médecins
N°21 JANV. - FÉV. 2012

POUR ALLER PLUS LOIN :
L'ACTUALITÉ EN LIGNE
www.conseil-national.medecin.fr

Bulletin d'information de
l'Ordre national des médecins

↘Dossier p.22

Face aux dérives sectaires, l'union fait la force

↘L'essentiel
Cotisation 2012 : pas d'augmentation cette année ! p. 4

↘Réflexion
Fait-on trop de dépistage du cancer du sein ? p. 10

↘Jurispratique
Dans quels cas un certificat médical est-il nécessaire ? p. 13

médecins n° 21
Janv. 2012

POUR RECEVOIR NOTRE NEWSLETTER
http://www.conseil-national.medecin.fr

L'essentiel | 04
• Cotisation 2012 : pas d'augmentation cette année !

• Un nouveau livre blanc *Déontologie médicale sur le Web*

Sur le terrain | 08
Alzheimer : des séances de réhabilitation cognitive à domicile

Réflexion | 10
Fait-on trop de dépistage du cancer du sein ?

Ailleurs | 21
Tour d'horizon de la démographie médicale en Europe

Courrier des lecteurs | 28

La voix des associations | 30
L'Association pour la lutte contre le psoriasis

Culture médicale | 31
La sélection du mois

À vous la parole | 32
Pr Olivier Claris, président de la commission médicale d'établissement des Hospices civils de Lyon

Dossier | 22

Face aux dérives sectaires, l'union fait la force

© Thinkstock

Prise en charge du cancer ou des enfants hyperactifs, approches psychologisantes… Les mouvements sectaires étendent leur emprise sur le domaine de la santé. Face à des organisations puissantes et procédurières, des actions partenariales s'imposent. L'Ordre, qui a demandé l'année dernière à chaque conseil départemental de désigner un référent, travaille en étroite collaboration avec la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les sectes (Miviludes).

Cahier jurispratique | 13

- INFORMATION DES PATIENTS : DANS QUELS CAS UN CERTIFICAT MÉDICAL EST-IL NÉCESSAIRE ? | 13
- FOCUS SUR LES MÉDECINS QUI ÉVALUENT LE DOMMAGE CORPOREL | 17
- LE CALENDRIER DE VACCINATION 2011 SIMPLIFIÉ | 20

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

Augmenter le numerus clausus, une fausse bonne idée !

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

« En espérant que l'horizon s'éclaircisse, j'adresse mes vœux les meilleurs à chacun de mes confrères et à ceux qui leur sont chers. »

Le ministère de la Santé a annoncé fin novembre sa décision d'augmenter le numerus clausus pour mettre fin aux déserts médicaux. À l'instar de la conférence des doyens des facultés de médecine et des syndicats d'étudiants, je m'interroge sur la pertinence de cette mesure pour répondre aux besoins de notre société. Nous avons déjà doublé le numerus clausus entre 1998 et 2010, mais les effets de cette augmentation ne seront visibles qu'à partir de 2020. Les doyens, eux, mettent en garde les pouvoirs publics contre une hausse du numerus clausus qui ne tiendrait pas compte des possibilités de formation dans les facultés de médecine. Ils posent la question de la qualité de la formation médicale dans des amphis déjà surchargés… et l'Ordre s'associe à leurs préoccupations.

Au-delà, je ne vois pas en quoi l'augmentation du numerus clausus permettra de résoudre les difficultés d'accès aux soins. Toutes les études démographiques de l'Ordre le montrent : une fois formés, les jeunes médecins préfèrent travailler en équipe avec un statut de salarié. Ils veulent s'installer dans les grandes villes, près des CHU. Par ailleurs ils sont très nombreux, notamment en médecine générale, à ne pas exercer dans le cadre de leur diplôme. Avec ses contraintes horaires et administratives, l'exercice libéral ne les intéresse plus ! À l'Ordre, nous pensons que seules des mesures fortement incitatives permettront d'améliorer la répartition des médecins en France. Nous sommes favorables, par exemple, à la création de nouveaux métiers de gestionnaires de la santé, capables de prendre en charge les tâches administratives pour laisser plus de temps « médical ». J'ai aussi proposé que, sur certains territoires isolés, les médecins puissent exercer à l'intérieur de bus médicalisés, sous le contrôle du conseil départemental de l'Ordre. Des solutions sont possibles, à condition qu'elles soient compatibles avec les aspirations des jeunes médecins !

médecins

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : Dr Walter Vorhauer - ORDRE DES MÉDECINS, 180, bd Haussmann, 75389 Paris Cedex 08. Tél. : 01 53893200. E-mail : conseil-national@cn.medecin.fr – RÉDACTEUR EN CHEF : Dr André Deseur – COORDINATION : Évelyne Acchiardi – CONCEPTION ET RÉALISATION : CITIZENPRESS 48, rue Vivienne, 75002 Paris – RESPONSABLE D'ÉDITION : Claire Peltier – DIRECTION ARTISTIQUE : Marie-Laure Noel – SECRÉTARIAT DE RÉDACTION : Alexandra Roy – FABRICATION : Sylvie Esquer – COUVERTURE : BSIP – IMPRESSION : IGPM – Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs – DÉPÔT LÉGAL : janvier 2012 – n° 16758 – ISSN : 1967-2845.

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

Cotisation 2012

Pas d'augmentation cette année !

En 2012, le montant de la cotisation ordinale reste de 300 euros comme en 2011, malgré un taux d'inflation estimé à 2,5 % cette année. Grâce à une saine gestion financière, l'Ordre des médecins peut ainsi participer à l'effort de rigueur général sans remettre en cause sa solidité et son indépendance.

Après une légère hausse ces quatre dernières années, le conseil national de l'Ordre des médecins a décidé cette année de maintenir la cotisation à son niveau de 2011, malgré une augmentation de dépenses de l'Ordre due à l'accroissement de ses missions. Les conseils départementaux doivent notamment organiser les conciliations, ce qu'ils font avec succès puisque près de 50 % des plaintes sont retirées à la suite de cette procédure.

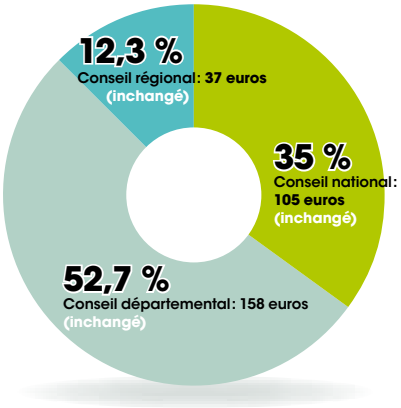
Des missions en hausse

De leur côté, les conseils régionaux voient les frais des chambres disciplinaires augmenter, car les séances sont de plus en plus longues. Par ailleurs, leur rôle de représentation de la profession au niveau régional entraîne un surcroît d'activité. Enfin, le Conseil national développe plusieurs projets indispensables à la gestion du fichier des médecins, au contrôle des diplômes et des flux des médecins dans l'espace européen. Les dotations du fonds d'entraide sont également en hausse. L'entraide permet d'apporter une aide ponctuelle au médecin en but à des difficultés financières aiguës ou à des pathologies lourdes, de financer la réalisation de bilans de compétence pour favoriser la reconversion de médecins en difficulté, de les accompagner sur les plans moral et social. Elle porte aussi une attention particulière aux enfants orphelins de médecins, ainsi qu'aux médecins très âgés et en détresse financière.

Bonne santé financière

Grâce à une saine gestion financière, nous avons un fonds de roulement équivalant à seize mois de dépenses pour l'ensemble des conseils ordinaux. C'est un signe de bonne santé que beaucoup nous envient ! Et c'est une chance unique d'avoir une institution ordinale aussi solide et structurée. Gardons-la précieusement ! Grâce à leur Ordre, les médecins peuvent organiser et contrôler leur profession, tout en respectant la variété de leurs exercices, de leurs statuts, de leurs fonctions. Notre indépendance et notre liberté, certes dans le cadre de lois et de règlements parfois contraignants, sont à ce prix : un fonctionnement uniquement financé par les cotisations des médecins, sans aucune subvention de l'État ou des collectivités locales (article L. 4122-2 du code de la santé publique) !

Répartition de la cotisation 2012



Bon à savoir

- Les médecins doivent s'acquitter de leur cotisation dès le 1er trimestre (art. L. 4122-2 du code de la santé publique).
- La cotisation peut être réglée en espèces ou par chèque auprès de votre conseil départemental.
- La cotisation peut aussi être payée en ligne sur le site www.conseil-national.medecin.fr ou acquittée par prélèvement automatique.
- À noter : les sociétés civiles professionnelles (SCP) et les sociétés d'exercice libéral (SEL) doivent s'acquitter d'une demi-cotisation, et la cotisation est de 62 euros pour les médecins retraités (montant inchangé).

Dr Walter Vorhauer, secrétaire général du conseil national de l'Ordre des médecins

Démographie

Qui sont les élus ordinaux ?

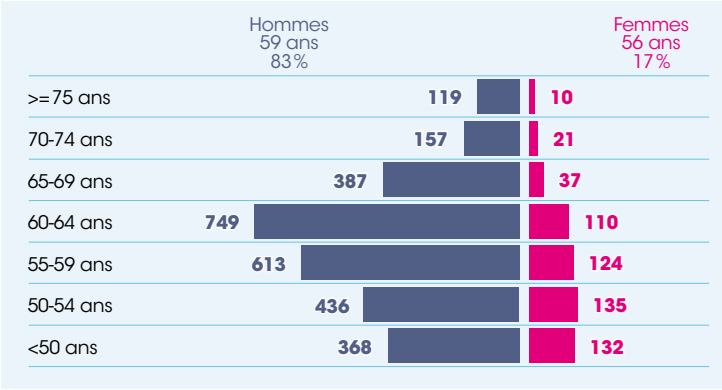
Le conseil national de l'Ordre des médecins s'est penché sur le profil démographique des 3398 élus ordinaux. De quoi tordre le cou à quelques idées reçues !

1 L'âge du conseiller ordinal

• Les conseillers ordinaux ont 59 ans en moyenne. Les hommes représentent 83 % des effectifs. Actuellement, le plus jeune des conseillers ordinaux est âgé de 34 ans, le plus âgé de 91 ans.

• La moyenne d'âge varie en fonction des régions. Avec une moyenne d'âge de 56 ans, la Basse-Normandie et la Corse sont les deux régions les plus « jeunes ». *A contrario*, avec une moyenne d'âge de 61 ans, la Bretagne est la plus « vieille » région.

La pyramide des âges des 3398 élus ordinaux



Source : Section santé publique et démographie médicale

2 La part des femmes parmi les conseillers ordinaux

Le nombre de femmes élues varie très fortement d'une région à l'autre. Les régions du Limousin, de la Picardie et de la Haute-Normandie sont celles qui dénombrent le moins d'élues (17 % en moyenne). En revanche, les régions de Basse-Normandie, du Languedoc-Roussillon et de la Corse sont caractérisées par une forte présence féminine.

3 L'activité des élus ordinaux

• 80 % des élus ordinaux sont en activité, 65 % exercent en secteur libéral exclusif et 17 % en secteur mixte avec une dominante libérale. Le taux l'activité libérale varie de 50 % dans le Limousin à 72 % en Alsace.

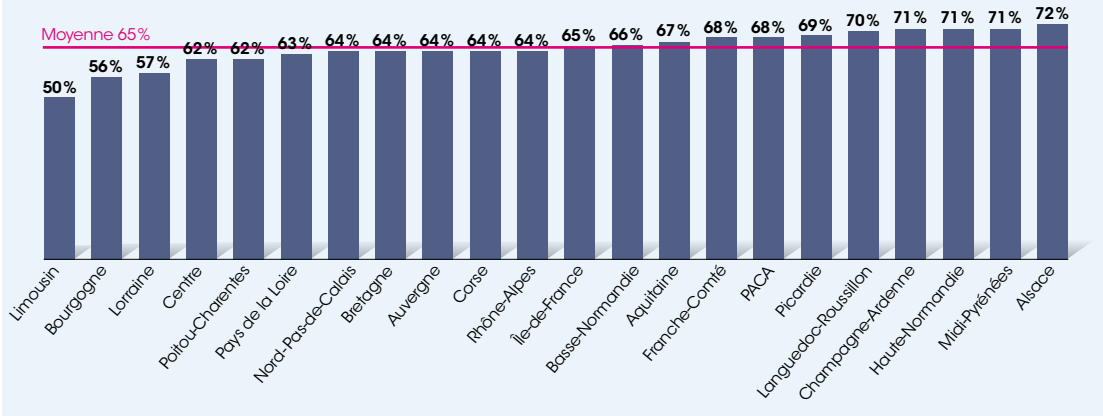
• 20 % sont retraités. Parmi eux, 8 % sont retraités « actifs ».

4 Les qualifications des élus ordinaux

• 61 % des élus ordinaux sont spécialisés en médecine générale.

• La radiologie occupe le second rang (3,6 %) et la psychiatrie la troisième position (3,1 %).

La part de l'activité libérale parmi les élus



Source : Section santé publique et démographie médicale

Point de vue

Nous encourageons les médecins à prendre toute leur place sur la Toile

Le conseil national de l'Ordre des médecins vient de publier un nouveau livre blanc intitulé *Déontologie médicale sur le Web*. Présentation par le Dr Jacques Lucas, vice-président du conseil national de l'Ordre des médecins, chargé des systèmes d'information en santé.

Quel est l'objectif de ce nouveau livre blanc ?

Nous faisons, dans ce nouveau livre blanc, des propositions concrètes pour inciter les médecins à renforcer leur présence professionnelle et humaniste sur le Web. Nous exposons également comment ils pourraient y trouver plus facilement des informations pertinentes pour répondre à leurs propres besoins professionnels et leur formation permanente, hors conflits d'intérêts.

Peut-on mettre le Web au service de la relation médecin/patient ?

Nous considérons que le médecin doit aider les patients à s'orienter vers des sites pertinents et fiables, en donnant son avis sur les contenus que le patient aura lus sur le Web, en conseillant des sites de référence, voire en publiant facilement son propre site professionnel. Cela ne doit pas être chronophage.

Vous souhaitez que les médecins contribuent à produire de l'information en santé. Pourquoi ?

Nous encourageons les médecins à prendre toute leur place sur la Toile, parce qu'ils représentent la source d'information la plus fiable aux yeux des patients et qu'ils ont un devoir d'information. Nous explicitons cela, afin que ce type de contenus ne soit pas considéré comme de la publicité. Les règles de déontologie que nous rappelons sont simples et pourront être vérifiées par l'internaute.

Vous appelez à un usage responsable des médias sociaux. Comment ?

L'usage des médias sociaux numériques ira croissant dans le domaine médical et médico-social. Il faut garder à l'esprit que ce sont des lieux d'expression publique. Cela implique, au regard de la déontologie médicale : la mesure des propos, l'humanisme, le respect des personnes, la responsabilité dans la citation des sources… Ce qui n'exclut en rien les convictions, les émotions, la liberté d'expression. Nous donnons un certain nombre d'orientations concrètes en ce sens, par exemple sur l'usage du pseudonyme.

Comment définissez-vous le téléconseil ?

Cette pratique consiste à mettre à disposition, le plus souvent à titre onéreux, une information personnalisée à la demande d'un internaute non connu. Lorsqu'elle est effectuée par un médecin, il s'agit d'une prestation médicale qui engage totalement sa responsabilité civile et déontologique. Nous demandons donc à la puissance publique de réglementer cette activité.

Vous préconisez aussi la reconnaissance de l'acte de conseil par téléphone ou par courriel pour des patients déjà suivis par le médecin…

Les médecins passent un temps de plus en plus important à adapter les traitements de leurs patients, par contact téléphonique ou par courriel. Il est indispensable que cela soit reconnu, sécurisé et valorisé.

+ D'INFOS :

Pour lire l'intégralité de ce livre blanc : www.conseil-national.medecin.fr

Nouvelles recommandations pour le suivi des femmes porteuses d'implants PIP

Le comité d'experts réuni le 22 décembre par l'Institut national du cancer (Inca) a estimé qu'il n'y avait pas, à ce jour, de données permettant de conclure à un sur-risque de cancer chez les femmes porteuses d'implants mammaires préremplis de gel de silicone de la marque Poly Implants Prothèses (PIP). Mais le risque de rupture et le pouvoir irritant du gel sont bien établis, confirmant en cela les avis précédemment formulés par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps). Au vu de ces avis, le ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé et la secrétaire d'État chargée de la Santé recommandent que les femmes porteuses d'implants, lorsqu'elles consultent leur chirurgien, se voient proposer l'explantation des prothèses, **à titre préventif et sans urgence.**

+ D'INFOS:

Pour répondre aux interrogations, un numéro vert a été mis en place : 0800 636 636. Il est ouvert du lundi au samedi de 9h à 19h.

© Burger/Phanie

Hausse des incidents contre les médecins

L'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP) a publié en novembre son rapport annuel, qui témoigne de la diminution de la violence en France. Mais l'Observatoire souligne aussi la hausse des incidents contre les médecins en 2010, en rappelant les chiffres pour la sécurité des médecins publiés en mars 2011 par le conseil national de l'Ordre des médecins. Les chiffres de l'Ordre ont révélé une hausse de 79,7 % des incidents entre 2008 et 2010, qui touche essentiellement les généralistes (+62,6 %).

© Garo/Phanie

L'hôpital connaît également une augmentation des violences, avec 5090 signalements en 2010 émanant de 303 établissements hospitaliers, soit une hausse de 7,3 % par rapport à 2009.

+ D'INFOS:

Pour déclarer un incident, télécharger la fiche de signalement sur www.conseil-national.medecin.fr / Espace médecin / Sécuriser mon exercice

Comment rédiger le certificat médical pour coups et blessures

La Haute Autorité de santé a publié des recommandations destinées à guider les médecins dans la rédaction d'un certificat médical initial pour les victimes de violences.

Dans ces recommandations, la Haute Autorité de santé rappelle que le médecin n'a pas à se prononcer sur la réalité des faits, la responsabilité d'un tiers, le caractère volontaire ou involontaire des violences subies, lors de la rédaction du certificat médical initial. Il lui appartient, en revanche, de déterminer la durée de l'incapacité totale de travail (ITT) engendrée par les blessures et de l'indiquer dans le certificat. Si ce n'est pas possible, le médecin se limitera à la rédaction d'un certificat médical descriptif. Si la victime exerce une activité professionnelle, le médecin lui remettra un certificat mentionnant la durée de l'arrêt de travail consécutif à ses blessures. Cette durée peut être différente de celle de l'ITT.

Texte : **Cécile Couturier** Photos : **Julian Renard**

Alzheimer

Des séances de réhabilitation cognitive à domicile

À Sannois, dans le Val-d'Oise, une équipe de professionnels de santé se rend chez des personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée. Objectif : les aider à stimuler leurs capacités intellectuelles et cognitives pour freiner au maximum l'avancée de la maladie.

« *Bonjour, monsieur C.!* » Les soignants franchissent le seuil de l'appartement et saluent celui qui vit ici avec son épouse. Ils sont venus réaliser une séance de soin de réhabilitation auprès de monsieur C. Car monsieur C, de son prénom Jean, a la maladie d'Alzheimer. « *Suite à l'évaluation géronto-psychomotrice, il ressort que certaines zones de votre mémoire fonctionnent très bien, mais que d'autres sont plus fragiles.* » « *Oui, ma mémoire, c'est par périodes…* » « *Houria va donc venir travailler avec vous une heure par semaine.* » Monsieur C. est enchanté de rencontrer la jeune femme, et peu pressé de voir partir les professionnels…

Les professionnels en question sont les membres de l'Équipe spécialisée Alzheimer à domicile (ESAD 95-1) gérée par l'Association pour le développement des services de soins infirmiers à domicile (ADSSID). Basée dans le Val-d'Oise, à Sannois, l'ADSSID a répondu à l'appel à projet du Plan Alzheimer 2008-2012[1]. Elle fait partie des 39 équipes pilotes. L'ADSSID a été la première à créer une équipe dans le Val-d'Oise. « *Répondre à cet appel à projet était pour nous une évidence, car nous sommes confrontés tous les jours à la maladie d'Alzheimer ou à des maladies apparentées* », explique Jeannine Gallet, sa directrice.

Douze séances

L'accompagnement comprend douze séances. L'objectif : mobiliser les capacités restantes du patient pour lui permettre de conserver au maximum son autonomie et une vie sociale. Un psychomotricien commence par réaliser une évaluation géronto-psychomotrice de la personne et par estimer la répercussion des troubles cognitifs sur son quotidien. Il définit ensuite des activités adaptées, qui vont être animées par une assistante de soins en gérontologie (ASG). Houria est ASG : « *Je stimule le patient, par des jeux et des activités faisant fonctionner sa mémoire et sa concentration. Nous faisons aussi des mouvements de gym douce pour prévenir les risques de chute et soutenir l'initiative.* » Un travail qui exige tact et doigté : « *J'essaie d'apporter du réconfort au patient. Je donne aussi des conseils et une bouffée d'oxygène à l'aidant, pour qui cette situation est parfois très difficile…* » L'ESAD est donc une équipe précieuse pour ralentir l'évolution de la maladie. Mais c'est aussi, et surtout, une présence. Pour rompre l'isolement parfois criant des malades et de leur famille.

Monsieur C., à son domicile, entouré du psychomotricien et d'une assistante de soins en gérontologie.

L'accompagnement des malades comme Jean C. comprend douze séances visant à mobiliser les capacités restantes.

1. On compte aujourd'hui plus de 300 ESAD dans le pays. Leur nombre devrait atteindre 500 en fin 2012.

L'équipe d'ESAD 95-1. De g. à dr.: Brigitte Huet, Jeannine Gallet, Mina Sébiane, Christophe Lefèvre et Houria Benaissa.

Mina Sébiane,

coordinatrice de l'Équipe spécialisée Alzheimer à domicile (ESAD)

« Notre rôle est de coordonner les professionnels de santé autour du patient »

Des exercices, des échanges, mais aussi et surtout une présence…

… pour le patient comme pour l'aidant (ici, l'épouse de Jean C., à gauche), dont la vie est chamboulée par la maladie.

témoignage

Mon équipe prend actuellement en charge trente patients. J'encadre trois assistantes de soins en gérontologie, un psychomotricien et, bientôt, un ergothérapeute pour enrichir les compétences. Notre rôle, au tout début de l'accompagnement, est de coordonner tous les professionnels de santé autour du patient. Médecin traitant, spécialiste, gériatre, kinésithérapeute, infirmière, auxiliaire de vie… Nous nous mettons en relation avec les différents professionnels qui ont déjà pris en charge le patient, nous recueillons leurs données et les informons sur la prise en charge. Nous sollicitons aussi les aides dont le patient peut avoir besoin. Une évaluation géronto-psychomotrice ainsi qu'un compte rendu de fin de prise en charge sont envoyés aux médecins traitants et prescripteurs. Dans le Val-d'Oise, nous avons pu développer un large partenariat de professionnels, dont le réseau gérontologique, et nous l'utilisons à fond ! Hélas, les professionnels de santé n'ont pas toujours le réflexe de se tourner vers nous. De plus, les patients ne peuvent bénéficier de notre accompagnement que s'ils ont été diagnostiqués malades d'Alzheimer ou atteints d'une maladie apparentée. Or le diagnostic se fait difficilement. Il est toujours compliqué pour un médecin traitant d'annoncer à un patient et à sa famille (qu'il connaît parfois de longue date) le diagnostic de maladie d'Alzheimer.

Propos recueillis par Catherine Holué

Dépistage organisé du cancer du sein : vraiment utile !

À l'occasion de la campagne « Octobre rose », le rapport bénéfice/risque des mammographies de dépistage a été remis en cause par certains scientifiques.
De quoi jeter le trouble dans les esprits des patientes, voire de leurs médecins. Trois spécialistes apportent leur éclairage, et leurs arguments.

Tandis que des scientifiques évaluent l'impact des mammographies de dépistage en termes de santé publique avec des résultats discordants voire contradictoires, des médecins et des non-médecins s'invitent dans le débat. Ainsi de l'ancienne kinésithérapeute Rachel Campergue, avec son ouvrage très à charge contre le dépistage (*No mammo ?*, éditions Max Milo). Au risque d'alimenter une certaine confusion chez les généralistes, confrontés chaque jour aux craintes et aux attentes de leurs patients et diversement impliqués dans le dépistage des cancers : si 56 % d'entre eux déclarent vérifier systématiquement que leurs patientes concernées ont bien réalisé un dépistage du cancer du sein, ils sont 47 % à le faire pour le dépistage du cancer de la prostate, 45 % pour le dépistage du cancer du col de l'utérus et 34 % pour le dépistage du cancer colorectal (enquête INCa/BVA rendue publique lors la 2e Rencontre nationale des médecins généralistes face au cancer.

Chaque cancer soulève des problématiques différentes en termes de dépistage. Pour ce qui est du cancer du sein, le président du conseil national de l'Ordre des médecins et la présidente de l'Institut national du cancer réaffirment l'intérêt du dépistage organisé pour les femmes de 50 à 74 ans, tandis que le chercheur Philippe Autier remet clairement en cause son efficacité et pointe le risque de « surdiagnostic ». « Cancer du sein : surdiagnostic, surtraitement, à la recherche de nouveaux équilibres » : c'était aussi le thème des 33e Journées de la Société française de sénologie et de pathologie mammaire, en novembre, à Marseille.

EN CHIFFRES

52 %

C'est le taux national de participation des femmes de 50 à 74 ans au dépistage organisé du cancer du sein en 2010. Ce taux est inférieur à l'objectif fixé par la loi de santé publique de 2004 (80 %).

Bon à savoir

LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS) SOUHAITE, pour les femmes après 50 ans, un transfert plus important du dépistage individuel vers le dépistage organisé, qui présente ***« les meilleures garanties de qualité, d'efficacité et d'utilisation des ressources collectives ».*** Le dépistage individuel concerne 23,7 % des femmes à 40 ans et plus de 40 % à 49 ans, avant de diminuer.

© DICOM/DEACG

Pr Agnès Buzyn

présidente de l'Institut national du cancer (INCa) depuis mai 2011. Professeur d'hématologie, elle était auparavant responsable de l'unité de soins intensifs d'hématologie et de greffe de moelle à l'hôpital Necker-Enfants malades (Paris).

Dr Michel Legmann

président du CNOM. Il est radiologue et responsable de la campagne de dépistage organisé du cancer du sein dans les Hauts-de-Seine (92). Cet examen est totalement pris en charge et gratuit pour les femmes de 50 à 74 ans.

Dr Philippe Autier

vice-président de l'Institut international de recherche et de prévention de Lyon (IPRI). Il a dirigé plusieurs études internationales sur l'impact du dépistage du cancer du sein.

Le dépistage organisé du cancer du sein a-t-il un impact sur la mortalité ?

Dr Philippe Autier: Son impact est nul ou marginal. L'étude européenne publiée par mon équipe dans le *British Medical Journal* en août 2011[1] montre qu'il n'y a pas de différence de mortalité entre les pays qui pratiquent le dépistage organisé, comme la Suède, les Pays-Bas ou l'Irlande du Nord, et ceux où la participation au dépistage est faible, comme la Belgique, la Norvège ou la République d'Irlande. Même si le taux de participation en France atteignait les 80 %, cela ne changerait rien : c'est l'efficacité des traitements et de l'organisation des soins qui permet de maîtriser la mortalité, pas le dépistage.

Pr Agnès Buzyn: Les études internationales montrent une baisse de 20 à 30 % de la mortalité par cancer du sein dans les pays qui pratiquent le dépistage organisé depuis au moins quinze ans. La France ne l'ayant instauré qu'en 2004, le recul est insuffisant pour tirer des conclusions. Chose certaine, cette mortalité a baissé en France de 19,8 pour 100 000 femmes entre 1994 et 1998 à 16 pour 100 000 femmes en 2011. On ne peut, il est vrai, distinguer les effets du dépistage de ceux du progrès médical. Mais le dépistage organisé présente d'autres avantages : cette mesure égalitaire bénéficie gratuitement à l'ensemble des femmes de 50 à 74 ans, la double lecture des clichés est un gage de qualité, et l'impact sur la morbidité est probable.

Dr Michel Legmann: Lorsqu'un cancer du sein est détecté à un stade précoce, la survie à cinq ans est de 90 %. Comment détecter une lésion infraclinique sans la technologie actuelle ? Chaque semaine, dans mon cabinet de radiologie, je vois des patientes de plus de 50 ans qui n'ont pas profité du dépistage, certaines par négligence, et qui ont un cancer à un stade trop avancé… Passer une mammographie tous les deux ans, c'est une sécurité ! Par ailleurs, les radiologues ont accepté d'être éventuellement contredits par leurs confrères à l'occasion de la double lecture, qui offre une garantie supplémentaire fondamentale pour les patientes, et sont à ce titre exemplaires. Leur personnel est spécifiquement formé, leur matériel modernisé et très régulièrement contrôlé, grâce à la campagne de dépistage organisé.

Le dépistage organisé permet-il des prises en charge plus précoces des cancers du sein ?

Dr Autier: Nous avons étudié l'incidence des formes avancées de cancer du sein dans les registres de 15 pays, et celle-ci ne diminue pas dans ceux pratiquant le dépistage. C'est le cas aux Pays-Bas qui fait beaucoup de dépistage depuis 1989 : de façon surprenante, les cancers avancés et très avancés ne reculent pas !

Pr Buzyn: Entre 1998 et 2008, il y a eu en France un doublement des diagnostics de cancers in situ et des diagnostics de cancers invasifs de moins d'un centimètre et sans atteinte ganglionnaire, ce qui montre l'intérêt du dépistage pour les diagnostics plus précoces. Le taux de mastectomie augmente, sauf chez les femmes de 50 à 74 ans, lesquelles bénéficient du ▪▪▪

Fait-on trop de dépistage du cancer du sein ?

Avec la participation de…

Pr Agnès Buzyn est la présidente de l'Institut national du cancer (INCa) depuis mai 2011.
Dr Michel Legmann, président du Cnom, est radiologue et responsable de la campagne de dépistage organisé du cancer du sein dans les Hauts-de-Seine (92).
Dr Philippe Autier est vice-président de l'Institut international de recherche et de prévention de Lyon (IPRI).

…
dépistage organisé. Il y a plus de chirurgie conservatrice, moins de curages ganglionnaires.

Qu'en est-il des « surdiagnostics » et des « faux positifs » ?

Pr Buzyn: La question du surdiagnostic concerne les carcinomes in situ intra-canalaires, qui représentent 14 % des cancers diagnostiqués. Un tiers d'entre eux pourraient ne pas être évolutifs du vivant de la personne, voire régresser. Donc le risque de surdiagnostic serait de 5 à 10 %, plutôt proche de 5 %. Il n'existe à ce jour aucun marqueur pronostic pour identifier ces cancers non évolutifs. Il serait ainsi beaucoup trop risqué et contraire à l'éthique de ne pas intervenir ! Les traitements pour ces petites tumeurs sont par ailleurs de moins en moins mutilants. Quant aux « faux positifs », ils ont diminué de 10 % en 2004 à 7 % en 2008, signe que la qualité des examens augmente.
Dr Legmann: Un taux de surdiagnostic du cancer du sein évalué par les spécialistes à 5 %, c'est relativement faible par rapport au cancer de la prostate, où il avoisinerait les 40 %. Concernant les faux positifs, les techniques de microbiopsie ou de macrobiopsie, peu traumatisantes, permettent de lever le doute. Quant aux chimiothérapies, il vaut mieux en faire un peu trop que pas assez !
Dr Autier: Les cancers in situ peuvent être volumineux sans qu'on ait une idée de leur évolution, et des mastectomies totales sont pratiquées. Les femmes sont ainsi pénalisées d'être allées au dépistage ! Les mammographies digitales augmentent encore ce risque de surdiagnostic, donc de surtraitement.

Une étude présentée en octobre, lors des Journées françaises de radiologie, pointe le risque d'irradiation consécutif à la mammographie. Qu'en pensez-vous ?

Pr Buzyn: Cette étude montre que les rayonnements peuvent provoquer des cassures dans l'ADN des cellules mammaires, surtout chez les femmes à risque élevé de cancer. Le risque de cancer découlant de ces cassures n'est pas encore prouvé. Et le risque de mourir d'un cancer non dépisté est supérieur à celui de mourir d'un cancer radio-induit ! Cela ne remet donc pas en cause la politique de dépistage chez les 50-74 ans, mais il faut certainement limiter le nombre de mammographies avant 50 ans en l'absence de facteur de risque ou de symptôme. L'INCa a ainsi saisi la Haute Autorité de santé (HAS) sur les questions du dépistage entre 40 et 50 ans et de celui des femmes à risque intermédiaire.
Dr Autier: Un quart des femmes passent leur première mammographie avant 40 ans, or on ne connaît pas l'effet des rayons sur des épithéliums jeunes et actifs. La prudence s'impose, d'autant que le bénéfice du dépistage avant 50 ans est très discuté.

Ces interrogations peuvent-elles provoquer des confusions quant à l'intérêt du dépistage des autres cancers ?

Pr Buzyn: À chaque cancer son dépistage. Le dépistage organisé du cancer colorectal fonctionne et permet une baisse de la mortalité démontrée, de même que les frottis réguliers préviennent efficacement les cancers du col de l'utérus. En revanche, le bénéfice/risque du dépistage du cancer de la prostate est beaucoup plus discutable, c'est pourquoi il ne fait pas l'objet d'un dépistage organisé.
Dr Legmann: Beaucoup d'hommes ont des tumeurs de la prostate in situ qui ne se développeront pas, et les dosages du PSA produisent un certain nombre de « faux négatifs ». Ce dépistage résulte donc d'une discussion au cas par cas entre le médecin et son patient : c'est aussi cela, la médecine ! Chaque cas est particulier et présente des spécificités familiales, génétiques etc., et doit faire l'objet d'un examen individuel et approprié.

1. Breast cancer mortality in neighbouring European countries with different levels of screening but similar access to treatment: trend analysis of WHO mortality database, Autier et al., BMJ 2011 ; 343:d4411.

Information des patients : dans quels cas un certificat médical est-il nécessaire ? p. 13 I Focus sur les médecins qui évaluent le dommage corporel p. 17 I Le calendrier de vaccination 2011 simplifié p. 20 I

CAHIER JURISPRATIQUE

N° 21 JANVIER - FÉVRIER 2012

Information des patients

Dans quels cas un certificat médical est-il nécessaire ?

Le conseil national de l'Ordre des médecins a contribué à la rédaction d'une fiche pratique, diffusée par le ministère de la Santé, qui précise, concrètement, dans quels cas un certificat médical est nécessaire. Le recours au certificat médical ne devrait être réservé qu'aux seuls cas prévus par les textes.

Vous pouvez télécharger cette fiche :

› sur le site du ministère : www.sante.gouv.fr
› sur le site du conseil national de l'Ordre : www.conseil-national.medecin.fr

QUI	POURQUOI	CERTIFICAT MÉDICAL		REMARQUES ET TEXTES DE RÉFÉRENCE
		NON	OUI	
ENFANTS	**PRISE DE MÉDICAMENTS** • **Assistantes maternelles** • **Crèches**	x		Dans le cas d'un médicament prescrit, lorsque son mode de prise ne présente pas de difficultés particulières ni de nécessité d'apprentissage et lorsque le médecin n'a pas prescrit l'intervention d'un auxiliaire médical, l'aide à la prise du médicament est considérée comme un acte de la vie courante. Ainsi, l'autorisation des parents, accompagnée de l'ordonnance médicale prescrivant le traitement, suffit à permettre aux assistantes maternelles d'administrer les médicaments requis aux enfants qu'elles gardent. *Article L. 4161-1 du code de la santé publique ; avis du Conseil d'État du 9 mars 1999 ; circulaire DGS/PS3/DAS n° 99-320 du 4 juin 1999 relative à la distribution de médicaments*

QUI	POURQUOI	CERTIFICAT MÉDICAL		REMARQUES ET TEXTES DE RÉFÉRENCE
		NON	OUI	
ENFANTS	**ALLERGIES** • Absence d'allergie	x		Il est impossible médicalement d'exclure a priori toutes allergies.
	• Régimes alimentaires spéciaux pour allergies dans les cantines scolaires		Certificat médical en présence d'une pathologie lourde et dans le cadre du protocole d'accueil individualisé (PAI)	En cas d'allergie nécessitant un régime alimentaire spécial, un certificat médical est nécessaire. *Bulletin officiel n° 34 du 18 septembre 2003, accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période*
	CANTINES SCOLAIRES		Certificat médical en cas de maladie contagieuse	Il n'existe pas de textes législatifs ou réglementaires fondant la nécessité d'un certificat médical pour absence à la cantine scolaire en dehors des cas de maladies contagieuses. En pratique, il est toutefois fréquemment demandé un certificat médical pour justifier l'exonération des frais de repas. Afin de répondre aux objectifs de simplifications administratives, l'adoption de règlements intérieurs limitant le recours aux certificats médicaux est recommandée.
	CRÈCHES • Absences < à 4 jours	x		La production d'un certificat médical n'exonère pas la famille du paiement de la crèche (délai de carence de 3 jours appliqué).
	• Réintégration	x		
	• Absences ≥ à 4 jours		x	La production d'un certificat médical exonère la famille du paiement. *Lettre circulaire Cnaf n° 2011-105 du 29 juin 2011*
	OBLIGATIONS SCOLAIRES • Absence à l'école	x (hors maladie contagieuse)	Certificat médical en cas de maladie contagieuse	L'exigence des certificats a été supprimée par l'Éducation nationale depuis 2009, sauf en cas de maladie contagieuse. *Décret n° 2009-553 du 15 mai 2009 ; rappel des règles dans la note de service EN n° 2009-160 du 30 octobre 2009. Cas des maladies contagieuses : arrêté interministériel du 3 mai 1989 et circulaire n° 2004-054 du 23 mars 2004*
	• Entrée à l'école maternelle et à l'école élémentaire	x		L'exigence des certificats a été supprimée par l'Éducation nationale depuis 2009. Seule l'attestation concernant les vaccinations obligatoires pour la scolarisation est exigée (carnet de vaccination, copie des pages « vaccination » du carnet de santé ou certificat médical). *Décret n° 2009-553 du 15 mai 2009 ; rappel des règles dans la note de service EN n° 2009-160 du 30 octobre 2009*

QUI	POURQUOI	CERTIFICAT MÉDICAL		REMARQUES ET TEXTES DE RÉFÉRENCE
		NON	OUI	
ENFANTS	**OBLIGATIONS SCOLAIRES** • Sorties scolaires	x		Aucun certificat n'est nécessaire lors de sorties ou voyages collectifs dans le cadre scolaire. *Circulaire n° 99-136 du 21 septembre 1999 et circulaire n° 76-260 du 20 août 1976; rappel des règles dans la note de service EN n° 2009-160 du 30 octobre 2009*
	• Éducation physique et sportive - Participation	x		
	- Inaptitude		x	Un certificat médical doit préciser le caractère total ou partiel de l'inaptitude à l'EPS et mentionner sa durée. *Le décret n° 88-977 du 11 octobre 1988; rappel des règles dans la note de service EN n° 2009-160 du 30 octobre 2009*
PERSONNES HANDICAPÉES OU DÉPENDANTES	**OBTENTION D'UN DROIT** • Formulaire de certificat médical pour une demande auprès des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)	Dans certains cas, pas de nouveau certificat médical*	Formulaire simplifié pour toute première demande de prestations ou aides financières	Toutes les demandes sont réunies dans un seul et unique formulaire disponible auprès de toutes les MDPH, valable pour toutes les prestations et aides financières pour lesquelles la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) doit prendre une décision. *Arrêté du 23 mars 2009*
	• Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	Le dossier de demande d'APA ne nécessite pas de certificat médical		Le remplissage de la grille AGGIR (Autonomie gérontologique groupes iso-ressources) relève exclusivement de la responsabilité des équipes médico-sociales des conseils généraux. L'article R. 232-7 du code d'action sociale et des familles prévoit que le médecin traitant peut être consulté par l'équipe médico-sociale du conseil général. À la demande de la personne âgée, le médecin peut assister à la visite.
EMPLOYEURS	**CERTIFICAT D'EMBAUCHE**	x		Le salarié bénéficie d'un examen médical avant l'embauche ou au plus tard avant l'expiration de la période d'essai par le médecin du travail. *Articles R. 4624-10 et suivants du code du travail*
	REPRISE DU TRAVAIL	x		Le salarié bénéficie d'un examen de reprise du travail par le médecin du travail dans des cas listés. *Articles R. 4624-21 et suivants du code du travail*
	INAPTITUDE AU POSTE DE TRAVAIL	x		Le certificat médical délivré par le médecin traitant n'est pas requis et n'a aucune valeur médicale. En application des articles L. 1226-2 et suivants du code du travail, il appartient au médecin du travail de constater l'inaptitude à exercer une des tâches existantes dans l'entreprise.

* Pas de nouveau certificat : si le patient a déjà eu un certificat médical lors d'une précédente demande auprès de la MDPH ou dans le cadre de dispositifs antérieurs tels que les demandes auprès de la COTOREP (Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel) ou de la CDES (Commission départementale de l'éducation spéciale) et si l'état de santé, l'état fonctionnel ou le handicap du patient n'est pas modifié de façon significative depuis le dernier certificat.

QUI	POURQUOI	CERTIFICAT MÉDICAL		REMARQUES ET TEXTES DE RÉFÉRENCE
		NON	OUI	
FAMILLES DE PERSONNES DÉCÉDÉES	**DÉCLARATION DU DÉCÈS À L'ÉTAT CIVIL** • Connaissance des causes du décès • Autorisation pour déclenchement des opérations funéraires, notamment en cas d'infections transmissibles		Un certificat médical constatant le décès	L'autorisation de fermeture du cercueil ne peut être délivrée qu'au vu d'un certificat, établi par un médecin, attestant le décès. Le certificat de décès existe en version papier ou en version électronique. *Article R. 1112-70 du CSP; articles L. 2223-42 et R. 2213-1-1 et suivants du code général des collectivités territoriales*
APTITUDE À LA CONDUITE	**DISPENSE DU PORT DE LA CEINTURE DE SÉCURITÉ DANS UN VÉHICULE**	x		L'examen médical prévu pour la dispense du port de la ceinture de sécurité est réalisé par un médecin agréé par la préfecture du département. L'établissement d'un certificat de dispense par le médecin traitant n'a aucune valeur légale. *Arrêté du 8 février 1999 modifié relatif aux conditions d'établissement, de délivrance et de validité du permis de conduire*
	APTITUDE OU INAPTITUDE MÉDICALE À LA CONDUITE	x		L'examen médical relève des médecins agréés par les préfectures pour le contrôle de l'aptitude médicale à la conduite. Il convient donc d'orienter les patients vers ces médecins. Le médecin traitant doit néanmoins informer son patient d'une éventuelle inaptitude médicale (définitive ou temporaire) à la conduite, en rapport avec une pathologie ou une prescription médicamenteuse. *Arrêté du 21 décembre 2005 modifié fixant les normes médicales incompatibles avec la délivrance ou le maintien du permis de conduire*
NON-CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE SPORTIVE	**LICENCES SPORTIVES PERMETTANT LA PARTICIPATION AUX COMPÉTITIONS** • 1ère demande de licence • Renouvellement de licence		Certificat médical datant de moins d'un an	La visite médicale pour pratiquer le sport a pour objectif de dépister des pathologies pouvant induire un risque vital ou fonctionnel grave favorisé par cette pratique. Les articles du code du sport régissent les cas de demandes de certificats médicaux. *Articles L. 231-2 à L. 231-3 du code du sport*
	PARTICIPATION AUX COMPÉTITIONS SPORTIVES ORGANISÉES PAR LES FÉDÉRATIONS SPORTIVES • Licenciés pour la même discipline ou activité sportive • Licenciés dans une autre discipline ou activité sportive, ou non licenciés	Pas de certificat médical si production de la licence	Certificat médical datant de moins d'un an	
	LICENCES SPORTIVES NE PERMETTANT PAS LA PARTICIPATION AUX COMPÉTITIONS • 1ère demande de licence • Renouvellement d'une licence		Certificat médical datant de moins d'un an	Concernant les renouvellements d'une licence non compétitive : la fréquence du renouvellement du certificat médical est définie par chaque fédération sportive.
AUTRES CAS	Le recours au certificat médical ne devrait être réservé qu'aux seuls cas prévus par les textes.			

Focus sur les médecins qui évaluent le dommage corporel

Un nouveau rapport du Dr Jacqueline Rossant-Lumbroso, conseillère nationale de l'Ordre, porte sur l'expertise médicale en évaluation du dommage corporel. Le domaine pénal est exclu de cette analyse, qui détaille trois catégories de médecins concernés par cette expertise.

L'objectif de l'expertise médicale en évaluation du dommage corporel est de déterminer, chez une victime, les séquelles imputables à un fait générateur de dommage corporel quel qu'il soit. Pour exercer ce rôle, le médecin doit connaître parfaitement les règles du raisonnement médico-légal, les différentes procédures et le cadre juridique d'intervention (pénal, civil, administratif, CRCI, contractuel, droit de la CPAM…). Il s'agit donc d'un exercice spécialisé.

1. L'expert judiciaire

C'est le seul qui puisse se prévaloir du titre d'« expert ». L'expert judiciaire exerce la médecine et réalise de temps en temps des expertises judiciaires. En général, il exerce l'activité d'expertise de manière occasionnelle.

› Comment devient-on expert judiciaire ?

Les critères d'inscription sur la liste des experts judiciaires ont été précisés par le décret n° 2004-1463 du 23 décembre 2004. Le médecin intéressé doit faire une demande au procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel il exerce son activité professionnelle ou a sa résidence. S'il est retenu, le médecin est inscrit sur la liste pour une durée de trois ans, après avoir prêté serment. Il doit pendant ce temps faire une formation continue dans le domaine médico-légal, qui conditionne sa réinscription, valable pour cinq ans.

› Quelles sont les compétences attendues d'un expert judiciaire ?

- une compétence dans son domaine de spécialité ;
- la parfaite connaissance des règles de l'évaluation médico-légale, et en particulier des critères d'imputabilité ;
- le respect du principe du contradictoire ;
- la possibilité de faire appel éventuellement à un confrère spécialiste dans un domaine donné pour un avis technique (sapiteur) ;
- une organisation permettant des conditions d'accueil et de réalisation de l'expertise optimales, qui donneront à la victime la certitude d'avoir été entendue et comprise, quelles que soient les conclusions ;
- la rédaction d'un rapport clair, précis, argumenté, répondant précisément aux questions de la mission et uniquement à ces questions, ainsi qu'aux dires des parties.

Le code de déontologie médicale traite spécifiquement de cet exercice dans ses articles 105 à 108 (articles R. 4127-105 à R. 4127-108 du code de la santé publique.)

› Quel est le rôle de l'expert judiciaire ?

Son action doit permettre l'indemnisation d'un dommage corporel par le magistrat, qui va établir et chiffrer la totalité des préjudices au vu du rapport d'expertise.

Son rôle est de fournir une réponse argumentée sur le plan médico-légal, qui éclairera le juge. Celui-ci n'est cependant pas tenu par l'avis de l'expert.

suite page 19 › › ›

• Les « experts en accidents médicaux »

▸ Ils interviennent dans le cadre des dossiers de responsabilité médicale, la liste en est établie par la CNAMed (Commission nationale des accidents médicaux), créée par la loi du 4 mars 2002. Ils sont missionnés par les présidents de Commission régionale de conciliation et d'indemnisation (CRCI). Ils ont le même rôle que les experts judiciaires, et sont généralement aussi inscrits sur les listes d'experts près les cours d'appel.

• Les « experts dans le cadre du code de la sécurité sociale »

▸ Ils réalisent par exemple les expertises L. 141-1. Ces médecins sont inscrits sur une liste spécifique, annexée à la liste des experts près les cours d'appel. Ils sont souvent inscrits aussi dans une autre rubrique de la liste selon leur spécialité. Ces expertises n'obéissent pas aux mêmes règles (principe du contradictoire, délai de remise du rapport, honoraires d'expert…).

Focus sur les médecins qui évaluent le dommage corporel

Il intervient sur mission d'un magistrat. Cette mission est précisée dans la décision du juge qui ordonne la mesure d'instruction. Elle comporte des questions précises et doit être exécutée selon des règles de procédure définies.
Au cours de l'expertise, l'expert doit prendre connaissance des documents fournis, voire du dossier médical, entendre la victime, son exposé des faits et ses doléances, l'examiner, écouter les parties, les arguments des différents médecins conseils et y répondre précisément.
Il doit permettre et faciliter le contradictoire, pour donner finalement un avis technique qui apporte une réponse précise aux questions posées.

› Quelle est la rémunération d'un expert judiciaire ?

En matière civile, c'est le demandeur de l'expertise (la victime ou une assurance) qui consigne les honoraires d'expert, même s'il peut en être remboursé ultérieurement par le responsable du dommage (sauf prise en charge au titre de l'aide juridictionnelle).

Trois médecins, une même déontologie

Bien que leurs missions soient très différentes, ces trois catégories de médecins sont soumises au respect du code de déontologie médicale dont ils doivent respecter tous les articles, et en particulier les articles 105 à 108, qui traitent de la médecine d'expertise et s'appliquent entre autres à l'évaluation du dommage corporel.
Le conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) recommande que les fonctions d'expert judiciaire soient incompatibles avec celles de médecin-conseil d'assurance.

▸ **1.** Respect du secret professionnel, général et absolu.

▸ **2.** La compétence est une obligation déontologique, qui s'applique bien évidemment ici. Le Cnom demande que l'expert judiciaire ou le médecin-conseil d'assurance reste dans le domaine de sa qualification.

▸ **3.** Le respect du contradictoire est également fondamental dans le domaine de l'évaluation du dommage corporel.
En matière judiciaire, lors de la constitution du dossier, le respect du contradictoire impose que les différentes pièces du dossier soient intégralement communiquées à toutes les parties par les avocats. La remise du dossier ne peut se faire qu'avec l'accord du patient, et non à son insu. Au cours de la réunion expertale contradictoire, en présence des parties et de leurs conseils, là encore l'échange d'informations doit se faire dans le respect du secret. L'examen médical s'effectue habituellement en présence des seuls médecins, avec l'accord du blessé.
La victime peut demander que seul l'expert soit présent ou, a contrario, demander la présence de son avocat ou de la personne de son choix.
En fin de réunion se tient en général la discussion, qui doit bien sûr se tenir en présence de toutes les parties, qui ont le droit d'y assister. Il ne doit pas y avoir de discussion en l'absence d'une des parties.
En fin de réunion, tous les participants doivent quitter ensemble le cabinet de l'expert, sans qu'il y ait le moindre aparté.
En matière amiable, les règles sont évidemment les mêmes. L'aspect contradictoire ne peut pas vraiment être respecté si la victime n'est pas assistée par un médecin-conseil spécialisé.

▸ **4.** L'indépendance de l'expert est la condition indispensable de son impartialité.
L'expert judiciaire doit être indépendant, et il est recommandé qu'il déclare ses éventuels liens d'intérêts.
Les médecins conseils sont des assistants techniques, chargés de défendre la position de la partie qu'ils assistent dans une discussion technique. Ils ne sont pas mandataires de cette partie et leurs dires doivent être présentés ou contresignés par l'avocat ou le mandant. Le médecin-conseil d'assurance, formé et missionné par les compagnies d'assurances, doit veiller à ce que son indépendance soir préservée. Pour autant, il doit bien entendu conserver son intégrité et son objectivité scientifique et technique.
Le médecin-conseil de victimes agit pour le blessé, comme un médecin traitant, en quelque sorte, et doit tenir compte des seuls intérêts du patient (article 46).
Pour autant, il doit bien évidemment rester totalement clair, loyal, intègre et indépendant.

▸ **5.** Enfin, le respect dû à la personne s'impose à tous, et ces médecins, même s'il ne leur est pas demandé de soigner, ne doivent pas l'oublier.

2. Le médecin-conseil d'assurances

Il pratique des évaluations du dommage corporel de manière principale et parfois exclusive. Il est missionné par une (ou plusieurs) compagnie(s) d'assurances ou organismes indemnisateurs. Il intervient soit comme médecin-conseil principal pour évaluer la totalité du dommage pour le régleur de l'assurance, soit comme assistant technique de l'assurance lors d'une expertise judiciaire.

› Comment devient-on médecin-conseil d'assurances ?

Il existe des listes de médecins tenues par les compagnies d'assurances. Périodiquement révisées, ces listes ne comportent en général que des praticiens rompus à la pratique de l'expertise amiable et diplômés du CAPEDOC (diplôme délivré par les assureurs). Ces médecins sont formés en réparation juridique du dommage corporel par un DU ou un DIU, puis par le diplôme spécifique obligatoire (le CAPEDOC). Il existe des formations continues délivrées par les associations de médecins d'assurances (FFAMCE).

› Comment est rémunéré le médecin-conseil d'assurances ?

Il est rémunéré par la compagnie d'assurance qui le missionne. À noter que la plupart des médecins-conseils d'assurance travaillent avec plusieurs compagnies, qui ont d'ailleurs des accords entre elles. Il peut en résulter un conflit d'intérêts entre le médecin et les compagnies qui le missionnent régulièrement.

› Quel est le rôle du médecin-conseil d'assurances ?

La finalité de son action est de permettre l'indemnisation d'un dommage corporel par une assurance. Son rôle est de convoquer une victime, de prendre connaissance des documents qu'elle présente, d'écouter et de noter ses doléances, de l'examiner, de rédiger un rapport comportant une discussion médico-légale, avec les conclusions qui en découlent.

L'activité du médecin-conseil d'assurance est précisément détaillée, et il doit suivre des règles de bonne pratique établies par les compagnies d'assurances, avec contrôle de qualité régulier.

Dans certains cas, il a une discussion avec le médecin accompagnant la victime et, selon le cadre amiable contradictoire ou amiable simple, il est tenu ou non de tenir compte de son avis.

3. Le médecin-conseil de blessés ou médecin de recours

C'est un médecin qui a choisi de travailler pour les victimes, cet engagement étant de préférence exclusif. Il a un rôle fondamentalement différent de celui de ses confrères.

Son action est fondée sur 2 principes essentiels :

1) la charge de la preuve incombe à la victime et le médecin doit l'aider à constituer son dossier médical. Cette intervention préalable à l'expertise est essentielle ;

2) le principe du contradictoire justifie la présence d'un médecin-conseil de victime auprès de chaque victime.

Il est choisi librement par la victime. Celle-ci charge de sa défense un médecin-conseil auquel elle fait confiance, lui raconte son vécu traumatique, lui expose sa situation, se confie à ce médecin.

› Comment devient-on médecin de recours ou conseil de blessés ?

Il est formé en réparation juridique du dommage corporel par un DU ou un DIU. La formation continue est assurée par les associations de médecins conseils de victimes, dont l'Anameva, la presse spécialisée et les congrès de droit médical.

› Quel est le rôle du médecin de recours ou conseil de blessés ?

Sa mission est d'aider le blessé à obtenir la plus juste évaluation de son dommage corporel :

- il doit recevoir et écouter la victime, lui préciser la réglementation et les lois, lui expliquer les étapes successives nécessaires à l'évaluation du dommage corporel.
- il a un rôle d'information et de conseil, de modérateur dans certains cas, il explique les difficultés éventuelles.
- ensuite, il doit constituer le dossier médico-légal probant, après avoir écouté, interrogé et examiné la victime :

• preuves des lésions,

suite page 20 › › ›

Focus sur les médecins qui évaluent le dommage corporel

• preuves des séquelles,
• recherche et démonstration de l'imputabilité des séquelles au fait dommageable ;
- il doit assister la victime lors des opérations d'expertise judiciaire ou amiable, présenter le dossier structuré et complet, discuter avec ses confrères, défendre tous les postes de préjudice ;
- enfin, il doit rendre compte au blessé et, à sa demande, à ses mandants (avocats, etc.) des résultats des opérations expertales, en les commentant et les explicitant.
Tout au long de ces étapes, le médecin assistant technique de victime, doit faire preuve de compétence et d'expérience, avec indépendance professionnelle et rigueur.

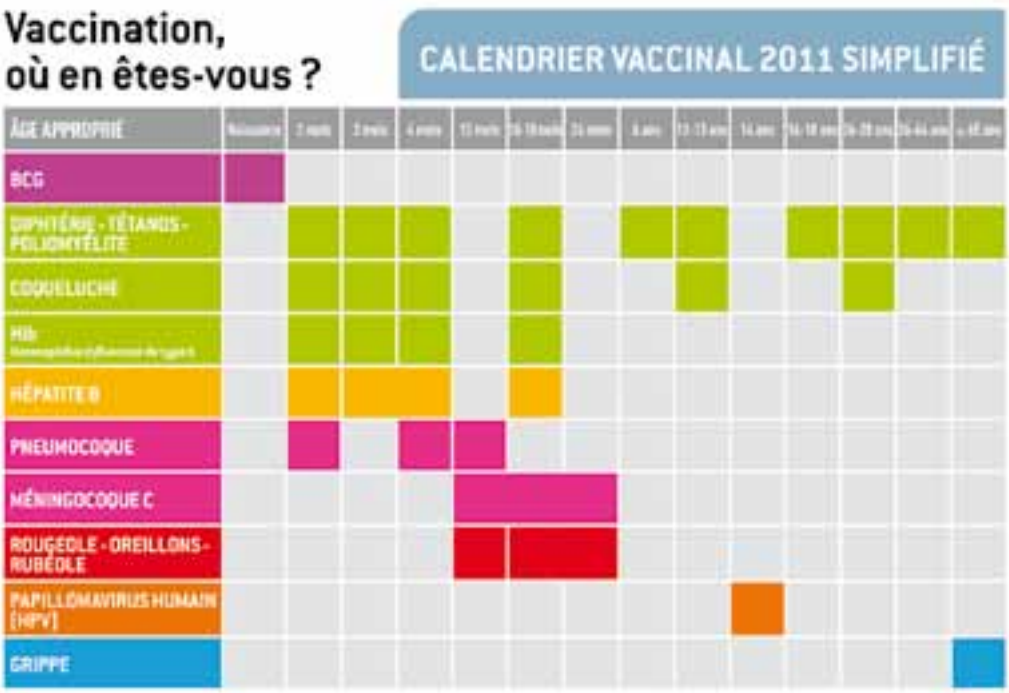
› Comment est rémunéré le médecin de recours ou conseil de blessés ?
C'est la victime qui règle ses honoraires. Le plus souvent, celle-ci peut en obtenir le remboursement au moment du règlement de son indemnisation.

Conclusion

Dans le domaine de l'évaluation du dommage corporel interviennent des médecins dont la formation est similaire, mais dont les missions et la pratique sont très différentes. Il est fondamental de les reconnaître, et le Cnom recommande que les listes concernant chacun de ces exercices lui soient communiquées. Les liens d'intérêts de chacun devraient être déclarés.

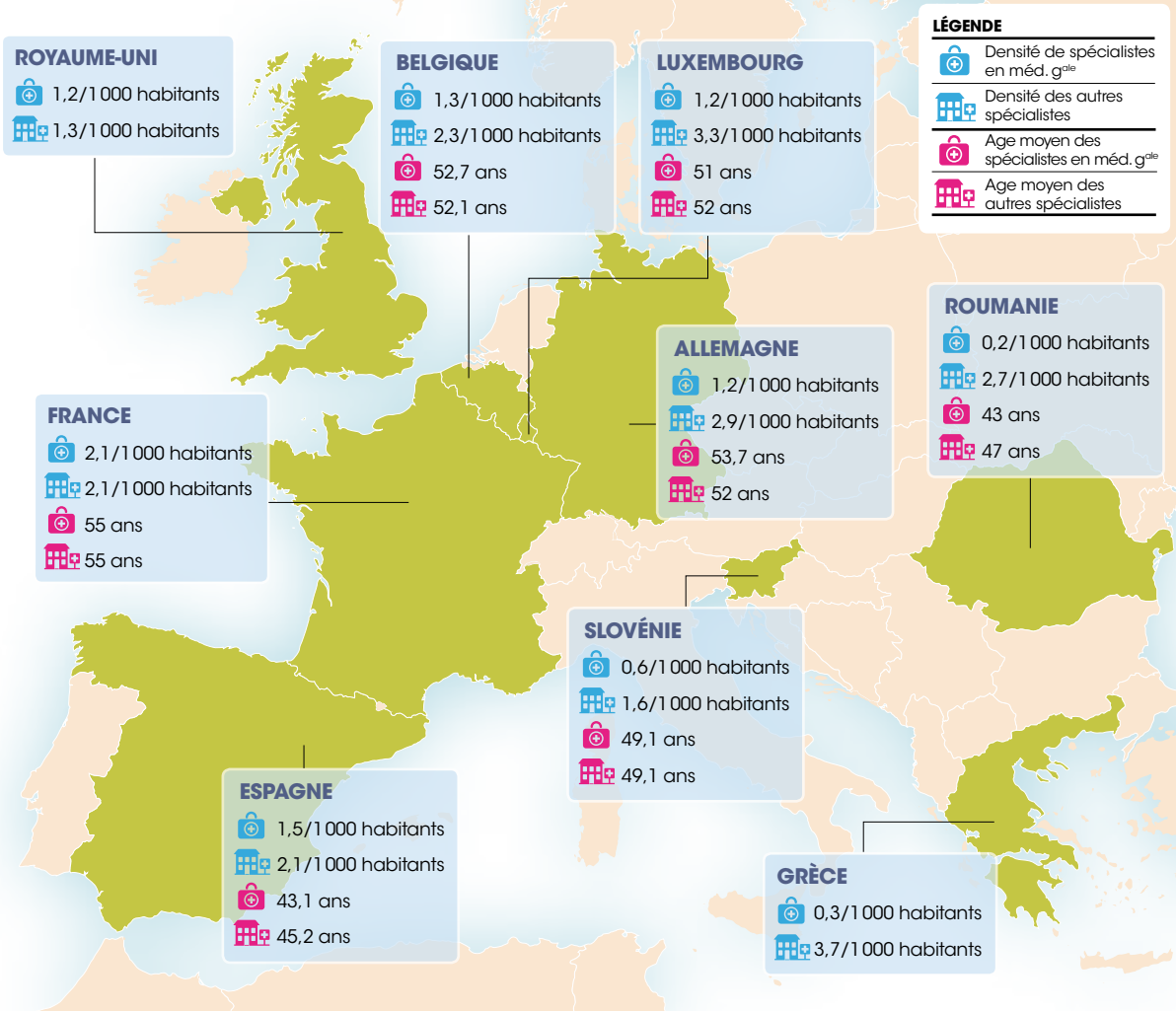
Le calendrier de vaccination 2011 simplifié

Pour acquérir une immunité de base, plusieurs injections sont souvent nécessaires (par exemple, trois injections à un mois d'intervalle avec rappel un an après). Ensuite, pour maintenir une protection suffisante et durable, l'immunité doit être entretenue par des rappels réguliers définis dans le calendrier vaccinal.



Tour d'horizon de la démographie médicale en Europe

Quels sont les chiffres de la démographie médicale en Europe ? Tel est l'objet de l'étude lancée par l'Observatoire européen de la démographie médicale. Ses premiers résultats ont été révélés lors de la dernière réunion plénière de la conférence européenne des Ordres des médecins. Illustration en image…



UN OBSERVATOIRE EUROPÉEN

L'Observatoire européen de la démographie médicale a été créé, début décembre 2010, à l'initiative du Dr Michel Legmann, président du conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) et du Dr Patrick Romestaing, président de la section Santé publique et Démographie médicale du Cnom. Animé par le Dr Patrick Romestaing, son comité de pilotage est composé des Ordres des médecins de Belgique, de Slovénie et de Roumanie, de l'Union européenne des médecins spécialistes et de la Fédération européenne des médecins salariés.

Texte : Nathalie Da Cruz

Face aux dérives sectaires, l'union fait la force

Prise en charge du cancer ou des enfants hyperactifs, approches psychologisantes… Les mouvements sectaires étendent leur emprise sur le domaine de la santé. Face à des organisations puissantes et procédurières, des actions partenariales s'imposent. L'Ordre, qui a demandé l'année dernière à chaque conseil départemental de désigner un référent, travaille en étroite collaboration avec la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les sectes (Miviludes).

« Confrontés à des effets secondaires pénibles ou à des douleurs rebelles, les malades du cancer constituent une cible de choix. Le désarroi de parents d'enfants autistes, hyperactifs ou confrontés à des retards ou à des inadaptations au milieu scolaire est aussi un bon "terrain" pour certaines organisations sans scrupule. »

© Thinkstock

Le drame de l'Ordre du Temple solaire est resté dans toutes les mémoires : entre 1994 et 1997, 74 personnes tombées sous l'emprise de ce mouvement ont péri en France, en Suisse et au Canada. C'est à ce moment-là que le gouvernement a créé une mission dédiée à la lutte anti-sectaire. Aujourd'hui appelée Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les sectes (Miviludes), elle note une montée en puissance des signalements dans le domaine de la santé. Confrontés à des effets secondaires pénibles ou à des douleurs rebelles, les malades du cancer constituent une cible de choix. Le désarroi de parents d'enfants autistes, hyperactifs ou confrontés à des retards ou à des inadaptations au milieu scolaire est aussi un bon « terrain » pour certaines organisations sans scrupule.

Grandes organisations et groupuscules

Si les grands groupes sectaires demeurent influents, la lutte constante des pouvoirs publics, depuis quelques années, a fini par les affaiblir quelque peu : on songe à l'Église de scientologie et aux Témoins de Jéhovah. Mais, en marge de ces grandes organisations connues, émerge une myriade de groupuscules, qui savent habilement bouger ou changer de nom lorsqu'ils sont repérés par les

© DR

POINT DE VUE de l'Ordre

« Au moindre doute, alertez votre conseil départemental »

Dr Patrick Romestaing, président de la section Santé publique et Démographie médicale du Cnom

Si des médecins ont des interrogations à l'égard d'un patient en difficulté, qui veut arrêter les thérapeutiques classiques ou qui suit des thérapeutiques non conventionnelles exclusives, leur rôle est d'abord d'être auprès de cette personne, de lui expliquer les risques de son attitude, même si chacun est libre de ses choix. Un enfant qui n'a eu aucune vaccination depuis sa naissance pose aussi question. Il faut maintenir le contact avec ces personnes, qui sont parfois isolées, coupées de leur entourage, dans le droit fil de la stratégie des mouvements sectaires… Face à ces différents types de situations douteuses, les médecins doivent sans hésiter alerter leur conseil départemental. Chacun d'eux dispose maintenant d'un référent « dérives sectaires ». Celui-ci se rapproche de la Miviludes et du Cnom. La section Santé publique et Démographie dispose en effet d'une vue d'ensemble du territoire ; ainsi, nous avons pu constater des actions de la Fédération de médecine chinoise dans toute la France, que nous avons signalées à la Miviludes. Mais les groupes sectaires ont une force juridique et un côté habile, changeant : ils déménagent, changent de nom… Aussi avons-nous intérêt à diffuser les informations, à travailler en partenariat pour s'adjoindre les conseils d'experts de la Miviludes, qui peuvent relayer et appuyer nos signalements. Se rapprocher des ADFI (ou de l'UNADFI) est également bénéfique. Les référents « dérives sectaires » des conseils départementaux sont aussi vivement incités à participer aux réunions organisées régulièrement par le préfet de département, une à deux fois par an en règle générale, sur le thème des dérives sectaires. Y sont conviés le procureur de la République et des représentants de l'Éducation Nationale, de la formation professionnelle, de l'Agence régionale de santé… Le monde médical y a toute sa place.

pouvoirs publics. La vigilance est plus que jamais de mise.
Pour autant, « *il ne s'agit pas de faire le procès des autres thérapeutiques ou de moyens alternatifs mais, dans une préoccupation de santé publique, il faut faire en sorte de ne pas couper des moyens traditionnels un individu pris en charge par une équipe de professionnels compétents*, insiste le Dr Patrick Romestaing, président de la section Santé publique du Cnom. *Dans une vie en communauté, des problèmes de santé peuvent être induits chez les membres du groupe car sont créées volontairement des situations de carences alimentaires, de carences de sommeil, qui sont des façons d'asservir l'individu.* » L'Union nationale de défense des familles et de l'individu victimes de sectes (Unadfi) cite ainsi, sur son site Internet, le cas d'une jeune femme de 20 ans atteinte d'un cancer qui, en 2010, est décédée à la suite d'une randonnée effectuée en jeûnant, sur les conseils d'un guérisseur. Attention aussi aux méthodes psychologisantes. La prise en charge psychologique dans le domaine du bien-être et du développement personnel est particulièrement concernée. Certains mouvements ont des pouvoirs de nuisance insoupçonnables, telle la vogue des « faux souvenirs induits » :

EN CHIFFRES

600

c'est le nombre de **mouvements sectaires** aujourd'hui, qui était de 173 environ en 1995, selon l'Unadfi.

Initiative

Parents, patients, professionnels : **la Miviludes sensibilise sur tous les fronts**

Un sondage réalisé par l'Institut IPSOS en septembre 2010 révèle que 25 % des Français ont été déjà été personnellement contactés par une secte, et 20 % connaissent dans leur entourage des personnes victimes de sectes. C'est dire si le phénomène est loin d'être anecdotique. La Miviludes reçoit environ 2000 requêtes par an. Les dérives sectaires dans le domaine de la santé représentent 22 % des activités de la Mission, suivies par les dérives concernant les mineurs (17 %) et le domaine de la formation professionnelle (17 %). Dans son rapport annuel pour 2010, la Miviludes consacre un long chapitre aux dérives thérapeutiques et sectaires visant les malades souffrant de cancer. Outre une liste de mouvements actifs dans ce secteur, le rapport annuel présente les différents chefs de poursuites possibles : exercice illégal de la médecine ou de la pharmacie, escroquerie, risques causés à autrui, atteinte à l'intégrité physique de la personne, abus de faiblesse…
En juin 2011, une affiche et un dépliant destinés aux malades du cancer ont été réalisés par la Mission avec plusieurs partenaires, dont le Cnom et l'Institut national du cancer (Inca). Ces documents, incitant les patients à faire preuve de prudence à l'égard de traitements présentés comme miraculeux, ont été diffusés dans tous les établissements de santé disposant d'un service de traitement du cancer. Les

cabinets libéraux peuvent se les procurer auprès de l'Inca. Actuellement, la Mission travaille à la rédaction d'un guide destiné aux praticiens de la santé, pour les aider à identifier les pratiques douteuses et à agir utilement en cas de doute. Ce document, qui paraîtra au premier trimestre 2012, est réalisé en partenariat avec le Cnom, qui siège au conseil d'orientation de la Miviludes et participe à toutes ses réunions.

« Certains mouvements ont des pouvoirs de nuisance insoupçonnables, telle la vogue des "faux souvenirs induits" »

© Thinkstock

Un diplôme universitaire

Autre action de la Miviludes : la mise en place d'un diplôme universitaire (DU) « Emprise sectaire et processus de vulnérabilité » à l'université Paris V-René-Descartes, au sein du laboratoire d'éthique médicale et de médecine légale du Pr Christian Hervé. Ce diplôme master interdisciplinaire, de 3e cycle, s'adresse à tous les médecins, mais aussi aux avocats, magistrats, experts médicaux, policiers… La formation se déroule sur 144 heures, du 8 décembre 2011 au 7 juillet 2012.

+ POUR EN SAVOIR PLUS :

• Sur les documents visant les malades atteints de cancers : www.e-cancer.fr tél. 01 41 10 50 00
• Sur le DU : www.scfc.parisdescartes.fr/index.php/descartes/formations/biomedicale/du-emprise-sectaire-processus-de-vulnerabilite-et-enjeux-ethiques

« Collaborer avec les ADFI pour améliorer la prévention »

Catherine Picard, présidente de l'Union nationale de défense des familles et de l'individu victimes de sectes (Unadfi)

témoignage

Très souvent, les conseils départementaux de l'Ordre des médecins qui ont des doutes face à des pratiques non conventionnelles contactent l'ADFI locale. Plus le champ des partenariats sera ouvert, plus les actions de prévention des dérives sectaires seront efficaces. Fréquemment, on manque de preuves. Dans les ADFI, nous recueillons des témoignages ; en effet, notre travail d'accueil et d'écoute des victimes a notamment pour objectif de les amener à écrire un témoignage. Ce sont des éléments importants pour étayer un dossier. Nous avons aussi un fonds documentaire important et pouvons fournir des monographies sur des mouvements sectaires. Plus les affaires sont étudiées en amont, avec la police, l'Ordre des médecins, avec des témoignages de médecins pouvant attester de faits, plus la procédure judiciaire aura des chances d'aboutir.

© Thinkstock

« Il est fréquent que l'emprise sectaire brise des familles, conduise au divorce ou à la spirale du surendettement »

de pseudo-thérapeutes finissent par convaincre des patients qu'ils ont refoulé les souvenirs d'abus sexuels dont ils auraient été victimes pendant leur enfance, conduisant à de fausses accusations et à des ruptures familiales injustifiées. Plus généralement, il est fréquent que l'emprise sectaire brise des familles, conduise au divorce ou à la spirale du surendettement.

La nécessité d'interventions conjointes

Il y a un an, fin 2010, l'Ordre a décidé de formaliser son action en demandant à chaque conseil départemental de désigner un référent « dérives sectaires ». Tous les référents ont été invités au Cnom, à Paris, le 21 septembre 2011, pour un colloque sur ce sujet, auquel ont participé Hervé Machi, secrétaire général de la Miviludes, Catherine Picard, présidente de l'Unadfi (voir son témoignage p. 25) et Catherine Katz, magistrate, ancienne secrétaire générale de la Miviludes. 78 conseils départementaux ont participé, sur 103 au total. Un constat largement partagé : police et justice réagissent peu aux courriers envoyés par les médecins, l'exercice illégal de la médecine étant difficile à expertiser. « *À l'issue des actions qu'il mène, l'Ordre est souvent déçu et perd toute motivation, eu égard au niveau de condamnation assez faible qui frappe les personnes que nous essayons de poursuivre* », commente le Dr Romestaing. Il faut rappeler que les mouvements sectaires sont puissants juridiquement et assez procéduriers ; aussi faut-il être prudent dans les attaques menées. « *Les conseils départementaux de l'Ordre sont prêts à agir, mais leurs actions juridiques doivent être sécurisées,* commente Hervé Machi. *Par exemple, refuser d'inscrire un médecin au tableau sur la seule base de ses opinions religieuses ou prétendues telles, c'est illégal et cela peut être annulé par un tribunal administratif. Il faut montrer concrètement en quoi le contenu de ses convictions peut interférer gravement avec l'exercice de sa profession (par exemple, refus de la transfusion sanguine, refus des internements psychiatriques…).* »

Agir en partenariat s'avère indispensable, en premier lieu pour bénéficier de conseils d'experts juridiques. Les interventions menées conjointement par le conseil départemental, la section Santé publique du Cnom et la Miviludes ont plus de chances d'aboutir. Organisation placée sous l'autorité du Premier ministre, la Miviludes ne dispose certes pas de pouvoir d'enquête. Mais elle coordonne différents acteurs – police, justice, Éducation nationale, etc. – et peut accélérer le traitement de dossiers. Depuis la réunion du 21 septembre dernier, la Mission reçoit une dizaine de signalements quotidiens provenant de conseils départementaux : preuve qu'il existe un réel besoin d'information et d'action sur le terrain.

Bon à savoir

- Miviludes : www.miviludes.gouv.fr
Pour signaler un événement ou poser une question : mail à miviludes@miviludespm.gouv.fr ou courrier postal à Monsieur le secrétaire général – Miviludes – 13, rue Vanneau – 75007 Paris
- Site de l'Unadfi, qui regroupe les coordonnées de toutes les antennes locales : www.unadfi.org

POINT DE VUE extérieur

© Ministère de la Justice

« On constate de plus en plus de dérives sectaires dans le domaine de la santé »

Hervé Machi, secrétaire général de la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (Miviludes)

interview

Quel est le rôle de la Miviludes ?

Hervé Machi: Créée en 1996, la Mission interministérielle est devenue, en 2002, la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (Miviludes). Ce service, qui emploie une vingtaine de personnes, dépend directement du Premier ministre. Il a trois missions principales : l'information du public sur le phénomène sectaire qu'il est chargé d'observer ; la formation des agents publics sur ce thème ; et enfin la coordination de l'action répressive et préventive des pouvoirs publics. La Miviludes n'a pas de pouvoir propre d'enquête, mais elle coordonne l'action entre police, justice, Éducation nationale, services de contrôle du travail, monde médical… Quand nous effectuons un signalement à une Agence régionale de santé (ARS) sur un pseudo-thérapeute aux pratiques douteuses, cela a davantage de poids que si un médecin saisit seul l'Agence.

La santé est-elle un champ important de dérives sectaires ?

H. M.: Elle représente près de 25 % de l'ensemble des signalements qui nous sont adressés. Ce pourcentage est en augmentation constante. Avec le développement d'Internet, le phénomène connaît une recrudescence depuis les années 2000. Nous observons une multiplication du nombre de pseudo-thérapeutes qui parviennent à mettre des malades sous emprise mentale avec la promesse de remèdes miracles, forcément très chers, entraînant une rupture avec le traitement conventionnel. Ce sont pour nous des « dérapeutes », des charlatans de la médecine. Parfois, certains sont même médecins de formation et de pratique : ils n'hésitent pas alors à se faire radier de l'Ordre pour pouvoir « exercer » sans risquer de subir des sanctions ordinales. Ce faisant, ils restent toutefois passibles de poursuites pénales pour exercice illégal de la médecine, escroquerie, blessures, voire homicides involontaires… On compte une dizaine de cas de ce type.

Comment passe-t-on de la dérive thérapeutique à la dérive sectaire ?

H. M.: Arguant de l'inutilité des traitements conventionnels, notamment dans le cas de maladies graves comme le cancer, le « dérapeute » va demander au patient d'avoir toute confiance en lui et de n'écouter que ses recommandations, car lui seul détient la méthode apte à le guérir. Tous ceux qui se mettent en travers de son chemin sont accusés soit de retarder la guérison, soit même d'être à l'origine de la maladie ; d'où la rupture du patient avec ses proches et ses amis. Isolé, il se retrouve plus facilement sous la coupe de son « praticien », qui va alors lui proposer des ouvrages, des stages, des retraites dans des établissements de soins, à l'étranger le plus souvent, voire l'orienter vers d'autres praticiens déviants. Le processus d'emprise mentale est destiné à ôter toute capacité de discernement au malade et à l'amener à prendre des décisions qu'il n'aurait pas prises normalement. Le but est bien sûr de le dépouiller de son argent en utilisant la détresse de la maladie et l'espoir de trouver une réponse alternative à la souffrance. Nous avons beaucoup de cas de malades qui se sont retrouvés ruinés, coupés de leur famille, et qui sont finalement décédés dans des conditions humainement terribles.

> « Ce sont pour nous des dérapeutes, des charlatans de la médecine »

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
ou contact@cn.medecin.fr

MÉDECIN ET MALADE…

Suite au dossier qui a été publié dans le dernier bulletin du Conseil de l'Ordre, j'aimerais témoigner de mon expérience en tant que malade.

J'ai suivi le protocole de dépistage systématique du cancer du sein proposé par la Sécurité sociale et ai donc pris rendez-vous dans une clinique privée car les délais de rendez-vous étaient les moins longs.

J'ai fait la mammographie. Puis j'ai vu arriver un radiologue qui m'a annoncé qu'il devait faire tout de suite une échographie. Il a fait son examen et m'a demandé de revenir une semaine plus tard pour une biopsie, sans autre mot. J'étais sidérée.

Entre-temps, je suis allée voir mon médecin traitant et ai pris rendez-vous avec un chirurgien du CHU. Puis, j'ai eu la mammographie, l'échographie, la biopsie avec anatomopathologie, la radiologie de guidage préopératoire, la chirurgie avec résultat anapath et le compte rendu opératoire, et enfin la consultation d'annonce du cancer en service de radiothérapie! Déjà, le titre du service vous dit long sur la pathologie que vous avez.

Là, j'ai pu m'exprimer avec des professionnels qui m'ont donné beaucoup de renseignements. Ils n'ont d'ailleurs su qu'ultérieurement que j'étais pédiatre.

J'ai donc finalement eu ma consultation d'annonce, une consultation très bien faite, dans un CHU, par des professionnels, mais un peu tardivement, puisque deux mois après le diagnostic. Deux mois pendant lesquels j'ai cheminé seule ou presque. Pendant ce temps, il a fallu que je rassure ma famille et ce n'était pas le plus simple!

Je pense qu'il faut intégrer dans toutes les formations autour de ces consultations d'annonce tout le personnel travaillant dans les dépistages et en particulier les radiologues des cliniques privées qui participent au dépistage organisé.

Personnellement, il aurait suffi d'un sourire, d'une discussion de 5 minutes, d'un coup de fil ensemble au médecin traitant… Cela aurait fait passer la pilule plus facilement, comme on dit.

Il n'est pas facile de changer les habitudes mais les choses évoluent.

Dr A. D.

Dossier 22

Annonce d'une maladie grave:
les mots pour le dire

Depuis le premier Plan cancer, la « consultation d'annonce » a progressé dans les établissements hospitaliers. Mais elle n'est pas appliquée partout et certaines pratiques manquent de délicatesse persistent. Comment améliorer le dispositif d'annonce et l'étendre à d'autres maladies graves que le cancer? C'est sur ce thème qu'a planché le conseil national de l'Ordre des médecins, lors de son séminaire annuel et d'un débat organisé en présence de personnalités reconnues, avec la participation d'un représentant d'associations d'usagers.

Réclamée dès 1998 par les patients lors des États généraux de la santé, la « consultation d'annonce » voit le jour avec le premier Plan cancer (2003-2007). L'objectif: prévoir un accompagnement adapté lorsqu'un médecin informe un patient qu'il est atteint d'un cancer. Auparavant, trop de dérives avaient été signalées par les malades, qui brocardaient une annonce faite entre deux portes, dans un couloir d'hôpital, les laissant à la fois sidérés par l'information et démunis face aux interrogations sur leur avenir…

Depuis, de nombreux établissements hospitaliers ont mis en œuvre la « consultation d'annonce » : un temps dédié, qui permet de répondre aux questions du patient, de reformuler le diagnostic, d'expliquer le déroulement des traitements à venir, ces temps seront parfois réalisés avec l'intervention d'un infirmier. Mais, sept ans après la promulgation du Plan cancer, cette démarche fait encore défaut dans certains établissements, et des comportements manquant de délicatesse demeurent. De plus, d'autres champs thérapeutiques pourraient bénéficier de cette démarche. C'est pourquoi le conseil national de l'Ordre des médecins a choisi de plancher sur l'amélioration du dispositif d'annonce dans plusieurs domaines: cancers, neurologie et maladies

POINT DE VUE de l'Ordre

« Ramener plus d'humain dans le dispositif d'annonce »

Dr Michel Legmann, président du Cnom

Pour cette année 2011, consacrée aux patients et à leurs droits, le Cnom a souhaité concentrer ses travaux autour de la formalisation d'un "dispositif d'annonce". J'ai été confronté professionnellement, en tant que médecin, mais aussi personnellement, à l'annonce d'une maladie lourde faite à un patient ou à un proche. Les témoignages de patients nous révèlent que les médecins ne savent pas nécessairement comment se comporter. Certaines annonces peuvent encore être faites de façon trop brutale, parfois entre deux portes ou par téléphone… Or c'est en rendant plus supportables les souffrances physique et morale du patient que l'on peut contribuer à améliorer la qualité de son accompagnement par les médecins et par ses proches. Dans les faits, l'annonce ne se limite pas à une consultation, elle doit comprendre une phase de préparation, une phase de prise en charge mais aussi une phase de suivi sur le long terme. C'est pourquoi le médecin traitant doit avoir une position centrale au sein de ce dispositif. Par ailleurs, le dispositif d'annonce doit inclure des dimensions éthiques, déontologiques et émotionnelles importantes. Il nous semble indispensable de pouvoir acheminer plus d'humain dans le rôle du médecin et de montrer aux praticiens que, dans la démarche délicate de l'annonce d'un diagnostic grave, leur responsabilité est non seulement juridique mais aussi et surtout humaine. Il faut former en particulier les jeunes médecins à cela, et intégrer cette dimension dans le compagnonnage qui, seul permet, au-delà de l'apprentissage d'un savoir-faire, l'acquisition d'un "savoir-être". Par ailleurs, le Cnom réfléchit à l'idée incontournable jouée par la personne de confiance au sein du dispositif d'annonce. Nous initions actuellement un travail d'adaptation du dernier alinéa de l'article 35 du code de déontologie, afin d'y préciser la place de la personne de confiance.

« Le discours à tenir ne se décrète pas: certains patients exigeront froidement un pronostic, quand d'autres ne le voudront pas. »

médecins n° 19 septembre - octobre 2011

LA NÉCESSITÉ DU COMPAGNONNAGE

Getty Images

J'ai lu avec intérêt dans votre magazine de septembre-octobre des détails utiles sur l'assouplissement de la consultation d'annonce, que j'ai toujours refusé d'appliquer de manière rigide. Je suis tout à fait d'accord avec la nécessité du compagnonnage, à l'hôpital, mais aussi en ville. Après mon clinicat, je croyais que je connaissais bien ma spécialité. En fait, il me restait beaucoup à apprendre et j'ai eu la chance d'avoir un associé qui s'en est chargé. Or, actuellement, il n'est pas possible de transmettre ses connaissances à un interne. Ceux-ci sont, paraît-il, trop nécessaires au fonctionnement des services. C'est bien dommage pour tout le monde : pour le médecin qui ne peut transmettre son savoir-faire accumulé, et pour les internes.

Dr B.M. (16)

L'ESPOIR… EN FIN DE VIE?

La lecture de votre dossier consacré à « l'annonce d'une maladie grave » me conduit à faire un commentaire qui concerne particulièrement le contexte des soins palliatifs.

1. Lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle, le délicat dosage de l'information à délivrer est bien résumé par un aphorisme de Bernard Hœrni qu'on peut rappeler ici : « *Que faut-il dire au patient ? Il faut le lui demander !* » Cela donne toute son importance à un dialogue progressif dans lequel le médecin pourra, à la fois, mesurer le besoin de savoir du patient et délivrer une information sur mesure.

2. En Fin de vie, la question de l'Information est forcément liée à celle de l'espoir.

– L'espoir est nécessaire à la vie psychique, notamment en situation difficile. C'est une fenêtre ouverte sur la vie, seul lieu de passage de l'élan vital. Du début à la fin de sa maladie, c'est le bien le plus précieux du patient. Il le sait d'ailleurs si bien, même inconsciemment, que la nécessité de l'entretenir l'amène parfois à éviter ou à refouler une information qui pourrait le mettre en danger.

– Mais de quoi l'espoir peut-il se nourrir en phase palliative ? Sauf cas particuliers, l'espoir naît d'objectifs précis, réalistes ou symboliques, qui vont faire repère et appui pour l'élan vital. Reste à savoir quels objectifs peuvent être défendus dans un cadre de fin de vie…

Lorsque l'espoir initial de guérir s'évanouit, le patient, guidé par cette nécessité d'espérer, partira de lui-même en quête d'objectifs-relais, certes moins ambitieux mais essentiels tout de même. Comme médecins, c'est à nous de l'aider dans cette recherche. Bien que ces objectifs relèvent principalement de l'intime, on constate souvent des étapes communes : espoir d'une rémission prolongée, puis d'atteindre une échéance familiale, puis du soulagement d'un symptôme pénible, puis de ne pas souffrir, puis… que les enfants s'en sortent bien.

Ce decrescendo, qui caractérise le processus de deuil, montre que l'espoir n'est pas quantitatif, mais qualitatif. Une lucarne peut suffire, pourvu qu'elle soit ouverte.

– C'est dans ce contexte que doit être gérée la procédure d'annonce.

Toute la difficulté, pour le médecin, tient à tenir les deux bouts de la chaîne : celui de l'information et celui de l'espoir. Heureusement, c'est un travail partagé avec le patient, qui est le seul à pouvoir fixer, même inconsciemment, l'équilibre entre information recevable et espoir entretenu.

Annoncer une mauvaise nouvelle ? Le patient, quelque part, sait comment faire ! Encore faut-il le suivre…

Dr Bertrand You,
ancien responsable de l'unité mobile de soins palliatifs du CHU de Nancy

Texte : Cécile Couturier

Association pour la lutte contre le psoriasis

Mieux faire connaître le psoriasis

2 à 3 millions de personnes
souffrent de psoriasis en France. On estime que 10 à 30 % d'entre elles ont une atteinte des articulations (rhumatisme psoriasique). Ces formes articulaires peuvent être graves, destructrices et aboutir à une invalidité permanente.

11% des personnes atteintes de psoriasis
souffrent de dépression (contre 2,6 % dans la population générale). Les études montrent que les malades souffrent d'un handicap physique et psychologique équivalent à celui de patients atteints de cancers, d'hypertension, de maladies cardiaques ou de diabète.

1983
C'est l'année de création de l'Association pour la lutte contre le psoriasis (APLCP) par Michèle Corvest. Atteinte de psoriasis depuis l'âge de 10 ans, elle réalise qu'elle connaît mal les mécanismes de la maladie et les différentes thérapies, et décide de tout faire pour informer et conseiller les patients.

Le psoriasis est une maladie inflammatoire chronique de la peau. Elle peut se déclencher après un choc émotionnel, un vaccin, une angine à streptocoques pour les enfants, mais peut aussi frapper sans raison. Elle se manifeste par une inflammation de la peau qui rougit, connaît un renouvellement cellulaire trop rapide, et se couvre de squames.
La forme plus fréquente est le psoriasis en plaques, qui se caractérise par des plaques rouges bien limitées, épaisses, recouvertes de squames blanchâtres. L'inflammation peut toucher le cuir chevelu, les coudes, la région lombaire, les plis du corps (aines, aisselles, etc.), les paumes des mains, les plantes de pied, le visage… Elle peut aussi, dans sa forme la plus rare, toucher toute la surface du corps. Irritante, voire douloureuse, cette maladie peut, outre son aspect inesthétique, représenter un réel handicap. Certains malades sont en effet atteints de rhumatisme psoriasique, qui provoque une destruction articulaire irréversible. Si le psoriasis ne se guérit pas, il se soigne et les traitements sont nombreux : corticoïdes, photothérapie, systémiques… Les biothérapies, des médicaments produits par le génie génétique, suscitent un réel espoir pour les patients.

+ D'INFOS :

- **APLCP : 53, rue Compans, 75019 PARIS**
Tél. : 01 42 39 02 55
Mail : information@aplcp.org
Site Internet : www.aplcp.org
- **Resopso, un réseau de dermatologues qui s'intéressent au psoriasis :**
http://resopso.fr

©DR

“Sensibiliser grand public et professionnels”

Dalila Sid-Mohand,
chargée de projets et de communication de l'Association pour la lutte contre le psoriasis.

interview

Quelles sont les missions de l'APLCP ?
Notre objectif premier est de soutenir et informer les patients. Nous les renseignons sur la maladie, les traitements, les orientons vers les professionnels adaptés, et les écoutons. En effet, le psoriasis est une maladie chronique. Les patients vivent parfois très mal leur maladie et peuvent être victimes de discriminations. C'est pourquoi nous nous efforçons aussi de sensibiliser le grand public : mieux faire connaître le psoriasis, rappeler qu'il n'est pas contagieux, et que ce n'est pas un trouble lié aux nerfs ou au stress. Enfin, nous menons une action auprès des politiques pour faire reconnaître le psoriasis comme une maladie à part entière, afin d'améliorer les parcours de soin et la prise en charge.

Quelles actions menez-vous auprès des professionnels de santé ?
Nous informons les médecins généralistes, pharmaciens, infirmières… sur le psoriasis et ses traitements, car nous constatons un déficit de connaissances sur le sujet.
De plus, ils n'ont pas toujours conscience de l'impact négatif de la maladie sur la vie des malades et de leur entourage. Nous favorisons également le travail en réseau, afin d'améliorer le parcours de soin des patients.

Une construction de la clinique

Le sous-titre de cet ouvrage, « Le savoir médical au XVIIIe siècle » donne toute la mesure du bouleversement de notre profession sous la conjonction de multiples facteurs : le français remplaçant le latin dans les écrits médicaux, les progrès des techniques chirurgicales et de la pensée médicale, la vérification anatomique systématique, et enfin, le remplacement des religieux par des laïcs dans la direction et le fonctionnement des hôpitaux. Cette construction de la clinique a pour cadre l'hôpital de la Charité, à Paris, rue des Saints-Pères, l'ancêtre de l'hôpital Broussais. Il deviendra célèbre deux siècles plus tard par son service de chirurgie cardiaque, où sera réalisée la première greffe cardiaque ayant survécu plusieurs semaines. Ce volume d'histoire de la médecine est le fruit du travail remarquable de notre confrère historien et représente une somme considérable de nos connaissances de cette époque. Sa lecture est vivement recommandée à tous nos lecteurs intéressés par l'histoire de la médecine.

Maurice Hadara

Une construction de la clinique, le savoir médical au XVIIIe siècle, **de Jacques Bescond, éd. L'Harmattan, 534 pages, 45,50 euros.**

Guide de l'aidant familial

Ce guide est destiné à « aider les aidants » qui se consacrent à un proche dépendant, en leur fournissant des informations pratiques qui faciliteront leur action au quotidien. Simple et concret dans son approche, il réunit tous les renseignements sur les droits des aidants et de leur proche dépendant, tout en présentant les coordonnées des organismes auxquels chacun peut s'adresser. Le guide propose également un exemple de « carnet de l'aidant », ce journal que tout aidant doit tenir à jour pour organiser ses activités et son temps auprès de la personne âgée ou handicapée dont il s'occupe. Enfin, il apporte à l'aidant tous les éléments nécessaires afin de pouvoir valoriser professionnellement les années passées auprès d'un proche.

Guide de l'aidant familial (3e édition 2011), **La Documentation française, ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 8 euros.**

Juste après dresseuse d'ours

« Petite, je voulais faire dresseuse d'ours. Et puis ça m'a passé et j'ai fait docteur. Généraliste remplaçante. Mais quand même, depuis douze ans (entre la fac, l'hôpital et le cabinet), j'ai eu le temps de voir un paquet de choses absurdes… » Ce livre fourmille d'anecdotes, formulées sur un ton humoristique, décalé et décapant. Pour lecteurs avertis seulement ! Un blog http://www.jaddo.fr accompagne la sortie du livre pour prolonger la lecture.

Juste après dresseuse d'ours. Les histoires brutes et non romancées d'une jeune médecin généraliste, **de Jaddo, éd. Fleuve Noir (octobre 2011)**

Qu'est-ce que l'humain ?

Qu'est-ce que l'humain ? Ou comment deux savants assez philosophes et un philosophe assez savant reviennent sur la distinction classique entre nature et culture. Notre tradition culturelle posait une barrière quasiment étanche entre l'animal et l'humain. Nous savons aujourd'hui que nous partageons avec nos cousins les plus récents l'immense majorité de notre matériel génétique. Les réponses de chercheurs issus de trois disciplines : la neurobiologie, la paléoanthropologie et la philosophie.

Qu'est-ce que l'humain ?, **de Pascal Picq, Michel Serres, Jean-Didier Vincent, éd. Universcience (Paris, 2010)**

Qu'est-ce que mourir ?

Qu'est-ce que mourir ? Comment la biologie et la médecine contemporaines définissent-elles la mort ? Les travaux sur le « suicide cellulaire » doivent-ils nous conduire à voir la mort comme étant indispensable à la vie ? Sur quels fondements la définition médicale de la mort repose-t-elle ? Comment aborder la fin de vie, rendre accessibles les soins palliatifs ? Où en sommes-nous avec la mort, ses représentations et ses rites ? À la lumière de la biologie, de la philosophie, de la science des religions, de l'histoire, sept chercheurs interrogent la question du « mourir ».

Qu'est-ce que mourir, **de Jean-Claude Ameisen, Danièle Hervieu-Léger et Emmanuel Hirsch, éd. Universcience (Paris, 2010)**

Texte : Cécile Couturier

« Mon ambition est de contribuer au bon fonctionnement de l'hôpital »

Pr Olivier Claris,

pédiatre, néonatalogue, président de la commission médicale d'établissement (CME) des Hospices civils de Lyon

©DR

PARCOURS

1958
Naissance à Lyon

1975
Études de médecine à Lyon

1981
Interne aux Hospices civils de Lyon (HCL)

1987
Nommé chef de clinique aux HCL, université Claude-Bernard-Lyon I, hôpital Édouard-Herriot

1991
Nommé praticien hospitalier aux HCL, hôpital Édouard-Herriot

1997
Nommé chef de service

témoignage

Je suis président de la CME depuis deux ans et viens d'être réélu à cette fonction pour un nouveau mandat de quatre ans. La CME représente les médecins de la communauté hospitalière et a un rôle important : elle contribue à la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et à l'élaboration de projets ayant trait à l'accueil des patients. En somme, elle participe à toutes les grandes décisions concernant la vie de l'hôpital. Sur certains sujets, comme le rapport annuel d'activité ou la politique de recrutement des emplois médicaux, elle est simplement informée. Mais sur d'autres, elle est consultée et amenée à voter : projet médical d'établissement, règlement intérieur, investissement pour les équipements médicaux, plan de développement professionnel continu… La loi HPST de 2009 est venue modifier les missions de la CME, qui était auparavant davantage consultée. Mais de mon point de vue, cela ne change pas grand-chose et je considère que les médecins ont encore un vrai rôle.

En tant que président, je rencontre le directeur général de l'établissement et son équipe une fois par semaine, et autant de fois que nécessaire pour certains dossiers. Je suis aussi régulièrement contacté par des médecins qui demandent mon arbitrage pour des problèmes d'effectifs, d'équipement, de relations entre collègues, dans l'organisation de leurs services… Cette fonction me prend les trois quarts de mon temps. C'est un poste très lourd qui exige de sacrifier un certain nombre de choses. L'activité recherche, par exemple : je consacre beaucoup moins de temps à mes travaux sur la croissance de l'enfant prématuré et le développement cérébral. De même, j'ai dû abandonner une partie de mon activité de soin auprès des nouveau-nés. Cela me manque, car la pédiatrie est mon métier principal, mais je suis aussi passionné par mes missions de président de CME. C'est important pour moi de m'impliquer dans la vie de l'institution, pour essayer de comprendre ce qui se passe dans l'hôpital et de contribuer à son bon fonctionnement.