

# médecins

Le bulletin de l'Ordre national des médecins

n° 50 | juillet-août 2017

## Focus

Cartographie interactive : au service de l'offre de soins

## Sur le terrain

À l'UMJ, le calme après la tempête



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



## Dossier

# Applications en santé : le B.A-ba sur cette révolution



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

## 04. focus

Cartographie interactive : au service de l'offre de soins dans les territoires

## 06. en bref

- Bilan des comptes 2016 du Cnom
- La Réunion-Mayotte : l'Ordre mobilisé pour améliorer l'accès aux soins

## 08. sur le terrain

À l'Unité médico-judiciaire, le calme après la tempête

## 10. e-santé

Événements sanitaires indésirables : la DGS simplifie le système de déclaration

## 11. ailleurs

- L'AMM prépare son Assemblée générale
- Comment améliorer l'intégration des médecins réfugiés?

## 12. entretiens croisés

Risque terroriste : faut-il passer outre au secret médical?

## le guide juridique

### 24. en bref

Parcours de soins et démographie médicale : la Chants donne des guidelines

### 25. vos questions / nos réponses

Que faire devant un patient inapte à la conduite?

### 26-27. décryptage

Échange et partage d'informations médicales : ce qu'a changé la loi santé

### 28-30. pratique

- Repérage des violences envers les enfants
- Téléalarme et télésurveillance dans les cabinets
- Stationnements et caducée

## 31. culture médicale

### 32. rencontre

D<sup>r</sup> Brigitte Godard, médecin des astronautes, Centre européen des astronautes (Cologne)



# 16

## Applications en santé : le B.A.-ba sur cette révolution

77 % des Français de 18 à 75 ans possèdent un smartphone. Et celui-ci leur sert aujourd'hui moins à téléphoner qu'à utiliser des applications mobiles pour par exemple... surveiller sa santé. Une tendance qui s'accompagne de nombreuses interrogations, notamment chez les professionnels de santé. Quels sont les avantages de ces applis? Comment mesurer leur fiabilité? Quelles précautions prendre en les intégrant à sa pratique? Éléments de réponse...

## restons connectés!



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

Sur Twitter : suivez-nous sur @ordre\_medecins

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

Nous écrire : Conseil national de l'Ordre des médecins,  
180, bd Haussmann, 75008 Paris



DR

# L'espoir d'une nouvelle ère

**Depuis sa nomination, Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, semble montrer une volonté affirmée de renouer le dialogue avec les professionnels de santé, dialogue qui avait été largement malmené pendant la mandature précédente.**

J'ai ainsi eu l'opportunité de rencontrer notre nouvelle ministre le 6 juin. Je lui ai fait part des problématiques que nous rencontrons, nous médecins, dans notre exercice au quotidien.

J'ai relayé nos doutes et nos attentes. Je lui ai également exposé des pistes de solutions que nombre d'entre nous ont mises en œuvre dans les territoires, autant d'initiatives

**« Cette volonté de renouer le contact avec les professionnels de santé est louable... »**

qui ne demandent qu'à être consolidées, soutenues et promues. Si cette volonté de renouer le contact avec les professionnels de santé en général et avec l'Ordre des médecins en particulier est louable, il ne s'agit pas de s'en contenter. Les élections législatives ont abouti à un renouvellement sans précédent de nos représentants à l'Assemblée nationale. Un bouleversement qui pourrait enfin conduire à la réforme profonde et concertée que réclame notre système de santé. Mais pour cela, nous avons un important travail d'information et d'échange à réaliser sur le terrain auprès de ces élus. Nous sommes aujourd'hui devant une page blanche, à nous de nous mobiliser pour participer activement au projet qui y sera inscrit.

## **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 Aochiardi  
**Conception et réalisation :** CITIZENPRESS 48, rue Vivienne, 75002 Paris - **Responsables d'édition :** Sarah Berrier, Claire Peltier  
**Direction artistique :** David Corvaisier - **Maquette :** Mathilde Gayet, Vianney Bureau - **Secrétariat de rédaction :** Alexandra Roy  
**Fabrication :** Sylvie Esquer - **Couverture :** Istock - **Impression :** Imprimerie Vincent - **Dépôt légal :** à parution - n° 16758 ISSN : 1967-2845. Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.



## Cartographie interactive

# Au service de l'offre de soins dans les territoires

**L'Ordre a développé une nouvelle cartographie interactive de la démographie médicale.** Présenté lors d'une conférence de presse fin mai, cet outil de haute précision a pour objectif d'aider les acteurs de terrain à reconstruire l'offre de soins en toute connaissance de la situation dans les territoires.

**Depuis dix ans, l'Ordre des médecins a acquis une expertise reconnue dans le domaine de la démographie médicale** en publiant chaque année des atlas nationaux compilant les données recueillies à partir des inscriptions des médecins au Tableau, et tous les deux ans une édition régionale (prochaine à paraître fin 2017). Aujourd'hui, le Cnom met à disposition ces données par le biais d'une cartographie interactive. Principaux avantages : plus de fonctionnalités, d'ergonomie, des actualisations régulières des données spatio-temporelles...

### Un outil sur mesure

Densité médicale, moyenne d'âge des médecins, évolutions des modes d'exercice, des qualifications ou encore nombre et localisation des établissements hospitaliers... plus de 65 indicateurs sont disponibles et exploitables à 5 échelles géographiques sous la forme de cartes ou de tableaux. Il est possible de croiser ces indicateurs pour affiner des recherches, voire d'importer ses propres données et de les cartographier. L'outil offre ainsi la possibilité de réaliser une analyse de la démographie médicale au plus près des territoires.

### Pour qui ? Pour quoi ?

Cet outil est accessible à tous, mais s'adresse principalement aux institu-

tionnels, aux conseils de l'Ordre des médecins, aux décideurs politiques, aux acteurs de terrain et bien sûr aux médecins. Dans le cadre d'une installation, ils peuvent en effet s'appuyer sur la cartographie interactive pour choisir leur lieu d'exercice. Elle peut également les aider à identifier des besoins, des tendances, etc. dans la mise en œuvre de projets ou d'initiatives d'offre de soins au sein de leur territoire. « *Lancer en permanence des initiatives de regroupement dans des maisons de santé que l'on construit a priori... ce n'est pas comme cela que*

*l'on peut répondre aux besoins de la population en matière d'accès aux soins*, a rappelé le D<sup>r</sup> Patrick Bouet, président du Cnom, lors de la présentation de la cartographie. *Arrêtons de bâtir des murs avant d'avoir construit un projet médical de territoire...* » Et pour mieux répondre aux besoins et aux préoccupations des porteurs de projet, la cartographie du Cnom est appelée à être enrichie régulièrement.

**+ d'infos :**  
<https://demographie.medicin.fr>

### Point de vue de l'Ordre

**D<sup>r</sup> Jean-Marcel Mourgues**, président de la section Santé publique et Démographie médicale



### « Inciter les transversalités et les initiatives »

La raison d'être de cette cartographie interactive ne se résume pas à la production d'un nouvel outil informatique. Elle s'inscrit pleinement dans le projet de réforme de notre système de santé voulu par les médecins et porté par l'Ordre<sup>1</sup>, qui repose sur les territoires et les acteurs de terrain. Or pour agir, professionnels de santé, institutionnels et décideurs politiques

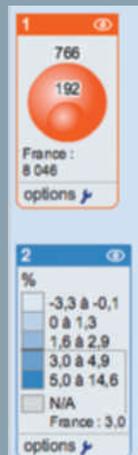
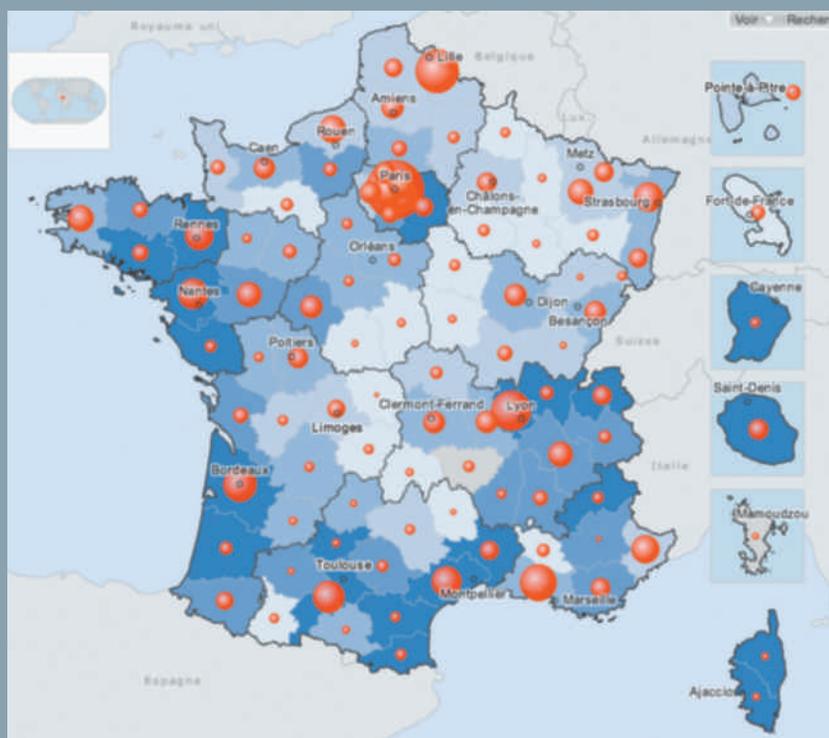
ont besoin d'avoir des informations, des données précises et fiables pour établir un diagnostic, réfléchir à l'organisation de l'accès aux soins, et pour envisager des solutions adaptées. Avec cet outil, nous espérons inciter les transversalités et les initiatives.

1. Pour l'avenir de la santé, de la grande consultation aux propositions : [lagrandeconsultation.medicin.fr](http://lagrandeconsultation.medicin.fr)

## CAS PRATIQUES



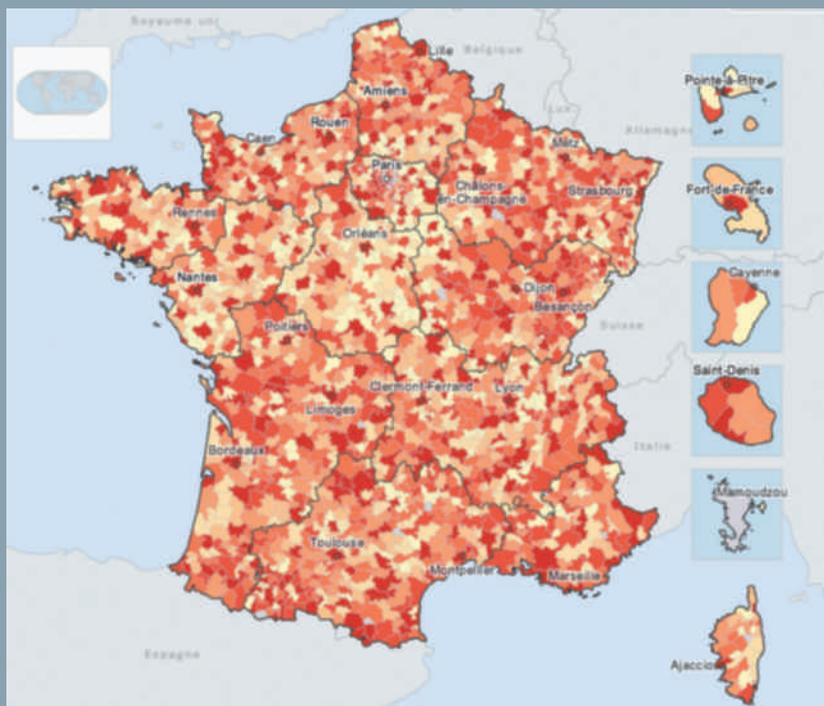
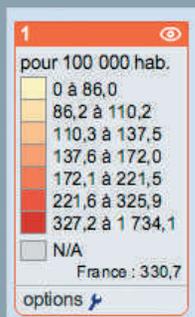
**Comparatif entre le nombre de nouvelles inscriptions en 2015 et la variation de la population générale entre 2010 et 2016, par département**



Cette carte permet de voir que les nouvelles inscriptions ne se font pas forcément proportionnelles aux évolutions de la population générale. Ainsi le département des Landes connaît une augmentation de population plus forte que les Pyrénées Atlantiques, son voisin, et pourtant il enregistre moins de nouvelles inscriptions.



**Densité des médecins en activité régulière, tous modes d'exercice confondus, en 2017, à l'échelle des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI)**



Grâce à cette carte, nous pouvons constater que le nombre de médecins pour 100 000 habitants est particulièrement bas dans le centre et l'ouest de la France. Dans ces zones, les EPCI les plus denses en médecins correspondent aux agglomérations. Cette carte vient également confirmer la problématique remarquée sur la carte précédente : la densité de médecins est effectivement moins forte dans les Landes qu'au Pays basque.

1. EPCI 2016

## Bilan des comptes 2016 du Cnom



**Dr Jean-Michel Béral,**  
président de la commission de  
contrôle des comptes et des  
placements financiers du Cnom

**La commission de contrôle des comptes et des placements financiers (CCCPF) a présenté son rapport sur les comptes 2016 en assemblée plénière. Elle s'est notamment exprimée sur les impacts particuliers du transfert du siège du Conseil national sur la comptabilité.** L'actif, composé notamment des créances (2 758 742 €), des disponibilités (22 383 223 €), des immobilisations corporelles (69 560 303 €) et financières (3 200 224 €), s'élève à 98 779 807 €. Le passif est composé principalement de la réserve générale (30 584 779 €), des fonds (5 377 096 €), de provisions (334 209 €) et des dettes (63 227 408 €).

### Points d'attention

La commission de contrôle des comptes et des placements financiers (CCCPF) a présenté son rapport sur les comptes 2016 en assemblée plénière. Elle s'est notamment exprimée sur les impacts particuliers sur la comptabilité du transfert du siège du Conseil national. Si le résultat de l'exercice annuel présente un déficit de 754 100 €, il reste modéré au regard des plus de 5 M€ de charges liées à l'opération de vente/achat des locaux du Cnom. Ce déficit a été voulu, en raison du fait que l'achat s'est effectué sur l'année 2016, plus tôt que prévu. Ainsi cela a permis d'amortir les frais liés à l'achat sur une seule année (frais d'actes, honoraires d'acquisition et notariaux, droits d'enregistrements, frais d'emprunt). Les recettes ont en effet été anticipées par la reprise de provisions. Concernant les dépenses usuelles et fonctionnelles (hors déménagement du siège), celles de postes ayant dépassé le budget projeté, liées notamment à des surplus d'activités, ont été compensées par celles surévaluées dans le budget en comparaison du réalisé. La CCCPF rappelle qu'il est essentiel que le budget projeté soit aussi proche que possible de ce qui sera réalisé, d'autant que c'est à partir des budgets prévisionnels que sont établis les montants de la cotisation ordinaire annuelle dans ses quotes-parts départementale, régionale et nationale.

### Certifiés sans réserve

En session, le 15 juin 2017, le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) a été informé par le commissaire aux comptes (KPMG) que les comptes pour l'exercice clos le 31/12/2016 avaient été certifiés sans réserve. Le Cnom a approuvé les comptes et donné quitus au trésorier.

### BILAN / 31.12.2016 (en euros)

ACTIF	
IMMOBILISATIONS INCORPORELLES	402 705,02 €
IMMOBILISATIONS CORPORELLES	69 560 303,24 €
IMMOBILISATIONS FINANCIÈRES	3 200 224,13 €
CRÉANCES	2 758 742,5 €
DISPONIBILITÉS	22 383 223,37 €
FRAIS PAYÉS D'AVANCE	474 609,22 €
<b>TOTAL GÉNÉRAL</b>	<b>98 779 807,48 €</b>

PASSIF	
CAPITAL dont :	35 972 314,19 €
• Réserve générale	30 584 779,87 €
• Fonds d'harmonisation	1 265 632,43 €
• Fonds d'entraide	1 289 064,70 €
• Fonds modernisation institution	2 822 399,00 €
RÉSULTAT DE L'EXERCICE	- 754 124,56 €
PROVISIONS POUR RISQUES & PENSIONS	334 209,23 €
DETTES	63 227 408,62 €
<b>TOTAL GÉNÉRAL</b>	<b>98 779 807,48 €</b>

### GESTION ADMINISTRATIVE / 31.12.2016 (en euros)

CHARGES	
ACHATS	
Bulletins	825 503,53 €
Impressions	303 624,58 €
Fournitures	326 535,62 €

AUTRES CHARGES EXTERNES	
Loyers et charges locatives	312 036,89 €
Location, entretien et réparations	523 854,04 €
Assurances	157 864,11 €
Documentation et colloques	141 760,38 €
Personnel extérieur	71 800,16 €
Honoraires	2 246 339,67 €
Communication, annonces, congrès	236 867,41 €
Déplacements et missions	2 080 820,17 €
Frais du conseil	329 685,63 €
Frais postaux	983 568,91 €
Cotisations, pourboires et dons	3 421,99 €
Informatique	1 922 183,94 €
<b>IMPÔTS, TAXES ET VERSEMENTS ASSIMILÉS</b>	<b>5 118 226,59 €</b>
<b>CHARGES DE PERSONNEL</b>	<b>11 151 932,58 €</b>
<b>INDEMNISATIONS DES ÉLUS</b>	<b>2 540 784,5 €</b>
<b>AUTRES CHARGES DE GESTION</b>	<b>2 561 777,67 €</b>
<b>CHARGES FINANCIÈRES</b>	<b>323 147,23 €</b>
<b>CHARGES EXCEPTIONNELLES</b>	<b>52 310,47 €</b>
<b>TOTAL</b>	<b>32 214 046,07 €</b>

PRODUITS	
PRODUITS DE GESTION COURANTE	29 502 795,50 €
PRODUITS FINANCIERS	315 189,52 €
PRODUITS EXCEPTIONNELS	1 641 936,49 €
<b>TOTAL</b>	<b>31 459 921,51 €</b>

<b>RÉSULTAT DE L'EXERCICE</b>	<b>- 754 124,56 €</b>
-------------------------------	-----------------------

## La Réunion-Mayotte L'Ordre mobilisé pour améliorer l'accès aux soins

**La situation sanitaire, organisationnelle et géographique des îles de La Réunion et de Mayotte avait conduit le Cnom à mener, en 2014, une mission visant à évaluer la situation et émettre des préconisations notamment en termes de formation médicale, d'accès aux soins des populations et de conditions d'exercice.** Deux ans plus tard, une nouvelle mission a été lancée, du 12 au 19 novembre 2016, dans le but d'apprécier les évolutions.

L'équipe déléguée à cette mission, conduite par le D<sup>r</sup> Jacques Lucas, vice-président du Cnom et délégué

général des systèmes d'information en santé, a ainsi pu constater que la situation est toujours particulièrement critique à Mayotte, en dépit des actions mises en œuvre par l'État et/ou les collectivités, et de l'engagement personnel des médecins, que les membres de la mission ont tenu à saluer, à soutenir et à défendre pour leur forte implication dans des situations très difficiles et parfois éprouvantes. La mission a formulé une série de recommandations dans son rapport « Organisation des soins dans la région française de l'océan Indien », publié fin mai.

### + d'infos

[www.conseil-national.medecin.fr/node/2169](http://www.conseil-national.medecin.fr/node/2169)

## À LIRE Webzine du Cnom Vaccination : comment restaurer la confiance ?

Le nouveau webzine thématique de l'Ordre propose une réflexion autour de la vaccination. Depuis plusieurs années, la vaccination fait l'objet d'une méfiance grandissante de la part des Français. Si bien qu'aujourd'hui 3 sur 10 n'ont pas confiance dans les vaccins. Résultat : la couverture vaccinale française est l'une des plus basse d'Europe. À l'origine de cette défiance ? Différents scandales sanitaires, des campagnes de désinformation, la surmédiatisation de cas d'événements indésirables ou encore à la pénurie de stock de vaccins trivalents et tétravalents... Alors comment redonner confiance ? Réflexions dans ce nouveau numéro disponible sur le site du Cnom.

### + d'infos

[www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn\\_webzine/2017-06/www/index.php](http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_webzine/2017-06/www/index.php)

## L'Ordre change d'adresse

**À compter du 11 septembre, le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) déménage au 4, rue Léon-Jost, 75017 Paris.**

Ce changement d'adresse a pour objectif de réaliser des économies d'échelle en rassemblant l'ensemble des équipes dans un seul bâtiment, ce qui n'était pas le cas de ses locaux boulevard Haussmann.

Les conditions optimales de vente des anciens locaux couplées à un taux d'intérêt d'emprunt particulièrement intéressant ont permis de réaliser cette opération sans nécessiter d'effort supplémentaire sur la cotisation.

## les tweets

@ordre\_medecins - 16 juin

L'Ordre salue la volonté de la ministre de la #Santé

@agnesbuzyn de se saisir de l'enjeu de la #vaccination, outil capital de santé publique

@BouetP - 13 juin

Construire processus complet de prévention, soutien et prise en charge des #médecins de la formation à la fin activité est une priorité Ordre

@ordre\_medecins - 30 mai

@BouetP « Il y a un investissement à produire pour professionnaliser et former les #médecins dans les territoires » #formation

# À l'UMJ, le calme après la tempête

**Dans l'Ain, les enfants et adolescents victimes d'agressions physiques et/ou sexuelles** sont auditionnés au sein de l'Unité médico-judiciaire (UMJ) pour mineurs de Bourg-en-Bresse. Un lieu rassurant destiné à libérer la parole, mais aussi à prendre soin des jeunes victimes.

**Ce mercredi matin, Léandre' fait découvrir à une éducatrice spécialisée son livre préféré sur la saga Star Wars.**

Autour d'eux, des jouets, des bandes dessinées et des peluches sur les étagères, comme dans n'importe quelle chambre d'enfant. Tout juste remarque-t-on une petite caméra fixée au mur. Car, contrairement aux apparences, cette pièce est une salle d'audition. D'ici à quelques minutes, un gendarme enquêteur posera des questions au garçon de 8 ans, à la demande du parquet, qui soupçonne des violences familiales. Dans le département de l'Ain, les enfants potentiellement victimes de mauvais traitements ou d'agressions sexuelles ne sont plus auditionnés dans le tumulte du commissariat. Direction l'Unité médico-judiciaire pédiatrique (UMJ), installée au Pôle mère-enfant de l'hôpital de Bourg-en-Bresse. « *Dans une procédure pénale, le recueil du témoignage est un moment sensible et crucial*, souligne Pascale Vaucher-Mermet, psychologue, responsable de l'UMJ. *Depuis dix ans, l'UMJ propose un environnement sécurisant pour que l'enfant se livre en toute confiance.* »

## Débriefing l'audition

L'UMJ pour mineurs concilie les besoins de l'enquête mais aussi la prise en charge médicale, sociale et psychologique de l'enfant. Après son audition, Léandre se rend ainsi directement au service pédiatrique de l'hôpital, accompagné par le D<sup>r</sup> Marie-Françoise Masson-Seyer. Son rôle ? « *Selon les cas,*



**Derrière une vitre sans tain,** l'éducatrice spécialisée de l'UMJ donne de précieux conseils au gendarme qui mène l'audition. L'objectif : mettre l'enfant dans les meilleures conditions possible.

*je pratique les examens médicaux et gynécologiques afin de constater les coups, blessures et agressions. Je procède éventuellement à des prélèvements médico-légaux qui seront versés au dossier. Je fais un lien entre mes constatations et le témoignage de l'enfant* », répond ce médecin généraliste et légiste qui travaille à l'UMJ depuis son lancement. Dans le même temps, Séverine Vermorel, éducatrice spécialisée, et Alexandrine Guillet, assistante sociale à l'UMJ, débriefent l'audition de Léandre avec les gendarmes. « *Au-delà de l'enquête, l'important pour nous est d'organiser la protection de l'enfant. Nous disposons pour cela d'un large panel de mesures d'accom-*

*pagnement de la victime : orientation vers des professionnels, signalement, hospitalisation en pédiatrie, enquête sociale, placement en famille. Une expertise psychologique peut également être proposée* », détaille Alexandrine Guillet.

## Un lieu unique

En concentrant les interventions des professionnels – policiers, magistrats, pédiatres, services sociaux, psychologues – dans un lieu unique, l'UMJ de Bourg-en-Bresse évite au mineur d'être ballotté de service en service. Grâce à l'enregistrement de l'audition, ce dernier ne livre son histoire qu'une seule fois et cela le dispense d'une confron-



Depuis quelques mois, l'UMJ reçoit aussi des mineurs de moins de 13 ans accusés d'agressions. « Nous devons nous interroger sur ce qu'ils ont eux-mêmes vécu pour être de si jeunes agresseurs. C'est une façon de lutter contre la récurrence », explique Pascale Vaucher-Mermet.



Pour faire face aux urgences, l'UMJ de Bourg-en-Bresse est ouverte 7 jours sur 7, 24 heures sur 24. L'équipe pluridisciplinaire se compose de deux éducatrices spécialisées, une assistante sociale et une psychologue.

tation avec l'agresseur le jour du procès. « Après une seule journée au sein de l'UMJ, une grande partie de la procédure est terminée pour l'enfant », souligne Pascale Vaucher-Mermet. Créée en 2006 à l'initiative de l'association Aide aux victimes et médiations de l'Ain (AveMa), l'UMJ pour mineurs de Bourg-en-Bresse a accueilli l'an dernier 450 mineurs victimes de violences physiques ou sexuelles, d'extorsion... Au total, plus de 3 000 en dix ans. Dans 8 cas sur 10, l'agression est commise par un membre de la famille. En France, la plupart des départements financent une UMJ sur leur territoire.

1. Le prénom a été modifié



En France, on estime qu'environ 1 enfant sur 10 est probablement victime de maltraitance.

## Témoignage

**D' Marie-Françoise Masson-Seyer,**  
médecin généraliste, intervient depuis dix ans à l'UMJ pour mineurs



### « La maltraitance doit toujours être à l'esprit des médecins »

« Moins de 5 % des signalements de maltraitance infantile proviennent du secteur médical. C'est un constat d'échec puisque les médecins sont directement au contact des jeunes patients, qu'ils rencontrent régulièrement dans l'enfance et l'adolescence. Ils sont donc bien placés pour détecter un mauvais traitement. Je pense que le problème vient d'un manque de formation, un manque de temps lors de la consultation, mais aussi

de freins psychologiques : la crainte de trahir le secret professionnel, d'un signalement abusif. Pourtant, le médecin n'a pas à être certain de la maltraitance, ni à en apporter la preuve pour effectuer un signalement. Des professionnels existent, dont c'est le métier, qui effectueront une enquête discrète. Lors d'une consultation, la possibilité d'une maltraitance doit toujours être à l'esprit du médecin. »



## Événements sanitaires indésirables

# La DGS simplifie le système de déclaration

**La direction générale de la santé (DGS) a mis en ligne en mars le portail [www.signalement-sante.gouv.fr](http://www.signalement-sante.gouv.fr).** Il vise à simplifier la déclaration des événements sanitaires indésirables. Sur proposition du Dr Jacques Lucas, vice-président du Cnom et délégué général des systèmes d'information en santé, Anne-Claire Amprou, DGA de la Santé nous en explique le fonctionnement...

### Pourquoi avoir mis en place ce portail ?

Le portail [www.signalement-sante.gouv.fr](http://www.signalement-sante.gouv.fr) a pour objectifs de promouvoir et faciliter la déclaration des événements sanitaires indésirables. À ce jour, il existe une sous-notification importante des événements sanitaires indésirables par les professionnels de santé. Un certain nombre de freins peuvent l'expliquer, et notamment la complexité et la diversité des circuits de signalement. Nous avons donc conçu ce portail en collaboration avec les usagers, les professionnels de santé et les acteurs régionaux et nationaux de la sécurité sanitaire en France.

### Comment fonctionne ce portail ?

Ce portail commun aux usagers et professionnels de santé permet de déclarer tout événement sanitaire indésirable lié à un produit ou à une pratique. Il peut s'agir d'un produit de santé (un médicament, un dispositif médical...), d'un produit ou d'une substance de la vie courante (un complément alimentaire, un produit cosmétique, un produit d'entretien...) ou encore d'un produit psychoactif. Quant à l'événement indésirable, il peut aussi survenir lors d'un acte de soins, réalisé par un professionnel de santé (à but diagnostic, thérapeutique ou préventif ainsi que les actes médicaux à visée esthétique). Le portail comprend une partie infor-

mative et une partie déclarative. La partie informative, hébergée au sein du site Internet du ministère, met à disposition des contenus pédagogiques adaptés au profil de l'internaute. Les professionnels de santé disposent d'un espace dédié au sein duquel ils peuvent retrouver toute information utile sur les événements indésirables pouvant être signalés via le portail, leurs obligations réglementaires et le circuit des déclarations.

Le processus de déclaration sur ce portail est également adapté au type de déclarant et au type de signalement. Le déclarant va, selon le cas :

- pouvoir déclarer directement en ligne à l'aide de questions simples;
- être orienté vers un des systèmes de télédéclaration existants;
- ou obtenir la marche à suivre pour certains signalements spécifiques.

### Quel est le rôle des professionnels de santé, et en particulier des médecins, vis-à-vis de ce portail ?

Les professionnels de santé, quel que soit leur mode d'exercice, peuvent déclarer sur ce portail. Le médecin du fait de sa relation étroite et privilégiée avec les patients et de son expertise clinique, est un acteur clé de la sécurité sanitaire. En déclarant les événements sanitaires indésirables, il permet aux autorités sanitaires d'identifier de nouveaux risques, de

mieux connaître ceux déjà identifiés et ainsi de mettre en œuvre des mesures pour prévenir ou limiter ces risques sanitaires.

### Quel va être le traitement des informations recueillies par le biais de ce portail ?

La déclaration effectuée sur le portail est transmise immédiatement et de manière sécurisée aux structures compétentes, selon la nature du signalement. Le circuit habituel de traitement des signalements par les structures compétentes n'est pas modifié. À titre d'exemple, elle sera transmise :

- à un centre régional de pharmacovigilance lorsque l'événement implique un médicament;
- à l'ANSM pour les dispositifs médicaux;
- ou à l'Agence régionale de santé si l'événement indésirable est associé à des soins.

Le traitement des signalements est ainsi assuré par des professionnels de santé. Tous les renseignements fournis sont traités dans le respect de la confidentialité des données à caractère personnel, du secret médical et professionnel. Le déclarant est systématiquement informé de la structure de premier niveau à laquelle est envoyée sa déclaration.

**+ d'infos**  
[www.signalement-sante.gouv.fr](http://www.signalement-sante.gouv.fr)



ZAMBIE

## L'AMM PRÉPARE SON ASSEMBLÉE GÉNÉRALE



La 206<sup>e</sup> réunion du Conseil de l'AMM à Livingstone, en Zambie, a rassemblé fin avril près de 200 délégués, issus de plus de 30 associations médicales nationales. Le Conseil national de l'Ordre des médecins y était représenté par les D<sup>rs</sup> Patrick Romestaing et Walter Vorhauer, respectivement vice-président et secrétaire général du Cnom. L'objectif : préparer l'Assemblée générale de l'AMM qui se tiendra en octobre à Chicago.

Lors de cette réunion, plusieurs documents importants ont été approuvés par le Conseil et seront présentés pour adoption à l'Assemblée générale, notamment :

- **Cannabis thérapeutique** : proposition de prise de position sur la légalisation du cannabis thérapeutique et les effets nocifs associés à un usage récréatif;
- **Assistance médicale en avion** : proposition de mesures visant l'amélioration des soins médicaux lors des voyages en avion, et notamment la

possibilité pour les médecins de fournir des soins d'urgence en vols sans crainte de poursuites judiciaires;

- **Grèves de la faim** : révision de la politique de l'AMM sur les grèves de la faim pour clarifier les recommandations éthiques à destination des médecins;

- **Examens anaux forcés** : révision de la résolution de l'Association qui souhaite renforcer son opposition aux examens anaux forcés d'autant que le but est de prouver une activité sexuelle avec une personne du même sexe.

Les délégués du Cnom ont par ailleurs participé à la réunion du groupe de travail sur la gouvernance de l'AMM et ont assisté à la réunion du groupe de travail sur la révision de la déclaration de Genève, version internationale du serment d'Hippocrate.

**+ d'infos :**

<https://www.wma.net/fr/policies-post/declaration-de-geneve/>



FRANCE

## COMMENT AMÉLIORER L'INTÉGRATION DES MÉDECINS RÉFUGIÉS ?

Les 30 et 31 mars, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), la Banque mondiale et le Centre pour l'intégration en Méditerranée ont organisé à Marseille une conférence destinée à réfléchir sur les conséquences des conflits sur les professionnels de santé réfugiés. L'objectif est d'échanger sur les solutions existantes pour s'assurer de leur compétence et permettre leur exercice au sein des pays d'accueil. Le D<sup>r</sup> Patrick Romestaing, vice-président du Cnom, est intervenu en qualité de 1<sup>er</sup> vice-président du Comité permanent des médecins européens (CPME) sur la manière d'améliorer

l'intégration des médecins réfugiés tout en garantissant la qualité des soins et la sécurité des patients. Le vice-président a notamment présenté les exemples de la Grande-Bretagne, de la Suède et de la France, qui proposent une procédure accélérée et encadrée destinée aux professionnels réfugiés pour garantir la qualité des soins... « *Les membres du CPME devraient offrir aux médecins réfugiés un soutien moral et pratique. Leur intégration, y compris la reconnaissance de leurs qualifications, doit être abordée dans chaque pays avec les organisations professionnelles et les gouvernements* », a précisé le D<sup>r</sup> Romestaing.

# entretiens croisés

Texte : Aline Brillu | Photos : DR

## Risque terroriste : faut-il passer outre au secret médical ?

Que faire si vous soupçonnez un patient d'être radicalisé et violent ? Faut-il passer outre au secret médical ? Risque-t-on d'être poursuivi en ne disant rien ? **La section Éthique et déontologie du Conseil national de l'Ordre des médecins a réfléchi à ces questions dans un rapport adopté en janvier dernier.**

0800  
005  
696

**Ce numéro vert** a été mis à disposition de quiconque a des questions ou des doutes vis-à-vis d'un proche par le Centre national d'assistance et de prévention de la radicalisation (CNAPR).

**Le 24 mars 2015, un pilote allemand de la Germanwings provoque volontairement le crash d'un A320 dans les Alpes, avec 150 passagers à bord.** L'enquête révèle que l'homme était dépressif et suicidaire. La responsabilité de ses médecins est alors mise en cause et le secret professionnel exposé aux controverses. Dans son rapport, le Bureau d'enquête et d'analyses pour la sécurité de l'aviation civile (BEA) demande d'ailleurs l'établissement de règles « *pour savoir quand il est nécessaire de rompre le secret médical* ».

Deux ans plus tard, le secret professionnel des médecins fait toujours débat. La question se pose notamment pour les cas de radicalisation. « *Nous nous sommes demandé s'il fallait introduire dans le code de déontologie de nouvelles dispositions pour permettre aux médecins confrontés à ce type de situation de déroger à leur obligation de secret professionnel* », indique le D<sup>r</sup> Jean-Marie Faroudja, président de la section Éthique et déon-

nologie du Conseil national. Conclusion de ces réflexions : l'Ordre affirme que la radicalisation ne doit pas faire l'objet d'une exception. En revanche, il rappelle que la loi permet déjà à un médecin de passer outre au secret médical en cas de danger probable. L'article 223-6 du code pénal indique en effet que quiconque s'abstient volontairement d'empêcher un crime est passible de cinq ans de prison. L'article 226-14 autorise également un médecin à informer le préfet du caractère dangereux d'un patient dont il sait qu'il détient une arme ou qu'il a l'intention d'en acquérir une.

Reste qu'il n'est pas simple de déceler une radicalisation violente. « *Tout médecin qui se trouve confronté à ce type de cas de conscience peut se tourner vers ses conseillers ordinaires* », souligne le D<sup>r</sup> Faroudja.

**+ d'infos :**

<https://www.conseil-national.medecin.fr/note/2091>



**Dr Jean-Marie Faroudja,**  
président de la section Éthique et  
déontologie du Conseil national  
de l'Ordre des médecins



**Dr Karine Galaup,**  
conseiller médical à l'agence  
régionale de santé (ARS)  
Île-de-France



**Dr Michel David,**  
psychiatre, vice-président  
du Syndicat des psychiatres  
des hôpitaux (SPH)

### Dr Jean-Marie Faroudja

En matière de secret médical, le code de déontologie est très clair : la confidentialité entre le médecin et le patient est absolue et concerne tout ce que le praticien a vu, entendu ou compris. Après les attentats, ou même après le crash de la Germanwings, l'Ordre a souvent été interrogé sur cette question. Et, bien entendu, nous nous sommes demandé ce que devait faire un médecin confronté à une situation de danger immédiat. Personnellement, si pour sauver la vie de 150 passagers je devais passer outre au secret médical, je n'hésiterais pas une seconde. Et cela, même si je dois être poursuivi devant les tribunaux. En ce qui concerne le risque terroriste, il existe deux grandes dispositions législatives qui permettent au médecin de déroger à son obligation de secret professionnel. À partir du moment où un médecin estime qu'il est face à une situation à risque imminent, il peut enfreindre le secret. Dans ce cas de figure, il sera protégé par le code pénal. Il est par ailleurs important de signaler que, si le médecin a agi de bonne foi, l'Ordre sera à ses côtés pour participer à sa défense en cas de poursuites.

### Dr Karine Galaup

Il n'y a pas de dispositions spécifiques liées à la radicalisation qui dérogeraient au secret médical. Les situations pour lesquelles les médecins peuvent transmettre des informations sont prévues par loi : notamment celles qui couvrent la protection de l'enfance ou l'identification d'un danger imminent ou d'attaques armées imminentes... Ce qui me paraît important dans ces situations est la possibilité d'échanger en cas de difficultés ou de doutes.

### Dr Michel David

Rien n'oblige un médecin à signaler un patient radicalisé, surtout s'il s'agit d'un adulte. Il doit agir en son âme et conscience. S'il pense qu'il y a un danger imminent, il faut qu'il prenne toutes les dispositions nécessaires et accomplir son devoir de citoyen. Mais cela reste compliqué de poser des généralités. Il y a beaucoup de cas de figure et chaque situation doit faire l'objet d'une attention particulière. L'important est de ne pas rester seul face à une situation difficile. Le travail en équipe hospitalière permet d'échanger sur les situations complexes et d'élaborer ensemble une solution, quelle que soit la situation. Par contre, pour le médecin libéral, seul dans son cabinet, la situation peut être plus délicate. Il peut alors se rapprocher du conseil de l'Ordre. La question se pose aussi quand un officier de police judiciaire me demande de lever le secret et de révéler des informations sur un patient : personnellement, je dis systématiquement non. En revanche, si je pense qu'il y a quelque chose de grave, ou si je constate qu'un mineur est en danger, je vais prendre les mesures permises par la loi.

**Un médecin  
doit-il pouvoir  
déroger au  
secret médical  
s'il soupçonne  
un cas de  
radicalisation ?**



**D<sup>r</sup> Jean-Marie Faroudja**

Après les attentats de Paris, nous avons reçu de nombreux appels téléphoniques de médecins qui soupçonnaient leurs patients de radicalisation et qui ne savaient pas ce qu'ils devaient faire. Nous avons alors alerté sur le besoin d'une définition de la radicalisation. C'est difficile car il faut un faisceau d'arguments et de preuves. Nous nous basons désormais sur un document du ministère de l'Intérieur qui recense les principaux signes de radicalisation. D'autre part, au Cnom, nous avons recensé plusieurs situations. Lorsqu'il s'agit d'un mineur, le médecin peut conseiller aux parents de se tourner vers la cellule d'écoute. S'il pense que le mineur est en danger, il peut lever le secret médical. Un article du code de santé publique permet en effet de signaler un enfant en danger. Lorsqu'il s'agit d'un adulte qui est manifestement devenu dangereux et qui souffre de troubles du comportement, le médecin peut préconiser des soins psychiatriques. Si le médecin a l'intime conviction que son patient présente une menace imminente, il doit le signaler en dérogeant à son obligation déontologique. La dernière situation possible concerne une demande des forces de police. Lorsque le médecin se voit ordonner, sur réquisition judiciaire, de communiquer des documents ou renseignements couverts par le secret, il ne peut que refuser de donner son accord. D'autres mesures d'investigation pourront être mises en œuvre (saisie du dossier médical, perquisition...).

**D<sup>r</sup> Jean-Marie Faroudja**

**« Lorsqu'il s'agit d'un mineur, le médecin peut conseiller aux parents de se tourner vers la cellule d'écoute. »**

## **Les médecins ont-ils toutes les clés pour faire face à ce type de situation et quels conseils leur donner ?**

**D<sup>r</sup> Karine Galaup**

Concernant les prises en charge, il n'y a pas encore de consensus médical ni de référentiel de bonnes pratiques pour aider notamment un patient en voie de radicalisation à ne pas verser dans la violence. La Fédération française de psychiatrie (FFP) mène actuellement une action sur la prévention et la prise en charge des personnes dites « en risque de radicalisation » ou « en voie de radicalisation » pour les professionnels de santé. Ce travail devrait aider. Concernant les signalements, à mon sens, il faudrait engager une réflexion pour consolider un dispositif d'aide à la décision à destination des médecins. En parallèle, le rappel des bonnes pratiques sur la rédaction du signalement et le rappel de la loi sur les dérogations au secret pourraient être utiles à la pratique. Les médecins devraient connaître, par exemple, les informations minimales à transmettre aux autorités.

**D<sup>r</sup> Michel David**

Il s'agit de situations complexes et il est vain de penser posséder toutes les clés. Il est peu probable qu'un patient radicalisé fasse état de ses projets de crime devant son médecin. Tout cela relève de l'impression et de l'intuition. Si le médecin fait un signalement, il ne doit pas le faire avec une intention de nuire. Par ailleurs, sur quels signes faut-il se baser avec certitude ? Un patient peut se laisser pousser la barbe et s'intéresser à la religion sans être radicalisé. Quant à savoir ce qui se joue dans l'intime de la vie psychique d'une personne... et contrairement à certains fantasmes, les psychiatres ne lisent pas dans l'esprit d'autrui.

**D<sup>r</sup> Michel David**

J'ai l'impression que les médecins sont de moins en moins attachés au secret médical ou, en tout cas, moins vigilants. En tant que médecin pénitentiaire, je suis très inquiet de ces situations d'exception qui deviennent de plus en plus nombreuses. La loi de modernisation de notre système de santé portée par Marisol Touraine a encore affaibli le secret. Elle autorise désormais la communication des informations entre équipes de soins, dont la définition devient extensive. Par exemple, selon certaines interprétations sécuritaires, les conseillers de probation et d'insertion pourraient faire partie de cette équipe de soins. Il y a beaucoup de désaccords sur le sujet. On nous demande de participer aux commissions pluridisciplinaires uniques où nous pourrions parler de nos patients ou d'utiliser le dispositif informatique pénitentiaire Genesis collectant des informations, y compris sanitaires, sur les personnes détenues, ce que nous refusons. Dans ce contexte, il est essentiel que nous soyons intraitables sur cette notion de confidentialité. Il est nécessaire de ne pas oublier que la confidentialité, ce n'est pas seulement ne pas dire ce que l'on a appris du patient. C'est aussi ne pas savoir ce qu'il a confié à autrui.

**D<sup>r</sup> Michel David**

« Je suis très inquiet de ces situations d'exception qui deviennent de plus en plus nombreuses. »

**En donnant trop de situations d'exception au secret médical, ne risque-t-on pas d'affaiblir ce principe ?**

**D<sup>r</sup> Jean-Marie Faroudja**

C'est justement pour cette raison que la suspicion de radicalisation ne doit pas faire l'objet d'une dérogation. Il y en a déjà beaucoup. Dans le code de déontologie, environ 25 pages de commentaires sont consacrées au secret médical et un chapitre entier aux dérogations. Il y a des déclarations légales pour les certificats de naissance, de décès, les hospitalisations en psychiatrie, les maladies professionnelles, les accidents de travail... La dernière dérogation, par exemple, concerne le dopage. C'est pourquoi nous ne voulons pas en ajouter de supplémentaires. Plus il y a de cas d'exceptions, plus on va affaiblir le secret médical, qui risque alors de ne plus avoir de valeur. Or il s'agit d'un principe essentiel dans la relation médecin-patient. C'est grâce au secret professionnel que nous gagnons la confiance des malades, qu'ils se confient à nous, qu'ils nous dévoilent leurs tracas. Je pense que si nous perdons leur confiance, nous ne pourrions plus les soigner.

**D<sup>r</sup> Karine Galaup**

Ce secret professionnel contribue à instaurer un lien de confiance indispensable dans une prise en charge de qualité. À côté du secret médical, on retrouve la notion du secret partagé, inscrit également dans le code de santé publique. Dans cette problématique liée à la radicalisation, de nombreux professionnels peuvent intervenir dans la prise en charge globale des jeunes de retour de zone irako-syrienne : des éducateurs, des médecins, des juges... La notion de secret professionnel partagé est alors régulièrement évoquée. Il s'agit d'un socle minimum d'informations que tous ces acteurs pourraient partager. Il me semble qu'une réflexion (ou un rappel) sur ce sujet pourrait être utile pour permettre de bonnes pratiques dans les rencontres pluridisciplinaires et donc une prise en charge globale optimale. Car ce sont des situations qui ne sont pas uniquement médicales.

**D<sup>r</sup> Karine Galaup**

« De nombreux professionnels peuvent intervenir dans la prise en charge globale des jeunes. »

165 000

applications santé  
étaient téléchargeables  
sur l'App Store et/ou  
Google Play en 2016.

Social Media



# dossier

Textes : Émilie Tran Phong - Éric Allermoz | Photos : Istock, Phanie, DR

## Applications en santé : le B.A.-ba sur cette révolution

**77 % des Français de 18 à 75 ans possèdent un smartphone. Et celui-ci leur sert aujourd'hui moins à téléphoner qu'à utiliser des applications mobiles pour par exemple... surveiller sa santé.** Une tendance qui s'accompagne de nombreuses interrogations, notamment chez les professionnels de santé. Quels sont les avantages de ces applis ? Comment mesurer leur fiabilité ? Quelles précautions prendre en les intégrant à sa pratique ? Éléments de réponse...

« **Un ami m'a conseillé cette application, vous pensez que ça pourrait m'aider ?** » **Les médecins sont de plus en plus souvent confrontés à cette question.** Et pour cause : ces logiciels téléchargeables sur smartphone ou tablette connaissent un succès fulgurant. Sur les 165 000 applis de santé existantes en 2016, près de la moitié ont été téléchargées plus de 10 000 fois. Problème : contrairement aux dispositifs médicaux, elles ne sont pas encadrées sur le plan réglementaire. De ce fait, difficile de recommander une appli sans craindre d'engager sa responsabilité si l'outil préconisé se trouvait mis en cause dans la dégradation de l'état de santé du patient. Pourtant, « *les médecins doivent s'emparer de la question*, estime le Dr Jacques Lucas, vice-président du Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) et délégué général aux

### Point de vue de l'Ordre

**Dr Jacques Lucas**, vice-président du Conseil national de l'Ordre des médecins et délégué général aux systèmes d'information en santé



### « Ne soyons ni des technophobes grincheux ni des technophiles aveugles »

« Les applications en santé ne remplaceront jamais le colloque singulier. Les patients ont davantage confiance dans leurs médecins que dans une machine pour établir un diagnostic précis et personnalisé. En revanche, ces outils vont enrichir la consultation avec des données complémentaires. Les médecins devraient les intégrer dans la prise en charge de leurs patients. À condition toutefois

de pouvoir les utiliser en confiance. C'est pourquoi le Cnom participe au groupe de travail qui, avec l'ensemble des acteurs concernés (État, professionnels de santé, associations de patients, industriels...), réfléchit à la mise en œuvre d'un label pour les applications mobiles de santé qui auront fait la preuve de leur fiabilité médicale et de leur cybersécurité. Nous incitons par ailleurs

les organisations professionnelles et les sociétés savantes à se prononcer sur la qualité scientifique des applications et l'intérêt de leurs contenus dans la prise en charge des patients. Cela créerait une garantie supplémentaire pour les médecins, qui pourraient se référer à la liste d'applications recommandées par ces organisations pour conseiller leurs patients. »

**« Les applications de santé sont le plus souvent des outils de "coaching" – traqueurs d'activité, de sommeil, aide à l'arrêt du tabac – que les médecins peuvent conseiller à leurs patients pour améliorer leur hygiène de vie. »**

..... systèmes d'information en santé. Sinon, d'autres acteurs, aux intérêts parfois plus commerciaux que médicaux, pourraient s'y intéresser à leur place, avec les risques que cela peut représenter en termes de fiabilité et d'utilisation des données personnelles. »

### Pour qui, pour quoi ?

Si 40 % des Français se disent prêts à utiliser une appli de santé, ils sont 15 % à souhaiter plus de conseils sur le sujet de la part de leurs médecins<sup>1</sup>. Du côté des professionnels de santé, 4 sur 10 s'accordent sur les bénéfices attendus de ces outils : une implication plus forte des patients dans la prise en charge de leur maladie, un meilleur suivi des pathologies chroniques, une réduction du nombre d'hospitalisation...

Les applications de santé sont le plus souvent des outils de « coaching » – traqueurs d'activité, de sommeil, aide à l'arrêt du tabac ou à l'évaluation des apports alimentaires – que les médecins peuvent conseiller à leurs patients pour améliorer leur hygiène de vie. Il existe également des applis de prévention souvent sous la forme de jeux ou de quiz, qui peuvent par exemple sensibiliser un

jeune aux risques du VIH, ou prévenir des comportements addictifs.

Pour les malades chroniques ou pour les patients sortant de l'hôpital, il existe également de nombreuses applications. Certaines sont des applis de télémédecine, adossées à un programme d'accompagnement thérapeutique. D'autres sont utilisées en toute autonomie par le patient. Dans le premier cas, l'outil a été validé par des équipes hospitalières et nécessite d'avoir un professionnel de santé référent, par exemple un kinésithérapeute pour un programme de rééducation de la hanche après chirurgie ambulatoire. Dans le second cas, les éditeurs d'applications ne manquent pas d'idées. Ainsi, un carnet de suivi de la glycémie sur smartphone pro-

pose directement au médecin une interprétation graphique des données enregistrées par le patient. Une application d'aide à la gestion de l'asthme permet au patient en crise de recevoir des conseils adaptés au niveau d'urgence. Les perspectives sont infinies ! Le principal problème reste la question de la fiabilité...

### Comment s'assurer de la fiabilité d'une appli ?

Comment être sûr que le secret médical sera préservé alors que les données sont envoyées sur un cloud ? Qui y aura accès ? L'algorithme qui traite les informations est-il fiable ? Les contenus sont-ils validés par des experts ? Autant d'inquiétudes légitimes qui alimentent la frilosité des médecins vis-à-vis de ces outils.



### TÉMOIGNAGE

**Dr Michael Joubert**, endocrinologue-diabétologue au CHU de Caen

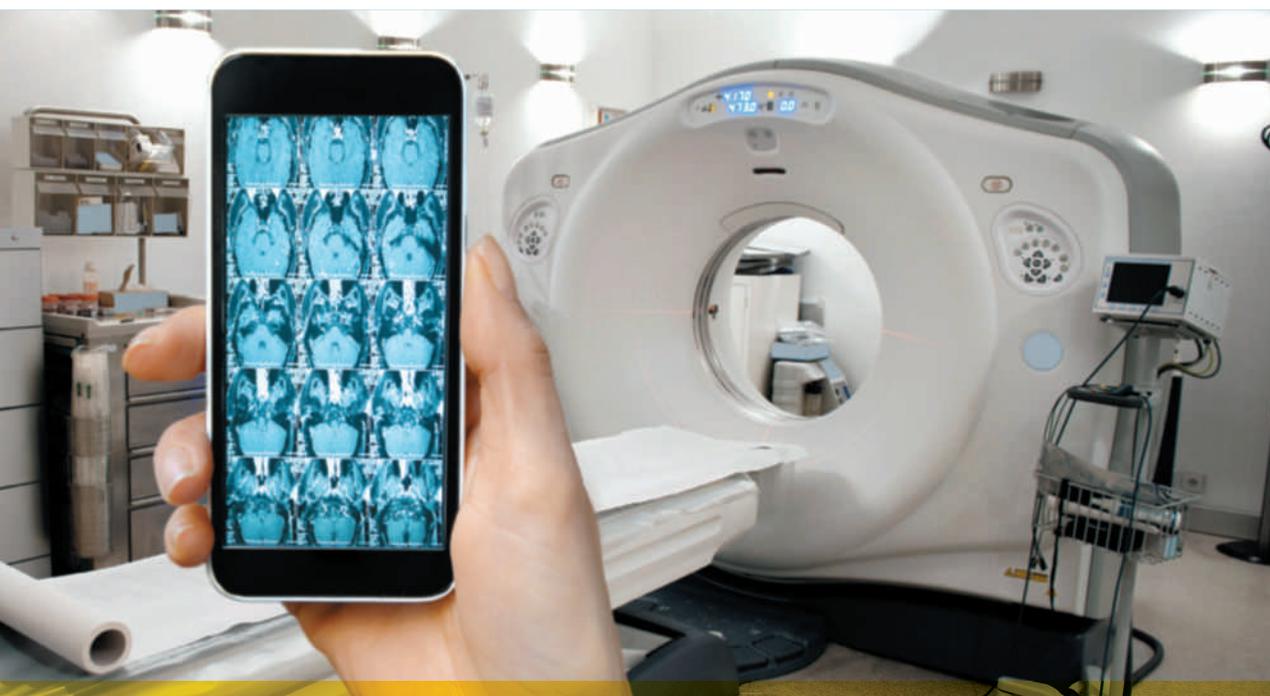
**« Face à la jungle des applications pour le diabète, nous avons souhaité aider nos confrères à s'y retrouver »**

« Quand le médecin est à l'initiative de la recommandation d'une application en santé, il en voit mieux les bénéfices. Il réduit le risque, par exemple, de se voir imposer par le patient une application dont l'interprétation graphique lui est incompréhensible, alors qu'il en existe de plus lisibles. On ne peut pas exclure le fait que le contenu d'une appli puisse comporter des erreurs, mais ce risque existe aussi quand le patient évalue lui-même la quantité d'insuline à s'injecter. J'hésite d'autant moins à préconiser des applis à certains diabétiques que, devenus experts de leur maladie, ceux-ci ont un œil

assez critique pour se rendre compte qu'un chiffre n'est pas cohérent.

Avec deux collègues, nous avons publié un guide des applications francophones pour les diabétiques<sup>1</sup>. Face à la jungle des applications pour le diabète, nous avons souhaité aider nos confrères à s'y retrouver, en recensant toutes celles qui sont en langue française (une cinquantaine), en précisant pour chacune d'elles sa fonctionnalité, sa cible, ses atouts et ses inconvénients. »

1. Guide paru dans la revue *Médecine des maladies métaboliques*, mai 2016 (vol. 10, n° 3).



En dehors des dispositifs médicaux, il n'existe aucun cadre réglementaire pour les applications en santé. Après avoir étudié les conditions d'un développement vertueux de celles-ci, un groupe de travail, le GT 28, a recommandé la création d'un label.

En ce qui concerne les applis de coaching et de prévention, elles ne comportent pas de risque médical à proprement dit. De manière générale, la balance bénéfiques/risques est favorable quand les applis viennent seulement renforcer les compétences subjectives des patients. « *Je recommande sans réticence une application d'aide à la quantification des glucides*, reconnaît ainsi le D<sup>r</sup> Michael Joubert, endocrinologue-diabétologue au CHU de Caen (lire témoignage ci-contre). *Même si les contenus ne sont pas certifiés, ils ont de fortes chances d'être plus précis que l'estimation visuelle de l'assiette réalisée par les malades eux-mêmes.* »

Pour les applis dont un mésusage ou un manque de fiabilité pourrait avoir un impact sur la santé de la personne, il est indispensable de prendre des précautions. Assurez-vous que l'outil est développé par un acteur fiable, tel que l'Assurance maladie ou un hôpital

public. Vérifiez que l'éditeur utilise un hébergeur agréé par le ministère de la Santé. Ne recommandez jamais une appli dont vous n'avez pas vous-même testé l'intérêt et l'ergonomie. Il est aussi important d'en donner la « posologie » : comment l'utiliser, quand se connecter, etc. N'hésitez pas à demander ensuite un retour d'expérience à vos patients. Informez-les, enfin, sur le fait qu'il ne s'agit pas de dispositifs médicaux et rappelez-leur que vous ne serez pas un traducteur en continu des données collectées.

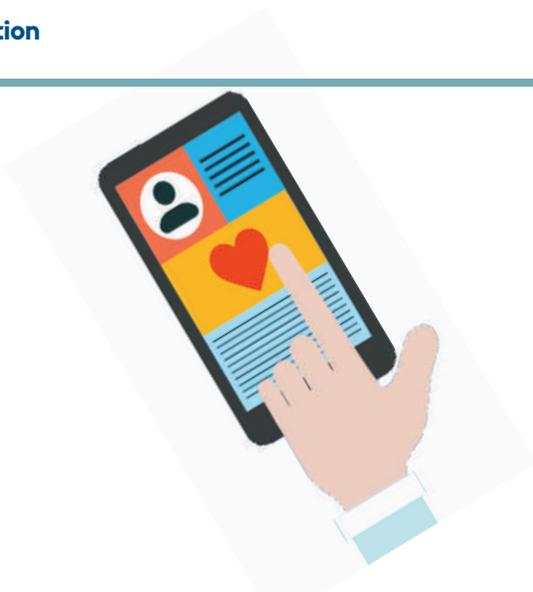
### Bientôt, un label

« *Aujourd'hui, en dehors des dispositifs médicaux, il n'existe aucun cadre réglementaire*, explique Brigitte Seroussi, de la Délégation à la stratégie des systèmes d'information en santé (DSSIS) du ministère en charge de la Santé. *En 2015, le Conseil national de l'industrie, au sein du Comité stratégique de filière (CSF), a donc*

*mis en place un groupe de travail, le GT28, chargé d'étudier avec toutes les parties prenantes (professionnels de santé, patients, industriels, Ordre des médecins, etc.) les conditions d'un développement vertueux des applications et objets connectés en santé. Dans son rapport, publié en septembre 2016<sup>2</sup>, ce groupe a recommandé la création d'un label public facultatif pour les applis présentant des garanties satisfaisantes en termes de fiabilité médicale, de* ➔

**« La santé mobile, c'est une révolution similaire à celle de l'imagerie médicale en son temps. »**

Pierre Trudelle



## REPORTAGE

## Effets secondaires des chimiothérapies : Appli Chimio surveille les patients

À l'initiative de l'Institut Curie et financée par l'ARS Île-de-France, une équipe pluridisciplinaire travaille sur Appli Chimio, une application smartphone de télé-suivi qui permettra aux patients de mieux gérer les effets secondaires de leur traitement de chimiothérapie par voie orale.

Moins invasifs, les traitements anticancéreux par voie orale améliorent le confort de vie des patients. Ils sont néanmoins susceptibles de provoquer des effets secondaires, parfois sous-estimés par les malades. Résultats : désagréments quotidiens, inquiétudes, recours injustifiés aux urgences voire arrêt des traitements...

Pour accompagner les patients à leur domicile, le Dr Maya Gutierrez travaille depuis 2014 sur Appli Chimio. Le principe ? Rassurer le patient sur la gravité des effets secondaires. « Surtout au début du traitement, lorsque le patient est un peu perdu. Cela peut éviter d'aller aux urgences et d'attendre trois heures pour rien », témoigne Laura, une patiente suivie à l'Institut Curie.

Concrètement, « après avoir créé un profil intégrant leur traitement, les patients renseignent chaque jour un questionnaire sur les effets secondaires dont ils souffrent », répond l'oncologue à l'hôpital René-Huguenin de l'Institut Curie.

Nausées, fatigue, gênes musculaires, lésions cutanées... Les principaux effets secondaires majeurs ont été recensés. « Un algorithme médical analyse le nombre, la fréquence, l'intensité des symptômes et indique un niveau d'alerte », poursuit Maya Gutierrez.

En cas d'alerte rouge, le patient doit se rendre aux urgences. Si la couleur orange apparaît, un SMS est transmis au réseau de santé ou au service d'oncologie dont dépend le patient. « Nous entrons alors en contact avec lui pour faire le point sur sa chimiothérapie, traiter les effets secondaires », explique Maya de Saint-Martin, directrice administrative du réseau ASDES, impliqué dans le développement de l'application. Il est en effet tout à fait possible de doser différemment le traitement sans en réduire l'efficacité.

### Rassurer les patients

Pionnière en son genre, Appli Chimio est actuellement en phase de développement. Pour gager de l'efficacité de l'algorithme médical, celui-ci est testé sur 100 patients volontaires. « Nous comparons l'analyse faite par l'algorithme aux diagnostics et recommandations posés par les médecins qui suivent ces patients », précise Maya Gutierrez. Une étude clinique sur 400 patients débutera à la rentrée pour valider la satisfaction des utilisateurs, l'apport de l'application, le suivi des recommandations, etc.

La future application espère également détecter plus tôt les éventuelles toxicités et également améliorer l'observance des traitements.

En coulisses, Maya Gutierrez s'est entourée d'une équipe pluridisciplinaire pour mener à terme « son » projet : hématologue, pharmacienne, biostatisticien, GCS SESAN<sup>1</sup>, réseaux de soins en ville. Par ailleurs, dans le sillage d'Appli Chimio, d'autres programmes voient le jour. Par exemple, le réseau de santé ASDES, en partenariat avec l'Institut Curie, crée un programme d'éducation thérapeutique. Objectif ? Acquérir des savoir-faire pour faire face aux éventuelles difficultés et intégrer le traitement au quotidien. « Appli Chimio sera un outil parmi d'autres pour mieux accompagner les patients sous traitements », conclut Maya Gutierrez, qui espère lancer une première version de l'application d'ici un an.

**En savoir plus :**  
[www.applichimio.fr](http://www.applichimio.fr)

1. Le groupement de coopération sanitaire Service numérique de santé travaille au développement des systèmes d'information de santé mutualisés pour les acteurs de santé franciliens.





L'un des freins à l'utilisation des applis en santé : elles ne sont pas remboursées. Pour l'être, il faudrait qu'elles aient fait la preuve de leur service médical rendu. Or les développeurs n'ont souvent pas les moyens d'effectuer les démarches nécessaires.

cybersécurité et de protection des données. » Un nouveau groupe de travail est aujourd'hui chargé de définir le cahier des charges de ce label. Il s'appuiera, entre autres, sur le référentiel de bonnes pratiques publié par la Haute Autorité de santé (HAS) fin 2016 (lire l'interview de Pierre Trudelle, p. 22). L'attribution du label pourrait débuter dès 2018. Elle sera confiée à des organismes certificateurs autorisés par le Comité français d'accréditation (Cofrac). En attendant, deux sociétés privées, DMD Santé et Medappcare, proposent déjà d'évaluer les applis de santé. Elles travaillent aujourd'hui au service de développeurs et de mutuelles. Mais leur démarche, bien qu'intéressante, s'appuie sur des critères qui n'ont pas été définis par une autorité compétente.

### Une révolution dans la prise en charge

« Les applications vont modifier les échanges avec les professionnels de santé, anticipe Gérard Raymond, président de la Fédération française des diabétiques. À terme, grâce au suivi à distance de la glycémie par exemple, les patients qui gèrent bien leur maladie n'auront peut-être plus besoin de poser une demi-journée de travail pour les visites de routine

chez le diabétologue. Ce dernier y gagnerait aussi du temps : il pourrait déléguer le suivi de ces patients à une infirmière, de manière à être plus disponible pour les malades qui en ont besoin. Cela ne sera cependant possible qu'avec un système de

rémunération forfaitisée des équipes médicales. » Et avec une modification de l'article 53 du code de déontologie médicale, telle que le demande le Cnom depuis quelques années. Le texte indique, en effet, que « le simple avis ou conseil dispensé par téléphone ou par correspondance ne peut donner lieu à aucun honoraire. » Aujourd'hui, le fait de recueillir les données télétransmises, de les analyser et de téléphoner aux patients en cas d'alerte ne peut être rémunéré. Autre frein à l'utilisation des applis en santé : elles ne sont pas remboursées. Pour l'être, il faudrait qu'elles aient fait la preuve de leur service médical rendu. Or les développeurs n'ont souvent pas les moyens d'effectuer les démarches nécessaires. Une seule application a passé ce cap pour le moment : Diabéo, qui calcule la dose d'insuline que les diabétiques de type 1 doivent s'injecter, à partir du taux de glycémie et du profil d'assiette renseignés avant le repas.



### TÉMOIGNAGE

**Dr Fabrice Denis**, oncologue au centre de cancérologie Jean Bernard, au Mans, chercheur associé au CNRS et président du Syndicat national des radiothérapeutes oncologues

« La maladie rechute rarement le jour du rendez-vous avec l'oncologue »

MoovCare, l'application que je développe avec la société Sivan Innovation, propose un suivi personnalisé et à distance des patients atteints de cancer du poumon en phase métastatique. Chaque semaine, le malade renseigne 12 paramètres cliniques (variation de poids, fatigue, sang dans les crachats, etc.). Si l'algorithme détecte une anomalie pouvant être synonyme de rechute, une alerte est envoyée à l'équipe soignante, qui avance alors immédiatement la date du prochain

rendez-vous. Résultat de cette réactivité : un nombre de décès à 1 an divisé par trois, et une meilleure qualité de vie pour les patients. Ces derniers sont rassurés à l'idée d'avoir un médecin au bout du clavier qui viendra les chercher s'il y a un problème, et n'appellent donc plus le service de façon intempestive au moindre doute. Des applis similaires sont en cours de développement pour les lymphomes et cancers du rein d'abord, puis pour les cancers du sein, de la prostate et du côlon.

## « Les médecins devraient être formés à ce type de questions, et à l'usage de la m-santé. »

..... Une autre pourrait bientôt la rejoindre : MoovCare, pour les patients atteints d'un cancer du poumon à haut risque de rechute. « Pour démontrer qu'elle allonge la survie des malades, il nous a fallu organiser une étude randomisée auprès d'un échantillon significatif de patients,

explique le D<sup>r</sup> Fabrice Denis, oncologue à l'initiative de MoovCare (lire témoignage, p. 21). « Afin de garantir la confidentialité des données, nous avons par ailleurs choisi de ne pas mettre notre application sur un "store" mais sur une page Internet sécurisée, nécessitant un log-in et un mot de passe. »

### Quid de la cybercondrie ?

Outre le choix de l'appli, il faut aussi veiller à la personnalité des patients : « Il y a des personnes à qui il ne faut jamais conseiller d'application. Ils pourraient devenir dépendants et passer leurs journées à s'auto-surveil-

ler. Cette "cybercondrie" décuplerait leur anxiété, prévient le D<sup>r</sup> Jacques Lucas. Les médecins devraient être formés à ce type de questions, et plus généralement à l'usage de la m-santé. Car tous seront un jour ou l'autre, confrontés à cette question : "Docteur, vous connaissez cette appli ?" »

1. Sondage Ipsos/Croc and Move sur les Français et la prévention en santé (avril 2017) et étude Withings/MASCF sur les objets connectés et les professionnels de santé (février 2017).
2. Rapport consultable ici : <http://social-sante.gouv.fr/>

## Point de vue extérieur

**Pierre Trudelle**, chef de projet à la Haute Autorité de santé (HAS), qui a piloté le Référentiel de bonnes pratiques sur les applications et les objets connectés en santé



## « Une révolution bénéfique, si elle est bien encadrée »

### Pourquoi la HAS a-t-elle élaboré un référentiel de bonnes pratiques sur les applications et les objets connectés en santé ?

Alors que les dispositifs médicaux doivent suivre un processus de mise sur le marché rigoureux, les applications mobiles de santé peuvent être créées et proposées au téléchargement sans cadre réglementaire. C'est pourquoi nous avons décidé de constituer ce référentiel. Nous avons défini IOI critères qui donnent aux concepteurs les bonnes pratiques à adopter pour développer des applications de qualité, et aux évaluateurs (sociétés savantes, associations de consommateurs, entreprises privées de labellisations, etc.) les points essentiels à considérer face à de tels produits. Les développeurs ont tout intérêt à s'en emparer : le respect de notre référentiel pourra leur servir d'argument commercial. Les utilisateurs ont besoin d'avoir confiance en leurs outils.

### Que faut-il retenir de ce référentiel ?

Nos critères d'évaluation portent sur cinq grands sujets : la qualité des informations fournies aux utilisateurs concernant l'application (description, prix, consentement sur l'utilisation éventuelle des informations collectées, etc.), la qualité des contenus en santé et de l'interprétation des données médicales, la qualité technique de l'outil (précision de la mesure des données, etc.), la sécurité d'utilisation (garantie de confidentialité,

respect des données personnelles) et l'ergonomie. À la HAS, nous ne sommes pas en mesure de faire une veille exhaustive des centaines de milliers d'applications en santé qui existent, et encore moins de suivre toutes leurs mises à jour. Mais nous pensons qu'une veille thématique est possible. Les sociétés savantes et associations professionnelles pourraient évaluer les applications liées à leurs spécialités médicales, sur la base de notre référentiel et en s'entourant d'autres métiers (informaticiens, spécialistes de la cybersécurité...). Nous les encourageons à sélectionner ainsi les applications les plus pertinentes médicalement. En s'appuyant sur ces sélections, les professionnels de santé pourraient ainsi mieux conseiller leurs patients.

### Quelles sont les prochaines étapes ?

Nous préparons deux autres documents : l'un pour aider les médecins à conseiller et répondre aux questions de leurs patients, l'autre pour informer les associations de patients ou le grand public et les aider à mieux identifier les critères importants des applications et des objets connectés. Ces documents devraient être publiés en fin d'année, ou début 2018 au plus tard. Nous suivons par ailleurs ce qui se passe au niveau européen. Un travail similaire y est mené actuellement, qui pourrait s'appuyer sur une partie de notre référentiel, puisque nous sommes parmi les pionniers dans ce domaine.

**vos informations pratiques**



# le guide juridique

## **24. en bref**

- Parcours de soins et démographie médicale : la Cnamts donne des *guidelines*

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

- Que faire devant un patient inapte à la conduite ?

## **26-27. décryptage**

- Échange et partage d'informations médicales : ce qu'a changé la loi santé

## **28-30. pratique**

- Repérage des violences envers les enfants
- Téléalarme et télésurveillance dans les cabinets
- Stationnements et caducée



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

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

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

### Décision du Conseil constitutionnel n° 2017-632 du 2 juin 2017.

À la question prioritaire de constitutionnalité au sujet de la procédure collégiale préalable à la mise en œuvre de l'arrêt des traitements et à la sédation profonde, le Conseil constitutionnel a déclaré une conformité à la Constitution.

### Ordonnance n° 2017-644 du 27 avril 2017

relative à l'adaptation des dispositions législatives relatives au fonctionnement des ordres des professions de santé (rectificatif).

### Décret n° 2017-1002 du 10 mai 2017

relatif aux conditions de rémunération de l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès au domicile du patient, complété de l'arrêté du 10 mai 2017 fixant la rémunération de l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès réalisé au domicile du patient à 100 euros bruts. Ce forfait comprend la visite réalisée dans ce cadre et les frais de déplacement afférents.

**Instruction interministérielle n° dgos/ght/dgfip/2017/153 du 4 mai 2017** relative à l'organisation des groupements hospitaliers de territoire.

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



## Parcours de soins et démographie médicale

# La Cnamts donne des guidelines

**De plus en plus de patients qui ont des difficultés à trouver un médecin traitant se tournent vers leur caisse d'Assurance maladie et vers l'Ordre des médecins pour tenter de trouver une solution. La Cnamts a publié une instruction pour homogénéiser les pratiques des caisses face à ces demandes.** « *Il s'agit d'une démarche globale qui passe par de la prévention, par l'information de nos bénéficiaires et des médecins, par des dispositifs d'accompagnement, de conciliation...* précise François Meurisse, directeur de la conciliation à la Cnamts. *Durant cette phase où le bénéficiaire est aidé par un conciliateur dans sa recherche de médecin traitant, les pénalités prévues en cas de consultations hors parcours de soins coordonnés sont neutralisées.* »

À l'origine de cette démarche ? Un constat mis en exergue par une enquête menée auprès des caisses en 2015 : chacune avait des stratégies et des réponses propres face à cette problématique. L'idée a donc été de les recenser puis de déterminer et consolider les bonnes pratiques pour essayer de donner des orientations au réseau sur la meilleure manière de faire. « *Certaines caisses avaient par exemple des démarches de prévention particulièrement fortes, notamment le recensement périodique des médecins qui partent à la retraite, l'information des patients concernés par ces départs en les sensibilisant à la nécessité d'entamer des*

*démarches pour trouver un nouveau médecin traitant... Et puis de l'autre côté, une information également des médecins pour les inciter à prendre de nouveaux patients...* »

### Des conciliateurs en première ligne

Dans ce contexte, le rôle des conciliateurs des caisses d'Assurance maladie est déterminant dans la mesure où ils sont chargés d'aider les bénéficiaires qui ne parviennent pas à trouver un médecin traitant.

Le conciliateur va alors travailler avec le service des relations avec les professionnels de santé de la caisse afin d'évaluer les taux d'activité des médecins, et d'éviter le plus possible de solliciter les praticiens qui ont déjà une activité très importante. Autant que faire se peut, il s'adressera en premier lieu à des médecins nouvellement installés. Le conciliateur peut aussi demander aux médecins ou aux conseils départementaux de l'Ordre de l'orienter vers des confrères à même de prendre de nouveaux patients. « *Ce travail n'est pas toujours facile parce qu'il faut écouter les arguments du médecin, prendre en compte son organisation, son activité, ses contraintes face à d'éventuels déplacements... Il y a un véritable échange, une discussion, pour tenter de trouver des solutions. C'est donc une démarche qui se veut pragmatique, agile, intelligente, avec un échange privilégié entre le conciliateur et le médecin.* »

## Posez vous aussi vos questions

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



# Que faire devant un patient inapte à la conduite ?

De plus en plus de personnes, la plupart du temps âgées, deviennent inaptes à la conduite en raison de la diminution de leurs capacités. **Quel est le rôle du médecin face à ces patients et comment aborder cette question délicate ?**

## Que dit la loi sur l'inaptitude à la conduite ?

L'arrêté du 18 décembre 2015 liste un certain nombre de pathologies incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis, ou qui peuvent donner lieu à la délivrance d'un permis avec une durée de validité limitée, ou encore qui nécessitent un aménagement du véhicule. Le patient atteint par l'une de ces affections doit se soumettre de lui-même à un contrôle médical auprès d'un médecin agréé (liste disponible auprès de la préfecture).

## Quel est le rôle du médecin traitant face à ces patients ?

Le rôle du médecin est d'inciter le patient à réaliser ce contrôle en lui indiquant où il peut se procurer la liste des médecins agréés mais aussi en l'informant par exemple sur les sanctions qu'il encourt : 2 ans d'emprisonnement et 4500 euros d'amende s'il ne se soumet pas de son propre chef à cet examen médical alors qu'il a été informé de son obligation de le faire. Il est aussi important de lui rappeler que s'il commet un accident sa compagnie d'assurance ne le couvrira pas, estimant qu'il y a eu une fausse déclaration. Et là, la responsabilité pécuniaire peut être très lourde. Dans tous les cas, le médecin doit noter ces échanges en indiquant leurs dates dans le dossier médical à chaque fois qu'il a informé le patient.

## Qu'en est-il du cas particulier des personnes âgées ?

Au cours d'une consultation, le médecin peut s'apercevoir qu'un patient âgé ne dispose plus de toutes ses facultés motrices, visuelles, intellectuelles et que cet état de santé général rend sa conduite dangereuse pour lui-même et pour les autres. Il se retrouve alors face à une situation kafkaïenne entre l'obligation du respect du secret médical et la nécessité de protéger autrui. À cela s'ajoute le fait que le patient peut vivre cette inaptitude comme une privation de sa liberté voire de sa vie sociale, surtout en zone rurale... Le seul pouvoir du médecin face à un patient inapte à la conduite est l'information, la persuasion et la ténacité. Il peut aussi, s'il connaît les proches du patient, leur faire part de son inquiétude et expliquer qu'il serait raisonnable d'inciter la personne à arrêter de conduire. Il peut aussi, sous réserve des capacités du patient, l'inciter dans un premier temps à ne plus conduire de nuit, ou encore à limiter ses déplacements sur de courts trajets. Dans tous les cas, le médecin ne peut saisir lui-même la commission médicale primaire qui siège à la préfecture ni demander à un médecin agréé qu'il convoque le patient.

## Et concernant les voitures sans permis ?

Les personnes qui se sont vu supprimer leur permis peuvent être tentées de se rabattre sur un véhicule sans permis, convaincues, à tort, que ces voitures plus petites et moins rapides sont moins accidentogènes. Légalement, l'inaptitude à la conduite ne concerne pas ces véhicules. Cependant, le médecin a le devoir d'attirer l'attention de son patient inapte à la conduite sur les risques d'accidents, toujours réels, qu'il peut créer en conduisant, y compris ce type de véhicules.



### d'infos

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

D<sup>r</sup> Jean-Marcel Mourgues et Cécile Bissonnier,  
section Santé publique

# Échange et partage d'informations médicales : qui peut faire quoi ?

**La loi de modernisation de notre système de santé a apporté des modifications** quant aux modalités d'échange et de partage des informations médicales concernant un patient. Petit point sur la législation...

## Quelle est la différence entre échange et partage d'informations ?

Un échange d'informations consiste à communiquer, après que le patient en a été informé et à condition qu'il puisse exercer éventuellement son droit d'opposition, les informations strictement nécessaires à sa prise en charge à un ou plusieurs professionnels destinataires identifiés qui assurent son suivi.

Quant au partage d'informations, il se traduit par la mise à disposition, sur une plateforme informatisée, d'informations relatives à un même patient pris en charge. L'accès de chaque professionnel à la base de données doit être individuellement autorisé, identifié, tracé et horodaté.

## Quels professionnels sont susceptibles d'échanger ou de partager des informations relatives à une même personne prise en charge ?

Sont concernés tous les professionnels de santé quel que soit leur mode d'exercice, mais aussi des non professionnels de santé relevant des champs social et médico-social (assistants de service social, aides médico-psychologiques et accompagnants éducatifs et sociaux...).  
→ Voir article R.1110-2 du code de la santé publique

## Quelles sont les conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels ?

L'échange ou le partage d'informations ne sont possibles qu'entre professionnels identifiés, qui participent de manière effective à la prise en charge d'une même personne. Seules les informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention, ou au suivi médico-social et social de la personne peuvent être échangées ou partagées. L'échange ou le partage d'informations ne doit pas excéder le périmètre des missions de chaque professionnel. Celui-ci n'a accès qu'aux seules informations qui lui sont nécessaires pour assurer sa mission, dans les limites de son champ d'activité professionnelle.

Le partage d'informations entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins requiert le consentement préalable de la personne prise en charge, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret.

→ Voir article L.1110-4 du code de la santé publique

## Qu'est-ce qu'une équipe de soins ?

L'équipe de soins est un ensemble de professionnels qui participent

directement et conjointement à la prise en charge d'un même patient (réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes). Ils doivent :

- soit exercer dans le même établissement de santé, dans le même établissement ou service social ou médico-social, ou dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale;
- soit s'être vu reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient qui s'adresse à eux pour la réalisation des consultations et des actes prescrits par un médecin auquel il a confié sa prise en charge;
- soit exercer dans un ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du ministre chargé de la Santé.

L'équipe de soins peut être composée de professionnels de santé mais aussi de professionnels des champs social et médico-social. La notion d'équipe de soins ainsi définie par la loi est donc extensive. Elle ne se limite pas, comme l'avait demandé l'Ordre des médecins lors de l'exa-

men du projet de loi, aux professionnels « soignant » la personne.

→ Voir articles L.1110-12 et R.1110-2 du code de la santé publique

### Quelles sont les conditions de partage d'informations entre professionnels membres d'une même équipe de soins ?

Lorsque les professionnels appartiennent à la même équipe de soins, ils peuvent partager les informations relatives à la personne dont ils assurent la prise en charge, dans la double limite : – des seules informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou au suivi médico-social et social de la personne ; – du périmètre de leurs missions. Le consentement de la personne concernée par les informations partagées est présumé mais celle-ci doit en être préalablement informée.

→ Voir articles L.1110-4 et R. 1110-3 du code de la santé publique

### Le patient peut-il s'opposer à un échange ou un partage d'informations le concernant ?

Quel que soit le cas de figure, toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement de santé, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement médico-social ou social a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant (excepté dans les cas de dérogation expressément prévus

par la loi). Ainsi, la personne a le droit de s'opposer à tout moment à un échange ou un partage de ces informations.

### À quels médecins ne peut-on pas transmettre ces informations ?

#### • Au médecin d'une compagnie d'assurances

Le médecin traitant peut remettre au patient les éléments répondant à la demande du médecin de l'assurance, en informant le patient sur les conséquences de la transmission. Il appartiendra alors au patient de remettre lui-même au médecin de la compagnie d'assurances nommément désigné les éléments indispensables au règlement de son affaire.

#### • Au médecin expert judiciaire

La seule ordonnance du magistrat confiant au médecin expert judiciaire une mission d'expertise ne suffit pas à lui conférer un droit d'accès à des informations couvertes par le secret. Deux solutions peuvent être envisagées : – soit remettre au patient, à sa demande, la copie des éléments du dossier de nature à renseigner l'expert, à charge pour le patient de les transmettre à l'expert ; – soit aviser le patient de la démarche de l'expert et lui faire confirmer par écrit qu'il ne s'oppose pas à ce que le médecin adresse directement à l'expert les informations demandées.

– soit aviser le patient de la démarche de l'expert et lui faire confirmer par écrit qu'il ne s'oppose pas à ce que le médecin adresse directement à l'expert les informations demandées.

#### • Au médecin du travail

Au cas où le médecin du travail aurait besoin d'informations, le médecin peut remettre

au patient, en main propre, les documents qu'il estime utiles. À charge ensuite pour le patient de les communiquer au médecin du travail car le secret médical n'est pas opposable au patient.

**D<sup>r</sup> Jean-Marie Faroudja**  
et **Caroline Héron**,  
section Éthique et Déontologie  
**D<sup>r</sup> Jacques Lucas**,  
vice-président et délégué général  
des systèmes d'information en santé  
**D<sup>r</sup> François Simon**,  
section Exercice professionnel

#### + d'infos :

• La fiche pratique Échange et partage d'informations : [www.conseil-national.medecin.fr/node/2109](http://www.conseil-national.medecin.fr/node/2109)

• La FAQ sur les dossiers médicaux : [www.conseil-national.medecin.fr/faq-page/62](http://www.conseil-national.medecin.fr/faq-page/62)

• Les commentaires du code de déontologie médicale : [www.conseil-national.medecin.fr/groupe/17/tous](http://www.conseil-national.medecin.fr/groupe/17/tous)

## Repérage des violences envers les enfants : le rôle décisif des médecins

**Loi du 14 mars 2016, Conseil national de la protection de l'enfance, plan de lutte contre les violences faites aux enfants... les dispositifs de protection de l'enfance évoluent.** Parmi les enjeux majeurs : repérer les enfants avant qu'il ne soit trop tard. Et pour cela, les médecins sont en première ligne...

Ces derniers mois, les pouvoirs publics ont marqué leur volonté d'agir davantage contre les violences faites aux enfants et d'améliorer la prise en charge des victimes. Une détermination saluée par le Cnom, qui est engagé de longue date sur cette question majeure<sup>1</sup>.

### Une loi centrée sur l'enfant

La loi du 14 mars 2016 place désormais l'enfant au centre du dispositif de protection. L'article 1<sup>er</sup> précise ainsi que la protection de l'enfance vise « à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits ».

Le nouveau texte s'articule autour de trois objectifs :

- améliorer la gouvernance nationale et locale de la protection de l'enfance dans tous les champs (prévention, repérage, prise en charge des victimes, accompagnement des parents...);
- sécuriser le parcours de l'enfant en protection de l'enfance, en apportant des réponses personnalisées à ses besoins, davantage de stabilité dans son parcours, en prenant en compte les liens familiaux, etc.;
- adapter le statut de l'enfant placé sur le long terme avec notamment un projet de vie individualisé, construit avec l'enfant selon des

modalités adaptées à son âge et à son degré de maturité.

### Le CNPE : un conseil dédié

Cette loi prévoit également la création du **Conseil national de la protection de l'enfance** « chargé de proposer au gouvernement les orientations nationales de la politique de protection de l'enfance, de formuler des avis sur toute question s'y rattachant et d'en évaluer la mise en œuvre ». Installé fin 2016, cet organe placé auprès du Premier ministre est composé des acteurs liés à l'enfance. Le Cnom siège dans le collège des associations de professionnels et participe à la commission permanente consacrée au renforcement de la prévention et du repérage précoce.

### Le 1<sup>er</sup> plan interministériel

En parallèle, le 1<sup>er</sup> mars 2017 a été lancé le premier plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants pour 2017-2019. Son objectif : sensibiliser l'ensemble des citoyens à cette problématique, et plus particulièrement aux violences intrafamiliales. Un numéro Allô enfance maltraitée, 119, est à cet égard à disposition. Parmi ses axes de travail : l'information et la formation des professionnels pour mieux repérer, le plus tôt possible, les enfants en danger.

### Le rôle des médecins

Les articles 43 et 44 du code de déontologie (R. 4127-43 et 44 du code

de la santé publique) précisent que le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage. Le médecin doit alors alerter les autorités judiciaires ou administratives. Pour cela, deux possibilités s'offrent à lui :

→ un signalement auprès du procureur de la République, en cas d'urgence ou de danger imminent pour l'enfant;

→ une information préoccupante auprès de la Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) du Département, lorsque la vie de l'enfant n'est pas immédiatement en danger, ou lorsque le médecin n'a que des soupçons de violences.

Aujourd'hui, seuls 5 % des signalements proviendraient des médecins. Or le secret médical ne fait pas obstacle au signalement des sévices et maltraitances constatés chez un mineur ou une personne vulnérable. L'article 226-14 du code pénal autorise le médecin à porter « à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être [...] les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de

*toute nature ont été commises* ». La responsabilité civile, pénale ou disciplinaire du médecin ne peut pas être engagée si le signalement aux autorités compétentes a été fait dans les conditions prévues par cet article sauf à établir la mauvaise foi du médecin.

En cas de doute sur un cas ou d'interrogation sur la conduite à tenir, le médecin peut contacter :

- son conseil départemental de l'Ordre des médecins;
- le médecin de la CRIP de son département;
- le médecin des services départementaux désigné comme médecin référent « protection de l'enfance ».

**D' Andrée Parrenin, vice-présidente du Cnom, section Éthique et déontologie**

**+ d'infos :** <https://www.conseil-national.medecin.fr/signaler-la-maltraitance-1258>

**Avec un modèle de signalement de sévices à mineur.**

1. Rapport « La protection de l'enfance : signalement et information préoccupante », D<sup>r</sup> Irène Kahn-Bensaude, D<sup>r</sup> Jean-Marie Faroudja, Cnom, 2016 / [www.conseil-national.medecin.fr/node/1696](http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1696)

## Vidéoprotection : quel cadre juridique ?

**Pour se prémunir des actes de violence et des vols, de plus en plus de médecins sont tentés d'installer un système de vidéoprotection.**

La mise en place de ce type de dispositif est encadrée par la loi.

### Quelle procédure doit-on suivre pour mettre en place un système de vidéoprotection ?

Le cabinet médical est considéré comme un lieu ouvert au public, au sens du code de la sécurité intérieure. Le médecin doit donc solliciter une autorisation auprès de la préfecture, qui pourra être accordée pour assurer la sécurité des personnes et des biens. L'autorisation est donnée pour cinq ans. Pour déclarer alors un système de vidéoprotection, le médecin doit compléter l'imprimé CERFA n° 13806\*03. La demande d'autorisation est effectuée par courrier postal, ou par télédéclaration sur le site Internet [www.interieur.gouv.fr/Videoprotection/Tele-procedure](http://www.interieur.gouv.fr/Videoprotection/Tele-procedure).

### Les patients doivent-ils être informés ?

Quel que soit le moyen d'accéder au cabinet, une information claire et permanente de l'existence d'un sys-

tème de vidéoprotection doit être délivrée aux patients et aux personnels par voie d'affichage au moyen d'un pictogramme représentant une caméra.

### Quelle est la durée de conservation des images ?

Si le dispositif de vidéoprotection prévoit l'enregistrement des images, la durée maximale de leur conservation prévue par la loi est de 30 jours. Pour un cabinet médical, un délai de quelques jours est suffisant pour l'exploitation des images en cas d'agression ou de vol. Une fois ce délai expiré, les images sont détruites.

### Filmer oui, mais quoi ?

Compte tenu du caractère secret de la consultation, il n'est pas acceptable de filmer la consultation. Il est donc conseillé d'installer le dispositif dans les entrées, couloirs et salle d'attente uniquement. En aucun cas, le dispositif ne peut couvrir la voie publique.

### Quelles sont les sanctions prévues par la loi en cas de non-respect de ces dispositions ?

Selon les cas de figure cités précédemment, procéder à des enregistrements de vidéoprotection sans autorisation ni consentement, conserver les enregistrements au-delà du délai prévu ou les utiliser à d'autres fins que celles prévues est puni de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

**Il convient enfin de rappeler qu'en cas d'agression une fiche de signalement par voie électronique est à disposition des médecins sur le site : [sve.ordre.medecin.fr/loc\\_fr/default/requests/signalement](http://sve.ordre.medecin.fr/loc_fr/default/requests/signalement).**

**D<sup>r</sup> Hervé Boissin, Caroline Blanc-Nicet, section Exercice professionnel**

# Facilités de stationnement accordées aux véhicules des médecins

**Aucune disposition légale ou réglementaire n'encadre les modalités de stationnement des médecins.** Seule une circulaire évoque les « facilités de stationnement accordées aux véhicules des médecins et sages-femmes dans le cadre de leur activité professionnelle ».

La circulaire en date du 26 janvier 1995, qui n'est plus à l'heure actuelle disponible sur le site du ministère de l'Intérieur, précise que les véhicules des médecins arborant le caducée peuvent bénéficier de mesures de tolérance en matière de stationnement irrégulier dès lors que leurs propriétaires sont amenés à exercer leur activité professionnelle au domicile de leurs patients ou à proximité de leur domicile en cas d'astreinte, essentiellement pour satisfaire à leurs obligations en cas d'urgence. La circulaire précise toutefois que les stationnements irréguliers ne doivent pas être de nature à gêner la circulation générale ou constituer un danger pour les autres usagers, notamment les piétons.

Cette circulaire devait inciter les maires à prendre des arrêtés permettant une cohérence avec les mesures de tolérance préconisées. Ainsi, tout maire peut publier un arrêté réglementant le stationnement des véhicules des professionnels de santé et facilitant celui-ci, dès lors que leur activité spécifique (qui s'exerce dans l'intérêt de la population) nécessite des déplacements au domicile des patients ou des interventions en urgence.

## Des disparités importantes

Le Cnom a recensé auprès de l'ensemble des conseils départementaux de l'Ordre (31 réponses) les difficultés de stationnement rencontrées par les médecins. La plupart d'entre eux relèvent que l'apposition du caducée ne suffit plus à justifier une tolérance de stationnement irrégulier. En cause : la verbalisation à distance (le caducée n'est pas visible par la caméra); les abus de l'usage du stationnement irrégulier par des médecins n'ayant pas d'activité au domicile des patients ou d'activité d'urgence.

Dans la plupart des départements, des contacts ont existé ou existent entre le conseil départemental de l'Ordre et les maires des grandes agglomérations. Ces collaborations permettent de rappeler régulièrement aux agents chargés de la police de stationnement la tolérance accordée par la circulaire ou de mettre en place de nouveaux dispositifs. Par exemple, des disques/macarons/caducées spécifiques établis d'un commun accord entre la ville et le conseil départemental peuvent être remis aux médecins réalisant effectivement des visites. Parfois, ces supports leur permettent d'indiquer leur heure d'arrivée. Les médecins

sont alors autorisés à stationner gratuitement pour une durée plus ou moins longue (une demi-heure, une heure...). D'autres villes proposent des abonnements ou des cartes de stationnement payantes permettant aux médecins un stationnement d'une durée plus ou moins longue selon les formules. Ces dispositifs font l'objet de tarifs préférentiels mais qui peuvent néanmoins varier parfois du simple au double.

## Quelles recommandations pour les médecins ?

Dans tous les cas, il est conseillé aux médecins :

- d'apposer visiblement leur caducée sur le pare-brise de leur véhicule;
- d'être en mesure de présenter leur carte professionnelle à la demande des agents chargés de la police de stationnement;
- de n'utiliser des tolérances de stationnement irrégulier que dans le cadre strict de leur activité professionnelle;
- de ne pas gêner la circulation générale ni créer un danger pour les autres usagers.

**D' François Simon et Isabelle Jouannet,**  
section Exercice professionnel

# culture médicale

*La différence invisible,*  
Julie Dachez et Mademoiselle Caroline,  
éd. Delcourt,  
22,95 euros



## LA DIFFÉRENCE INVISIBLE

Marguerite se sent décalée... Elle lutte chaque jour pour préserver les apparences mais ses gestes sont immuables et elle se sent agressée dès qu'elle sort de son cocon... Lassée de cet état, elle part à la rencontre d'elle-même et découvre qu'elle est autiste Asperger. Sa vie va s'en trouver profondément modifiée... Cette bande dessinée relate l'histoire de l'auteur, Julie Dachez, qui a découvert son autisme sur le tard. Elle y raconte son combat au quotidien : rencontrer des inconnus, déjeuner avec ses collègues, partager le même lit que son conjoint... Un moyen également de mettre sous les projecteurs ce trouble du spectre autistique qui fait encore souvent l'objet d'une errance diagnostique chez les personnes concernées.

*Patients,*  
Grand corps malade,  
éd. Points,  
5,90 euros



## PATIENTS

À tout juste 20 ans, alors qu'il chahute avec des amis, Fabien heurte le fond d'une piscine. Les médecins diagnostiquent une paralysie, probablement à vie. Dans le style poétique, drôle et incisif qui le singularise, Grand Corps Malade, de son vrai nom Fabien Marsaud, relate les péripéties vécues avec ses colocataires d'infortune et les équipes soignantes dans un centre de rééducation. Jonglant avec émotion et dérision, ce récit est aussi celui d'une renaissance. Armé d'une béquille et d'un stylo, il se lancera non pas dans la carrière sportive qu'il envisageait mais dans la musique... Ce livre a fait l'objet d'une adaptation au cinéma diffusée en mars dernier.



*Les maladies chroniques.*  
*Vers la 3<sup>e</sup> médecine,*  
André Grimaldi, Yvanie Caillé,  
Frédéric Pierru,  
Didier Tabuteau,  
éd. Odile Jacob, 24,90 euros

## LES MALADIES CHRONIQUES. VERS LA 3<sup>E</sup> MÉDECINE

Vingt millions de Français souffrent de maladies chroniques, soit un tiers de la population – une véritable épidémie. Si hier encore on mourait de ces maladies, aujourd'hui, elles nous accompagnent toute notre vie. Diabète, cancers, hypertension artérielle, sida, insuffisance respiratoire, maladie de Parkinson ou d'Alzheimer, obésité... La France doit à présent se doter de tous les moyens pour améliorer la vie de tous les patients atteints de ces maladies. Pour cela, elle doit entrer dans l'ère de la 3<sup>e</sup> médecine, véritable médecine de la personne, aux côtés de la médecine des maladies aiguës bénignes et de la médecine des maladies graves. Pour le patient, il s'agit d'une nouvelle façon de vivre; pour le médecin, d'une nouvelle façon d'exercer son métier, à l'heure des grandes avancées médicales et technologiques. Dans cet ouvrage, 74 médecins, patients et experts se sont associés pour réfléchir au défi des maladies chroniques.



*À chaque jour son patient.*  
*Journal d'un neuropsychiatre,*  
Roger Vigouroux,  
éd. Odile Jacob, 23,90 euros

## À CHAQUE JOUR SON PATIENT. JOURNAL D'UN NEUROPSYCHIATRE

Le D<sup>r</sup> Roger Vigouroux, neuropsychiatre, nous donne accès dans ce livre à son cabinet de consultation. Nous y rencontrons des patients aux prises avec des troubles et des angoisses; nous partageons leurs espoirs et leur tristesse et accompagnons le D<sup>r</sup> Vigouroux dans ses recherches d'explication : pourquoi ce violoniste a-t-il tout oublié sauf la musique? Pourquoi cet employé modèle se retrouve-t-il soudain aphone? Comment aider ce jeune homme à se défaire d'une pathologie familiale? Comment retrouver la raison après un épisode de panique? L'auteur livre une médecine à visage humain et un regard intimiste sur la psychiatrie.

**D<sup>r</sup> Brigitte Godard,**  
médecin des astronautes,  
Centre européen des astronautes (Cologne)



## « J'ai eu un modèle, Claudie Haigneré, qui était médecin et spationaute »

**Être astronaute, c'était mon rêve d'enfance. J'étais passionnée par l'espace et les étoiles.** Encore aujourd'hui, quand une éclipse totale du soleil est visible quelque part dans le monde, je pars avec ma lunette astronomique. Mon autre rêve? Faire médecine. Tout de suite, j'ai eu un modèle, Claudie Haigneré, qui était médecin et spationaute. Il n'existait pas de voie toute tracée pour réaliser ce double rêve. Il m'a fallu attendre, saisir des opportunités, ne jamais cesser de me former... Ce qui me plaisait beaucoup car j'aime passer des examens! Et ce, tout en assurant des remplacements de médecine générale dans la campagne normande. Quand j'ai entendu parler d'une mission de trois mois à Medes (Institut de médecine et de physiologie spatiale), à Toulouse, pour suivre des volontaires en alimentation prolongé, j'ai su que j'étais désormais sur la bonne voie pour rejoindre les étoiles. Je suis restée à Medes comme médecin chargé de recherche clinique et télémédecine. Mais je n'avais pas renoncé à mon désir d'être astronaute et, lors de la dernière sélection d'astronautes, en 2008, j'ai posé ma candidature. Sur 8 000 dossiers, 950 étaient retenus et j'en faisais partie. Mes chances de passer les autres étapes étaient nulles, je le savais, mais je voulais aller au bout de mon rêve et tenter ma chance pour n'avoir aucun

regret. C'est alors qu'une nouvelle aventure s'est ouverte pour moi puisqu'on recherchait un médecin français au Centre européen des astronautes à Cologne. J'ai postulé... avec succès. J'occupe ce poste depuis 2010. Thomas Pesquet est le cinquième astronaute que je suis. Mon rôle est de m'assurer de son parfait état de santé, avant, pendant et après la mission. Les points essentiels, compte tenu des conditions extrêmes, sont le cœur à cause des troubles du rythme cardiaque, la capacité respiratoire et la vue. Tout aussi importants mais plus difficiles à contrôler : le système immunitaire, et les pertes osseuse et musculaire. Enfin, la nutrition est un élément décisif que je suis tout particulièrement. Pendant sa mission dans l'espace, Thomas Pesquet disposait d'une application spécifique sur un Ipad qui contrôlait quotidiennement la prise de calories. Toutes les semaines, nous avions quinze minutes de conférence médicale où nous faisions le point. Ensuite j'ai préparé son retour. L'atterrissage peut être un choc très violent et je suis spécialement formée en cardiologie et en soins pré-hospitaliers au cas où... Ce poste est passionnant mais la relation avec le patient commence à me manquer. Alors je pense retourner à une activité de médecine de terrain près des patients.

### parcours

**1993**

Thèse de médecine générale au CHU de Caen.

**1994**

Stage de recherche (DEA) dans le laboratoire de Physiologie de la perception et de l'action, Collège de France, CNRS Paris, sous la direction du professeur Alain Berthoz.

**1998-2002**

Stages de six mois d'internat de spécialité pour l'obtention du DES de Biologie médicale.

**2006-2010**

Médecin chargé de recherche clinique et télémédecine à Medes (Institut de médecine et de physiologie spatiales), à Toulouse.

**Depuis septembre 2010**

Médecin des astronautes au Centre européen des astronautes (Cologne).



**Pour aller plus loin :**

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