# 

REVUE DE FORMATION SUR LE RISQUE MÉDICAL

## DOSSIER

L'hospitalisation à domicile : un mode de prise en charge encore méconnu



- **VIE PROFESSIONNELLE**
- La prise en charge des victimes en condition d'afflux : gestion des urgences de masse
- **PROTECTION JURIDIQUE** 
  - Information ou publicité, où se situe la frontière ?
- ÉTHIQUE ET SOCIÉTÉ
- La réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives





Le nouveau site macsf-exerciceprofessionnel.fr met toute l'expertise de la MACSF-Le Sou Médical à votre service. A travers des contenus riches et dynamiques, il vous apportera les conseils et informations dont vous avez besoin sur les thèmes de la responsabilité civile professionnelle, du risque médical, de la réglementation ou encore de vos conditions d'exercice. Retrouvez un large choix de formations, de vidéos pédagogiques et d'articles de fond. Suivez l'actualité et les évolutions du monde de la santé grâce à nos newsletters, consultez nos foires aux questions et téléchargez nos livres blancs.



macsf-exerciceprofessionnel.fr

Notre engagement, c'est vous.



## **SOMMAIRE**



L'hospitalisation à domicile : un mode de prise en charge encore méconnu

#### 18/27 VIE PROFESSIONNELLE

18/23

La prise en charge des victimes en condition d'afflux : gestion des urgences de masse

24/27

Comment concilier respect du secret professionnel et efficacité des soins ?

#### 28/30 PROTECTION JURIDIQUE

Information ou publicité, où se situe la frontière ?

#### 31/32 **ÉTHIQUE ET SOCIÉTÉ**

La réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives

## RESPONSABILITÉ

#### REVUE DE FORMATION SUR LE RISOUE MÉDICAL

#### COMITÉ DE PARRAINAGE

#### Pr Georges David

Professeur honoraire de biologie de la reproduction

#### Pr Bernard Guiraud-Chaumeil

Ancien membre du collège de la Haute Autorité de santé

#### Pr Roger Henrion

Membre de l'Académie de médecine

#### Pr Jacques Hureau

Président d'honneur de la Compagnie nationale des experts médicaux

#### M. Pierre Joly

Président de la Fondation pour la recherche médicale

#### **Dr Jacques Pouletty**

Président d'honneur du Sou Médical

#### M. Jerry Sainte-Rose

Avocat général à la Cour de Cassation

#### Pr André Vacheron

Ancien président de l'Académie de médecine, président du Conseil médical du Sou Médical

#### M. Gérard Vincent

Délégué général de la Fédération hospitalière de France

#### CONSEIL <u>DE RÉDACTION</u>

#### **PRÉSIDENT**

#### **Dr Jacques Lucas**

Vice-président du Conseil National de l'Ordre des médecins, délégué général aux systèmes d'information

#### **MEMBRES**

#### Pr René Amalberti

Médecin expert gestion des risques, MACSF

#### Dr François Baumann

Fondateur de la Société de formation thérapeutique du généraliste

#### Pr Dominique Bertrand

Professeur en économie de la santé Université Paris 7 Denis Diderot

#### Me Muriel Bloch-Maurel

Avocat à la Cour

#### Dr Pierre-François Cambon

Chirurgien-dentiste, président d'honneur de MACSF épargne retraite et MACSF financement

#### Pr Anne-Claude Crémieux

Professeur de maladies infectieuses, Hôpital Raymond Poincaré

#### Pr Claudine Esper

Professeur de droit à l'université Paris-V

#### **Pr Brigitte Feuillet**

Professeur à la Faculté de droit et de sciences politiques de Rennes

#### **Dr Pierre-Yves Gallard**

Président d'honneur du Sou Médical

#### Dr Jean-François Gérard-Varet

Président du Sou Médical

#### **Dr Thierry Houselstein**

Directeur médical, MACSF

#### Dr Xavier Laqueille

Président MACSF assurances

#### M. Yves-Henri Leleu

Professeur de droit à l'université de Liège

#### **Dr Catherine Letouzey**

Médecin interniste

#### M. Nicolas Loubry

Responsable du département Protection juridique et du bureau d'études juridiques, MACSF

#### Pr Paul-Michel Mertès

Professeur d'anesthésie réanimation à l'hôpital universitaire de Strasbourg

#### **Pr Guy Nicolas**

Membre de l'Académie de médecine

#### Me Catherine Paley-Vincent

Avocat à la Cour

#### Mme Marguerite Merger-Pélier

Magistrat honoraire, présidente adjointe des CCI, vice-présidente du Comité d'indemnisation des victimes des essais nucléaires français

#### **Pr Fabrice Pierre**

Professeur de gynécologie-obstétrique, CHU de Poitiers

#### Pr Claude Piva

Professeur de médecine légale à l'université de Limoges

#### Mme Suzanne Rameix

Philosophe, département Éthique médicale de l'université Paris-XII

#### Pr Virginie SCOLAN

Professeur de médecine légale et droit de la santé, CHU de Grenoble

#### Pr Claude Sureau

Ancien président de l'Académie de médecine, membre du Comité consultatif national d'éthique

#### Stéphanie Tamburini

Juriste MACSF - Le Sou Médical

#### RÉDACTION

Directeur de la publication

#### Nicolas Gombault

Rédacteur en chef

#### **Germain Decroix**

Assistante de rédaction

#### Sabrina Biendiné

Conception et réalisation Studio PAO MACSF

#### ÉDITEUR

## Revue trimestrielle éditée par MACSF, société d'assurance mutuelle

10, cours du Triangle-de-l'Arche 92919 La Défense Cedex Tél.: 01 71 23 80 80 macsf.fr

Dépôt légal : septembre 2016

ISSN: 2491-4657

Les opinions émises dans les articles publiés dans cette revue n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs.



CRÉDIT ILLUSTRATION COUVERTURE : JIMMY PÉRÉ.



L'hospitalisation à domicile (HAD), qui consiste à prendre en charge une personne par l'intervention d'une équipe soignante pluridisciplinaire au domicile, permet d'éviter une hospitalisation en établissement ou d'en limiter la durée. Malgré le développement qu'elle connaît et les réponses qu'elle peut apporter à la demande de soins actuelle, l'HAD reste encore insuffisamment connue et médiatisée. Le point sur ce secteur en évolution avec Michel CALMON, Directeur Général de la Fondation Santé Service, acteur majeur de l'HAD en Île-de-France.



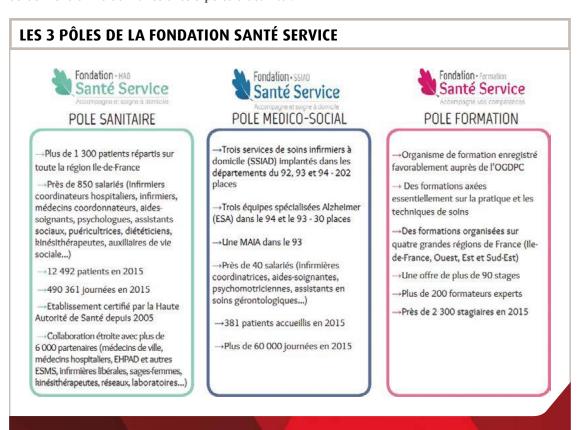


## L'hospitalisation à domicile : un mode de prise en charge encore méconnu

MICHEL CALMON, DIRECTEUR GÉNÉRAL, FONDATION SANTÉ SERVICE

7 Pouvez-vous décrire l'activité de votre Fondation (nombre de salariés, secteur géographique, pathologies prises en charge...) ?

Créée en 1958 à l'initiative de la Ligue nationale contre le Cancer et l'Institut Gustave Roussy, la Fondation Santé Service a été reconnue d'utilité publique en 2014. Elle est aujourd'hui un acteur régional majeur du domicile en Ile-de-France avec 3 pôles d'activité :



Les principales pathologies prises en charge par Santé Service sont les suivantes :

• traitement du cancer : 41 %;

neurologie: 7 %;obstétrique: 5 %;cardio-respiratoire: 5 %;

• maladies nutritionnelles et métaboliques : 4 %.

## **↗** Dans quelles circonstances intervenez-vous le plus souvent ?

Dans le cadre de son activité principale en HAD, la Fondation intervient sur prescription médicale après un séjour hospitalier (95 % des cas), ou directement après une consultation d'un médecin de ville (5 % des prescriptions HAD).

L'HAD concerne des patients atteints de pathologies graves, aigües ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'HAD, seraient pris en charge dans un établissement hospitalier classique. Ces malades nécessitent des soins complexes, formalisés dans un projet thérapeutique comportant des aspects cliniques, psychologiques et sociaux.

Les types de prise en charge assurées en HAD sont fixées par le cadre réglementaire et portent sur :

- la chimiothérapie ;
- les pansements complexes ;
- les soins palliatifs ;
- l'assistance respiratoire ;
- la douleur ;
- la surveillance d'aplasie ;
- la surveillance post-chimiothérapie ;
- le *post-partum* pathologique ;
- la surveillance des grossesses à risques ;
- la nutrition entérale et parentérale ;
- le traitement post-chirurgical;
- la prise en charge du nouveau-né;
- la rééducation orthopédique et neurologique ;
- l'éducation du patient ;
- les traitements intraveineux ;
- la prise en charge psychologique et sociale.

« L'Hospitalisation à Domicile (HAD) joue un rôle important dans la prise en charge de situations complexes de fin de vie à domicile. »

L'établissement dispose de 3 équipes référentes expertes en soins palliatifs, composées d'un médecin, d'une IDE et d'un psychologue. Ces équipes interviennent auprès du patient et des équipes soignantes.

De nombreuses formations sont proposées sur les soins palliatifs, la gestion des symptômes, l'accompagnement du patient et son entourage, la fin de vie.

## ₱ Pouvez-vous nous parler de la mise en œuvre de la loi Claeys-Leonetti au domicile des patients ?

Il est essentiel que nos soignants connaissent bien les dispositions de cette loi et la hiérarchie qu'elle prévoit entre les directives anticipées, le cas échéant, la personne de confiance et la famille. L'infirmière, à domicile, est seule face au patient et à son entourage, et les décisions de sédation sont obligatoirement des décisions collectives. L'un des enjeux de la loi réside donc dans la mise en place d'une procédure collective associant le médecin traitant du patient, le médecin coordonnateur de l'HAD et, le plus souvent, le médecin à l'origine de la prescription d'HAD, en lien avec la famille et les aidants.

Dans ces conditions, une sédation profonde à domicile peut tout à fait être envisagée, sous réserve d'être strictement encadrée. Nos équipes sont habituées à gérer ces situations qui consistent à accompagner la fin de vie d'une personne, et elles interviennent régulièrement dans ce domaine.

₱ Environ 80 % des Français décèdent aujourd'hui à l'hôpital ou en EHPAD. L'un des objectifs de la loi serait de permettre à nouveau aux individus de mourir à domicile. Des sorties d'EHPAD au profit d'une HAD sont-elles possibles ?

■ Environ 80 % des Français décèdent aujourd'hui

■ L'un des permettre à nouveau aux individus

■ L'un des permettres possibles ?

■ L'un des permettres perme

Tout à fait. Non seulement ces sorties sont envisa-

geables, mais il faut rappeler que l'EHPAD est considéré comme le domicile du patient. Les équipes d'HAD interviennent dans le cadre des EHPAD, en collaboration avec les équipes soignantes des EHPAD, précisément afin d'éviter un transfert à l'hôpital.

#### → Avez-vous une place pour les patients en fin de vie ?

L'Hospitalisation à Domicile (HAD) joue un rôle important dans la prise en charge de situations complexes de fin de vie à domicile. L'activité de soins palliatifs concerne en 2015 à Santé Service 1 511 patients pour 2 279 séjours.

En cas de prise en charge lourde, dépassant la compétence de l'EHPAD, celui-ci peut soit transférer le patient à l'hôpital – avec parfois un passage par le service des urgences traumatisant pour les personnes âgées – soit faire appel à l'HAD pour une intervention au sein même de l'EHPAD. Ces interventions se déroulent généralement très bien, moyennant un temps

d'adaptation. Le seul problème est que cette prise en charge HAD en EHPAD est actuellement insuffisamment connue. Un important travail de sensibilisation est effectué sur ce plan par la FNEHAD (Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile) vis-à-vis des établissements médico-sociaux (EHPAD, mais aussi établissements accueillant des personnes handicapées), de manière

à favoriser la mise en place coordination des équipes (définition du rôle et de la d'infirmières libérales, pour un tiers. L'ajustement d'activité peut donc se faire soit en recrutant du personnel supplémentaire, soit en recourant de façon plus importante aux infirmières libérales.

Nous ne rencontrons pas de tension majeure sur ce marché, qu'il s'agisse des infirmières salariées ou libérales.

#### de protocoles et la bonne « La prise en charge HAD en EHPAD est actuellement place de chacun notamment). **insuffisamment connue.** »

**♂** Combien y-a-t-il de SSIAD (services de soins hospitaliers à domicile) en France ? Quelle est leur taille moyenne? Y-a-t-il un agrément

#### → Qui peut faire une demande d'HAD en EHPAD ? Le médecin coordonnateur de l'EHPAD, ainsi que

le médecin traitant qui continue à intervenir.

#### 7 Quelle évolution de l'activité avez-vous constatée au cours des dernières années ?

Tout d'abord, l'activité a fortement augmenté depuis 2013, passant de 1 200 patients/jour à 1 500 patients/jour.

Par ailleurs, on constate une modification de l'éventail des cas traités. Les prises en charge sont en effet de plus en plus complexes, tant sur le plan technique qu'au niveau psycho-social. Le nombre de patients seuls au domicile est également plus important.

Enfin, on observe une modification de la pyramide des âges, avec une augmentation des plus de 75 ans, qui représentent, en 2015, 38 % de l'activité de Santé Service (contre 35 % en 2014).

#### → Avez-vous la capacité de faire face à un surcroît de demandes ? Vous arrive-t-il d'en refuser certaines et avez-vous un potentiel de développement supplémentaire?

Nous pouvons encore nous développer et surtout nous nous adaptons à la demande. Nous ne refusons aucune personne. La Fondation Santé Service est la principale structure française et européenne dans ce domaine. Elle gère actuellement 1 500 lits d'HAD, répartis sur les 8 départements d'Île-de-France, alors que la moyenne nationale est de 30 lits par HAD. Nous sommes donc un peu atypiques mais notre modèle nous permet de nous adapter très facilement aux fluctuations d'activité, de plus en plus fréquentes avec le développement de l'ambulatoire et de l'HAD.

Ce modèle repose sur l'intervention d'infirmières salariées, pour deux tiers de nos interventions, mais aussi

#### nécessaire ? Sur quels critères les autorisations sont-elles données?

On dénombre 2 075 SSIAD en France pour 116 784 places (sources FEHAP/FINESS 2011). La taille moyenne d'un SSIAD est actuellement de 54 places (source FEHAP). La création d'un SSIAD se fait par appel à projet de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Une fois le dossier déposé auprès de la tutelle dans les délais imposés (fenêtres d'autorisation), l'ARS délivre, si la demande répond au cahier des charges annexé à l'appel à projet, une autorisation d'exercice pour une durée de 15 ans.

#### **↗** Quelles différences avec une HAD ?

L'Hospitalisation à Domicile (HAD) dans l'univers sanitaire, et les SSIAD dans celui du médico-social, participent pleinement et de manière complémentaire à cette finalité.

« La ligne de partage est relativement simple à établir puisqu'ont vocation à être admis en HAD, les patients qui nécessitent des soins coordonnés et complexes. À l'inverse, le SSIAD doit prendre en charge des cas plus simples, comportant une moindre charge en soins » (IGAS Rapport n° RM2010-109P).

En matière de soins, le SSIAD réalise exclusivement des soins de nursing alors que l'HAD est réservée à des prises en charge complexes sur le plan médico-psycho-social.

Enfin, sur le plan des prix de journée, l'HAD coûte environ 200 € par jour contre 30 € par jour en SSIAD.

#### Comment se déroule une prise en charge en HAD et en SSIAD sur le plan financier et comment sont facturés ces soins à domicile ?

#### • L'hospitalisation à domicile (HAD)

Les établissements d'HAD facturent leurs prestations à l'Assurance Maladie conformément à la tarification à l'activité qui leur est appliquée depuis 2005,



les tarifs étant fixés chaque année par le ministre de la Santé. Ces tarifs tiennent compte de la nature des soins prodigués (pédiatrie, pansements complexes, soins palliatifs, etc.), de la complexité de la situation clinique, de l'état de dépendance de la personne accueillie (comme pour les GIR (Groupe Iso-ressource) en EHPAD, le niveau de dépendance de la personne est mesuré au travers de l'indice dit de Karnofsky), de la durée de sa prise en charge et de l'évolution de son état de santé au cours du séjour. Ces tarifs peuvent varier de 86 € par jour à plus de 500 € par jour ; le tarif moyen facturé par jour en 2015 était de 200 €.

#### • Le service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

Les frais afférents aux soins à domicile dispensés par les SSIAD sont pris en charge par l'Assurance Maladie dans le cadre d'une dotation globale de soins qui tient compte des charges relatives :

- à la rémunération des salariés du service ;
- aux frais de déplacements de ces personnels ;
- aux charges relatives aux fournitures et au petit matériel médical ;
- aux autres frais généraux du service.

## → Quels sont les principaux avantages d'une hospitalisation à domicile ?

Outre le fait de pouvoir éviter aux patients une hospitalisation en établissement, l'HAD offre un avantage

financier significatif, qui ne doit pas être négligé dans le cadre du plan triennal d'économies sur les dépenses d'Assurance-Maladie (2015-2017). Le coût moyen journalier d'une HAD est de 200  $\mathfrak{C}$ , contre 600  $\mathfrak{C}$  en hôpital de jour, et de 1 500 à 3 000  $\mathfrak{C}$  par jour pour une hospitalisation classique.

Par ailleurs, l'HAD permet de réduire les durées moyennes de séjour dans les établissements hospitaliers, qui peuvent ainsi admettre plus de patients et mieux gérer leurs flux. Certains établissements peuvent également diminuer leurs capacités hospitalières (nombre de lits) dans le cadre de réorganisations ou de plans de retour à l'équilibre, sans toutefois remettre en cause leur activité. Lorsque nous dévelopons un partenariat avec un établissement hospitalier, nous parvenons à des réductions sensibles des durées moyennes de séjour, dans l'intérêt de tous.

Enfin, le risque d'infection nosocomiale est très restreint en HAD par rapport à une hospitalisation classique.

## → Combien de temps dure en moyenne une hospitalisation à domicile?

Cette durée est fonction de la nature et du mode de la prise en charge mais, en moyenne, elle est actuellement de 20 jours en France. Cela étant, certains patients sont pris en charge depuis plusieurs années, dans le cadre de maladies neurodégénératives. Il y a donc une prise en charge de longue durée dans certains cas.

Par ailleurs, une infirmière peut assurer une présence quotidienne pouvant aller de 30 minutes à 2 heures au domicile du patient, selon le type de soins requis. L'HAD doit être comprise comme une véritable hospitalisation. Les soins dispensés sont des soins hospitaliers, c'est-à-dire lourds et complexes, pas uniquement sur le plan clinique, mais aussi sur le plan social et psychologique. La prise en charge en HAD associe ces trois dimensions.

C'est pourquoi nous faisons intervenir des assistantes sociales, qui s'assurent que le domicile du patient est adapté à la prise en charge en HAD: chambre équipée d'un lit médicalisé, présence ou non d'un aidant, à défaut,

d'un(e) auxiliaire de vie. Cette prise en charge sociale est très importante, de même que la prise en charge psychologique, notamment pour certaines pathologies (par exemple soins palliatifs). Nous avons une équipe d'une quinzaine de psychologues qui interviennent lorsque cela est nécessaire. 

"Le coût m'
d'une HAD e 600 € en hour de 1500 € en hour une hour u

« Le coût moyen journalier d'une HAD est de 200 €, contre 600 € en hôpital de jour, et de 1500 à 3000 € par jour pour une hospitalisation

hospitalisé à domicile. On dit communément qu'il est le pivot de la prise en charge en HAD. L'HAD ne peut se réaliser sans son accord.

Pendant toute la durée de l'HAD, il réévalue le projet thérapeutique avec l'équipe soignante, en regard de l'état de santé du patient, et adapte les prescriptions en fonction de son évolution, si besoin en lien avec le médecin coordonnateur et/ou avec le service hospitalier où le patient a été hospitalisé.

#### Pourriez-vous nous en dire davantage sur le médecin coordonnateur de l'HAD?

La prise en charge médicale d'un patient en HAD repose sur un triptyque médical : le médecin traitant, systématiquement informé et associé à la prise en charge, le médecin prescripteur de l'HAD (hospitalier le plus souvent) et le médecin coordonnateur de l'HAD, qui

est salarié de l'HAD, à temps plein ou à temps partiel (certains continuant de travailler à l'hôpital). La Fondation Santé Service compte 16 médecins coordonnateurs, répartis entre 3 pôles géographiques : le pôle Est (basé à Montreuil), le pôle Sud (basé à Chevilly-Larue) et le pôle Ouest (basé à Cergy-Pontoise).

## Qui décide du caractère nécessaire ou non de ces interventions ?

Au moment de l'admission du patient en HAD, un projet thérapeutique est défini en lien avec les infirmières de coordination, qui disposent d'un bureau dans chacun des principaux établissements hospitaliers prescripteurs d'HAD. Lorsqu'un médecin hospitalier estime qu'un patient relève d'une prise en charge en HAD, il se met en relation avec l'infirmière coordinatrice, qui se déplace au chevet du patient encore hospitalisé pour recueillir toutes les informations nécessaires sur le domicile et la mobilisation des aides possibles. En cas de doute, l'assistance sociale se déplace au domicile du patient pour confirmer que la prise en charge est possible. L'infirmière coordinatrice élabore ensuite un projet thérapeutique en lien avec le médecin coordonnateur de l'HAD pour organiser la prise en charge du patient et de ses besoins, avant même qu'il ne quitte l'hôpital.

## **7 Quelles sont vos relations avec les médecins traitants ?** Qu'il soit ou non prescripteur, le médecin traitant

Qu'il soit ou non prescripteur, le médecin traitant a un rôle central dans la prise en charge d'un patient Ces trois pôles constituent le centre névralgique des équipes soignantes. L'organisation de la prise en charge est faite au sein des hôpitaux avec les infirmières coordinatrices. Sont ensuite mobilisés pour la prise en charge en elle-même : des infirmières, des aides-soignantes, des kinésithérapeutes, des sages-femmes, des psychologues, des assistantes sociales, regroupés au sein des pôles précités où sont également basés les médecins coordonnateurs d'HAD.

Comme son nom l'indique, ce médecin coordonne la prise en charge, en lien avec le médecin hospitalier, le médecin traitant et les équipes soignantes.

#### → Quelle est la répartition du travail entre les différents intervenants, notamment IDE/AS ?

La Fondation Santé Service emploie 300 infirmiers (IDE) et 220 aides-soignants (AS). Cependant, en temps passé auprès des patients, les AS passent plus de temps au chevet du patient. Une IDE peut ainsi avoir entre 8 à 10 patients par tournée contre 5 pour les AS. Il peut y avoir des binômes infirmier/aidesoignant mais c'est rare. Généralement

■ ■ les aides-soignants interviennent à un moment différent, pour la toilette. Pour les repas, ce sont surtout les auxiliaires de vie qui interviennent. Les procédures sont très sécurisées.

#### Organisez-vous des formations en interne lors du recrutement de votre personnel?

Oui. L'exercice infirmier en HAD est foncièrement différent de celui en établissement. L'IDE part seule à la rencontre du patient, de la famille, des aidants, il lui faut une certaine maturité. Nous recrutons donc des infirmières ayant un minimum d'ancienneté

et d'expérience. Puis nous assurons une forme de compagnonnage et des réunions régulières sous la coordination d'un cadre de santé, avec l'ensemble des équipes, pour que le personnel soit pleinement opérationnel. L'effort de formation est à hauteur de 3 % de la masse salariale, car c'est un élément majeur dans la qualité

de la prise en charge en HAD.

le médecin traitant a un rôle central dans la prise en charge d'un patient hospitalisé à domicile. On dit communément qu'il est le pivot de la prise en charge en HAD. »

« Qu'il soit ou non prescripteur,

la nôtre et disposant de moindres moyens, il peut être plus complexe et plus coûteux de maintenir cette continuité des soins, mais c'est une obligation réglementaire. Le fonctionnement de l'HAD est régi par un décret (cf références) qui prévoit notamment cette continuité des soins.

## → Comment est organisée la circulation de l'information au sein de l'équipe de soins ?

La circulation de l'information au sein de l'équipe de soins se fait essentiellement par :

• l'organisation de réunions hebdomadaires entre

les professionnels de santé;

- la transmission d'informations ciblées et institutionnelles par la voie du logiciel métier SANOHAD;
- le dossier de soins papier au chevet du patient à son domicile.

#### **7**0ù le dossier du patient est-il stocké ? nt prises pour préserver

## Quelles précautions sont prises pour préserver la confidentialité des données ?

Le dossier patient est au domicile pour permettre un accès et une continuité des soins à tous les intervenants, qui ont obligation de faire mention de leurs actes. La confidentialité au domicile est à l'appréciation du patient et de son environnement.

Pour le dossier informatisé, chaque professionnel dispose d'un code d'accès avec limitation de lecture ou d'écriture suivant son métier.

## avec les assistantes sociales et les auxiliaires de vie di (aides ménagères) ? ou

Nous disposons d'un organisme, Santé service formation, qui organise des formations pour les personnels

de la fondation Santé Service, mais qui est également

**↗** Comment la relation s'établit-elle et s'organise-t-elle

ouvert aux personnels des autres HAD et SSIAD.

Nous nous appuyons sur des partenariats et des réseaux. L'assistante sociale est chargée d'organiser cette prise en charge et peut ainsi mobiliser une auxiliaire de vie qui viendra faire le ménage et livrer les repas. L'HAD ne se limite pas à la dispensation de soins mais assure également ce rôle de coordination entre différents intervenants.

#### → Comment sont gérées les plages horaires des équipes ? Y a-t-il un système de garde et/ou d'astreinte, et votre numéro unique est-il joignable en permanence ?

Oui, les médecins traitants peuvent appeler ce numéro à tout moment. Nous avons un médecin d'astreinte, 24 h/24, 365 jours par an, qui, en pratique, est sollicité plutôt la nuit et le week-end. Nous avons également un cadre de santé, un cadre administratif et un informaticien d'astreinte. Notre structure fonctionne comme un hôpital. Pour d'autres structures, plus petites que

#### Quel est le circuit des prescriptions médicales et de leurs modifications ?

Les prescriptions concernant les patients viennent de plusieurs sources (médecins traitants, hospitaliers...). Elles sont transmises en temps réel par MOBIDOM, une application accessible sur chaque smartphone soignant permettant de photographier les ordonnances et de les envoyer directement à la Pharmacie à Usage Interne (PUI).

Pour chaque patient :

- les prescriptions sont centralisées et conciliées à la pharmacie par un pharmacien de Santé Service;
- les médicaments sont préparés et vérifiés puis livrés chez le patient ;
- l'administration se fait par une infirmière (ou le patient) selon l'ordonnance ;
- la traçabilité de l'administration est réalisée par les IDE dans le dossier du domicile.

Si une modification est nécessaire, le médecin coordonnateur contacte le prescripteur. Une nouvelle ordonnance est alors établie et transmise selon le même process. L'infirmière et/ou le médecin coordonnateur appelle(nt) le patient pour l'informer des modifications et en vérifier la bonne compréhension.

En cas d'urgence, le médecin coordonnateur peut être amené à faire une prescription. Il en informe alors le patient et son entourage et, dès que possible, le médecin

#### Comment est organisé l'approvisionnement en médicaments?

Il existe deux modèles d'organisation à cet égard. Certaines structures d'HAD, comme la nôtre, ont une Pharmacie à Usage Interne (PUI), tandis que d'autres font appel aux pharmacies d'officine. Notre pharmacie, basée à Villeneuve-la-Garenne, entièrement rénovée il y a un an, semi-automatisée, prépare quotidiennement tous les colis de médicaments et dispositifs médicaux (800 par jour environ), envoyés et distribués dans les huit départements d'Île-de-France. Les colis sont acheminés au domicile des patients par deux sociétés spécialisées dans le transport des produits médicaux, auxquelles nous faisons appel et qui viennent retirer les colis auprès de notre pharmacie.

Nous pouvons également faire installer des lits médicalisés, ou des équipements spécifiques (as-

« L'exercice infirmier en HAD

est foncièrement différent

de celui en établissement.

du patient, de la famille,

des aidants. »

L'IDE part seule à la rencontre

sistance respiratoire) selon les besoins des patients, par des sociétés spécialisées dans ce domaine.

#### • En amont, pour l'approvisionnement en médicament de la PUI La pharmacie à usage intérieur

de la Fondation dispose d'un

logiciel de gestion de stock : CLINWIN.

Des seuils minima sont fixés au préalable afin de déclencher des propositions de commandes automatiques. Chaque proposition de commande automatique effectuée est contrôlée et éventuellement modifiée par le pharmacien.

La prochaine étape, dont le travail est en cours, consiste à travailler sur la rationalisation du volet logistique de nos commandes afin d'optimiser la qualité de travail de notre service réception et de contribuer au développement durable en évitant des livraisons de commandes journalières.

#### • En aval, pour l'approvisionnement des patients

- Envoi par l'infirmière ou l'infirmière coordinatrice de l'hôpital (ICH) de l'ordonnance du patient à la pharmacie directement par MOBIDOM (qui permet de photographier l'ordonnance et de l'envoyer directement via un Smartphone auprès de la pharmacie).
- Validation et analyse de l'ordonnance par les pharmaciens au regard de son dossier de soin, de ses analyses médicales (conciliation pharmaceutique).
- Saisie informatique de l'ordonnance par les préparateurs.
- Envoi du carton sur le convoyeur et préparation du colis.
- Double contrôle du colis effectué par le pharmacien.
- Expédition du colis chez le patient via transporteur.

#### ➢ Avez-vous la possibilité d'effectuer des livraisons en urgence?

Oui. Notre organisation est basée sur un système de tournées régulières, adaptées aux différents types de traitement. Par exemple, les chimiothérapies qui doivent être prises le matin sont préparées la veille et livrées très tôt au domicile du patient, dès 6 heures du matin, pour tenir compte des contraintes de circulation en Île-de-France.

> Nous avons également la possibilité de faire délivrer ponctuellement des colis en urgence par des véhicules dédiés.

Des protocoles pour rédigés ? Pour quels soins par exemple?

Les soins spécifiques font tous l'objet de protocoles répondant non seulement aux décrets professionnels d'actes (pour les IDE, les AS, les kinésithérapeutes), mais aussi aux références de bonnes pratiques (chimiothérapie) et aux protocoles des médecins hospitaliers prescripteurs (pansements complexes, antibiothérapie) pour qui nous nous devons de continuer la prise en charge souhaitée.

Quelques exemples : drainage pleural, administration chimiothérapie, prise en charge d'un patient en rééducation, surveillance d'un cathéter-péri-nerveux, administration du MEOPA (Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote).

les soins courants ont-ils été

#### ■ ■ 7 Intervenez-vous en post-opératoire ?

Oui. Nous intervenons beaucoup en post-chirurgical, notamment en rééducation orthopédique, par le biais d'une équipe de kinésithérapeutes se déplaçant au domicile des patients. Nous avons également développé des prises en charge en télémédecine dans ce domaine : nous disposons d'un médecin salarié en rééducation fonctionnelle, qui peut dispenser des téléconsultations pendant qu'un kinésithérapeute se trouve au domicile du patient et qu'une caméra permet au médecin de visualiser le patient, d'examiner ses mouvements, ses déplacements, ses cicatrices, etc.

#### **↗** Comment s'articulent prise en charge en HAD et ambulatoire?

L'HAD entre dans le cadre de l'ambulatoire puisqu'elle consiste en une prise en charge complète qui relève de l'hôpital mais qui se fait au domicile des patients.

Il existe une gradation des soins en ambulatoire, allant du moins complexe au plus complexe. L'HAD concerne des soins hospitaliers, c'est-à-dire complexes. Les soins un peu moins complexes peuvent être pris en charge dans le cadre d'un SSIAD (Service de soins infirmiers à domicile), et les cas les moins lourds par une infirmière libérale (prélèvement, prise de sang). Parfois la difficulté réside dans l'articulation de ces différents « niveaux », car il n'est pas toujours facile de déteminer de quel type de prise en

charge relève le patient.

#### **↗** Les sages-femmes interviennent-elles en suite de couche ou dans le cadre d'un accouchement prématuré imminent ?

Elles interviennent à la fois en ante-parà l'exception, depuis

le 1er avril 2015, des sorties de couche précoces, qui ne sont pas suffisamment complexes pour relever de l'HAD et relèvent désormais du programme PRADO (Programme d'accompagnement de retour au domicile) mis en place par l'Assurance Maladie. Ce suivi est donc maintenant assuré par une sagefemme libérale hors HAD. L'HAD se concentre sur les grossesses et les post-partum pathologiques.

Typiquement en obstétrique, nous intervenons à la fois avec des effecteurs salariés et libéraux (réseau de sages-femmes libérales).

#### 7 La chimiothérapie constitue-t-elle un nouveau domaine de prise en charge à domicile ?

Oui. Nous constatons un fort développement dans ce domaine et considérons que d'ici quelques années, plus de 50 % des chimiothérapies pourront être réalisées à domicile. Cela concerne essentiellement les chimiothérapies orales et sous-cutanées. Ce type de prise en charge permet de limiter la fatigue du patient, qui n'a pas à se rendre en hôpital de jour pour effectuer sa cure. La Fondation Santé Service est du reste spécialiste dans ce domaine, puisqu'elle a été créée en 1958 par l'Institut Gustave Roussy et l'Institut Curie, avec cette vocation spécifique dans le domaine cancérologique.

Ce type de prise en charge nécessite des précautions particulières. Notre pharmacie comporte une unité de reconstitution de cytostatiques avec deux isolateurs qui fabriquent les chimiothérapies qui sont livrées au domicile des patients.

#### Quelles sont les mesures prises pour la gestion des déchets liés aux soins?

Santé Service procède, via une filière dédiée, à la destruction par incinération de tout déchet lié aux soins.

Avant l'admission d'un patient, l'infirmière coordinatrice procède à l'évaluation de ses besoins en termes de collecte de déchets de soins.

> Ainsi, dès le début de la prise en charge, en même temps que les dispositifs médicaux et les médicaments, un kit de collecte (constitué d'un collecteur jaune à aiguilles, de sacs jaunes et de caisses cartons plastifiés jaunes) est livré au domicile de chaque patient.

Les cartons sont ensuite

« Les prescriptions médicales sont transmises en temps réel par MOBIDOM, une application accessible sur chaque smartphone soignant permettant de photographier les ordonnances et de les envoyer directement à la Pharmacie à Usage tum et en post-partum, Interne (PUI). »

> remplis par les soignants au fur et à mesure de l'activité de soin.

> Ces cartons sont enlevés chez les patients par un prestataire spécialisé à la demande du soignant ou suivant une périodicité prédéfinie tout au long et à la fin de la prise en charge.

> La traçabilité de chaque carton est assurée par un système de code-barres qui garantit son suivi, depuis sa fermeture jusqu'à sa destruction dans un incinérateur spécifiquement dédié aux « déchets dangereux ».

#### 7 Un bilan de la situation du patient est-il régulièrement réalisé ? À quelle fréquence ?

Un bilan est fait par la coordination infirmière toutes les semaines, mais aussi lors des consultations avec les médecins adresseurs afin de réévaluer la prise en charge.

**↗** Une HAD peut-elle être envisagée à la place d'une hospitalisation pour une personne dont l'état se dégrade à domicile ?

Oui. Le médecin traitant peut

également prescrire une HAD, l'idée étant que l'hôpital se déplace au domicile du patient plutôt que l'inverse, si la pathologie et les conditions de prise en charge du patient le permettent. Le médecin traitant peut tout

à fait faire une demande d'HAD, par exemple pour en post-chirurgical, notamment organiser des soins palliatifs à domicile et éviter ainsi un transfert injustifié à l'hôpital.

#### **₹**Existe-t-il des contentions pour les patients à domicile ? Qui les prescrit, comment sont-elles réévaluées ?

La contention n'est pas exclue à domicile. Si elle

est nécessaire, elle est toujours prescrite par un médecin.



« Nous intervenons beaucoup

en rééducation orthopédique,

kinésithérapeutes se déplaçant

au domicile des patients. Nous

avons également développé des

prises en charge en télémédecine

dans ce domaine. »

par le biais d'une équipe de

#### ■ ■ **7** En cas d'urgence à domicile (par exemple une fausse route, une allergie à un médicament), quelles sont les consignes?

La consigne est d'appeler le SAMU, de tracer immédiatement dans le dossier et de rendre compte sur le secteur au cadre et au médecin coordonnateur.

#### → Les patients bénéficient-ils de conseils pour leur suivi ? Quelle place ont-ils dans leur prise en charge et quelle est la place des accompagnants?

Un accompagnement social personnalisé est proposé au patient et à l'aidant afin d'analyser leurs situations précédentes, actuelles, et même à venir, de les informer sur leurs droits, de les conseiller, et d'envisager un plan d'aide.

Afin de bénéficier des meilleurs conseils et d'un suivi personnalisé, les assistantes sociales de Santé Service réalisent des entretiens à domicile afin de se renseigner auprès du patient et des aidants sur la vie quoti-

dienne (ménage, courses, repas, aide à la personne, téléassistance...), l'adaptation ou le changement de répit, le déséquilibre budgétaire engendré par la maladie, les dépenses, les nouveaux besoins, les changements de vie familiale et amicale, la vulnéde la dépendance, la protection des personnes...

« Le médecin traitant peut également prescrire une HAD, de logement, les souhaits **l'idée étant que l'hôpital** se déplace au domicile du patient plutôt que l'inverse, si la pathologie et les conditions de prise en charge du patient rabilité, la prise en charge le permettent. »

Après évaluation du contexte socio-familial, elles proposent un plan d'actions adapté, coordonné avec les services ville-hôpital (mairie, CCAS, Conseil Départemental, MDPH, CAF, CLIC, CRAMIF, CPAM, CNAV, PMI, Aide Sociale à l'Enfance, MAIA, réseaux, associations...).

Le patient reste acteur de sa prise en charge. C'est le service social de Santé Service qui s'adapte, en fonction des souhaits de la personne à aider, et de ses capacités physiques et cognitives.

Apporter des informations suffit parfois à débloquer des situations pour des patients confrontés aux imbroglios administratifs. Par exemple:

• se renseigner sur les prestations proposées par la mutuelle, la prévoyance, les assurances;

- expliquer la différence entre le gré à gré, le service mandataire et le service prestataire d'aide à domicile pour l'emploi d'une tierce personne ;
- expliquer les avantages de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), rassurer sur le fait qu'il n'y a pas de récupération sur héritage ni d'obligation alimentaire, convaincre de remplir le dossier;
- planifier et organiser l'aide familiale et professionnelle pour la vie quotidienne, informer sur les prestations sociales:
- aider à la décision relative au choix de résidence, au projet de vie : logement privé, hébergement familial, résidence autonomie, EHPAD, FAM, MAS, services : HAD, SSIAD, AVS, SAMSAH...

C'est toute la cellule familiale qui bénéficie, si elle le souhaite, d'un accompagnement psycho-social. Le lien de confiance se crée dans l'intimité du domicile. Les aidants familiaux doivent pouvoir être écoutés et aidés. Ils n'ont pas toujours une demande précise,

> mais l'observation du quotidien permet d'identifier certains besoins.

> À Santé Service, un groupe de travail pluridisciplinaire a créé un questionnaire de repérage de l'épuisement de l'aidant (testé lors d'une enquête en 2012), ainsi qu'une plaquette d'information pour l'aidant. Il a également réfléchi à la

mise en place d'actions de soutien (répit, bien-être, partage d'expériences...) financées par les services publics, les porteurs de projets d'aide aux aidants et la Fondation Santé Service.

En cas de détection d'un risque au domicile (habitat inadapté au handicap, problèmes d'hygiène, prise en charge insuffisante par rapport aux besoins, privation de soins ou d'aliments, maltraitance de la part de l'entourage...), quelles sont les actions entreprises?

Chaque situation est analysée selon des principes médico-sociaux, éthiques et juridiques.

#### • Mesure du bénéfice/risque

Où met-on le curseur ? Quel est l'intérêt du patient ? Si le maintien à domicile devient impossible, quelles sont les solutions alternatives ? Avantages et inconvénients de ces solutions/risques pour le patient.

#### • Besoins recensés du patient et de l'aidant

Comment améliorer la situation ? Quelles sont les ressources internes et externes ? Quels sont les partenaires possibles dans ce contexte? Quels outils?

#### • Habitudes de vie et souhaits du patient et de son entourage

Consentement éclairé, volonté du patient à respecter, dignité à préserver.

#### Responsabilité

Qui est responsable et de quoi ? Si un patient refuse de s'alimenter, quelle est la responsabilité du soignant? Et si le patient est sous tutelle? Comment

réagir face à un refus de dans le dossier de soins? Qui faut-il alerter ? Il de terrain à comprendre la situation, à éviter les jugements et à prendre en compte tous les aspects (médicaux, sociaux, juridiques), dans l'intérêt du

soins? Que faut-il tracer **« Un accompagnement social** personnalisé est proposé s'agit d'aider les équipes au patient et à l'aidant afin d'analyser leurs situations précédentes, actuelles, et même à venir, de les informer sur leurs droits, de les conseiller, et d'envisager un plan d'aide. »

Lorsque la situation est complexe, l'atout de l'HAD est de réaliser une évaluation multidimensionnelle grâce au regard croisé de l'équipe pluridisciplinaire (médico-psycho-sociale en interne et coordonnée avec les partenaires experts). C'est ainsi que peuvent se résoudre des problématiques de soins, familiales, sociales et environnementales.

La coordination et la concertation sont nécessaires pour dégager des objectifs de travail. La synergie entre équipes de terrain et acteurs sanitaires et sociaux de proximité est sans conteste un gage de réussite pour un maintien à domicile, même si les conditions de départ sont défavorables.

Par exemple, les maltraitances de la part de l'entourage cessent très souvent après une meilleure compréhension du contexte environnemental suivie d'une médiation de l'équipe HAD et de la mise en place d'aides complémentaires. Il arrive cependant que des situations préoccupantes soient signalées aux services compétents (conseil départemental ou procureur de la République). Une hospitalisation en urgence est alors nécessaire pour protéger la personne. Le maintien à domicile a des limites

qu'il faut bien appréhender pour que l'offre médicosociale apportée par notre Fondation soit efficace et adaptée.

#### Quelle place pour les nouvelles technologies dans votre activité ? Envisagez-vous, par exemple, d'utiliser des capteurs connectés ?

Les salariés itinérants ont été entièrement rééquipés en outils de mobilité en 2015. Non seulement de nouveaux PC portables leur ont été fournis, mais des smartphones sont venus remplacer les anciens téléphones portables.

C'est grâce à ces nouveaux outils informatiques

que Santé Service a mis en place un applicatif (MOBIDOM) permettant aux soignants de photographier et d'envoyer directement, via leur smartphone, l'ensemble des ordonnances du patient à la pharmacie à usage interne de la Fondation. Ce projet de dématérialisation des ordonnances a facilité le transfert et la

traçabilité des prescriptions pour un traitement plus rapide auprès de la pharmacie.

Enfin, le logiciel GeoSoin, première brique du logiciel métier SIDOM, a également été mis en place en 2015. Il permet de gérer les tournées et les plannings des personnels soignants. Des mises au point ont été réalisées au premier semestre 2016. Une nouvelle version permettra de faciliter le travail des cadres et d'optimiser les temps de déplacements.

Par ailleurs, en 2012, une réflexion a été engagée au sein de l'établissement pour permettre à des patients en sortie de chirurgie orthopédique de bénéficier d'un retour précoce à domicile associé à de la télémédecine (avec téléconsultation, téléexpertise et télésurveillance).

L'ARS Île-de-France, dans le cadre de son programme régional de télémédecine, a sélectionné le projet de la Fondation et à ce titre, Santé Service a reçu un financement à hauteur de 550 000 €.

À ce jour, 220 patients ont bénéficié de cette prise en charge à distance.

■ ■ Dans le cadre du nouveau projet stratégique de la Fondation et plus particulièrement de la création d'un Institut de la Recherche et de l'Innova-

tion, Santé Service pourra être amenée à servir de pour des matériels industriels (objets connectés) une démarche de "living lab".

→ Quelles seraient, selon vous, les réformes qui pourraient améliorer la prise en charge des patients à domicile ?

« La synergie entre équipes terrain d'expérimentation de terrain et acteurs sanitaires et sociaux de proximité est sans et s'inscrire ainsi dans conteste un gage de réussite pour un maintien à domicile. »

Il conviendrait de favoriser la participation des médecins libéraux à la prescription des patients en HAD, en majorant les tarifs de visite à domicile pour une prise en charge en HAD.



Il faut également améliorer le modèle tarifaire de l'HAD en valorisant davantage les missions de coordination, de prise en charge de la continuité des soins, de la précarité et de l'isolement géographique. Certains modes de prise en charge, tels que la pédiatrie et l'éducation thérapeutique, doivent être mieux rémunérés, de manière à ne pas être structurellement déficitaires.

Il serait également judicieux d'autoriser la possibilité de prise en charge en HAD à l'issue de certains séjours en chirurgie ambulatoire, ce qui permettrait d'augmenter à la fois le taux de chirurgie ambulatoire et le recours à l'HAD. ■

## Je suis médecin libéral ou médecin hospitalier d'une petite structure : comment puis-je obtenir les informations nécessaires pour une éventuelle demande d'HAD pour un patient ?

Nous disposons, pour notre part, d'un numéro unique, par le biais duquel les médecins peuvent nous joindre. Nous les orientons ensuite en fonction de leur demande. Les prescriptions d'HAD par les médecins libéraux restent cependant limitées, du fait d'une méconnaissance de ce mode de prise en charge. La FNEHAD mène des actions pour que l'HAD soit enseignée dans les facultés de médecine. Nous avons proposé que tous les internes en stage chez un praticien puissent au moins suivre un module de découverte de l'HAD.

Par ailleurs, nous nous heurtons à un problème de démographie médicale et de déficit de médecins libéraux dans certaines zones, ou qui se déplacent de moins en moins au domicile des patients selon leur situation géographique.

#### **POUR ALLER PLUS LOIN**

- Textes de référence :
- objet de l'HAD : article R. 6121-4 du Code de la Santé Publique (modifié par décret du 31 mars 2010) ;
- fonctionnement et conditions d'admission : articles D. 6124-306 à D. 6124-311 du CSP ;
- arrêté du 16 mars 2007 fixant les conditions de prise en charge en HAD des résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées.
- Site internet de la Fondation Santé Service : http://www.fondation-santeservice.fr/
- Regards croisés sur l'hospitalisation à domicile : découvrir les témoignages de patients et de soignants sur le site internet de la FNEHAD (http://www.fnehad.fr/).

## > Vie professionnelle

Les attentats qui ont frappé la France en 2015 et 2016 ont relancé la question de la prise en charge des victimes en cas de catastrophe et de situations extrêmes. Comment s'effectue le tri des blessés? Comment s'organisent les secours et les établissements de soins accueillant ces victimes ? Quelles sont les principales difficultés rencontrées ? Comment ont été gérées les victimes des attentats du 13 novembre dernier et qu'en est-il ressorti ? Le point avec le Professeur Guillaume de Saint Maurice, chef de la fédération anesthésie réanimation brûlés bloc opératoire de l'hôpital d'instruction des armées de Percy à Clamart.



## La prise en charge des victimes en condition d'afflux : gestion des urgences de masse

**« GLOBALEMENT, LORS DES ATTENTATS** 

OU MILITAIRES, ONT RÉAGI DE LA MÊME

RÉPONSE ORGANISÉE QUASIMENT

À L'IDENTIQUE, PRÉSENTANT BIEN

**SOUVENT DES QUALITÉS ET DES DÉFAUTS** 

**DU 13 NOVEMBRE 2015, TOUS** 

MANIÈRE ET ONT APPORTÉ UNE

SIMILAIRES. »

LES HÔPITAUX, FUSSENT-ILS CIVILS

GUILLAUME DE SAINT MAURICE, MÉDECIN CHEF, HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES DE PERCY (CLAMART)

#### Plan blanc, plan rouge, Vigipirate... Pouvez-vous nous expliquer quelle est l'organisation prévue en France en cas de catastrophe provoquant une grande masse de blessés?

Ces situations relèvent du plan ORSAN, qui traite de l'organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles. Ce plan, correspondant au volet sanitaire du plan ORSEC (Organisation des secours), comprend lui-même plusieurs niveaux :

- ORSAN AMAVI (accidents multiples victimes);
- ORSAN CLIM (prise en charge des victimes à la suite d'un événement climatique);
- ORSAN EPI-VAC (gestion d'une épidémie);
- ORSAN BIO (prise en charge d'un risque biologique) et ORSAN NRC (prise en charge d'un risque nucléaire, radiologique ou chimique).

Ces plans, qui s'inscrivent dans des cadres et des chronologies très différents, sont établis par zones de défense par les Agences Régionales de Santé (ARS). Ils permettent d'organiser les renforts à apporter dans la ou les zones concernées, ainsi qu'entre les zones si nécessaire.

Ils ont pour objectif d'allouer des moyens et d'organiser la réponse à une situation

de crise. Par exemple, lors des attentats de Paris et de St-Denis du 13 novembre 2015. ces mesures se sont traduites par l'activation du plan Rouge ALPHA de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris (BSPP) pour la prise en charge des victimes d'actions ter-

roristes multi-sites et par l'activation inédite d'un plan de renforcement interrégional, qui a permis de mobiliser des équipes, des hélicoptères et des véhicules SMUR, en provenance d'Orléans, de Lille, de Nantes, de Metz

et de Nancy pour venir renforcer la région parisienne, ainsi que l'a présenté le directeur du SAMU de Paris le 18 novembre 2015.

L'idée est soit de renforcer les moyens d'une zone, soit de déplacer des patients pour faciliter leur prise en charge lorsque leur état le permet (urgence relative), pour soulager les établissements hospitaliers de la zone principalement impactée.

Des plans de transfert d'équipes et de patients ont ainsi été établis. Ils ont été repris après les attentats du 13 novembre.

## Les hôpitaux militaires sont-ils

Ces plans sont définis et organisés en amont sous la responsabilité des ARS de zone. Il revient ensuite à chaque établissement de mettre en place son plan « blanc », plus

> exactement appelé plan NOVI (nombreuses victimes).

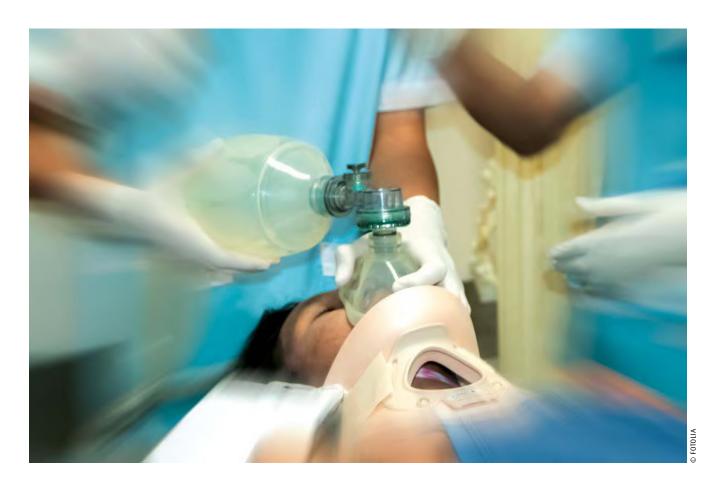
> Les hôpitaux militaires, en tant qu'hôpitaux publics, participent évidemment à la réponse apportée dans ces situations de crise. Ils présentent la par-

ticularité que leurs praticiens ont une expérience un peu spécifique en ayant souvent participé à des opérations extérieures (Opex). Cette stratégie de prise en charge des militaires blessés est la raison d'être du service de santé des armées (SSA).

Mais globalement, lors des attentats du 13 novembre 2015, tous les hôpitaux, fussent-ils civils ou militaires, ont réagi de la même manière et ont apporté une réponse organisée quasiment à l'identique, présentant bien souvent des qualités et des défauts similaires.

**VOLUME 16 / Nº 63 / SEPTEMBRE 2016** 





#### Quels sont les événements pouvant conduire à la prise en charge d'une telle masse de blessés ?

Le plan NOVI, dont sont dotés tous les hôpitaux, a toujours été soigneusement rédigé et fait partie des éléments de certification des établissements. Tout le monde y a travaillé, mais de façon peut-être un peu trop scolaire et théorique car, en situation et en pratique, ces plans ont montré leurs limites. Aussi ont-ils tous été revus et fait l'objet d'une nouvelle simulation après les attentats de novembre.

Ces plans sont censés couvrir n'importe quelle situation d'afflux de blessés : accident technologique (explosion de l'usine AZF de Toulouse), accident lié à un mouvement de foule (effondrement des tribunes du stade de Furiani), actes de terrorisme, etc.

Ils font l'objet de simulations. Une simulation d'attentat multi-sites avait d'ailleurs eu lieu le matin même du 13 novembre 2015 pour les services de secours, piloté par le SAMU et la BSPP. Pour sa part, l'hôpital Percy a eu à gérer au cours de la décennie écoulée quelques afflux de blessés militaires en provenance d'Afghanistan, de Côte d'Ivoire ou du Kosovo, mais dans une configuration et des circonstances assez différentes. Pris en charge sur le terrain après une action de guerre, cet afflux de blessés, saturant pour les structures hospitalières de l'avant, est évacué par avion. Le délai permet la montée en puissance de l'hôpital de métropole pour organiser leur accueil.

#### → Avez-vous déjà été vous-même confronté à gérer une opération de ce type ?

Oui, cela m'est arrivé en Opex, dans des circonstances où la structure de soins nécessairement très restreinte (deux chirurgiens et un anesthésiste-réanimateur) est donc rapidement saturable. Tous les médecins militaires se sont retrouvés, à un moment ou à un autre, dans des situations d'afflux qui les obligent à s'organiser autrement. De ce fait, nous avons des principes partagés

pour prendre en charge ce genre de situations, même si elles n'ont rien de comparable avec l'ampleur des attentats de novembre dernier. Ces principes sont appris, simulés, pratiqués et enseignés dans le cadre du parcours de formation des médecins et paramédicaux militaires à l'École du Val de Grâce à Paris.

#### Qu'est-il prévu en cas de conflit sur un bateau ou à bord d'un sous-marin par exemple ?

Les moyens sont nécessairement très réduits et donc rapidement saturés. Les médecins militaires expérimentent ces situations à des positions différentes (médecin généraliste de marine, de l'armée de l'air, de l'armée de terre ou de gendarmerie, médecin hospitalier dans de petites structures pratiquant la chirurgie de guerre). Ces médecins sont formés aux situations d'afflux saturant auxquelles ils peuvent se trouver confrontés en Opex. De la sorte, les principes du "damage control", du triage, sont connus de tous.

## Vie professionnelle

#### ■ ■ 7 Quel serait selon vous le cas le plus compliqué à gérer ? Le risque bactériologique ou nucléaire fait-il l'objet d'un traitement particulier ?

Un afflux saturant reste le plus difficile à gérer, quelle que soit la situation, à savoir un débordement des capacités des structures de soins du fait du nombre de victimes - ce que nous n'avons pas connu le soir du 13 novembre. Outre la capacité de la structure, le caractère saturant d'un afflux dépend de nombreux facteurs : le nombre de blessés à un instant donné, la typologie des patients (adultes ou enfants), la typologie des blessures, le type d'agent vulnérant (blessure par balle, explosion en milieu ouvert ou fermé, toxiques de guerre à forte capacité de contamination). Les caractéristiques du territoire de santé vont également être déterminantes, selon que l'on se trouve dans une zone à forte densité d'établissement de santé (grande métropole) ou dans une situation différente.

Les toxiques de guerre, les blessés radiocontaminés, ont une particularité: les patients moins gravement touchés, donc capables de se déplacer, peuvent contaminer les structures (SAU, blocs opératoires) en se rendant eux-mêmes dans les établissements de soins, comme ce fut le cas lors de l'attentat au gaz sarin dans le métro de Tokyo en 1995. Ceci implique donc une décontamination et des prises en charge spécifiques.

#### → Des procédures ont-elles été envisagées pour anticiper ces situations ?

L'accueil de blessés en masse, qui relève du plan NOVI, diffère de la situation habituelle et doit se baser sur des procédures spécifiques. Il suppose une organisation comprenant différentes zones (zone d'accueil des urgences absolues (UA), zone d'accueil des urgences relatives (UR)) et un processus de prise en

charge différent. Pour fonctionner correctement, cette organisation doit être dirigée (directeur médical), subsidiaire (un médecin responsable

« UN AFFLUX SATURANT RESTE LE PLUS DIFFICILE À GÉRER, QUELLE QUE SOIT LA SITUATION, À SAVOIR UN DÉBORDEMENT DES CAPACITÉS DES STRUCTURES DE SOINS DU FAIT DU NOMBRE DE VICTIMES. »

de chacune des zones), efficace (une équipe composée d'un médecin anesthésiste-réanimateur, d'un chirurgien, d'un interne et d'un infirmier diplômé d'État en charge de chaque patient UA), organisée (marche en avant du patient suivi jusqu'à la fin de son parcours de soin). Autant que les circonstances le permettent, cette organisation doit être anticipée. Le délai entre l'alerte et l'arrivée des premiers blessés doit être mis à profit pour transformer l'organisation de la structure selon les principes du plan NOVI.

La prise en charge des blessés suppose préalablement deux étapes. Une première, fondamentale, consiste en l'identification de chaque patient accueilli à qui est attribué un numéro unique inscrit sur un bracelet, que leur identité soit connue ou non. Cette procédure d'identification de patients inconnus doit être préparée et opérationnelle en amont pour éviter tout problème de prise en charge. L'attribution de ce numéro unique constitue un prérequis absolu pour pouvoir dispenser le bon soin au bon patient.

La seconde étape réside dans la catégorisation et le triage des blessés. Catégoriser, c'est définir un ordre de priorité pour un traitement optimal des patients dans une logique individuelle : la structure n'est pas saturée pour peu qu'on s'organise. C'est ce qui s'est produit le 13 novembre 2015 à Paris. Le véritable triage tel que l'entendent les services de santé militaires procède d'une logique de pénurie : dans une structure débordée, on est contraint de privilégier la prise en charge du plus grand nombre au détriment de ceux qui consommeraient trop de ressources. C'est une tentative d'adaptation à une situation de déséquilibre entre les besoins et les ressources, que nous n'avons pas connue le 13 novembre.

Les modalités de tri peuvent varier selon

les hôpitaux. Les hôpitaux militaires font toujours exécuter cette opération par un binôme médecin anesthésiste-réanimateur et chirurgien viscéral senior, qui, dès l'arrivée des patients, vont revoir la catégorisation initiale et la modifier si besoin afin de les orienter au mieux dans la chaîne de soins.

L'objectif de la prise en charge est de sauver la vie et la fonction. Il répond aux principes du "damage control" appliqué en médecine de guerre ou de catastrophe. Il s'agit d'amener dans les meilleurs délais les patients, souvent hémorragiques, à la chirurgie. Pour ce faire, il est impératif de combiner étroitement les actions de réanimation et les actions de chirurgie. La réanimation comprend 3 actions (stopper les hémorragies, lutter contre les troubles de coagulation, transfuser précocement). L'action chirurgicale doit se concentrer dans un premier temps sur les urgences vitales (hémostase, aérostase, coprostase: contrôles des foyers hémorragiques, des brèches des poumons, et des infections en refermant les plaies digestives). La réanimation se poursuit, et le patient stabilisé bénéficie, dans un deuxième temps, d'une chirurgie complémentaire définitive de ses lésions dans les 24 heures.

#### 

Le raisonnement et la conduite à tenir seront les mêmes dans ces situations de crise. Il faut préparer le changement d'organisation et du mode de prise en charge qu'elles supposent. La prise en charge doit impérativement être écourtée sur le plan chirurgical pour pouvoir être reprise plus tard. C'est la même chirurgie, mise en œuvre dans une stratégie différente.

À la suite des attentats du 13 novembre dernier, la DGOS a mandaté les services de santé militaire et civils pour élaborer, avec les professionnels de santé qui ont œuvré cette nuit-là, un programme de formation afin que ces modes de prise en charge et cette notion de "damage control" soient connus de tous les anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens,

urgentistes de France, et que chacun soit en mesure de basculer sur ce mode d'organisation en cas de catastrophe. Ces formations ont débuté en avril 2016 et se déroulent partout en France. Il appartient ensuite à chaque équipe d'incarner ces principes dans les caractéristiques particulières de leur établissement, selon qu'il est petit ou grand, isolé ou entouré, et que ses personnels habitent à proximité ou sont éloignés.

#### Entre les pompiers, le SAMU et l'armée, quelles sont les missions « naturelles » de chacun ? Y a-t-il un coordinateur ?

Le SAMU a un rôle de coordination des actions de secours tel que défini dans les plans d'organisation. Comme tous les établissements de santé, il a été notre principal interlocuteur la nuit du 13 novembre, aidé par la BSPP. Le SAMU de Paris s'est érigé en SAMU zonal du fait de l'ampleur de la crise. Il a décidé du plan de sectorisation de la région parisienne et de l'activation du renfort interrégional. Le SAMU coordonne les actions à mener - relevage des blessés, prise en charge initiale, régulation médicale et convoi d'évacuation vers les hôpitaux.

#### **₹** Faut-il faire appel aux pompiers et à l'armée pour établir ce plan ?

À ma connaissance, tous les services de secours concourent à la rédaction des différents plans d'urgence, mais je n'en suis pas un spécialiste. « Ce qui marche le mieux est ce qu'on fait tous les jours ensemble » : la BSPP et le SAMU travaillent conjointement quotidiennement.

L'hôpital Percy fait partie des six traumacenters de la région parisienne recevant quotidiennement des traumatisés graves, avec les hôpitaux de Beaujon, Georges Pompidou, La Pitié-Salpêtrière, Créteil, et le Kremlin-Bicêtre. Tous collaborent à l'association TraumaBase® qui a pour but d'analyser la traumatologie grave. Comme tous les hôpitaux publics, nous avons été sollicités la nuit du 13 novembre, d'abord par le SAMU qui cherchait le nombre de lits disponibles, puis par l'un des régulateurs du SAMU régional, qui nous a annoncé le transfert à Percy de 17 blessés en 2 vagues.

Alors que notre plan NOVI montait en puissance, il nous a également été demandé d'accroître nos effectifs devant l'ampleur de la catastrophe. Nous avons donc rappelé encore plus de personnels.

« L'OBJECTIF DE LA PRISE EN CHARGE **EST DE SAUVER LA VIE ET LA FONCTION.** IL RÉPOND AUX PRINCIPES DU "DAMAGE CONTROL" APPLIQUÉ EN MÉDECINE DE GUERRE OU DE CATASTROPHE. IL S'AGIT D'AMENER DANS LES MEILLEURS **DÉLAIS LES PATIENTS, SOUVENT** HÉMORRAGIQUES, À LA CHIRURGIE. »

La recherche de places disponibles constitue la réponse normale et habituelle en cas de situation particulière, qu'il s'agisse d'un accident grave de la route ou d'une situation de victimes de masse comme celle que nous avons vécue. Or, dans un afflux massif de blessés dans le cadre d'un plan NOVI, ce ne sont pas tant les places en elles-mêmes qui sont intéressantes que le flux des patients. Quoi qu'il arrive, il faudra que tous les patients puissent être pris en charge et entrent dans la chaîne de soins, qui comprend quelques goulots d'étranglement. Le bloc opératoire, la radiologie interventionnelle, le scanner constituent ces points d'étranglement, et, dans un second temps, les places en salle de réanimation (même si les salles de réveil peuvent être transformées temporairement en salle de réanimation si nécessaire). Ces points d'étranglement peuvent représenter la principale difficulté à la gestion des flux.

#### → Y a-t-il une différence entre l'hôpital public classique et l'hôpital militaire par rapport au personnel qui peut être rappelé et les éventuelles contraintes des agents à cet égard ?

Chez les militaires, toute personne est rappelable. Un militaire n'est jamais en vacances mais en permission. Il peut être appelé à tout moment. À cette distinction théorique près, il n'existe aucune différence en pratique entre les agents des hôpitaux publics et ceux des hôpitaux militaires. Leur mobilisation spontanée le montre clairement.

#### → Y a-t-il des personnes d'astreinte à domicile?

De moins en moins. Tout dépend de l'organisation de l'établissement, mais à l'hôpital Percy, le personnel de garde a été renforcé pour ce qui concerne le bloc opératoire, l'anesthésie et la réanimation. Le système d'astreinte est devenu moins cohérent avec l'augmentation de l'activité nocturne constatée et la mise en place d'un trauma-center.

Le plan de rappel le soir du 13 novembre a été assez peu dirigé et très fortement spontané, notamment par le biais de SMS. De nombreux professionnels de santé ont rejoint leur établissement lorsqu'ils ont appris la nouvelle.

L'autre difficulté du plan de rappel est qu'il faut pouvoir tenir sur la durée. Le soir du 13 novembre, nous n'étions pas certains de recevoir des blessés dans un premier temps, du fait de l'importance de l'infrastructure de soins parisienne et de notre situation un peu excentrée par rapport au lieu des attentats. Nous avons été alertés cependant et avons activé notre plan blanc. Nous avons ensuite reçu 17 blessés en deux temps et devions garder à l'esprit la possibilité d'une autre attaque. Par ailleurs, les victimes de guerre ou d'attentat, blessés par balles ou par explosion, relèvent souvent d'une chirurgie itérative, surtout si une chirurgie orthopédique est nécessaire, avec des reprises, impliquant de s'organiser à plus long terme. C'est pourquoi nous avons demandé à certains professionnels de santé de rester chez eux, pour pouvoir assurer une éventuelle deuxième vague d'intervention, ou un renfort sur une période plus longue. Cela peut être difficile à vivre mais fait partie de la discipline d'un plan blanc.

#### → Votre effectif est-il en permanence à son maximum par rapport au nombre de lits disponibles, ou des personnes d'astreinte peuvent-elles être rappelées ?

Nous n'avons pas de personnel d'astreinte et le taux d'occupation de notre service de réanimation est important et assez constant. Nous avons généralement peu de places disponibles. La situation était un peu différente le soir du

## → Vie professionnelle

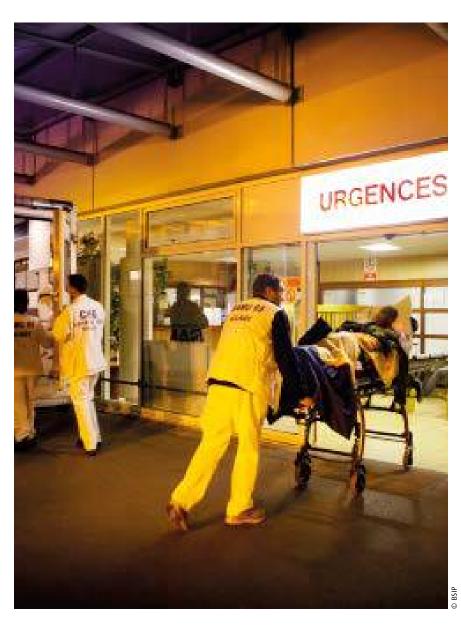
■ ■ ■ 13 novembre : exceptionnellement, nous disposions de 8 places libres sur les deux services de réanimation (service de grands brûlés et service de réanimation polyvalente). Ce facteur nous a été favorable et nous n'avons pas eu besoin d'organiser énormément de transferts.

→ Avez-vous tiré des enseignements à la suite des attentats du Bataclan? Pourriez-vous préciser ce qui a bien fonctionné et ce qui resterait à parfaire dans la prise en charge de ces situations? Parmi les éléments positifs, nous avons noté deux facteurs. D'une part, nous avons eu un délai d'1 heure 30 à 2 heures entre la première alerte et l'arrivée des blessés pour monter en puissance. En 1 heure 15 de temps nous étions prêts à recevoir des blessés, dans 6 salles de bloc sur les 7 que nous comptons. Nous avons triplé notre personnel médical et paramédical le soir même, et doublé le reste du week-end. Nous avons réceptionné les premières victimes vers minuit. Ce délai a été très utile, comme dans les autres Trauma-centers, à la différence de l'hôpital St-Antoine qui, situé quasiment au cœur des événements, n'a bénéficié d'aucun délai pour s'organiser.

D'autre part, l'utilisation des outils informatiques du parcours des patients (annonce numérique d'intervention chirurgicale) a bien fonctionné dans ce cadre inhabituel, ce qui a favorisé une prise en charge rapide.

Parmi les deux points qui peuvent être améliorés, citons notre plan de rappel, qui a été spontané et assez peu contrôlé. Nous avons revu les modalités d'alerte dans notre plan blanc, avec un système automatisé par SMS. Enfin, la gestion

« LE PLAN DE RAPPEL LE SOIR
DU 13 NOVEMBRE A ÉTÉ ASSEZ PEU
DIRIGÉ ET TRÈS FORTEMENT SPONTANÉ,
NOTAMMENT PAR LE BIAIS DE SMS.
DE NOMBREUX PROFESSIONNELS
DE SANTÉ ONT REJOINT LEUR
ÉTABLISSEMENT LORSQU'ILS ONT
APPRIS LA NOUVELLE. »



de la délivrance des lots de transfusions sanguines massives disponibles à l'avance au pied de chacun des brancards « urgences absolues » peut être améliorée. Ces lots comprennent 4 concentrés globulaires et 4 plasmas lyophilisés. Nous avons pris en compte ces enseignements, de manière à constituer à l'avenir, en cas de situation semblable, un dépôt de sang au Service d'Accueil d'Urgence (SAU) qui délivrera directement les lots au fur et à mesure des besoins.

## **♂ Comment se passent en pratique**les transfusions en urgence ?

Les patients en urgence absolue sont transfusés avec des culots globulaires de groupe 0, du plasma lyophilisé ou congelé, et des plaquettes. Nous n'avons pas connu de pénurie le 13 novembre. Nous avons transfusé à Percy, en un peu plus de 3 heures, 67 produits sanguins labiles. Le groupage sanguin, prélevé dès l'arrivée, est réalisé en une demi-heure, permettant ensuite de transfuser les patients en iso groupe si nécessaire.

#### → Comment les équipes sont-elles préparées techniquement et psychologiquement à ces situations extrêmes ?

Malgré le caractère exceptionnel des attentats du 13 novembre et les informations que nous avions pu recevoir, chacun a été

très concentré sur son travail, tant pendant la phase de préparation que pendant la prise en charge des victimes. C'est seulement ensuite que nous avons mesuré l'impact psychologique qu'un tel événement pouvait avoir.

Des debriefings collectifs ont été organisés à deux reprises pour toutes les équipes, avec des psychologues et des psychiatres de l'hôpital. Des soutiens personnalisés ont été mis en place pour celles et ceux qui le souhaitaient ou qui semblaient particulièrement éprouvés.

#### Des actions spécifiques ont-elles été mises en place pour les victimes ?

Bien entendu. La blessure psychologique est un des aspects de la blessure des

victimes. Pour les victimes, des psychiatres étaient présents dès le soir même dans le cadre du plan de rappel. Parallèlement, un important travail a été accompli pour les familles. Cette

prise en charge s'est poursuivie dans la durée.

Au cours d'un plan d'afflux, le directeur de l'hôpital devient directeur de crise. Il oriente l'ensemble des moyens de l'hôpital en vue de la résolution de la crise. L'accueil et le soutien médico-psychologique des familles font partie de ces éléments. Sur le plan administratif, une autre urgence en est indissociable : c'est le recollement d'identité. Il s'agit d'un travail essentiel, permettant de rétablir très vite l'identité de chacun des patients à qui un numéro unique a été attribué au moment de la prise en charge. Le soir du 13 novembre, beaucoup de victimes blessées au thorax ou à l'abdomen sont arrivées torse nu, sans papiers, souvent incapables de s'exprimer. Avec l'aide de la police, il a fallu, durant tout le week-end, établir leur identité pour répondre aux interrogations des proches qui les cherchaient. Près de 600 appels téléphoniques ont été traités à Percy sur l'ensemble du week-end, en plus de l'accueil physique des familles et des proches.

Une cellule spécifique a été mise en place. L'accueil des blessés les moins graves et des familles fait partie de la conception de tous les plans d'urgence. Comme dans tous les hôpitaux impliqués, cet accueil a nécessité de déployer une énergie particulière durant tout le weekend. Les secrétaires mobilisées durant cette période, qui réceptionnaient les appels des familles éplorées, ont été très marquées par cet épisode et ont réalisé un travail exceptionnel.

#### soutien à long terme pour les victimes et les familles, ainsi que pour les intervenants?

Oui, cette prise en charge et ce soutien psychologique sur le long terme font

« MALGRÉ LE CARACTÈRE EXCEPTIONNEL

DES ATTENTATS DU 13 NOVEMBRE,

SUR SON TRAVAIL. C'EST SEULEMENT

**ENSUITE QUE NOUS AVONS MESURÉ** 

ÉVÉNEMENT POUVAIT AVOIR. »

L'IMPACT PSYCHOLOGIQUE QU'UN TEL

CHACUN A ÉTÉ TRÈS CONCENTRÉ

partie intégrante du suivi médical. Cet autre volet constitue un point essentiel.

Pour le service de santé des armées, la prise en charge d'un blessé

de guerre relève d'une véritable stratégie, qui va bien au-delà de la blessure : elle débute au relevage des victimes sur le terrain, jusqu'à leur réhabilitation, qui passe par une aide à la réinsertion dans la sphère à la fois familiale et professionnelle. Dans le cas d'un patient militaire, il est possible de rassembler autour d'une table les soignants, le patient, sa famille, les services sociaux, l'employeur pour envisager l'avenir et la réinsertion.

C'est un peu différent pour les blessés civils même si dans le cas d'un attentat. on retrouve des composantes similaires. Par ailleurs, un certain nombre de blessés pris en charge en novembre dernier sont encore en processus de soins. Ils présentaient des blessures graves, avec des séquelles temporaires ou définitives. À cet égard, le soutien psychologique fait pleinement partie de l'accompagnement et du parcours de ces patients, dont les pathologies se traitent sur le long terme. ■

#### À LIRE AUSSI

- · Retour d'expérience des

## Vie professionnelle

La loi de santé du 26 janvier 2016 a affiné les dispositions relatives au secret partagé afin notamment de bien distinguer le partage d'informations au sein d'une équipe de soins ou en dehors. Les nouvelles formes d'exercice professionnel comme celui au sein d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) imposent une réflexion en amont afin de permettre aux différents intervenants de disposer des données nécessaires à leur exercice tout en les protégeant de manière efficace.



## Comment concilier respect du secret professionnel et efficacité des soins ?

**GERMAIN DECROIX, JURISTE, MACSF - LE SOU MÉDICAL** 

#### Un principe ancien

Le secret professionnel ne date pas d'hier pour les médecins et il est posé comme l'un des principes fondateurs de l'exercice médical par le serment d'Hippocrate (vers 460 av. JC): « Les choses que, dans l'exercice ou même hors de l'exercice de mon art, je pourrai voir ou entendre sur l'existence des hommes et qui ne doivent pas être divulguées au-dehors, je les tairai, estimant que ces choses-là ont droit au secret des mystères ». Même si le texte du serment a évolué en 1964, le respect du secret des confidences reste l'un des premiers engagements des médecins. Le code de déontologie des médecins a repris cette exigence dès son article 4 (art. R. 4127- 4 du Code de la Santé Publique (CSP)) disposant que « Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies

par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris ».

Cette obligation ne pèse pas uniquement sur les médecins mais sur « tous les professionnels intervenant dans le système

de santé », selon l'article L. 1110-4 CSP. On retrouve cette obligation au secret dans la réglementation spécifique à chaque profession avec des exigences comparables. Par exemple, pour les infirmières, l'article R. 4312-4 CSP prévoit que « Le secret professionnel s'impose à tout infirmier ou infirmière et à tout étudiant infirmier dans les conditions prévues par la loi. Le secret couvre non seulement ce qui lui a été confié mais aussi ce qu'il a vu, lu, entendu, constaté ou compris. L'infirmier ou l'infirmière instruit ses collaborateurs de leurs obligations en matière de secret professionnel et veille à ce qu'ils s'y conforment ».

#### Un droit pour les patients

Une autre approche du sujet se retrouve dans la réglementation relative aux droits des patients. Le secret n'est ainsi plus uniquement

une obligation des professionnels mais également un droit des patients dont ces derniers peuvent exiger le respect en tant que tel. En ce sens, l'article L. 1110-4 CSP prévoit que « Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou un des services de santé défini au livre III de la 6ème partie du présent code, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'art. L. 312-1 CASF a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant ».

Mais il est fondamental ici de s'arrêter sur le fait que le secret est « *institué dans l'intérêt des patients* », ce qui doit conditionner toute la réflexion. Si la médecine a longtemps été exercée individuellement, dans le cadre du colloque singulier, elle

est devenue un véritable travail d'équipe impliquant un partage des informations. Il ne faudrait surtout pas qu'en raison d'une lecture trop stricte du secret professionnel, la dynamique du travail d'équipe soit freinée ou mise à mal, alors qu'elle est devenue indispensable à la prise en charge pluridisciplinaire des patients. Il est de l'intérêt des patients que les éléments médicaux

les concernant circulent entre les différents membres de l'équipe de soins les prenant en charge afin d'optimiser celle-ci et, par exemple, d'éviter une multiplication inutile, et parfois délétère, des examens. Nous constatons qu'un nombre important d'accidents médicaux est simplement dû au blocage d'une information au sein de la chaîne de soins, ayant eu pour conséquence un retard de diagnostic ou un traitement inadapté.

#### **↗** L'émergence de la notion de secret partagé

Afin d'éviter ces écueils, il a été dégagé la notion de secret partagé, qui a paru d'abord antinomique puisque, par définition, le secret est « ce qui doit être tenu caché », « le silence qui entoure quelque chose ». Le secret partagé, entre professionnels de santé, s'est imposé au cours des siècles, dans la pratique quotidienne, afin

QUE LES ÉLÉMENTS MÉDICAUX LES CONCERNANT CIRCULENT ENTRE LES DIFFÉRENTS MEMBRES DE L'ÉQUIPE DE SOINS LES PRENANT EN CHARGE

AFIN D'OPTIMISER CELLE-CI. »



d'assurer la coordination et la qualité des soins. Il a été officiellement reconnu avec l'apparition des lois régissant la protection sociale et la médecine de contrôle. Dans ce domaine précis, nous le retrouvons dans l'article L. 1112-1, 6ème alinéa CSP: « Les médecins membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, les médecins inspecteurs de santé publique, les inspecteurs de l'Agence Régionale de Santé ayant la qualité de médecin et les médecins conseils des organismes d'Assurance Maladie ont accès, dans le respect des règles de déontologie médicale, à ces informations lorsqu'elles sont nécessaires à l'exercice de leurs missions ».

Pour le partage d'informations au sein de l'équipe de soins, c'est dans la loi Kouchner du 4 mars 2002 que nous trouvons la première réglementation. Ainsi, dans sa version initiale, l'article L. 1110-4 CSP prévoyait que « Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à la même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe ». Cette première réglementation a enfin officialisé le secret partagé et permis d'en définir les contours. Les professionnels échangeant des

informations dans ce cadre ne risquent plus d'être condamnés sur la base de l'article 226-13 du Code pénal réprimant la violation du secret professionnel, ou sur le plan ordinal (pour ceux qui disposent d'un Ordre).

Selon cette première réglementation, l'échange d'informations était possible **uniquement entre professionnels de santé**, ce qui était fort gênant dans le domaine médico-social et psychiatrique où nombre d'intervenants ne sont pas professionnels de santé (assistantes sociales, éducateurs spécialisés...) mais ont besoin d'informations pour pouvoir exercer correctement leur mission. Les informations pouvant circuler sont uniquement celles nécessaires à la continuité des soins et à la détermination de la prise en charge. Il ne s'agit donc en aucun cas d'un blanc-seing donné aux professionnels de santé qui pourraient prévoir entre eux une vaste zone de libre échange d'informations, mais uniquement d'un transfert de données ciblées à un professionnel désigné qui en a réellement besoin. Ceci implique une sélection des seuls éléments indispensables et la désignation précise du destinataire.

Ce texte exige de plus que le patient soit averti de cet échange d'informations, ce qui, en pratique, est loin d'être respecté. Devant la difficulté de systématiser cet accord pour les patients hospitalisés, et pour éviter des refus qui perturberaient sérieusement les prises en charge, la loi a organisé une présomption selon laquelle le patient qui se confie à un membre

## Vie professionnelle

■ ■ de l'équipe, se confie en fait à toute l'équipe. Mais cet échange d'informations avec accord implicite du patient était réservé aux patients hospitalisés alors que nous sommes passés à l'ère de l'ambulatoire...

#### → Les apports de la loi de santé du 26 janvier 2016

Cette première approche du secret partagé a permis d'avoir une vision beaucoup plus pragmatique des échanges d'informations médicales entre les professionnels mais elle était encore un peu trop timorée, ce qui a justifié les ajustements apportés par la loi Touraine du 26 janvier 2016. L'article L. 1110-4 CSP est désormais ainsi rédigé :

« II. Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

III. Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins

ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe. Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

IV. La personne est dûment informée de son

droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment ».

Le partage d'informations relatives au patient n'est désormais plus réservé aux seuls professionnels de santé mais étendu à tous les professionnels intervenants dans sa prise en charge.

Le secteur médico-social est désormais spécifiquement visé et fait d'ailleurs l'objet d'un paragraphe qui lui est propre, prévoyant que « VI. Les conditions et les modalités de mise en œuvre du présent article pour ce qui concerne l'échange et le partage d'informations entre professionnels de santé et non-professionnels de santé du champ social et médico-social sont définies par décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés ». Les organisations, intervenants et pratiques étant différents dans ce secteur, il est effectivement important de prévoir un fonctionnement adapté. La nouvelle réglementation prévoit que le professionnel destinataire des informations soit « identifié » afin de limiter les risques de diffusion anormale. Ainsi, l'information n'est pas adressée au « médecin en charge de M. X » mais au « Dr Y » et il faut éviter d'envoyer un mail sur une boîte morale de type « pédiatrie@ch-.... .fr » qui peut être ouverte par une personne non concernée par cette prise en charge, voire ne pas être ouverte! Le nouveau texte insiste sur le caractère limité des informations pouvant ainsi circuler, qui doivent être « strictement nécessaires » au but poursuivi, en rajoutant de manière opportune les activités de prévention.

Le texte fait ensuite une distinction précise entre « équipe de soins » et « hors équipe de soins » dans deux paragraphes. La notion d'équipe de soins a été précisée par la loi du 26 janvier 2016 introduisant l'article L. 1110-12 CSP disposant que « Pour l'application du présent titre, l'équipe de soins est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes, et qui :

1° soit exercent dans le même établissement de santé, au sein du service de santé des armées, dans le même établissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles ou dans le cadre d'une structure

> de coopération, d'exercice partagé ou de figurant sur une liste fixée par décret;

chargé de la santé ».

« LA NOTION D'ÉQUIPE DE SOINS A ÉTÉ

PRÉCISÉE PAR LA LOI DU 26 JANVIER

VISION LARGE DE CE QU'EST UNE ÉQUIPE

**DE SOINS QUI PEUT ÊTRE SOIT CONSTITUÉE** 

À L'ORGANISATION (PAR EXEMPLE DANS

DE FAIT (ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ),

**CHOISIE (PAR LE PATIENT) OU LIÉE** 

LE CADRE D'UNE MAISON DE SANTÉ

PLURIPROFESSIONNELLE (MSP)). »

2016. LE LÉGISLATEUR A AINSI UNE

coordination sanitaire ou médico-sociale 2° soit se sont vu reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient qui s'adresse à eux pour la réalisation des consultations et des actes prescrits par un médecin auquel il a confié sa prise en charge ; 3° soit exercent dans un ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du ministre

Le législateur a ainsi une vision large de ce qu'est une équipe de soins qui peut être soit constituée de fait (établissement de santé), choisie (par le patient) ou liée à l'organisation (par exemple dans le cadre d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP)). Dans cette hypothèse de l'équipe de soins, le principe de la présomption de l'accord du patient pour l'échange des informations « strictement nécessaires » est le même que précédemment. En revanche, quand le professionnel ne fait pas partie de la même équipe de soins (par exemple en cas de demande d'un avis spécialisé par télémédecine, ou de demande d'un avis d'expert par un médecin du travail...), le consentement préalable du patient est requis. Si aucun formalisme spécifique n'est prévu (« recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée »), il est tout de même fortement conseillé d'organiser une traçabilité de ce consentement. Espérons que le décret annoncé proposera des solutions simples et surtout adaptées aux pratiques d'aujourd'hui.

Enfin, le texte prévoit, outre la possibilité pour le patient de s'opposer (dans tous les cas ?) à tout moment à l'échange

d'informations le concernant, son information sur cette possibilité dont il dispose (avec, là encore, des problèmes de traçabilité). Le concept développé est celui de la transparence à l'égard du patient en ne pouvant rien lui imposer s'il ne veut pas que certaines informations circulent, alors même que ceci pourrait lui porter tort.

« LA RELANCE DU DMP, DEVENU DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ, POURRAIT MODIFIER L'ENVIRONNEMENT, À CONDITION QUE TOUS LES OBSTACLES À SON FONCTIONNEMENT SOIENT LEVÉS. »

L'échange d'informations dans le cadre spécifique des MSP

Cette nouvelle réglementation trouve une application particulière dans les MSP, qui regroupent des soignants de métier ou de spécialité différents qui vont pouvoir se solliciter mutuellement afin d'organiser la prise en charge du patient. Cette organisation nécessite l'échange d'informations entre ces professionnels tout en respectant le secret auquel chacun d'entre eux est tenu. Le développement souhaité de ces structures rend ces problématiques d'autant plus prégnantes. Il est nécessaire de mener une réflexion en amont afin de prévoir une organisation réaliste à la fois dans sa mise en œuvre et sur le plan économique.

Voici quelques questions concrètes à se poser :

- quel outil informatique choisir pour partager l'information ?
- quel financement ?
- quelle protection contre le piratage de données ?
- quelle durée de protection des données ?
- à qui et à quoi donner l'accès ?
- que noter dans le dossier médical ?
- comment communiquer en cas d'urgence ?
- quelles alertes en cas d'attente d'un résultat ?
- qu'en est-il lorsqu'un membre de la MSP quitte la structure ?

Le choix d'un outil informatique commun à l'ensemble des membres de la MSP est susceptible de fluidifier cette transmission de données. Encore faudrait-il qu'il existe sur le marché des logiciels utilisables par tous les professionnels exerçant dans la MSP et paramétrables en fonction des choix qui auront été faits. D'une manière générale, le patient consulte initialement au sein de la MSP un médecin généraliste qui va constituer le dossier informatique. Si le patient est ensuite orienté vers un autre professionnel de la MSP, le généraliste devra ouvrir l'accès au dossier à ce professionnel après avoir vérifié que le patient ne s'y oppose pas.

La relance du DMP, devenu Dossier Médical Partagé, pourrait modifier l'environnement, à condition que tous les obstacles à son fonctionnement soient levés. Nous n'avons pas constaté, jusqu'à présent, un enthousiasme débordant ni de la part des professionnels ni de celle des patients, faisant du DMP une « coquille vide », peut être aussi à cause d'une communication insuffisante. Quoiqu'il en soit, il reste dans la réglementation actuelle à la main du patient (articles L. 1 111-14 et suiv. CSP issus de la loi du 26 janvier 2016) : « Le Dossier Médical Partagé est créé sous réserve du consentement exprès de la

personne ou de son représentant légal » et ne peut donc se substituer au dossier du praticien ou de l'établissement de santé. Mais, une fois créé, il doit être rempli par les différents intervenants comme le précise l'article L. 1 111-15 CSP : « Dans le respect des règles déontologiques qui lui sont applicables ainsi que des articles L. 1 110-4, L. 1 110-4-1

et L. 1 111-2, chaque professionnel de santé, quels que soient son mode et son lieu d'exercice, reporte dans le dossier médical partagé, à l'occasion de chaque acte ou consultation, les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge... ». Il est prévu dans ce même article que « (...) certaines informations peuvent être rendues inaccessibles par le titulaire du Dossier Médical Partagé », ce qui affaiblit sérieusement sa portée, tout en sachant que le médecin traitant garde quand même un accès à l'ensemble des données (article L. 1 111-16 CSP).

Ce masquage de données pouvant conduire à des erreurs liées à cette décision du patient, l'article L. 1 111-15 CSP a prévu avec justesse que « (...) La responsabilité du professionnel de santé ne peut être engagée en cas de litige portant sur l'ignorance d'une information qui lui était masquée dans le Dossier Médical Partagé et dont il ne pouvait légitimement avoir connaissance par ailleurs (...) ». Si le décret du 4 juillet 2016 est venu apporter certaines précisions notamment sur le contenu du dossier, l'accès aux données, la limitation de la possibilité offerte au patient de supprimer des données et l'absence de pré-création d'un DMP pour tous les bénéficiaires de l'Assurance Maladie, il reste que le succès du DMP reste très aléatoire.

L'évolution de la réglementation permet, par petites touches, de mettre en place un système permettant à la fois de respecter le secret professionnel et d'assurer la circulation des données nécessaires à la prise en charge pluridisciplinaire des patients. Les données médicales constituent un bien précieux que beaucoup convoitent afin de les exploiter, et leur protection constitue un enjeu majeur des organisations actuelles et à venir. La multiplication des supports et l'amélioration des techniques (ainsi que du piratage!) conduiront à des ajustements permanents afin de préserver cet équilibre fragile entre respect du secret et efficacité des soins.

#### À LIRE AUSSI

- de l'article R. 4127-4 du Code de la Santé Publique

## → Protection juridique

Un récent rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins¹ s'interroge sur l'évolution des règles déontologiques en matière d'information et de communication. L'occasion de faire le point sur ce qu'un médecin peut dire ou ne pas dire, alors même que le « faire savoir » prend parfois l'ascendant sur le savoir-faire.



# Information ou publicité, où se situe la frontière ?

NICOLAS LOUBRY, DIRECTEUR DE LA PROTECTION JURIDIQUE, MACSF - LE SOU MÉDICAL

Selon l'article R. 4127-19 du Code de la Santé Publique (CSP), « la médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce. Sont interdits tous procédés directs ou indirects de publicité et notamment tout aménagement ou signalisation donnant aux locaux une apparence commerciale ».

Même si l'Ordre est favorable à une évolution des règles déontologiques pour tenir compte des nouveaux modes de communication, il rappelle en préambule de son rapport que « la déontologie médicale interdit aux médecins, quels que soient leur statut et les secteurs dans lesquels ils exercent, de participer directement ou indirectement à toute promotion publicitaire, en particulier de nature commerciale, sur leurs activités professionnelles ».

Un avis partagé et conforté par un récent arrêt du Conseil d'État<sup>2</sup>, qui a tenu à rappeler que les dispositions de l'article R. 4127-19 CSP, si elles ont pour objet de prohiber toute

information qui viserait à promouvoir, auprès de patients éventuels, l'activité au titre de laquelle un médecin est inscrit, ne font pas obstacle, en revanche, à la mise à disposition du public par ce praticien, au-delà des indications expressément mentionnées dans le CSP telles que celles pouvant figurer dans les annuaires à destination du public ou sur les plaques présentes sur les lieux d'exercice, d'informations médicales à caractère objectif et à finalité scienti-

fique, préventive ou pédagogique, ni à la délivrance d'informations à caractère objectif sur les modalités d'exercice, destinées à faciliter l'accès aux soins.

Le Conseil d'État a également souligné que ces dispositions déontologiques, « qui sont indistinctement applicables à tous les praticiens exerçant sur le territoire national, poursuivent un objectif d'intérêt général de bonne information des patients et, par suite, de protection de la santé publique ; qu'elles sont propres à en garantir la réalisation et, dès lors qu'elles ne font pas obstacle à la délivrance des informations mentionnées précédemment, n'excèdent pas ce qui est nécessaire pour les atteindre ; qu'elles ne sont ainsi, contrairement à ce que soutient M. A, contraires ni aux stipulations de l'article 49 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, relatives à la liberté d'établissement, ni à celles de l'article 56 du même traité, relatives à la libre prestation de services ».

Au bénéfice des usagers et des patients, comme au regard des règles de confraternité, le CNOM « pense qu'il n'y aurait pas lieu de considérer comme publicitaires des informations relatives à une pratique médicale, un médecin, une équipe de soins, un établissement ou une structure dès lors que ces informations, destinées à l'information du public, reposeraient en parfaite loyauté sur des critères objectifs et vérifiables ».

## Informer la clientèle Plusieurs articles du Code

Plusieurs articles du Code de la Santé Publique définissent les mentions dont un médecin peut faire état sur sa plaque professionnelle et ses ordonnances, ou encore dans un annuaire, et ce à quoi il peut consentir dans l'usage et l'affichage de son nom et de son activité professionnelle.

- Article R. 4127-20 : « Le médecin doit veiller à l'usage qui est fait de son nom,

de sa qualité ou de ses déclarations. Il ne doit pas tolérer que les organismes, publics ou privés, où il exerce ou auxquels il prête son concours utilisent à des fins publicitaires son nom ou son activité professionnelle ».

L'Ordre s'interroge : « Dans notre société où le médecin est reconnu par le public comme première source fiable d'informations en santé, en quoi serait-il approprié de maintenir un interdit à son encontre

« PLUSIEURS ARTICLES DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DÉFINISSENT LES MENTIONS DONT UN MÉDECIN PEUT FAIRE ÉTAT SUR SA PLAQUE PROFESSIONNELLE ET SES ORDONNANCES, OU ENCORE DANS UN ANNUAIRE, ET CE À QUOI IL PEUT CONSENTIR DANS L'USAGE ET L'AFFICHAGE DE SON NOM

ET DE SON ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE. »

## **Protection juridique**



au regard de toute forme de communication au prétexte que celle-ci pourrait donner lieu à l'incrimination d'être publicitaire? ».

- Article R. 4127-79 : « Les seules indications qu'un médecin est autorisé à mentionner sur ses feuilles d'ordonnances sont : 1° ses nom, prénoms, adresse professionnelle, numéros de téléphone et de télécopie, jours et heures de consultation ;

2° si le médecin exerce en association ou en société, les noms des médecins associés;

3° sa situation vis-à-vis des organismes d'Assurance Maladie ; 4° la qualification qui lui aura été reconnue conformément au règlement de qualification établi par l'Ordre et approuvé par le ministre chargé de la santé;

5° ses diplômes, titres et fonctions lorsqu'ils ont été reconnus par le Conseil national de l'Ordre;

6° la mention de l'adhésion à une société agréée prévue à l'article 64 de la loi de finances pour 1977 ;

7° ses distinctions honorifiques reconnues par la République française ».

Sur un plan général, un titre utilisé par un médecin ne doit pas être susceptible de générer un risque d'erreur ou de confusion dans l'esprit des patients.

Les médecins ne doivent pas hésiter à interroger leur Conseil départemental de l'Ordre pour savoir s'ils peuvent mentionner un titre ou une fonction autre que leur qualification.

- Article R. 4127-80 : « Les seules indications qu'un médecin est autorisé à faire figurer dans les annuaires à usage du public, quel qu'en soit le support, sont :

1° ses nom, prénoms, adresse professionnelle, numéros de téléphone et de télécopie, jours et heures de consultation ;

2° sa situation vis-à-vis des organismes d'Assurance Maladie ; 3° la qualification qui lui aura été reconnue conformément au règlement de qualification, les diplômes d'études spécialisées complémentaires et les capacités dont il est titulaire ».

Dans son rapport, le CNOM considère que « dans le cadre de la qualification sous laquelle le médecin est inscrit au Tableau, l'indication de spécificités d'exercice ou de pratiques restreintes sont des informations destinées à une orientation pertinente du public et ne constituent pas des indications de nature publicitaire ».

- Article R. 4127-81 : « Les seules indications qu'un médecin est autorisé à faire figurer sur une plaque à son lieu d'exercice sont ses nom, prénoms, numéro de téléphone, jours et heures de consultations, situation vis-à-vis des organismes d'Assurance Maladie, diplômes, titres et qualifications reconnus conformément aux 4° et 5° de l'article R. 4127-79. Une plaque peut être apposée à l'entrée de l'immeuble et une autre à la porte du cabinet ; lorsque la disposition des lieux l'impose, une signalisation intermédiaire peut être prévue. Ces indications doivent être présentées avec discrétion, conformément aux usages de la profession. Lorsque le médecin n'est pas titulaire d'un diplôme, certificat ou titre mentionné au 1° de l'article L. 4131-1, il est tenu, dans

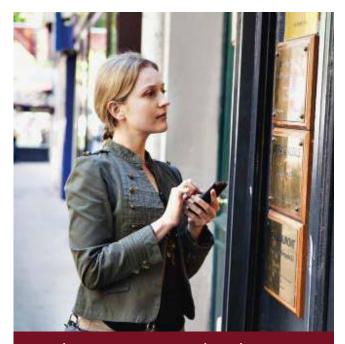
tous les cas où il fait état de son titre ou de sa qualité de médecin, de faire figurer le lieu et l'établissement universitaire où il a obtenu le diplôme, titre ou certificat lui permettant d'exercer la médecine ».

Le Conseil d'État a jugé<sup>3</sup> que « constitue une faute disciplinairement sanctionnable le fait de faire figurer sur une plaque une qualification inexistante » et donc des indications de pratiques non reconnues par l'Ordre ou toute autre autorité en santé.

En maison de santé ou dans un cabinet de groupe, chaque médecin doit disposer de sa propre plaque professionnelle. Un bandeau précisant la discipline commune à certains médecins peut regrouper les différentes plaques des praticiens de même discipline.

L'Ordre n'est pas opposé à un fléchage signalétique ou à l'apposition de plaques supplémentaires dans des locaux de configuration architecturale complexe ou dans des voiries difficiles d'accès. Dans ces situations particulières, le médecin se rapprochera de son Conseil départemental qui prendra une décision motivée susceptible d'être contestée en appel devant le CNOM.

La jurisprudence est fournie : elle sanctionne généralement les pancartes lumineuses installées sur la voie publique, à plus forte raison si elles mentionnent des indications mensongères. Ainsi, dans une affaire jugée par l'Ordre, un médecin avait installé une pancarte lumineuse en forme de totem de 3,50 mètres de haut sur 1,20 mètre de large, portant « Accès ambulances urgences jour et nuit 24/24, Pharmacie et Centre clinique X », alors que ce praticien exerçait seul, en qualité de généraliste<sup>4</sup>.



« LES MÉDECINS NE DOIVENT PAS HÉSITER À INTERROGER LEUR CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE L'ORDRE POUR SAVOIR S'ILS PEUVENT MENTIONNER UN TITRE OU UNE FONCTION **AUTRE QUE LEUR QUALIFICATION. »** 

## **Protection juridique**

■ ■ Les enseignes ou bandeaux de lettres de grande taille sont généralement interdits par l'Ordre, qui autorise toutefois l'apposition indicative d'un panneau « Centre Médical » sur des locaux d'un centre commercial, avec l'apposition d'une plaque individuelle des médecins à l'entrée des cabinets médicaux et des entrées du centre commercial. Des indications d'ordre signalétique destinées à aider les patients à se diriger plus aisément au sein du centre commercial et ne pouvant être regardées comme une démarche publicitaire ou commerciale sont également autorisées⁵.

En complément de son rapport, le CNOM a publié sur son site un état des lieux de sa jurisprudence et de celle du Conseil d'État<sup>6</sup> relative à la réglementation applicable aux médecins en matière d'interdiction de la publicité et d'indications que les médecins peuvent mentionner sur différents supports.

- Article R. 4127-82 : « Lors de son installation ou d'une modification de son exercice, le médecin peut faire paraître dans la presse une annonce sans caractère publicitaire dont le texte et les modalités de publication doivent être préalablement communiqués au Conseil départemental de l'Ordre ».

« LA RÉDACTION ET LA DIFFUSION D'OUVRAGES OU D'ARTICLES, LA PARTICIPATION À DES ÉMISSIONS DE RADIO OU DE TÉLÉVISION NE SONT PAS RÉPRÉHENSIBLES SELON L'ORDRE, « DÈS LORS QUE LE BUT POURSUIVI EST SCIENTIFIQUE, THÉRAPEUTIQUE, PRÉVENTIF OU ÉDUCATIF, ET NE CONSISTE PAS À FAIRE L'ÉLOGE DU MÉDECIN. »

#### 7 La communication numérique

Comme le rappelle l'Ordre dans son rapport, « la communication numérique représente aujourd'hui la principale source d'informations pour tous les publics. Certains peuvent être tentés d'y voir matière à publicité pour un médecin, du seul fait qu'il serait présent et producteur d'information sur le web. Il n'en est rien. Le CNOM encourage lui-même cette présence, mais dans des conditions qui soient en bonne adéquation avec la déontologie médicale »<sup>7</sup>.

Quelles sont ces conditions? Une première réponse a été donnée en 2012 par un arrêt du Conseil d'État<sup>8</sup> : « Le site Internet d'un médecin peut comporter, outre des indications expressément mentionnées dans le Code de la Santé Publique, des informations médicales à caractère objectif et à finalité scientifique, préventive ou pédagogique... Le site ne saurait, sans enfreindre les dispositions du Code de la Santé Publique, constituer un élément de publicité et de valorisation personnelles du praticien et de son cabinet ».

Les informations sur Internet publiées par un médecin doivent ne faire état que d'informations sur des données confirmées. La rédaction et la diffusion d'ouvrages ou d'articles, la participation à des émissions de radio ou de télévision ne sont pas répréhensibles selon l'Ordre, « dès lors que le but poursuivi est scientifique, thérapeutique, préventif ou éducatif, quel que soit le secteur d'exercice du médecin, et ne consiste pas à faire l'éloge du médecin sous le prétexte avancé de l'information du public relatif à un procédé d'investigations ou de traitement ».

Les médecins ayant recours à un agenda en ligne devront veiller à ce que la plateforme ne permette pas de formuler de commentaire, d'appréciation subjective ou toute forme de notation de la part des internautes. Le CNOM estime « que la géolocalisation d'un cabinet médical ou de toute autre structure de soins sur une carte interactive par Internet n'est pas de nature publicitaire et pense que le médecin pourrait y associer une microfiche de présentation de son activité, dans le seul cadre de sa qualification ordinale et avec pour seul objectif de donner une information d'intérêt général pour les internautes, en respectant des normes qui seront publiées par le CNOM. Cette microfiche pourra également comporter un lien informatique vers un agenda en ligne pour la prise de RDV et un lien vers le site Internet du médecin s'il en a un ».

À propos des sites de notation et de publication d'avis sur Internet, l'Ordre met en garde les médecins qui inciteraient leurs patients à publier des commentaires sur leur site à la suite d'une consultation, visant ainsi à promouvoir leurs services par le biais de ces notations ou par l'attribution d'étoiles via une application. Pour le CNOM, cela pourrait constituer une publicité contraire à la déontologie et « les médecins qui s'inscriraient volontairement sur des sites de notation directe ou indirecte pourraient être taxés de démarchage actif ou passif de nature commerciale ».

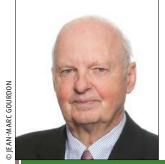
L'image donnée sur le web par un médecin, appelée encore « réputation numérique » ou « e-réputation », est entretenue par toutes les informations publiées par ce médecin sur le web, sur les réseaux sociaux et autres blogs ou plateformes de partage. Même si la suppression d'informations préjudiciables n'est pas toujours facile ni rapide à obtenir, le médecin « doit protéger sa réputation numérique, ou plus exactement la maîtriser, à la fois en contrôlant ce qui est mis en ligne par autrui et en occupant l'espace numérique, dans le respect des règles déontologiques ». Et l'Ordre d'ajouter « qu'un médecin doit organiser la présentation de son site professionnel sur Internet et sa configuration en y bloquant les commentaires publics d'internautes. En effet, l'origine de ces commentaires est toujours incertaine, leurs appréciations subjectives ou invérifiables, que ceux-ci soient de l'ordre de l'éloge ou du dénigrement ».

Si les règles déontologiques doivent s'adapter aux évolutions de la société, l'Ordre entend maintenir l'interdit des pratiques commerciales et de la publicité qui en découle.

#### Références

- 1. Le médecin dans la société de l'information et de la communication,
- CNOM, septembre 2016. **2.** CE, 4 mai 2016.
- 3. CE, 24 juillet 1987.
- 4. CNOM, 8 juin 2012.
- **5.** CNOM, 20 février 2009.
- **6.** Note sur la jurisprudence de la Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins et du Conseil d'État relative à la réglementation applicable aux médecins en matière d'interdiction de la publicité et d'indications que les médecins peuvent mentionner sur différents supports, juillet 2016.
- 7. Déontologie médicale sur le Web, Livre Blanc du CNOM.
- **8.** CE, 27 avril 2012.

Les conduites addictives constituent un fléau particulièrement marqué en France face auquel les politiques publiques ont peu évolué. Le Professeur Didier Sicard, qui présidait la récente commission d'audition sur le sujet, nous fait part des constats réalisés dans ce domaine et des recommandations formulées, proposant une approche nouvelle et pragmatique.



# La réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives

**DIDIER SICARD,** PRÉSIDENT D'HONNEUR DU COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE



Première audition publique de la Fédération Française d'Addictologie (FFA) avec le soutien méthodologique de la Haute Autorité de Santé (HAS) et le soutien institutionnel de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives (MILDECA) : une conférence internationale s'est tenue au ministère des Affaires sociales et de la Santé les 7 et 8 avril 2016 sur le thème de la Réduction des Risques et des Dommages liés aux conduites addictives (RdRD).

À l'issue de cette conférence, le 11 avril 2016, la commission d'audition publique, qui rassemblait médecins, infirmières, sociologues, juristes, policiers, psychologues et addictologues, a remis un rapport sur cette question, suivi de quinze recommandations.

## L'émergence de quelques points clés Le constat d'échec de la politique de répression menée jusqu'alors

Non seulement cette politique ne décourage pas les usagers actuels et futurs, mais elle prive les personnes en situation d'addiction des conseils de réduction des risques et d'aide pour éviter la morbidité et la mortalité. Cette criminalisation persistante au nom de la morale contribue en effet à décourager les usagers de toute demande d'accès à un projet thérapeutique ou à un projet de soin. Avec ce paradoxe de la loi du 31 décembre 1970 et du décret du 13 mars 1972 interdisant les produits, les outils et les moyens de consommer ces substances addictives, et de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 qui, sans abolir cette loi de 1970, révolutionne les politiques publiques en inscrivant la RdRD dans le chapitre de la lutte contre les addictions.

#### • La mise à distance actuelle des connaissances des personnes usagères

Le savoir de ces personnes est ignoré et leur approche se réduit le plus souvent à des propositions de sevrage dont l'échec ou le refus les décourage.

A contrario, l'audition publique de la FFA a montré qu'un nouveau regard déculpabilisant pouvait susciter une alliance nouvelle entre intervenants professionnels et consommateurs experts de leur usage : faire « avec » ces personnes usagères, et non « contre » ou « pour », à travers une approche gradualiste qui ne fait pas de l'arrêt de la consommation un préalable à la rencontre.

## Éthique&société

## • L'absence de politique de prévention en France

Cette approche révolutionnaire peut susciter dans un premier temps la réticence du corps médical à s'engager dans cette voie, habitué qu'il est à refuser des stratégies apparentées à un comportement laxiste, voire de « dealer ». Et pourtant, tous les travaux français et internationaux menés sur cette question aboutissent à la même conclusion : les pays qui rencontrent le moins de problèmes avec les addictions sont ceux qui ouvrent la voie à une sorte de portail collaboratif entre professionnels et associations d'usagers (Pays-Bas, Suisse, Canada).

Le nombre de décès par overdose y a chuté, et la consommation de substances addictives est en baisse. En revanche, la France, qui a la politique la plus répressive d'Europe, est le pays où la consommation, par exemple de cannabis, est la plus élevée.

Cette nouvelle politique est loin d'être acceptée par la France, qui ne veut même pas ouvrir le débat sur la dépénalisation. Pourtant, le débat politique devrait aller bien au-delà des drogues dites illicites. Ainsi, la Cour des Comptes a critiqué ouvertement, en juin 2016, l'absence de politique de prévention et de réduction des risques pour les personnes en situation d'addiction alcoolique (absence qui coûterait, selon certains, 120 milliards d'euros par an à l'État français). Ce ne sont pas les remises en cause régulières de la loi Evin lors du vote de la loi de santé 2016 qui ont amélioré la situation.

#### → Changer d'approche et de regard

Il est affligeant de constater l'indifférence des pouvoirs publics – en particulier celle du ministère de la Santé – par exemple vis-à-vis des consommations en grande quantité de bières fortes par des adolescents à l'origine de violences connues, ou encore vis-à-vis des politiques de limitation de consommation tabagique au profit de la cigarette électronique, dont on stigmatise sans cesse les possibles inconvénients sans faire de pédagogie sur la diminution du risque de cancer qu'elle permet.

Pourtant, le syndrome d'alcoolisation fœtale, la destruction à long terme du cerveau des adolescents, l'augmentation inquiétante – unique en Europe – du cancer du poumon, en particulier chez les femmes, ainsi que le nombre élevé de décès par overdose devraient conduire à une prise de conscience et susciter une véritable politique de réduction des dommages et des risques liés à ces pratiques.

« L'AUDITION PUBLIQUE DE LA FFA A MONTRÉ QU'UN NOUVEAU REGARD DÉCULPABILISANT POUVAIT SUSCITER UNE ALLIANCE NOUVELLE ENTRE INTERVENANTS PROFESSIONNELS ET CONSOMMATEURS EXPERTS DE LEUR USAGE: FAIRE "AVEC" CES PERSONNES USAGÈRES, ET NON "CONTRE" OU "POUR". »

Réinterroger les programmes thérapeutiques, former les généralistes, mettre à leur disposition la prescription de Méthadone en plus du Subutex® (buprénorphine), faciliter les échanges de seringues, susciter des lieux d'injection propres, aider à analyser les produits sans cesse nouveaux pour permettre aux usagers d'en connaître la composition, en un mot, aller au-devant du réel, et ne pas se revêtir du manteau des bonnes consciences.

Certes, tout cela apparaît comme un renoncement à des valeurs sociétales traditionnelles et la médecine n'échappe pas à ce jugement critique. Elle qui, pourtant, suscite parfois des conduites addictives par la prescription irresponsable et massive de psychotropes dont on sait combien il est difficile ensuite d'en interrompre la prise.

Ce n'est pas l'affirmation d'un ordre moral que les personnes en situation d'addiction ont besoin d'entendre, mais une reconnaissance au sens ricœurien du terme, c'est-à-dire être considérés comme des personnes qui ont besoin d'aide plutôt que de menottes ou de mépris.

#### Des recommandations pragmatiques pour améliorer la RdRD liés aux conduites addictives

Soucieux de proposer des solutions novatrices et adaptées, les membres de la commission d'audition de la FFA ont formulé des recommandations concrètes, visant à favoriser l'accompagnement et la mobilisation des personnes usagères :

- réviser la loi de 1970 qui entre en contradiction avec la loi de 2016 et dépénaliser l'usage des substances addictives (pas le trafic!);
- ouvrir le débat social sur les enjeux réels du lien contradictoire entre répression et réduction des risques;
- renforcer les capacités des associations d'usagers dans le champ des drogues licites et illicites;
- mettre en réseau des acteurs aussi différents que les médecins généralistes et hospitaliers, pharmaciens, psychologues, infirmiers, sages-femmes, travailleurs sociaux pour intégrer la philosophie de la RdRD dans l'ensemble de leurs pratiques;
- rapprocher les structures existantes (centres d'addictologie (CSAPA) et centres pour usagers de drogues (CARUD)) en intégrant les usagers dans leur gouvernance;
- ouvrir des espaces de consommation à moindre risque ;
- intégrer la RdRD aux programmes de prévention et de promotion de la santé dès le collège ;
- développer un dispositif accessible d'hébergement spécifique pour consommateurs actifs ;
- mettre en place une évaluation permanente des substituts, en particulier de la cigarette électronique ;
- intégrer le savoir des usagers dans la recherche académique ;
- aider les familles à la mise en place de RdRD;
- agir sur la prévention en tenant compte du pouvoir délétère des lobbyings.

#### **POUR ALLER PLUS LOIN**

Voir le rapport d'orientation et de recommandations publié à l'issue de l'audition publique de la FFA: http://www.addictologie. org/dist/telecharges/FFA2016\_ RapportOrientation&Recos.pdf



## Pour vous défendre, nous soignons votre RCP-PJ

Depuis plus de 110 ans, MACSF - Le Sou Médical est le référent sur le risque médical.

**Votre défense** est renforcée par une équipe unique en son genre :

- composée de juristes et de médecins conseils de votre spécialité,
- · consultant un comité médical composé d'experts en exercice,
- en vue de vous apporter un soutien à tous niveaux : juridique, professionnel et moral.

**Prévenir le risque médical** fait également partie de notre engagement à vos côtés pour sécuriser la pratique de votre activité.

3233\* ou macsf.fr

Notre engagement, c'est vous.

