

médecins

LE MAGAZINE DE L'ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS N°1 SEPTEMBRE - OCTOBRE 2008



POUR ALLER PLUS LOIN :
L'ACTUALITÉ EN LIGNE

www.conseil-national.medecin.fr



» Dossier

Les médecins : des patients pas comme les autres p.22

» Informatisation
de la santé
L'Ordre publie
son livre blanc p.6

» Sur le terrain
Une école
de l'asthme
à Dunkerque p.8

» Réflexion
L'ouverture
du capital
des SEL p.11



☛ **L'essentiel** | 04

Certificats d'aptitude au sport :
une vigilance constante

☛ **L'essentiel
informatique** | 06

Informatisation de la santé :
l'Ordre publie son livre blanc

☛ **Sur le terrain** | 08

Une école de l'asthme à Dunkerque

☛ **Ailleurs** | 10

La santé en Europe :
ambitions françaises

☛ **Réflexion** | 11

L'ouverture du capital des SEL

☛ **Courrier des lecteurs** | 28

☛ **La voix des
associations** | 29

L'Association hémochromatose
France (AHF)

☛ **Culture médicale** | 30

Magazine : le mot du mois
par Alain Rey

☛ **Les outils du mois** | 31

De la radiographie aux rayons X
à l'imagerie 3D :
un siècle de progrès

☛ **À vous la parole** | 32

« La médecine est une science
humaine », témoignage
d'un médecin généraliste
en milieu rural

☛ **Dossier** | 22

Les médecins : des patients pas comme les autres



Être médecin ne garantit pas la bonne santé. Ceux qui ont dû affronter une maladie ou qui, épuisés, ont sombré mentalement savent les affres de cette situation paradoxale à laquelle ils ne sont pas préparés. Après avoir dressé un état des lieux, le Conseil national de l'Ordre propose des solutions pour prévenir et aider les médecins malades.

Cahier jurispratique | 13

- ☛ **EXERCICE PROFESSIONNEL** Le calendrier vaccinal 2008 | 13
- ☛ **DÉCRYPTAGE** Équivalence thérapeutique des génériques : ce qu'il faut savoir | 14
- ☛ **QUESTIONS/RÉPONSES** Les nouveaux conseils régionaux et les chambres disciplinaires | 16
- ☛ **JURIDIQUE** Rédiger les statuts d'une SELARL : suivez le guide | 18
- ☛ **MÉTIERS** Les missions de la médecine générale : de la qualification au référentiel | 20

**Vos réactions nous intéressent.
Vous souhaitez réagir,
commenter ou témoigner ?**

Envoyez vos messages
à l'Ordre des médecins
180, bd Haussmann
75389 Paris Cedex 08



“
Gagner du temps médical pour mieux nous consacrer au cœur de notre métier...
 ”

Dr Michel Legmann,
 président du Conseil national de l'Ordre des médecins

La délégation de tâches, une solution appropriée mais...

Naugurant ce nouveau magazine que nous avons souhaité plus proche de vous, je voudrais revenir sur un sujet essentiel pour l'avenir : la délégation de tâches ou d'actes¹. Dans le contexte de la crise démographique que connaît la médecine, elle apparaît en effet comme une des solutions les plus appropriées.

Les travaux de la phase II des Egos ainsi que les expérimentations entreprises par la HAS constituent des contributions positives. Des coopérations avec les autres professions de santé, comme celle mise en place avec les infirmières anesthésistes, sont appelées à se développer aussi bien dans les domaines médical (avec infirmiers, manipulateurs radio, kinésithérapeutes, optométriciens, etc.) que médico-administratif : elles nous permettront de gagner du temps médical pour mieux nous consacrer au cœur de notre métier. Toutefois, si l'on veut préserver la qualité des soins et la sécurité des patients, des préalables nous paraissent indispensables. La HAS devra, en collaboration avec les collèges professionnels et les sociétés savantes, redéfinir les contours des métiers et, après expérimentation et évaluation, élaborer une répartition des activités déléguables dans les secteurs hospitalier et privé.

Les professionnels paramédicaux chargés de ces nouvelles délégations devront d'abord acquérir les connaissances afférentes, les enseignements devant être structurés sous l'égide des médecins compétents dans les diverses disciplines concernées. Enfin, les responsabilités des uns et des autres devront être très clairement établies afin qu'aucune ambiguïté ne subsiste en cas de contentieux.

1. Je me félicite que l'expression « délégation de tâches » ait finalement été adoptée par l'ensemble des intervenants, plutôt que « transfert de compétences » : une compétence peut s'acquérir, pas se transférer.

médecins

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : D' Walter Vorhauer - ORDRE DES MEDECINS, 180, bd Haussmann, 75389 Paris Cedex 08. Tél. : 01 53 89 32 00.
 E-mail : conseil-national@cn.medicin.fr - RÉDACTEUR EN CHEF : D' André Deseur. COORDINATION : Évelyne Acchiardi, Blandine d'Espinay Saint-Luc
 - CONCEPTION ET RÉALISATION : LIGARIS/CITIZEN PRESS 41, rue Greneta, 75002 Paris - RESPONSABLES D'ÉDITION : Nathalie Da Cruz, Émilie Tran Phong
 - DIRECTION ARTISTIQUE : Marie-Laure Noel - SECRÉTARIAT DE RÉDACTION : Élisabeth Castaing, Lise Hue, Sophie Loubeyre - IMPRIMERIE : IGPM -
 Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs - DÉPÔT LÉGAL : Septembre 2008 - n° 16758 - ISSN 00-304-565 - PRIX DE L'ABONNEMENT (1 AN) : 35 € - ABONNEMENT : Elsevier Masson, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux Cedex, Tél. : 01 71 16 55 99.

en bref

➤ GRIPPE SAISONNIÈRE :
APPEL À PARTICIPATION À L'ESSAI BIVIR

En cas d'hypothétique pandémie grippale, les antiviraux seraient essentiels pour réduire l'impact du virus émergent avant que le vaccin ne soit disponible. Un essai va donc être réalisé l'hiver prochain pour évaluer l'efficacité et la tolérance de la bithérapie oseltamivir-zanamivir (ou Bivir) dans la grippe saisonnière comparativement à une monothérapie. Randomisé, double insu, cet essai se déroulera lors de l'épidémie grippale 2008-2009. Financé par les pouvoirs publics, il s'inscrit dans la politique nationale de préparation à une pandémie grippale, dans laquelle les médecins généralistes ont un rôle déterminant à jouer. Il prévoit d'inclure 900 patients sur toute la France, suivis pendant quatorze jours par leur médecin traitant.

+ D'INFOS :

Vous êtes intéressé(e) pour y participer ?
Mail : fournel@u707.jussieu.fr
Tél. : 01 57 27 78 65
Fax : 01 57 27 76 91

➤ Cancer du sein

Succès pour le dépistage organisé

En 2007, plus de 2,1 millions de femmes ont participé au dépistage organisé du cancer du sein en France. Cela représente 50,7 % des femmes de 50 à 74 ans invitées à y avoir recours, alors qu'elles n'étaient que 40 % en 2004. Un progrès encourageant : rien qu'en 2005, le programme a permis la découverte de 12413 cancers du sein, soit 42 % des nouveaux cas dans cette tranche d'âge. « *L'enjeu est majeur, commente le Dr Michel Legmann, président du Cnom, qui, en tant que radiologue, est très concerné par le sujet. Les femmes qui se soumettent au dépistage organisé ont toutes les chances d'être traitées tôt et dans de bonnes conditions.* »

L'Institut national de veille sanitaire (InVS), qui dévoile ces chiffres, rappelle toutefois que l'objectif est d'atteindre au moins 70 % de participation au dépistage organisé.

En outre, le taux de participation varie selon les régions : si vingt départements dépassent les 60 %, près d'une quarantaine est en dessous de la moyenne. Paris notamment n'atteint pas 27 %. C'est dans ce cadre que l'INCa, avec le concours du ministère chargé de la Santé, lance une nouvelle campagne pour convaincre les femmes de la qualité du dépistage organisé et gratuit. En effet, contrairement au dépistage individuel, celui-ci intègre systématiquement une « deuxième lecture » des mammographies jugées normales. 7 % des examens en deuxième lecture mettent en évidence une pathologie.

La campagne vise donc aussi les femmes qui se font dépister en dehors du programme organisé. « *L'intégration de la mammographie numérique au dépistage organisé cette année devrait contri-*

EN CHIFFRES

4 millions

de femmes

se sont soumises au dépistage organisé du cancer du sein entre 2006 et 2007. Un résultat encourageant, que l'Institut national du cancer (INCa) espère améliorer avec la campagne 2008-2009.

buer à les convaincre, note Michel Legmann. *Beaucoup de ces patientes sont habituées à cette technique et ont confiance en elle. Cela devrait les rassurer.* »

Soigner les victimes de l'inceste

L'Association internationale des victimes de l'inceste (AIVI) organise son congrès annuel le 4 octobre 2008 à Paris. Ouvert aux victimes, aux proches, aux travailleurs sociaux et aux médecins, ce congrès va tenter de

sortir les soignants de l'isolement face à un traumatisme peu étudié et rarement enseigné. Plusieurs techniques de soins pour les victimes enfants et adultes, expérimentées en France, en Belgique et au Canada,

basées sur des groupes de parole ou des approches corporelles, seront présentées.

+ D'INFOS :

Inscriptions en ligne :
<http://aivi.org/congres/>
E-mail : congres@aivi.org
Tél. : 06 33 95 79 48

Erratum

L'article paru dans le *Bulletin* de février 2008 intitulé « Poursuivre une activité libérale après son départ à la retraite » a suscité de nombreuses réactions. Contrairement à ce qui a été publié, la cotisation aux URML (CUM) est bien obligatoire pour les praticiens ayant une activité après la prise de retraite dès lors qu'ils sont soumis à cotisation à l'Urssaf.

➤ Certificats d'aptitude au sport

Une vigilance constante

Pour le médecin, la rédaction, chaque année, de nombreux certificats d'aptitude au sport demande une vigilance constante. Cela engage sa responsabilité en cas de problèmes, comme le rappelle le D^r Patrick Bouet, président de la commission des jeunes médecins.



Stockphoto

A chaque rentrée scolaire, les médecins sont sollicités pour délivrer des certificats d'aptitude au sport. Ces demandes, souvent faites au dernier moment, peuvent occuper une grande partie du temps dont ils disposent. Pour autant, il ne faut pas les négliger. « *Le certificat d'aptitude aux sports n'est pas un examen banal* », rappelle le D^r Patrick Bouet, président de la commission des jeunes méde-

cins. « *Il s'agit d'un acte médical complet à la suite duquel on délivre un certificat, et non un simple document administratif.* » Cet examen va dépendre de deux paramètres : la nature du sport pratiqué et la réalité physiologique du demandeur. Grâce à la documentation que fournissent les fédérations et la société de médecine du sport, le médecin doit être à même de savoir quels examens il convient de pratiquer,

selon la spécificité de chaque sport. Si celui-ci demande des capacités physiologiques importantes, la fédération pourra demander un certificat détaillé de non-contre-indication nécessitant un examen prolongé et adapté. L'âge de la personne, ainsi que la connaissance de ses antécédents vont aussi permettre d'orienter le professionnel sur les examens à effectuer. « *Il ne faut pas oublier que la pratique d'un sport peut comporter certains risques pouvant présenter un danger pour celui qui le pratique. Le médecin doit alors être sûr de l'absence de contre-indications avant d'établir le certificat* », explique le D^r Bouet. En cas de problème, si le professionnel ne peut justifier de la nature et de l'adéquation de l'examen pratiqué, sa responsabilité sera engagée. Il faut donc tenir soigneusement à jour le dossier médical professionnel de la personne et conserver l'ensemble des éléments qui ont amené à établir le certificat, dont un double de celui-ci.

“ Non au trafic d'organes! ”

P^r Francis Navarro, médecin transplanteur au CHU de Montpellier

« **La pétition lancée en avril dernier par un collectif de médecins transplanteurs**, dont je fais partie, vise à sensibiliser l'ensemble du corps médical à la commercialisation des organes. La demande d'organes dépassant largement l'offre légale (donneurs en mort encéphalique ou vivants), un marché parallèle impliquant des organisations criminelles s'est mis en place, revêtant parfois une dimension officielle, avec des propositions de vente publiées dans les journaux! Certains États sont

devenus de véritables « plaques tournantes » de ce commerce... Le marché est alimenté par des personnes démunies qui proposent un de leurs organes, par des victimes non consentantes ou encore par des condamnés à mort. L'inexistence ou le laxisme de certaines législations sur le don d'organes encourage leur commercialisation et le tourisme des transplantations. La communauté scientifique internationale s'insurge contre ce trafic illicite. Nous souhaitons remettre une liste exhaustive

de signataires d'une pétition au président de la République pour l'interpeller sur ce sujet. Nous voulons aussi demander au gouvernement français, qui préside l'Union européenne jusqu'à la fin de l'année, la mise en place d'une commission d'enquête européenne. »

+ D'INFOS :

Pour signer la pétition :
www.chu-montpellier.fr

» Informatisation de la santé :

L'Ordre publie son livre blanc

Pour l'Ordre des médecins, l'informatisation de la santé doit permettre de faire avancer la qualité des soins. Mais jugeant nécessaire de rester vigilant, il souhaite suivre de façon très active sa mise en œuvre.

POINT DE VUE de l'Ordre



Dr Jacques Lucas,
vice-président
du Cnom, chargé de la
télématique de santé

« Comme d'autres acteurs de la santé, le Cnom a été convié par la ministre en charge de la Santé à s'exprimer sur les moyens de relancer le Dossier médical personnel (DMP). Nous lui avons alors fait part de nos propositions. Beaucoup convergent avec celles de la mission Gagneux. Nous sommes d'accord, par exemple, avec l'idée d'une autorité de régulation indépendante, qui aurait des moyens de vigilance mais aussi de sanction des infractions. Mais nous aimerions aller plus loin, notamment au niveau de l'architecture du DMP. C'est pourquoi nous avons exprimé le souhait d'être impliqués de façon très active dans le chantier. Dans notre livre blanc, nous disons comment. Notre atout : nous pouvons fédérer les médecins au-delà des spécificités et des sensibilités de chacun, sur des principes éthiques et déontologiques qui sont fondamentaux et qui leur sont communs. »



La mise en place des systèmes d'information de santé nécessite une réflexion éthique sur le secret médical et la protection des données personnelles.

Les technologies de l'information participent de plus en plus à l'amélioration de la qualité des soins, en facilitant les échanges et le partage de données, en accélérant la diffusion des connaissances. Cependant, la mise en place de ces technologies ne doit pas se faire sans une réflexion éthique et déontologique liée au secret professionnel et à la protection des données du patient. C'est dans le but de garantir la qualité de la médecine dans un climat de confiance renouvelé avec les patients que le Conseil national de l'Ordre des médecins a publié son livre blanc sur l'informatisation de la santé, en mai dernier. Il y fait cinq propositions majeures.

Les cinq propositions de l'Ordre

La première préconise d'associer le Cnom à la gouvernance renouvelée des systèmes d'information de santé, afin de garantir le bon respect des principes de la déontologie lors du développement et de la mise en place de ces systèmes, mais aussi de veiller à ce que les objectifs fixés soient clairs et réalistes.

Le Cnom propose ensuite de préparer les médecins à l'utilisation de ces nouvelles technologies, par de la formation continue. En effet, un médecin sur deux seulement se déclare à l'aise avec l'informatique¹.

Le Cnom est favorable à la relance d'un Dossier médical personnel (DMP), mais il veut être un parte-



➤ D'INFOS SUR LE SITE :
www.conseil-national.medecin.fr

Le livre blanc sur l'informatisation de la santé est téléchargeable dans la rubrique « Publications » du site.

naire actif et vigilant de ce projet. C'est pourquoi il insiste dans son livre blanc sur l'importance de donner à ce nouvel outil un cadre correspondant à la réalité des pratiques professionnelles. Il préconise notamment la définition d'un dossier-socle au sein d'un DMP. Ce dossier, électronique et partageable, doit comporter les données essentielles de suivi médical, être facilement exploitable en situation d'urgence, tout en préservant le secret médical et la responsabilité du médecin. Autour, des données ne seraient accessibles qu'aux seuls réseaux de professionnels concernés.

La quatrième proposition du Cnom vise à développer une messagerie professionnelle sécurisée commune à tous les médecins. Il s'agit de se placer dans une logique de partage d'informations entre professionnels de santé, prérequis indispensable à la bonne gestion du dossier-socle. Enfin, le Cnom souhaite contribuer aux évolutions juridiques et réglementaires qui permettraient de débloquer les freins au développement des systèmes d'information de santé. Il souscrit notamment à la suppression des sanctions judiciaires prévues par la loi en cas de non-ouverture d'un DMP par un bénéficiaire de l'Assurance maladie.

1. Sondage Ipsos/GIP-DMP réalisé en novembre 2007.

Zoom sur... la commission Jeunes Médecins du Cnom



présidée
par le D^r Patrick Bouet,
conseiller national

La commission Jeunes Médecins est la dernière-née des commissions créées au sein du Conseil national de l'Ordre des médecins. Mise en place à titre provisoire en 2005, elle n'est en effet inscrite dans les statuts de l'institution que depuis décembre 2007 (sous la houlette de la section Santé publique). Composée pour une part des représentants des jeunes professionnels et des étudiants en médecine et, pour l'autre part, de membres du Cnom, cette structure de concertation a une mission ambitieuse : construire une passerelle entre les médecins d'aujourd'hui et ceux de demain pour mieux préparer l'avenir.

- **SES OBJECTIFS** sont multiples mais ils vont tous dans le même sens. Face à une profession en pleine évolution, la commission est chargée d'établir un dialogue, de trouver un langage commun entre l'Ordre – émanation de la profession telle qu'elle s'exerce actuellement – et les jeunes ou futurs médecins qui aspirent à d'autres formes et à d'autres conditions d'exercice. « *La parole est très ouverte, sans hiérarchie*, confie le D^r Patrick Bouet qui en est l'animateur ordinal principal. *Cela permet un dialogue très équilibré et constructif.* » À partir de ces échanges de points de vue, il s'agit de dessiner un projet commun pour l'avenir du métier.

- **UN PREMIER RAPPORT**, issu d'un travail de réflexion des membres de la commission Jeunes Médecins, a déjà été présenté par le Cnom : publié en juin 2007, après deux années de concertation, il faisait la synthèse de la vision des jeunes professionnels sur leur activité et de leurs propositions sur la nature des études, les conditions d'accès, le contenu du métier, les passerelles, la formation continue, les conditions d'exercice, etc. Les travaux à venir reprendront sans doute ces différents chapitres pour les approfondir... et en feront émerger quelques autres.

- **DEUX SOUS-GROUPES** viennent de se constituer. L'un traite des technologies de l'information (télémédecine, Dossier médical partagé, etc.), l'autre des nouveaux contours du métier à travers les nouvelles formes d'exercice (médecin itinérant, sans cabinet propre, etc.) et la mixité des carrières, ainsi que du compagnonnage des étudiants « au pied du lit du malade » durant leurs stages. Sur tous ces chapitres, le code de déontologie devra évoluer pour permettre, préparer ou accompagner ces transformations. Les travaux de la commission donneront lieu, en 2009, à des rapports qui, s'ils sont adoptés, deviendront des outils pour l'instance ordinaire et pour les instances représentatives des jeunes et des futurs médecins.



Éducation thérapeutique

Une école de l'asthme à Dunkerque

Le relais d'éducation des enfants asthmatiques de Dunkerque a ouvert ses portes dans le centre-ville en janvier dernier, sur l'initiative de deux pédiatres du centre hospitalier. Objectif : apprendre aux enfants et à leurs parents à mieux comprendre et gérer la maladie et les traitements.

Qu'est-ce qu'un bronchospasme? Qu'est-ce que le *peak flow*? Sept enfants de 4 à 10 ans participent à un jeu de l'oie qui permet de réviser les notions acquises lors de la session précédente. Celle-ci, qui a eu lieu quinze jours plus tôt, était centrée sur l'identification des premiers signes de la crise, les facteurs déclenchants, la compréhension de l'action des médicaments. Après le jeu de l'oie, les enfants asthmatiques et leurs parents (qui sont toujours conviés) se séparent en groupes pour réviser leurs connaissances, à partir de jeux pour les petits et d'études de cas pour les grands, sur le thème de l'asthme et de la pratique sportive. L'école de l'asthme est animée par Sabine Fardel, infirmière à l'Union des mutuelles de Dunkerque, par les kinésithérapeutes et les infirmières du centre hospitalier de Dunkerque, ainsi que par deux médecins à l'origine du projet : le Dr Florence Delepouille, pédiatre allergologue, et le Dr Manuëla Scalbert-Dujardin, pneumopédiatre, qui exercent elles aussi au centre hospitalier. « De nombreuses hospitalisations en urgence pourraient être évitées grâce à une meilleure observance du traitement. Lors d'une consultation, nous avons du mal à prendre du temps avec les patients... La création d'une école de l'asthme s'imposait », explique le Dr Delepouille. Mais il s'agit bien d'un

relais d'éducation thérapeutique, comme le rappelle le Dr Scalbert-Dujardin : « Il n'est pas question de se substituer à la prise en charge par le médecin habituel, qui continue le suivi de l'enfant après les deux sessions. » L'école a accueilli, au cours du premier trimestre, 26 jeunes patients en sessions collectives et 37 en entretien individuel.



Dr Florence Delepouille, pédiatre allergologue au centre hospitalier de Dunkerque et animatrice de l'école de l'asthme.



Jeu de l'oie

Les enfants participent à un jeu de l'oie qui permet de se remémorer les enseignements acquis lors de la session précédente.

témoignage

En janvier, nous avons souhaité déplacer le relais en centre-ville pour l'ouvrir à tous les patients. Le projet a été élaboré avec la ville de Dunkerque, la communauté urbaine, la Maison de promotion de la santé, l'Union des mutuelles de Dunkerque ainsi que la Maison de l'environnement : nous prévoyons toujours une sensibilisation à l'environnement et à la pollution intérieure lors des sessions. Avec le Dr Scalbert-Dujardin, nous avons décidé de rencontrer individuellement les 300 médecins généralistes de l'agglomération d'ici à 2010. Nous les incitons à nous envoyer leurs jeunes patients asthmatiques et à les revoir six semaines après la fin du cycle éducatif. Les enfants sont tout d'abord reçus lors d'un diagnostic individuel par Sabine Fardel, l'infirmière référente. Ensuite, ils peuvent être orientés vers une prise en charge collective au cours de deux sessions de trois heures. L'accès au relais est gratuit pour les patients. Chaque partenaire a mis des moyens, du personnel et des locaux à disposition. Pour l'instant, nous n'avons



Test ↘

Que faut-il changer dans cette maison pour qu'un enfant asthmatique ait le moins de crises possible ? Aux jeunes patients de répondre.



Passeport ↘

Un passeport est distribué et rempli par les enfants : sont indiqués, à travers des images, le mode de traitement des crises, les signes de la crise, les facteurs déclenchants, le débit de pointe.

pas de budget particulier, mais nous avons sollicité une aide auprès de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH). Nous envisageons de travailler avec les pneumologues pour étendre le dispositif aux adultes asthmatiques. 5 % de la population française et 10 % des moins de 18 ans sont affectés par l'asthme. ”

+ D'INFOS :

• Relais d'éducation des enfants asthmatiques
Tél. : 03 28 66 34 73

• <http://asthme.santenpdc.org> : voir dans « Espace pro » des documents pour le praticien (grilles d'évaluation, critères de Gina, etc.)



Exercices pratiques ↘

Parents et enfants se séparent en deux groupes. Pendant que les parents travaillent sur des « études de cas », les enfants révisent le mode de prise du traitement.



La santé en Europe

Ambitions françaises

Les thèmes de santé de la présidence française de l'Union européenne sont volontairement ambitieux afin d'offrir une qualité de soins toujours plus élevée, tout particulièrement aux populations les plus à risque. Présentation par le D^r Francis Montané, délégué général aux Affaires européennes et internationales du Cnom.

Depuis le 1^{er} juillet dernier, la France occupe la présidence de l'Union européenne pour une durée de six mois. Durant ce mandat, les questions de santé vont être défendues suivant cinq axes : les maladies du vieillissement, la sécurité sanitaire, l'Europe de la santé, la lutte contre le tabac et l'alcool, et la contrefaçon de médicaments.

Le problème du vieillissement de la population est certainement un des thèmes majeurs abordés par la présidence française de l'Union européenne. Il s'agit pour les pays membres de mettre en place des modalités efficaces pour financer les programmes de recherche sur les maladies, particulièrement celle d'Alzheimer, mais aussi de définir un programme de gestion de la dépendance et d'accompagnement des personnes âgées.

Concernant la sécurité sanitaire, la France envisage de mettre au point des outils nécessaires à une meilleure coordination de la gestion des risques au sein de l'Union euro-

péenne, afin d'être prête à faire face à d'éventuelles pandémies, celle de la grippe aviaire particulièrement. La question de l'Europe de la santé recouvre plusieurs points, parmi lesquels la libre circulation des professionnels de santé et les soins transfrontaliers. « La mise en place d'un système informatique européen, pour se tenir au courant des migrations des professionnels ainsi que de leurs aptitudes techniques et morales à exercer, devrait voir le jour », précise le D^r Francis Montané, délégué général aux Affaires européennes et internationales (DAEI) du Cnom.

Durant son mandat, la France se penchera aussi sur le problème de la contrefaçon des médicaments. La législation devrait être renforcée et harmonisée au sein de l'Union européenne, et des pistes comme l'inviolabilité des conditionnements sont déjà à l'étude.

Enfin, le problème des addictions, tout particulièrement celles dues à l'alcool et au tabac, sera abordé.

RENFORCER LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

« Sur la question de la sécurité des patients, la France dispose déjà d'une bonne expertise. Un outil, le Dossier pharmaceutique, vient d'être développé par le Conseil de l'Ordre des pharmaciens ; il permet de lutter contre la iatrogénie liée à la polymédication et à la surconsommation de médicaments. Il peut être cité en exemple », explique le D^r Philippe Biclet, conseiller national et membre de la DAEI. Le Cnom réfléchit actuellement à la mise en place d'une messagerie professionnelle, sécurisée et confidentielle, destinée à améliorer la réactivité des médecins dans la prise en charge des malades. La gestion du risque médical, particulièrement à l'hôpital, est un enjeu majeur partagé par tous les pays européens. Elle repose sur le signalement des dysfonctionnements et des événements indésirables survenus dans la prise en charge du malade. Cependant, cette « autodénonciation » n'est possible que si elle ne s'accompagne pas de sanctions. Une réunion tenue au Conseil de l'Europe début juin a permis un partage des expériences sur le sujet.

QUELQUES-UNS DES RENDEZ-VOUS PRÉVUS SOUS LA PRÉSIDENTE FRANÇAISE

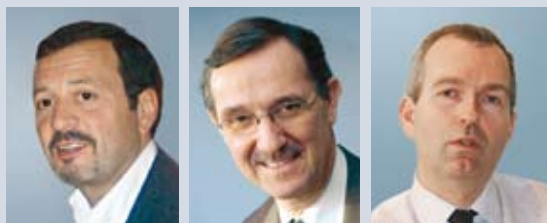
8 et 9 septembre, à Angers : conseil informel des ministres de la Santé sur la gestion de risques sanitaires de grande ampleur.

2 octobre, à Bruxelles : réunion du Forum pharmaceutique européen sur le thème de la contrefaçon de médicaments.

2 octobre : réunion ministérielle sur les problèmes de santé liés au tabac.

13 et 14 octobre, à Paris : conférence ministérielle sur les soins transfrontaliers.

30 et 31 octobre, à Paris : conférence ministérielle sur la maladie d'Alzheimer.



Avec la participation de...

D^r Jean-Claude Zerati, biologiste, codirecteur du laboratoire Lavergne (Paris).

P^r Claude Le Pen, économiste de la santé, enseignant à l'université Paris-Dauphine.

Francisco Jornet, conseiller juridique au Conseil national de l'Ordre des médecins.

» Débat

L'ouverture du capital des SEL

Sous la pression de la Commission européenne et de certains grands investisseurs financiers, les autorités françaises envisagent d'ouvrir sans limitation le capital des sociétés d'exercice libéral à des non-professionnels. L'indépendance médicale et la qualité des actes sont-elles menacées ?

Bon à savoir

SELON L'ARTICLE 5 DE LA LOI N°90-1258

du 31 décembre 1990 relative aux SEL : « Plus de la moitié du capital social et des droits de vote (de la SEL) doit être détenue, directement ou par l'intermédiaire de la société d'exercice libéral, par des professionnels en exercice au sein de la société. » L'article 6 de cette même loi indique qu'une partie du capital confié à des non-professionnels pourra dépasser 25 % mais sans atteindre 50 %.

La loi du 31 décembre 1990 relative aux sociétés d'exercice libéral (SEL) prévoit que celles-ci doivent aujourd'hui être possédées en majorité (de 75 à 100 %) par des professionnels afin de préserver l'indépendance et la qualité de leur activité. Mais cette loi est incompatible avec la liberté d'établissement prévue par le traité européen, a estimé la Commission européenne, qui a donc demandé à la France de revoir sa législation en 2006, et renouvelé sa demande fin 2007. Or, si la loi de 1990 était modifiée, le capital des cabinets médicaux, des centres de santé, des cabinets dentaires, des pharmacies pourrait être accessible aux investisseurs financiers. Certains d'entre eux ont déjà fait des offensives dans les services de santé français. D'où le front commun du monde médical.

Dans un communiqué commun paru le 18 avril dernier, les Ordres des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des masseurs-kinésithérapeutes ont exprimé leurs craintes. Des groupes dominants, au poids démesuré face aux autorités de santé et de protection sociale, ne vont-ils

pas voir le jour ? Une partie des ressources de l'Assurance maladie ne risque-t-elle pas d'être détournée au profit de ces investisseurs extérieurs ? Ceux-ci ne vont-ils pas intervenir dans l'organisation et la dispensation des soins, mettant à mal l'indépendance des professionnels de santé ? Les Ordres demandent à l'État d'agir, y compris dans le cadre de la présidence française de l'Union européenne.

Le 3 juin dernier, un nouvel appel a été lancé, signé cette fois de l'Ordre des médecins et de quatre syndicats médicaux (SML, CSMF, MG France, FMF), pour demander au gouvernement et au parlement de préserver la réglementation française, qui, selon eux, ne fait pas obstacle à l'Europe de la santé.

L'entrée des investisseurs dans les capitaux des SEL est-elle inéluctable ? S'agit-il d'une réaction de peur injustifiée de la France qui craint les réformes ? Ou y a-t-il un réel danger ?

+ D'INFOS SUR LE SITE : www.conseil-national.medecin.fr

Les communiqués du 18 avril et du 3 juin derniers sont en ligne dans la rubrique « Communiqués de presse ».



Dr Jean-Claude Zerat,

biologiste, codirecteur du laboratoire de biologie médicale et d'anatomie et cytologie pathologiques Lavergne, à Paris.

Trésorier du conseil départemental de l'Ordre de Paris, le Dr Zerat a eu plusieurs propositions de rachat pour son laboratoire, une société civile professionnelle (SCP) de 50 salariés, ce à quoi il s'oppose fermement.



Pr Claude Le Pen,

professeur d'économie de la santé à l'université Paris-Dauphine.

Auteur d'une étude intitulée *Médicament et hôpital : la grande transformation* (2003, éditions John Libbey) et, avec Didier Sicard, de *Sauver la Sécurité sociale* (2004, éditions Desclée de Brouwer), le Pr Le Pen prépare pour la fin 2008 un ouvrage intitulé *Où va le système de santé ?*

Pourquoi êtes-vous fortement opposé à l'ingérence des financiers dans les services de santé en général ?

Dr Jean-Claude Zerat :

Il y a une réelle menace pour la qualité des analyses. Dans mon laboratoire, il nous arrive de passer une demi-journée sur l'analyse d'un cas de cancer délicat. Si nous étions rachetés par un de ces groupes financiers, il nous faudrait inévitablement limiter le temps passé, ce qui affecterait la qualité. Je ne suis pas opposé à une restructuration de la biologie médicale. Mais ces regroupements ne doivent pas compromettre le maillage de laboratoires de proximité que nous avons en France. Et nous

n'avons pas besoin des financiers pour cela. Nous avons déjà amorcé des regroupements pour optimiser nos services, avec les SEL, les contrats de collaboration... Je connais plusieurs groupes de laboratoires qui ont mutualisé leurs moyens et qui proposent des plateaux techniques de qualité. Je n'ai jamais eu de problème pour financer mes équipements, les banques m'ont toujours prêté de l'argent ou j'ai fait appel à l'autofinancement. Ces investisseurs pourront à terme posséder des centres multidisciplinaires et créer des monopoles. Ce qui limitera le choix des patients. Et ces groupes monopolistiques risquent d'imposer leurs tarifs à l'État. Enfin, ils visent la

Bon à savoir

LES AVERTISSEMENTS DE LA COMMISSION EUROPÉENNE

Saisie d'une plainte émanant d'un réseau de laboratoires de biologie médicale adossé à un groupe financier, la Commission européenne a adressé au gouvernement français une mise en demeure en avril 2006, puis un avis motivé en décembre 2006. L'objet de ces avertissements : l'incompatibilité des articles 5 et 6 de la loi de 1990 sur les SEL avec la liberté d'établissement prévue à l'article 43 du traité de la Communauté européenne. Le même réseau de laboratoires a déposé une nouvelle plainte auprès de la Commission européenne en octobre 2007, contre l'État français et l'Ordre des pharmaciens, pour violation du droit communautaire de la concurrence dans le domaine de la biologie médicale. L'Ordre des pharmaciens a répondu à cette plainte. L'État français a fait savoir qu'il n'y répondrait pas.

rentabilité à court terme. Quant à l'argument de la dissociation entre détention du capital et direction médicale, je n'y crois pas. Le choix de mes techniques, de mes réactifs, c'est de la gestion ! La gestion impacte forcément l'exercice médical, donc la qualité. La biologie médicale est la porte d'entrée ouverte aux financiers vers tous les services de santé.

Le problème est très grave. Le fait que l'Ordre et plusieurs syndicats de médecins s'unissent pour produire un communiqué commun – c'est une première ! – le montre bien. Pour moi, les pouvoirs publics devraient aller jusqu'au bout, y compris jusqu'en Cour de justice européenne, pour défendre l'indépendance des services de santé.



Francisco Jornet,
conseiller juridique au
Conseil national de
l'Ordre des médecins.

Responsable du service des contrats, il est l'un des auteurs du *Guide de rédaction des statuts de SELARL*.

P^r Le Pen, vous êtes favorable à l'entrée de capitaux extérieurs dans les SEL et les services de santé...

P^r Claude Le Pen :

Il serait plus juste de dire que je ne suis pas contre ! Des investisseurs extérieurs sacrifieront-ils la qualité au profit ? Rien ne permet de le dire. Les cliniques appartenant à des fonds d'investissement sont-elles automatiquement de plus mauvaise qualité que les établissements indépendants ? La détention individuelle du capital vaut-elle brevet de qualité des soins ? Personne ne peut raisonnablement le soutenir. En fait, il faut rompre avec ce présupposé qu'un modèle économique particulier (la petite entreprise indépendante), qu'une forme juridique (le cabinet libéral), sont

intrinsèquement porteurs de qualité. Ce que la médecine moderne, de plus en plus complexe, a fait émerger, c'est une notion différente de la qualité fondée non sur le statut mais sur l'observation des bonnes pratiques et le respect des protocoles. Avec des patients de plus en plus avertis et sensibilisés à ces questions, il est absurde de penser qu'on peut gagner de l'argent avec de la médecine *low cost* ou *low quality*. Un argument plus sérieux concerne la sélection des malades. Les organisations « capitalistes » peuvent être tentées de ne traiter que les patients aisés. Mais là encore, la polémique sur l'accueil des patients CMU montre que le cabinet libéral ne protège nullement contre ce risque de discrimination. Pour éviter de telles dérives, il faut poser des garde-fous, à travers

des cahiers des charges instaurant une obligation de service d'intérêt général, à l'instar de ce qu'envisage le sénateur Larcher dans son rapport sur l'hôpital. Au fond, peu importe la structure juridique, peu importe la forme de propriété du capital, pourvu que les règles éthiques fondamentales concernant l'accueil des patients et l'accès aux soins soient garanties.

Sur les plans juridique et économique, quelles seraient les conséquences de la suppression de l'article 5 de la loi sur les SEL ?

Francisco Jornet :

La Commission européenne demande que des tiers puissent détenir sans limites le capital des SEL. Dans sa logique de primauté de la libre concurrence, elle met sur le même plan les sociétés dont l'objet est commercial et celles qui sont créées pour exercer une profession de santé. Cette même logique obligera les professionnels de santé à abandonner la direction effective de leur SEL puisque toute contrainte est un frein à la concurrence. On voit bien comment, au travers de la détention du capital, ce sont toutes les décisions, que ce soit en matière d'investissements, d'assurance qualité, de coopérations internes et externes, qui échapperont aux professionnels de santé. Et ce alors que les

dirigeants représentant les investisseurs financiers n'auront qu'une directive à faire appliquer : distribuer le plus de dividendes et le plus vite possible. Le législateur avait bien compris, en 1990, date de la création des SEL, que la détention du capital était une condition d'indépendance des professionnels et que les affaires de la société devaient être gérées par eux. C'est cette conception qu'on retrouve à chaque article de la loi qui est actuellement remise en cause. Les SEL reposent aujourd'hui sur un principe de responsabilité qui est le propre des professions libérales. Ce principe serait considérablement ébranlé par l'intrusion de capitaux non professionnels. À quel titre cette société, constituée essentiellement d'investisseurs, devrait-elle être inscrite à l'Ordre et y répondre de son comportement, y compris si celui-ci porte atteinte à la qualité des soins ? À quel titre les investisseurs répondraient-ils devant les juridictions judiciaires d'actes commis par une société qu'ils ont revendue ? À quel titre ces sociétés aux capitaux volatils s'expliqueraient-elles sur leurs choix devant les pouvoirs publics ? Nous nous exposons à un risque de dilution, voire de disparition des responsabilités.

CAHIER JURISPRATIQUE

de L'Ordre des médecins



n°1 sommaire :

- **EXERCICE PROFESSIONNEL** Le calendrier vaccinal 2008 | 13
- **DÉCRYPTAGE** Équivalence thérapeutique des génériques : ce qu'il faut savoir | 14
- **QUESTIONS/RÉPONSES** Les nouveaux conseils régionaux et les chambres disciplinaires | 16
- **JURIDIQUE** Rédiger les statuts d'une SELARL : suivez le guide | 18
- **MÉTIER** Les missions de la médecine générale : de la qualification au référentiel | 20

Le calendrier vaccinal 2008

..... **À retenir : de nouvelles recommandations contre la coqueluche et la grippe, et l'apparition d'un second vaccin contre les papillomavirus.**

Le changement le plus important dans le calendrier vaccinal 2008 concerne la vaccination contre la coqueluche.

Le non-respect des recommandations chez l'adolescent, chez l'adulte et en milieu professionnel ne permet pas de réduire l'incidence chez les jeunes nourrissons et laisse émerger un nombre croissant de coqueluches nosocomiales. Les nouvelles recommandations insistent sur la nécessité du rappel de 11-13 ans, qui pourra être rattrapé à 16-18 ans en

cas d'oubli ou de vaccination inopportune à 5-6 ans. L'intérêt de la vaccination des futurs parents est rappelé, en ramenant à deux ans le délai minimal entre deux vaccinations comportant les valences dT. En complément, une vaccination contre la coqueluche est proposée pour les adultes n'ayant pas reçu de vaccin anticoquelucheux depuis plus de dix ans, notamment à l'occasion du rappel décennal de 26-28 ans. En milieu professionnel, la recommandation

vaccinale est étendue à tout le personnel soignant, aux personnes chargées de la petite enfance, avec un rattrapage pour tous ceux qui sont en contact avec de jeunes enfants. Le délai de deux ans entre deux vaccins comportant les valences dT est ramené à un mois en situation de cas groupés. La seconde nouveauté concerne la vaccination contre la grippe chez les enfants, qui sont massivement touchés par les épidémies, avec un risque d'hospitalisation élevé et de mortalité non négligeable chez les nourrissons. En

l'absence de données sur l'efficacité des vaccins chez les moins de 2 ans, la protection indirecte des nourrissons de 0 à 6 mois à haut risque de grippe grave (en particulier les prématurés) est préconisée par la vaccination de l'entourage. Enfin, un second vaccin contre les papillomavirus est mentionné : Cervarix®. Mais il n'est pas privilégié du fait qu'il ne protège que contre les HPV 16 et 18, et ne prévient pas les condylomes et verrues génitales (voir BEH n°16-17 sur www.invs.sante.fr).

➤ **P^r Daniel Floret, président du Comité technique des vaccinations**

Équivalence thérapeutique des génériques : ce qu'il faut savoir

..... **Devant les doutes soulevés par plusieurs conseillers ordinaires, le D^r Jean-François Knopf, président de la section Exercice professionnel du Cnom, a interrogé l'Afssaps¹ sur l'équivalence thérapeutique entre génériques et médicaments princeps. Réponse : évalués, autorisés et contrôlés comme les princeps, les génériques sont des médicaments à part entière.**

Une spécialité générique s'entend comme une spécialité ayant la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, ayant la même forme pharmaceutique et dont la bioéquivalence avec la spécialité de référence est démontrée par des études appropriées de biodisponibilité.

CONDITIONNEMENT ET EXCIPIENTS

Les différents sels, esters, éthers, isomères, mélanges d'isomères, complexes ou dérivés d'un principe actif sont considérés comme un même principe actif, sauf s'ils présentent des propriétés sensiblement différentes au regard de la sécurité ou de l'efficacité. Dans ce cas, des informations supplémentaires fournissant la preuve de la sécurité et de l'efficacité doivent être apportées. L'article L. 5121-1 (5°) du code de la santé

publique considère les différentes formes pharmaceutiques orales à libération immédiate comme une même forme. Ainsi, un médicament sous forme de comprimé peut avoir un générique sous forme de gélule. Enfin, la composition en excipients peut être différente, à condition que ceci n'affecte pas la bioéquivalence. Et, lorsque des excipients à effet notoire peuvent différer, ceci est dûment mentionné au prescripteur et au patient. Rappelons que des excipients à effets notoires peuvent également être présents dans les spécialités de référence.

BIOÉQUIVALENCE

Le générique doit présenter les mêmes propriétés de sécurité et d'efficacité. Ceci est démontré par son profil pharmacocinétique, qui doit être superposable à celui du médicament princeps. L'identité des propriétés

pharmacocinétiques s'évalue par le paramètre de bioéquivalence. L'intervalle toléré de bioéquivalence (- 20 % / + 25 %) résulte d'une ligne directrice de l'EMA² fondée sur un consensus scientifique. Cet intervalle peut être réduit pour raisons de sécurité, lorsque le principe actif présente notamment une marge thérapeutique étroite ou qu'il est de maniement thérapeutique complexe.

INSCRIPTION AU RÉPERTOIRE DES GÉNÉRIQUES

Toute spécialité identifiée comme un médicament générique est automatiquement inscrite au répertoire des groupes génériques (article L. 5121-10 du code de la santé publique). Ce répertoire liste, pour un même médicament de référence, l'ensemble des spécialités génériques qui ont été évaluées comme

offrant les critères d'efficacité et de sécurité. Il présente les spécialités incluses dans chaque groupe générique, en précisant leur dosage et leur forme pharmaceutique. Les groupes génériques sont rassemblés par principe actif, désigné par sa dénomination commune, et par voie d'administration. Pour chaque spécialité, le répertoire indique sa dénomination, le nom du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) et éventuellement le nom de l'entreprise ou de l'organisme exploitant la spécialité. Surtout, ce répertoire des groupes génériques énumère, en annexe 2, **tous les excipients à effet notoire**, en déclinant pour chacun d'eux leur signalement ainsi que les effets notoires susceptibles d'y être associés. Ces informations sont d'ailleurs accessibles sur le site Internet de l'Afssaps (3^e partie du répertoire des groupes

► En pratique

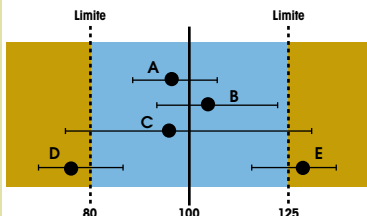
QU'ENTEND-ON PAR BIOÉQUIVALENCE DE DEUX MÉDICAMENTS ?

Pour considérer que deux préparations médicamenteuses sont équivalentes d'un point de vue thérapeutique, il est nécessaire que leur profil d'efficacité et de sécurité soit identique, afin qu'elles puissent se remplacer. La démonstration de cette équivalence thérapeutique nécessiterait en principe la réalisation d'essais cliniques chez de nombreux patients. En pratique, cette équivalence thérapeutique peut être indirectement démontrée par des études de bioéquivalence des deux spécialités que l'on veut comparer.

Cette bioéquivalence peut être établie grâce à des études appropriées de biodisponibilité. La biodisponibilité d'une préparation dépend de la quantité de principe actif qui atteint la circulation générale après son administration, ainsi que de la vitesse à laquelle le principe actif y parvient. Cette biodisponibilité est mesurée comparativement à une forme pharmaceutique de référence (biodisponibilité relative) et/ou une solution pour injection intraveineuse (biodisponibilité absolue).

La quantité de principe actif qui atteint la circulation est calculée en mesurant l'aire sous la courbe (AUC) de la relation concentration/temps, tandis que la vitesse est évaluée par la hauteur (Cmax) et le délai de survenue (Tmax) du pic de concentration. La méthode actuellement validée pour déterminer la bioéquivalence

Biodisponibilité relative (%) de cinq spécialités génériques avec les médicaments princeps



Les spécialités A et B sont considérées comme bioéquivalentes au médicament princeps, alors que les spécialités C, D et E ne le sont pas.

consiste à réaliser ces mesures chez des volontaires (de 24 à 48 sujets) auxquels sont administrés la spécialité princeps et la (ou les) spécialité(s) étudiée(s). Pour chacune des spécialités étudiées, sont calculés la moyenne \pm l'intervalle de confiance à 90 % de l'AUC et de la Cmax. Ces valeurs doivent se situer dans la zone de bioéquivalence qui est comprise entre 80 et 125 % des valeurs moyennes déterminées pour le médicament princeps.

► D^r Bernard Chanu, auditeur au Cnom

génériques) afin de fournir aux médecins et aux pharmaciens toutes les informations propres à sécuriser les substitutions.

CIRCUIT D'ÉVALUATION ET D'AMM

Comme pour toute spécialité pharmaceutique, l'Agence est chargée de l'évaluation, du contrôle en laboratoire et de l'inspection des spécialités génériques. Celles-ci doivent faire l'objet, avant leur commercialisation, d'une AMM. L'AMM

des médicaments génériques repose sur la **même méthode d'évaluation** que celle appliquée à l'ensemble des médicaments.

Les dossiers pharmaceutiques des spécialités génériques sont soumis à la même méthode d'évaluation et aux mêmes degrés d'exigence et de précision que ceux des spécialités de référence. Le dossier pharmaceutique doit réunir tous les éléments permettant de justifier de la qualité du médicament (origine

et spécifications des matières premières, méthodes de fabrication et de contrôle du produit fini), la reproductibilité de cette qualité d'un lot à l'autre (validation des méthodes de fabrication et de contrôle) et le maintien de cette qualité (études de stabilité). En outre, le développement pharmaceutique du médicament générique doit justifier de la similarité du médicament générique à la spécialité de référence (par des études comparatives

des compositions, des caractéristiques physico-chimiques, et pharmaceutiques). De plus, le critère d'efficacité et de sécurité du produit sera essentiellement documenté par la **démonstration de la bioéquivalence du médicament générique à la spécialité de référence**. Les exigences de l'Agence en matière de qualité pharmaceutique et de critères de démonstration de la bioéquivalence ont conduit à rejeter des demandes d'AMM de génériques.

DROITS DU PRESCRIPTEUR

Un générique peut donc ne pas être la copie conforme du princeps en termes de forme, couleur, taille, ce qui peut être source de confusion. Toutefois, ce risque de confusion peut être minimisé par un circuit adapté de prescription et de dispensation des génériques. Quoi qu'il en soit, **le prescripteur peut exclure la substitution pour des raisons particulières tenant au patient, par une mention expresse portée sur la prescription** (article L.5125-23 du code de la santé publique).

1. Afssaps : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.
2. EMEA : Agence européenne du médicament (European Medicines Agency).

► P^r Lechat, direction de l'Évaluation des médicaments et des produits biologiques de l'Afssaps

Les nouveaux conseils régionaux et

..... Les conseils régionaux, tout comme les chambres disciplinaires, sont en place dans leur nouvelle configuration depuis dix-huit mois : l'heure est venue de faire un premier bilan de la réforme de l'Ordre des médecins. Un bilan en demi-teinte, nous explique le D^r Michel Fillol, secrétaire général adjoint du Cnom.

Pour mémoire, quelles sont les grandes lignes de cette réforme et les missions des nouveaux conseils régionaux ?

La réforme trouve sa source dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, précisée par l'ordonnance du 26 août 2005 et le décret du 7 mars 2006. Ces textes ont été attribués aux conseils régionaux de l'Ordre des médecins de nouvelles missions afin de mieux répondre à la régionalisation de notre système de santé. Alors que ceux-ci n'avaient jusque-là que des fonctions disciplinaires, cette réforme leur a octroyé des missions de coordination et de représentation des conseils départementaux auprès des instances régionales de santé. Selon les termes de la loi, en effet, le conseil régional étudie et délibère sur les projets

et propositions qui lui sont soumis par les instances régionales de santé. Le conseil régional a, d'autre part, le pouvoir de statuer en appel sur les décisions d'inscription des conseils départementaux. Il a également le pouvoir de prendre la décision de suspendre temporairement un médecin du droit d'exercer en cas d'infirmité ou d'état pathologique (article L.4124-3 du code de santé publique, ex-article 460). Autrefois, ces décisions étaient traitées au niveau disciplinaire. Aujourd'hui, dans ces cas-là, le conseil régional peut statuer en « Formation restreinte », qui a un pouvoir décisionnel.

Passer du statut disciplinaire à l'administratif, cela change-t-il vraiment le traitement de ces dossiers ?

L'avantage de la Formation restreinte, c'est de pouvoir réagir bien plus vite qu'avant... et lorsqu'un médecin, du fait d'un problème pathologique, devient dangereux, cela est important pour la sécurité des patients ! La structure étant légère, elle peut se réunir dans l'urgence et la décision qu'elle va rendre est applicable immédiatement. Surtout lorsqu'il y a eu une décision préfectorale ou de l'Agence

régionale de l'hospitalisation de suspension immédiate pour dangerosité, à titre conservatoire.

Qu'en est-il aujourd'hui du rôle des conseils auprès des instances régionales de santé ?

S'il y a des réserves à faire, c'est bien sur ce point-là ! Les conseils régionaux de l'Ordre se sont tous bien mis en place, ont créé leur Formation restreinte, organisé des groupes de travail sur la démographie médicale, la permanence des soins, etc. Ils ont résolu pour la plupart

➤ À suivre... FMC : UN RÔLE EN SUSPENS

Les conseils régionaux de l'Ordre avaient reçu dans leurs attributions la mission de participer aux conseils régionaux de formation médicale continue, via trois membres qui devaient siéger de droit dans les CRFMC. Ceux-ci étaient déjà désignés lorsque le ministère de la Santé a décidé la suppression de ce dispositif. Une nouvelle loi devrait entériner cette décision et instaurer un dispositif de remplacement... dans lequel l'Ordre veillera à avoir toute sa place.

les chambres disciplinaires

» En pratique

LES CHAMBRES DISCIPLINAIRES DANS LEURS NOUVEAUX HABITS

La mission disciplinaire de l'Ordre que lui délègue la loi demeure, en première instance, la prérogative de l'échelon régional. Mais elle revient désormais à des chambres disciplinaires.

Elles aussi ont évolué depuis le décret du 5 mars 2007 relatif au fonctionnement et à la procédure disciplinaire. La justice ordinaire ayant parfois été accusée de corporatisme, le législateur souhaitait leur garantir une plus grande neutralité. Pour cela, il a apporté quelques changements. Le plus significatif étant sans doute celui qui permet désormais à un plaignant non-médecin de se porter partie, de se faire accompagner par une tierce personne, notamment un avocat, et de faire appel, alors que jusqu'à présent, il n'avait le droit d'intervenir qu'en tant que témoin. Toutefois, pour éviter les procédures abusives, les décrets d'application ont introduit deux dispositions : en cas de plainte infondée, le plaignant peut être condamné aux dépens par le président de la chambre, voire à une amende si la plainte, abusive, porte préjudice au

médecin incriminé.

« Les associations de patients étant elles aussi autorisées à déposer plainte, nous avons un peu peur que certaines, mues par des motivations plus mercantiles que philanthropiques, abusent de ce nouveau droit et entretiennent ainsi des contentieux injustifiés, explique Michel Fillol. Cela ne s'est pas produit. »

PEU DE PROCÉDURES ABUSIVES

En fait, non seulement les plaintes n'ont pas augmenté, mais elles auraient plutôt tendance à se stabiliser, à l'inverse du mouvement constaté ces dernières années. Il y a à cela deux explications. D'une part, le décret de juillet 2007 a créé une obligation de conciliation pour tout dépôt de plainte et les commissions de conciliation mises en place dans les conseils départementaux jouent leur rôle avec efficacité puisque les plaintes transmises seraient moins nombreuses - cela mérite d'être vérifié dans la durée. D'autre part, le président de la chambre disciplinaire a désormais

la possibilité d'intervenir par ordonnance pour rejeter avant l'audience une plainte qu'il juge irrecevable.

L'autre nouveauté essentielle en matière disciplinaire, c'est que cette chambre de première instance est présidée par un magistrat du tribunal administratif. Certes, la chambre disciplinaire d'appel est présidée depuis longtemps par des conseillers d'État, mais jusque-là, la présidence des chambres régionales était assurée par des médecins.

« Cette nouvelle présidence est une garantie du strict respect de la procédure et de la jurisprudence, reconnaît Michel Fillol. Toutefois, ici ou là, ces nouvelles modalités de fonctionnement ont entraîné quelques frictions entre présidents et assesseurs. Je suis convaincu que l'habitude du travail en commun les gommara. »

Quant aux contentieux sur les élections ordinaires, ils sont sortis de la juridiction de l'Ordre et relèvent désormais des tribunaux administratifs, dans le cadre du droit commun.

leurs problèmes de locaux et d'intendance. Mais, s'ils ont été fort bien accueillis dans certaines régions, dans d'autres, il faut bien avouer qu'ils se sont heurtés à une grande frilosité des instances régionales de santé. Il est vrai que les textes n'énumèrent pas la liste des instances dans lesquelles ils doivent siéger, cela facilite la réserve de certaines d'entre elles.

Que peut faire l'Ordre pour débloquer de telles situations ?

La réforme de notre système prévoit la création des Agences régionales de santé (ARS). Elles devraient, si l'on se fie aux rapports produits sur ce thème, concentrer tous les pouvoirs en matière de santé : prévention, organisation des soins, permanence

des soins, etc. Elles regrouperont donc toutes les instances régionales existantes. C'est là qu'il faudra être. L'Ordre, par le biais de ses conseils régionaux, doit être pleinement présent dans les futures ARS; cela garantira sa présence dans toutes les instances compétentes en matière de santé. Ce qui nous paraît indispensable dans la

mesure où l'institution ordinaire est la seule à représenter l'ensemble de la profession médicale. Il y a bien les syndicats, les URML et autres instances représentatives mais elles ne représentent qu'une partie du corps médical, jamais la totalité. Il est donc très important que l'Ordre soit présent là où vont, à l'avenir, se prendre la plupart des décisions de santé.

» Propos recueillis par Arlette Chabrol

Rédiger les statuts d'une SELARL : suivez

..... **Élaboré par le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom), le guide de rédaction des statuts de SELARL a été mis en ligne pour la première fois en 2006. Une nouvelle version est parue en février 2008 afin de tenir compte des évolutions du droit et des solutions apportées par la pratique.**

Créé afin de faciliter aussi bien la rédaction des statuts que les échanges entre les médecins et les conseils départementaux lors de la création d'une SELARL (société d'exercice libéral à responsabilité limitée), ce guide permet d'éviter toute erreur qui retarderait l'inscription de la société au Tableau. Il a d'ores et déjà montré son utilité : les avocats qui assistent les médecins dans leurs procédures de création de société s'inspirent largement de son contenu et des modèles de statuts qui y figurent.

Si le Cnom a pris le parti de traiter uniquement la question des SELARL, alors que la réglementation offre aux professions libérales la faculté d'exercer sous d'autres formes de sociétés d'exercice libéral (SEL), c'est parce que 99 % des médecins qui exercent en SEL ont choisi la SELARL.

Et parmi ceux-ci, la majorité a choisi la SELARL unipersonnelle, avec un associé unique. Nous avons sélectionné quelques points importants de la version de 2008, soit parce qu'il s'agit d'une évolution par rapport à la version du guide de 2006, soit parce qu'ils abordent des situations fréquemment rencontrées par les médecins.

➤ À consulter...

DÉS MODÈLES DE STATUTS COMPLETS

La version du guide 2006 présentait des modèles de clauses. La nouvelle édition propose des modèles de statuts intégrant toutes les clauses nécessaires. Et les modèles intègrent aussi bien la situation des SELARL à associé unique que celle des sociétés comptant plusieurs associés. Les praticiens peuvent télécharger ces modèles de statuts et les utiliser après les avoir adaptés. Cela dit, mieux vaut toujours s'entourer de l'aide d'un avocat pour créer une société.

+ D'INFOS :

Pour télécharger le guide et les modèles de statuts : www.web.ordre.medecin.fr/med_contrat/guidesel.pdf

1/ Exception à l'exclusivité d'exercice

Le lieu d'exercice doit être unique. L'article R. 4113-3 du code de la santé publique exige en effet du médecin associé qu'il ne pratique sa profession **qu'au sein de la seule SELARL qu'il a intégrée ou créée**. Il prévoit notamment qu'il ne pourra pas cumuler cette fonction avec un exercice à titre individuel, ou un exercice au sein d'une société civile professionnelle (SCP).

Cependant, le même article permet, à titre exceptionnel, de déroger au principe posé.

Le médecin sera alors autorisé à exercer sa profession en dehors de la SEL. Cette possibilité n'est cependant ouverte que si l'exercice dans la SELARL :

- est lié à des techniques médicales nécessitant un regroupement ou un travail en équipe;
- ou bien s'il nécessite l'acquisition d'équipements ou de matériels soumis à une autorisation en vertu de l'article L.6122-1 du code de santé publique;
- ou encore s'il requiert l'acquisition d'équipements ou de matériels qui justifient des utilisations multiples.

Deux arrêts du Conseil d'État du 3 septembre 2007 apportent des éclaircissements. Tout d'abord, pour pouvoir prétendre au cumul, le médecin doit respecter ces conditions, même si l'activité hors SEL est une activité salariée. Ensuite, le cumul d'activités est possible aussi bien pour un médecin exerçant déjà au sein d'une SEL et demandant à exercer à titre individuel que pour un médecin exerçant à titre individuel et demandant à travailler au sein d'une SEL.

À savoir : les associés conservent la faculté, dans les statuts qu'ils rédigent, de s'interdire de cumuler leur exercice au sein de la société avec une activité à titre individuel.

2/ Les dividendes exclus de l'assiette des cotisations de la CARMF

Le guide 2008 indique : « La Caisse autonome de retraite des médecins français (CARMF) assujettit ses cotisations sur les revenus au sens fiscal du terme ». En effet, depuis un arrêt du Conseil d'État du 14 novembre 2007, les dividendes sont considérés comme un revenu du patrimoine et non comme un revenu professionnel. Ils ne sont donc pas soumis aux cotisations de la CARMF.

3/ Que se passe-t-il en cas de décès de l'associé unique ?

C'est une question que les médecins et les conseils départementaux doivent se poser dans la mesure où 80 % des SELARL sont unipersonnelles.

L'article L. 223-41 alinéa 2 du code de commerce prévoit que dans ce cas, la société n'est pas dissoute de plein droit, mais continue avec ses héritiers. En pratique, cette solution présente certaines difficultés. **En effet, si les héritiers ne sont pas médecins :**

- d'une part, l'objet même de la SELARL, à savoir l'exercice de la médecine, n'est plus réalisé; la société ne peut pas avoir de gérant ni rester inscrite au Tableau;
- d'autre part, la règle

fondamentale qui veut que les professionnels en exercice dans la société doivent être majoritaires en capital et en droits de vote n'est plus respectée. Les ayants droit ont, en vertu de l'article 5 de la loi, un délai d'un an pour régulariser la société – ce qui est possible même en cas de radiation du Tableau, car celle-ci n'entraîne pas la dissolution de la SELARL. La cession de la majorité des parts sociales à un médecin qui exercera dans la société rend la régularisation effective. Dans ce cas, le médecin qui rachète les parts devra présenter une nouvelle demande d'inscription. Notons que le retrait du Tableau n'interdit pas aux ayants droit de céder l'actif social, et, plus particulièrement, la patientèle.

4/ Les pouvoirs des gérants

Ces pouvoirs s'exercent à l'égard des associés, de la société et des tiers. Le gérant peut donner un mandat spécial à un associé exerçant dans la société mais ne disposant pas de la qualité de gérant. Et rien n'interdit une procuration ponctuelle donnée à un tiers pour la réalisation d'un acte donné.

Ce sont en principe les statuts qui déterminent les pouvoirs des gérants avec les associés

(article L. 223-18 alinéa 4 du code de commerce). Ils peuvent, par exemple, répartir les tâches de la gérance en fonction des compétences de chacun, ou, le plus souvent, soumettre la réalisation de certaines opérations (achat de matériel, location d'un nouveau local...) à une décision collective des associés. En cas de pluralité de gérants, ceux-ci peuvent s'opposer aux actes des autres gérants s'ils estiment qu'ils sont contraires aux statuts ou aux lois. Ils doivent alors en faire mention dans un rapport de gestion.

Si les statuts n'ont rien prévu, le ou les gérants pourront accomplir tout acte de gestion dans l'intérêt de la société,

mais toujours dans la limite de l'objet social (article L. 221-4 alinéa 1^{er} du code de commerce), qu'il s'agisse d'un acte de simple administration (le paiement de factures échues) ou d'un acte de disposition (emprunter, vendre un immeuble...). En cas de pluralité de gérants, chacun peut agir séparément, dans la mesure où les autres ne s'opposent pas à l'opération avant qu'elle ne soit conclue (article L. 221-4 alinéa 2 du code de commerce).

Enfin, les gérants disposent de pouvoirs particuliers attribués par la loi :

- la mise en harmonie des statuts par rapport aux dispositions impératives de la loi et des règlements;
- le transfert du siège social dans un même département ou dans un département limitrophe. Ces deux pouvoirs peuvent s'exercer sous réserve de ratification par une décision des associés représentant au moins les trois quarts des parts sociales (article L. 221-18 alinéas 8 et 9 du code de commerce).

» **Francisco Jornet, conseiller juridique au CNOM**

Les missions de la médecine générale : de la qualification au référentiel

..... La spécialité de médecine générale est probablement celle qui a le plus évolué ces dernières années, non seulement par son positionnement dans l'environnement des soins, mais aussi par sa reconnaissance comme spécialité médicale.

Aujourd'hui, elle est en effet reconnue comme spécialité pour les nouveaux titulaires du DES de médecine générale et pour les généralistes qualifiés par les commissions de qualification des conseils départementaux de l'Ordre.

Le temps est loin où la médecine générale se définissait par défaut d'intervention des autres spécialités. Actuellement, la qualification repose sur des critères précis. La médecine générale se fait indépendamment de l'âge et du sexe dans le milieu de vie du patient. Elle est essentiellement la médecine :

- des soins primaires impliquant une stratégie décisionnelle dès le premier contact du patient avec un médecin;
- des soins ambulatoires basés sur l'examen clinique avec peu d'aide paraclinique.

» **D^r Xavier Deau, président, et P^r Robert Nicodème, vice-président de la section Formation et Compétences médicales du Cnom**

» LES TROIS SECTEURS D'ACTIVITÉ DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

1 - LE PREMIER RECOURS

Voyant les patients dès les premiers symptômes, quand les tableaux cliniques sont souvent incomplets, le praticien doit être attentif aux situations à risques, où l'évolution peut être grave, dans un contexte de faible prévalence de maladies sévères.

Il doit assurer :

- la permanence des soins et les urgences avec une connaissance des premiers gestes nécessaires;
- la prise en charge les affections aiguës courantes, des douleurs, des angoisses;
- la réponse adaptée à la demande de tout problème de santé.

2 - LA CONTINUITÉ DES SOINS

Les pathologies chroniques, le handicap, les addictions, mais aussi les soins palliatifs et la perte d'autonomie sont suivis par le généraliste, qui est au centre de l'équipe médicale. Le suivi des patients après une hospitalisation est assuré au domicile par le médecin de famille. Le médecin traitant assure la coordination des soins et utilise de façon efficiente les ressources du système de santé.

3 - LA PRISE EN CHARGE GLOBALE

C'est la prise en charge de la personne dans ses dimensions physique, psychique et sociale. Le généraliste doit :

- répondre aux demandes multiples, gérer à la fois le suivi d'une maladie chronique et des demandes pressantes dans le contexte du patient;
- assurer la prévention collective par les vaccinations et les

campagnes de dépistage, mais aussi la prévention personnalisée en fonction des activités et des antécédents du patient;

- être, comme ses collègues, un décideur consciencieux. Il se doit d'organiser le parcours de soins de son patient et de l'éduquer, en lui assurant des soins éthiques, conformes aux données actualisées des connaissances.

Ces missions peuvent être protocolisées dans un référentiel pouvant servir de base aux commissions de qualifications. Pour la médecine générale, on peut retenir :

- Une base théorique permettant de connaître les données scientifiques des situations et pathologies prises en charge.
- Une aptitude personnelle reconnaissant un champ d'activité et un niveau d'activité allant de la permanence des soins à l'éducation pour la santé, du nourrisson au vieillard... avec une aptitude à la décision, particulièrement en situation complexe.
- Une aptitude au travail en équipe, assurant la coordination des soins de son patient mais aussi un rôle de santé publique et de recherche.

La médecine générale travaille dans les trois dimensions qui définissent la santé selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : assurer « un état de bien-être physique, moral et social ».



Les médecins : des patients pas comme les autres

Être médecin ne garantit pas la bonne santé. Ceux qui ont dû affronter une maladie ou qui, épuisés, ont sombré mentalement, savent les affres de cette situation paradoxale à laquelle ils ne sont pas préparés. Après avoir dressé un état des lieux, le Conseil national de l'Ordre propose des solutions pour prévenir et aider les médecins malades.

“ Le médecin a rarement un comportement rationnel face à sa propre santé ”

« **L**a maladie du médecin est un scandale », écrivait Montaigne au XVI^e siècle. Deux siècles plus tard, Voltaire renchérisait : « Il n'y a rien de plus ridicule qu'un médecin qui ne meurt pas de vieillesse... » Si, aujourd'hui, la raillerie n'est plus de mise, il faut bien admettre que le rapport des médecins à la maladie n'est toujours pas d'une simplicité absolue. Interrogés sur cette question, ils répondent qu'ils sont des patients comme les autres. Mais il n'en est rien, bien sûr ! Le rapport de la Commission nationale permanente sur « le médecin

malade », qui vient d'être approuvé par le Conseil national de l'Ordre, le montre clairement, citant entre autres une enquête menée auprès de médecins libéraux franciliens¹ : 90 % d'entre eux n'auraient pas de médecin traitant ! La plupart ne consultent jamais et, quand c'est nécessaire, préfèrent recourir à l'automédication.

1 Refus de la réalité et minimisation du ressenti

Le médecin a une autre spécificité : il récuse tout examen de prévention². Y compris lorsqu'il est salarié : « Malgré la pression des employeurs,

EN CHIFFRES

47 %
des médecins libéraux

présentent les symptômes du « burn out » ; et 53 % se sentent menacés par ce syndrome.

(Sources : enquêtes URML 2002, 2003, 2004 et 2007)

POINT DE VUE de l'Ordre



« Un nouveau rôle social pour l'Ordre »

Dr Bertrand Leriche, conseiller ordinal à l'île de La Réunion

« Alors que de plus en plus de confrères connaissent des phases d'épuisement professionnel – le fameux "burn out" – entraînant des détresses, des désordres psychiques, voire comportementaux, l'institution ordinale, dans le cadre d'un rapport sur le médecin malade, a souhaité engager une réflexion approfondie sur le sujet. Aussi bien pour contribuer à l'élaboration de mesures préventives que pour participer à des systèmes d'aide pour ces professionnels souvent très isolés dans leur mal-être. Hors de nos frontières, des réponses ont été trouvées, qui peuvent nous inspirer, même si elles ne sont pas toujours transposables. Ainsi, en Catalogne, l'obligation déontologique de signaler au Conseil de l'Ordre tout médecin qui "dérèpe" nous interpelle-t-elle : cette obligation, assortie d'une injonction de soins, serait-elle envisageable en France ? Dérangeante, la question doit être posée, car elle soulève un vrai problème de sécurité des patients. En tout cas, l'Ordre a un rôle capital à jouer pour aider les médecins épuisés physiquement et mentalement. La priorité est de lutter contre cet enfermement

qui aggrave tout. Pour cela, il fait des propositions, suggérant qu'au sein de chaque conseil départemental, une cellule de veille confraternelle, adossée à la commission d'entraide, puisse repérer les médecins qui "flanchent". Pas pour les sanctionner : pour leur porter assistance et confier à une cellule de soutien le rôle de les accompagner. Cette prise en charge thérapeutique serait faite par des professionnels non ordinaires. Les ordinaires pourraient, ensuite, prendre le relais pour aider les médecins à se réinsérer dans la vie professionnelle. Un pôle social, composé de professionnels du social, devrait voir le jour au sein du Cnom à cette fin. Mais à côté de ce projet ambitieux, l'institution doit également réécrire, voire écrire certains articles du code de déontologie, pour introduire plus de souplesse dans les modalités de l'exercice médical en les adaptant aux conditions démographiques à venir. Ce travail, déjà en cours, est une urgence : il s'agit d'éviter que les médecins, aujourd'hui si souvent isolés dans des exercices devenus très lourds et contraignants, finissent tous épuisés, "brûlés"... »

Lexique

» « Burn out »

Ce terme a fait une apparition fulgurante dans le monde médical depuis quelques années. Traduction de « carbonisé », il renvoie à un état de fatigue extrême, de découragement, à un sentiment d'être dépassé par la quantité de tâches à accomplir, de ne plus être en mesure de les affronter. Des études récentes ont montré que de plus en plus de généralistes étaient touchés par ce syndrome d'épuisement professionnel, qui entraîne désinvestissement, dépression, voire suicide. Mais les autres disciplines sont également concernées, et plus largement l'ensemble des professionnels de santé.

au niveau hospitalier ou au niveau des entreprises, les médecins trouvent toujours une solution pour ne pas répondre aux convocations », peut-on lire dans le rapport. Ou pour des actes très simples : « Il est extrêmement rare que les médecins se vaccinent, même contre des pathologies aussi importantes que le tétanos, l'hépatite virale et éventuellement la grippe. » Pour rappel : la vaccination contre l'hépatite B est obligatoire pour les professionnels de santé, et cette obligation leur est légalement opposable en cas de litige!

En fait, le médecin a rarement un comportement rationnel face à sa propre santé. Surcharge de travail ou manque d'objectivité dans l'analyse? Toujours est-il que lorsqu'il est malade, il a tendance à refuser

la réalité de ses symptômes ou à en minimiser d'emblée le ressenti. Même lorsque la pathologie s'impose, il continue bien souvent de nier l'évidence. Tant et si bien que lorsqu'il est enfin reconnu comme malade – en général suite à l'intervention de l'entourage familial ou confraternel –, c'est « souvent un malade grave, car sa prise en charge tardive intervient sur des pathologies déjà très évoluées », souligne le rapport.

2 Limiter la possibilité d'autoprescription?

En cas d'affection grave susceptible de menacer sa vie ou ses fonctions mentales et motrices, il se retrouve confronté sans fard à l'inexorable réalité. Cela complexifie considérablement sa relation au praticien

Initiative



P^r Pierre Carayon, gastro-entérologue retraité

La première structure addictologique réservée aux professionnels de santé devrait ouvrir ses portes à Besançon vers 2010. Le **P^r Pierre Carayon** se bat depuis quatre ans pour faire aboutir ce projet né à la demande du Conseil national de l'Ordre des médecins, convaincu de la nécessité pour la France de disposer d'une telle unité de soins. « Lorsque l'idée nous a été soumise, explique le P^r Carayon, nous venions juste de perdre notre unité

Bientôt une unité d'« addictologie » ciblée

d'addictologie au CHU de Besançon. Créer une structure susceptible de répondre à la fois au besoin régional (car il est impensable de rester sans lits de sevrage et de postsevrage en Franche-Comté!) et au besoin national (afin d'offrir un lieu pour l'ensemble des professionnels de santé de l'Hexagone) ne pouvait donc que nous séduire. » Et de fait, l'idée prend corps : le projet porte sur la création de 32 lits de cure de postsevrage (entre cinq et six semaines), la moitié d'entre eux étant

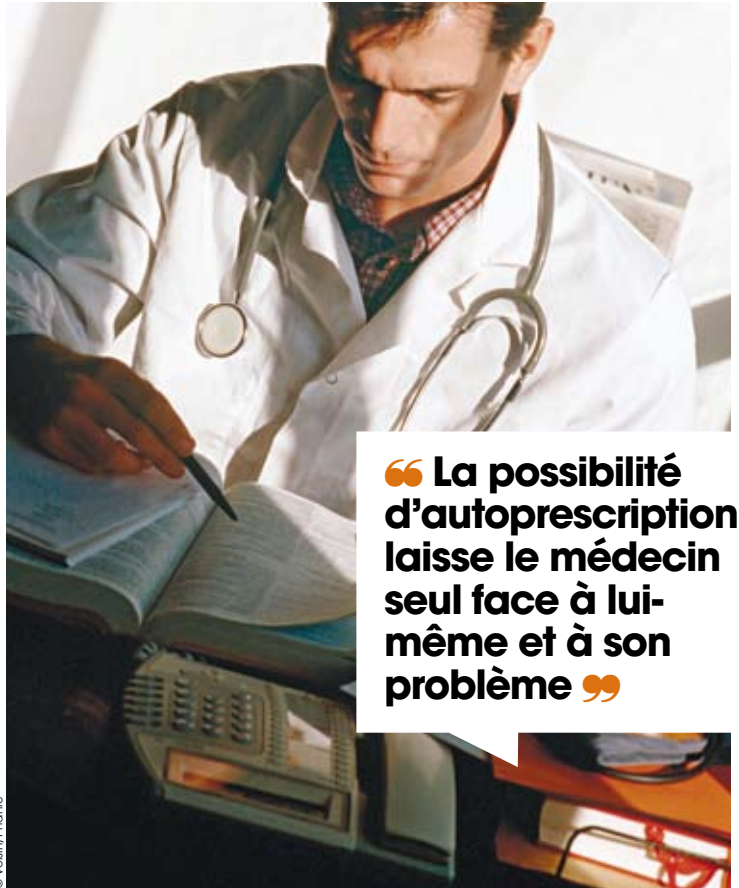
ouverts à tous, l'autre moitié réservés aux médecins et autres professionnels de santé. Les dix lits de cure de sevrage, également prévus, pourront être utilisés par les uns et les autres. « Bien sûr, ce sera la même équipe soignante pour tous les patients, précise le P^r Carayon, mais les intervenants seront spécialement formés pour s'adapter aux particularités des patients professionnels de santé dans le cadre d'une unité spécifique. » Le projet médical est confié actuellement au D^r Pascal Gache,

expatrié à Genève depuis la fermeture de l'unité d'addictologie de Besançon. L'équipe soignante sera constituée d'un médecin addictologue, de psychologues, de kinésithérapeutes et d'un art-thérapeute. « Lors de la cure postsevrage, la torture est moins physique que psychologique, explique le P^r Carayon. Il s'agit d'aider les patients à consolider les acquis du sevrage. » Reste à passer à l'action. Dans un premier temps, le montage financier reposait essentiellement sur l'Association

qui le prend en charge. Ce dernier va devoir adapter son comportement et son discours à cette situation particulière, tout en restant intransigeant et convaincant sur l'essentiel thérapeutique. Un exercice délicat...

Mais même en cas d'affection bénigne, ce comportement irrationnel peut avoir des effets délétères. Il n'est pas rare, par exemple, que l'état de fatigue avancée et de surmenage suscite la prise de stimulants comme les corticoïdes. 86 % des médecins sous psychotropes suivent leur traitement en autoprescription³! Ces chiffres inquiétants amènent les auteurs du rapport « Médecin malade » à s'interroger : ne faudrait-il pas limiter la possibilité d'autoprescription? Car non seulement celle-ci peut s'avérer

nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpa), mais, souhaitant s'en tenir à sa mission première de prévention, cette dernière s'est retirée en 2007. Le projet a dû être entièrement repensé avec l'ARH de Franche-Comté, la Carmf, les mutuelles des professionnels de santé et le Conseil de l'Ordre des médecins. La Mutualité française est, elle aussi, dans les *starting-blocks*. Bref, après une période de doute, le projet semble à nouveau sur la bonne voie. Mais il faut faire vite : une première estimation des besoins, en 2006, avait évalué à environ trois cents le nombre de médecins susceptibles de faire appel à une telle structure. En deux ans, la situation ne s'est pas améliorée... et cette estimation ne prenait en compte que les médecins!



“ La possibilité d'autoprescription laisse le médecin seul face à lui-même et à son problème ”

© Vosini/Phant

L'arroseur arrosé

Pr Pascal Hammel,
gastro-entérologue à l'hôpital Beaujon de Clichy.

témoignage

“

Quadragénaire séduisant, sportif et père de quatre enfants, le Pr Pascal Hammel est gastro-entérologue, spécialisé dans le traitement des cancers de l'appareil digestif. Lorsque le cancer (un lymphome) débarque brutalement dans sa vie, c'est un choc. Il se retrouve dans la position de « l'arroseur arrosé » : médecin et malade ! Pour s'aider à « traverser le pont », il décide de faire le récit au jour le jour de cette « expérience », dont il va ressortir six mois plus tard guéri, mais ébranlé et différent. Il raconte ses peurs, ses doutes et espoirs, ses souffrances, les réactions de ses proches et l'attitude des soignants. Un récit sensible, sincère, qui exprime la difficulté pour un médecin de se retrouver dans la peau d'un malade : « *Les soignants ont peur comme tout le monde, et parfois davantage du fait de leurs connaissances et de leur déformation professionnelle à imaginer le pire...* » ”

”

Guérir et mieux soigner - Un médecin à l'école de sa maladie,
Pr Pascal Hammel, éd. Fayard, Paris, 2008 (18 euros).



L'IMPORTANCE DES ASSURANCES

Négliger ses assurances – ou les sous-évaluer – peut coûter cher : en cas de maladie ou d'accident, le médecin libéral se retrouve piégé, la Carmf ne déclenchant les indemnités journalières qu'à partir du 91^e jour d'arrêt. D'où l'absolue nécessité de s'assurer correctement, et cela dès le début de l'activité, c'est-à-dire dès l'inscription au Tableau de l'Ordre, pour couvrir cette période de carence. Pour les médecins salariés, ce n'est pas forcément plus confortable. Ainsi, les praticiens contractuels des hôpitaux n'ont aucune garantie statutaire : dès le premier jour de maladie, ils ne bénéficient que des indemnités de la Sécurité sociale. Seuls les PH titulaires bénéficient d'une protection équivalente à celle des fonctionnaires, mais celle-ci ne concerne pas leur activité libérale, s'ils en ont une.

EN CHIFFRES

14 %
des décès

des médecins libéraux en activité ont pour cause le suicide, contre 5,6 % dans la population générale.

(Source : enquête Cnom 2003)

néfaste en termes de santé, mais elle laisse le médecin seul face à lui-même et à son problème.

3 Besoin de soutien psychologique

Or le rapport évoque longuement la solitude du médecin face à la maladie. Il insiste tout particulièrement, et à juste titre, sur sa solitude face au syndrome d'épuisement professionnel et aux désordres psychiques qu'entraînent bien souvent un environnement social et des conditions d'exercice devenus bien différents de ce qu'ils étaient en début de carrière, ou même de ce qu'en attendait le médecin fraîchement diplômé de la Faculté. Toutes les enquêtes réalisées depuis quelques années sur ces questions montrent la même tendance : de plus en plus de médecins, en particulier chez les praticiens de premiers recours, s'avouent surmenés physiquement et psychologiquement. En Ile-de-France – qui n'est certainement pas

la région la moins privilégiée de France –, près d'un médecin sur trois³ dit ressentir le besoin d'un soutien psychologique. Mais reste coi, comme le souligne le rapport : « Pour masquer son angoisse, son désenchantement, son incapacité à gérer le comportement des patients, sa blessure narcissique, il se réfugie dans le déni en s'interdisant toute confiance à un tiers qui, en validant les plaintes, le renverrait à son erreur d'avoir fait le choix du métier de médecin, qu'il est incapable d'exercer. »

Il y a sans doute urgence à prendre le mal à la racine, et donc à améliorer les conditions d'exercice partout où cela est possible. Mais toutes les situations évoquées dans le rapport « Médecin malade » montrent à l'évidence qu'il faudra agir sur les leviers de la prévention, aujourd'hui complètement négligés par la profession. En l'occurrence, cela passe par une série de propositions très concrètes qui devraient être mises en débat très prochainement.

1. Thèse de Laurence Girard consacrée à l'état de santé des médecins libéraux d'Ile-de-France.
2. Voir rapport du D^e Delga publié par le Conseil national de l'Ordre en 2000.
3. Selon la thèse de Laurence Girard sus-citée.

+ D'INFOS SUR LE SITE :
www.conseil-national.medecin.fr

« Le médecin malade », rapport collectif rédigé par les D^{rs} Patrick Bouet, Marc Biencourt, Francis Montané, Monique Carton, Piernick Cressard, Jean-Marie Faroudja, Jacques Lucas, Jean-Claude Moulard et Bertrand Leriche, est en ligne dans la rubrique Publications sur le site du Cnom.

POINT DE VUE extérieur

interview

Vous fêterez en novembre les 10 ans du Paimm, le Programme d'aide intégrale au médecin malade, pionnier en Europe. De quoi s'agit-il exactement ?

Ce programme a été créé en 1998 par le Collège des médecins de Barcelone. Son objectif : apporter assistance aux praticiens souffrant de problèmes psychiques ou présentant une addiction. Il permet une prise en charge de ces malades dans une unité d'assistance particulière, avec services d'hospitalisation spécialisés, mais aussi par une cellule de réinsertion. Neuf médecins sur dix sont ainsi « replacés » dans le circuit professionnel après avoir été soignés.

Les médecins sont-ils des patients différents des autres ?

Des études anglaises et américaines l'ont montré. En Catalogne même, on le voit : plus de la moitié des praticiens n'ont ni médecin référent, ni suivi médical. Quand l'un d'eux souffre de désordres psychiques ou de problèmes d'addiction, il a peur d'en parler à un confrère. D'autant plus qu'il craint d'être stigmatisé professionnellement.

“ La conspiration du silence est une mauvaise façon d'aider ses confrères! ”

D^r Padros, secrétaire général, et **D^r Beranger Camps**, directeur du cabinet d'études du Collège des médecins de Barcelone

Cela justifie-t-il la création d'une unité de soins spécifique?

Oui, car les médecins sont de très mauvais malades : ils sont exigeants, souvent difficiles à traiter. Ceux qui les soignent doivent donc être des professionnels très expérimentés et dotés de solides qualités humaines. Mais il y a une autre raison : nos patients ont absolument besoin de confidentialité. Ainsi, quand un médecin entre en contact avec notre unité de soins, il prend un nom d'emprunt. Seules deux personnes, chargées de la réception et de la coordination des soins, connaissent sa véritable identité. Elles sont tenues au secret le plus rigoureux.

Un tel souci de confidentialité n'est-il pas contradictoire avec le fait que votre code de déontologie encourage les médecins à signaler les confrères souffrant d'une maladie mentale ou d'une addiction?

La conspiration du silence est une mauvaise façon d'aider ses confrères! Le corporatisme aboutit souvent, lorsqu'il s'agit d'addictions ou de maladies mentales, à enfouir les problèmes. Résultat : n'étant pas pris en charge, le médecin risque de s'enfoncer plus encore

dans la maladie et de devenir un danger pour ses patients... Je précise toutefois que notre code de déontologie a intégré la notion de signalement en même temps qu'a été lancé le programme d'assistance du médecin malade. Dès le départ, cette notion a été conçue comme une mesure de protection et d'aide au médecin, et non pas dans une optique disciplinaire!

La démarche de soins est-elle obligatoire?

85 % des patients médecins sont

volontaires; seuls 15 % relèvent d'une injonction ordinaire, faite par voie collégiale, sur signalement transmis à l'Ordre. Mais on assiste à une évolution des mentalités. Au début, les médecins étaient signalés par les patients. Aujourd'hui, les confrères n'attendent pas qu'on en arrive là et préfèrent signaler ou se signaler, sachant qu'ils peuvent faire confiance au Paimm pour une prise en charge de qualité, en toute confidentialité.

Quels sont vos financements?

Le programme est gratuit pour les patients affiliés à un ordre des médecins d'Espagne. Les soins sont financés à 80 % par l'administration publique et à 20 % par la fondation Galatea, créée par l'Ordre de Catalogne en 2001.

“ Une mesure d'aide aux médecins, et non une démarche disciplinaire ”





Vos réactions nous intéressent. Vous souhaitez réagir, commenter ou témoigner?

Envoyez vos messages à l'Ordre des médecins,
180, bd Haussmann - 75389 Paris Cedex 08

Démographie, chirurgie générale et hôpitaux de proximité

Alain Branchereau, président de la Conférence des sections médicales du Conseil national des universités, membre du Conseil national de la chirurgie.

À la parution du remarquable *Atlas de la démographie médicale* du Cnom, M^{me} Kahn-Bensaude, responsable de la Santé publique au Cnom, parlait de « *catastrophe nationale* » à propos de la chirurgie générale en voie de disparition. Dans un échange épistolaire avec un chirurgien, elle écrivait également : « *Nous sommes bien conscients que la chirurgie se spécialise dans certains hôpitaux locaux, il est néanmoins nécessaire que subsiste la chirurgie générale, afin que les urgences puissent*

être assurées... » Cette opinion, partagée par de nombreux confrères et responsables politiques, nécessite quelques éclaircissements (...). La chirurgie générale n'existe plus, n'ayons pas peur de le dire. (...) Les techniques chirurgicales se sont multipliées et font appel à des outils de plus en plus complexes et spécifiques : microchirurgie, pratique assistée par ordinateur, navigation endovasculaire... Sans parler des connaissances fondamentales indispensables aux chirurgiens actuels : génétique pour le chirurgien pédiatrique, biomécanique et résistance des matériaux pour le chirurgien de l'appareil locomoteur... Aucun chirurgien ne peut embrasser toutes ces connaissances et reproduire assez régulièrement toutes ces techniques pour en conserver la maîtrise. Accepter, comme le dit notre consœur, que « *dans certains hôpitaux locaux, il est néanmoins nécessaire...* » reviendrait à accepter que les patients soient

traités différemment selon l'endroit. Exemple : si un anévrysme de l'aorte rompu est opéré par un chirurgien vasculaire dans un centre pratiquant régulièrement la chirurgie vasculaire, les chances de survie sont de 50 % ; s'il est opéré par un chirurgien généraliste dans un hôpital de proximité ne pratiquant pas la chirurgie vasculaire, les chances de survie sont de 0 %. (...) Les établissements proposant une offre de soins en chirurgie doivent afficher un certain volume d'activité et disposer dans chacune des spécialités qu'ils affichent d'un nombre de praticiens minimum. (...) Aucun hôpital de proximité n'est situé à plus de 30 minutes d'un établissement de soins de recours. (...) En conclusion, n'ayons pas peur du changement : adaptons l'exercice à la réalité, et donnons aux hôpitaux de proximité leur vrai rôle de « proximité » (prise en charge des personnes âgées et/ou dépendantes, hospitalisation à domicile...).

« Je trouve regrettable qu'on assimile l'hypnose aux dérives thérapeutiques »

**D^r Philippe Nicolle,
psychiatre à Montivilliers (76)**



Je suis choqué par les illustrations du dossier « Dérives thérapeutiques : du phénomène de mode aux sectes » paru dans le numéro d'avril du *Bulletin de l'Ordre des médecins*. En effet, j'approuve l'intégralité du contenu de ce dossier, mais j'ai été surpris de voir que pour illustrer ce réel problème de dérive thérapeutique, on se servait d'illustrations montrant une séance d'hypnose. (...) L'hypnose est aujourd'hui reconnue, même au niveau universitaire avec des DU. Et elle est pratiquée dans certains CHU en anesthésiologie ou en consultation de la douleur. Je trouve donc regrettable que par une illustration on assimile cette pratique maintenant reconnue à une « dérive thérapeutique ».



➤ L'Association hémochromatose France (AHF)

Son mot d'ordre : informer

➤ La maladie

L'hémochromatose est responsable chaque année de nombreux cas d'invalidité et de décès prématurés à 45-50 ans. Non diagnostiquée et non traitée, cette maladie, entraîne une surcharge en fer progressive de tous les

organes, provoquant des lésions graves (cirrhose, cancer, diabète, etc.).

➤ La prévalence

2 millions de personnes en Europe souffrent de cette maladie génétique, probablement d'origine celtique. En France,

1 personne sur 300 est concernée (1 sur 200 en Irlande). Or, sur les quelque 200 000 personnes atteintes, seules 50 000 ont été diagnostiquées!

➤ L'association

L'AHF a été créée en 1989 à Nîmes par des

malades. Son objet : lutter contre l'hémochromatose génétique en informant l'opinion publique sur la maladie, en sensibilisant le corps médical à la nécessité d'un dépistage précoce et en promouvant par ailleurs la recherche.

L'hémochromatose est une maladie qui, pendant les vingt ou trente premières années de la vie, avance à bas bruit. Et cela est dramatique car, avec le temps, les dégâts s'aggravent et deviennent irréversibles. Pour rappel, l'hémochromatose provient d'une surcharge en fer. Normalement, tout individu rejette autant de fer qu'il en absorbe (en moyenne 1 mg par jour), mais, du fait de la modification du gène HFE1, certaines personnes en absorbent 4 à 5 mg/jour. Et comme elles n'en perdent qu'1 mg, elles se retrouvent avec un excès de fer. Si cette anomalie n'est pas diagnostiquée et traitée, la surcharge en fer augmente sans fin et, à la longue, dégrade tous les organes – foie, pancréas, cœur, os, appareil respiratoire, système nerveux, peau. Dans les formes les plus graves, les lésions peuvent entraîner cirrhose ou cancer du foie, diabète sucré, insuffisance cardiaque, polyarthrite évolutive, etc. Or, l'AHF l'affirme : il suffit d'un diagnostic précoce – simple à réaliser et peu coûteux – pour éviter cette évolution fatale et offrir au patient une espérance de vie normale.



“ Un diagnostic précoce de la maladie est indispensable! ”

Pr Henri Michel, président de l'AHF

interview

Comment expliquer que cette maladie grave et à forte prévalence soit si mal connue?

Pr Henri Michel : C'est une maladie très sournoise. Les premiers symptômes n'apparaissent qu'entre 20 et 35 ans et sont peu explicites : une fatigue chronique intense, des troubles de l'érection

chez l'homme, une aménorrhée ou une perte de la libido chez la femme, des douleurs articulaires aux mains et aux pieds, une peau terreuse, des troubles du rythme cardiaque. Généralement, les patients les négligent ou les attribuent à d'autres causes. Si le généraliste consulté ne pense pas à l'hémochromatose, le patient sera dirigé vers un spécialiste pour une prise en charge des symptômes les plus criants décrits ci-dessus. On sait ainsi qu'avant d'être diagnostiqués, ces malades voient en moyenne 3 généralistes et 2 spécialistes... et perdent entre cinq et dix ans!

Pourquoi un diagnostic précoce n'est-il pas réalisé plus souvent?

Pr Henri Michel : Les médecins ne pensent pas toujours à cette

pathologie car elle est progressive. Or, chez tout jeune adulte, on devrait systématiquement faire un dépistage : une simple prise de sang pour doser le taux de saturation de la transferrine et la ferritinémie et, si ces deux examens sont positifs (ferritine > 400 ng/ml et saturation > 50 %), recherche du gène HFE1 pour confirmation (examens pris en charge par la Sécurité sociale sous certaines conditions).

Si le diagnostic est posé, que peut-on proposer au patient?

Pr Henri Michel : D'abord, suggérer que toute la famille se fasse tester. Quant au traitement, il consiste en des saignées! La méthode paraît désuète, mais elle est très efficace pour désaturer l'organisme de son fer en excès; elle est simple et peu coûteuse – ce qui explique sans doute que cela intéresse peu les laboratoires! Mais cela changera si, après études, le nouveau chélateur du fer (l'Exjade) est prescrit dans l'hémochromatose... Reste que si la maladie est diagnostiquée tardivement, les lésions organiques étant installées, on peut tout au plus stabiliser la situation.

+ D'INFOS :

Association hémochromatose France :
BP 87777 - 30912 Nîmes Cedex 2
Tél. : 04 66 64 52 22 - Fax : 04 66 62 93 87
E-mail : contact@hemochromatose.fr
Site Internet : www.hemochromatose.fr

Magazine

Alain Rey, auteur, avec Danièle Morvan, du *Dictionnaire culturel en langue française*, 2005.



Pour éviter cet anglicisme sans racines dans la langue française, le shopping, les Québécois parlent volontiers de «magasinage», avec un s, comme magasin.

Ne pourrait-on pas inventer pour les enrégés de la lecture d'hebdomadaires, qu'on appelle sottement en France des «news», ce qui ne voudrait rien dire en anglais, un «magazinage» avec un z ?

La presque homonymie entre magasin et magazine ne doit rien au hasard, car le mot anglais est pris oralement au XVI^e siècle au français magasin, qui signifiait alors simplement «entrepôt», comme le mot arabe *mahzen*. Ce dernier avait voyagé avec le commerce maritime, de l'Orient à l'Italie, à la Provence, dans ces langues et en latin, pour aboutir dès le Moyen Âge au français. Le «magazine» anglais s'est détaché de l'entassement des marchandises lorsqu'Edward Cave fonda un certain *Gentleman's Magazine*, en 1731. Parallèlement, sur cette idée d'un amas précieux d'informations ou de récits, on parla en France de magasins, et des nostalgiques se souviennent encore du *Magasin pittoresque* du XIX^e siècle. Mais la mode anglaise l'emporta et les magazines allaient remplacer les magasins, dans les kiosques, qui sont des magasins de lecture, au sens propre. Les magazines d'information ont même migré du papier imprimé vers les postes de radio et les écrans de télévision. Mais cet anglicisme bien installé ne nous rappelle-t-il pas le côté commercial de cette information dont les médias alimentent nos pauvres crânes ?

limiter ou arrêter les traitements en fin de vie

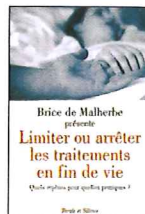
La loi Leonetti, référence majeure concernant les soins en fin de vie, n'en suscite pas moins le débat autour de la notion d'euthanasie.

Les auteurs abordent dans leur réflexion les repères législatifs, déontologiques et éthiques qui devraient motiver en conscience et dans la dignité des

personnes l'attitude humaniste des praticiens et de tous ceux qui sont confrontés aux pratiques des soins palliatifs.

» Jean Pouillard

» *limiter ou arrêter les traitements en fin de vie : quels repères pour quelles pratiques ?*, de Brice de Malherbe, éd. Parole et Silence, 134 pages, 18 euros.



Blessures de l'enfance, lettres ouvertes aux parents

Si « *nul ne guérit de son enfance* » (Jean Ferrat), les parents, même les mieux intentionnés, peuvent commettre des erreurs, au risque d'entraîner chez l'enfant des blessures à vie, de l'humiliation à la culpabilité, voire de la honte à la colère. Ce livre nous invite à une réflexion sur notre responsabilité d'adulte, l'intensité des souffrances insoupçonnables des enfants se prolongeant dans un sentiment d'injustice et souvent dans un jamais-dit des souffrances et des violences intimes. L'auteur nous fait partager son expérience de thérapeute en nous conviant à l'impérative nécessité de l'« écoute », cette demande ne souffrant aucun délai. Les lettres reçues d'enfants ont un accent d'authenticité qui ne trompe pas ; elles témoignent du besoin de la confiance et du respect de la personnalité de l'enfant de la part de ses parents, « *quoi qu'il leur en coûte* ». » J. P.

» *Blessures de l'enfance, lettres ouvertes aux parents*, de Henri Pons, éd. Aléas, 331 p., 18 euros.

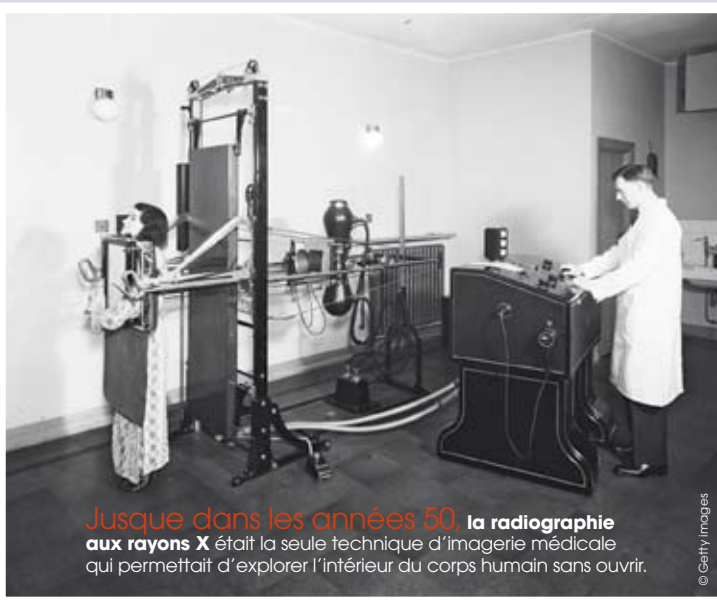


Système de santé : l'urgence

Le Dr Kheloufi, généraliste ayant exercé dans une banlieue parisienne sensible, pousse un cri d'alarme concernant notre système de santé, aujourd'hui très complexe, afin d'amener tous les acteurs – professionnels de santé, politiciens, économistes, administratifs et malades – à en débattre. La partie de son ouvrage consacrée à la prise de décision en médecine générale, qui est l'essentiel de la fonction du médecin, est passionnante : cette prise de décision doit tenir compte des contraintes administratives aussi bien que des progrès de la science. Quant à la partie consacrée aux débats, elle n'accuse pas, « elle déplore » de multiples aspects actuels de la médecine. L'auteur y met notamment en garde l'administration contre la tentation de trop vouloir encadrer l'action du médecin. Les questions portant débat sont nombreuses, notre confrère nous invite à y participer. » Maurice Hodara.

» *Système de santé : l'urgence*, de Muraad Kheloufi, éd. L'Harmattan, 197 p., 19 €

Les outils d'hier et de demain



Jusque dans les années 50, la radiographie aux rayons X était la seule technique d'imagerie médicale qui permettait d'explorer l'intérieur du corps humain sans ouvrir.

© Getty Images

Dans les années 70, le scanner et l'imagerie en coupe font leur apparition. L'outil n'a cessé de s'améliorer depuis : aujourd'hui, il ne faut que 5 à 10 secondes pour balayer un mètre et avoir des coupes très fines, contre plusieurs dizaines de secondes pour des coupes épaisses sur les premiers scanners.



© CHU Poitiers/Phanie



© CHU Poitiers/Phanie

Aujourd'hui, les progrès de l'informatique permettent d'obtenir rapidement des images en très haute définition, comme ici, sur cette reconstruction tomodensitométrique 3D d'un cœur humain.

De la radiographie aux rayons X à l'imagerie 3D : un siècle de progrès

L'imagerie médicale est née à la fin du XIX^e siècle avec la première radiographie aux rayons X. Il faut ensuite attendre les années 50 pour qu'apparaisse l'échographie, qui utilise les ultrasons. Puis les rayons X ont de nouveau fait parler d'eux dans les années 70 avec le développement du scanner et de l'imagerie en coupe. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) fait son apparition au début des années 80. Très prisée pour des zones anatomiques précises, en neurologie et en ostéo-articulaire, elle donne des images en 3D avec des possibilités de distinction entre tissus que le scanner n'autorise pas. Depuis, les outils d'imagerie fonctionnelle se sont multipliés : IRM fonctionnelle, TEP, spectroscopie, scintigraphie, etc. Et les progrès de l'informatique ne cessent d'améliorer la qualité des images produites par chacune de ces techniques. La rapidité des appareils pour restituer et traiter les images permet aujourd'hui de visualiser jusqu'aux coronaires, de travailler en temps réel, ou encore d'observer avec précision un organe en 3D.

“ La médecine est une science humaine ”

Dr Catherine Armessen,
médecin généraliste en milieu rural.

Témoignage

« Médecin de base et fière de l'être ! » Pour rien au monde, le Dr Catherine Armessen n'abandonnerait ses journées à rallonge et ses trajets cahotiques sur les routes de campagne. « Exercer comme généraliste en milieu rural est un choix assumé, explique cette Parisienne d'origine, installée depuis 1985 dans un village de Seine-et-Marne. J'aime la confiance que nous témoignent les gens prétendus "simples". Et j'aime cette activité qui permet d'aborder le malade dans toutes ses dimensions, "scientifique", mais aussi psychologique, familiale. L'écoute et l'information figurent au cœur de cette relation. Pour moi, la médecine est une science humaine. »

En matière de soin, cette « personnalisation » s'avère particulièrement efficace, « car elle permet au malade de mieux accepter sa pathologie et facilite l'observance des soins ». Mais c'est dans le domaine de la prévention, et plus particulièrement la prévention des addictions, que ce lien unique joue pleinement son rôle. Un sujet dont cette passionnée d'écriture s'est emparée pour son deuxième roman, *Dérappages*, sur l'alcoolisme au féminin. Avec *Manipulation*, elle abordait, en 2007, une autre forme de dépendance : l'emprise des sectes sur les ados. Un témoignage ? « Non, une fiction, rectifie-t-elle. Je ne souhaite pas voler la vie des gens. Disons que ce roman est le fruit de rencontres... » Et Catherine Armessen d'évoquer cette jeune patiente, venue consulter pour de terribles douleurs rachidiennes. « Déprimée, elle était tentée de s'en remettre à des pseudo-praticiens peu recommandables. Après enquête, j'ai réalisé qu'elle risquait de tomber dans les griffes d'une secte. Mon travail d'information a porté ses fruits. Elle s'en est sortie. » Mais face à une offre de soins mal codifiée, rendue pléthorique par l'explosion d'Internet, le médecin traitant ne peut pas tout. « Qu'il s'agisse des psychothérapeutes, des chiropracteurs ou des spécialistes de la relaxation, un gros travail de référencement me semble aujourd'hui indispensable, explique Catherine Armessen. Cela permettrait aux plus vulnérables d'éviter les pièges. Et de distinguer les praticiens sérieux des charlatans ou des gourous. » Des dangers dont Catherine Armessen voudrait bien sûr préserver ses trois enfants, dont deux sont étudiants. L'un en médecine, l'autre en littérature.



PARCOURS

» 1958
Naissance à Paris

» 1984
Termine ses études de médecine

» 2003
Publie son premier roman, *L'Ariégeoise*, aux éditions Cheminements

» 2005
Dérappages, aux éditions Cheminements

» 2007
Obtient le prix Littré avec son troisième roman, *Manipulation*, aux éditions Cheminements

» 2008 (rentrée)
Parution de *La Fille du verrier*, aux éditions Cheminements