



# Les coopérations entre médecins et autres professionnels de santé : quelques aspects appliqués d'éthique et de déontologie

Réflexions de l'Ordre des médecins pour une coopération des professionnels de santé au service des patients.

La coopération entre les médecins et les rapports que ceux-ci entretiennent avec les autres professionnels de santé pour assurer les prises en charge des patients ne sont pas quelque chose de nouveau. Ce qui l'est, en revanche, ce sont les tentatives d'organisation de ces coopérations pour mieux répondre aux évolutions sociétales, au vieillissement de la population, à l'émergence des maladies chroniques au long cours, à la situation de la démographie générale des professions de santé, aux demandes de nouvelles formes d'organisation du système de santé, à la télé-médecine. Cette énumération des causes n'est pas exhaustive.

La loi récente portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires consacre un article spécifique à ces coopérations. Bien plus, le tissu de la loi est imprégné par l'idée d'une structuration de ces coopérations lorsqu'il instaure le médecin de premier recours, lorsqu'il trace l'organisation de maisons pluridisciplinaire et pluriprofessionnelles, lorsqu'il crée les communautés hospitalières de territoires et les groupements de coopération sanitaires, lorsqu'il aborde l'éducation thérapeutique et la prévention au-delà des seules compétences médicales...

Dans le même temps, lorsque l'on écoute les jeunes médecins et les jeunes autres professionnels de santé, la structuration de ces coopérations est activement recherchée afin de permettre des exercices coordonnés et de recentrer les activités sur les « cœurs de métiers ». Coopération : cela ne signifie ni transfert de compétences ni délégation de tâches, que ce soit entre les médecins ou avec les autres professionnels de santé. Il s'agit

plutôt d'un partage, d'une mise en commun, d'un croisement des compétences des uns et des autres au service de la qualité des soins et d'une meilleure organisation des activités des professionnels.

En exprimant son point de vue, l'Ordre des médecins ne cherche qu'à apporter des éléments à la réflexion collective de la profession afin qu'elle puisse trouver elle-même les formes organisationnelles les mieux adaptées à la prise en charge des patients, et permettre ainsi à la puissance publique comme aux organismes de protection sociale de prendre les dispositions que les praticiens jugent conformes à la qualité de l'exercice de leur art.

Il ne s'agit nullement de fixer une doctrine exclusive. La démarche de l'Ordre des médecins se veut simplement proactive et facilitatrice : c'est, de toute évidence, le patient qui doit être le pivot du système de santé. En ce sens, une interprétation ouverte doit être donnée à la lecture des articles 32, 33 et 68<sup>1</sup>

1. Article 32 (article R. 4127-32 du Code de la santé publique) « Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents ».

Article 33 (article R. 4127-33 du code de la santé publique) « Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés ».

Article 68 (article R.4127-68 du Code de la santé publique) « Dans l'intérêt des malades, les médecins doivent entretenir de bons rapports avec les membres des professions de santé. Ils doivent respecter l'indépendance professionnelle de ceux-ci et le libre choix du patient ».

**Dr Jacques Lucas**

Vice-président de Conseil national de l'Ordre des médecins, chargé des systèmes d'information en santé

du Code de déontologie médicale, sans qu'il soit nécessaire d'en modifier la lettre.

Il se peut, en revanche, que des dispositions réglementaires — soit du Code de la santé publique soit du Code de la sécurité sociale — deviennent nécessaires afin d'assurer la stabilité juridique de ces coopérations et les formes des rémunérations qui s'y trouvent attachées, en ce qui concerne les exercices libéraux des professionnels impliqués.

Toutefois, les aspects déontologiques sur lesquels l'Ordre des médecins s'exprime ne concernent pas uniquement les exercices libéraux, loin s'en faut. Certes, les coopérations dans le cas des exercices hospitaliers publics s'inscrivent dans un cadre statutaire et une organisation administrativement hiérarchisée. On peut citer, entre autres, les accueils et orientations dans les services d'admission et d'urgence, ainsi que les fonctionnements des blocs opératoires ou des services de soins intensifs comme ceux des soins palliatifs.

Pour autant, la décision médicale, quel que soit le secteur de soins dans lequel elle est prise, reste indépendante et libre ou — plus exactement — elle ne relève que du consentement éclairé du patient face aux investigations ou aux soins qui lui sont préconisés. Dans cette prise de décision — et les attitudes qui en découleront — les coopérations entre les professionnels qui participent à la prise en charge du patient doivent être organisées, tant sur le plan des relations humaines que dans les relations techniques et thérapeutiques. La bonne cohésion de l'équipe de soins, qu'elle soit libérale, hospitalière ou mixte, est un gage essentiel de la qualité des soins et de la confiance du patient.

L'aphorisme selon lequel la relation médecin-patient serait celle du « colloque singulier » au cours duquel « une conscience répondait à une confiance » doit certainement être revisité. De plus en plus souvent, la relation est désormais « polyphonique ». Bien loin d'altérer la chaleur et la solidité de la relation humaine qui doivent présider à la prise en charge d'un patient — et parfois de son entourage —, les coopérations entre les professionnels de santé en refondent au contraire la valeur singulière. Y compris par l'expression d'une conception moins exclusivement médicale du secret. Tous les professionnels de santé sont astreints, par leurs éthiques et leurs déontologies, ainsi que par la loi, au respect de la confidentialité de ce qu'ils auront « vu, entendu ou compris ». Le secret confié à chaque membre d'une équipe de soins est appelé à être partagé « dans l'intérêt

du patient ». Il ne peut l'être qu'avec l'accord et la confiance de celui-ci, et il reste limité à ce qui est nécessaire et suffisant pour la bonne coordination des soins, avec les implications médico-sociales découlant de la maladie et des conditions de vie du patient.

Nous pouvons confirmer que les coopérations interprofessionnelles ont pour objectif principal celui de la coordination des soins organisée au bénéfice du patient. C'est ce qui se passe depuis fort longtemps. Encore faut-il qu'aujourd'hui il n'y ait pas de confusion des genres ou des compétences.

L'exercice des professions médicales et des professions de santé est réglementé. Cela donne au patient l'assurance que les professionnels qui interviennent dans sa prise en charge ont des compétences reconnues, soit parce qu'elles sont attachées à leur diplôme initial soit parce qu'elles ont été acquises de façon complémentaire à celui-ci, ce qui doit entraîner la reconnaissance officielle des acquis de l'expérience.

#### **Définir un cadre juridique national en amont des mises en œuvre régionales**

De plus, selon l'Ordre des médecins, la prise en charge coordonnée des soins dans le cadre des coopérations inter-professionnelles doit reposer sur des protocoles de « bonnes pratiques », dont les clauses essentielles devraient être nationalement déterminées par les représentations institutionnelles des professions concernées sous le couvert méthodologique de la Haute Autorité de santé. Évidemment, ce dispositif ne doit pas venir compliquer la nécessaire adaptation des pratiques de coopération aux réalités des besoins de prises en charge sur les territoires de santé. Au contraire, le mécanisme national, ainsi schématiquement décrit, doit contribuer à simplifier les procédures régionales en leur fixant un cadre nationalement harmonisé.

En outre, si les coopérations interprofessionnelles peuvent être organisées selon le modèle de l'engagement volontaire prévu par l'article 51 de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, cela ne couvre pas l'ensemble du champ des coopérations, comme nous l'écrivions dès les premiers propos de ce papier.

Afin que les professionnels, comme les établissements d'ailleurs, puissent s'engager sans appréhension dans des coopérations structurées et actives sur un territoire de santé, la différence des régimes de responsabilité ne doit pas être occultée. En effet, les responsabilités encourues en cas de contentieux ne sont

pas les mêmes, selon que les professionnels interviennent dans le cadre de leurs compétences réglementées par le Code de la santé ou en extension de celles-ci, ainsi que selon leurs modes d'exercice : responsabilité civile personnelle et individuelle dans le cadre libéral et responsabilité de l'établissement public, hormis le cas de faute détachable du service, dans le cadre hospitalier public.

Ce point impose une réflexion juridique de portée nationale qui inviterait peut-être à faire évoluer les actuels principes du droit, si l'on veut faire coopérer structurellement des professionnels de statuts différents et les impliquer dans l'essor des applications de télémédecine, dont de nombreux rapports confirment l'impérieux besoin, en terme d'équité territoriale dans l'accès aux soins.

Ces éléments d'analyse ont été déjà examinés lors des rencontres régulières entre les conseils nationaux des ordres des professions de santé. Il faut réaffirmer clairement que les conseils nationaux des ordres des professions de santé sont tous favorables aux coopérations territoriales et souhaitent même les faciliter et les promouvoir au bénéfice de la coordination des soins. Cette coordination est assurément perfectible. Notamment entre les secteurs de l'hospitalisation, qu'ils soient publics ou privés, et le secteur ambulatoire de « médecine de ville ». En ce sens, les conseils nationaux des ordres se félicitent des avancées ouvertes par la loi et contribueront à apporter leurs expertises sur le respect des déontologies des professions impliquées, leurs contributions à l'élaboration des protocoles de bonnes pratiques, leurs appréciations sur les évolutions possibles des régimes de responsabilité et leurs réflexions sur les formes de financement attachées à cet exercice coopératif interprofessionnel et intersectoriel.

#### **Partager les données en préservant les droits des patients**

Ils apporteront aussi leurs contributions actives sur les échanges informatisés et les partages des données personnelles de santé. En effet, comment coopérer sans avoir connaissance de l'histoire médicale du patient, soit à l'occasion d'un épisode de soins, soit en raison d'un suivi coordonné au long cours ?

Ces échanges et ces partages comportent un préalable essentiel : le patient — citoyen libre — doit y consentir et doit pouvoir exercer un droit d'opposition. À cet égard, un travail coopératif a été activé par l'Agence des systèmes d'information partagé en santé



afin d'élaborer un guide de bonnes pratiques dans le recueil de ce consentement en fonction de diverses situations concrètes où il doit être donné. Nous y avons contribué, parmi d'autres, dont une représentation de la Cnil et des associations de patients, et nous inviterons le lecteur à s'y référer lors de la prochaine publication de ce document.

Ce partage peut être appliqué à un dossier informatisé au sein d'un établissement, à un dossier communicant de cancérologie, à un dossier réseau, à un dossier lors d'une hospitalisation à domicile, à un dossier médico-social d'établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes... Dans tous les cas, outre le recueil du consentement à l'ouverture du dossier informatisé, comportant le respect de la loi informatique et libertés, les habilitations d'accès doivent être fixées et le journal des traces des personnes qui y auront accédé —

soit en simple lecture, soit en écriture — doit être rigoureusement organisé.

Le sujet est vaste. Il paraît complexe alors qu'il est aujourd'hui technologiquement aisément soluble. La question dépasse d'ailleurs le cadre de ces dossiers répartis en fonction de diverses situations puisqu'elle doit être tranchée pour ce qui figurera et sera consultable dans le dossier médical (DMP). Il ne peut y avoir de coopérations fructueuses et fiables, dans l'intérêt des qualités des prises en charge des patients et de la coordination des soins qui leur sont prodigués, sans circulation protégée des informations au sein de l'équipe de soins. L'informatisation est un moyen de faciliter les choses.

Au nombre des moyens informatiques, le Conseil national de l'Ordre des médecins fait prospérer l'opinion qu'outre le partage des données inscrites dans un dossier, les

échanges électroniques de données ponctuelles lors d'un épisode de soins, de divers compte rendus pertinents, de prescription de soins ou de médicaments constituent un pré-requis. Ces échanges par messageries sécurisées dédiées aux usages professionnels doivent obéir aux mêmes règles de confidentialité et de traçabilité que celles qui s'appliquent au partage de dossier, aux mêmes obligations de consentement et au principe d'ordre public du secret de la correspondance. Il convient donc de bâtir ce système d'échanges et de prendre sur ce chemin des initiatives opérantes débordant le cadre médico-médical et s'ouvrant vers l'ensemble des professionnels de santé appelés à coopérer, sans omettre le secteur médico-social.

Là se trouve également une coopération nécessaire entre les professionnels : celle des ordres qui les représentent. 