

médecins

Le bulletin de l'Ordre national des médecins

n° 46 | nov.-dec. 2016

Focus

Résultats 2015
de l'Observatoire
de la sécurité

Entretiens croisés

Rationaliser l'offre de soins
hospitaliers : le défi des GHT



www.conseil-national.medecin.fr

Dossier

Fin de vie : Ce que dit la nouvelle loi





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

O4. focus

Résultats de l'Observatoire de la sécurité
Insécurité : violence en hausse dans les zones
rurales

O6. en bref

- Valproate et ses dérivés :
Rappel sur les nouvelles modalités
de prescription
- Comportements dangereux
et radicalisation : des directives claires
pour les médecins

O8. sur le terrain

La Suite, après la pédiatrie

IO. e-santé

Perspectives numériques 2017

II. ailleurs

- Assemblée générale AMM

12. entretiens croisés

Rationaliser l'offre de soins hospitaliers :
le défi des GHT

le guide juridique

24. en bref

- Des avancées pour les collaborateurs
médecins dans les services de santé
au travail
- Sport : les nouvelles modalités du certificat
de non contre-indication

25. vos questions / nos réponses

Le refus de prélèvement d'organe

26-27. décryptage

Convention : l'avis déontologique de l'Ordre

28-30. pratique

- L'entraide ordinaire
- Les pathologies pouvant affecter
la conduite automobile

31. culture médicale

32. rencontre

Pr Sébastien Guillaume,
psychiatre au département d'urgences et
post-urgences psychiatriques au CHU de
Montpellier



16

Fin de vie : ce que dit la nouvelle loi

Les textes réglementaires précisant les conditions
de mise en œuvre de la loi Claeys-Leonetti créant
de nouveaux droits en faveur des malades et des
personnes en fin de vie ont été publiés au Journal
officiel le 5 août 2016. Désormais, la bonne application
de ces dispositions passe notamment par l'information
des professionnels de santé afin qu'ils s'approprient
pleinement la nouvelle loi.

restons connectés!



Sur le Web : www.conseil-national.medecin.fr

Sur Twitter : suivez-nous sur [@ordre_medecins](https://twitter.com/ordre_medecins)

Par mail : conseil-national@cn.medecin.fr

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



DR

Le vaccin, un acte médical au cœur du parcours de santé

En matière de politique de santé publique, le vaccin reste le meilleur moyen de mettre une société à l'abri de pathologies graves, voire mortelles.

Pour autant, les inquiétudes de la population sont telles qu'aujourd'hui, le médecin doit d'abord défendre la vaccination alors qu'il y a quinze ans, il devait simplement la pratiquer. Comment en est-on arrivé là ? L'échec des deux campagnes de vaccination nationales contre l'hépatite B et la grippe A y est pour beaucoup. Ces difficultés n'ont fait que renforcer les doutes d'un grand nombre de patients, mais aussi de médecins, sur l'utilité et l'innocuité vaccinale. L'absence d'un calendrier vaccinal stable a également été facteur d'incompréhension. Enfin, le manque d'exigence des pouvoirs publics vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique en matière d'approvisionnement et de gestion des stocks, de lisibilité du risque vaccinal, a largement pesé dans ce climat de défiance généralisé. Aujourd'hui, la ministre lance une conférence de consensus sur la politique vaccinale, mais c'est rajouter du doute au doute ! Nous avons besoin, au contraire, d'une gouvernance claire sur la vaccination qui en réaffirme l'intérêt de santé publique, qui dise clairement contre quelles affections et quels risques il faut protéger la population, avec un cahier des charges transparent vis-à-vis des industriels !

En réalité, les autorités ont oublié que la vaccination n'est pas une simple piqûre... C'est un acte médical au cœur du parcours de santé et le médecin doit en rester le pivot, avec la participation encadrée des sages-femmes et des infirmiers, qui ont un contenu métier médical ou paramédical leur permettant déjà d'administrer des vaccins. Le contenu métier des pharmaciens est différent de celui de ces professionnels de santé qui ont une légitimité à vacciner.

Le législateur, en autorisant les pharmaciens à vacciner contre la grippe, à titre expérimental pour l'instant, pense que l'amélioration de la couverture vaccinale se joue sur un plan quantitatif. C'est oublier un peu vite que vacciner est un acte de persuasion qui dépend de la conviction du médecin d'instaurer un dialogue éclairé sur le rapport bénéfices-risques avec son patient et de la capacité de ce dernier à l'accepter.

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.medicin.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 - **Secrétariat de rédaction :** Claire Gause - **Fabrication :** Sylvie Esquer - **Couverture :** Istock - **Impression :** Imprimerie Vincent - **Dépôt légal :** à parution - n° 16758 - ISSN : 1967-2845.
Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.



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

Résultats de l'Observatoire de la sécurité

Insécurité : violence en hausse dans les zones rurales

Selon l'Observatoire de la sécurité des médecins, le nombre de déclarations en 2015 s'est stabilisé. Cependant, les agressions sont en hausse dans les départements ruraux et touchent de plus en plus les médecins du travail.

La nouvelle publication de l'Observatoire de la sécurité des médecins révèle une stabilité du nombre de déclarations enregistrées en 2015 : 924, contre 901 en 2014 et 925 en 2013. « Nous sommes de plus en plus connus et les médecins déclarent plus facilement les agressions. Le nombre de déclarations est donc plutôt stable », estime le Dr Christian Bourhis, coordonnateur de l'Observatoire de la sécurité.

En revanche, les résultats par département sont plus préoccupants. « Nous constatons une forte baisse du nombre d'agressions en Île-de-France mais une hausse dans des départements ruraux. » En effet, alors que Paris enregistrerait 40 déclarations en 2013 et 27 en 2014, la capitale n'en affiche plus que 7 en 2015. Il en est de même en Seine-Saint-Denis, même si la baisse est moindre : on passe de 45 déclarations en 2013 à 27 en 2015. A contrario, le Doubs en compte 20 contre 2 en 2014, l'Aude 14 contre 4 il y a un an. Dans l'Ain, le nombre de déclarations a triplé : 3 en 2014 et 9 en 2015. De fait, 17 % des praticiens agressés exercent en milieu rural, soit une augmentation de 3 points par rapport à 2014. Dans le même temps, le nombre de victimes en centre-ville diminue d'autant (54 % en 2015, contre 57 % en 2014).

Les médecins du travail plus agressés

Autre fait marquant : les médecins du travail arrivent désormais au deuxième rang des spécialités les plus touchées par les agressions, juste après les ophtalmologues. En 2014, ils arrivaient seulement en sixième position. Selon

le Dr Christian Bourhis, ce phénomène « traduit un climat d'entreprise qui n'est pas très favorable et un stress des salariés qui conduit à une plus grande agressivité ». Néanmoins, les médecins généralistes représentent 65 % des praticiens ayant dû faire face à des violences. Une proportion qui augmente régulièrement depuis 2012 (56 %).

Moins d'agressions graves

Les agressions déclarées ont lieu de plus en plus souvent dans le cadre d'une activité en établissement de soins. Leur nombre a ainsi doublé entre 2014 et 2015, passant de 96 à 188. Elles représentent désormais 22 % des incidents dont 14 % dans

le secteur privé (contre 54 % dans un cabinet médical). « Nous avons une déclaration très importante dans les hôpitaux privés, alors que les établissements publics déclarent plus souvent au ministère de la Santé », tempère le Dr Christian Bourhis. Un point s'avère néanmoins positif : la gravité des violences est moindre. En 2015, seules 2 % des agressions ont eu lieu avec une arme contre 4 % en 2014. Et les interruptions du temps de travail ont légèrement diminué : 7 % contre 8 % en 2014. La baisse est surtout notable pour les interruptions comprises entre 3 et 8 jours, et supérieures à 8 jours.

+ d'infos : www.conseil-national.medecin.fr/node/1903

Point de vue de l'Ordre

Dr Christian Bourhis, coordonnateur de l'Observatoire de sécurité des médecins du Cnom



« Les médecins doivent absolument déclarer les incidents »

« Afin d'éviter les agressions, les médecins doivent prendre un certain nombre de mesures de protection. Tout d'abord dans l'organisation de leur bureau. Par exemple, il ne faut pas laisser d'objets qu'ils pourraient lancer à portée de main des patients. Les médecins doivent éviter le retard, qui est l'un des motifs d'incident. Dans certains secteurs, le praticien ne doit pas hésiter à contacter la mairie pour qu'elle place des caméras

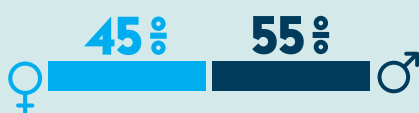
de vidéo-surveillance près du cabinet. Et pour les actes pénalement répréhensibles, ils ne doivent pas avoir peur de porter plainte ni se laisser impressionner par des menaces. La convocation par les forces de l'ordre de la personne agressive a un effet dissuasif. Enfin, il faut absolument penser à alerter le conseil départemental de l'Ordre pour que les plaintes ne soient pas classées. »

OBSERVATOIRE DE LA SÉCURITÉ DES MÉDECINS 2015

Les résultats de l'Observatoire de la sécurité des médecins sont issus d'une enquête Ipsos basée sur un échantillon de 865 fiches de déclarations d'incident et menée sur le terrain entre le 1^{er} et le 31 décembre 2015.

924 DÉCLARATIONS D'AGRESSIONS ont été enregistrées en 2015

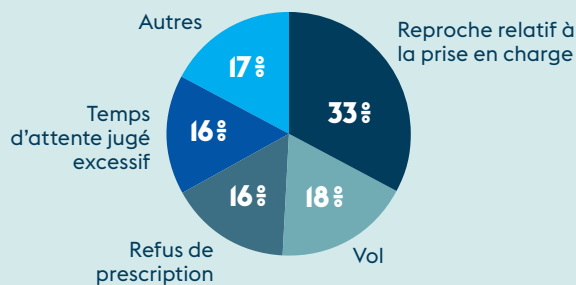
> LES MÉDECINS VICTIMES



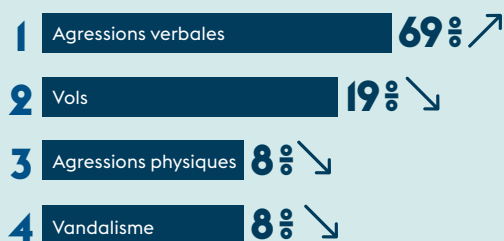
> LES AGRESSEURS



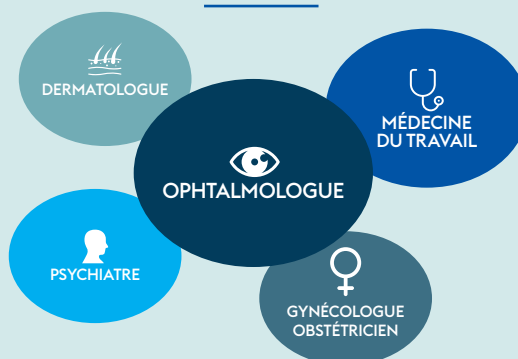
ORIGINES DES INCIDENTS



TYPE D'INCIDENT SUBI



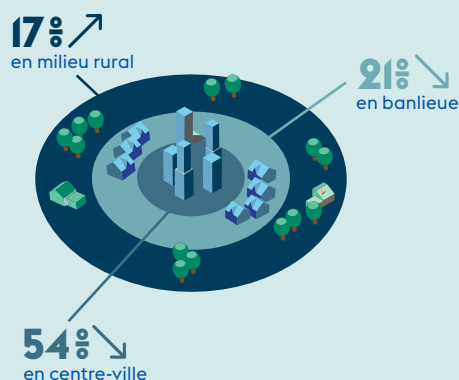
LES SPÉCIALISTES LES PLUS TOUCHÉS



LES SUITES DE L'INCIDENT



LIEU DE L'INCIDENT





Valproate et ses dérivés

Rappel sur les nouvelles modalités de prescription

En mai 2015, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a restreint les conditions de prescription et de délivrance du Valproate et de ses dérivés pour les filles, les adolescentes, les femmes en âge de procréer et les femmes enceintes.

Ces spécialités ne doivent pas être prescrites chez ces patientes, sauf en cas d'intolérance aux alternatives médicamenteuses ou d'inefficacité de ces dernières. Chez celles pour qui le Valproate et ses dérivés sont indispensables, la prescription initiale annuelle est désormais réservée aux spécialistes en neurologie, psychiatrie ou pédiatrie, selon l'indication, et requiert le recueil d'un accord de soins après information de la patiente.

Le renouvellement peut être effectué par tout médecin, dans la limite d'un an, au terme duquel une réévaluation du traitement par le spécialiste est requise. Le rapport bénéfice/risque du traitement doit être réévalué régulièrement et au moins une fois par an, notamment lorsqu'une jeune fille atteint la puberté, lorsqu'une femme envisage une grossesse et en urgence en cas de grossesse. Pour toute délivrance du médicament par le pharmacien, la prescription initiale annuelle par un spécialiste et la présentation d'un accord de soins signé, sont obligatoires.

+ d'infos : <http://ansm.sante.fr/Dossiers/Valproate-et-derives/Valproate-et-derives/>

les tweets

@ordre_medecins - 25 oct.
D^r @BouetP sur @RTLFrance :
« La régulation par le conventionnement n'est pas la solution. Il faut une vision globale du #systèmeSanté ».

@ordre_medecins - 31 oct.
Médecin agressé Chatelleraut :
l'Ordre, partie civile, satisfait que la justice ait sanctionné avec fermeté la gravité d'une telle agression.

@ordre_medecins - 15 nov.
L'Ordre en mission à #Mayotte et à #LaReunion pour faire le point sur la situation sanitaire et les projets #esante <http://k6.re/cNirV>

À lire

Le médecin dans la société de l'information et de la communication



Le Cnom a publié ses réflexions déontologiques relatives à l'information publique et à la publicité dans un rapport présenté à l'occasion du point presse de rentrée de l'Ordre par le D^r Jacques Lucas, vice-président du Cnom et délégué général des systèmes d'information en santé. Synthèse d'une session plénière du Conseil national sur le sujet, il apporte des repères déontologiques pour aider

les médecins à mieux identifier la frontière, parfois floue, entre information utile pour le public et publicité pour le médecin. Ce rapport s'attache tout d'abord à faire le point sur les dispositions réglementaires et juridiques en France et dans le monde. Puis il propose 58 points de réflexion classés par thématiques (Internet, médias, réseaux sociaux, agendas en ligne, plateforme de prise de rendez-vous, réputation numérique...). « Ce rapport propose une doctrine, une revue de la jurisprudence et des propositions d'évolution », a souligné le D^r Lucas.

+ d'infos : www.conseil-national.medecin.fr/node/1849

Comportements dangereux et radicalisation : des directives claires pour les médecins

Les médecins se retrouvent de plus en plus confrontés à des patients et interlocuteurs manifestant des comportements dangereux, dont certains relèvent de la radicalisation.

Il n'est pas toujours facile de savoir comment appréhender ces situations et gérer la prise en charge de ces patients. C'est pourquoi l'Ordre a lancé une réflexion menée en collaboration avec l'ensemble des parties prenantes sur la base des principes déontologiques. L'objectif : proposer aux médecins des directives claires, partagées et respectueuses des personnes. Le Cnom a d'ores et déjà lancé des auditions et réalisé un séminaire fin novembre. En attendant les conclusions de ces travaux, les médecins peuvent se référer aux documents préparés avec le ministère de l'Intérieur.

+ d'infos : www.conseil-national.medecin.fr/node/1667

Le webzine du Cnom

Adolescents : le soin comme lien

Le Cnom a publié un nouveau webzine sur la santé des adolescents. Ce public singulier est aujourd'hui trop peu pris en compte dans les politiques de santé publique et pas suffisamment connu et suivi de façon spécifique par les professionnels de santé. Pourtant, une majorité de la morbidité précoce chez les adultes prend racine à cette période charnière de la vie. L'adolescence est également l'âge des expérimentations avec de nombreux risques associés. Comment mieux prendre en charge les adolescents ? De nombreux experts débattent de cette question dans ce webzine disponible sur le site du Cnom.

+ d'infos : www.conseil-national.medecin.fr/webzine/liste/2016

le chiffre

81 %

La santé est la première préoccupation des Français (à 81 %). C'est ce que révèle la 6^e édition du baromètre des « Français et leurs préoccupations de la vie quotidienne ». La santé demeure un sujet primordial pour les Français, loin devant les ressources financières (67 %) ou l'emploi (66 %). Le Dr Patrick Bouet, président de l'Ordre, a rappelé la nécessité de faire de la santé une priorité pour 2017 et a réaffirmé la volonté du Cnom d'imposer ce thème dans les débats des élections présidentielles.

Source : BVA – novembre 2016

L'ordre plus accessible

Dans le cadre de la simplification administrative, l'Ordre des médecins a mis en place un portail de téléservices. Particuliers et médecins peuvent désormais saisir les instances de l'Ordre (conseils départementaux et Conseil national) via un site dédié : <https://sve.ordre.medecin.fr>. Les praticiens peuvent par exemple y trouver les formulaires de demande d'autorisation d'exercice d'une activité médicale libérale pendant une période de remplacement, d'exercice sur un site distinct de la résidence professionnelle, d'installation après remplacement ou encore la fiche de signalement d'agression. Depuis le 7 novembre 2016, les autorités administratives, parmi lesquelles l'Ordre des médecins (organisme privé à mission de service public), ont l'obligation d'offrir la possibilité aux usagers de les saisir par voie électronique.

+ d'infos : www.conseil-national.medecin.fr/node/1927

La Suite, après la pédiatrie

Inaugurée fin septembre à l'hôpital Necker-Enfants malades, « La Suite » prépare en douceur la transition d'adolescents atteints de maladies rares ou chroniques vers les secteurs adultes.

L'enjeu sanitaire est majeur : éviter les ruptures de soins. Reportage.

En France, plus d'un million de jeunes âgés de 13 à 25 ans sont atteints d'une maladie chronique ou rare. Beaucoup d'entre eux sont suivis en pédiatrie durant leur enfance. Puis vient le jour du grand départ vers un service hospitalier adulte. « *Près de 60% des jeunes patients vivent une transition difficile vers le secteur adulte* », rappelle le D^r Nizar Mahlaoui, pédiatre hémato-immunologiste à l'hôpital Necker-Enfants malades. « *En pédiatrie, je connais chaque médecin, chaque infirmière. Ils connaissent mon dossier médical par cœur. C'est un peu comme une seconde famille* », confirme Damien, longiligne adolescent qui soigne sa mucoviscidose à Necker depuis onze ans. Découvrir un nouvel hôpital, une équipe médicale, se débrouiller seul est forcément déstabilisant. « *On estime que 30% des patients sortent du parcours de soin après la pédiatrie. Les risques de complication, de séquelles, voire de mortalité sont multipliés* », poursuit le D^r Nizar Mahlaoui. Chez les transplantés rénaux, par exemple, la chute du suivi médicamenteux après le transfert en secteur adulte engendre un pic de rejets du greffon l'année suivante (30%).

Un enjeu de santé publique

« *La transition des jeunes patients vers le service adulte est un enjeu de santé publique* », martèle Béatrice Langellier-Bellevue. Pendant deux ans, cette ancienne assistante sociale



Pour les ados connectés, l'application smartphone Noa propose des alertes personnalisées pour les rendez-vous et prises de médicaments, la préparation des consultations en notant les questions à poser, l'enregistrement des contacts santé, un dispositif d'évaluation de la douleur. Des vidéos humoristiques distillent des conseils pour comprendre son ordonnance, parler de sa maladie avec ses amis.

a cordonné, aux côtés du D^r Mahlaoui, la création d'un lieu encore unique en France, astucieusement baptisé La Suite. « *Cet espace prépare le transfert des jeunes patients de l'hôpital. Nous les aidons à prendre en main leur santé* », décrypte Béatrice Langellier-Bellevue. Pour y parvenir, La Suite propose diverses initiatives. Des ateliers de conseil en image, par exemple, pour travailler le look des adolescents, les aider à prendre confiance en eux. Une socio-esthéticienne prend soin des patients, de leur corps parfois stigmatisé par la maladie. Lors de consultations de gynécologie, ils abordent des questions – sexualité, contraception, parentalité – trop rarement évoquées dans les ser-

vices pédiatriques. Des rencontres avec des jeunes désormais suivis chez les adultes sont organisées. À terme, un médecin du travail affina leur projet professionnel, les métiers envisageables, ou pas, avec leur maladie.

Un impact sur le suivi médicamenteux ?

Pour coller aux attentes de cette génération d'adolescents 2.0, le projet Transition adolescents-jeunes adultes de l'hôpital Necker a également déployé une application smartphone (Noa) et des vidéos au ton humoristique. « *Nous aidons ces jeunes à se projeter sereinement dans leur vie d'adulte, qu'elle soit médicale, personnelle et profes-*



Pas facile de garder confiance en soi lorsqu'il faut se protéger avec un masque ou sortir avec une perfusion. Les ateliers de conseil en image et de socio-esthétisme permettent de restaurer l'image de soi et de son corps.



À l'intérieur de La Suite, des stickers roses, bleus ou verts affichent sur les murs de grands « Hello » ou « Bienvenue ». La décoration a été pensée par les adolescents eux-mêmes. « *C'est beau, chaleureux* », lance un ado qui franchit les portes pour la première fois.



Installé dans l'enceinte de l'hôpital Necker – mais à l'extérieur des services pédiatriques – ce nouveau lieu d'échange, de prévention et d'accompagnement a été inauguré le 28 septembre dernier.

sionnelle », précise encore Béatrice Langellier-Bellevue. La Suite est une structure expérimentale. Au cours des trois prochaines années, l'hôpital mesurera son impact sur le suivi des traitements médicamenteux et la poursuite des soins après le transfert en secteur adulte.

Témoignage

Béatrice Langellier-Bellevue,
coordinatrice de l'espaceTransition « La Suite »



« Dans le secteur adulte, les règles changent »

« L'adolescent n'est pas un patient comme les autres. Il se sent trop « vieux » en pédiatrie, mais encore trop jeune pour les services adultes. En pédiatrie, les parents sont souvent le principal interlocuteur des médecins. Dans le secteur adulte, les règles changent : vouvoiement, brièveté des consultations, absence des parents, éclatement des

rendez-vous à prendre soi-même sur divers établissements. Il est donc essentiel de faciliter cette transition pour assurer une continuité de soin. Chez les soignants aussi, la culture de prise en charge varie pour un adolescent ou un adulte. Par conséquent, les services adultes des hôpitaux de destination (hôpital européen Georges Pompidou,

hôpital Cochin, Pitié-Salpêtrière) mènent également un travail spécifique sur cette problématique de la transition : les partenariats entre les services pédiatriques et adultes se renforcent. Les médecins de ville, aux contacts des patients, ont aussi un rôle important à jouer pour préparer les jeunes à ces changements. »



Perspectives numériques 2017



Alors que les nouvelles technologies du numérique se développent de façon très rapide, cette fin d'année est l'occasion de faire un point sur ce qu'elles peuvent apporter dans la pratique médicale au quotidien. Le Dr Jacques Lucas, vice-président du Cnom et délégué général aux systèmes d'information en santé nous propose un tour d'horizon des travaux en cours et des perspectives que va ouvrir le numérique en santé dans les mois qui viennent.

• Le dossier médical partagé (DMP)

Le Cnom a contribué à la rédaction du décret concernant le DMP paru en juillet dernier. Désormais, le DMP va être déployé par l'Assurance maladie, ce qui va certainement faciliter les choses. Rappelons que l'Assurance maladie n'aura pas accès au contenu des dossiers médicaux. Ce dispositif facilitera la coordination des soins, en particulier pour les patients atteints de pathologies au long cours.

• Les messageries sécurisées

La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a donné instruction aux établissements d'intégrer dans leur système d'information une messagerie sécurisée en santé. Parallèlement, des actions sont entreprises vis-à-vis des professionnels libéraux pour développer ce dispositif. Il existe plusieurs messageries sécurisées en santé dont certaines sont regroupées au sein de l'espace MSSanté. Le Cnom a par ailleurs demandé dans le cadre de la loi santé que les documents échangés par ce canal aient valeur probante. L'ordonnance qui le mentionne devrait être publiée rapidement.

• La télémédecine

Le Cnom a demandé une simplification du décret télémédecine afin de faciliter son déploiement sur les territoires et dans la vie quotidienne. Parallèlement, l'Ordre compte entreprendre une révision de l'article 53 du code de déontologie médicale afin que dans le cadre d'une relation médecin-patient déjà établie, le contact téléphonique puisse donner lieu à une prise en charge financière sous réserve qu'il soit tracé dans le dossier médical du patient.

• Le téléconseil personnalisé

Nous voudrions que le téléconseil personnalisé soit intégré aux actes de télémédecine et qu'il s'inscrive dans le parcours de soins. Il pourrait s'agir d'un mécanisme de pré-régulation des appels en amont du 15 pour les patients inquiets en dehors des horaires de leur médecin traitant. Le ministère organise actuellement des réunions à ce sujet.

• La santé connectée

Un certain nombre d'applis et objets pourraient être intégrés à la pratique de la médecine. Un groupe

de travail du ministère de la Santé réunissant acteurs professionnels, dont l'Ordre et des industriels, s'est penché sur la question et s'oriente vers un processus de certification voire de labellisation de ces applis et objets connectés. La HAS a également publié un référentiel, auquel l'Ordre a participé, pour guider les industriels et les développeurs. Par ailleurs, l'Ordre demande depuis 2008 la création d'un conseil national stratégique sur le déploiement de la e-santé pour définir des priorités dans les politiques publiques. La ministre a annoncé qu'il serait prochainement mis en place.

• Intelligence artificielle et génomique

Nous avons mis en chantier un livre blanc d'analyse et de propositions sur les algorithmes, l'intelligence artificielle et la génomique. Nous nous interrogeons sur la manière donc ces technologies vont soutenir la pratique médicale dans les années qui viennent.

+ d'infos : consultez la brochure du Cnom Télémédecine et autres prestations médicales électroniques



TAIWAN

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'AMM

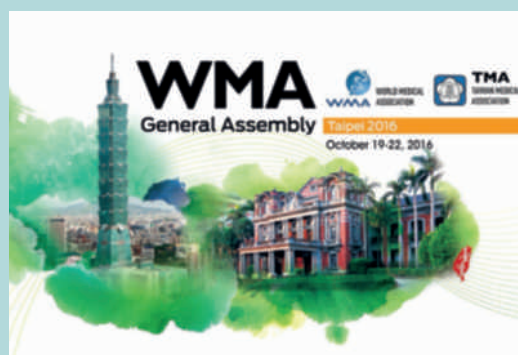
L'assemblée générale de l'Association médicale mondiale (AMM) s'est tenue du 18 au 22 octobre à l'invitation de l'Association médicale Taiwanaise. De nombreux sujets y ont été débattus. Focus sur trois documents clés qui ont été adoptés.

• Résolution d'urgence sur la protection des établissements de santé et du personnel en Syrie

L'AMM profondément préoccupée par les attaques récentes et répétées contre les établissements de santé, les travailleurs de la santé et les patients en Syrie, demande à tous les pays de mettre pleinement en œuvre la résolution 2286 (2016) de l'ONU. Celle-ci exige que toutes les parties aux conflits armés assurent le respect et la protection du personnel médical et humanitaire, de leurs moyens de transport et d'équipement, ainsi que des hôpitaux et autres établissements médicaux. L'AMM exige également une enquête immédiate et impartiale sur les attaques contre les établissements et le personnel de santé et sur les mesures prises contre les responsables conformément au droit interne et au droit international.

• Déclaration de Taipei sur les considérations éthiques concernant les bases de données sur la santé et les biobanques

Les 112 associations médicales nationales de l'AMM, après plusieurs années de travail et deux consultations publiques, ont adopté des directives éthiques spécifiques à l'usage des données de santé et aux biobanques dans le cadre de la recherche. Ces directives apportent un cadre tant aux médecins qu'aux patients et garantissent des principes forts comme le respect du consentement de la personne pour la collecte, le stockage et l'utilisation de données et de matériel biologique. Les droits de demander et d'être informés du contenu et de l'utilisation des données, ainsi que la correction en cas d'erreurs et d'omissions sont affirmés notamment en cas d'utilisation secondaire. Cette déclaration a tenté d'établir un équilibre entre les droits fondamentaux à la confidentialité et au respect du consentement



et la recherche pour qui les données de santé et les biobanques sont un puissant outil pour l'enrichissement des connaissances. Cette déclaration s'ajoute à l'ensemble des textes majeurs de l'AMM dont fait partie la Déclaration d'Helsinki.

• Déclaration de Delhi et désinvestissement dans les énergies fossiles

Les médecins sont de plus en plus interpellés pour devenir des acteurs impliqués du changement climatique. Le Cnom avait décidé de s'impliquer l'année dernière lors de la COP21 – la conférence internationale des parties des Nations Unies sur le climat – qui s'est tenue à Paris en organisant avec ses partenaires européens et internationaux une conférence labellisée par la COP21, en marge des négociations sur l'Accord de Paris sur le thème suivant « Professionnels de santé en action pour une énergie propre et le climat ». Cet événement a été une opportunité de réfléchir sur et le rôle des professionnels de santé pour une énergie saine et sur les conséquences du changement climatique sur la santé. Cette année la COP22 présidée par le Maroc s'est tenue en novembre. C'est dans ce contexte que l'AMM a décidé, à l'initiative de ses jeunes médecins, de moderniser sa Déclaration de Delhi sur la santé et les changements climatiques et a adopté pour la première fois une position pour appeler ses membres et les autres organisations de santé dans le monde à transférer leurs investissements des entreprises du secteur de l'énergie exploitant les énergies fossiles vers celles produisant de l'énergie à partir de sources renouvelables.

+ d'infos : <http://www.wma.net/fr/30publications/10policies/index.html>

entretiens croisés

Texte : Aline Brillu | Photos : DR

Rationaliser l'offre de soins hospitaliers : le défi des GHT

Au 1^{er} juillet prochain, 850 hôpitaux publics français se regrouperont pour former 135 groupements hospitaliers de territoires. **Une réforme ambitieuse qui implique une importante restructuration de l'offre de soins hospitaliers.**

10

millions d'euros, c'est le montant de l'enveloppe octroyée par le ministère chargé de la Santé pour accompagner la mise en place des GHT.

Source : Cnamts

En juillet dernier, Marisol Touraine, ministre en charge de la Santé, a officialisé la création des 135 groupements hospitaliers de territoires (GHT).

Issus de la loi de modernisation de notre système de santé, ils instaurent un nouveau mode de coopération entre les établissements publics d'un même territoire. La réforme a plusieurs objectifs : rationaliser l'offre de soin, mutualiser les équipements et les services support et faciliter les échanges entre les équipes médicales.

Dès l'annonce de leur mise en œuvre, les GHT ont suscité des inquiétudes chez certains élus et hospitaliers qui craignent des fermetures de services.

Pour répondre aux critiques, la ministre en charge de la Santé a assuré que chacun serait pleinement associé aux projets. Les commissions médicales d'établissements ont jusqu'au 1^{er} juillet 2017 pour définir l'organisation et le mode de fonctionnement des futurs GHT, en lien avec les agences régionales de santé.

Il s'agit dans un premier temps d'élaborer un « projet médical partagé » qui précisera le rôle de chaque établissement, filière par filière.

À terme, des équipes médicales de territoires seront constituées avec des médecins qui pourront travailler dans plusieurs hôpitaux. Le déploiement des GHT doit s'étaler jusqu'en 2021.



Dr Jean-François Cerfon, vice-président de la section exercice professionnel du Cnom, en charge de la médecine hospitalière



David Gruson, délégué général de la Fédération hospitalière de France (FHP)



Lamine Gharbi, président de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)



Pr Emmanuel Vigneron, professeur d'aménagement sanitaire à l'université de Montpellier

Lamine Gharbi

Les Groupements hospitaliers visent à rationaliser l'action du secteur public dans la santé et, en clair, à restructurer des hôpitaux publics trop nombreux. La FHP est favorable à une telle réforme car elle encourage l'efficacité des acteurs et permet d'apporter aux patients une réponse de qualité au meilleur coût. De plus, nous avons toujours été partisans d'une approche territoriale de la prise en charge des patients. Le secteur hospitalier public doit faire le travail de restructuration que les cliniques ont accompli depuis 20 ans : se regrouper, se positionner sur une mission, afin qu'il n'y ait plus deux services de chirurgie générale à dix kilomètres d'écart, par exemple. Nous sommes confrontés à une pénurie de médecins. Il faut revoir l'organisation pour assurer la qualité des soins et réduire le recours aux praticiens dits « mercenaires », dont les coûts sont exorbitants pour les hôpitaux et la qualité du suivi non satisfaisante.

David Gruson

La Fédération hospitalière de France demande depuis longtemps la mise en place d'une stratégie de groupe pour mieux fédérer les établissements publics. L'objectif est de recomposer l'offre de soins publics mais également de s'ouvrir, à l'échelle territoriale, sur les autres partenaires du soin. C'est assez nouveau. Nous ne voulions pas créer des bunkers hospitaliers, mais au contraire penser une nouvelle approche de la prise en charge en santé en développant de nouveaux liens avec la médecine de ville, notamment grâce à de nouvelles formes de coopération et de nouveaux outils comme la télémédecine.

Qu'attendez-vous de la mise en place des groupements hospitaliers de territoires ?

Dr Jean-François Cerfon

Ce projet très ambitieux a pour objectif de garantir aux patients un accès à des soins « de qualité et sécurisés », pour reprendre les termes de la loi. Pour cela, il est prévu de renforcer la coopération entre les hôpitaux publics autour d'un projet médical partagé. Ainsi l'accueil hospitalier sera structuré, territoire par territoire, en organisant une offre de soins dans une stratégie commune et graduée allant du niveau de soins de proximité au recours et au niveau de référence. Les plateaux techniques comme les activités d'imagerie et les laboratoires de biologie pourront être mutualisés. Tout cela permettra, au final, de mieux rationaliser l'offre de soins.

Pr Emmanuel Vigneron

Les groupements hospitaliers devraient aussi permettre d'améliorer la lisibilité du parcours de soins du patient, et de réduire les dépenses de l'Assurance Maladie en évitant le gaspillage. Les GHT sont donc, a priori, une bonne chose, que ce soit pour l'exercice médical ou pour le bien-être du patient. La question est de savoir s'ils réussiront à atteindre réellement leurs objectifs. Nous ne sommes jamais parvenus à organiser durablement cet échelon territorial malgré de nombreuses tentatives et réflexions.



Lamine Gharbi

La FHP sera très vigilante quant aux possibles impacts sur l'organisation territoriale de l'offre de soins, notamment en termes d'octrois d'autorisations d'activités de soins ou d'équipements lourds. Les GHT ne doivent pas marginaliser les autres offreurs de soins. Il faudra également que les municipalités ne freinent pas la mise en œuvre des GHT. Quand il y a des difficultés et qu'on envisage des fermetures ou la restructuration d'un service ou d'un hôpital, nous devons tous faire en sorte que la qualité des soins soit le seul critère. Les élus ne doivent plus présider les conseils de surveillance. Il faut laisser travailler les professionnels du secteur sans pression politique. L'ARS doit jouer son rôle en toute indépendance. Notre logique est à la fois sanitaire et économique! Cela étant, nous avons aussi des cliniques dans de petits bassins ruraux isolés, où l'hôpital public lui-même ne pourrait pas survivre.

**David Gruson**

« Les groupements ont tout pour réussir, mais il faut faire confiance aux professionnels. »

David Gruson

La première condition est de faire confiance aux hospitaliers. Nous n'avions pas été satisfaits de la première version du projet de décret qui était très longue et très technocratique. Nous avons pu intervenir auprès de la ministre pour restituer des marges de manœuvre aux hospitaliers. Les groupements ont tout pour réussir, mais il faut faire confiance aux professionnels. Il faudra aussi un accompagnement pour organiser ce changement. Nous avons d'ailleurs demandé la mise en place d'un comité de suivi qui se réunit une fois par mois. Nous avons aussi fortement poussé pour qu'il y ait un mécanisme d'accompagnement national. 10 millions d'euros ont déjà été dégagés et nous demandons qu'une nouvelle aide soit débloquée. Ce serait un signal positif pour les hospitaliers.

Quelles sont les conditions nécessaires à la réussite des GHT ?

Pr Emmanuel Vigneron

Pour fonctionner, il va falloir que les GHT parviennent à développer l'ouverture, le contact et les échanges avec tous les acteurs de santé du territoire. Le GHT devrait connaître parfaitement son territoire, sa population, ses acteurs... Il faut pour cela que l'hôpital sorte encore davantage de ses murs. L'autre défi, c'est que l'hôpital s'ouvre vers les médecins de ville, vers les cliniques, vers le médico-social et plus encore vers les usagers. Et c'est loin d'être facile...

**Pr Emmanuel Vigneron**

« Il faut que l'hôpital sorte encore davantage de ses murs. »

Dr Jean-François Cerfon

Tout repose sur le principe d'un projet médical partagé, le « socle du GHT », qui devra être mis en place par les médecins eux-mêmes. Pour fonctionner, la création de ce projet doit être animée par une finalité médicale et non administrative. Désormais, il va falloir que les équipes soignantes puissent s'impliquer filière par filière dans l'organisation des soins. Et ce non seulement au sein de leur propre établissement d'exercice mais aussi à l'échelle d'un territoire de santé. Cela va supposer de dégager du temps d'organisation, permettant des rencontres entre les équipes concernées. Ce travail commun entre les différentes commissions médicales d'établissement représente une révolution dans la culture des équipes médicales et soignantes. La participation des médecins à la création de ce projet médical peut être perçue comme une opportunité pour les praticiens, mais cela suppose qu'ils soient entendus et suivis dans leurs propositions.

D^r Jean-François Cerfon

Cette loi génère des inquiétudes chez les professionnels. Les restructurations et la rationalisation de l'organisation risquent de modifier des modes d'exercice et certains praticiens se demandent s'ils ne seront pas déplacés de leurs postes actuels. Il y aura certainement des arbitrages délicats à gérer dans les partages des activités entre établissements. Nous aurions également pu imaginer une loi encore plus ambitieuse qui organiserait l'ensemble de l'offre de soins au niveau de chaque territoire, c'est-à-dire, qu'elle rassemblerait les établissements publics et privés. Cela devrait être la continuité logique. Pour l'instant, la ministre met les hôpitaux publics en marche pour organiser et renforcer les coopérations, ce qui est une bonne chose. Il faut espérer que, dans un second temps, pour répondre parfaitement à l'offre territoriale, les GHT intégreront toutes les offres disponibles, y compris les équipes du secteur privé.



Lamine Gharbi

« Les GHT ne doivent pas marginaliser les autres offreurs de soins. »

David Gruson

Nous n'avons pas de réserve sur la philosophie du projet. En revanche, nous relevons toute une série de difficultés pratiques. Nos adhérents attendent des clarifications juridiques, notamment sur les achats communs ou la convergence des systèmes d'information. Il est nécessaire également de renforcer l'accompagnement à l'élaboration des dossiers médicaux partagés et la structuration des filières de prise en charge.

P^r Emmanuel Vigneron

Cela fait plus de 100 ans que l'on parle d'organisation territoriale de la santé. Henri Monod, le premier directeur de l'Assistance publique, avait conçu une organisation rationnelle des services de santé en intégrant toute la médecine. La loi hospitalière de 1970 prévoyait déjà des groupements hospitaliers de secteur. En 2003, il y a eu les projets médicaux de territoire, en 2009 les communautés hospitalières de territoire... Cela fait des années que l'on réfléchit à améliorer le système de santé sans y parvenir réellement. Mais cela manque de sens parce que toute la chaîne du soin n'a pas été associée. Est-ce que ce sont les médecins qui n'étaient pas prêts ? Est-ce que les conditions fixées par l'État n'étaient pas adaptées ? Je pense qu'il va falloir une volonté politique très forte pour que les GHT soient une réussite. Pas plus qu'une hirondelle ne fait le printemps, un article de loi ne fait le changement !

Quelles sont les inquiétudes suscitées par la création des GHT et comment les lever ?

Lamine Gharbi

Le projet n'est pas anti-privé par nature mais sa mise en œuvre impactera les organisations en place. C'est pourquoi nous regrettons que les établissements de soins privés n'aient pas été associés à la mise en place des GHT. Avec plusieurs autres fédérations, comme la FEHAP et Unicancer, nous avons exprimé plusieurs préoccupations et je regrette qu'elles n'aient pas été entendues. Nous déplorons l'absence de prise en compte des coopérations public-privé dans le dispositif. Nous aurions souhaité également que les partenaires puissent participer aux instances de ces GHT lorsque la question des activités conduites en commun est évoquée. Là aussi, nous n'avons pas été entendus et je le regrette. C'est pourquoi nous avons demandé la mise en place d'un comité de suivi interfédérations au plan national et régional, qui associe la médecine libérale.



D^r Jean-François Cerfon

« Ce projet doit être animé par une finalité médicale et non administrative. »



**« Je ferai tout pour
soulager les souffrances.
Je ne prolongerai pas
abusivement
les agonies.
Je ne provoquerai
jamais la mort
délibérément. »**

Serment d'Hippocrate

dossier

Textes : Sarah Berrier - Éric Allermoz | Photo : Julian Renard / Babel Photo

Fin de vie : ce que dit la nouvelle loi

Les textes réglementaires précisant les conditions de mise en œuvre de la loi Claeys-Leonetti créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie ont été publiés au Journal officiel le 5 août 2016. Désormais, la bonne application de ces dispositions passe notamment par l'information des professionnels de santé afin qu'ils s'approprient pleinement la nouvelle loi.

Si en 2005 la première loi relative à la fin de vie avait fait l'objet d'un vote à l'unanimité au parlement, le parcours a été plus chaotique pour la loi de 2016. Après d'âpres discussions, des débats parfois houleux, un consensus a finalement été trouvé en commission mixte paritaire. Alors pourquoi, en l'espace de quelques années, le débat sur la fin de vie a-t-il pris une dimension aussi dissonante que passionnée ? « Parce que malgré cette loi, on continue à mal mourir en France, avance le D^r Jean-Marie Faroudja, président de la section Éthique et déontologie du Gnom. Peut-être parce que les médecins ne se sont pas suffisamment approprié la loi, peut-être aussi par méconnaissance de ses dispositions ou par crainte d'être poursuivis. » « Par ailleurs, lors des débats autour de la loi Claeys-Leonetti, les patients ont confié ne pas être assez écoutés et vouloir prendre une plus grande part dans les décisions qui les concernent », ajoute le D^r Vincent Morel, responsable de l'équipe

Point de vue de l'Ordre

D^r Jean-Marie Faroudja, président de la section Éthique et déontologie



« La bonne application de cette loi dépend de la relation patient-médecin »

« Je tiens avant tout à rappeler que cette loi n'est pas une réponse universelle à toutes les fins de vie. Elle s'adresse aux seules situations où la fin devient insupportable lorsque les douleurs sont réfractaires et que la personne ne veut plus que l'on s'acharne sur son sort. Cependant, il est indispensable qu'elle soit bien connue et bien appliquée dans la mesure où elle paraît nécessaire et suffisante pour faire face à la quasi totalité des situations auxquelles le médecin est confronté. Dans les circonstances difficiles et douloureuses décrites

par la loi, le respect de la volonté du patient est désormais prioritaire. C'est pourquoi la bonne application de cette loi dépend de la relation patient-médecin, que ce soit dans l'information du patient, dans son écoute et dans sa prise en charge. La dimension humaniste du médecin est bien sûr déterminante dans ces circonstances. Il est aussi important de faire le distinguo entre la sédation profonde et continue prévue par la loi dans certains cas et l'euthanasie. La différence entre ces deux gestes réside

non seulement dans l'intentionnalité de l'équipe médicale, dans la pharmacopée puisque les produits utilisés ne sont pas les mêmes, et dans la temporalité qui est fondamentalement différente. Enfin, la question de la clause de conscience a aussi fait débat. Mais il faut savoir que si le médecin se refuse, il se met en infraction avec le code de déontologie puisqu'il refuse de soulager un patient alors qu'en tant que médecin, il doit s'efforcer de soulager ses patients en utilisant tous les moyens à sa disposition. »

.....➔ mobile d'accompagnement et de soins palliatifs du CHU de Rennes et président du comité de pilotage du plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie. *Quant aux soignants, ils jugeaient ne pas être suffisamment formés aux soins palliatifs, à l'accompagnement de fin de vie et décrivaient des inégalités d'accès aux soins palliatifs et des situations de prise en charge qui peuvent être améliorées.* »

De la loi Leonetti à la loi Claeys-Leonetti

La loi Leonetti de 2005 proposait un certain nombre d'avancées majeures telles la possibilité de ne pas entreprendre ou bien d'interrompre investigations et traitements; elle proscrivait l'obstination déraisonnable et établissait l'utilisation d'antalgiques à doses suffisantes en toute fin de vie pour soulager la souffrance, quand bien même ils écourteraient ce qu'il reste de vie. *« Cette loi a marqué une grande avancée parce qu'elle a permis aux médecins d'accepter de capituler, de ne pas s'acharner, souligne le Dr Faroudja. Après, peut-être que ses limites se trouvaient aussi dans le fait qu'il s'agissait d'une loi davantage tournée vers les droits et la protection du médecin que vers le souci de prendre en compte la volonté du patient. »* Une lacune que vient justement combler la loi Claeys-Leonetti. *« Cette nouvelle loi fait un énorme pas en avant dans le sens où elle remet la personne au centre du problème, se réjouit le président de la section Éthique et déontologie. Elle insiste en effet sur le respect de la volonté de la personne, le respect de ses directives anticipées et l'écoute de la personne de confiance. »*

Les directives anticipées

Le décret n°2016-1067 du 3 août 2016 précise les modalités de rédaction et de conservation des directives



Cette nouvelle loi fait un énorme pas en avant dans le sens où elle remet la personne au centre du problème. Elle insiste en effet sur le respect de la volonté de la personne, le respect de ses directives anticipées et l'écoute de la personne de confiance.

anticipées. Celles-ci sont désormais contraignantes, excepté dans deux cas prévus par la loi (en cas d'urgence vitale le temps d'évaluer la situation ou si les directives anticipées sont manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale). *« Si par exemple une personne fait un malaise cardiaque dans la rue, on ne va pas chercher à consulter ses éventuelles directives anticipées avant de tenter de la réanimer », précise le Dr Faroudja.*

« Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées, y compris les personnes sous tutelle avec l'autorisation du juge des tutelles. Les directives anticipées doivent figurer sur un document écrit, daté, identifié (nom, prénom, date et lieu de naissance) et signé par son auteur, rappelle le Dr Gilles Munier, vice-président de la section Éthique et déontologie. Avec la nouvelle loi, ces directives ne sont plus limitées dans le temps mais peuvent être révisées ou révoquées à tout moment ».

Sur le fond, les directives anticipées font part de la volonté de leur auteur sur les décisions médicales relatives à la fin de vie : poursuite, limitation, arrêt ou refus d'actes médicaux (investigations ou traitements), volonté ou non de bénéficier d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès dans les situations définies par la loi et désignation de la personne de confiance. *« Il y a deux types de directives anticipées : celles qui sont rédigées par une personne jeune et en bonne santé qui va exprimer ses volontés au cas où elle serait victime d'un accident brutal; et celles rédigées par une personne en fin de vie ou à qui on vient de diagnostiquer une affection grave, qui vont dans ce cas être beaucoup plus ciblées sur l'évolution prévisible de cette maladie », détaille le Dr Munier. Dans les deux cas, le rôle du médecin va être déterminant dans l'aide à apporter aux patients pour les rédiger. « Le principe des directives anticipées, c'est d'écrire dans*



TÉMOIGNAGE

Pr Delphine Mitanchez, chef du service de néonatalogie à l'hôpital Armand-Trousseau



« L'arrêt de la nutrition pose beaucoup de questions en néonatalogie »

La prise en charge de la fin de vie des nouveau-nés est basée sur les mêmes principes que chez les adultes, en accord avec la loi, avec l'instauration de soins palliatifs et de confort dans le respect de la dignité de la personne. Nous faisons notre possible pour assurer le confort de l'enfant et de ses parents. Lorsqu'une décision de limitation des traitements est envisagée, des réunions de collégialité sont systématiquement organisées. L'arrêt de la nutrition pose beaucoup de questions en néonatalogie, par exemple chez des nouveau-nés qui ont des lésions neurologiques étendues, qui ont une autonomie respiratoire et cardiaque mais qui n'ont pas la capacité de prendre le biberon ou le sein. Le problème est de déterminer si la nutrition sur sonde est un traitement ou un soin qui fait partie du confort de l'enfant. Même si la loi Claeys-Leonetti énonce clairement que la nutrition sur sonde est un traitement, c'est un aspect de la fin de vie difficile à gérer en néonatalogie, peut-être en raison de la symbolique de l'alimentation chez le nouveau-né. Dans mon service, nous ne pratiquons pas l'arrêt de la nutrition. Cette pratique nécessite une réflexion et

une démarche collective avec l'ensemble des acteurs du service. En effet, l'agonie d'un enfant suite à l'arrêt de la nutrition peut être longue, pour les parents mais aussi pour l'équipe soignante. Voir un nouveau-né se dénourrir pendant plusieurs jours, même si la sédation bien sûr est mise en place, peut être difficile à soutenir. Je pense que c'est plus difficile à gérer que chez l'adulte. Les parents sont toujours consultés avant la prise de décision, nous ne prenons jamais de décision à leur rencontre. S'il existe un désaccord entre l'équipe médicale et ce que souhaitent les parents, il faut prendre le temps d'expliquer le bien-fondé de la démarche médicale et laisser le temps de la réflexion. Si les parents souhaitent, contrairement à ce que propose l'équipe médicale, la poursuite des traitements, nous pouvons proposer une hiérarchie dans ces traitements : il faut leur faire comprendre ce que nous pouvons faire et jusqu'où nous pouvons aller sans que cela soit déraisonnable. Dans ce sens, la loi Leonetti m'aide beaucoup parce que j'explique aux parents qu'elle interdit toute obstination déraisonnable. Et souvent, c'est un argument qu'ils entendent. »

son propre langage quelque chose qui relève de la complexité et de la technique médicale. Il faut donc être aidé pour être sûr qu'elles soient parfaitement compréhensibles par tout médecin et qu'elles ne prêtent pas à confusion », explique le Dr Morel. Pour cela, il faut tout d'abord conduire le malade à élaborer sa pensée pour qu'il puisse ensuite la coucher sur le papier. C'est un processus qui prend du temps, parfois plusieurs consultations. » Pour accompagner ce processus, la HAS a élaboré, en collaboration notamment avec l'Ordre des médecins, les deux modèles de directives anticipées répondant aux deux cas visés plus haut ainsi que deux guides (un destiné au grand public et un pour les professionnels de santé). L'objectif : nourrir les réflexions et guider le patient dans son cheminement. Une fois rédigées, les directives anticipées peuvent être versées dans l'espace dédié du DMP, au dossier médical du médecin traitant

REPORTAGE

Dans les coulisses des soins palliatifs

Quel est l'impact de la nouvelle loi sur le quotidien des équipes qui soignent les derniers jours de vie ? Reportage dans l'unité de soins palliatifs du centre hospitalier de Pontoise (95).

Dans sa chambre, Héléne, la soixantaine, reçoit ce matin-là d'inhabituels visiteurs. Sous ses mains pourtant paralysées (Héléne souffre d'une sclérose latérale amyotrophique – SLA), un cochon d'Inde angora aux longs poils doux est tranquillement installé. Au pied du lit, Love, un labrador, attend patiemment son tour.

« Le contact avec les animaux apaise les patients, leur apporte un certain bien-être », explique Chloé Peïs, intervenante en médiation animale.

L'unité de soins palliatifs du centre hospitalier de Pontoise propose également des ateliers d'art-thérapie, des séances avec une socio-esthéticienne, une réflexologue, des ostéopathes ou encore une biographe hospitalière pour rédiger des récits de vie... « Ici, on s'adapte au rythme des patients. Les activités sont à la carte, les horaires des soins ou des repas en fonction de leur fatigue. Il n'y a pas d'horaires pour les visites des proches », témoigne une infirmière.

Créée en 2010, l'unité de soins palliatifs compte dix chambres, tandis qu'une onzième est toujours libre en cas d'urgence. Il s'agit de l'une des 130* structures de ce type en France, chargée d'accompagner les personnes en fin de vie. « Entre l'annonce d'une maladie incurable et la mort, notre rôle est d'offrir aux patients un maximum de dispositifs pour les soulager et vivre du mieux possible le temps qu'il leur reste. Ici, on ne s'occupe pas de la maladie, mais des malades », décrypte le Dr Devalois, responsable du service.

Un besoin marginal

Malgré leurs efforts pour rendre la fin du chemin plus douce, l'équipe médicale est parfois confrontée aux demandes « d'en finir ». « Ce n'est pas si fréquent, une dizaine de cas par an pour des patients en grande souffrance. Mais quand les souffrances sont apaisées,



Dans le cas où le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et n'a pas rédigé de directives anticipées, c'est vers la personne de confiance, que les médecins vont se tourner pour recueillir le témoignage de la volonté du patient.

ces demandes s'effacent », estime le Dr Devalois, dont le service enregistre environ 300 décès par an. La nouvelle loi sur la fin de vie, votée en 2016, instaure la possibilité d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès à la demande du patient. Une véritable avancée pour les unités de soins palliatifs ? « Cela ne change pas fondamentalement notre quotidien. La sédation profonde et continue est possible en France depuis la loi de 2005. Le nouveau texte pose des règles davantage que de nouvelles pratiques. Il homogénéise les pratiques médicales, même dans des services autres que les Unités de soins palliatifs », tempère le Dr Devalois. Pour l'ancien président de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (Sfap), actif contributeur de la nouvelle loi, « la France a choisi une voie originale, en écartant aussi bien la pratique des injections létales à la demande que le suicide assisté. La loi a posé trois conditions très strictes à l'obtention de cette forme de sédation spécifique ». Autrement dit, le malade qui souhaite mourir par le biais d'une sédation pourra toujours faire une demande, mais s'il ne remplit les critères très stricts de la loi, le médecin devra refuser. « Il existe de nombreuses formes de pratiques sédatives en fin de vie, mais la sédation profonde et continue restera marginale, car le besoin est marginal », conclut le spécialiste.

* Données DREES – SAE, 2013.



... ou de tout autre médecin, ou de l'établissement de santé en cas d'hospitalisation. Elles peuvent être versées au dossier de soins en cas d'admission dans un établissement médico-social. Elles peuvent enfin être conservées par leur auteur, sa personne de confiance, un proche ou un membre de sa famille.

La personne de confiance

La nouvelle loi a renforcé le rôle de la personne de confiance. Ainsi dans le cas où le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et n'a pas rédigé de directives anticipées, c'est vers elle que les médecins vont se tourner pour recueillir le témoignage de la volonté du patient. « *On ne demande pas à la personne de confiance de donner son avis mais d'être le porte-parole de la volonté du malade* », précise le Dr Morel. Chacun peut désigner par écrit une personne de confiance. Celle-ci doit être majeure et accepter cette mission. Elle peut être révoquée et modifiée à tout moment. « *Il est important de sensibiliser les patients au fait que cette personne de confiance sera sollicitée avant tous les autres*

membres de la famille et les proches, insiste le Dr Munier. Donc il faut qu'il y ait une réflexion, une discussion et de la pédagogie en amont au sein de la famille et/ou avec les proches pour éviter les conflits si un jour la personne de confiance est sollicitée, car son témoignage prévaut sur tous les autres. »

La sédation profonde et continue

La loi Claeys-Leonetti autorise, à l'issue d'une procédure collégiale, le recours à une sédation profonde et continue à la demande du patient s'il est atteint d'une affection grave et incurable, que son pronostic vital est engagé à court terme, et qu'il présente une souffrance réfractaire aux traitements. Il peut aussi en faire la demande si, atteint d'une affection grave et incurable, il a décidé d'arrêter un traitement, ce qui engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.

Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et qu'un arrêt de traitement de maintien en vie a été décidé au titre du refus de

l'obstination déraisonnable et dans les conditions prévues par la loi, le médecin en charge du patient, même si la souffrance de celui-ci ne peut pas être évaluée du fait de son état cérébral, met en œuvre une sédation profonde et continue à l'issue d'une procédure collégiale, excepté si le patient s'y était opposé dans ses directives anticipées. « *La procédure collégiale a pour objectif de vérifier les conditions de l'application de la loi*, précise le Dr Faroudja. *Il ne s'agit pas de recueillir l'avis des participants.* »

En l'absence de directives anticipées, le médecin en charge du patient recueille auprès de la personne de confiance ou, à défaut, auprès de la famille ou de l'un des proches, le témoignage de la volonté exprimée par le patient.

Dans tous les cas, le recours à une sédation profonde et continue doit être motivé et l'ensemble de la procédure (directives anticipées ou, en leur absence, témoignage de la personne de confiance, de la famille ou d'un proche, avis recueillis et motifs de la décision) est détaillé dans le dossier du patient.

Quels enjeux pour la profession ?

Les nouvelles dispositions de la loi Claeys-Leonetti ont nécessité la modification du code de déontologie médicale. « *L'ancien article 37 était calqué sur la loi de 2005*, souligne le Dr Faroudja. *Nous avons donc réécrit cet article qui a ensuite été soumis au Conseil d'État et retranscrit dans le code de la santé publique en 5 articles (articles R4127-37, 37-1, 37-2, 37-3 et 37-4).* » L'Ordre est également en train de rédiger les commentaires liés à ces articles.

Néanmoins, quelques points posent encore question dans l'application sur le terrain de cette loi. À commencer par la considération de l'hydratation et de la nutrition comme un traitement. « *D'aucuns avancent que laisser se dénourrir une personne est inhumain.* »

..... Mais n'oublions pas que nous sommes à un stade d'agonie ; selon certains spécialistes de la question, la nutrition artificielle à ce stade, c'est une torture. Dans la mesure où ça n'apporte rien si ce n'est des complications, nous pouvons considérer que c'est une obsession déraisonnable », explique le D^r Faroudja.

L'autre interrogation porte sur les conditions nécessaires à la mise en œuvre effective des dispositions de la loi sur le terrain. C'est d'ailleurs dans ce but qu'a été lancé le plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie. Ce dernier vise à développer quatre axes de réflexion déclinés en une quarantaine d'actions. Ses priorités : informer les patients, former

les professionnels de santé, donner accès à des soins palliatifs de proximité (à domicile, dans des établissements médico-sociaux), et gommer les inégalités territoriales. « Si dans le secteur sanitaire le maillage est correct, ce n'est pas le cas à domicile, souligne le D^r Morel. Je pense que les médecins généralistes devront être accompagnés par une équipe ressource (équipe mobile de soins palliatifs, réseau de soins palliatifs ou service de HAD) qui a une expérience importante dans ce domaine. Par ailleurs, il y a des zones blanches et des territoires au contraire où il y a des doublons, donc le maillage est perfectible. »

Le plan qui est mis en œuvre depuis le début de l'année 2016 prévoit également une campagne de communication à destination des pro-

fessionnels de santé puis du grand public. « L'information de chacun est absolument indispensable. Si cette loi n'est pas appliquée conformément aux textes et aux volontés des personnes, d'autres évolutions risquent d'aboutir un jour à une loi de dépénalisation de l'euthanasie ou du suicide assisté que l'Ordre des médecins réprouve », conclut le D^r Faroudja avant de citer le sénateur Michel Amiel : « Cette loi est faite pour ceux qui vont mourir et non pour ceux qui veulent mourir ».

Point de vue extérieur

D^r Véronique Fournier, présidente du Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie, auteur du livre *La Mort est-elle un droit ?* (cf. p. 31)



« Il faut rendre hommage à cette loi et essayer de la faire vivre »

Quel est le rôle du Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie ?

C'est une structure issue de la fusion du Centre national de ressources en soins palliatifs et de l'Observatoire national de la fin de vie. Ses missions sont larges, elles consistent notamment à aider à une meilleure connaissance de la fin de vie en France, à informer les différents publics sur les dispositifs et droits existants, et à participer à l'implantation et au suivi des politiques publiques en matière de fin de vie.

Quel regard portez-vous sur les nouvelles dispositions apportées par la loi Claeys-Leonetti ?

Cette nouvelle loi a remis le curseur un peu plus du côté des patients, alors que la loi précédente avait surtout clarifié les limites de ce que les équipes soignantes pouvaient/devaient faire. La loi Claeys-Leonetti a augmenté les droits des patients en fin de vie : dorénavant, non seulement il a le droit de demander l'arrêt des traitements, mais il peut aussi, s'il remplit les conditions de la loi, demander l'accès à la sédation profonde et continue jusqu'au décès. Par ailleurs, la loi a rendu les directives anticipées davantage contraignantes. Le législateur a donc insisté sur l'importance de respecter au plus près

ce que le patient exprime quant aux conditions de sa fin de vie. Il a aussi consacré le droit du patient à ne pas souffrir au-delà de ce qu'il souhaite. Ce n'est pas au médecin de décider si la souffrance est insupportable ou non. Il se doit d'augmenter les doses pour soulager le patient, si c'est ce que ce dernier lui demande. Je pense donc que cette loi est clairement une loi qui devrait faire reculer le « mal mourir » que tant de Français craignent.

Voyez-vous dans cette loi des limites ?

Peut-être sa fragilité est qu'elle est un peu elliptique. Elle ne dit pas toujours les choses clairement, si bien qu'elle peut être interprétée de différentes façons. Mais après tout, c'est le lot de toute loi, il y a toujours une marge d'interprétation. C'est le bilan sur le terrain qui va permettre, au final, de voir comment les uns et les autres se l'approprient. L'une des missions du Centre que je préside est d'aider à ce qu'elle soit connue et utilisée, et aussi d'observer comment les gens vont s'en servir de façon concrète, si elle va ou non suffire pour répondre à leurs besoins. Ce qu'il y a de sûr, c'est qu'elle est assez unique dans son genre : il n'y en a pas beaucoup d'équivalentes à travers le monde. C'est pourquoi je pense qu'elle mérite que l'on essaye de la faire vivre.

vos informations pratiques



le guide juridique

24. en bref

- Des avancées pour les collaborateurs médecins dans les services de santé au travail
- Sport : les nouvelles modalités du certificat de non contre-indication

25. vos questions / nos réponses

- Le refus de prélèvement d'organe

26-27. décryptage

- Convention : l'avis déontologique de l'Ordre

28-30. pratique

- L'entraide ordinaire
- Les pathologies pouvant affecter la conduite automobile



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

Décret n° 2016-1505 du 8 novembre 2016 relatif aux établissements de santé assurant le service public hospitalier.

Instruction n° DSS/IB/DGOS/2016/325 du 27 octobre 2016 relative aux modalités de mise en œuvre de la dérogation de financement de la permanence des soins ambulatoire instaurée par l'article 69 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.

Arrêté du 25 octobre 2016 fixant la liste des situations médicales prévues aux articles D. 4362-11-1 et D. 4362-12-1 du code de la santé publique pour lesquelles le médecin peut limiter la durée d'adaptation de la prescription par l'opticien lunetier dans le cadre de la délivrance de verres correcteurs ou de lentilles de contact oculaire correctrices.

Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.

Décret n° 2016-1381 du 12 octobre 2016 relatif aux conditions de délivrance de verres correcteurs ou de lentilles de contact oculaire correctrices et aux règles d'exercice de la profession d'opticien-lunetier.

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



Des avancées pour les collaborateurs médecins dans les services de santé au travail

Le 11 octobre 2016 est paru le décret 2016-1358 relatif aux conditions d'exercice de collaborateurs médecins dans les services de santé au travail. Pris en application de l'article 36 de la loi de modernisation de notre système de santé qui a consacré l'existence du statut de collaborateur médecin en santé au travail, il permet au collaborateur médecin qui examine le salarié de signer lui-même l'avis le

concernant. Désormais, les seules restrictions à son activité sont celles que la loi et la réglementation prévoient : « le collaborateur médecin remplit les missions que lui confie le médecin du travail dans le cadre d'un protocole écrit ».

Le Conseil national qui avait œuvré en ce sens auprès du ministère du Travail se félicite de cette avancée pour le statut de collaborateur médecin.



Sport : les nouvelles modalités du certificat de non contre-indication

Le décret 2016-1157 du 24 août 2016, découlant de la loi de modernisation du système de santé, a modifié les dispositions liées au certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport.

Désormais, la fréquence à laquelle un certificat est exigé lors du renouvellement des licences est portée à 3 ans (application immédiate). Le décret précise que le renouvellement d'une licence s'entend comme la délivrance d'une nouvelle licence sans discontinuité avec la précédente, au sein de la même fédération. La fréquence est cependant maintenue à 1 an pour les disciplines sportives qui présentent des contraintes particulières (énumérées à l'article D. 231-1-5 du code du sport).

Entre chaque renouvellement triennal, un questionnaire de santé dont le

contenu sera fixé par un arrêté par le ministre chargé des Sports doit être rempli par les sportifs. Le sportif devra attester auprès de la fédération que chacune des rubriques du questionnaire donne lieu à une réponse négative. À défaut, il devra produire un nouveau certificat médical. Cette procédure entrera en vigueur à compter du 1^{er} juillet 2017. Le Conseil national a demandé à participer à la rédaction de ce questionnaire. Enfin, le certificat médical de non contre-indication peut valoir pour toutes les disciplines ou ne porter, à la demande du sportif, que sur une discipline ou un ensemble de disciplines connexes.

Le Conseil national salue cette simplification des démarches médicales même s'il avait demandé, pour des raisons de santé publique, le maintien d'une visite annuelle pour les mineurs.

Posez vous aussi vos questions

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



Le refus de prélèvement d'organe

Que dit la loi en termes de don d'organes ?

La loi santé du 26 janvier 2016 pose le principe du consentement présumé du don d'organes. Ainsi, l'article 192 précise que le prélèvement d'organes « peut être pratiqué sur une personne majeure dès lors qu'elle n'a pas fait connaître, de son vivant, son refus d'un tel prélèvement ». Ce refus est révocable à tout moment.

Comment fonctionne ce registre national du refus (RNR) ?

Le fonctionnement et la gestion de ce registre sont assurés par l'Agence de la biomédecine. La demande d'inscription sur le registre est faite sur papier libre ou en remplissant le formulaire mis à disposition par l'Agence de la biomédecine. Elle est datée, signée, et accompagnée de la photocopie de tout document susceptible de justifier de l'identité de son auteur (carte nationale d'identité en cours de validité, passeport périmé depuis moins de cinq ans, permis de conduire ou titre de séjour). Elle doit ensuite être adressée à l'Agence de la biomédecine par courrier. Il est également possible d'exprimer son refus par écrit et de confier ce document à un proche. Enfin, lorsque la personne est décédée, un proche peut également témoigner de ce que la personne décédée aurait souhaité qu'il soit fait de son corps ou de ses organes en pareille circonstance. Ce témoin, rapportant ce que la personne a manifesté expressément de son vivant (et non pas exposant son propre avis), doit alors signer un document qui transcrit par écrit ce refus en mentionnant précisément le contexte et les circonstances de son expression.



d'infos

sur le site de l'Agence nationale de biomédecine :
<http://www.dondorganes.fr/>

Comment faire connaître son refus ?

Le décret n° 2016-1118 du 11 août 2016 définit les modalités d'expression du refus au prélèvement d'organes et de tissus après la mort. Il indique qu'une personne « peut refuser qu'un prélèvement d'organes soit pratiqué sur elle après son décès en s'inscrivant sur le registre national automatisé des refus de prélèvement ». Mais le décret prévoit que ce refus peut se faire « à titre principal » sur le registre, ce qui n'exclut donc aucun autre support.

Qui peut s'inscrire sur le registre ?

L'article R1232-6 du code de la santé publique précise que « toute personne majeure ou mineure âgée de treize ans au moins peut s'inscrire sur le registre ».

Est-il possible de refuser uniquement le prélèvement de certains organes ?

Le refus de prélèvement peut concerner l'ensemble des organes et des tissus susceptibles d'être prélevés ou seulement certains organes et tissus.

Est-il possible de refuser le prélèvement destiné à certaines fins ?

Il est possible de refuser qu'un prélèvement d'organes soit opéré pour soigner les malades (greffe d'organes et de tissus) et/ou pour aider la recherche scientifique (attention : différent du don du corps à la science) et/ou pour rechercher la cause médicale du décès (exceptées les autopsies judiciaires auxquelles nul ne peut se soustraire).

Convention : l'avis déontologique de l'Ordre

Lorsque l'Assurance maladie signe une convention avec les syndicats médicaux, la loi impose un avis déontologique de l'Ordre des médecins.

Le Dr François Simon, président de la section Exercice professionnel, nous en explique les grandes lignes...

Pourquoi un avis du Conseil national de l'Ordre des médecins sur la Convention ?

C'est la loi qui le rend obligatoire et lui fixe un objectif : éviter que des obligations mises à la charge des médecins conventionnés ne soient incompatibles avec les impératifs de la déontologie médicale, particulièrement l'indépendance professionnelle et le secret médical.

Vous l'aurez compris : l'Ordre n'a pas à se prononcer sur des tarifs qui demeurent de la compétence exclusive des syndicats médicaux.

C'est dans cet esprit que le Conseil national a analysé un texte de 455 pages dont la lecture n'est pas toujours simple... Sa complexité pour les médecins eux-mêmes est d'ailleurs une première source d'interrogations.

Et si l'avis du Cnom n'est pas suivi ?

Comme toujours il est possible de demander une annulation au Conseil d'État. À ce stade nous sommes dans l'optique d'une mise en garde adressée à la Cnamts pour qu'elle mette en œuvre la convention suivant des modalités respectueuses de la déontologie médicale. Il nous appartient de veiller à ce qu'il en soit bien ainsi.

L'avis de l'Ordre des médecins qui

comporte un courrier et 19 pages d'analyse, ne s'adresse pas qu'à la Cnamts ; il s'adresse aussi à tous les médecins conventionnés et c'est pourquoi ils peuvent le consulter sur le site. Cet avis est aussi là pour les aider dans leurs relations avec l'assurance maladie.

Que faut-il penser des mécanismes d'aide à l'installation ?

Il faut toujours penser du bien de dispositifs qui préfèrent inciter les médecins à s'installer dans des zones sous dotées plutôt que de les y contraindre ! Restons lucides cependant : la création de nouveaux outils d'incitation à l'installation apporte la démonstration que les précédents outils n'ont pas eu l'impact attendu. Depuis 2007, le Cnom, avec l'avènement 20 et à nouveau en 2011, avait demandé à l'Assurance maladie des mesures plus lisibles, plus attractives et sans contraintes excessives pour leurs bénéficiaires.

Le Cnom aurait souhaité que le nouveau dispositif en tienne mieux compte. Les dispositifs restent complexes au regard de l'objectif d'augmenter l'attractivité de l'exercice dans des zones où l'offre de soins est insuffisante.

On peut également s'interroger sur le fait que certains d'entre eux ne soient

proposés qu'à des médecins généralistes alors que l'accès aux soins doit aussi être encouragé pour des médecins d'autres spécialités.

Quatre contrats sont proposés qui correspondent à quatre situations différentes. Le contrat type national d'aide à l'installation des médecins dans les zones sous dotées est sans doute celui qui suscite le plus d'espoir car il apporte l'aide la plus substantielle. Il s'adressera à des médecins exerçant dans un groupe formé entre médecins ou dans un groupe pluriprofessionnel quelle que soit sa forme juridique ou encore membres d'une communauté professionnelle territoriale de santé ou d'une équipe de soins primaires.

Cette condition est moins contraignante que celle prévue dans des dispositifs conventionnels antérieurs et elle a été encore assouplie par une modulation possible dans le contrat type régional.

Des contraintes demeurent : la participation au dispositif de PDSA, la nécessité de rester installé pendant 5 ans et d'exercer deux jours et demi par semaine sur le lieu d'installation.

Pourquoi imposer des contraintes ?

On relève que les praticiens pourront bénéficier d'une aide supplémentaire s'ils réalisent une partie

de son exercice libéral au sein d'un hôpital de proximité. Cette possibilité est intéressante dans le cadre d'une meilleure structuration des soins de proximité.

L'aide forfaitaire à l'installation est d'un montant non négligeable, environ 50 000 euros par an pour une activité de quatre jours par semaine, 50 % versés à la signature du contrat et le solde à la première date anniversaire. Ce montant peut être augmenté dans le cadre d'un contrat type régional dans la limite de 20 %.

En cas de rupture d'adhésion à l'initiative du médecin, l'Assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide à l'installation « le cas échéant au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par le médecin ».

Ce mécanisme de récupération peut être contre-productif et la convention aurait pu, tout simplement, prévoir que la Commission paritaire régionale examine les motivations du départ du médecin afin, éventuellement, de l'exonérer de toute récupération.

La convention menace-t-elle l'indépendance professionnelle des médecins ?

Soyons clairs : l'Assurance maladie n'a pas pour mission d'être le garant des bonnes pratiques médicales c'est-à-dire qu'elle n'a ni à définir ce que sont les bonnes pratiques médicales ni à les contrôler. Les

rémunérations sur objectifs seront conformes à la déontologie si les indicateurs retenus sont exclusivement issus de référentiels médicaux reconnus par la profession et identifiés dans le texte conventionnel. Il en va de même pour les mécanismes de majoration qui doivent aussi reposer sur des règles de bonne pratique identifiées.

Quant à l'adhésion du médecin à des rémunérations sur objectifs, elle « ne saurait avoir pour effet de dispenser le médecin du respect des règles du code de déontologie médicale et notamment de celles qui, comme la liberté de prescription, ont été instituées dans l'intérêt des patients ». Cette affirmation du Conseil d'État en avril 2011 dans une décision rendue sur une requête du Conseil national est plus que jamais d'actualité.

Dans le courrier qu'il a adressé à la ministre de la Santé et au directeur général de la Cnamts, le président du Cnom a fait part d'un certain nombre d'inquiétudes. Pourquoi ?

Après examen, l'Ordre a en effet constaté que la convention n'apporte pas de réponse structurelle nécessaire à l'adaptation globale de notre système de santé. Par ailleurs, nous avons quelques inquiétudes quant au respect du secret médical. La convention propose l'introduction dans la CCAM de consultations complexes assorties d'une cotation spécifique. Le Conseil national s'opposera

à ce qu'elle permette, comme cela est prévu par le texte conventionnel, une réidentification du contenu de la consultation et de la pathologie prise en charge (par exemple infection à HIV cotée PIV), qui pourrait faire l'objet d'un traitement par les services administratifs des régimes d'Assurance maladie obligatoires voire complémentaires. Il y aurait là une atteinte au secret médical.

Des points positifs ?

Le Cnom retrouve, dans le texte, certaines des propositions avancées préalablement et pendant le débat sur la loi de modernisation de notre système de santé :

- Priorité donnée à la place du médecin traitant dans le parcours de santé du malade ;
- Reconnaissance du rôle de la médecine spécialisée de second recours, même si elle est insuffisante ;
- Mesures incitatives à la présence médicale en tous points du territoire ;
- Volonté de mettre en œuvre des dispositifs dématérialisés d'appui aux médecins et aux usagers ;
- Une annonce, même si elle est timide, de développement de la télé-médecine, en particulier en Ehpad ;
- Annonce d'une amélioration dans la protection sociale des médecins conventionnés.

D^r François Simon,
Francisco Jornet,
section Exercice professionnel

L'entraide ordinale

Le 17 septembre, la Carmf a organisé un colloque intitulé « Action sociale, entraide ordinale, associations... Quel soutien pour les médecins ? »

Le Dr Patrick Bouet, président de l'Ordre des médecins et le Dr Jacques Morali, président de la commission nationale d'entraide du Cnom y ont présenté l'entraide ordinale. Synthèse de cette présentation qui rappelle cette mission essentielle de l'institution...

La philosophie de l'entraide ordinale consiste à accompagner tous les médecins (libéraux, hospitaliers ou salariés) en difficulté et leur famille, quelles qu'en soient les raisons. Elle doit être accessible à tous, sur tout le territoire, en toute équité et en parfaite harmonie avec tous ses acteurs.

UN PEU D'HISTOIRE...

Dès sa création en 1945, l'Ordre compte parmi ses missions d'aider les médecins et leur famille confrontés à des difficultés. L'ordonnance du 24 septembre 1945 stipule ainsi : « Le Conseil national gère les biens de l'Ordre et peut créer ou subventionner des œuvres intéressant la profession médicale ainsi que des œuvres d'entraide ou de retraite ». En 1949 est ainsi créé le Comité national d'entraide et de tutelle, puis en 1952 la Commission nationale d'entraide. Cette mission d'entraide ordinale a ensuite été inscrite en 1953 dans les articles L. 4121-1 et 2 du code de la santé publique. Elle figure également dans l'article 56 du code de déontologie (R.4127-56 du code de la santé publique) : « Les médecins se doivent assistance dans l'adversité ». Les ressources de la Commission nationale d'entraide proviennent uniquement des cotisations ordinales des médecins et des éventuels dons.

LE CADRE D'INTERVENTION

L'entraide s'est longtemps limitée aux dimensions compassionnelle et financière. Mais compte tenu de l'évolution de la société, des modes de vie, des modalités d'exercice des médecins et de leur situation matérielle, la commission nationale est amenée à proposer de nouveaux types d'aide. L'entraide ordinale est donc amenée à évoluer vers une prise en charge globale de tous les déterminants. Elle peut ainsi être matérielle (aide financière ponctuelle, délais de paiement de frais professionnel...), professionnelle (remplacements, tenue ponctuelle de cabinet, aide organisationnelle ou administrative...), morale et psychologique. Elle peut également accompagner une reconversion suite à une maladie, à une insuffisance professionnelle ou dans le cas d'une veuve de médecin qui assurait le secrétariat de ce dernier. Le Cnom a ainsi contractualisé avec les centres interprofessionnels de bilans de compétences.

L'ORGANISATION DE L'ENTRAIDE ORDINALE

L'entraide est une des missions les plus importantes attribuées aux conseils départementaux de l'Ordre des médecins (CDOM), la proximité permettant d'agir rapidement grâce à la connaissance du terrain, des difficultés locales et éventuellement des médecins.

Chaque CDOM possède une commis-

sion départementale dédiée à l'entraide et parfois un budget annuel propre. La commission départementale est chargée de gérer les dossiers de demande d'entraide et de veiller à ce qu'il soit complet, notamment avec tous les éléments précisant et justifiant la demande. Il existe un questionnaire national qui permet d'harmoniser la présentation et le traitement des dossiers. Si l'entraide n'est pas prévue dans leurs missions, les conseils régionaux de l'Ordre des médecins (Crom) peuvent aider à la coordination de l'entraide régionale en réunissant les responsables départementaux de l'entraide et les partenaires (CARMF, CNG, Afem, mutuelles...) pour discuter ensemble des dossiers. Un moyen de construire une entraide efficace.

La commission nationale d'entraide se réunit cinq fois par an, à chaque session du Conseil national, pour instruire les demandes de secours et étudier les dossiers d'entraide qui lui sont communiqués par les conseils départementaux. Elle décide alors de l'aide à apporter. À ce sujet, la qualité et la transparence des dossiers transmis au Conseil national sont déterminantes. Elles permettent d'accorder une entraide équitable, justifiée et dans les meilleurs délais.

LE CONFRÈRE DE PROXIMITÉ

L'efficacité de l'entraide dépend souvent de la précocité du dépis-

tage et de la prise en charge des problèmes. Or beaucoup de médecins faisant face à des difficultés préfèrent rester isolés plutôt que de demander de l'aide à un confrère ou à leur conseil départemental. C'est pourquoi le confrère de proximité joue un rôle essentiel. Tout médecin qui a connaissance des difficultés d'un confrère doit s'en ouvrir à lui, proposer son aide et le convaincre de se rapprocher du conseil départemental qui, de façon confidentielle, peut enclencher plusieurs niveaux d'aide et d'assistance. Si ce processus n'aboutit pas alors que la gravité de la situation l'exige, et sous réserve qu'il ne soit pas médicalement en charge du confrère, il doit l'aviser qu'il informera le président du conseil départemental de sa situation. Celui-ci, dans la plus stricte confidentialité, prendra toutes les dispositions utiles.

AVENIR ET PERSPECTIVES DE L'ENTRAIDE

L'Ordre envisage plusieurs pistes pour mieux répondre aux difficultés rencontrées par les médecins.

→ **Proposer un accompagnement** plus global par le biais d'un programme d'assistance complet (confraternel, financier, médical et social) tout en garantissant la confidentialité.

→ **Informé et faire de la prévention** en amont, durant la formation

des médecins et lors de leur inscription au Tableau. Il s'agit ainsi de sensibiliser et convaincre les jeunes médecins de contracter, dès l'installation, outre une assurance en responsabilité civile professionnelle obligatoire, une assurance contre les risques et accidents de la vie, et un contrat de prévoyance afin de réduire l'effet de la franchise d'hospitalisation et de garantir la perception d'indemnités journalières complémentaires.

Il est également important de les sensibiliser à la nécessité de contracter une assurance en cas d'accident de travail ou de trajet, ainsi qu'une assurance des locaux professionnels et des matériels (y compris informatiques) avec une clause de prise en charge des pertes de revenus inhérentes aux interruptions d'activité. Enfin, il est indispensable de leur conseiller d'autoévaluer périodiquement leur situation financière (tous les cinq ans environ), afin d'avoir un minimum de visibilité en cas de brusques changements de revenus.

→ **Former davantage** les responsables de l'entraide départementale à l'assistance des médecins et de leur famille dans les démarches à effectuer, la constitution des dossiers...

→ **Étendre l'entraide ordinale aux étudiants.** Les résultats de l'enquête sur la santé des étudiants

en médecine et des jeunes médecins sont préoccupants. Par ailleurs, 92% des répondants déclarent que l'entraide vis-à-vis des jeunes médecins devrait être une mission de l'Ordre. Dans un premier temps, et pour des raisons de sécurité, d'ici 2017, les internes seront enregistrés (pas inscrits) auprès de l'Ordre. Ils auront ainsi une carte de professionnel en formation (CPF). Ainsi nous espérons qu'à l'avenir, ils pourront bénéficier de l'entraide ordinale.

→ **Créer un observatoire de la santé** des médecins en activité, qui permettrait de recueillir anonymement des données. Cela permettra de mieux cibler les actions de prévention et de réduire ainsi les situations à risque.

→ **Fédérer et soutenir** les acteurs sur tout le territoire pour un accès à l'entraide équitable. Les associations locales ont chacune leurs particularités mais sont toutes complémentaires de l'action ordinale. La charte d'entraide proposée par l'Ordre national vise ainsi à fédérer ces associations et encourager les initiatives locales.

D^r Jacques Morali, président de la commission nationale d'entraide du Cnom

Les pathologies pouvant affecter la conduite automobile

Conformément à l'article R412-6 du code de la route, tout conducteur de véhicule doit se tenir constamment en état et en position d'exécuter commodément et sans délais toutes les manœuvres qui lui incombent. Une liste des affections médicales pouvant affecter la conduite automobile a ainsi été mise au point puis modifiée en 2015.

L'arrêté du 18 décembre 2015 a modifié la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire ou pouvant donner lieu à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée. Ce nouveau texte prend désormais en compte le syndrome de l'apnée obstructive du sommeil et ses conséquences sur la somnolence excessive des conducteurs.

Les différentes pathologies

Ce texte distingue un groupe léger et un groupe lourd dans six classes de pathologies :

- pathologies cardio-vasculaires ;
- altérations visuelles ;
- ORL – pneumologie ;
- pratiques addictives – neurologie
- psychiatrie ;
- appareil locomoteur ;
- pathologies métaboliques et transplantation.

Sous chacune de ces classes sont déclinées les pathologies visées par ce texte réglementaire avec, pour chacune d'entre elles, la prise en charge et la surveillance médicales qui s'imposent.

Tant pour le groupe léger que pour le groupe lourd, le permis de conduire ne doit être ni délivré ni renouvelé au candidat ou conducteur atteint d'une affection, qu'elle soit men-

tionnée ou non dans la présente liste, susceptible de constituer ou d'entraîner une incapacité fonctionnelle de nature à compromettre la sécurité routière lors de la conduite d'un véhicule à moteur. La décision de délivrance ou de renouvellement du permis par l'autorité préfectorale est prise à la suite d'un avis de la commission médicale départementale ou d'un médecin agréé.

Qui décide de la nécessité d'un contrôle ?

Le candidat au permis ou la personne déjà titulaire du permis doit, de sa propre initiative, se soumettre à cet examen médical. S'il omet de se soumettre à ce contrôle médical imposé par son état de santé, il s'engage à une peine de 2 ans d'emprisonnement et à une amende de 4500 euros. Il sera considéré comme ayant fait une fausse déclaration et en cas d'accident causé par son fait, il ne sera pas couvert par son assurance.

Quel est le rôle du médecin, non agréé par le préfet, exerçant la médecine générale ou une autre spécialité, vis-à-vis de ses patients ?

Le médecin a un devoir d'information à l'égard de son patient sur les différents risques qui peuvent

altérer la vigilance au volant par la prise de certains médicaments, une addiction (alcool, drogue...), son état de santé en général.

Si, malgré ces recommandations, le patient n'entend pas arrêter de conduire, le médecin se trouve face à une situation très difficile à appréhender. Il peut être tiraillé entre le respect du secret médical et le sentiment non satisfaisant de laisser conduire un patient qui peut provoquer un accident.

Le Cnom rappelle que le secret médical s'impose en toute circonstance. Le médecin ne peut donc, de sa propre initiative, saisir la commission médicale primaire départementale des permis de conduire. Cependant, le médecin doit mettre le patient face à ses propres responsabilités et lui rappeler les sanctions qu'il risque (voir ci-dessus). Le médecin peut également, s'il connaît l'entourage familial du patient, l'informer de cette situation et lui demander d'agir. Dans tous les cas, le médecin doit absolument consigner dans le dossier médical du patient les actions entreprises (information du patient, information de la famille, etc.).

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

culture médicale



Dr Bernard Devalois,
Les mots de la fin de vie,
Presses universitaires du Mirail, 8 euros

LES MOTS DE LA FIN DE VIE

Quelles garanties offre la loi au malade en fin de vie ? Que signifient les expressions dignité, aide médicale à mourir, euthanasie ? Que doivent contenir les directives anticipées ? Qu'est-ce qu'une sédation profonde et continue ? C'est à ces questions et à bien d'autres que s'efforce de répondre, dans ce livre, le Dr Bernard Devalois, ancien président de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP), à la tête du service de médecine palliative à l'hôpital de Pontoise. L'ouvrage se veut ouvert aussi bien à l'étudiant désireux de comprendre qu'à ceux qui font la douloureuse expérience de l'accompagnement d'un proche. Chacun y trouvera de quoi alimenter sa réflexion et des pistes pour mieux cerner les enjeux d'un débat sociétal majeur.



Dr Gian Domenico Borasio
et Dr Régis Aubry,
*La fin de vie, ce que l'on sait,
ce que l'on peut faire,
comment s'y préparer*,
Editions Eyrolles, 15 euros

LA FIN DE VIE, CE QUE L'ON SAIT, CE QUE L'ON PEUT FAIRE, COMMENT S'Y PRÉPARER

Qui n'appréhende pas l'éventualité de souffrir, de ne plus se sentir respecté comme individu, de perdre le contrôle ? Cet ouvrage à vocation didactique sur les derniers moments de l'existence défend la voie tracée par la médecine palliative qui combine apaisement des souffrances physiques et accompagnement spirituel et social du mourant et de ses proches. Gian Domenico Borasio et Régis Aubry proposent ainsi une approche à la fois pratique et sociétale, critique des excès d'une médecine « techniciste » qui parfois s'acharne au rallongement artificiel de la vie, tout refusant la banalisation de l'assistance au suicide.



Emmanuel Hirsch,
Fins de vie, éthique et société,
Éditions Érès, 60 euros

FINS DE VIE, ÉTHIQUE ET SOCIÉTÉ

La loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie confère à cette question une dimension politique. Les conditions du mourir interrogent à la fois nos obligations humaines, sociales et les exigences des soins. Désormais doivent s'instaurer au cœur de notre cité une nouvelle culture de la fin de vie, de nouvelles solidarités, des pratiques professionnelles différentes : au service de la personne malade et de ses proches. La réédition en poche de cet ouvrage collectif piloté par Emmanuel Hirsch a été entièrement revue, actualisée et augmentée. Elle propose, dans une approche pluridisciplinaire associant les meilleures compétences, la synthèse la plus rigoureuse et la plus complète de réflexions et d'expériences au cœur des débats les plus délicats de notre société.



Dr Véronique Fournier,
La mort est-elle un droit ?
La Documentation française, 7,90 euros

LA MORT EST-ELLE UN DROIT ?

Depuis une trentaine d'années, une nouvelle demande sociale rencontre un écho grandissant : la reconnaissance d'un droit à mourir, notamment en toute fin de vie, lorsque les possibilités de la médecine sont épuisées. Mais pour d'autres, la société ne saurait volontairement donner la mort sans se perdre. Les différentes lois sur la question (en 2005 et 2016) ont cherché des points d'équilibre entre les deux positions, souvent fragiles malgré d'indéniables avancées. Dans cet ouvrage, le Dr Véronique Fournier, directrice du Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie, nous livre son analyse.

Pr Sébastien Guillaume,

psychiatre au département d'urgences et post-urgences psychiatriques au CHU de Montpellier

« Aider et accompagner le soignant en difficulté »

« J'appartiens à une famille de médecins et plus particulièrement de chirurgiens qui m'a transmis le goût de la médecine. Mais ce n'est pas la spécialité chirurgicale que j'ai choisie. À l'acte opératoire, je préférais la relation avec le patient. J'étais aussi très attiré par le côté intellectuel de la médecine, le diagnostic et la réflexion autour des pathologies. À l'occasion de mon stage d'externat, effectué en psychiatrie, je me suis rendu compte que cette spécialité était l'une des rares à avoir une approche globale, pas seulement organiciste, du patient. J'ai découvert en même temps à quel point la recherche sur le cerveau était passionnante. J'ai donc décidé de devenir psychiatre. Lors de mon internat, j'ai commencé à m'intéresser aux conduites suicidaires. Puis je me suis tourné vers les troubles du comportement alimentaire. Dans les deux cas, c'est l'approche globale du patient, combiné à mon intérêt pour le fonctionnement du cerveau, qui m'a attiré. En 2009, je suis parti en Angleterre comme post-doctorant, à l'Institut de psychiatrie de Londres. C'est pendant mon séjour à Londres qu'un anesthésiste du CHU de Montpellier s'est suicidé à la suite d'une erreur médicale. Un drame qui a bouleversé toute la communauté médicale et paramédicale. L'idée a alors germé

dans l'institution de créer un dispositif d'accompagnement des soignants confrontés à de telles situations. Il s'agissait d'élaborer un projet inspiré de cette "culture de l'erreur" que l'on retrouve, par exemple, dans l'aviation où chaque dysfonctionnement est analysé à des fins d'amélioration. Ce dispositif d'accompagnement des professionnels face à l'erreur médicale et aux incidents liés aux soins a été mis en place en 2013, au terme d'une concertation avec l'administration de l'hôpital et les représentants des professionnels de santé. C'est à la fois un espace de paroles et un lieu de ressources pour être conseillé et orienté. Une vingtaine de personnes, toutes formées sur le plan juridique au risque suicidaire, au stress aigu, à la victimologie, notamment, animent le dispositif. J'ai accepté d'en être le coordonnateur, aux côtés d'une cadre-infirmière et d'une personne de l'administration, parce que je suis persuadé de la pertinence de cette initiative et de son efficacité dans une situation de crise. Il ne s'agit pas de sanctionner mais d'aider et d'accompagner le soignant en difficulté, quelles que soient la nature et la gravité de cette difficulté. »



parcours

2006

Thèse de médecine au CHU de Montpellier (« Étude des processus émotionnels dans la vulnérabilité aux conduites suicidaires »). Nommé chef de clinique au CHU de Montpellier (urgences et post-urgences psychiatriques).

2009-2010

Post-doctorat à l'Institut de psychiatrie de Londres.

2012

Obtention de l'Habilitation à diriger des recherches (HDR).

2013

Nommé co-coordonnateur du Dispositif d'accompagnement des professionnels face à l'erreur médicale et aux incidents liés aux soins. Nommé professeur des universités-praticien hospitalier.



Pour aller plus loin :

www.conseil-national.medecin.fr