

N°11 MAI - JUIN 2010





Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins

Démographie médicale : les chiffres région p.22



L'essentiel Insécurité: des agressions de plus en plus graves p.4 Réflexion

Quel statut pour
les mères porteuses ? p.11

Mission Legmann20 propositions pour refonder la médecine libérale p.13

médecins n° 11



L'essentiel | 04

- Insécurité : des agressions de plus en plus graves
- La Seine-et-Marne lutte contre ses déserts médicaux
- Zoom sur la commission des relations médecins-industrie

Sur le terrain 108

L'Atelier santé-ville de Nancy (54)

∆Ailleurs | 10

Europe : vers des principes déontologiques communs

⊻Réflexion l 11

Quel statut pour les mères porteuses?

La voix des associations | 28

Les familles unies contre le nævus géant congénital

■Courrier des lecteurs | 30

▶Culture médicale | 31 La sélection du mois

À vous la parole 132

D' Stéphane Donnadieu, médecin-conseiller du directeur de la sécurité civile. Retour sur les opérations de secours à Haïti.

▶ Dossier | 22

Démographie médicale :

les chiffres région par région



Un pavé dans la mare! La publication des vingt-trois atlas régionaux de la démographie médicale par le Conseil national de l'Ordre des médecins a mis en pleine lumière, au-delà d'une situation globalement alarmante, l'existence d'énormes disparités dans l'offre de soins sur le territoire national. Ces données ont notamment permis à la mission du D' Legmann de bâtir ses propositions pour refonder la médecine libérale.



Rapport de la mission Legmann | 13

20 propositions pour refonder la médecine libérale

Vos réactions nous intéressent

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

Le virage?

66 Ceux qui aperçoivent la lumière avant les autres sont condamnés à la poursuivre en dépit des autres. 99

Christophe Colomb



D' Walter Vorhauer, secrétaire général du Cnom

outes les études démographiques du Conseil national de l'Ordre des médecins, toutes les enquêtes statistiques le montrent : l'écart devient abyssal entre les modes d'exercice libéral et salarié, la pyramide des âges de notre profession vieillit dramatiquement et de nombreux médecins partent à la retraite sans successeur... Tous ces indicateurs font peser de lourdes interrogations sur la prise en charge sanitaire de la population française d'ici à cinq ans, d'autant que le nombre de personnes âgées, voire très âgées, est en progression constante. Chronique d'une catastrophe annoncée? Ces perspectives sont connues de tous, et pourtant les prémices d'un virage semblent se faire jour. Réuni en séminaire, le Conseil national de l'Ordre a appelé de ses vœux des solutions nouvelles : modalités de rémunération des médecins mixant paiement à l'acte et paiement au forfait, création d'un

statut social du médecin, formation des futurs médecins à la médecine de ville et non pas seulement à l'exercice hospitalier, regroupement des médecins au sein de maisons de santé, etc. Encore faut-il que les exercices libéral et hospitalier soient perçus comme deux modes d'exercice complémentaires, nécessaires, interpénétrés, sans qu'il y ait ostracisme de l'un ou de l'autre. Encore faut-il considérer qu'il y a urgence à agir. Le temps des études, des rapports et des paroles est désormais passé. Il est temps d'agir, sinon gare au précipice... Le Conseil national de l'Ordre a pris ses responsabilités. Il ne faillira pas.

Pour consulter les propositions du séminaire du Cnom : www.conseil-national.medecin.fr

médecins



- CONCEPTION ET RÉALISATION : CITIZENIPRESS 48, rue Vivienne, 75002 Paris - RESPONSABLE D'ÉDITION : Claire Peltier - DIRECTION ARTISTIQUE : Marie-Laure Noel - SECRÉTARIAT DE RÉDACTION : Alexandra Roy - IMPRIMERIE : IGPM - Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs - DÉPÔT LÉGAL : mai 2010 - n°16758 - ISSN : 1967-2845.

Ce numéro est diffusé avec un encart de l'Inca consacré à la prévention du cancer du col de l'utérus auprès des médecins généralistes libéraux.





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

■ Insécurité

Des agressions de plus en plus graves

Les incidents dont sont victimes les médecins sont de plus en plus graves, même si leur nombre reste stable. Tel est le principal enseignement des résultats 2010 de l'Observatoire de la sécurité des médecins.

'Observatoire de la sécurité des médecins a révélé fin mars ses derniers chiffres, en partenariat avec l'institut Ipsos. Mise en place par le Conseil national de l'Ordre des médecins et pilotée par le Dr Jean-François Guyonnard, conseiller national, cette instance est la seule à France qui recense et analyse les déclarations d'incidents dont sont victimes les médecins.

Les incidents subis par les médecins 2009

Le Conseil national constate que le nombre d'incidents déclarés par les médecins reste stable, mais que ces incidents sont de plus en plus graves: les agressions physiques sont en hausse de 16 % en 2009 contre une hausse de 11 % en 2008. 10 % des incidents ont conduit à une interruption de travail du médecin ou de ses salariés dont 3 % de plus de 8 jours. Là encore, ce chiffre est en hausse par rapport aux années précédentes. De même, le taux d'agressions verbales est au plus haut depuis le lancement de l'Observatoire : il représente 54 %

des incidents déclarés. Avec un taux de 23 %, les vols à l'encontre des médecins diminuent légèrement, mais constituent encore le deuxième motif d'agression.

Les spécialités les plus touchées

Les généralistes restent les médecins les plus touchés par l'insécurité (62 %). Viennent ensuite, mais loin derrière, les ophtalmologistes (7 %), les psychiatres (5 %) et les gynécologues-obstétriciens (5 %). Parmi les causes les plus fréquemment citées pour expliquer ces agressions: un temps d'attente trop long, des reproches liés à un traitement ou encore le refus de payer la consultation.

Les départements les plus concernés

Le département de Seine-Saint-Denis reste en tête des déclarations d'incident (54 des 512 déclarations recensées). Suivent de près le Vald'Oise (31), l'Isère (26), la Seine-Maritime (26), le Nord (22) et le Val-de-Marne (22).

□ CE QUE FAIT L'ORDRE

L'insécurité dont les médecins sont victimes dans leur exercice quotidien ne peut qu'accroître la crise démographique de notre profession et fragiliser un peu plus l'accès aux soins. L'Observatoire de la sécurité a été créé en 2004 par le Conseil national de l'Ordre des médecins pour que cette insécurité soit mieux évaluée et mieux traitée. Ses objectifs :

- recueillir les déclarations d'agression des médecins pour évaluer le niveau d'insécurité subie sur le terrain:
- renforcer les coopérations avec les forces de l'Ordre, les services de la justice, les collectivités locales pour améliorer le traitement de ces incidents;
- mieux prévenir et mieux prendre en compte les agressions contre les médecins et leurs salariés.

Déposer plainte et se porter partie civile

Le Conseil national de l'Ordre recommande aux médecins victimes d'agression de porter plainte en se constituant partie civile. L'Ordre se mobilise également pour que les dispositions de la loi de mars 2003 sur l'insécurité soient réellement mises en œuvre par les forces de police et de gendarmerie et par la justice, avec notamment la nomination de correspondants locaux au sein de ces services. La loi prévoit en effet des sanctions aggravées pour les auteurs d'infractions commises à l'encontre des professionnels de santé.



Source : Conseil National de l'Ordre des Médecins : Observatoire pour la sécurité des médecins - Année 2009

en bref

▶CERTIFICAT MÉDICALPOUR MAJEURS PROTÉGÉS

Le décret n° 2008-1485 du 22 décembre 2008 fixe le montant des honoraires du médecin rédacteur du certificat à 160 euros. Ce montant s'applique à tous les médecins, quels que soient leur secteur conventionnel et leur statut, que le médecin soit requis pour rédiger ce certificat ou le rédige à la demande d'un tiers. Ce montant est obligatoire et ne peut être modifié.

Du neuf pour les médecins salariés à temps partiel

Après divers épisodes jurisprudentiels, la Cour de cassation a confirmé l'arrêt de la cour d'appel de Paris considérant que les médecins salariés à temps partiel d'établissements ou de centres d'examens de santé gérés par les organismes de sécurité sociale avaient droit aux mêmes avantages conventionnels que les médecins à temps complet. Cette jurisprudence est très importante pour tous nos confrères exerçant à temps partiel. L'Ordre, qui s'est largement mobilisé à leurs côtés, se félicite de cette décision. C'est également l'occasion de rappeler aux médecins intéressés par le statut de salarié qu'ils doivent être vigilants au moment de signer leur contrat de travail et notamment bien consulter leur future convention collective.

Un rapport ordinal sur les médicaments génériques

Le D' Pierre Hecquard, conseiller national de l'Ordre et membre de la section santé publique, publie un rapport sur les médicaments génériques dont l'arrivée a marqué un tournant dans la pratique prescriptive des médecins et dans le suivi thérapeutique des patients. L'occasion de rappeler trois messages :

- le médecin reste maître de sa prescription. Il lui appartient de signaler, si nécessaire, s'il ne veut pas que le produit princeps qu'il a prescrit soit substitué par un générique.
- la loi prévoit que le dispositif « substitution contre dispense d'avance des frais » peut ne pas s'appliquer dans les cas pour lesquels la substitution peut poser des problèmes particuliers au patient.



 dans l'intérêt même des patients, notamment âgés ou particulièrement vulnérables, le respect de l'aspect extérieur d'un princeps par un générique est source de sécurité.

+ D'INFOS SUR LE SITE

Pour consulter le rapport : www.conseil-national.medecin.fr (espace Grand Public)

EN CHIFFRES

87%

des médecins

sont intéressés par la messagerie sécurisée que propose l'Ordre. C'est ce que révèle le sondage de notre newsletter d'avril 2010.

+ D'INFOS:

Pour recevoir notre newsletter: www.conseil-national.medecin.fr

Prime de service public exclusif



L'article R 6152-23-1 du code de la santé publique prévoit qu'une prime d'engagement de service public exclusif est versée aux praticiens hospitaliers à temps plein qui s'engagent par contrat quec

s'engagent par contrat avec le directeur de l'établissement où ils sont nommés à ne pas exercer une activité libérale pour une période de trois ans renouvelable. Le Conseil d'État a jugé, par un arrêt du 21 octobre 2009, que ces dispositions confèrent le droit à un praticien hospitalier à temps plein de souscrire ou de renouveler un contrat de service public exclusif, sans que le directeur de l'établissement ne puisse s'y opposer, dès lors que le praticien hospitalier s'engage pour trois ans à ne pas exercer une activité libérale au sein de l'établissement.

■ Bourse d'études

La Seine-et-Marne lutte contre ses déserts médicaux

Le conseil général de Seine-et-Marne a mis en place une bourse d'études pour les étudiants en 3° cycle de médecine. L'objectif est de pallier la pénurie de praticiens dans le département, et notamment dans les zones rurales.

a mesure rencontre un vrai succès! Ils sont déjà huit internes venus de différentes facultés de médecine franciliennes à avoir opté pour la bourse d'études lancée à la rentrée universitaire 2009 par le conseil général. Le principe est simple. Le Département verse 1000 euros par mois à l'étudiant de 3e cycle pendant trois ans en échange de son engagement à exercer son activité professionnelle en Seine-et-Marne pendant cinq ans, dans une zone déficitaire en praticiens. Pour l'instant, le 77 est le seul en Île-de-France à avoir pris cette initiative. « Sans doute parce qu'il est le plus "pauvre" en présence médicale, explique Gérard Bernheim, premier vice-président du conseil général chargé des solidarités et initiateur du projet. La densité de médecins par habitant y est inférieure de 28 % à la moyenne nationale. Face à cette situation très préoccupante, il nous fallait agir.



L'objectif est de garantir à tous les Seine-et-Marnais un accès aux soins en favorisant l'installation et le maintien des médecins. » Signé en mars 2009, le Plan départemental en faveur de la démographie médicale comprend huit mesures parmi lesquelles des bourses d'études mais également un soutien aux projets de création de maisons de santé pluridisciplinaires. « À notre grande surprise, ajoute l'élu, la fonction de généraliste en milieu rural attire nos boursiers. Par contre, ils ne souhaitent pas s'installer seuls. » La bourse peut être sollicitée à tout moment de l'année. Le Département n'a pas souhaité réduire la liste de ses bénéficiaires aux seuls généralistes, afin de ne pas se priver de spécialistes, ni aux seules zones déficitaires. En effet, les médecins pourront également s'installer dans des zones fragiles menacées de devenir des déserts médicaux. Prévenir et non guérir, c'est le choix du conseil général de Seine-et-Marne!

+ D'INFOS:

Renseignements et envoi des candidatures sur www.seine-et-marne.fr

Les Ordres français à Bruxelles

Les représentants des Ordres professionnels français se sont retrouvés à Bruxelles le 8 avril dernier, sous l'égide du Clio (Comité de liaison des institutions ordinales) afin de faire connaître la spécificité de ce mode d'organisation des professions auprès de la Commission européenne, du Comité économique et social européen et d'eurodéputés.

« L'Union européenne se méfie de nos structures car elle les soupçonne de corporatisme, précise Bruno Potier de la Varde, actuel président du Clio et ancien président des avocats au Conseil d'État et à la Cour de cassation. Notre objectif était de leur démontrer que les Ordres agissent, au contraire, au nom de l'intérêt général et que nos structures constituent, avant tout, une garantie pour la défense des intérêts des usagers. Nous voulions aussi convaincre les instances communautaires que les principes fondateurs des Ordres (confraternité, déontologie, autorégulation professionnelle, etc.)

ne constituent pas une entrave aux principes qui régissent au sein de l'Union la libre prestation de service. C'est un enjeu fort dans la perspective de la transposition de la directive services aux États membres.» D'autres rendez-vous sont prévus avec des représentants de l'UE pour approfondir ces liens. L'occasion également de rencontrer des instances similaires au Clio français qui siègent dans d'autres pays de l'Union, en Allemagne notamment.

Zoom sur... la commission des relations médecins-industrie



D^r Francois Rousselot. président de la commission des relations médecins-industrie

Analyser attentivement et comprendre, travailler avec rigueur, gérer intelligemment des intérêts contradictoires, tels sont les mots d'ordre de la commission 🥯

La commission des relations médecins-industrie du Conseil national de l'Ordre est chargée de veiller à l'application de l'article L. 365-1 du code de la santé publique. Cette disposition pose comme principe l'interdiction de tout don en nature ou en espèces entre médecins et industries... sauf lorsqu'une convention de recherche ou d'évaluation scientifique (étude) a été conclue ou que l'hospitalité est offerte dans le cadre d'une manifestation à but professionnel et scientifique (formation continue par exemple). Dans ces deux cas, les conventions doivent être soumises pour avis au Conseil de l'Ordre. « Composée de treize élus nationaux, la commission examine, chaque année, 40000 dossiers d'hospitalité et 2000 dossiers d'étude qui peuvent concerner de un à plusieurs centaines de médecins », précise son président le D^r François Rousselot. Les délais de traitement fixés par la loi sont courts, entre 3 semaines et deux mois, selon les cas. Une fois l'avis de conformité (ou de non-conformité) envoyé à l'entreprise intéressée, cette dernière est tenue de le communiquer à chaque médecin visé par la convention. Reste que l'avis ordinal n'est pas une autorisation : le praticien conserve la responsabilité de ses actes, au regard du code de déontologie (article 15) et face aux contrôles de la DGCCRF.

• LE SERVICE **S'INFORMATISE**

Pour mieux assurer cette mission, le Cnom a décidé d'informatiser la aestion du service. « Le prestataire, chargé de réaliser ce travail. vient d'être sélectionné après appel d'offres, confie le D^r François Rousselot, président de la commission. L'informatisation de notre système d'enregistrement

et de traitement des dossiers durera un an. À court terme, tous les dossiers d'hospitalité doivent être informatisés et nous envisageons aussi, à plus long terme, de numériser l'ensemble de nos archives ». À la clé : un traitement simplifié des dossiers, des réponses plus homogènes, et la possibilité, pour le

Cnom, grâce à la constitution d'une base de données, de faire des requêtes par médecin, par pathologie ou par laboratoire.

VERS UN GUICHET **UNIQUE?**

Actuellement, les conventions conclues avec un médecin ou avec les médecins d'un seul département sont adressées et

traitées par le seul conseil départemental concerné. Le Conseil national n'est généralement pas informé de ces demandes. Le D^r Rousselot appelle de ses vœux une centralisation du traitement des dossiers pour avoir une meilleure vision d'ensemble. mieux déceler les conflits d'intérêt et optimiser les ressources.

■ Nancy

La santé publique au cœur de la ville

C'est en 2005 que Nancy a initié un Atelier santé ville sur le quartier du Haut-du-Lièvre.

Objectif: mobiliser les citoyens et les partenaires institutionnels autour de grands projets de santé publique. Aujourd'hui, l'Atelier santé ville travaille tout particulièrement sur les liens entre habitat et santé.

a santé n'est pas seulement l'affaire du monde médical. Elle dépend de nos modes de vie, de déplacement, de logement... La ville de Nancy l'a bien compris et intègre, depuis de longues années, cette problématique dans sa politique de développement. Dernier exemple en date : la création des Ateliers santé ville. Objectif? Mettre en place des projets de santé publique en mobilisant les partenaires institutionnels, associatifs, professionnels sur un lieu donné. C'est cette démarche qui a été lancée sur le Haut-du-Lièvre où se trouve l'une des plus longues barres HLM d'Europe.

Tout a commencé par un diagnostic approfondi de la situation santé à travers des entretiens individuels ou groupés avec les habitants du quartier. Plusieurs sujets prioritaires ont alors émergé: mal-être et bien-être, hygiène de vie, difficultés d'accès aux soins, etc. Des groupes de travail, associant différents acteurs locaux se sont mis en place pour déterminer ensemble des actions à mener. Exemple? L'organisation de rencontres avec des dentistes pour aider à dédramatiser les interventions bucco-dentaires. Aujourd'hui, l'Atelier santé ville travaille tout particulièrement sur la problématique du logement, à l'heure où un grand projet de rénovation urbaine est en cours sur le quartier. Comment l'isolation thermique, l'air ambiant, ou l'éclairage peuvent-ils influer sur la santé? Quelles actions mettre en place pour agir sur ces sujets? De quelle façon aider les habitants à acquérir des comportements plus sains pour l'organisme? Autant de problématiques débattues avec des partenaires aussi variés que les médecins, les associations de quartiers, les services sociaux ou encore l'Office public de l'habitat. Car tous sont concernés.



Développement

Au sein de la Maison de l'habitat et du développement durable, des professionnels renseignent les particuliers qui souhaitent construire, acheter, vendre, louer ou rénover.

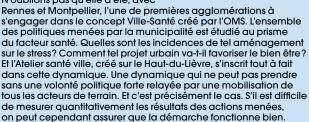
Jean-Marie Schléret.

conseiller municipal délégué à la santé et au logement et vice-président délégué à l'habitat au Grand Nancy



moignage

La Ville de Nancy s'est toujours montrée très sensible à la problématique de santé publique. N'oublions pas qu'elle a été, avec



Notre rôle est d'enclencher une impulsion locale et de coordonner les projets qui vivent ensuite par eux-mêmes. Après cinq ans, l'atelier est toujours aussi actif. C'est bon signe.





Valérie Levy-Jurin,

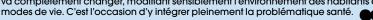
conseillère communautaire déléguée à la santé au Grand Nancy



Pourquoi associer ville et santé? Car ceux qui conçoivent la ville ont un impact fort sur la qualité de vie et donc sur la santé. C'est sur ce principe que repose la raison d'être des Ateliers santé ville. Ils visent à réduire les inégalités sociales et de santé dans les quartiers les plus défavorisés en facilitant le

quotidien des habitants, en renforçant l'accès aux soins, en menant des campagnes de prévention adaptées... Bref, nous visons vraiment le « savoir habiter ». Et cette démarche commence par une bonne connaissance des modes de vie, des cultures, des habitudes, des craintes aussi des uns et des autres. Lorsque nous avons lancé l'Atelier santé ville sur le Hautdu-Lièvre, la phase de diagnostic a duré près d'un an car il était indispensable de bien comprendre la situation locale et de rassembler les différents acteurs pour les faire adhérer à une démarche commune, un objectif partagé. Dans le cadre du projet de rénovation urbaine, l'Atelier santé ville prend tout son sens. Le quartier

va complètement changer, modifiant sensiblement l'environnement des habitants et leurs







Sur le plateau de Haye, dans le quartier du Hautdu-Lièvre, le projet de rénovation urbaine concerne 12207 habitants et 5779 logements.

émolition

Certaines barres HLM ont été réhabilitées. D'autres parties seront déconstruites. Plusieurs logements ont été - ou seront - entièrement détruits et remplacés par des ensembles immobiliers modernes et fonctionnels.



Des logements semi-individuels en bois ont remplacé un vaste immeuble en forme d'étoiles. Une large place a été consacrée aux jardins et espaces verts.



Magali (au centre) a fait partie d'un groupe de visite chez le dentiste, mis en place avec le centre social. Le praticien a expliqué son métier, présenté son matériel, et ainsi aidé les mamans et leurs enfants à gagner sa confiance.

Europe

Vers des principes déontologiques communs

Les 12 et 13 mars derniers, le D' Amedeo Bianco, président de l'Ordre des médecins d'Italie, a réuni à San Remo l'ensemble des médecins européens pour célébrer avec eux le centenaire de la création de l'Ordre italien et manifester ainsi l'attachement de son institution à la constitution d'une communauté médicale européenne unie autour de valeurs communes.

e nombreuses délégations de médecins européens étaient présentes ainsi que les présidents des cinq principales organisations médicales européennes (l'Association européenne des médecins hospitaliers, le Conseil européen de l'Ordre des médecins, le Comité permanent de médecins européen, la Fédération européenne des médecins salariés et l'Union européenne des médecins omnipraticiens). Tous les participants à cette conférence ont pu réfléchir ensemble à l'élaboration de principes déontologiques européens communs. À cette fin, il était proposé aux délégations de se concentrer, dans un premier temps, sur cinq questions majeures:

- le consentement;
- l'accès aux dossiers médicaux;
- la confidentialité;
- l'information de santé versus publicité;
- les relations entre professionnels de santé.

Le fruit de ces premières réflexions sera soumis au Conseil européen des Ordres des médecins lors de sa réunion de juin 2010. Parallèlement à l'élaboration de ces principes déontologiques européens communs, le Conseil européen des Ordres des médecins va mettre en **CE QUE DIT**l'Ordre



Dr Montané, délégué général aux affaires européennes et internationales

« Les principes d'éthique médicale européenne adoptés en 1987 sont destinés à inspirer la conduite professionnelle des médecins, quel que soit leur mode d'exercice, dans leur rapport avec les malades, la collectivité et entre eux. Ce texte peut être considéré comme la première version d'un code d'éthique européen. Ces principes nécessitent cependant d'être actualisés sur des thèmes qui ont profondément évolué depuis vingt ans. Des thèmes qui touchent à l'exercice professionnel (l'indépendance morale et technique du médecin, sa compétence, la grève médicale, la continuité des soins), à de grands faits de société (l'aide aux mourants, la condamnation de la torture ou des traitements dégradants), au progrès scientifique (les greffes d'organes, la médecine reproductive, les expérimentations sur l'homme) ou encore aux droits des patients. Le Conseil européen des Ordres des médecins entend achever cet important travail d'actualisation en 2011 et espère ainsi pouvoir valider un code d'Éthique européen à Kos (Grèce), patrie d'Hippocrate.

place, d'ici à fin 2010, une réflexion pour actualiser le code d'éthique médicale européenne initialement adopté en 1987 et révisé en 1995.

Revaloriser les professionnels de santé

Ces journées furent également l'occasion de faire le point sur les réflexions que suscite la proposition de directive sur les droits des patients dans le cadre de soins transfrontaliers, adoptée en première lecture au Parlement européen, qui est pour l'instant bloquée au Conseil. Il a également été question du Livre Vert sur les professionnels de santé en Europe. Plusieurs axes de travail ont été identifiés prioritairement pour revaloriser les professionnels de santé : la gestion des flux migratoires, le développement de la télémédecine, l'harmonisation des conditions minimales de formation, la mise en place de systèmes de formation professionnelle continue et l'amélioration des conditions de travail.







Avec la participation de...

D' François Stefani, vice-président de la section Éthique et déontologie du Conseil national de l'Ordre des médecins

Pr Jacques Milliez, professeur de gynécologieobstétrique à l'université Pierre-et-Marie-Curie Pr Gérard Lévy, ancien chef de service de aynécologie-obstétrique au CHU de Caen

Quel statut pour les mères porteuses?

De décisions juridiques en projets de loi, la gestation pour autrui (GPA) est sur le devant de la scène. Son éventuelle autorisation soulève de nombreuses interrogations éthiques, médicales et législatives. Tour d'horizon des arguments des défenseurs de la GPA, qui y voient un remède face à la stérilité, et de ses pourfendeurs, qui dénoncent une marchandisation du corps.

Bon à savoir

Si la loi bioéthique de 1994 interdit formellement la gestation pour autrui en France, il n'en est pas de même chez nos voisins européens. La GPA est autorisée au Royaume-Uni depuis 1984, en Grèce, Ukraine, Roumaine ou en Russie. En Belgique, aux Pays-Bas, elle est tolérée si elle ne donne pas lieu à une rémunération. Au Canada (mais pas au Québec), en Inde, en Afrique du Sud et dans certains États des États-Unis (Californie, Illinois, Arkansas), elle est autorisée.

lusieurs sénateurs, de gauche comme de droite, ont déposé en janvier dernier deux projets de loi « tendant à autoriser et encadrer la gestation pour autrui (GPA) ». Ils proposent que cette pratique devienne un outil supplémentaire d'assistance médicale à la procréation. De même, d'après une enquête réalisée en janvier 2009 par Ipsos, 61 % de Français seraient favorables à ce procédé.

La GPA consiste à implanter dans l'utérus d'une mère porteuse le spermatozoïde et l'ovule fécondés in vitro d'un couple dont la femme souffre d'infertilité (il est aussi possible d'avoir recours à l'ovule d'une donneuse). En France, elle est interdite depuis 1994 par la loi dite de bioéthique, au nom du principe de l'indisponibilité du corps humain et de la lutte contre l'exploitation des femmes.

Ce n'est pas le cas dans d'autres pays européens, comme l'Angleterre, ou aux États-Unis. Pour certains, la gestation pour autrui est un don altruiste et autonome. Pour d'autres, c'est une véritable marchandisation du corps qui porte atteinte à la dignité humaine. Quant à la justice, elle semble hésiter à prendre position dans ce débat. Le 18 mars dernier, la cour d'appel de Paris a confirmé la filiation entre des parents français et leurs jumelles nées en 2000 d'une mère porteuse en Californie. Mais elle a refusé l'inscription à l'état civil. Les parents sont ainsi officiellement reconnus comme père et mère des enfants. Mais les deux fillettes sont tout de même considérées comme des ressortissantes étrangères au regard du droit français. Une chose est sûre, cette question ne restera pas sans réponse politique, juridique et médicale.



D^r François Stefani

Vice-président de la section Éthique et déontologie du Conseil national de l'Ordre des médecins. Généraliste de formation, il est praticien hospitalier à l'hôpital de Cherbourg, responsable de « La prise en charge de la douleur » au sein du service médecine orientation neurologie.



P^r Jacques Milliez

Professeur de gynécologie-obstétrique à l'université Pierre-et-Marie-Curie et chef de pôle de gynécologie-obstétrique à l'hôpital Saint-Antoine (Paris 12°). Il est par ailleurs président du comité d'éthique de la fédération internationale de gynécologie-obstétrique.

François Stefani, vous venez d'écrire avec le D^r Piernick Cressard. président de la section Ethique et déontologie, un rapport détaillant la position du Conseil national de l'Ordre des médecins. Quels en sont les principaux enseignements?

François Stefani:

La stérilité d'un couple désirant un enfant est source de grande souffrance, que le médecin a vocation à prendre en charge. Pour autant, avoir recours à tous les moyens que nous offre la science ne se justifie pas toujours. Ainsi, des méthodes de procréation mettant en jeu le corps et la santé d'autrui ne sont

pas acceptables, sur les plans éthique, médical et juridique. Quelles que soient ses motivations, une mère porteuse est instrumentalisée par la mise à disposition de son utérus. Et l'enfant ainsi conçu est l'objet d'un contrat qui prévoit une rémunération. Interdire la gestation pour autrui répond à un impératif de respect de la vie humaine.

A contrario, quels sont les principaux arguments en faveur d'une légalisation de la GPA?

Jacques Milliez: J'ai parfois face à moi des femmes privées d'utérus, suite à son absence congénitale ou après son ablation d'urgence vitale pour une hémorragie de l'accouchement.

EN CHIFFRES

$400_{ m couples}$

On estime que 400 couples se rendent chaque année à l'étranger pour pratiquer une gestation pour autrui.

Elles ont une stérilité irrémédiable. Leur désir de grossesse est plus fort que toutes les considérations éthiques. Que faire? Pourquoi les abandonner alors que nous connaissons des réponses adaptées? Entre la réticence à l'égard d'un abandon intentionnel d'enfant et l'injustice d'une stérilité féminine irrémédiable, il faut choisir.

Gérard Lévy: Selon moi, trois grands principes guident l'éthique médicale: l'autonomie, la justice et la bienfaisance/nonmalfaisance. Dans le cas de la gestation pour autrui, ces axes sont respectés. Certaines femmes aiment être enceintes, et souhaitent aider des couples qui ne peuvent avoir des enfants, par simple générosité. Pourquoi cet altruisme serait-il suspect, et synonyme de trafic? Sans la création d'une loi, les couples les plus riches continueront à aller chercher à l'étranger, dans des conditions sanitaires parfois difficiles, ce que nous-mêmes n'autorisons pas en France. Cela crée des injustices. Une loi permettrait également de régler définitivement

médecins

N°11 MAI - JUIN 2010





Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins

Vers un nouveau modèle pour la médecine libérale

éfinir un nouveau modèle de la médecine libérale qui prenne en compte les aspirations des futurs médecins et permette de répondre de façon plus efficiente à la demande de soins de la population, c'est la réflexion que le président de la Répu-



blique m'a demandé de mener le 1er février dernier.

Pour mener à bien cette tâche, je me suis entouré d'élus, de médecins libéraux, de personnalités et d'experts qualifiés. Nous avons procédé à de multiples auditions de représentants des professions médicales libérales, des jeunes générations de médecins et d'internes en cours de formation. Ces auditions ont été complétées par des exposés de personnalités qualifiées et de responsables de grandes institutions. En outre, des travaux de synthèse ont été réalisés à partir des données statistiques disponibles, celles, en particulier, de la section Santé publique et démographie médicale du Conseil national de l'Ordre des médecins. Notre objectif était de réaliser un travail de fond, dans la continuité des États généraux de l'offre de

soins organisés en 2008, et d'aboutir à des propositions concrètes pour refonder la médecine libérale. Le rapport que j'ai remis au président de la République est composé de deux parties :

- Un état des lieux de l'exercice de la médecine en France qui a confirmé la crise profonde que connaît la médecine libérale. Les valeurs et le dynamisme de l'exercice libéral sont en crise et les médecins s'en détournent.
- Vingt propositions qui s'articulent autour de trois axes : la formation, initiale et continue, l'installation et les conditions d'exercice.

Redonner l'envie de l'exercice libéral aux jeunes générations est un défi qu'ensemble, avec des solutions modernes, nous pouvons relever.

Médecins, représentants ordinaux, syndicaux, organismes d'assurance maladie, services de l'État aux niveaux central et déconcentré, Agences régionales de santé... tous les acteurs de la politique de santé doivent contribuer à la mise en place de ces réformes audacieuses, allant dans le sens de l'incitation et non des mesures coercitives qui, de mon point de vue, sont à bannir.

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

www.conseil-national.medecin.fr

- Pour consulter la lettre de mission du président de la République
 - Pour consulter la lettre envoyée par
- Michel Legmann aux médecins
 Pour consulter les conclusions du
- séminaire du Conseil national

 Pour consulter le rapport de la mission
 Legmann

Les 20 propositions de la mission

La crise profonde que connaît la médecine libérale en France appelle des réformes importantes. Les différentes aides incitatives – essentiellement financières – mises en place depuis 2004 (majoration de 20 % de la rémunération dans les zones déficitaires, aides à l'installation ou au maintien de professionnels de santé dans les territoires ruraux, dispositifs d'exonération fiscale en zones déficitaires, en

zone franche urbaine ou de taxe professionnelle en zone de revitalisation rurale...) ne constituent pas une réponse satisfaisante. La mission propose 20 mesures pour moderniser profondément la médecine libérale qui s'articulent autour de trois axes :

- ▶ la formation, initiale et continue,
- ▶ l'installation,
- ▶ les conditions d'exercice.





OUVRIR LA FORMATION INITIALE À LA MÉDECINE AMBULATOIRE

La formation des médecins est à la fois longue, sélective et hospitalière. La formation pratique est effectuée quasi exclusivement dans des services hospitaliers universitaires de spécialités, voire d'hyperspécialisation.
La sélection en fin de première année est un gâchis humain, qui ne peut être accepté (50000 inscriptions en première année dont 85 % d'étudiants seront éliminés). La mission souhaite qu'il y ait une meilleure adéquation entre le profil des étudiants et la nature du métier médical grâce à des contacts personnalisés entre les enseignants et les candidats avant l'inscription.

Elle propose également de modifier la formation des étudiants. Un stage d'initiation à la médecine générale, théoriquement prévu au cours du 2° cycle des études médicales (DCEM) depuis 1997, n'a toujours pas été mis en place dans la plupart des facultés. L'enseignement de la médecine générale, devenue une spécialité à part entière en 2004, est infime au regard

de la durée totale des études. Ce n'est qu'au cours du 3° cycle (soit après six ans d'études) que les étudiants ayant choisi cette spécialité effectuent un semestre en médecine générale ambulatoire. Un second stage est facultatif au cours du DES de médecine générale. Seuls 30 % des internes de médecine générale le réalisent. Les futurs médecins généralistes ne sont donc formés que six mois (un an pour les plus chanceux) sur le terrain de leur spécialité, en ambulatoire. Les choix d'exercice qui en découlent ne sont donc que peu surprenants.

La mission propose de rendre obligatoire dès la fin du 1° cycle, en PCEM 2, un stage de découverte de la médecine libérale, en dehors des structures hospitalières, d'une durée de deux mois.

Elle préconise ensuite d'intégrer, dans le 2° cycle, l'enseignement de la médecine générale, avec une alternance de formations théoriques - axées en priorité sur les maladies prévalentes et les grands processus pathologiques plutôt que sur des contenus pointus et de stages de formation obligatoires en ambulatoire (cabinets, maisons de santé, centres de santé et réseaux). Les médecins libéraux devraient participer aux enseignements théoriques dispensés. Au cours du 3° cycle,

Au cours du 3° cycle, deux semestres de stage de spécialisation seraient obligatoires pour les internes de médecine générale. Cela suppose que des terrains de stage en milieu ambulatoire soient agréés en nombre suffisant, correspondant aux besoins de formation des étudiants. En outre, des mesures devront être prises concernant les médecins libéraux qui vont encadrer ces étudiants: définition du tutorat et du compagnonnage, valorisation du rôle des maîtres de stage, sélection, formation, statut et rémunération.

Après avoir validé trois semestres de leur internat de médecine générale (dont un stage en médecine générale), les jeunes médecins devraient pouvoir assurer la fonction de « remplaçant assistant », c'est-à-dire avoir non seulement la possibilité de remplacer un praticien titulaire mais également de pouvoir bénéficier de son compagnonnage en travaillant à ses côtés. La fonction de remplaçant, qui correspond à un choix opéré par certains médecins, devra d'ailleurs faire l'objet d'une reconnaissance effective. La mission préconise que ces médecins utilisent des feuilles de soins avec leur adresse personnelle. Aujourd'hui, l'enseignement de médecine générale souffre encore d'un manque de reconnaissance: les enseignants titulaires et la filière universitaire n'existant que depuis 2006; le statut des enseignants reste précaire. Leur rémunération a été revalorisée une fois en dix ans (+12,5 % au 1er janvier 2008). À partir de la rentrée universitaire 2007, la nomination de chefs de clinique de médecine générale a constitué une étape

majeure. Le développement de la Filière universitaire de médecine générale (FUMG) doit être conforté et amplifié, conformément aux effectifs fixés par la loi HPST.

À la fin du 3° cycle devra être

aux matières juridiques et à

proposé un module de formation

la gestion pour les étudiants désireux de s'installer en exercice libéral, module qui concernerait aussi bien la spécialité de médecine générale que les autres spécialités. La mission propose, par ailleurs, d'adapter les épreuves classantes nationales (ECN) en ajoutant à des critères de pure technicité, correspondant à des connaissances en rapport avec la médecine hospitalière, d'autres épreuves plus en rapport avec les pathologies de la médecine ambulatoire. Enfin, la mission estime que les jeunes médecins devraient être incités à effectuer leur postinternat dans la région où ils ont

LES MESURES À RETENIR

effectué leur internat.

- ➤ Rendre obligatoire un stage de découverte de la médecine libérale en PCEM2
- ► Rendre obligatoires des stages de formation à la médecine générale au cours du 2° cycle
- ► Exiger deux semestres de stage de spécialisation en médecine générale en ambulatoire
- ▶ Créer la fonction de
- « remplaçant assistant » en médecine générale, avec compagnonnage

FAVORISER LA FORMATION AU COURS DE LA CARRIÈRE

Tout professionnel éprouve le besoin d'élargir ou de changer d'activité au cours de sa carrière et peut aspirer à un parcours promotionnel. Le médecin libéral installé n'a actuellement pas de perspectives de cette nature. Il convient donc d'envisager un « profil de carrière ». La réforme de 1982 avait supprimé les passerelles entre spécialistes et généralistes. L'arrêté du 19 mars 2004 a aggravé la situation en supprimant les compétences. La mission propose donc de mettre en place un système plus souple pour permettre

les changements d'activité.

Un partenariat doit être instauré entre l'Université, l'Ordre des médecins et les Agences régionales de santé pour ouvrir aux médecins l'accès à des diplômes de formation médicale spécialisée par le biais de la validation, en tout ou en partie, des acquis de l'expérience professionnelle (VAE)1 et du développement professionnel continu (DPC). Ainsi, restaurer la notion de compétences pourra permettre aux médecins généralistes de compléter leur activité par des actes relevant de la médecine du sport, de la gériatrie ou de la médecine du travail. Les autres spécialistes devront pouvoir bénéficier du même dispositif et rien ne doit s'opposer à ce qu'un chirurgien

viscéral puisse acquérir des compétences en oncologie pour en faire bénéficier ses patients. Les médecins doivent pouvoir également suivre des formations complémentaires pour diversifier leurs activités (formation à la gestion, formation à l'animation de projet de santé sur un territoire, formation de maître de stages, etc.).

1. Cf. l'article 43 de la loi HPST du 22 juillet 2009

LES MESURES À RETENIR

- ► Créer un parcours promotionnel pour les médecins libéraux
- ➤ Restaurer la notion de compétences et des passerelles entre spécialités au moyen de la VAE et du DPC

Les contributions du séminaire du Conseil national

Le Conseil national de l'Ordre s'est réuni en séminaire du 18 au 20 mars pour réfléchir à « l'avenir de la médecine libérale » et apporter leur contribution aux propositions de la mission Legmann. Les conseillers nationaux de l'Ordre ont travaillé en ateliers sur les trois thèmes suivants :

- 1. Existe-t-il encore une médecine libérale? Comment faire pour redonner envie aux jeunes confrères d'aller dans cet exercice?
- 2. L'aménagement des activités et des conditions matérielles d'exercice.
- **3.** La revalorisation du statut social du médecin.

Les conseils départementaux et régionaux ont eux aussi apporté de nombreuses contributions. Elles ont été analysées avec le plus grand soin et relayées par les conseillers nationaux.

La synthèse de ces contributions est disponible sur le site du Conseil national : www.conseil-national.medecin.fr

• 2e axe

FAVORISER ET SIMPLIFIER L'INSTALLATION



METTRE EN PLACE UN GUICHET UNIQUE

La mission propose de mettre en place, sous la responsabilité de l'Ordre, en partenariat avec l'ARS et l'Université, un guichet unique où une information personnalisée serait délivrée au candidat à l'installation. Un portail Internet compléterait ce dispositif. Ce guichet unique, adapté à chaque région, sous la responsabilité du conseil régional de l'Ordre des médecins, permettrait aux médecins de disposer de renseignements sur l'organisation du système de soins, le rôle de l'ARS, les besoins de santé de la population, la densité médicale et paramédicale, les réseaux de santé et les services médico-sociaux, les projets de regroupement pluriprofessionnels en cours. Il expliquerait ce que sont la continuité des soins et la permanence des soins. Il décrirait de manière simple les démarches à accomplir dans le cadre de l'installation et permettrait de les centraliser. Il préciserait les charges fiscales et sociales qui incombent à un médecin libéral. Une information claire sur la

protection sociale (maternité, maladie, retraite) des médecins libéraux y serait également fournie.

REDONNER L'INITIATIVE AUX MÉDECINS

À partir d'une analyse des besoins de santé de la population d'un territoire et de l'offre de soins disponible, les médecins ont la capacité de proposer aux ARS une organisation territoriale pour mener à bien un projet de santé et d'élaborer des protocoles de partenariat entre tous les acteurs. Certains sont même aptes à être désignés comme chefs de projet. Cela suppose bien sûr qu'une information soit diffusée aux professionnels (état des lieux, enjeux...).

Redonner aux médecins libéraux une capacité d'initiative peut les remotiver. De ce point de vue, il paraît essentiel de permettre aux médecins traitants de se réapproprier les domaines de la prévention et du dépistage dont certains thèmes sont actuellement pilotés intégralement par les pouvoirs

publics. Il ne s'agit pas d'opposer l'action des médecins libéraux et celle des pouvoirs publics mais d'organiser une complémentarité entre eux pour que le médecin traitant soit un acteur du dispositif de santé publique (dépistage organisé des cancers, mesures de prévention en cas d'épidémie). Sur un autre plan, la mission propose que les médecins assument collectivement leurs responsabilités dans le domaine de la continuité des soins. L'obligation pour les médecins libéraux de déclarer leurs congés à l'administration est vécue comme une mesure vexatoire. Elle est également démotivante. La mission propose la suppression de cette procédure. Les médecins étant responsables de leur patientèle, ils doivent assumer la responsabilité de l'organisation de la continuité des soins sur leur territoire et n'informer le conseil départemental de l'Ordre qu'en cas de difficulté. C'est à lui qu'il appartient alors de mener à terme les médiations nécessaires et d'en référer à l'ARS dans les situations non résolues pour permettre aux pouvoirs publics de prendre les décisions adéquates.

DISPOSER DE L'ENVELOPPE MIGAC POUR LA STRUCTURATION DES SOINS SUR LES TERRITOIRES

Compte tenu des missions des ARS, qui englobent désormais la médecine ambulatoire, il est proposé de reconnaître à la médecine libérale le rôle qu'elle assume dans le cadre de l'intérêt général. Ainsi, le secteur de la médecine ambulatoire doit pouvoir bénéficier de l'accès

à l'enveloppe hospitalière destinée aux Missions d'intérêt général (Migac), en complément de celles qui existent déjà pour l'activité ambulatoire, dont le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Figcs).

SUPPRIMER LE CONTRAT SOLIDARITÉ-SANTÉ

La mission préconise également de supprimer le contrat solidaritésanté prévu par la loi HPST en raison de son caractère

résolument coercitif qui le rend peu opérationnel. La couverture des soins en zones déficitaires, rurales comme urbaines, sera mieux assurée par des mesures incitatives fortes. En contrepartie d'un engagement volontaire pris par des praticiens d'exercer leur activité au moins 10 ans dans ces zones, ils devraient se voir reconnaître des avantages financiers significatifs (prime d'installation reconductible, financement de l'installation de personnels d'appui à l'exercice médical, exonérations fiscales...).



MODERNISER LES CONDITIONS D'EXERCICE

ENCOURAGER LES REGROUPEMENTS

Les médecins ne souhaitent plus exercer isolément. Il s'agit donc de favoriser le regroupement des médecins sous diverses formes, dont certaines ont déjà fait leurs preuves (SEL, SCP, associations, SCM, maisons de santé, maison médicale de garde) tout en respectant le choix de ceux qui veulent poursuivre seuls une

activité dans leur cabinet. Les jeunes s'installeront plus volontiers s'ils ont l'impression d'être accueillis dans une dynamique collective, avec une organisation qui simplifie leurs problèmes matériels et administratifs.

L'incitation au regroupement des médecins libéraux impose de modifier le dispositif pour passer du principe d'un patient avec son médecin traitant au patient avec sa structure traitante incluant

les autres médecins de cette structure dans le parcours de soins. Le travail dans une structure collective libérale nécessite, pour les autres professionnels de santé, le partage des informations médicales individuelles. Les médecins libéraux dont la spécialité nécessite l'accès à un plateau technique doivent, eux aussi, être incités à se regrouper pour disposer des infrastructures nécessaires.

À cet égard, les possibilités ouvertes par la loi HPST permettant le travail sur un même plateau technique de médecins libéraux ou hospitaliers doivent être exploitées.

INTÉGRER LES SOINS DANS UNE ORGANISATION TERRITORIALE

Après avoir défini des zones géographiques pertinentes en matière de santé, il faut inciter les acteurs médicaux et les auxiliaires médicaux à se coordonner sur ces territoires. Il est devenu nécessaire qu'au sein d'une ou de plusieurs des structures de santé de la zone soient créées des plates-formes de services mutualisant des moyens et des ressources humaines en lien avec l'ensemble des structures ambulatoires libérales. Ces plates-formes permettraient aux professionnels libéraux de disposer de services variés (équipements de télémédecine, consultations avancées pluridisciplinaires sans plateau technique, locaux de réunion pour des actions de coordination et de formation). L'Université aurait vocation à être présente dans certaines d'entre elles. Cette organisation plus coordonnée doit s'accompagner d'une démarche de développement de « l'universitarisation » de la médecine générale, avec des relais de formation universitaire au sein d'une structure bien identifiée, comme le préconisait déjà le rapport sur les pôles et maisons de santé en janvier 2010². Objectif: apporter un dynamisme scientifique tant au niveau des progrès

techniques que de la recherche en médecine ambulatoire; mieux former les futurs médecins libéraux à la pratique ambulatoire et les inciter à s'installer, ouvrir un profil de carrière aux libéraux en valorisant les fonctions d'encadrement des étudiants.

FAVORISER DE NOUVELLES FONCTIONS: « ASSISTANT DE SANTÉ » ET « COORDONNATEUR D'APPUI »

L'époque du médecin exerçant seul, sans secrétariat, multipliant les actes est désormais révolue. Le modèle qui est aujourd'hui à la base de la médecine générale nécessite des compétences qui vont au-delà des aspects techniques de soins. C'est pourquoi certains étudiants préfèrent choisir des disciplines purement techniques aux champs plus restreints plutôt que la médecine générale. Pour permettre aux médecins de se recentrer sur leur métier de base, alors qu'ils doivent assumer de nombreuses tâches non médicales, il y a place pour de nouvelles professions dont les missions sont plus larges que celles de secrétaires. La gestion d'un cabinet médical s'apparente à celle d'une petite entreprise. Il faut pouvoir dégager du temps proprement médical au bénéfice du patient. Il y a de nombreuses tâches qui peuvent être déléguées à un « assistant de santé » : des tâches administratives (coordonnées des patients, gestion du matériel, encaissement...) et des tâches médico-sociales ou paramédicales (questionnaires,

éducation du patient, biométrie, lien avec le secteur social, médico-social et sanitaire...). Certains réseaux, auditionnés par la mission, ont déjà expérimenté le recrutement de nouveaux professionnels dont la dénomination varie. Ils sont chargés de faire le lien entre professionnels médicaux et sociaux, ceux de la ville et de l'hôpital. Ils permettent aux médecins traitants de se recentrer sur la coordination des soins. Des aides financières devraient être envisagées pour permettre le développement de ces fonctions, d'autant que les médecins traitants qui bénéficient de cette assistance recourent moins aux hospitalisations et que certaines hospitalisations peuvent être écourtées en améliorant les conditions de retour à domicile des patients.

MODERNISER LES SYSTÈMES D'INFORMATION

Il est indispensable de moderniser les systèmes d'information pour qu'ils aient la capacité de produire des documents de synthèse de l'équipe de soins, d'extraire des données sur les patients, d'agréger les statistiques sanitaires d'un territoire. L'informatisation de l'exercice de la médecine doit être favorisée. Il s'agit de permettre des coopérations interprofessionnelles et des relations entre médecine ambulatoire et établissements de santé par un échange d'informations médicales sécurisées. La mission estime au'une aide de l'État pour faire évoluer les systèmes d'information serait utile.

2. Rapport Juilhard-Crochemore-Touba-Vallencien.

DÉVELOPPER LA TÉLÉMÉDECINE

Cette pratique est désormais reconnue dans la loi HPST.
Elle constitue une réponse pour l'avenir de la médecine libérale, notamment en milieu rural. Il est indispensable de la développer. La mission considère qu'il s'agit d'un acte médical qui devra faire l'objet d'une rémunération. Cet acte engage la responsabilité des praticiens dans des conditions qui devront être précisées.

AMÉLIORER LA PROTECTION SOCIALE

Le régime maladie des médecins libéraux est peu protecteur puisque le délai de carence avant le versement d'indemnités journalières par la Caisse d'assurance maladie est de 90 jours. Il convient d'y remédier car la connaissance de cette disposition contribue à dissuader les jeunes médecins de s'orienter vers une activité libérale. La mission note, par ailleurs, que, pour une profession où les femmes seront bientôt majoritaires, l'attractivité de l'exercice libéral sera fortement impactée par le régime maternité qui leur sera applicable. Mais ce régime maternité, s'il a nettement été amélioré en 2006 puis en 2008, reste moins attractif que celui des salariés. Le cumul des indemnités journalières dont le montant est forfaitaire et de l'allocation forfaitaire de repos maternel couvre à peine les charges du médecin libéral, qui continuent à courir pendant la période d'arrêt pré- et post-natal.

Une réflexion pourrait être menée par l'administration pour étudier l'hypothèse d'une majoration de l'allocation forfaitaire de repos maternel, au moins pour les médecins installés depuis moins de trois ans.

Enfin, la mission attire l'attention sur le fait que la longueur des études médicales, qui ne peuvent être inférieures à neuf années, place les médecins dans une situation pénalisante au moment de leur départ en retraite. Par ailleurs, la progression actuelle de la proportion de médecins salariés par rapport aux médecins libéraux est susceptible de remettre en cause l'équilibre financier du régime de retraite concerné. Des réflexions doivent donc être menées compte tenu de la spécificité des médecins libéraux en matière de régime de retraite.

DIVERSIFIER LES RÉMUNÉRATIONS DE L'ACTIVITÉ LIBÉRALE

Bien que la question de la rémunération ne fasse pas strictement partie du périmètre de la mission, cette dernière constate qu'il existe un consensus au sein de la profession, et particulièrement chez les jeunes, pour considérer que le paiement à l'acte exclusif, qui a longtemps été identifié à la médecine libérale, n'est plus adapté à l'évolution de la médecine libérale.

Un mode de rémunération reposant sur trois éléments doit être développé :

• le paiement à l'acte, en graduant le montant des actes

selon une hiérarchisation des actes cliniques. Ce montant doit être constant quelle que soit la spécialité du professionnel qui a réalisé l'acte;

- le paiement au forfait pour certaines activités ou certaines pathologies;
- une rémunération pour encourager la recherche permanente de l'adéquation des soins aux bonnes pratiques et pour promouvoir la transparence sur la qualité des soins prodigués.

DIVERSIFIER LES ACTIVITÉS

La réforme Debré de 1958 a eu pour effet de délimiter deux secteurs séparés par une frontière relativement étanche: le secteur hospitalier et le secteur libéral. L'évolution a été orientée au cours des deux dernières décennies vers un salariat à temps plein dans les hôpitaux au détriment du salariat à temps partiel qui permettait à certains médecins libéraux de cumuler un exercice libéral et un exercice hospitalier. La mission préconise que cette dichotomie entre médecins libéraux et hospitaliers soit progressivement réduite. Dans cet objectif, il serait souhaitable d'augmenter le nombre de praticiens hospitaliers à temps partiel et de valoriser le statut des médecins attachés pour le rendre réellement attractif pour les médecins libéraux. Cela permettrait d'améliorer la coopération entre le secteur hospitalier et la médecine ambulatoire et d'offrir aux médecins libéraux une activité salariée complémentaire.





Pr Gérard Lévv

Ancien chef de service de gynécologieobstétrique au CHU de Caen et doyen de la faculté de médecine de Caen. Il est membre du centre d'éthique clinique de Cochin, et président du comité national d'experts sur la mortalité maternelle.

la question de la filiation et du statut légal des parents.

Qu'en est-il des risques médicaux pour les mères porteuses?

François Stefani:

Au cours de la grossesse, l'organisme subit d'importantes modifications physiques et psychologiques. Un médecin a-t-il le droit de faire prendre ces risques à une femme pour réaliser le désir d'enfant d'une autre? Par ailleurs, les femmes ont conquis la maîtrise de leur fécondité. La gestation pour autrui serait un retour en arrière. Les conséquences psychologiques peuvent également atteindre l'entourage de la mère porteuse : son éventuel conjoint et ses enfants ne seront pas indifférents à cette grossesse.

Jacques Milliez: Chez les mères porteuses

que j'ai rencontrées, il s'agit toujours d'un geste volontaire, conscient et donc en connaissance des risques éventuels liés à la grossesse et à l'abandon de l'enfant. Un travail en amont permettrait d'accompagner le mari et les enfants de la mère porteuse, ainsi que le couple demandeur.

Au-delà de ces enjeux éthiques et médicaux, peut-on envisager un cadre juridique adapté à une gestation pour autrui encadrée, comme l'envisagent les deux projets de loi déposés au Sénat en janvier dernier?

Jacques Milliez: Oui, tout à fait, à l'image de ce que réalisent les Anglais depuis 1984. Des institutions encadrent cette pratique réservée aux couples stériles. À mon sens,

il n'y a là-bas aucune dérive constatée, aucun trafic, ni scandale, et la reconnaissance de la filiation est très simple. Pourquoi ce qui marche chez les Anglais ou les Canadiens ne fonctionnerait pas chez nous? Il s'agirait d'une pratique médicale strictement réservée aux cas de stérilité, avec des indications médicales précises. La gestation pour autrui est une pratique bel et bien réelle, mais clandestine. On favorise la fraude en ne légalisant pas.

François Stefani:

Autoriser la gestation pour autrui à des cas particuliers, même médicaux, revient à ouvrir de dangereuses brèches sur le plan juridique. Si on reconnaît la maternité biologique d'une femme alors qu'elle n'a pas accouché, rien ne pourra l'empêcher d'aller à l'étranger en quête d'une mère porteuse GPA. Ce qui pose irrémédiablement la question d'un éventuel trafic dans des pays tels que l'Inde. Par ailleurs, si des accidents surviennent durant la grossesse, quelle sera la responsabilité morale et pécuniaire des futurs parents? Quelle sera la responsabilité de la mère biologique si elle adopte des pratiques addictives, face à l'alcool par exemple? Devrat-elle s'engager par

contrat à ne pas fumer ni boire? Le couple demandeur pourrat-il refuser l'enfant si celui-ci présente une pathologie? Devra-ton considérer qu'un enfant né dans le cadre d'une GPA se doit d'être parfait? Le droit peut certainement prévoir ces situations, mais le seul fait de les évoquer est préoccupant.

Selon vous, la France se diriget-elle vers une **légalisation** de la gestation pour autrui?

François Stefani:

Je ne le crois pas. Il me semble que les réflexions actuellement menées dans le cadre de la révision de la loi de bioéthique ne prévoient rien en la matière.

Jacques Milliez: La France se dotera d'une loi encadrant la gestation pour autrui. C'est une certitude. Si ce n'est pas cette fois-ci, ce sera la prochaine. En France, des centaines d'enfants issus d'une GPA effectuée à l'étranger attendent une reconnaissance légale. Gérard Lévy: En fait, il s'agit d'une véritable question de société.

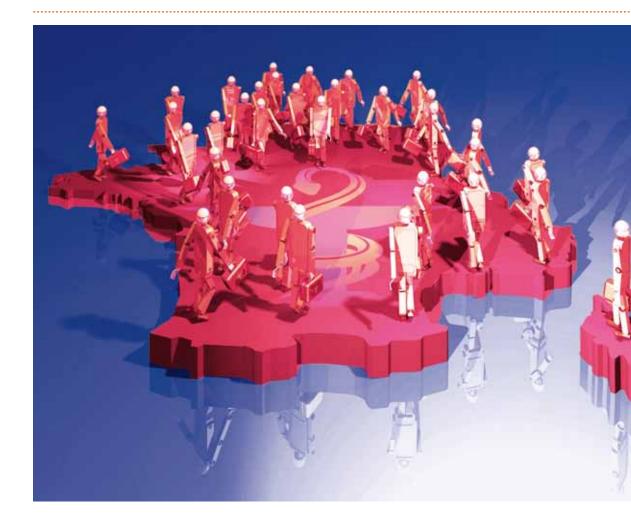
Nous avons connu des débats similaires avant l'adoption de l'interruption volontaire de grossesse ou lors des débats sur l'adoption par des couples homosexuels.



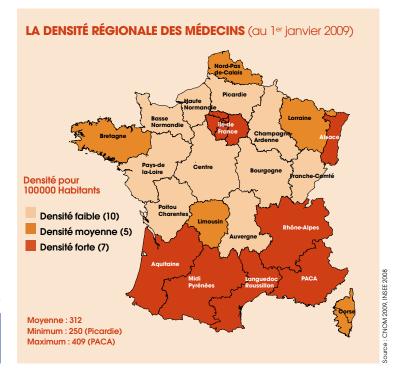
Démographie médicale:

les chiffres région par région

Un pavé dans la mare! La publication des vingt-trois atlas régionaux de la démographie médicale par le Conseil national de l'Ordre des médecins a mis en pleine lumière, au-delà d'une situation globalement alarmante, l'existence d'énormes disparités dans l'offre de soins sur le territoire national. Ces données ont notamment permis à la mission du Dr Legmann de bâtir ses propositions pour refonder la médecine libérale.



'est en s'appuyant sur le recueil données annuelles de la démographie médicale que le Conseil national de l'Ordre des médecins tire la sonnette d'alarme auprès des pouvoirs publics, depuis une bonne décennie. La pénurie annoncée ne relève plus de la prédiction; les doléances remontent de toutes parts. À la campagne mais aussi dans certaines banlieues de grandes villes, on parle d'accès de plus en plus difficile aux soins de proximité. On cite l'émergence de véritables déserts médicaux...



6 Si les effectifs de médecins remplaçants ont globalement augmenté de 600 % en vingt ans, il faut noter de fortes disparités. Le phénomène touche plus les zones urbaines que les zones rurales. 99

Pourtant, en 2009, lors de la publication de l'Atlas national de la démographie médicale, le nombre de médecins inscrits au tableau de l'Ordre avait encore augmenté. Numériquement, les médecins n'avaient jamais été aussi nombreux. Comment expliquer ce paradoxe?

En éditant, pour la première fois, vingt-trois « atlas régionaux » – un document pour chacune des vingt-deux régions de France métropolitaine, plus un pour les DOM-TOM – l'institution ordinale a voulu pousser son observation plus avant. Aller au plus près du terrain pour tenter d'apporter un nouvel éclairage et de comprendre ces paradoxes.

« Ces nouveaux outils constituent une approche beaucoup plus fine et détaillée des situations locales, explique Gwenaëlle Le Breton-Lerouvillois, la géographe de la santé qui, au sein de l'Ordre, a réalisé ce travail d'analyse des données et de conception des atlas. Jusqu'à présent, les données statistiques nationales permettaient des déclinaisons à l'échelon régional. Avec ces atlas, partant de statistiques régionales, nous pouvons désormais décliner les données à l'échelon départemental, voire communal. » Soucieux de poursuivre cette logique, le Conseil national de l'Ordre a d'ailleurs prévu d'approfondir son approche minutieuse au cours de cette année. « Nous allons descendre encore plus près du terrain pour retenir cette fois les bassins de vie comme unité statistique. Sans tenir compte des frontières départementales! Car les découpages administratifs n'ont aucune importance pour les patients. »

Nord-Sud : le grand écart

Avec ces cartes régionales qui dévoilent la répartition territoriale des médecins, on voit

POINT DE VUE de l'Ordre



God Des aides précieuses pour les ARS 99

D^r **Patrick Romestaing**, président de la section Santé publique du Conseil national de l'Ordre

L'expertise du Conseil national de l'Ordre des médecins en matière de démographie médicale est reconnue par tous. Mais en cette période de tensions particulièrement fortes sur l'offre de soins, l'institution a jugé utile d'aller plus loin et de compléter son travail de recueil statistique en réalisant, pour la première fois, un état des lieux, région par région. Grâce à ces 23 atlas de la démographie médicale, chaque région dispose désormais d'un document spécifique qui détaille globalement, mais aussi département par département, la densité et la répartition de ses médecins - généralistes et spécialistes -, le nombre de nouveaux inscrits au tableau de l'Ordre, l'âge moyen de ses actifs, le nombre des

sortants, etc. Certaines variables susceptibles d'aiguiser la réflexion y ont également été intégrées, comme la part des médecins de plus de 55 ans, la part des femmes... et, bien sûr, la part des jeunes médecins faisant le choix de l'exercice libéral, dramatiquement basse. Ces « photographies » très fines de la démographie médicale nous montrent clairement qu'au-delà des constantes - la désertification des zones rurales, la désaffection spectaculaire de la médecine libérale et l'engouement pour toutes les formes de salariat, l'augmentation phénoménale des remplaçants - les régions ne vivent pas toutes la crise de la même façon. S'il ne fallait retenir qu'un exemple : en 2008, la Creuse n'a enregistré aucune nouvelle inscription en médecine libérale alors que la Haute-Loire a affiché cette année-là un taux de 56 % des entrants dans ce secteur! À l'heure où les Agences régionales de santé s'installent, missionnées par le gouvernement pour « améliorer la réponse aux besoins de santé des Français et utiliser au mieux les ressources publiques consacrées à la santé », ces vingttrois atlas régionaux constitueront, sans nul doute, des outils d'analyse et de réflexion indispensables. Des aides précieuses pour imaginer des solutions « sur mesure », des solutions adaptées aux spécificités locales.

VARIATION DES EFFECTIFS DE MÉDECINS REMPLAÇANTS ENTRE 1988 ET 2008 ET PROPORTION DE FEMMES (au 1º janvier 2009)

Régions	Progression entre 1988 et 2008	Proportion de femmes parmi les remplaçants au 1er janvier 2009	
Centre	247 %	54 %	
Île-de-France	258 %	60 %	
Picardie	721 %	55 %	

Source : Atlas régionaux de la démographie médicale CNOM

PART DES 55 ANS ET PLUS CHEZ LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX ET LES SPÉCIALISTES EN ACTIVITÉ RÉGULIÈRE

Régions	Généralistes libéraux	Spécialistes en activité régulière	
Centre	45 %	44 %	
Île-de-France	46 %	44 %	
Picardie	42 %	40 %	
Métropole	42 %	40 %	

Source : Atlas régionaux de la démographie médicale CNOM

EN CHIFFRES

19

régions sur 22

ont enregistré une baisse des effectifs inscrits au tableau de l'Ordre entre le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2009. La Lorraine recense la plus forte baisse (– 5,5 %) mais à l'échelon départemental, il y a des constats plus alarmants : la Lozère a enregistré une baisse de 17,8 % de ses inscrits.

clairement qu'une « photographie » trop générale de la profession ne peut qu'être trompeuse. Car les disparités sont nombreuses. Ainsi, seuls 10 % des médecins nouvellement inscrits au tableau de l'Ordre (entre 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2009) ont choisi le secteur libéral... alors qu'il y a trente ans, ils représentaient la moitié des effectifs! La situation est loin d'être homogène : alors que la Picardie n'a enregistré que 5 % de nouveaux inscrits en secteur libéral, la Corse en a comptabilisé 42 %! « À partir de là, on voit bien qu'on ne pourra pas appréhender les

problèmes médicaux de la même façon en Picardie et en Corse, » commente sobrement Gwenaëlle Le Breton-Lerouvillois...

2 Le pourtour méditerranéen attire

L'héliotropisme du corps médical est bien connu et les atlas régionaux ne remettent pas en cause ce constat. Bien au contraire puisque, pour la première fois dans l'histoire de la démographie médicale, la région Paca détrône l'Île-de-France de son rang de championne de la densité médicale avec 375 médecins en activité régulière pour 100 000 habitants.

Reste que ces statistiques cachent une répartition très inégale des médecins sur les six départements de la région. Il existe une densité remarquable tout le long de la côte, mais les secteurs de l'arrièrepays sont quasiment désertifiés! Un phénomène que l'on retrouve tout le long du pourtour méditerranéen, la région Languedoc-Roussillon présentant quasiment les mêmes disparités, de façon toutefois un peu moins marquée. La région Midi-Pyrénées bénéficie elle aussi de sa situation ensoleillée - elle est la quatrième région de France la mieux dotée avec une densité médicale de 326

PICARDIE

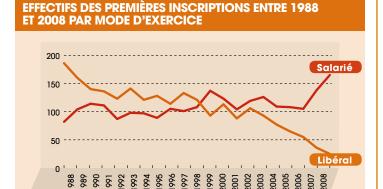
Tous les voyants sont au rouge!

La Picardie concentre toutes les difficultés. Non seulement elle a la plus faible densité médicale du pays (250 médecins en activité régulière pour 100000 habitants, la movenne nationale étant de 290), mais en plus elle est menacée, à court terme, par une grave pénurie de médecins généralistes. La moyenne d'âge de ceux qui exercent aujourd'hui est de 52 ans; on doit donc s'attendre à des départs à la retraite massifs dans les prochaines années. Et ce ne sont pas les 5 % de nouveaux inscrits au tableau de l'Ordre en secteur libéral aui vont les compenser! D'autant plus qu'ils ont plutôt tendance à s'installer autour d'Amiens aue dans les secteurs ruraux... La Picardie prouve en tout cas que toutes les mesures prises pour lutter contre la désertification ne sont

pas forcément suivies d'effets: bien que les places à l'examen national classant aient été fortement augmentées dans la région, cette dernière a enregistré une baisse de 29 % des nouveaux inscrits en vinat ans.

« 50 % des étudiants du CHU d'Amiens qui étaient venus d'autres régions de France pour profiter de l'aubaine sont repartis chez eux leurs diplômes en poche », commente Walter Vorhauer, secrétaire général du Conseil national, élu picard. Pendant ce temps, on a enregistré une hausse de 130 % des médecins sortants. « Il faut dès lors se poser la question : quel est l'avenir de la prise en charge libérale des

patients en Picardie?»



ÎLE-DE-FRANCE

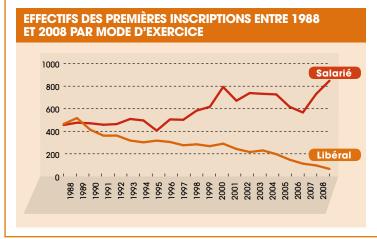
Des apparences trompeuses...

L'Île-de-France est souvent citée comme une région a priori sans problème en termes de démographie médicale. On pourrait même parler de pléthore avec une densité de 373 médecins en activité réaulière pour 100000 habitants, soit un niveau bien supérieur à la moyenne métropolitaine. La réalité est plus nuancée. À y regarder de plus près, on voit en effet qu'entre Paris (densité de 742!) et la Seine-et-Marne (densité de 223), c'est le grand écart... Même si l'on veut bien

admettre que la capitale jouit d'un statut particulier et ne peut être comparée aux départements limitrophes, l'écart est encore très marqué entre la Seine-et-Marne, département de 1,2 million d'habitants avec une croissance de 10 % par an (223 médecins pour 100 000 habitants), et les Hautsde-Seine (densité de 373) département de la périphérie parisienne très urbanisé avec une population plutôt aisée...

La région affiche le plus

fort taux de féminisation du corps médical en activité réaulière (46 % contre 39 % pour l'ensemble de la métropole)... mais aussi l'un des taux les plus élevés de nouveaux inscrits au tableau de l'Ordre en 2008 au titre de salariés (76 %). Le taux des nouveaux inscrits en secteur libéral est parmi les plus bas du pays (6 %), juste derrière la Picardie. Une situation d'autant plus préoccupante qu'à Paris, par exemple, plus d'un généraliste sur deux a plus de cinquantecina ans! Et, il faut le savoir,



préoccupante qu'à Paris, par exemple, plus d'un généraliste sur deux a plus de cinquantecinq ans! Et, il faut le savoir, on n'y a pas inscrit un seul ophtalmologue en médecine de ville depuis trois ans. Pas plus qu'en dermatologie, d'ailleurs... C'est dire que d'ici cinq ans, si la tendance se confirme, les Parisiens pourraient bien connaître à leur tour des difficultés pour se faire soigner en ville... en dépit de leur taux de démographie médicale au top.

médecins en activité régulière pour 100000 habitants. Mais elle n'échappe pas non plus à la désertification de ses zones rurales : alors que la Haute-Garonne concentre, grâce à l'attractivité de Toulouse, plus de 394 médecins pour 100000 habitants, le Gers ou le Tarn-et-Garonne plafonnent respectivement à 239 et 253 médecins pour 100000 habitants. L'Aveyron a, pour sa part, enregistré une chute des installations

en libéral de 45 % en un an. Et les prochaines années promettent d'être encore plus difficiles : en 2008, le Gers n'a pas enregistré le moindre nouvel inscrit au tableau de l'Ordre en secteur libéral!

Les régions les mieux dotées ont aussi des faiblesses

Quelques régions semblent s'en sortir mieux que d'autres, présentant des profils plus équilibrés, avec une répartition plus homogène des médecins sur l'ensemble des territoires. La Bretagne, par exemple. Ou encore l'Alsace, qui présente la particularité de ne pas avoir de zone déficitaire recensée par la Mission régionale de santé. Cela étant, ces deux régions connaissent elles aussi des taux d'installation en médecine libérale très faibles, en dessous de la moyenne nationale pour la Bretagne (seulement 8 % en 2008)

CENTRE

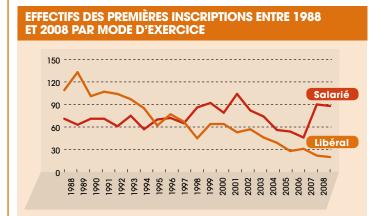
Peu de nouveaux inscrits

Dans les régions ni très ensoleillées ni très urbanisées et sans le moindre petit bout de côte, la situation se dégrade. Témoin : la région Centre, qui affiche la plus basse densité médicale de la métropole après la Picardie,

avec 245 médecins en activité régulière pour 100000 habitants...

Avec des disparités écrasantes. Ainsi, dans le département de l'Indre, on ne compte que 195,4 médecins pour 100000 habitants, ce chiffre calamiteux étant gommé dans une certaine mesure par l'Indre-et-Loire qui, grâce à Tours et à son prestigieux CHU, affiche un taux bien supérieur à la moyenne nationale (334,6).

En trente ans, le solde des nouveaux entrants dans la région a chuté de 50 %. Dans le seul département du Cher, la baisse des nouveaux inscrits en un an a atteint 33 %... Ceux qui s'inscrivent ont en moyenne 46 ans, c'est-à-dire bien plus que la moyenne nationale (34 ans). Toujours est-il que la baisse des effectifs globaux se poursuit sur un rythme préoccupant, atteignant pour la seule année 2008 - 6,37 % en Eure-et-Loir et - 6,05 % dans le Loiret.



et une baisse des nouveaux inscrits très importante (-22 % en Alsace). Même la région Rhône-Alpes, réputée dynamique et surdotée au plan médical, n'est pas à l'abri des problèmes : avec 12 %, son taux de nouveaux inscrits en libéral ne pourra pas assurer le renouvellement de la profession. Sans parler de la désertification d'un département comme l'Ain, qui ne dispose plus aujourd'hui que de 189 médecins pour 100 000 habitants!

+ D'INFOS:

 Les vingt-trois atlas régionaux sont téléchargeables sur le site du Conseil national de l'Ordre: www.conseil-national.medecin.fr

RÉPARTITION DES MÉDECINS PAR SECTEUR ET ÉVOLUTION 1995-2009

	1995	2005	20091	Taux de croissance 1995-2009
Généralistes	96351	103020	104225	8,20 %
libéral et mixte	69608	69703	70014	0,60 %
salarié hospitalier	14113	18209	19637	39,10 %
salarié non hospitalier	12631	15109	14573	15,40 %
Spécialistes	93 399	107 183	109596	17,30 %
libéral et mixte	48 705	53767	55113	13,20 %
salarié hospitalier	38258	43945	45551	19,10 %
salarié non hospitalier	6435	9470	8933	38,80 %
Ensemble médecins	189750	210203	213821	12,70 %
libéral et mixte	118313	123470	125 127	5,80 %
salarié hospitalier	52371	62154	65188	24,50 %
salarié non hospitalier	19066	24579	23506	23,30 %

Source : DREES -Répertoire ADELI 1. Chiffre non consolidé



🜓 🛮 L'Association du nævus géant congénital (ANGC)

Les familles unies contre le nævus géant congénital

10 à 90 %

du corps de l'enfant atteint par un nævus géant congénital est recouvert par des « grains de beauté » ou des plaques de couleur brun foncé. L'affection cutanée se localise surtout dans le dos et les membres inférieurs mais le visage, le cuir chevelu et le thorax peuvent aussi être touchés.

Lorsque la lésion est supérieure ou égale à 6 cm de diamètre à la naissance (20 cm à l'âge adulte), on est en présence d'un nævus géant congénital. On parle de nævi congénitaux multiples lorsque le patient présente plus de trois lésions supérieures ou égales à 6 cm².

2 fois par an,

l'association édite un journal qui retrace la vie associative et permet de découvrir des autoportraits de personnes atteintes. Ce journal est téléchargeable sur le site internet de l'association www.naevus.fr

'Association du nævus géant congénital (ANGC) a été créée en décembre 1995 par plusieurs familles dont un jeune enfant était atteint par cette anomalie cutanée. Le nævus géant congénital est une lésion pigmentaire due à un défaut d'embryogenèse. Il se traduit par

ASSOCIATION DU NAEVUS GEANT CONGENITAL (A.N.G.C.) Vivre sa différence, c'est plus facile ensemble...

la présence d'un grain de beauté géant pouvant recouvrir jusqu'à 90 % de la surface du corps. Cette anomalie cutanée est extrêmement rare et méconnue de nos jours. Elle toucherait un nouveau-né sur 50000, ce qui la classe parmi les maladies orphelines. La littérature ne met pas en évidence de causalité. Il s'agit dans tous les cas d'une affection congénitale, non héréditaire. La distinction doit être clairement établie entre les nævi congénitaux et les nævi acquis qui apparaissent après la naissance. Au moment de la naissance, le choc pour les parents qui découvrent que leur enfant est atteint de cette anomalie est d'autant plus grand que l'échographie n'a rien laissé paraître. « La découverte de ces taches étendues sur le corps de leur nouveau-né est vécue comme un traumatisme par les parents, qui se demandent comment ils vont faire pour élever cet enfant qui n'est pas comme les autres », souligne Jean-Claude Babin, président de l'association depuis six ans.

Un collectif en mouvement

Pour diminuer le sentiment d'isolement des familles, il fallait créer une structure permettant de discuter de cette affection cutanée et des méthodes opératoires possibles. Depuis 1995, l'association joue ce rôle auprès des familles nouvellement atteintes qui sont à la recherche de renseignements et qui souhaitent être orientées vers des structures médicales adaptées à la prise en charge de leur enfant. Aujourd'hui, entre 200 et 250 familles sont adhérentes. Les movens de l'association reposent sur les dons des adhérents, quelques subventions municipales et le bénévolat. « L'association fonctionne comme une grande famille », souligne son président. La faible prévalence du nævus géant congénital explique qu'il soit peu connu. Augmenter sa notoriété auprès du grand public est l'un des objectifs de l'association, qui travaille à médiatiser ses actions. C'est chose faite chaque année grâce à la « Rencontre des familles ». La première édition s'était déroulée en 1996 à Chamonix, où l'ascension du Mont-Blanc par deux personnes atteintes de nævus géant congénital avait marqué les esprits. Depuis, cette rencontre a lieu chaque année dans une région différente, « si possible autour d'un challenge sportif », explique son président. Ces rencontres ont pris une grande place dans la vie de l'association. Elles permettent aux personnes concernées de se rencontrer et d'échanger en dehors du cadre hospitalier, tout en passant d'agréables moments. « Cette semaine est aussi l'occasion de faire venir les journalistes de la presse locale, afin de mieux relayer l'information sur le nævus », ajoute M. Babin.

La prise en charge médicale et financière

« Le plus souvent, les nævi géants congénitaux se retrouvent dans le dos et les membres inférieurs », précise le D^r Delphine Haddad, conseiller médical de l'association, chirurgien plasticien à la clinique Marcel-Sembat à Boulogne-Billancourt. « Dans le meilleur des cas, si le nævus n'est pas très étendu, la chirurgie est effectuée au cours de la première année de vie. Mais pour les nævi géants étendus, les patients doivent être hospitalisés de façon répétée. Dans ce cas, il est souvent nécessaire d'effectuer des pauses au cours du traitement afin d'éviter des retombées psychologiques trop importantes », explique le D^r Delphine Haddad.

Le nævus géant congénital n'est pas inscrit sur la liste des affections de longue durée (ALD) ouvrant droit à une prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale. Un dossier avait été monté par l'association en 1999-2000 pour tenter d'obtenir l'inscription de l'affection cutanée sur la liste des ALD mais elle s'était heurtée à un refus. Comme l'explique le D^r Haddad, la prise en charge à 100 % est plus ou moins nécessaire selon l'étendue de l'affection cutanée : « Pour un nævus qui va être enlevé en trois fois grâce à l'exérèse-suture, il n'est pas nécessaire de faire une demande d'ALD. En revanche, pour les patients qui vont être suivis toute leur jeunesse, voire à l'âge adulte, cette demande est importante. Quand elle est faite, la demande d'ALD est très souvent acceptée. » De fait, aujourd'hui, parmi les 70 à 80 patients représentés par l'association, tous sont pris en charge à 100 %.



Le traitement est essentiellement chirurgical 🤧

Dr Delphine Haddad, chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, clinique Marcel-Sembat, Boulogne-Billancourt, conseiller médical de l'Association nævus géant congénital.

Comment réagissent les parents lorsque leur enfant naît avec un nævus géant congénital?

C'est la stupeur car le nævus géant congénital ne peut être dépisté à l'échoaraphie. Les parents ont l'impression que leur enfant n'est pas « normal ». Lorsque je les reçois en

consultation après la naissance, ils sont perdus et me posent de très nombreuses questions. Je leur explique que le seul risque de cette lésion est la transformation en mélanome. Ce risaue de cancérisation au cours de la vie varie entre 0,005 % et 10,7 %, selon les études. La prise en charge est le plus souvent multidisciplinaire : chirurgien plasticien, dermatologue, psychologue.

Quels sont les traitements possibles?

La prise en charge est double. Préventive d'une part, afin de réduire la taille des lésions et de diminuer les risques de cancérisation. Esthétique d'autre part, afin de limiter le préjudice social et psychologique pour le patient. Le premier traitement est l'exérèse-suture dès les trois premiers mois de vie car, à cet âge, la peau du petit enfant présente une belle élasticité. Quand le nævus est trop important, le chirurgien plasticien peut renouveler cette exérèse à plusieurs reprises, avec un délai de deux mois entre chaque intervention. Lorsque la peau a perdu de son élasticité, on propose une expansion cutanée, sur le modèle de la femme enceinte. En gonflant la peau saine adjacente à l'aide d'un ballon pendant quelques mois, on obtient suffisamment de peau en plus pour fermer la plaie laissée par l'exérèse du nævus géant.

Dans quels cas les chirurgiens ont-ils recours à la greffe de peau totale?

Pour enlever les nævi localisés sur le visage, le recours à la greffe est en général retenu. La peau sera prélevée à un endroit le plus proche possible de la zone à greffer (pour la joue par exemple, on prélèvera de la peau au niveau de cou). Enfin, en dernier recours, les substituts dermiques seront utilisés lorsque le chirurgien ne peut pas trouver suffisamment de peau saine chez un patient. En revanche, les techniques de curetage et de dermabrasion, qui consistaient à retirer dans les quinze premiers jours la partie superficielle du nævus, sont aujourd'hui abandonnées pour deux raisons: l'aspect esthétique est presque toujours mauvais et la dimension préventive est absente puisque seule la partie superficielle du nævus est retirée.

+ D'INFOS:

vww.naevus.fr : le site internet de l'Association nævus géant congénital présente l'affection, l'association et ses

La boîte e-mail de l'association :

asso_nævus_geant_congenital@yahoo.fr

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

e viens de recevoir le Bulletin de mars/avril et je ne peux m'empêcher de réagir à vos réponses au courrier de nos confrères désabusés. Votre réponse, posée et précise, traduit bien le fossé qui sépare le fonctionnement feutré du Conseil du battage médiatique de ceux qui méprisent les médecins, et encore plus s'ils ont un exercice libéral. Il est exact que pendant des années, les présidents du Conseil de l'Ordre ont attiré l'attention des gouvernants sur le niveau particulièrement bas et dangereux du numerus clausus, mais en dehors de la presse professionnelle, qui l'a su dans les médias généralistes, jusqu'à ce qu'apparaisse le scandale des « déserts médicaux »? (...) Peut-être faudrait-il que l'Ordre achète des pages dans les grands journaux pour agir contre la désinformation et faire connaître les impasses dans lesquelles nous sommes engagés. Il est grand temps de réintroduire le respect pour des professionnels qui jusqu'à présent se sont donnés sans compter. D'J.T. (par mail)



C'est avec désolation que je viens de « contempler » le trombinoscope du Conseil national de l'Ordre. Comment voulez-vous que la jeune génération adhère à votre Ordre quand on voit la moyenne d'âge? Ne vous posez-vous pas de question? Dr D.B (par mail)

Le premier élément de réponse à vous apporter est d'être candidat pour être élu au Conseil national. Vous viendrez sans doute, rajeunir les effectifs et améliorer l'aspect de ce cénacle de vieillards. Toutefois, si vous regardez les dates de naissance qui y figurent, vous pourrez constater qu'ils sont modérément en discordance de la moyenne des praticiens en exercice. Peut-être pourriez-vous réfléchir et constater que pour pouvoir libérer du temps de manière efficace et pérenne pour l'institution ordinale, que cela soit au niveau d'un conseil

départemental, régional ou national, il faut pouvoir être à distance des préoccupations de l'exercice quotidien et que ce n'est certainement pas au moment de l'installation que cela se passe. Néanmoins, si vous preniez le temps de consulter nos documentations, vous pourriez constater que le nombre de praticiens en exercice parmi les conseillers ordinaux est important, et que le nombre de conseillers en exercice au sein du Conseil national est également important.

Dr A.Deseur, rédacteur en chef Ce qui me désole, c'est d'être obligé de payer/pour exercer alors que je ne vous dois rien. Recommencer le même cirque à chaque fois que je change de département et de faire le parcours du combattant comme si je sortais de la fac y'en a marre. Je n'ai pas volé mon diplôme et que je sois dans le Berry ou le Belfortin, quelle est la différence? Je pense que le seul intérêt est le vôtre afin de vous prévaloir de prérogatives absolues et de vous comporter en maîtres divins et absolus. Dr D.B (par mail)

Nous n'avons pas le sentiment que cela soit bien difficile de constituer un nouveau dossier d'inscription, mais c'est l'occasion pour nous de vérifier que des médecins, depuis leur inscription précédente, n'ont pas été l'objet de condamnation, qu'ils n'ont pas exercé et que leur compétence professionnelle, bien au-delà du diplôme initial, est maintenue. Surtout, je ne me prononcerais pas quant à interpréter le sentiment que vous exprimez qu'il s'agit pour nous de nous prévaloir de prérogatives absolues et nous comporter en maîtres divins et absolus car j'aurais le sentiment de m'approcher d'un diagnostic clinique que je ne suis pas à même de réaliser ici.

Dr A.D.

L'aiguille



Chirurgien cardiaque, l'auteur a été formé par les pionniers français de cette spécialité et a apporté sa contribution à son évolution, en particulier dans la chirurgie réparatrice de la valve mitrale, en évitant son ablation et son remplacement par une prothèse. Le récit qui nous est proposé mélange

harmonieusement son expérience professionnelle et certains épisodes de sa vie privée. Y a-t-il un lien entre sa dextérité dans l'usage de l'aiguille et du fil en salle d'opération et la profession de son arrière-grand-père, grand couturier à Venise? Arrigo Lessana se raconte et son écriture est agréable. Érudit, passionné par la montagne, regrettant de n'avoir pu réaliser son rêve de devenir boxeur professionnel. Un homme attachant, un livre à lire. Maurice Hodara

L'aiguille, de Arrigo Lessana. Denoël, 125 pages, 13 euros.

La naissance de la kinésithérapie



Si une longue gestation a précédé la naissance et la reconnaissance de la kinésithérapie le 5 janvier 1900 (quérison par le mouvement - définition du Littré 1878), encore fallait-il que cesse l'a priori du monde médical et que celui-ci reconnaisse la place du kinésithérapeute lors de la rééducation et de la réadaptation

fonctionnelle dans le réseau de soins. La société de kinésithérapie a émis les vœux qu'un enseignement officiel de la kinésithérapie soit organisé à la faculté de médecine. La genèse de la kinésithérapie a montré que des spécialités médicales ont initié les techniques manuelles à l'origine du concept de rééducation, associée ou non à d'autres agents physiques. Il fait féliciter l'auteur de nous avoir rappelé qu'au début du XXe siècle les techniques se positionnent en fonction des maladies et des spécialités. »Jean Pouillard

La naissance de la kinésithérapie, de Jacques Monet. Editions Glyphe, 2009, 450 pages, 26 euros.

Médecine au quotidien

Tout est dans le titre de cet ouvrage, qui présente les réflexions des auteurs sur un sujet qui est la pièce maîtresse de notre activité professionnelle : la consultation. Celle-ci, unité de base d'une rencontre qui, de réparatrice avec une pratique de soins pluridisciplinaire, nécessitant l'adaptation à une formation médicale continue, est devenue d'accompagnement avec l'objectif d'une décision fondée sur la « science » alors qu'il s'agit d'une notion d'incertitude, inhérente à la pratique médicale. La clinique doit affirmer le diagnostic, orientation fondamentale pour prendre une décision, sachant qu'aucun examen n'est fiable à 100 %. La consultation, c'est aussi expliquer, rassurer, conseiller, informer: la prescription ne se résume pas aux médicaments, elle varie selon les pathologies et doit répondre à une stricte observance : un des impératifs d'une médecine efficace centrée sur le patient et inscrite dans la durée. Toute rencontre implique un partage de la décision qui la conclut : la loi du 4 mars 2002 a rendu obligatoire le consentement informé afin que les patients aient une participation à la décision tout en sachant que les situations cliniques sont variables et que les modalités de consentement seront différentes, tant il est vrai que les médecins ne sont encore ni préparés ni formés à cette éventualité. »J.P.

Médecine au quotidien : soigner et prendre soin, le malade autant que la maladie, de Pierre Gallois. Éditions Unaformec, 496 pages, 29 euros. Pour le commander : www.unaformec-ra.com ou 01 43 63 68 06

À petites doses...



Le thème de ce thriller est original: un attentat nucléaire contamine une rue piétonne de Bordeaux à l'iode 131. L'occasion pour notre confrère radiologue de critiquer, à juste titre, les dérapages dans le traitement de l'information sanitaire par les médias ainsi que le comportement public de certaines associations. Lecture

de détente pour les amateurs de thriller. »M.H.

À petites doses... de Jean-Claude Artus. EDP Sciences, 365 pages, 17 euros.

66 Rebâtir le système de santé à Haïti

D^r Stéphane Donnadieu

Quelques jours après le séisme qui a frappé Haïti, le D^r Stéphane Donnadieu a pris la direction des opérations de secours menées par la sécurité civile. Retour sur...



... le 12 janvier dernier, 17 heures à Haïti. Un violent séisme de magnitude 7 sur l'échelle de Richter plonge l'île dans un profond chaos : plus de 200000 morts, 300000 blessés et près d'un million de sans-abri. Rapidement, l'aide internationale réagit. Dix jours après, le médecin colonel Stéphane Donnadieu est dépêché sur les lieux pour participer à la direction des opérations de secours d'un détachement de la sécurité civile française. Pas le temps de tergiverser pour le tout nouveau conseiller du directeur de la sécurité civile, nommé seulement quelques jours auparavant.

« Ma mission a été d'organiser les opérations d'assistance à la population, de répartir les équipes médicales sur le terrain, de travailler en partenariat avec les professionnels de santé locaux, de veiller au bon déroulement des transferts de patients et d'évaluer les besoins en matériels et médicaments. Notre objectif était aussi de participer à la reconstruction du système de santé local partiellement détruit », explique Stéphane Donnadieu. Les médecins sapeurs-pompiers, volontaires ou professionnels de la sécurité civile, mais aussi de plusieurs Samu, ont dû s'adapter aux circonstances (médicaments disponibles limités, pratiques inhabituelles comme les soins primaires en orphelinats ou en camps de déplacés).

À Port-au-Prince, un hôpital de campagne de la sécurité civile a prêté main-forte aux quatre hôpitaux encore en activité à Haïti. « Au total, nous avons réalisé plus de 5 000 consultations, opéré des centaines de patients, en majorité des femmes et des enfants, souffrant d'amputations, de brûlures, de fractures des membres », se souvient le médecin, anesthésiste-réanimateur de métier. Au final, Stéphane Donnadieu sera resté un mois à Haïti, dormant quelques heures par nuit, le plus souvent à la belle étoile. « Durant ce séjour, j'ai été frappé par l'accueil et la gentillesse de la population, malgré ses souffrances. Si on me le demande, je repars sans hésiter », conclut celui qui par le passé à déjà réalisé des missions humanitaires au Toqo, au Gabon ou encore au Pakistan.



PARCOURS

Le D' Stéphane Donnadieu a étudié la médecine à Paris, à la faculté de médecine Necker.

1972 ע

Il décide de suivre une spécialisation en anesthésieréanimation. Il rejoint ensuite les corps des soldats du feu en tant que médecin sapeurpompier volontaire.

2000 ע

Il est nommé coordonnateur de l'unité de traitement de la douleur au nouvel hôpital européen Georges-Pompidou.

2010 ע

Il devient médecin-conseiller du directeur de la sécurité civile. C'est la première fois qu'un médecin volontaire est choisi pour occuper ce poste.