouvrage, fruit d'un colloque international, Marie-Jo Thiel, professeure à l'université de Strasbourg et spécialiste de l'éthique, évoque un certain nombre d'enjeux éthiques : autour du langage, des questions d'inclusion, de reconnaissance, de solidarité ; les défis autour de la gouvernance, de l'engagement associatif, la possibilité de mener une « vie ordinaire », de travailler, de fonder une famille…

Collectif Santé Numérique, *Quelle santé pour demain ? Quand le numérique bouleverse la médecine,* éditions Gallimard, 17 euros

QUELLE SANTÉ POUR DEMAIN ?

À l'heure où le numérique est partout et rend « intelligent » un nombre toujours plus grand d'objets de la vie courante, qu'en est-il de la santé ? Cet ouvrage, réalisé à l'initiative et par les membres du Collectif Santé Numérique, propose à la fois un état des lieux, une présentation des bonnes pratiques dans ces domaines, mais aussi des idées de mesures concrètes de nature à accélérer la pénétration du numérique en santé et à rendre (enfin !) le parcours de soins intelligent.

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

Dr Sylvie Bourdeleix
Gynécologue-obstétricienne libérale à Caen
et romancière

« Écrire est pour moi une manière de me réfugier dans un monde imaginaire »

« Je n'ai jamais voulu limiter ma pratique médicale à une seule façon de faire. Au contraire, dès le début de mes études et jusqu'à maintenant, j'ai toujours aimé expérimenter ce que m'autorisait la médecine : l'urgence avec les pompiers et le Samu, la médecine humanitaire au Sénégal, la Protection maternelle et infantile à Caen, des formations pour la Croix-Rouge française. Je me suis aussi engagée auprès d'associations très diverses mais qui toutes avaient plus ou moins un lien avec la médecine, comme Aides, Gynécologie sans frontières ou Aide et Action. Cet engagement me paraît indissociable de la médecine que je pratique depuis toujours. Cela ne m'intéresse pas en effet de n'être qu'un "médecin des organes". La dimension humaine de la relation soignant-patient est essentielle, et je la retrouve dans tout ce que je fais, comme médecin exerçant en libéral et dans mes engagements. J'aime cette relation de partage, de découverte mutuelle, d'approche globale de la personne. Dans ce contexte – assez chargé ! – j'essaie de trouver le temps d'écrire des romans policiers. C'est pour moi une détente, une manière un peu égoïste de me réfugier dans un monde imaginaire. Et, paradoxalement, cela ne m'éloigne pas de ma démarche médicale. Un roman policier est fait de pièces assemblées au fur et à mesure du récit pour finir par former un puzzle complet. J'y vois une sorte d'analogie avec l'examen clinique qui permet, à partir de plusieurs éléments, d'établir un diagnostic. Au début, je ne pensais pas vraiment à la publication. Et puis, sur le conseil d'amis, j'ai envoyé mon manuscrit au jury du prix du Quai des Orfèvres. À ma grande surprise, j'ai été primée et le roman est sorti chez Fayard sous le titre *Les Sarments d'Hippocrate*. J'en ai été très heureuse, d'autant plus que le roman s'est très bien vendu. Mais je n'ai aucune prétention littéraire. Tout ce que je souhaite, c'est que mes lecteurs éprouvent autant de plaisir à lire mes romans que j'en ai à les écrire ! En ce moment, j'écris une sorte d'essai sur mon expérience de médecin. Mais j'ai déjà en tête le plan d'un nouveau roman policier. J'ai le titre… mais pas la fin. Alors j'attends encore un peu avant de me lancer ! »

parcours

1989
Diplôme de la faculté de médecine de Caen et installation comme gynécologue-obstétricienne libérale à Caen.

Depuis 2000
Élue au conseil départemental de l'Ordre des médecins du Calvados, puis, depuis 2007, élue assesseur à la chambre disciplinaire de première instance du conseil régional de l'Ordre des médecins de Basse-Normandie.

2003
Parution de deux romans (sous le nom de Sylvie. M. Jema) : *Les Sarments d'Hippocrate*, couronné par le prix du Quai des Orfèvres, et *Brandoni's blues*.

2008
Parution de *Pouzzolane et Fleur de thé*, puis, en 2014, de *Mauvaises nouvelles de la plage*.

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