

médecins

Le bulletin de l'Ordre national des médecins

n° 56 | juillet - août 2018

Sur le terrain

Diagnostic
préimplantatoire :
une exception très
encadrée

Entretiens croisés

Améliorer l'accès aux soins :
l'énergie des territoires



www.conseil-national.medecin.fr



Dossier

Télémédecine : décollage imminent



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

04. focus

Priorité prévention : un plan contre
la mortalité évitable

06. en bref

Bilan des comptes 2017 du Cnom

08. sur le terrain

Diagnostic préimplantatoire : une exception
très encadrée

10. e-santé

Santé numérique : protéger le citoyen
sans freiner l'innovation

11. ailleurs

AMM : dernière ligne droite
avant l'AG

12. entretiens croisés

Améliorer l'accès aux soins :
l'énergie des territoires

le guide juridique

24-25. spécial élections

Résultats des élections départementales
de l'Ordre des médecins

26. en bref

- Dissolution du Conseil départemental
des Bouches-du-Rhône
- Toxine botulique : habilitations et
indications

27. vos questions/vos réponses

Le refus de soin

28-30. pratique

- Soins psychiatriques sans consentement :
procédure et certificats
- Quels dispositifs financiers et de protection
des droits pour les patients atteints de la
maladie d'Alzheimer?

31. culture médicale

32. rencontre

D^r Emmanuel Orhant, directeur médical
de la Fédération française de football
et président de l'Association des médecins
des clubs de football professionnel



16 Télémédecine : décollage imminent

Fin juin, l'Assurance maladie et les syndicats de
médecins ont signé la convention qui permettra
le déploiement de la téléconsultation et de la
téléexpertise à compter du 15 septembre prochain.
Un « top départ » attendu de longue date, mais
qui ne répond pas à toutes les questions soulevées
par de nouvelles pratiques aux nombreuses
implications.

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,
4, rue Léon Jost, 75855 Paris cedex 17**



DR

Accès aux soins

Allégeons le poids administratif pesant sur les médecins

Depuis 2015, l'Ordre des médecins n'a cessé d'appeler à une réforme en profondeur de notre système de santé. Plusieurs des thèmes que nous portons depuis la Grande consultation sont désormais partagés par l'ensemble des acteurs du monde de la santé, notamment l'importance à accorder aux

« Faciliter l'exercice médical est un enjeu capital »

territoires, et à l'autonomie nécessaire aux professionnels de santé. Car, en fins connaisseurs du terrain, ce sont eux qui peuvent apporter les réponses les plus adaptées aux besoins de leurs patients, comme le montrent les nombreuses

initiatives territoriales, présentées lors du Débat de l'Ordre le 5 juillet dernier.

Nous appelons avec constance le Gouvernement à la réforme, et l'Ordre des médecins est pleinement mobilisé en ce sens. C'est pourquoi le Conseil national a adopté une proposition de révision de l'article 85 du code de déontologie, qui régit les lieux multiples d'exercice, afin d'en simplifier l'ouverture et de renforcer l'accès aux soins. Avec ce texte, un régime de déclaration préalable avec droit d'opposition de l'Ordre se substituerait au régime d'autorisation aujourd'hui en vigueur. Ces nouvelles dispositions vont dans le sens d'une réduction du poids administratif pesant sur les médecins, tout en permettant à l'Ordre, dans l'intérêt des patients, de garantir dans les règles déontologiques la traçabilité, l'inscription au Tableau, et la compétence des médecins.

Nous demanderons en parallèle une autre simplification : que les conseils départementaux puissent permettre l'exercice sous les statuts de l'assistantat et de l'adjoint sans arrêté préfectoral préalable.

Faciliter l'exercice médical est un enjeu capital pour lequel nous sommes pleinement engagés. C'est dans cette perspective que nous avons présenté ces deux demandes à la ministre des Solidarités et de la Santé lors du second comité de pilotage du Plan pour renforcer l'accès aux soins.

Dr Patrick Bouet

Président du Conseil national de l'Ordre des médecins

Directeur de la publication : Dr Walter Vorhauer - **Ordre des Médecins**, 4, rue Léon Jost, 75855 Paris Cedex 17. Tél. : 01 53 89 32 00.
E-mail : conseil-national@cn.medicin.fr - **Rédacteur en chef :** Dr Jacques Lucas - **Coordination :** Évelyne Acchiardi
Conception et réalisation : CITIZENPRESS 48, rue Vivienne, 75002 Paris - **Responsable d'édition :** Sarah Berrier
Direction artistique : David Corvaisier - **Maquette :** Nathalie Wegener - **Secrétariat de rédaction :** Alexandra Roy **Fabrication :** Sylvie Esquer - **Couverture :** Burger/Phanie - **Impression :** Imprimerie Vincent - **Dépôt légal :** à parution - n° 16758 ISSN : 1967-2845. Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.



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

Priorité prévention

Un plan contre la mortalité évitable

Le 26 mars 2018, le gouvernement dévoilait son plan Priorité Prévention.

Vingt-cinq mesures dont le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) salue l'ambition, même s'il regrette quelques insuffisances...

« Enfin, il y a un consensus en France pour réorienter l'approche globale du soin vers davantage de prévention, se réjouit le D^r Jean-Marcel Mourgues, président de la section Santé publique et démographie médicale du Cnom. Aujourd'hui, notre système de santé est trop centré sur le curatif. Résultat : les Français vivent longtemps, mais ils perdent vite leur autonomie à cause de maladies chroniques qui auraient pu être évitées. Et beaucoup de gens meurent prématurément de pathologies liées à l'alcool, au tabac ou à une mauvaise alimentation... » Réduire les comportements à risques, c'est justement l'objectif du plan Priorité Prévention. L'Ordre ne peut que saluer cet engagement.

L'alcool, maillon faible du plan

Les vingt-cinq mesures annoncées portent sur de nombreux thèmes : l'éducation à la santé, la promotion de l'activité physique, la consommation d'alcool pendant la grossesse, l'aide au sevrage tabagique, les infections sexuellement transmissibles... Mais, sur certains points, le Cnom regrette que les actions envisagées ne s'adressent qu'à quelques cibles. Ainsi, l'alcoolisme n'est abordé que sous le prisme des femmes enceintes et des jeunes. « *Et encore : sont visés uniquement les jeunes qui finissent à l'hôpital après une consommation excessive* », précise le D^r Mourgues. Or 57 % des 18-25 ans déclarent avoir eu au moins un épisode d'alcoolisation ponctuelle importante (API) dans l'année, et tous ne se retrouvent pas aux urgences.

Et la médecine scolaire et du travail ?

Par ailleurs, le plan ne tient pas compte des difficultés rencontrées par les médecins scolaires et du travail. Les premiers n'étaient que 1 035 pour 12 millions d'enfants en 2016, tandis que les seconds n'étaient que 4 858 pour 18 millions de salariés en 2017. Des effectifs qui ne permettent pas d'élargir leurs missions. Le Gouvernement a donc préféré déléguer la promotion de la santé à l'école et en entreprise à d'autres acteurs : les étudiants en santé, via l'instauration d'un service sanitaire obligatoire dans leurs cursus. S'il comprend le pragmatisme de cette mesure, le Cnom s'étonne que les médecins scolaires et du travail n'y soient pas associés, ne

serait-ce que pour assurer le suivi des programmes dans la durée.

Premiers échanges

Dans son communiqué de presse du 29 mars, le Cnom regrettait de ne pas avoir été consulté lors de la conception du plan, ce qui lui aurait permis de mettre en lumière plus en amont ses lacunes. Depuis, des contacts ont été pris avec le ministère de la Santé dans l'espoir d'approfondir les mesures annoncées. Les médecins attendent également de voir comment elles seront mises en œuvre concrètement.

+ d'infos

Dossier « La prévention, maillon faible de notre système de santé », BOM n° 49, p. 12

Point de vue de l'Ordre

D^r Jean-Marcel Mourgues, président de la section Santé publique et démographie médicale du Cnom



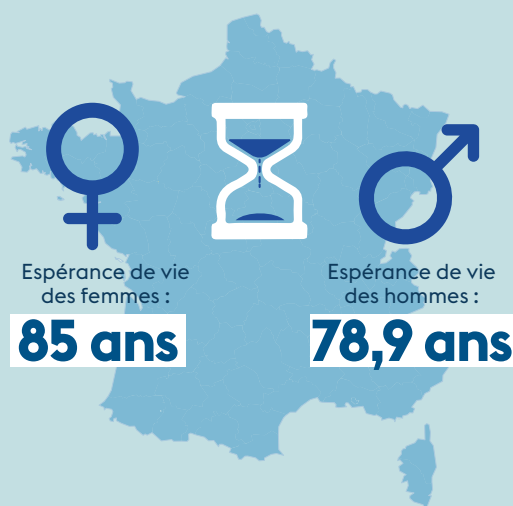
« Le service sanitaire offre l'avantage d'une relation peer-to-peer »

« Dès la rentrée 2018, les étudiants en santé devront effectuer un service sanitaire pour obtenir leur diplôme. Dans le cadre de ce module de trois mois, ils seront formés à la prévention, puis devront organiser des ateliers de promotion de la santé dans les collèges, lycées et universités. En 2019, leur périmètre d'intervention sera élargi, notamment aux Ehpad et aux entreprises. Cette mesure est intéressante. Au-delà du débat

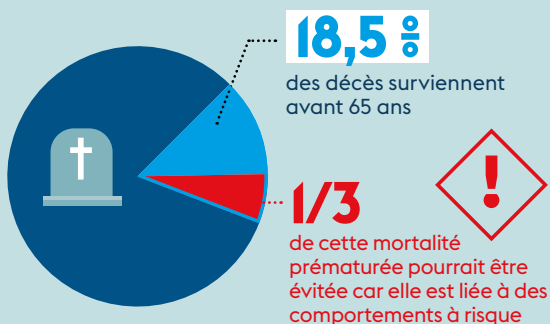
sur le rôle des médecins scolaires et du travail, elle présente plusieurs avantages. Non seulement elle permettra d'initier les futurs médecins aux enjeux de la prévention, mais elle devrait aussi faciliter l'adhésion des cibles les plus jeunes. En effet, les étudiants en santé, guère plus âgés que les collégiens et lycéens, arriveront sans doute mieux à capter leur attention sans paraître moralisateurs ou dépassés. Surtout sur des sujets comme les addictions ou la contraception. Nous attendons néanmoins d'avoir plus de détails : à quel moment du cursus interviendra ce service sanitaire ? comment sera-t-il financé ? etc. »

MORTALITÉ ET MORBIDITÉ ÉVITABLES EN FRANCE

La plupart des Français vivent vieux...



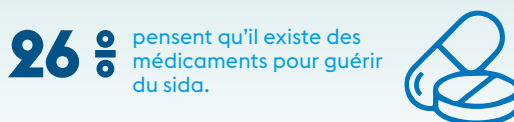
... mais le poids des décès prématurés reste important...



... notamment ceux liés aux maladies chroniques dont le nombre de patients atteints ne cesse d'augmenter



Certains signaux sont particulièrement inquiétants



Source : Rapport de la Drees et de Santé publique France « L'état de santé de la population en France » (2017), Assurance maladie, ministère de la Santé et Sidaction.

Bilan des comptes 2017 du Cnom



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

Durant la 339^e session, l'Assemblée plénière du Cnom a entendu le rapport de la Commission de contrôle des comptes et des placements financiers (CCCPF) sur les comptes 2017.

Ils sont, cette année encore, impactés par les opérations liées à l'achat, la revente et le déménagement du siège.

Le bilan est équilibré à 98 877 175 €. L'actif est composé principalement des créances (3 945 378 €), des disponibilités (22 016 505 €), et d'immobilisations corporelles (64 792 736 €) et financières (6 062 003,96 €). Au passif, on retrouve la réserve générale (pour 29 730 655 €), des fonds (pour 43 170 46 €), des provisions (pour 33 061 €) et des dettes (pour 39 604 225 €).

Le compte de résultat présente un excédent de 22 876 200 € (en 2016, on constatait un déficit de 754 100 €). Ce résultat s'explique par des recettes exceptionnelles liées essentiellement à la vente des anciens locaux. On note également l'existence de dépenses exceptionnelles liées au transfert du siège, mais aussi à des subventions (cf. *infra*). Il est à noter que si l'on exclut les opérations en lien avec l'immobilier, les dépenses se chiffrent à 95 % de ce qui a été budgétisé. Cette adéquation entre budget et réalisé, en progrès, doit continuer à s'améliorer puisque les budgets prévisionnels tant du Cnom que des CD et CR impactent directement la détermination du montant de la cotisation annuelle.

On notera que la nouvelle dimension portée par l'Institution vers l'entraide et la Solidarité a pu commencer à s'exprimer sur le terrain en 2017 à l'occasion du passage du cyclone Irma aux Antilles : la mise en place d'aides urgentes a permis de secourir les médecins (et les structures) touchés par cette catastrophe afin qu'ils puissent reprendre dans les plus courts délais leur exercice au bénéfice des patients. Ces aides se sont chiffrées au total à 326 000 €.

L'Assemblée plénière a été informée le 14 juin 2018 par le commissaire aux comptes que les comptes pour l'exercice clos le 31/12/2017 avaient été certifiés sans réserve. Le Cnom a approuvé les comptes et donné quitus au trésorier.

BILAN / 31.12.2017 (en euros)

ACTIF	
IMMOBILISATIONS INCORPORELLES	456 873,13 €
IMMOBILISATIONS CORPORELLES	64 792 735,87 €
IMMOBILISATIONS FINANCIÈRES	6 062 003,96 €
CRÉANCES	3 945 377,75 €
DISPONIBILITÉS	22 016 504,74 €
FRAIS PAYÉS D'AVANCE	603 679,12 €
TOTAL GÉNÉRAL	97 887 174,57 €

PASSIF	
CAPITAL dont :	35 066 139,27 €
• Réserve générale	29 830 655,31 €
• Fonds d'harmonisation	1 008 886,14 €
• Fonds d'entraide	1 026 314,13 €
• Fonds modernisation institution	3 189 845,50 €
RÉSULTAT DE L'EXERCICE	22 876 199,24 €
PROVISIONS POUR RISQUES & PENSIONS	330 611,23 €
DETTES	39 604 224,83 €
TOTAL GÉNÉRAL	97 887 174,57 €

GESTION ADMINISTRATIVE / 31.12.2017 (en euros)

CHARGES	
ACHATS	
Bulletins	897 954,85 €
Impressions	340 921,91 €
Fournitures	384 481,65 €

AUTRES CHARGES EXTERNES	
Loyers et charges locatives	326 858,90 €
Location, entretien et réparations	568 048,03 €
Assurances	169 010,12 €
Documentation et colloques	130 362,35 €
Personnel extérieur	210 749,69 €
Honoraires	1 092 193,33 €
Communication, annonces, congrès	2 142 238,22 €
Déplacements et missions	1 769 778,73 €
Frais du conseil	285 572,15 €
Frais postaux	1 125 422,70 €
Cotisations, pourboires et dons	12 638,40 €
Informatique	2 610 018,03 €
IMPÔTS, TAXES ET VERSEMENTS ASSIMILÉS	1 843 490,49 €
CHARGES DE PERSONNEL	11 073 987,00 €
INDEMNISATIONS DES ÉLUS	2 384 765,00 €
AUTRES CHARGES DE GESTION	3 854 076,24 €
CHARGES FINANCIÈRES	678 975,87 €
CHARGES EXCEPTIONNELLES	12 887 190,76 €
TOTAL	44 788 734,42 €

PRODUITS	
PRODUITS DE GESTION COURANTE	30 925 428,42 €
PRODUITS FINANCIERS	139 568,10 €
PRODUITS EXCEPTIONNELS	36 599 937,14 €
TOTAL	67 664 933,66 €

RÉSULTAT DE L'EXERCICE	22 876 199,24 €
-------------------------------	------------------------

À lire / Webzine Santé

« Accouchement : personnaliser la naissance »

785 000 naissances ont lieu chaque année en France, dont 99 % en établissement hospitalier, où les professionnels de santé accompagnent les femmes dans des conditions de sécurité remarquables. En même temps, certaines femmes sont en demande d'un accouchement personnalisé et moins médicalisé. Alors comment répondre à ces nouvelles attentes dans des conditions de sécurité optimales ? Ce webzine propose un regard documenté et dépassionné avec un objectif : nourrir la réflexion.



+ d'infos : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_webzine/2018-06/www/index.php#accueil

les tweets

@ordre_medecins - 27 juin

Le saviez-vous ? Que vous utilisiez un dossier patient papier ou informatisé, le #RGPD s'applique.

Téléchargez notre guide élaboré avec la @CNIL <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2842> #BigData #DocTocToc

@BouetP - 13 juin

Nous devons changer de mode de réflexion. Il faut sortir de la vision « établissement » pour enfin entrer dans la vision « organisation de l'AccèsAuxSoins » #MutCongrès

Médecines alternatives et complémentaires Quel cadre déontologique ?

Tout en respectant la liberté d'expression des opinions critiques ou divergentes de chacun dans l'espace public, le Conseil national de l'Ordre des médecins tient à rappeler fermement :

- que le terme « médecine » implique, comme préalable à toute prescription thérapeutique, une démarche médicale initiale de diagnostic clinique, complétée au besoin par des investigations complémentaires en faisant appel, s'il y a lieu, à des tiers compétents ;
- que tout médecin doit exercer la médecine conformément aux données acquises de la science, tant dans l'élaboration du diagnostic que dans la proposition d'un traitement ;
- que les données acquises de la science étant par essence évolutives, les controverses sur telle



ou telle modalité de traitement, médicamenteux ou autre, doivent conduire à une évaluation actualisée, impartiale et rigoureuse par la communauté médicale et scientifique du service médical rendu.

Le Conseil national réaffirme, en conséquence, que la prise en charge médicale d'un patient doit

être conforme aux exigences de qualité et de sécurité des soins, voire de leur urgence. Le traitement préconisé par un médecin ne peut, en aucun cas, être alternatif aux données acquises de la science et à l'état de l'art, mais il peut comporter une prescription adjuvante ou complémentaire, médicamenteuse ou autre, que le médecin apprécie en conscience dans chaque situation, après avoir délivré au patient une information loyale, claire et appropriée. Le Conseil national rappelle toutefois que le code de la santé publique relatif à la déontologie médicale interdit de présenter comme salutaires et sans danger des prises en charge ou des thérapeutiques non éprouvées. Tel est le cadre déontologique qui s'impose à tous.

Diagnostic préimplantatoire

Une exception très encadrée

Bien qu'exceptionnel et encadré par la loi, le diagnostic préimplantatoire (DPI) sera au cœur des débats à l'occasion de la révision des lois de bioéthique, à l'automne prochain. **Reportage dans l'un des cinq centres en France habilités à pratiquer cet acte.**

Centre Imagine, au cœur du campus Necker-Enfants malades (AP-HP), à Paris. Comme chaque jeudi, ou presque, dans une petite salle plongée dans l'obscurité, Joana Bengoa, conseillère en génétique, détaille chaque étape du diagnostic préimplantatoire (DPI). Face à elle, une dizaine de couples, attentifs. Leur point commun ? « *L'un des parents, voire les deux, est atteint ou porteur d'une maladie génétique rare et grave. Il existe un risque de la transmettre à leur futur enfant* », explique la conseillère en génétique.

Ces couples se sont donc vu prescrire un DPI. « *Ce test génétique porte sur une ou deux cellules prélevées entre le troisième et le cinquième jour de développement d'un embryon obtenu par fécondation in vitro. Les embryons sains sont ensuite implantés dans l'utérus de la femme. Ceux atteints de la maladie génétique sont détruits ou donnés à la science* », décrit le Pr Julie Steffann, généticienne. En moyenne, seule la moitié des embryons sont « transférables ». La mucoviscidose, la chorée de Huntington et la dystrophie myotonique sont les plus fréquentes indications du DPI en France.

Une législation stricte

En France, le DPI est autorisé depuis 1999. Il demeure aujourd'hui exceptionnel. Associés, les hôpitaux Necker-Enfants malades et Antoine-Béclère forment l'un des cinq centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal



Hôpital Necker-Enfants malades. Un couple face à l'équipe pluridisciplinaire (généticien, gynécologue, psychologue) lors de leur première consultation dans le parcours DPI.

en France habilités à le pratiquer. En 2015, 766 demandes ont donné lieu à 582 DPI, pour 227 naissances (bien loin de 18 651 enfants nés d'une FIV)¹. Une parcimonie qui n'empêche pas le DPI de soulever d'intenses débats éthiques. Pour Jacques Testard, biologiste et l'un des pères fondateurs de la fécondation *in vitro*, « *ce tri embryonnaire ouvre en réalité des perspectives eugéniques sans véritables limites, par la détection de handicaps multiples* ». Demain, un couple en bonne santé aura-t-il accès au DPI pour s'assurer de la bonne santé de

son futur bébé ? « *Le DPI suscite beaucoup de fantasmes*, répond le Pr Nelly Achour-Frydman, responsable de l'unité de biologie de la reproduction à l'hôpital Antoine-Béclère à Clamart. *La législation française est pourtant l'une des plus strictes au monde. Le DPI ne concerne que des couples à haut risque de transmission d'une maladie génétique grave et incurable. Seule la maladie redoutée et qui affecte les ascendants est recherchée lors du diagnostic génétique.* » Autant de garde-fous à une dérive eugéniste. La biologiste appelle



À l'hôpital Necker-Enfants Malades, Joana Bengoa, conseillère en génétique, présente aux patients le processus du DPI. Première étape du diagnostic préimplantatoire pour les couples présents.



À l'unité de biologie de la reproduction de l'hôpital Antoine-Béclère. Un biologiste isole les ovules d'une patiente venant de bénéficier d'une ponction ovocytaire dans le bloc opératoire attenant. Le début du processus de DPI.



Fin du DPI. À l'unité de biologie de la reproduction de l'hôpital Antoine-Béclère une jeune femme se fait implanter un embryon sain suite au DPI.

d'ailleurs à élargir les indications de DPI à d'autres maladies génétiques mettant en jeu la viabilité de la grossesse et la santé du futur enfant.

Un débat éthique qui semble éloigné des préoccupations des futurs parents. « *Le DPI est un processus long et éprouvant. Le taux d'échec d'une FIV est élevé alors que nous n'avons pas de problème de fertilité. Mais c'est la seule façon de vivre une grossesse sereinement, sans se demander si notre enfant sera gravement malade dès sa naissance, ou sans avoir recours au diagnostic prénatal, qui peut aboutir à une interruption médicale de grossesse* », conclut Maud, juste avant de rencontrer l'équipe pluridisciplinaire de l'hôpital Necker-Enfants malades.

1. Source : Agence de biomédecine

Témoignage

D^r Julie Steffann, généticienne au laboratoire de génétique, Necker-Enfants malades (AP-HP)



« Peu de moyens mais beaucoup d'attentes »

« Nous accueillons des couples atteints de graves pathologies. Certains ont déjà un enfant malade et ne souhaitent pas revivre cette expérience douloureuse. Le DPI leur offre une alternative au diagnostic prénatal, une épreuve difficile à

surmonter sur le plan psychologique si le résultat est positif. La loi française exclut tout « dépistage » dans le cadre du DPI. Aux craintes d'eugénisme, nous opposons une démarche d'empathie et de compassion envers des couples

qui souffrent. Mais nous manquons de moyens pour répondre aux nombreuses attentes des couples en France. On ne compte que cinq centres DPI en France, contre 49 centres de diagnostics prénatals qui ont réalisé près de 2700 tests en 2015. La rareté des centres habilite et les délais très longs font que beaucoup de couples ne peuvent pas en bénéficier. »



Propos recueillis par Sarah Berrier

Santé numérique

Protéger le citoyen sans freiner l'innovation



Dans le cadre de la révision des lois de bioéthique, le Parlement devrait être saisi d'articles de loi consacrés au numérique en santé. Le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) a participé à un groupe de travail organisé sur ce sujet par le Comité consultatif national d'éthique (CCNE).

Le Dr Jacques Lucas, vice-président du Cnom et délégué général au numérique, nous fait part des réflexions soumises par l'Institution.

Dans quel cadre éthique doit s'inscrire le numérique en santé ?

Il faut, en premier lieu, appliquer les quatre grands principes d'éthique médicale : autonomie de la personne, bienfaisance, non-malfaisance et justice.

Quel cadre juridique permettrait de combiner protection des citoyens et innovation ?

Un dispositif juridique incluant du « droit dur » et des recommandations de « droit souple » publiées par une autorité régulatrice qualifiée semble le mieux adapté à la régulation du numérique en santé, compte tenu de la rapidité de l'évolution des solutions numériques innovantes proposées sur le marché. Cela permettrait de conserver cet objectif de protéger le citoyen sans freiner la puissance des innovations en ce qu'elles peuvent être bénéfiques. Par ailleurs, une loi et des règlements qui n'auraient qu'une portée nationale seraient trop limités, et pour tout dire assez illusoire. C'est au

niveau européen que doit s'élaborer un cadre juridique commun aux États membres de l'Union, à l'image du RGPD.

Quels sont selon vous les préceptes incontournables à inscrire dans la loi ?

L'information des citoyens doit être renforcée afin de les éclairer sur ce à quoi ils consentent lorsqu'ils acceptent les conditions générales d'usages des applis en santé qu'ils téléchargent. C'est pourquoi l'encadrement éthique et juridique devrait également porter sur la qualité et l'objectivité de l'information de l'utilisateur-citoyen quant aux usages qui seront faits de la collecte de ses data, sur les formes de recueil de son consentement aux traitements de ses données et aux finalités secondaires poursuivies.

La sécurité est aussi un point essentiel. Le citoyen doit avoir l'assurance que l'échange et le partage de ses données sont informatiquement sécurisés et que seuls les professionnels habilités par lui pour en prendre connaissance peuvent y

accéder. L'encadrement éthique et juridique devrait garantir, au citoyen comme au professionnel de santé, la fiabilité des applis, objets connectés et autres dispositifs technologiques en santé, et permettre de définir les moyens et les conditions d'évaluation des algorithmes. Les moyens numériques peuvent être un levier majeur d'organisation sanitaire sur les territoires et des vecteurs d'équité dans l'accès aux soins. C'est pourquoi l'accès au numérique en santé, en tout point du territoire et pour tout usager, doit être garanti par l'État. Par ailleurs, la numérisation du secteur de la santé ne doit pas induire des sélections selon les moyens financiers, ni mener à des discriminations liées à des usages des data collectées pour l'identification de risques individuels sur le plan de la prise en charge sociale et des régimes assurantiels en santé. Enfin, le recours aux moyens technologiques ne saurait déshumaniser la relation de soins, de prise en charge de la dépendance, de compensation du handicap.



LETTONIE

AMM : DERNIÈRE LIGNE DROITE AVANT L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Une délégation de l'Ordre des médecins composée notamment du D^r Walter Vorhauer, secrétaire général du Cnom, et du P^r Claude-François Degos, délégué aux affaires européennes et internationales, s'est rendue à la 209^e session du Conseil de l'Association médicale mondiale (AMM), à Riga, du 24 au 29 avril 2018. Parmi les principales prises de position étudiées lors de cette réunion :

• ÉTHIQUE EN TÉLÉMÉDECINE

La réunion a été l'occasion de discuter de la révision des directives éthiques qui s'appliquent aux médecins dans le cadre de leur pratique de la télémédecine. Ces débats ont abouti à un projet de document de synthèse, qui sera examiné lors de l'Assemblée générale de l'AMM. Les délégués ont insisté sur le fait que la télémédecine avait créé de nouvelles manières d'exercer la médecine. Les participants ont convenu que cette pratique pouvait permettre d'atteindre des patients pour lesquels l'accès aux soins est difficile et ainsi d'améliorer les soins de santé.

• TOURISME MÉDICAL

A été adopté un projet de prise de position visant à encadrer la croissance du tourisme médical, c'est-à-dire les voyages internationaux de patients en vue de recevoir un traitement médical. Les délégués présents ont estimé que l'AMM devait se doter

d'une telle politique compte tenu de l'émergence rapide de ce secteur au niveau mondial, qui ne concernait auparavant que les soins dentaires et la chirurgie esthétique, mais qui gagne à présent les interventions chirurgicales non urgentes et les traitements contre les troubles de la fécondité. La proposition de prise de position sera transmise à l'Assemblée générale d'octobre pour approbation. D'autres thèmes ont également été abordés tels que l'interruption médicale de grossesse, la fin de vie, les médicaments biosimilaires, l'égalité entre les femmes et les hommes dans la médecine et l'autonomie professionnelle des médecins. La prochaine réunion du Conseil et l'Assemblée générale de l'Association médicale mondiale auront lieu à Reykjavik, en Islande, du 3 au 6 octobre prochain.

+ d'infos : <https://www.wma.net/fr/news-post/reunion-du-conseil-de-lassociation-medicale-mondiale-8/>



GRANDE-BRETAGNE

LE GMC DÉCRYPTE LES PRATIQUES EN TÉLÉMÉDECINE

Le General Medical Council vient de publier les résultats d'une étude qu'il a menée sur la télémédecine en Australie, au Canada, au Danemark, en France, en Nouvelle-Zélande, au Portugal, à Singapour, au Royaume-Uni et aux États-Unis. Le Conseil national de l'Ordre des médecins a répondu à l'enquête pour la France. Les objectifs de cette étude : déterminer les contours de la télémédecine dans chaque pays, étudier les différents systèmes de régulation mis en place et recenser les pratiques et usages de la télémédecine par les médecins.

+ d'infos : <https://www.gmc-uk.org/about/what-we-do-and-why/data-and-research/research-and-insight-archive/regulatory-approaches-to-telemedicine>



ISLANDE

CONFÉRENCE INTERNATIONALE SUR L'ÉTHIQUE MÉDICALE

Reykjavik accueillera du 2 au 4 octobre, juste avant l'Assemblée de l'AMM, une conférence internationale sur l'éthique médicale. « Sur la base des réalisations de nos prédécesseurs, nous devons approfondir les questions éthiques et poursuivre les discussions, a déclaré Yoshitake Yokokura, président de l'AMM. Je souhaite que cette conférence soit une opportunité pour toutes les associations médicales d'examiner les problèmes éthiques auxquels nous sommes confrontés et de réaffirmer la mission fondamentale des médecins. »

+ d'infos : <https://icelandtravel.artegis.com/lw/CustomContent?T=I&custom=1571&navid=16901&event=12406>

entretiens croisés

Texte : Sarah Berrier, Marine Loyen | Photos : Julian Renard, DR

Améliorer l'accès aux soins : l'énergie des territoires

Le 5 juillet, le Conseil national de l'Ordre des médecins a organisé un débat sur l'accès aux soins dans les territoires. **Un événement qui s'inscrit dans la continuité de l'Observatoire des initiatives réussies dans les territoires créés en début d'année...**



Dr François Arnault,
délégué général
aux relations
internes du Cnom

« Pour améliorer l'accès aux soins, il n'y a pas de solution unique : chaque territoire possède sa propre énergie, sa propre configuration, ses propres contraintes... Les acteurs locaux, leur personnalité, leur capacité à construire un projet entrent aussi en ligne de compte... souligne le Dr François Arnault, délégué général des relations internes au Cnom. Notre ambition, en créant l'Observatoire, était de donner la possibilité aux médecins qui ont créé une offre de soins de partager leur expérience... » Ainsi depuis le début de l'année, les porteurs d'initiatives réussies peuvent, sur le site du Cnom, dans un espace dédié à l'Observatoire, poster un texte descriptif expliquant leur projet, leur démarche, la problématique à laquelle ils se trouvaient confrontés et les solutions qu'ils ont su mettre en place. « Nous souhaitons que les médecins et les acteurs locaux qui se trouvent face à des difficultés liées à l'offre de soins puissent puiser l'inspiration dans ce recueil d'ini-

tiatives très diversifiées et trouver une solution qui pourra être adaptée à leur territoire, détaille le Dr Arnault. Nous nous sommes aperçus qu'il y avait un point commun à toutes les initiatives réussies : les moyens financiers ne suffisent pas à redonner de l'attractivité à un territoire. C'est en améliorant l'exercice, en travaillant sur l'organisation et la continuité des soins, en améliorant la communication entre les professionnels de santé... que l'on constate des améliorations considérables de l'offre de soins. » Pour faire connaître cet Observatoire mais aussi pour échanger sur les initiatives et sur leurs conditions de réussite, l'Ordre des médecins a invité le 5 juillet des médecins porteurs d'initiatives, des responsables politiques, M^{me} Natacha Lemaire, rapporteure générale au Conseil stratégique de l'innovation en santé et le doyen de la faculté de médecine de Tours. Voici un aperçu des échanges avec une partie des intervenants...



D^r Stéphane Pinard,
médecin généraliste
à Belle-Île



D^r Véronique Guillotin,
médecin, sénatrice
de la Meurthe-et-
Moselle



D^r Julien Borowczyk,
médecin, député de
la Loire, vice-
président de la
Commission des
affaires sociales de
l'Assemblée
nationale



P^r Gérard Champault,
chirurgien, chef du
pôle de chirurgie
ambulatoire de
Nogent-le-Rotrou



D^r Thomas Mesnier,
député de
Charente,
médecin urgentiste

D^r Thomas Mesnier

Face aux difficultés d'accès aux soins sur les territoires, les acteurs locaux n'ont pas attendu pour se retrouver les manches, avec leurs moyens et en fonction de leur contexte. C'est en me déplaçant sur le terrain que j'ai pu constater qu'il existait de très nombreuses initiatives locales. Elles ne rentrent pas toujours dans les cadres juridiques et réglementaires. À nous de les faire parvenir jusqu'au Ministère pour les faire connaître, les diffuser quand c'est pertinent et surtout de comprendre quels sont les freins et les points de blocage pour les lever et faciliter ces initiatives.

D^r Véronique Guillotin

Nous n'avons jusqu'à présent pas fait assez confiance aux territoires pour répondre à leurs problématiques de santé. Face à la situation d'urgence sanitaire, les réponses ne peuvent pas être exclusivement descendantes. Nous devons donc encourager les laboratoires d'idées au sein des bassins de vie qui sont, selon moi, l'échelon le plus intéressant pour établir un diagnostic, définir des priorités et élaborer des projets innovants mais surtout pertinents, dans le cadre des contrats de santé. Aux régions, ensuite, de soutenir ces projets.

Pourquoi miser sur les territoires pour améliorer l'accès aux soins ?

D^r Stéphane Pinard

Les jeunes médecins n'imaginent plus exercer comme leurs aînés : ils souhaitent travailler ensemble, maîtriser leurs horaires, avoir le temps de se former, mixer une activité salariée avec un exercice en libéral... Pour attirer de jeunes médecins à Belle-Île, en 2013, j'ai créé une association qui regroupe les 40 professionnels de santé de l'île. Huit médecins se sont installés en 5 ans. Cette année nous formalisons ce fonctionnement en créant une Sisa. Nous nous répartissons des journées salariées à l'hôpital, des astreintes les week-ends et les nuits tout en conservant notre exercice libéral. Structurer une équipe sur un territoire défini, voilà selon moi une bonne manière de procéder.

D^r Julien Borowczyk

Les deux problématiques essentielles aujourd'hui, pour favoriser l'accès aux soins dans les zones en tension, sont de renforcer l'attractivité des territoires et d'améliorer l'efficacité et la fluidité dans les parcours de soins. Pour cela, faisons confiance aux professionnels qui s'y trouvent et encourageons-les à coopérer, à décloisonner leur pratique, pour trouver des solutions ensemble. Par exemple, sur le plateau de Millevaches, médecins et pharmaciens sont parvenus à constituer une maison de santé virtuelle, Millesoins, qui a contribué à attirer des jeunes praticiens sur cette zone faiblement peuplée.

P^r Gérard Champault

Si je prends l'exemple du pôle ambulatoire dont je m'occupe, il faut savoir que Nogent-le-Rotrou est une petite ville qui avait un hôpital et une clinique qui, faute d'activité, ont fini par fermer. On s'est trouvés sans aucune offre de soins hospitalière. Le D^r Germond, anesthésiste au Mans, et ses confrères à Nogent-le-Rotrou, avec qui il avait des consultations avancées, se sont alors dit qu'un certain nombre d'actes pouvaient être réalisés à Nogent, en ambulatoire, plutôt que de faire faire aux patients 140 km. Donc, je pense que pour trouver les bonnes solutions il faut un groupe de professionnels motivés et qui connaissent bien leur territoire et ses problématiques.



D^r Véronique Guillotin

Un projet de territoire doit venir des professionnels de santé en priorité ou qu'à minima ceux-ci s'approprient le projet. Il nous faut créer des espaces de discussion avec les politiques, qui interviennent en appui de ces initiatives en fournissant un financement, mais aussi un accompagnement logistique, des compétences de bureau d'études et des outils. Nous n'avons pas anticipé le changement d'aspiration chez les jeunes médecins, et les mesures qui viennent d'en haut, les incitations financières notamment, n'ont pas eu l'effet espéré. Faisons confiance aux professionnels de santé et aux territoires pour rédiger des projets.

**D^r Véronique Guillotin**

« Les réponses ne peuvent pas être exclusivement descendantes. »

D^r Julien Borowczyk

La réussite d'un projet d'innovation tient dans le collectif : professionnels de santé, représentants de l'État et élus doivent se mettre au service d'un objectif commun, qui porte sur un territoire complet et qui parte d'un diagnostic de terrain. Ensuite, l'Agence régionale de santé intervient pour valider et soutenir les programmes proposés. Il s'agit d'un filtre indispensable pour éviter l'effet « foire aux idées ». Les porteurs de projet ont en outre besoin d'un soutien politico-administratif car les processus peuvent être très complexes. Enfin, il est essentiel de faire connaître ces projets locaux pour ensuite les dupliquer sur d'autres territoires, voire les généraliser.

D^r Stéphane Pinard

Pour être attractif, le projet doit être porté par un leader, si possible un médecin. Les incitations financières ou les mesures coercitives venant d'en haut n'ont pas fait leurs preuves. Les maires, les communautés de communes et les représentants de l'État connaissent trop peu notre exercice libéral et nos difficultés quotidiennes et l'exercice en libéral pour apporter une réponse satisfaisante. Le second enjeu est de rompre avec l'isolement des professionnels de santé : à Belle-Île, nous organisons un staff une fois par semaine, mais aussi des soirées et diverses rencontres. C'est ainsi que nous pouvons véritablement faire équipe.

Quel est le secret de réussite d'une initiative ?

D^r Thomas Mesnier

Partout où j'ai trouvé des initiatives intéressantes et efficaces pour renforcer l'accès aux soins, j'ai constaté qu'à un moment, tous les acteurs, qu'ils soient des professionnels de santé, des élus ou issus de l'Agence régionale de santé, sont allés dans la même direction. Il est important également que l'hôpital soit intégré afin de renforcer le lien ville-hôpital. Tous les projets innovants qui ont été couronnés de succès anticipaient finalement la création des Communautés professionnelles de territoires de santé (CPTS), qui sont selon moi le modèle le plus pertinent. Nous devons donner les moyens à ceux qui ne l'ont pas encore fait d'engager un dialogue dans ce cadre.

**P^r Gérard Champault**

« Ce qui a fait la réussite de notre pôle ambulatoire, c'est que l'on est repartis de zéro. »

P^r Gérard Champault

Je pense que ce qui a fait la réussite de notre pôle ambulatoire, c'est que l'on est repartis de zéro. Il ne faut pas essayer de se greffer sur un service de chirurgie conventionnel. Au contraire, il faut créer une entité nouvelle et complètement indépendante dans son fonctionnement. Nous avons ainsi créé une structure dédiée, avec une organisation millimétrée qui rend les prises en charge et les interventions très fluides. Les chirurgiens travaillent dans des locaux neufs, avec du matériel de pointe... Nous nous sommes vraiment donné les moyens pour rendre le pôle très attractif pour les médecins. Résultat : aujourd'hui certains viennent même de Paris pour opérer ici et, d'un point de vue budgétaire, le pôle est excédentaire...

D^r Julien Borowczyk

L'élan des professionnels est là, ils ont envie d'innover, de porter des projets sur leurs territoires et de le faire vite! Mais le temps législatif est trop lent, il nous faut impérativement accélérer pour, dans un 1^{er} temps, filtrer les projets les plus intéressants, dans un 2^e temps les financer et les mettre en place. Et, dans un 3^e temps, nous les évaluerons en vue éventuellement de les généraliser. La balle est donc dans le camp des élus et des ARS. Il nous faut mettre en place des procédures accélérées pour élaborer des nouvelles cotations sur les parcours de soins, par exemple.

**D^r Julien Borowczyk**

« Les porteurs de projets ont besoin d'un soutien politico-administratif. »

P^r Gérard Champault

Aujourd'hui, la création d'unités de chirurgie ambulatoire totalement autonomes, telles que celle de Nogent, est, sauf situations particulières, déconseillée par les tutelles. Elles restent exceptionnelles et soulèvent des problèmes spécifiques, notamment pour l'organisation des centres de recours. Pour notre part, l'établissement de recours est celui où consulte le chirurgien qui opère. Le fait de n'avoir aucun service support sur le site impose également une sélection rigoureuse des patients. Ce qui explique notre taux de déprogrammation de 7 %.

D^r Stéphane Pinard

D'abord, il y a l'image d'Épinal du médecin de famille des années 1950, disponible en permanence, qu'on peut appeler à 23h30 et qui arrive plus vite qu'une pizza... Cette époque est révolue. Ensuite, il y a l'Assurance maladie, qui impose à chacun de choisir son médecin traitant, alors qu'à Belle-Île, nous véhiculons l'idée qu'un patient doit être suivi par une équipe. Enfin, le cadre administratif n'est pas adapté : il n'existe pas de statut pour un généraliste qui exerce à la fois en tant que salarié d'un hôpital de proximité et en libéral au sein de ce même hôpital. Notre contrat cadre reste à écrire. Aujourd'hui, nous sommes vacataires, payés à la vacation, nous n'avons pas une protection maladie, maternité et retraite satisfaisante.

**D^r Stéphane Pinard**

« Structurer une équipe sur un territoire défini, voilà une bonne manière de procéder. »

Quels sont les freins au développement de ces initiatives ?

D^r Thomas Mesnier

Les freins sont d'ordres multiples : législatifs, réglementaires, il existe parfois un manque de prise de conscience des acteurs au sein de leur bassin de vie, ou un manque de dialogue entre eux. Tous admettent que le système est à bout de souffle et qu'il faut le moderniser. Les besoins ont changé : la population est vieillissante, les pluri-pathologies augmentent et nous sommes dans le même temps dans une sur-consommation de soins, parfois. Nous ne reviendrons pas en arrière, le médecin disponible à toute heure du jour et de la nuit, c'est un modèle qui ne correspond pas aux aspirations de la jeune génération : il ne faut pas le regretter.

**Thomas Mesnier**

« Il existe parfois un manque de prise de conscience des acteurs. »

D^r Véronique Guillotin

Les jeunes médecins d'aujourd'hui, au moment d'obtenir leur diplôme, ne connaissent pas suffisamment l'exercice en ville, dans des territoires ruraux par exemple, parce que le système universitaire actuel les pousse vers des stages en CHU. Nous devrions les inciter à se former auprès de libéraux, auxquels on accorderait la possibilité et le temps d'accueillir des stagiaires. Ensuite, pour encourager les initiatives il faut apporter de la souplesse dans la réglementation. Par exemple, dans le numérique et la télémédecine, porteurs d'un grand nombre d'innovations et pourraient nous aider à répondre à certaines problématiques, il nous manquait une nomenclature, elle est en discussion...

+ d'infos : Retrouvez les vidéos des initiatives de Belle-Île et de Nogent-le-Rotrou dans l'Observatoire des territoires : <https://www.conseil-national.medecin.fr/observatoire>



500 000
actes

de télémédecine sont attendus pour 2019 et 1,4 million pour 2022.

Sources : « Les chiffres clés de l'offre de soins », édition 2018 (ministère de la Santé)

dossier

Textes : Dominique Fidel, Éric Allermoz | Photos : iStock, Julian Renard

Télémédecine : décollage imminent

Fin juin, l'Assurance maladie et les syndicats de médecins ont signé la convention qui permettra le déploiement de la téléconsultation et de la téléexpertise à compter du 15 septembre prochain. Un « top départ » attendu de longue date, mais qui ne répond pas à toutes les questions soulevées par de nouvelles pratiques aux nombreuses implications.

Introduction dans la législation française en 2004, définition dans la loi HSPT de 2009, conditions de mise en œuvre et organisation précisées par décret en 2010, intégration d'un volet dédié dans les projets régionaux des ARS la même année, création d'un dispositif expérimental de financement prévu dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014... Sur le papier les choses sont allées assez vite pour la télémédecine en France. Mais dans son dernier rapport sur la sécurité sociale, la Cour des comptes dresse un bilan pour le moins alarmant, pointant « *un développement embryonnaire* » avec seulement 257 814 actes pris en charge en 2015 malgré des investissements conséquents, de très fortes disparités régionales, et une réorientation ratée de l'hospitalier vers la médecine de ville avec l'insuffisance du programme expérimental Étapes.

Des arguments de poids

Pourtant, si l'on en croit le même rapport, la télémédecine a de



Point de vue de l'Ordre

D^r Jacques Lucas, vice-président du Cnom, délégué général au numérique



« Satisfaits et vigilants »

« Avec le remboursement annoncé des actes de téléconsultation et de téléexpertise, le Conseil national de l'Ordre des médecins se réjouit de voir tomber le dernier obstacle qui empêchait la généralisation de la télémédecine dans les pratiques libérales. Ici et là, des voix s'élèvent pour exprimer la crainte d'une médecine déshumanisée où les téléconsultations deviendraient la norme. Mais je tiens à rappeler que les médecins sont tenus de respecter les règles de déontologie

médicale pour choisir le mode de prise en charge le plus adapté à la situation de leurs patients, sachant que des conditions ont été fixées pour garantir la sécurité de ces actes : le patient devra être connu, avoir donné son accord et disposer d'un dossier médical dans lequel les actes de télémédecine seront inscrits au même titre que les autres actes. Nous sommes d'ailleurs convaincus que le processus de contractualisation avec les agences régionales de santé imposé par le décret Télémédecine

de 2010 est devenu caduc. En revanche nous demandons un cadrage réglementaire précis pour les plateformes privées (mutuelles, start-up, laboratoires...) qui proposent leurs propres services car il ne faudrait pas que le développement de la télémédecine signe l'avènement d'une médecine à deux vitesses qui serait contraire au principe de solidarité nationale sur lequel se fonde le système de protection sociale en France depuis plus de soixante-dix ans... »

... solides atouts. « Elle facilite l'accès au système de soins et enrichit les possibilités de prise en charge offertes au patient, note ainsi la Cour des comptes. Avec elle, la pratique clinique devient plus collégiale et plus formalisée en associant plusieurs praticiens, voire plusieurs catégories de professionnels de santé, qui partagent un même protocole de prise en charge thérapeutique. Elle contribue ainsi à redistribuer les champs d'intervention entre les différents acteurs de la chaîne des soins. » En clair : plus de temps médical individuel et une prise en charge plus riche avec, en ligne de mire, la lutte contre les déserts médicaux.

Au-delà des frontières hexagonales, les pratiques de télémédecine sont déjà bien installées dans de nombreux pays, comme les États-Unis et le Canada – où les téléconsultations répondent aux besoins des patients dans un contexte de grandes distances et de faible densité médicale – mais aussi dans de petits États comme la Suisse, où les plateformes de télémédecine gérées par les assureurs fédéreraient actuellement 4 millions de patients.

En France, médecins comme patients semblent prêts. Une étude Ipsos réalisée courant avril 2018 auprès d'un échantillon de 1 000 Français et 157 médecins généralistes et spécialistes révèle ainsi que plus des trois quarts des praticiens sont favorables au développement de la télémédecine

« Plus de temps médical individuel et une prise en charge plus riche avec, en ligne de mire, la lutte contre les déserts médicaux. »



TÉMOIGNAGE

D^r Benoît Lequeux, cardiologue au CHU de Poitiers et coordinateur de l'unité Appui et prévention en insuffisance cardiaque (Apic)

« Un intérêt grandissant... mais des questions à traiter »

« En septembre, le CHU de Poitiers sera doté d'une des premières unités de télémédecine en France dans son Centre cardiovasculaire. Dédiée aux patients insuffisants cardiaques et porteurs de dispositifs rythmologiques (pacemaker et défibrillateur), elle couvrira tous les pans de la télémédecine : téléconsultation pour les Ehpad et la prison de Vivonne ; téléexpertise à l'aide d'un serveur dédié permettant de transmettre des avis à distance ; et un programme de télésurveillance à large envergure puisqu'il s'étendra à l'ensemble du groupement hospitalier de territoire de la Vienne. Pionnière en France, cette unité est le fruit d'un projet lancé il y a cinq ans sous forme expérimentale et initialement centré sur le seul volet télésurveillance. Depuis plusieurs années, j'ai eu l'occasion de voir monter l'intérêt envers les possibilités offertes par la télémédecine et je m'en réjouis. Cela dit, l'entrée dans le droit commun de la téléexpertise et de la téléconsultation ne réglera pas toutes les questions. Je pense en particulier aux aspects éthiques, à la viabilité économique de ces nouvelles activités mais aussi au rôle que pourront jouer les infirmières en appui... »

et considèrent qu'elle contribuera à permettre aux patients de devenir « acteurs de leur santé » grâce à une meilleure information, une orientation qualifiée et davantage de prévention. Quant aux patients, ils seraient un sur deux à se dire prêts à consulter un médecin à distance.

Du droit commun au déploiement...

Alors, les promesses de la télémédecine seraient-elles vouées à rester éternellement lettre morte ? « Ces derniers mois la donne a considérablement changé en France, affirme le D^r Jacques Lucas, vice-président du Cnom et délégué général au numérique. Des signaux forts ont été donnés avec la Stratégie nationale de santé 2018-2022, qui inscrit la télémédecine au rang de ses priorités et surtout avec le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018. En effet, en invitant les partenaires convention-

nels à négocier avec l'Union nationale des caisses d'Assurance maladie le tarif et les modalités de réalisation des actes, cette dernière a annoncé l'entrée de la télémédecine dans le droit commun. »

À noter : si le champ de la télémédecine comporte officiellement cinq types d'actes – téléconsultation, téléexpertise, téléassistance, télésurveillance et régulation en centre 15 –, l'avenant signé fin juin ne concerne, lui, que les domaines de la téléconsultation (en visioconférence) et de la téléexpertise, qui désigne la sollicitation à distance d'un médecin par un autre médecin.

Modalités et calendrier

« Si, dans un premier temps, il était prévu de réserver la téléconsultation aux seuls patients en affection longue durée, en Ehpad ou dans les zones sous-denses, les négociations ont finalement débouché sur un élargissement à l'ensemble des patients,



comme le souhaitaient le Cnom et la HAS », remarque le D^r Jacques Lucas. Le « top départ » du déploiement de la téléconsultation de ville sera officiellement donné le 15 septembre prochain. En revanche, la montée en puissance de la téléexpertise sera progressive. Dans un premier temps, elle sera réservée aux patients en ALD ou résidant dans une zone en tension médicale avant d'être étendue à tous à compter de 2020. En tout état de cause, l'avenant conventionnel sera soumis à l'avis de l'Ordre pour qu'il puisse formuler ses observations, comme le prévoit la réglementation, avant la signature de l'arrêté ministériel et la publication de ce texte au Journal officiel.

DMP, formation, outils... les questions à régler

Si les négociations ont finalement abouti, pour autant, toutes les questions liées à la télé-



TÉMOIGNAGE

Maxence Pithon, président de l'Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR – IMG)

« Des pratiques à intégrer dans le quotidien »

« Pour les futures générations de médecins, les attentes envers la télémedecine sont très élevées.

Je suis pour ma part convaincu que les outils technologiques permettant de dégager du temps médical ont toute leur place dans l'avenir de nos pratiques. Des deux domaines qui ont été au cœur des négociations récentes, c'est sans doute celui de la téléexpertise qui suscite le plus d'intérêt car nous pensons que cela sera un vrai plus dans la prise en charge des patients et dans les parcours de soins. Mais la question de l'organisation des téléexpertises devra être étudiée avec attention, en particulier du point de vue de la disponibilité des spécialistes. Et ce n'est pas le seul levier de réussite qu'il faudra actionner à l'avenir... Je pense notamment aux sujets de la formation et de l'équipement matériel à prévoir. Sur ce dernier aspect je regrette que le recours au mobile pour la transmission de photo ait été écarté. Si l'on souhaite que les médecins s'approprient ces nouvelles pratiques, il me semble important de faciliter leur intégration dans le quotidien et d'éviter une nouvelle "couche d'outils" ! »

REPORTAGE

Le pari de la « télégériatrie »

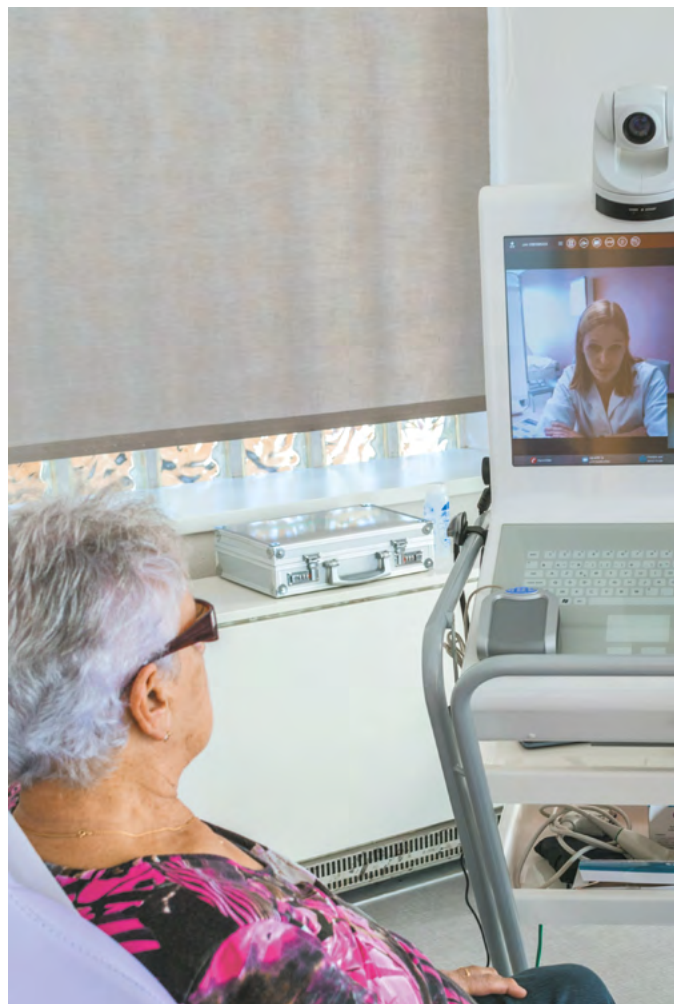
Le Gérontopôle et plusieurs Ehpad de Toulouse misent sur les consultations à distance pour améliorer la prise en charge des malades Alzheimer atteints de troubles du comportement sévères.

Dans la salle de soins de l'Ehpad Gaubert, à Toulouse, Mariette, 82 ans, a les yeux rivés sur l'ordinateur. Sur l'écran apparaît le visage du Pr Maria Soto, médecin au Gérontopôle du CHU de Toulouse, situé quelques kilomètres plus loin. « Bonjour Mariette, comment allez-vous ce matin ? Vous dormez bien en ce moment ? Est-ce que vous vous sentez triste ? » interroge la gériatre par visioconférence. La téléconsultation d'une trentaine de minutes a été initiée par le Dr Serge Bismuth, médecin coordonnateur de l'Ehpad Gaubert, afin d'avoir « un avis spécialisé et un accès à la filière gériatrique après l'aggravation des troubles cognitifs de Mariette, atteinte de la maladie d'Alzheimer. »

Après une première expérimentation en 2013, le Gérontopôle de Toulouse a dirigé pendant trois ans le projet de recherche clinique « Detect ». L'enjeu ? Évaluer l'impact de la télémedecine dans la prise en charge des troubles du comportement et des démences de type Alzheimer au sein des maisons de retraite. « Les résultats de l'étude confirment l'intérêt de cette pratique pour le diagnostic et la prise en charge des troubles du comportement en Ehpad, notamment dans la consommation de neuroleptiques et les transferts à l'hôpital », explique le Pr Fati Nourhashemi, directrice du Gérontopôle.

Des téléconsultations remboursées fin 2018

Les atouts des consultations à distance sont nombreux pour les personnes âgées dépendantes. Elles évitent les recours aux urgences et déplacements inappropriés à l'hôpital (les transports fatiguent les patients, coûtent cher, mobilisent du personnel soignant). « Par ailleurs, les patients souffrant de démence arrivent souvent perturbés, stressés à l'hôpital. Ils perdent leurs repères. Or, nous savons que l'environnement impacte beaucoup la manifestation des troubles du comportement. Ces derniers peuvent alors être exacerbés ou



au contraire minorés, ce qui modifie l'examen clinique », complète le Pr Nourhashemi.

Au sein des Ehpad, on plébiscite également la téléconsultation. « C'est un outil supplémentaire pour améliorer la prise en charge des patients âgés. Elle permet également un transfert progressif de compétences des centres experts vers les personnels soignants des Ehpad, grâce aux échanges avec les gériatres », confirme le Dr Bismuth, fervent défenseur de ce dispositif depuis plus de vingt ans. La télémedecine est-elle l'avenir des soins dans les Ehpad ? « En partie », répond le Pr Fati Nourhashemi, qui appelle à « sortir des expérimentations pour entrer dans une phase de généralisation. En 2017, près de 200 téléconsultations ont été réalisées avec les Ehpad équipés de Haute-Garonne. Au Gérontopôle, nous développons aussi les téléconsultations pour la prise en charge des plaies chroniques et en oncogériatrie. » Autre élément de réponse : le remboursement des téléconsultations en Ehpad par l'Assurance maladie fin 2018. De quoi inciter les médecins libéraux à davantage s'engager dans cette démarche. De son côté, la ministre de la Santé, Agnès Buzyn, a annoncé en mai dernier la généralisation de la télémedecine en Ehpad d'ici à 2022.



médecine n'ont pas nécessairement trouvé réponse. Ainsi, dans les mois qui viennent, plusieurs aspects pratiques devront être abordés. « *Je pense notamment à la complémentarité avec le dossier médical partagé (DMP), indispensable pour garantir la traçabilité des actes mais aussi pour inclure la télémédecine dans un parcours de soins cohérent* », indique le D^r Jacques Lucas. Pour l'heure, cette complémentarité se heurte à la faible diffusion du DMP. Mais la situation devrait rapidement évoluer puisque la Cnamt, qui gère désormais cet épineux dossier, a récemment annoncé la généralisation du dossier médical partagé à l'ensemble du territoire à l'horizon de l'automne.

Dans un tout autre domaine, le sujet de la formation des acteurs méritera aussi des réflexions spécifiques. « *Mener un examen clinique sans avoir le patient en face de soi cela ne s'improvise pas*, souligne Maxence Python, président de l'Intersyndicale

Quid de la télésurveillance ?

Dans son rapport 2017, la Cour des comptes considérait la télésurveillance des maladies chroniques comme « *la forme de télémédecine la plus prometteuse* », évaluant à 2,6 milliards d'euros l'économie qu'elle pourrait générer dans la prise en charge du diabète traité par insuline, de l'insuffisance cardiaque et de l'insuffisance rénale. Mais, finalement, la télésurveillance ne sera pas, pour l'heure, financée dans le cadre du droit commun. L'article 54 de la LFSS pour 2018 prévoit au contraire que les actes de télésurveillance restent soumis au régime des expérimentations pour une durée maximale de quatre ans, afin « *de préciser le cadre et les indications pertinentes* ».



nationale autonome représentative des internes de médecine Générale. *De même, les requêtes entre praticiens nécessitent une grande rigueur. Or, pour l'instant, la télémédecine est un sujet pour le moins discret dans la formation des futurs médecins!* » De même, la question de l'équipement devra également être considérée avec attention, au-delà de la seule notion d'accompagnement financier. « *Les outils seront une composante importante de l'adhésion des professionnels de santé*, affirme le D^r Benoît Lequeux, cardiologue au CHU de Poitiers. *Le temps étant une denrée très rare dans nos professions, il faudrait que les solutions proposées aux médecins soient le plus simples et le moins chronophages possible...* » Et côté patients, il faut aussi rappeler que le déploiement de la téléconsultation sera étroitement corrélé à l'accès à un équipement informatique de qualité suffisante pour supporter une visioconférence. Si cela ne sera

... pas un problème pour les personnes en structures de santé, le sujet reste épineux pour tous les Français qui résident dans les nombreuses zones encore privées du très haut débit, qui sont aussi, pour beaucoup, des déserts médicaux...

Quid des acteurs privés ?

« Mais aux yeux du Cnom, le principal point d'interrogation est ailleurs, remarque pour sa part le D^r Jacques

Lucas. *Il s'agit de la place que les mutuelles et assureurs complémentaires vont occuper dans le paysage hexagonal.* » Une problématique qui n'est pas à prendre à la légère, car la téléconsultation médicale est devenue, en l'espace de deux ans, un « standard du marché » tandis que les compagnies d'assurances mobilisaient de grands moyens pour construire des offres complètes, comprenant livraison de médicaments, plateformes de

conseil médical ou mise à disposition de cabines de téléconsultation dans les entreprises adhérentes. « *L'Ordre des médecins s'inquiète du fait que ces prestations installent, de fait, une rupture concurrentielle dans l'organisation territoriale des soins et une entaille non négligeable à la dimension solidaire du système de santé français. C'est un aspect de la télémédecine que nous suivons de très près.* »



Point de vue extérieur

Nicolas Revel, directeur général de la Caisse nationale de l'Assurance maladie

« Pas de consultation hors sol »

La télémédecine est-elle une solution aux problèmes d'accès aux soins ?

Oui, en effet, la télémédecine, si elle n'est pas la solution unique, constitue un levier important pour faciliter l'accès aux soins pour tous, notamment pour les 18 % de personnes qui vivent dans des territoires où l'offre médicale a fortement diminué.

La télémédecine permet également une prise en charge des soins plus précoce, en évitant des retards de consultation permettant de prévenir certaines hospitalisations et ré-hospitalisations.

Dans le cadre de la permanence des soins, elle constitue enfin un moyen d'éviter aux patients des déplacements inutiles et des passages injustifiés aux urgences.

À tous ces titres, elle constitue une réponse aux défis auxquels doit faire face notre système de santé.

L'enjeu de la négociation actuelle ?

Le cadre conventionnel doit enfin faire sortir la télémédecine du champ des expérimentations pour en faire une réalité de la vie courante. C'est ce sur quoi nous avons travaillé avec les syndicats de médecins depuis la mi-janvier, en nous concentrant sur deux actes prioritaires : la téléconsultation et la téléexpertise.

Avec la téléexpertise, non seulement nous sortons d'un relatif « retard français » mais nous prenons même de l'avance par rapport aux autres pays.

Nous avons plusieurs points de convergence avec les syndicats. Le premier est que ces actes doivent s'inscrire dans l'organisation actuelle du système de soins,

autour du parcours de soins. Sauf situation particulière, nous étions également d'accord sur l'importance que le patient soit connu du médecin qu'il consulte ainsi. Le choix de recourir à la télémédecine sera laissé à la seule appréciation du praticien : lui seul peut déterminer si cette modalité de prise en charge est conforme avec la situation personnelle ou clinique du patient mais aussi avec la responsabilité qu'il engage.

Que pensez-vous des sociétés qui se lancent dans le business de la téléconsultation sans attendre le remboursement ?

Je suis convaincu que la télémédecine doit s'inscrire dans le respect du parcours de soins coordonné, en lien avec le médecin traitant. Alors qu'elle est financée par la solidarité nationale, la prise en charge des patients ne peut pas se faire via des consultations « hors sol » où le lien patient-médecin est faible, voire inexistant. La pratique de la médecine repose sur une relation de proximité et de confiance, essentielle entre le patient et son médecin.

Demain, combien de téléconsultations et de téléexpertises ?

Il est aujourd'hui difficile d'estimer le nombre d'actes qui seront réalisés ainsi ; avec nos partenaires conventionnels, nous avons prévu d'instaurer un observatoire pour apprécier collectivement les conditions du bon développement de ces nouvelles pratiques. Celles-ci sont d'ailleurs appelées à être étendues à d'autres professions de santé. Je pense notamment, mais pas seulement, aux infirmiers.

vos informations pratiques



le guide juridique

24-25. spécial élections

- Résultats des élections départementales de l'Ordre des médecins

26. en bref

- Dissolution du Conseil départemental des Bouches-du-Rhône
- Toxine botulique : habilitations et indications

27. vos questions/nos réponses

- Le refus de soin

28-30. pratique

- Soins psychiatriques sans consentement : procédure et certificats
- Quels dispositifs financiers et de protection des droits pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer?



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



Résultats des élections départementales de l'Ordre des médecins

Conseil départemental de l'Aisne

01/04/2018

Sont élus titulaires : ANTHONY Sylvie, ARNERA Anne, BOUREE Isabelle, BUS-SIERE Guy, FONDRAS Carole, MAILLIEZ Thierry, MAMBIE Jean-Jacques, TILLY Jean-Marie.

Sont élus suppléants : BAGIEN Audrey, DEMORTIER Aline, DUCROCO Jean-Michel, JULLIN Martine, LEMAIRE Olivier, LEMOINE Jean-Michel, LENORMAND Aude, MONSIGNY Marcel.

Conseil départemental des Hautes-Alpes

22/04/2018

Sont élus titulaires : DAO-LENA Séverine, FRENEAU Emmanuelle, METZ Catherine, PARIS Nicolas, POSTAIRE Séverine, STOLTZ Georges, TERRAZ Serge, VANDERWEYEN Alain.

Sont élus suppléants : CHEVASSUS Philippe, ETIENNE-MANOPOULOS Anne, GAUDIN Hyacinthe, GRIMAUD Roger, PIROLLET Pascal, SEURET Brigitte, STOLTZ Dominique, TURIN Sylvie.

Conseil départemental de l'Ardèche

27/05/2018

Sont élus titulaires : CARILLION Alain, CARNIEL Marjorie, DUCLIEU Jacques, FLORENTIN-LOUIS Marie-Christine, GRELAT Anne, KHIM Sinot, NAVETTE Jean-Michel, WANERT Bruno.

Conseil départemental du Calvados

21/04/2018

Sont élus titulaires : BEQUIGNON Arnaud, CANTAU Guy, CHICOT Dorothée,

DEMONTROND Jean-Bernard, DEYSINE Jean-Paul, FEDERSPIEL Valérie, LEBARBE Hervé, MARIE Chantal, PAPIN-LEFEBVRE Frédérique, TSA-GOURIA Alexandra.

Sont élus suppléants : ARROT Xavier, BONTE Jean-Bernard, THOMAS-GIRARD Véronique, WIART Catherine.

Conseil départemental du Cher

22/04/2018

Sont élus titulaires : BALAND Thierry, BOIS-LANGLOIS Frédérique, BOUR-REAU Anna, ENGALENC Dominique, KERIHUEL Gérard, NOE-LAGRANGE Anaïde, STROINSKI Frédéric, VAILLANT Corinne.

Sont élus suppléants : CHEMINAL-LECLAND Célia, COLOMBIER Luc.

Conseil départemental de la Dordogne

08/04/2018

Sont élus titulaires : BERNARD Frédéric, DIARD Nicolas, DISTINGUIN Sophie, FAROUDJA-DEVEAUX Karine, GENEVIEVE Magalie, LAPEYRONNIE Francis, ROQUES Martine, VERON Ollivier.

Sont élus suppléants : BONOTTO Bruno, DESNOYERS Vincent, HOUZE Jean-Yves, NANTHIERAS Murielle, ROUSSEAU Anne, SORAT Catherine.

Conseil départemental du Doubs

06/04/2018

Sont élus titulaires : BADET Jean-Michel, BOUVERESSE Jean-François, CARETTI Laurent, CHENET Brigitte,

DE VESVROTTE Pierre, JOLY-VAGNEUX Sylvie, PETIT Laurent, TISSERAND Maude, VUATTOUX Muriel, VUILLIER Jacqueline.

Sont élus suppléants : AMMARI-YOUALA Samira, COEFFIC-SPITZ Armande, COFFE-BART Dominique, HUMBERT Philippe, LEUCI-HUBERMAN Viviana, MAIRESSE Jean-Claude, PELTIE Jacques, RUEDIN Christophe.

Conseil départemental du Jura

31/05/2018

Sont élus titulaires : BAUM Jacques, DESBIEZ Bernard, EL HANI Michel, MAILHES Pierre-Henri, PEPIN Evelynne, PERRODIN-PELEN Laurence, ROQUEL-BRENOT Françoise, SIRE Danièle.

Sont élus suppléants : GIRARDIN-THIEBAUT Claire, KUENTZ-RICHARD Elisabeth, MARMIER Gabriel, PETITJEAN Vincent.

Conseil départemental des Landes

05/04/2018

Sont élus titulaires : AUGRIS Gaël, BARDET-GIRAUD Dominique, CREUZE-DUPLANTIER Stéphanie, FAUSSAT Jean-Michel, GARRAPIT Chantal, LALANNE-AZIDROU Eloïse, LEFORT Gilles, VIGNEAU Denis.

Sont élus suppléants : BOITTE Jean-Pierre, FERNANDEZ Thierry, ILLES Hajnal-Gabriela, JOUCLAS-BUGEAUD Muriel, KUBLER Jean-Marc, LAVIGNOLLE-LARRUE Véronique, PELLETIER Julie, PELLETIER Michel.

Conseil départemental de la Manche
31/05/2018

Sont élus titulaires : BESNIER Anne, BURTIN Christine, BURTIN Philippe, DESREUX Maryvonne, DORNIER Laurent, LE BAIL-COLLET Armel, PERRE-MICHEL Agnès, SOLTY Stéphane.

Sont élus suppléants : BIENVENU Fabrice, HERVIEU-CHEVE Corinne, KASMI Mohamed Said, MEAS Kevin, MOLE-MEQUIN Lise, POSTEL-LECARPENTIER Catherine, POULAIN Joëlle, STCHEPINSKY Olivier.

Conseil départemental de la Marne
15/04/2018

Sont élus titulaires : BAUMARD Sonia, BRETON Anne, JEGOU Juliette, LEFEBVRE Francis, LEFORT Pierre, LORENTZ Jacques, MILOSEVIC Dragisa, SALMON-EHR Véronique, VILLENA Isabelle, VILLENA Philippe.

Sont élus suppléants : AMEIL Agnès, AMEIL Marc, CANOT Brice, CHARLOT-BENOIST Marie-Anne, FAUCON Jean-Luc, FERRARA Aurélie-Réjane, GEOFFROY Yolande, HUGOT Julien, SCHLIENGER Jean-Yves, SCRIVE Klara.

Conseil départemental du Bas-Rhin
15/04/2018

Sont élus titulaires : CASTELNOVO Laurent, FAHRLAENDER Christine, ICHTERTZ Gérard, JOUFROY-BLANCK Dominique, KALINKOVA Ludmilla, MARQUART Claudine, PACE Etienne, SCHOENAHN Charles,

UETTWILLER Thierry, WAGNER-STUMPF Marie-Dominique.

Sont élus suppléants : BECK Daniel, GRENIER Jean-Luc, HUMBERT Vincent, KAHLOUCHE Malika, KRUCZEK Elisabeth, LESCOUTE-JABOT Monique, LIU Stephanie, NICOL Patrick, WEIGEL Jean-Luc, ZIMMERMANN Marie-Agathe.

Conseil départemental du Tarn
26/04/2018

Sont élus titulaires : BOYER Jean-Daniel, COMBES Théophile, DELGA Marie-Elisabeth, DOMANSKI-LAGOUTTE Nathalie, DUHEM Alexandra, GARAVANA Régine, MOULIN Etienne, PHAM Martin.

Sont élus suppléants : BARRAU Philippe, CLEMENT Emmanuelle, COHEN-FRESCO Corinne, DEMANGEOT Chantal, GROS Jean-Jacques, MARINI Michel.

Conseil départemental de la Vienne
23/05/2018

Sont élus titulaires : CHAMPIN Bernard, COULAIS Mathilde, DEBEKETCH Chloé, DESVIGNE Patrice, DIEULANGARD Henri, GIRARD Marie-Bénédicte, MARCHAND Jean-Guillaume, PEQUEREAU Gabrielle.

Sont élus suppléants : BAILLERGEAU Louis, CAUNES Nicole, COUVE DE MURVILLE Patrick, LARDEUR Jean-Marc, LHOMME Isabelle, MICHON Agnès, SURY Eric, TISSERAUD-TARTARIN Marie-France.

À suivre...

Le décret n° 2018-342 du 7 mai 2018

complétant la liste des maladies faisant l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire a ajouté la rubéole à la liste des maladies à déclaration obligatoire.

+ d'infos :

www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT-000036888150

Instruction N° DSS/SDI/IB/2018/100

relative aux modalités de mise en œuvre des protocoles de coopération entre ophtalmologiste et orthoptiste pour la réalisation du bilan visuel à distance

+ d'infos :

http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/05/cir_43372.pdf

Instruction N° DGOS/R4/DGCS/3A/2018/136 du 4 juin 2018

relative à l'articulation entre les SSIAD-SPASAD et les établissements de HAD pour assurer la prise en charge continue du patient à son domicile

+ d'infos :

www.conseil-national.medecin.fr (rubrique Juridique / Veille juridique)



Dissolution du Conseil départemental des Bouches-du-Rhône

La dissolution du Conseil départemental des Bouches-du-Rhône a été prononcée par arrêté du Directeur Général de l'Agence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur en date du 4 juillet.

Conformément aux dispositions de l'article L. 4123-10 du code de la santé publique, une délégation de 5 membres a été nommée afin d'assurer les fonctions du Conseil départemental jusqu'à l'élection d'un nouveau Conseil.

Une élection de l'ensemble du Conseil départemental des Bouches-du-Rhône aura lieu à l'automne prochain. Chaque électeur recevra un courrier lui indiquant les modalités de cette élection ainsi que les formalités à accomplir pour les déclarations de candidatures qui seront faites, conformément aux nouvelles dispositions du code de la santé publique visant notamment à prévoir la parité au sein des Conseils de l'Ordre, en binômes femme-homme.



Toxine botulique : habilitations et indications

À la demande de l'Ordre des médecins, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a ajouté l'ORL et la chirurgie cervico-faciale aux spécialités habilitées à prescrire et à pratiquer des injections avec les produits Azzalure, Bocouture et Vistabel dans l'indication esthétique de la correction temporaire des rides intersourcilières modérées à sévères.

Jusqu'à la fin de l'année 2017, les seules spécialités habilitées étaient la chirurgie

plastique reconstructrice et esthétique, la dermatologie, la chirurgie maxillo-faciale, et l'ophtalmologie.

Il est rappelé que le Botox, le Dysport, le Neurobloc et le Xeomin sont réservés à l'usage hospitalier et indiqués dans le traitement de différentes affections, essentiellement neurologiques.

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



Le refus de soin

Le code de la santé publique encadre très strictement le refus de soin en France. Les discriminations exposent à des sanctions ordinaires, conventionnelles, mais également pénales. **Explications.**

Comment le refus de soin est-il encadré en France ?

L'éthique médicale veut que le médecin donne ses soins à toute personne en toute situation. Mais il existe une exception¹, qui prévoit qu'il a le devoir d'orienter le patient des soins duquel il se retire vers un accès possible à un autre confrère. Cela est possible pour des motifs personnels – une réaction à des demandes ou un comportement abusifs du patient, par exemple – mais en aucun cas le motif ne doit être discriminatoire. Le médecin doit dans tous les cas notifier, par écrit, son désengagement à son patient et lui donner les informations nécessaires à la poursuite des soins dans des délais acceptables. Il doit aussi informer le conseil départemental au tableau duquel il est inscrit. Cette procédure s'applique également pour la clause de conscience. En dehors de ce cas spécifique, aucun motif ne justifie un refus de soin : ni des convictions personnelles, ni des signes religieux ostentatoires que porterait le patient.

1. Code de la santé publique article R.4127-47

L'existence d'une couverture sociale spécifique est-elle un motif de refus ?

Les difficultés les plus nombreuses nous viennent de refus par des médecins à des attributaires de la CMU-C du bénéfice de leurs droits, c'est-à-dire du tiers payant intégral pour les soins pris en charge par l'Assurance maladie et de l'absence de dépassement des tarifs conventionnels. Cette obligation s'applique à tous les médecins, y compris ceux qui exercent en secteur 2 et pratiquent des honoraires libres, qui ne peuvent alors user de leur faculté de dépassement des tarifs de prise en charge par l'Assurance maladie. Ce bénéfice peut toutefois ne pas être accordé si le patient ne peut justifier de l'ouverture de ses droits, y compris par une attestation papier en l'absence de carte Vitale. Les attributaires de l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) ont également droit au tiers payant intégral. Dans le cas particulier d'un médecin ayant une consultation en ville et à l'hôpital, il ne pourra pas renvoyer un patient attributaire de la CMU-C ou de l'ACS vers sa consultation à l'hôpital, ce qui constituerait une discrimination.

Et si le refus de soin vient du patient ?

Il est alors du devoir du médecin d'informer clairement, précisément et de manière itérative le patient des conséquences de son refus des soins qui lui sont nécessaires. Le médecin se trouvera alors dans un conflit d'obligation entre le respect de l'autonomie de la personne et l'obligation de lui donner des soins indispensables. Sauf en situation d'urgence vitale, il est probable que dans la majorité des cas, si une information claire a été donnée et comprise, le respect de l'autonomie de la personne et sa décision doivent primer.



d'infos

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

D' André Deseur, vice-président du Cnom

Soins psychiatriques sans consentement : procédure et certificats

La prise en charge d'une personne en soins psychiatriques sans consentement implique que soient établis des certificats médicaux, ou que soient rendus des avis médicaux (art. L 3211-II, L 3211-12-1 CSP), dans les situations et délais prévus par la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011. La HAS vient de publier une fiche mémo et un rapport d'élaboration sur la rédaction des certificats médicaux et avis médicaux après 72 heures. **L'occasion de revenir sur les nécessaires contraintes qui accompagnent le soin sans consentement et les devoirs des médecins...**

Seules les personnes souffrant de troubles psychiatriques sont susceptibles de se voir prodiguer des soins sans leur consentement. L'admission d'une personne en soins psychiatriques sans consentement peut se faire :

► soit sur décision du directeur de l'établissement de santé (SDDE) (art. L. 3212-1 du code de la santé publique) :

- consécutivement à la demande d'un tiers, en urgence ou non (SDT ou SDTU),
- ou sans demande de tiers en cas de péril imminent (SPI);

► soit sur décision du représentant de l'État (SDRE) (art. L. 3213-1 du code de la santé publique), dans le cadre d'une procédure d'urgence ou non;

► soit sur décision de justice (SDJ) (art. 706-135 du code de procédure pénale).

1. Admission à la demande d'un tiers

Lorsque les troubles mentaux de la personne malade rendent impossible

son consentement et que son état mental impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale soit constante (hospitalisation) soit régulière (soins ambulatoires ou à domicile), deux procédures peuvent alors être mises en œuvre :

• **À la demande d'un tiers, dans le cadre d'une procédure d'urgence ou non.** Ce tiers peut être un membre de la famille de la personne malade ou toute personne pouvant justifier d'une ancienneté dans ses relations avec la personne qui lui donne une qualité pour agir dans son intérêt. La demande doit être manuscrite et comporter les nom, prénom, date de naissance et domicile de la personne concernée ainsi que du demandeur ; le lien entre le demandeur et le patient ; la date et la signature ; un extrait du jugement de mise sous tutelle ou curatelle quand la demande émane du tuteur ou du curateur. La demande doit être accompagnée de deux certificats médicaux dont l'un au moins doit émaner d'un médecin indépendant de l'établissement d'accueil, et, dans le cas d'un SDTU, à titre exception-

nel, un seul certificat, le cas échéant établi par un médecin exerçant dans l'établissement.

• **Lorsqu'il est impossible d'obtenir une demande d'un tiers et qu'il existe un péril imminent** pour la santé de la personne malade, péril attesté par un certificat médical circonstancié qui ne peut émaner d'un médecin de l'établissement d'accueil. La famille, les proches et, le cas échéant, le tuteur ou curateur de la personne malade sont informés de cette décision par le directeur dans un délai de 24 heures.

Dans ces deux situations, les certificats médicaux datant de moins de 15 jours constatent l'état mental de la personne, les caractéristiques de la pathologie ainsi que la nécessité de recevoir les soins.

Les deux médecins, auteurs des certificats, ne doivent pas être parents entre eux, avec la personne malade ou le directeur d'établissement. La décision d'admission en soins psychiatriques est prise par le directeur de l'établissement.

2. Admission sur décision du représentant de l'État dans le département

Cette procédure est mise en œuvre par le préfet du département et, à Paris, par le préfet de police, par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié émanant d'un psychiatre n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil. La personne malade concernée doit présenter des troubles mentaux nécessitant des soins et compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte, de façon grave, à l'ordre public. L'arrêté préfectoral doit préciser les motivations et les circonstances qui ont abouti à la nécessaire admission en soins psychiatriques.

Une admission sur décision du représentant de l'État peut également être réalisée dans le cadre d'une procédure d'urgence (art. 3213-2 du code de la santé publique), en cas de danger imminent. Il s'agit alors d'une mesure provisoire prise par le maire, à charge d'en référer dans les 24 heures au représentant de l'État. Le représentant de l'État dans le département peut également prononcer l'admission en unité pour malades difficiles de patients qui présentent pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté ne peuvent être mis en œuvre que dans une unité spécifique. C'est également dans le cadre de cette procédure que peut être prononcée une admission en soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète des personnes détenues.

3. La période d'observation de 72 heures

La personne admise en soins psychiatriques fait l'objet d'une période de soins et d'observation en hospitalisation complète.

Dans les 24 heures, il est procédé à un examen somatique du patient par un médecin. Puis, un psychiatre qui n'est pas à l'origine de l'entrée en soins psychiatriques, établit un

certificat médical constatant l'état mental et la nécessité ou non de maintenir ces soins.

Dans les 72 heures, un nouvel examen est réalisé et un nouveau certificat est établi.

À l'issue de cette période d'observation et en fonction des conclusions de ces deux certificats confirmant ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques, l'autorité ayant prescrit la mesure décide du maintien ou de la levée des soins et, dans le premier cas, de la forme de la prise en charge :

- soit sous la forme d'une hospitalisation complète;
- soit sous toute autre forme, pouvant comporter des soins ambulatoires, des soins à domicile, une hospitalisation à domicile, des séjours à temps partiel ou des séjours de courte durée à temps complet. Un programme de soins, annexé à la décision, est alors établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil et ne peut être modifié que dans les mêmes conditions. Le programme de soins définit les types de soins, leur périodicité et les lieux de leur réalisation, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État (art. R. 3211-1 du code de la santé publique).

La loi prévoit le calendrier selon lequel doivent être établis les certificats ou avis médicaux au cours de la prise en charge.

Lorsque l'admission en soins psychiatriques sans consentement a été prononcée par le directeur d'établissement (SDDE), celui-ci doit lever la mesure dès lors que l'un des certificats conclut que l'état mental de la personne ne justifie plus les soins psychiatriques sans consentement. En revanche, lorsque l'admission en soins psychiatriques sans consentement a été prononcée par le représentant de l'État (SDRE), celui-ci peut décider de suivre ou non le certificat médical. Dans ce dernier cas, il devra alors demander un deuxième avis auprès d'un autre psychiatre.

Conclusion

Concilier les enjeux liés aux droits des patients et ceux liés aux soins sans consentement qui s'avèrent nécessaires dans certaines situations n'est pas simple. Les hospitalisations sous contrainte représentent un manquement grave aux libertés individuelles, au principe de droit constitutionnel de la liberté d'aller et venir. Le point de vue médical, dans ces circonstances, ne peut être celui de l'avocat, se situant, à l'égard de son client, dans le respect strict de ses droits. Pour le médecin, le soin libre est la règle. Mais le soin sans consentement peut être nécessaire. Dans ce cas, il doit être réalisé dans le strict respect des dispositions légales et réglementaires. Le médecin se situe dans l'intérêt de son patient en apportant le soin « juste ».

D' Anne-Marie Trarieux, vice-présidente de la section Éthique et déontologie

+ d'infos :

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2837675/fr/aide-a-la-redaction-des-certificats-et-avis-medicaux-dans-le-cadre-des-soins-psychiatriques-sans-consentement-d-une-personne-majeure-a-l-issue-de-la-période-d-observation-de-72-heures

Modèles de demande d'admission en soins psychiatriques sans consentement :
<https://www.conseil-national.medecin.fr/groupe/53/tous>

Quels dispositifs financiers et de protection des droits pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer?

L'association France Alzheimer a mis au point une fiche « Repère » destinée aux professionnels de santé sur la prise en charge des patients atteints d'un trouble cognitif, de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

Elle propose notamment de faire le point sur les différents dispositifs dont peuvent bénéficier les patients concernés...

La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées sont cotées en ALD 15. Elles sont donc prises en charge à 100 % par la Sécurité sociale.

La carte mobilité inclusion

La carte mobilité inclusion va progressivement remplacer les cartes d'invalidité, de priorité et de stationnement. Les avantages et conditions d'attribution restent les mêmes. En revanche, la procédure de demande change. La demande doit être effectuée auprès du Conseil départemental pour les bénéficiaires de l'APA, ou auprès de la MDPH pour les autres personnes malades.

> Votre certificat médical doit indiquer précisément la maladie dont est affecté le patient (pas seulement « troubles cognitifs »).

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

L'APA est attribuée aux personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie. Elle permet de financer une partie des aides humaines, éventuellement celle apportée par l'aidant (hors conjoint). Le patient doit faire la demande d'APA auprès du Conseil départemental.

> Votre certificat médical doit être bien détaillé et pointer les difficultés dans les actes de la vie quotidienne.

La prestation de compensation du handicap (PCH)

La PCH est attribuée aux personnes

de moins de 60 ans. Elle permet la prise en charge de dépenses liées au handicap. Le patient doit faire la demande auprès de la MDPH.

> Votre certificat médical est nécessaire pour instruire la demande de PCH.

Le permis de conduire

Si vous n'êtes pas habilité à retirer le permis de conduire, vous avez cependant une double responsabilité : morale, vis-à-vis de la personne malade; et légale, concernant la mise en danger d'autrui.

> Vous êtes tenu :

- de communiquer au patient votre recommandation de cesser la conduite automobile,
- de le notifier dans son dossier médical.

La médecine du travail

Elle peut être sollicitée pour le suivi des personnes malades en activité professionnelle (maintien ou sortie de l'emploi). Pensez-y !

La personne de confiance

Elle est habilitée à être informée et consultée lorsque le patient se trouvera hors d'état d'exprimer sa volonté et à l'accompagner durant son séjour hospitalier ou son séjour en établissement d'hébergement.

> Pensez à proposer à votre patient de choisir sa personne de confiance.

Les directives anticipées

Elles garantissent au patient, dans le cas où il serait hors d'état d'exprimer sa volonté, que ses souhaits relatifs à sa fin de vie soient pris en compte.

Le mandat de protection future

Il s'agit d'un contrat qui permet à toute personne malade d'organiser sa protection à l'avance en choisissant celui, celle ou ceux qui seront chargés de s'occuper de ses affaires ou de sa personne le jour où elle ne pourra plus le faire elle-même, en raison de son état de santé.

L'habilitation familiale

Elle ne constitue pas une mesure de protection juridique. Elle permet à un proche (descendant, ascendant, frère ou sœur, concubin, partenaire de Pacs) de solliciter l'autorisation du juge pour représenter une personne qui ne peut pas manifester sa volonté.

La sauvegarde de justice, la tutelle et la curatelle

Il s'agit de mesures de protection juridique, de différents degrés, destinées à protéger la personne malade lorsque celle-ci n'a plus toutes ses facultés.

> Vos certificats médicaux sont nécessaires à la constitution du dossier pour ces trois dispositifs.

+ d'infos : www.francealzheimer.org

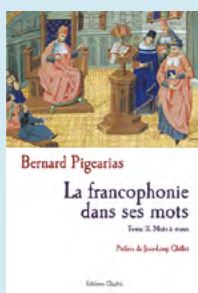
culture médicale



Une approche éthique des maladies rares génétiques,
Marie-Hélène Boucand,
éd. Érès, 19,50 euros

UNE APPROCHE ÉTHIQUE DES MALADIES RARES GÉNÉTIQUES

Ce livre nous ouvre le domaine presque inépuisable et en grande partie inconnu des maladies rares d'origine génétique qui touchent aujourd'hui 2 millions de personnes en France, dont l'auteur, qui est médecin et docteur en philosophie. L'ouvrage nous parle donc de vie et de maladie, d'obstacles, d'errances et de recherches... Il nous conduit, avec l'objectivité de la médecine, l'éclairage des sciences humaines et une compréhension intime, tout près de ceux qui les vivent...



La francophonie dans ses mots,
Tome 2, *Mots à maux*
Bernard Pigearias,
éd. GlYPHE, 18 euros

LA FRANCOPHONIE DANS SES MOTS – TOME 2

Par cette quête des mots au fil des maux, le D^r Bernard Pigearias poursuit la balade sémantique qui nous avait conduits, dans le tome I, autour de la Méditerranée. Mais qu'est-ce que la santé, qu'est-ce que le mal, que sont nos maux qui mettent à mal ce subtil équilibre que nous nommons « bonne santé » ? Comment avons-nous évolué de la médecine des simples aux médecines composées, de l'alchimie à la chimie ? L'auteur nous convie à revisiter la tuberculose, l'asthme, ou encore l'obésité. Laissons-nous guider, mots à maux....



La médecine de Maïmonide,
Ariel Toledano,
éd. In Press, 19 euros

LA MÉDECINE DE MAÏMONIDE

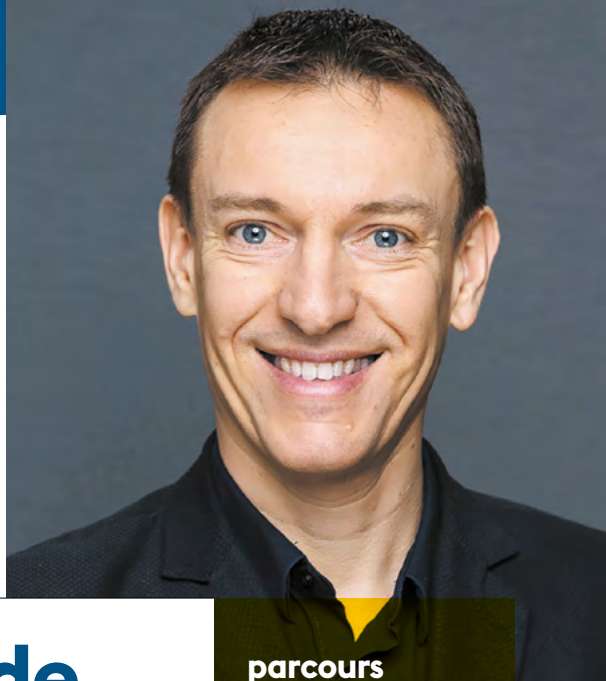
Maïmonide fait partie de ces rares penseurs du Moyen Âge à avoir franchi les siècles en laissant une œuvre encore très actuelle. Les écrits médicaux de ce philosophe, talmudiste et médecin, puisent dans les sagesses juive, grecque et arabe. Son sens de l'observation, son intérêt pour la clinique, son besoin permanent d'associer expérience pratique et savoir théorique, sa vision de la prévention font de ce grand médecin l'un des précurseurs de la médecine moderne. Dans cet ouvrage, le D^r Ariel Toledano nous propose une biographie intellectuelle et médicale de Maïmonide et nous immerge au sein de ses dix traités médicaux qui reflètent son éthique du soin.



Critique de la raison transhumaniste,
Anne Lécu, Brice de Malherbe,
Dominique Folscheid,
Les Éditions du Cerf, 18 euros

CRITIQUE DE LA RAISON TRANSHUMANISTE

Le transhumanisme a pour ambition affichée d'être un humanisme qui se donne le devoir moral d'explorer les voies d'amélioration des capacités physiques et cognitives de l'espèce humaine pour éliminer la souffrance, la maladie, le vieillissement, voire la condition mortelle. Dans bien des cas, la médecine est sollicitée, principalement par le biais de la neurologie et de la génétique. Toute la difficulté tient en ce que la frontière entre les techniques renaturantes (faire entendre les sourds) et dénaturantes (produire de nouveaux records en course à pied) est ténue ! Si l'homme est une machine intelligente que l'on pourrait refaçonner à loisir, le transhumanisme paraît mettre la technique au service des désirs humains. Mais la réalisation de cette utopie est-elle souhaitable ? Telle est la réflexion proposée dans ce livre...



Dr Emmanuel Orhant,

directeur médical de la Fédération française de football et président de l'Association des médecins des clubs de football professionnel

« Être médecin de sportifs de très haut niveau suppose une pression intense »

« J'ai toujours aimé le sport... et voulu faire médecine ! Quand j'ai commencé mes études, j'ai eu la chance de rencontrer le Pr Pierre Rochongar, qui était alors le seul professeur de médecine du sport. J'ai été subjugué par lui. Il m'a donné envie de travailler auprès des grands sportifs. Au cours de mes études, je jouais dans une équipe régionale de football pendant la semaine, et, le week-end, je m'installais sur le banc de touche avec ma sacoche médicale et je soignais les joueurs blessés. À cette époque, la médecine du sport n'était pas une spécialité. Je me suis formé en passant différentes capacités et, quand je me suis installé comme médecin généraliste, j'ai soigné les sportifs de la région. Un parcours tout à fait empirique donc qui, par une série de concours de circonstances, m'a amené à être successivement médecin de l'équipe de France d'aviron, puis médecin du club professionnel de football de Lille et enfin, celui de l'Olympique lyonnais. Il y a un an, le Pr Rochongar est mort. Auparavant, il m'avait recommandé pour le remplacer à la Fédération française de football. La boucle était bouclée. Je ne suis plus assis sur le banc de touche à côté de l'entraîneur mais dans un

bureau avec des missions de gestion et de coordination médicales des équipes de football, professionnel ou amateur. C'est un choix. J'avais besoin de souffler. Être médecin de sportifs de très haut niveau suppose une pression intense. De la part des joueurs, de l'entraîneur, du président du club, de la presse, etc. Notre mission est de prévenir les blessures, de soigner quand elles surviennent et de permettre une récupération qui garantit au joueur de pouvoir jouer à nouveau sans prendre de risques pour sa santé. Avec toujours cette tension entre l'entraîneur qui veut 100 % de ses joueurs sur le terrain et le médecin qui, lui, veille à ce que personne ne se blesse. Mais un médecin du sport, c'est quelqu'un qui aime la compétition. Et chaque victoire est un bonheur ! On partage des moments magiques avec les sportifs, comme aux JO d'Athènes de 2004, où deux rameurs que j'avais accompagnés pendant des années, ont remporté une médaille d'or, ou quand une équipe de football se qualifie pour la Coupe d'Europe. Aujourd'hui, j'ai gardé des liens avec les footballeurs. J'assiste aux entraînements... sans le stress des matchs. J'y retournerai peut-être un jour. Mais ce n'est pas encore d'actualité. »

parcours

1998
Thèse de médecine
(CHU de Tours).

**Entre 1998
et 2006**
Capacité de médecine
et biologie du sport ;
en Nutrition du sport ;
en Traumatologie.

2002-2004
Médecin des équipes
de France d'aviron

2004
Jeux olympique
d'Athènes avec l'équipe
de France d'aviron

2004-2008
Médecin du club de
football de Lille, ligue 1

2008-2017
Médecin de
l'Olympique lyonnais,
ligue 1

**Depuis
mars 2017**
Directeur médical
de la Fédération
française de football.



Pour aller plus loin :

www.conseil-national.medecin.fr