



Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins

➤ Dossier p. 22

LAÏCITÉ :

comment concilier pratique
médicale et religion ?



➤ L'essentiel
**La messagerie
sécurisée MSSanté
en 6 questions** p. 6

➤ Réflexion
**Restructurations
hospitalières :
quel bilan ?** p. 10

➤ **Le trombinoscope
du conseil national
de l'Ordre** p. 13

médecins n° 31

Sept. 2013

**POUR RECEVOIR
NOTRE NEWSLETTER**

<http://www.conseil-national.medecin.fr>

➤ **L'essentiel** | 04

- Réseaux de soins mutualistes : des avancées
- La messagerie sécurisée MSSanté en 6 questions

➤ **Sur le terrain** | 08

Seine-Maritime : des téléconsultations en psychiatrie

➤ **Réflexion** | 10

Restructurations hospitalières : quel bilan ?

➤ **Ailleurs** | 21

Le CICR et l'Association médicale mondiale, ensemble pour des soins plus sûrs

➤ **La voix des associations** | 28

Autisme France : la France doit rattraper son retard

➤ **Culture médicale** | 30

La sélection du mois

➤ **À vous la parole** | 32

D^r Frédéric Bismut, conseiller médical au pôle santé du Défenseur des droits

➤ **Dossier** | 22

Laïcité : comment concilier pratique médicale et religion ?



©23 paucées

En médecine de ville comme à l'hôpital, les praticiens sont régulièrement confrontés à des situations incompatibles avec le respect du principe de laïcité. Ils peuvent se trouver démunis, malgré l'existence de règles qu'il convient de rappeler.



➤ **Le trombinoscope du conseil national de l'Ordre des médecins** | 13

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



D^r Patrick Bouet,
président du conseil
national de l'Ordre
des médecins

Ayez confiance en vous !

J'ai été élu fin juin à la présidence de l'Ordre national des médecins avec une ambition forte : redonner espoir et confiance aux médecins. Le temps est venu d'un changement, d'une nouvelle approche pour redonner sa vraie place au métier de médecin. Aujourd'hui, nos confrères sont en souffrance, quel que soit leur mode d'exercice. Hospitaliers, libéraux, salariés... tous nous disent leur difficulté à exercer dans une société qui remet en cause leur compétence et leur indépendance. Les médecins sont trop souvent l'objet d'anathème...

Il faut que cela cesse ! Médecins et professionnels de santé en général sont d'abord une chance pour la France. Ils sont parmi les premiers producteurs de richesse de notre pays : richesse économique, humaine mais aussi sociale... Les pouvoirs publics et la société dans son ensemble doivent en prendre conscience.

L'une des priorités de ma mandature sera de travailler à la revalorisation de l'image de notre profession. Nous souhaitons redonner du sens à la confiance naturelle que les patients doivent avoir en leur médecin.

Dans les prochaines semaines, l'institution ordinaire dévoilera sa feuille de route, à l'issue d'un séminaire de concertation programmé en septembre. Nous y détaillerons cette ambition.

Beaucoup d'entre vous savent déjà que l'Ordre des médecins est à leurs côtés, qu'il joue un rôle de conseil et de soutien, au quotidien, au niveau départemental, régional et national. L'Ordre des médecins est au service des médecins, dans l'intérêt des patients : nous voulons le faire savoir haut et fort.

+ D'INFOS



Sur www.conseil-national.medecin.fr
retrouvez le D^r Bouet en vidéo

médecins

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : D^r Walter Vorhauer - ORDRE DES MÉDECINS, 180, bd Haussmann, 75389 Paris Cedex 08. Tél. : 01 53 89 32 00.

E-mail : conseil-national@cn.medecin.fr - RÉDACTEUR EN CHEF : D^r Patrick Romestaing - COORDINATION : Évelyne Acchiardi

- CONCEPTION ET RÉALISATION : CITIZENPRESS 48, rue Vivienne, 75002 Paris - RESPONSABLE D'ÉDITION : Claire Peltier - DIRECTION ARTISTIQUE :

Marie-Laure Noël - SECRÉTARIAT DE RÉDACTION : Alexandra Roy - FABRICATION : Sylvie Esquer - COUVERTURE : Phanie - IMPRESSION : Imprimerie Vincent

- Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs - DÉPÔT LÉGAL : à parution - n° 16758 - ISSN : 1967-2845.



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

Réseaux de soins mutualistes : des avancées

Le Sénat a adopté, le 24 juillet dernier, la proposition de loi relative au fonctionnement des réseaux de soins créés par les mutuelles. Ces

évolutions répondent en partie aux demandes formulées par le D^r Patrick Bouet, président du conseil national de l'Ordre des médecins, qui exigeait que soient garantis le libre choix des patients et l'indépendance professionnelle des médecins. Le Sénat a introduit certaines modifications :

- les conventions sont ouvertes à tous les médecins qui souhaitent y adhérer ;
- il n'y a pas de différence dans la prise en charge entre praticiens selon qu'ils ont, ou non, conclu une convention avec un organisme de protection sociale complémentaire.



© BURGER/PHANIE

Néanmoins, l'Ordre des médecins restera vigilant jusqu'à l'adoption définitive du texte et veillera ensuite à ce que les conventions proposées aux praticiens respectent la loi et la déontologie médicale.

Le Sénat a adopté, en première lecture, la proposition de loi déposée par l'Assemblée nationale pour autoriser la mise en place par les mutuelles de réseaux de soins pour l'optique et le dentaire. Le texte a été transmis à l'Assemblée nationale.

+ D'INFOS

www.conseil-national.medecin.fr/article/proposition-de-loi-visant-permettre-aux-mutuelles-de-mettre-en-place-des-reseaux-de-soins-des-avance-1342

Directives anticipées : le rôle du médecin

Les médecins ont un rôle éminent à jouer pour aider les patients à connaître leurs droits et les inciter à préparer leurs futures décisions de santé.

- Les patients ont le droit de rédiger des directives anticipées pour le cas où ils seraient un jour hors d'état d'exprimer leur volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment. (article L. 1111-11 du code de la santé publique).
- Les patients ont aussi le droit de désigner une personne de confiance pour les accompagner dans leurs démarches de santé.

Le conseil national de l'Ordre des médecins a réalisé une affiche qui peut être diffusée dans tous les lieux de soins pour faciliter le dialogue sur ce sujet.

+ D'INFOS



Pour télécharger cette affiche :
www.conseil-national.medecin.fr/soigner-un-patient-en-fin-de-vie-1253

Pour en commander un ou plusieurs exemplaires :
Evelyne Acchiardi, tél. 01 53 89 32 80.

Pour lire le numéro spécial du Bulletin de l'Ordre des médecins consacré à la fin de vie :
www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_bulletin/MEDECINS_Special_fin_de_vie_2013.pdf



Agenda 15-16 NOVEMBRE

6^e congrès européen de L'Antel (association nationale de télé-médecine) Eurosites George V, Paris avec la participation du D^r Jacques Lucas.



ELECTIONS

Le D^r Bruno KEZACHIAN est le conseiller national élu lors de l'élection complémentaire du 19 septembre 2013 pour la région Languedoc-Roussillon.

La recherche sur l'embryon autorisée sous conditions

La loi n° 2013-715 du 6 août 2013 autorise la recherche sur l'embryon et les cellules souches embryonnaires, mais cette autorisation est assortie de certaines conditions. Le texte précise notamment qu'« *une recherche ne peut être menée qu'à partir d'embryons conçus in vitro dans le cadre d'une assistance médicale à la procréation et qui ne font plus l'objet d'un projet parental* ». Le consentement écrit préalable du couple dont les embryons sont issus, ou du membre survivant de ce

couple, est requis, après un délai de réflexion de trois mois. L'Agence de la biomédecine autorise les protocoles de recherche. Sa décision est transmise aux ministres de la Santé et de la Recherche. Enfin, « *les embryons sur lesquels une recherche a été conduite ne peuvent être transférés à des fins de gestation* ».

+ D'INFOS

Lire le texte de loi paru au Journal officiel : www.legifrance.gouv.fr



© BURGER/FRANIE



Relations médecins-industrie : publication des avantages

La réglementation a prévu qu'au plus tard le 1^{er} octobre 2013 les entreprises des secteurs sanitaire et cosmétique, les entreprises qui leur sont associées et le conseil national de l'Ordre des médecins publient sur leur site Internet les informations relatives aux conventions conclues et aux avantages procurés aux médecins, étudiants en médecine et associations de médecins au cours de l'année 2012 et du premier semestre 2013. Soyez vigilant sur l'exactitude des données fournies par les entreprises et n'hésitez pas, le cas échéant, à exercer votre droit de rectification.

La messagerie sécurisée

MSSanté en 6 questions

MSSanté est un système de messagerie sécurisée mis en place par les pouvoirs publics, avec le concours du conseil national de l'Ordre des médecins et avec le soutien de tous les Ordres des professions de santé, pour toutes les professions de santé. Il leur permet d'intégrer progressivement dans leurs pratiques l'utilisation de la messagerie électronique, avec les outils de leur choix, en toute sécurité et conformément à la réglementation en vigueur. L'Asip Santé est chargée de sa mise en œuvre. Le point sur ce dispositif en 6 questions.

1. Le service de messagerie sécurisée MSSanté est-il obligatoire ?

Non, l'utilisation d'une messagerie professionnelle MSSanté n'est pas obligatoire. Mais, comme les données de santé à caractère personnel sont des données sensibles et protégées par la loi, leur circulation et leur stockage sont strictement encadrés, par la loi et la déontologie. Tout

professionnel de santé est tenu de respecter les mesures réglementaires d'identification et de sécurité pour l'échange et l'hébergement de ces données. Le système de messagerie professionnelle MSSanté permet de respecter ces obligations.

2. Qui peut l'utiliser ?

Ce service est strictement dédié aux professionnels de santé. Qu'ils exercent en

ville ou à l'hôpital. Pour cela, chaque professionnel de santé doit être impérativement enregistré auprès de son Ordre professionnel ou, le cas échéant, d'une autre autorité d'enregistrement dans le RPPS.

3. Est-ce que les secrétaires ou autres collaborateurs peuvent l'utiliser ?

Oui, sous la responsabilité du professionnel de santé ou de l'établissement de santé qui les emploie, dans le respect des exigences de sécurité et de confidentialité prévues par les textes en vigueur. Ces secrétaires ou autres collaborateurs sont soumis au secret professionnel.

4. Est-ce que les travailleurs sociaux et les professionnels médico-sociaux peuvent l'utiliser ?

L'accès aux données de santé à caractère personnel, strictement encadré par l'article L. 1110-4 du code de la santé publique, est actuellement réservé aux professionnels de santé. Néanmoins et pour tenir compte des besoins de prise en charge coordonnée, la loi prévoit, avant une extension éventuelle, la mise en place d'une expérimentation concernant

4. BONNES RAISONS D'INTÉGRER LE SYSTÈME MSSANTÉ :

- 1 **Trouver simplement mes correspondants dans un annuaire national commun.** Toutes les professions de santé s'y trouvent. Rechercher mes confrères avec des critères multiples partout sur le territoire, en ville comme à l'hôpital, devient possible.
- 2 **Recevoir automatiquement les données de santé de mes patients dans mon outil métier** (comptes rendus hospitaliers, de biologie, de radiologie, etc.) et économiser ainsi du temps de réception du courrier papier, de scan ou de recherche de documents, etc.
- 3 **Prévenir, informer ou alerter mes confrères et partenaires,** simplement et naturellement, y compris ceux qui sont en visite, sur leur téléphone mobile ou leur tablette.
- 4 **Protéger les données de mes patients et protéger ainsi ma responsabilité professionnelle :** il est possible en cas de litige de retracer les échanges.



Enregistrez-vous

► www.mssante.fr



Consultez

► la rubrique **e-santé du conseil national de l'ordre des médecins**: www.conseil-national.medecin.fr

► la rubrique **MSSanté** sur esante.gouv.fr

les personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA). Cette expérimentation permettra de tester dans quelques bassins de vie et dans un cadre légal des échanges entre professionnels de santé et professions du domaine médico-social à partir du dernier trimestre 2013.

5. Une messagerie MSSanté permet-elle l'envoi d'informations à des patients ?

Non, les messageries sécurisées MSSanté sont réservées

aux échanges sécurisés entre professionnels de santé. Les échanges de mails avec les patients constituent un autre sujet.

6. L'e-mail a-t-il une valeur probante ?

Un des objectifs associés au déploiement des messageries sécurisées est bien de favoriser la dématérialisation des échanges de données de santé. La signature au sein du système MSSanté est « présumée fiable » en raison :

• de l'utilisation d'un annuaire certifié ;

• d'une authentification forte ;
• de l'intégrité des échanges.
En cas de litige, le juge établirait l'imputabilité des messages à leur auteur sur la base ce faisceau d'arguments. En conséquence, tout professionnel de santé qui souhaiterait ne plus recevoir par voie papier des documents reçus par voie électronique dans le cadre du système MSSanté doit porter cette information à la connaissance des autres utilisateurs du système en cochant la case prévue à cet effet dans l'annuaire MSSanté.

POINT DE VUE

de l'Ordre



“ Harmoniser la collecte et le partage des données de santé ”

Dr Jacques Lucas,
vice-président du Cnom, chargé des systèmes d'information en santé

« Le conseil national de l'Ordre des médecins [Cnom] soutient la mise en œuvre de cet espace sécurisé de messageries en santé. Il constate avec satisfaction que la solution retenue par les pouvoirs publics est la poursuite du dispositif de messagerie que le Cnom avait initié dès 2010. Le nommage @medecin.mss.fr sera donc proposé aux médecins et selon un principe identique, à tous les professionnels de santé qui constituent l'équipe de soins. Le Cnom est favorable à ce que les professionnels du secteur médico-social puissent être associés à ce projet. Il plaide pour une évolution de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique afin d'harmoniser les règles en

vigueur pour la collecte et le partage des données de santé informatisées, entre les sphères sanitaire, sociale et médico-sociale. La loi de financement de la sécurité sociale 2013 autorise d'ailleurs, à titre dérogatoire, l'échange de données de santé à caractère personnel par des non professionnels de santé dans le cadre de l'expérimentation PAERPA [personnes âgées en risque de perte d'autonomie]. Un décret en conseil d'État doit fixer la liste des professionnels concernés et les informations susceptibles d'être échangées en fonction de chaque profil. Ce système de messagerie sécurisée en santé s'appuie sur l'édition d'un annuaire

répertoriant les professionnels de santé, libéraux et hospitaliers. Cet annuaire est alimenté par les données du Répertoire partagé des professionnels de santé [RPPS] dont les Ordres sont les autorités d'enregistrement. Même si le déploiement de la messagerie sécurisée peut paraître long aux professionnels de terrain, l'enjeu de la dématérialisation est réel pour le secteur de la santé, comme le Cnom l'a affirmé en 2010 dans son Livre blanc sur la dématérialisation des documents médicaux. Le déploiement de MSSanté contribue au développement des usages de l'e-santé au service de la coordination et de la qualité des soins. »



» Seine-Maritime

Des téléconsultations en psychiatrie

La Seine-Maritime compte deux fois moins de psychiatres que la moyenne nationale. Un dispositif de téléconsultation en psychiatrie gériatrique, coordonné par le centre hospitalier du Rouvray, tente de pallier ce déficit. Une initiative encore rare en France.

Assis face à un grand écran de télévision, le Dr Sadeq Haouzir, psychiatre, procède au tout dernier réglage de la caméra. « *Vous m'entendez bien ?* » s'assure le praticien, s'adressant à Albert, 92 ans, résident de la maison de retraite de la Fondation Beauvils, à Forges-les-Eaux. Soit à une cinquantaine de kilomètres de là...

Cette scène cathodique se répète plusieurs fois par semaine au centre hospitalier du Rouvray de Sotteville-lès-Rouen (Seine-Maritime). En 2007, l'établissement répond en effet à un appel à projets lancé par l'Agence régionale de santé de Haute-Normandie pour l'expérimentation d'un dispositif de télé médecine appliqué aux consultations de psychiatrie. « *À cette époque, je réalisais environ 100 consultations extérieures par an, et je passais un tiers de mon temps dans ma voiture* », se souvient le Dr Haouzir. Six ans plus tard, il en assure une centaine... par mois, à distance. « *Un gain de temps médical inestimable* », souligne-t-il aujourd'hui.

Le patient oublie la caméra

Concrètement, tous les patients ont été vus au préalable en face-à-face. « *Ils sont d'accord sur le principe de cette téléconsultation. Leur état est compatible avec cette technique, et ils sont systématiquement accompagnés par une infirmière, à moins qu'ils ne préfèrent être seuls. Ensuite, tout se déroule*

comme pour une consultation traditionnelle », précise Sadeq Haouzir. Si besoin, il rédige une ordonnance qu'il adresse à l'infirmière ou au médecin traitant. « *Les patients oublient rapidement la caméra et l'écran, et le dialogue s'installe comme si de rien n'était, tant qu'ils se sentent en confiance avec leur médecin* », témoigne le Dr Florence Gubin, médecin généraliste coordonnateur à la Fondation Beauvils, qui utilise le dispositif depuis quelques mois.

Accès aux soins

La téléconsultation améliore donc le recours aux soins psychiatriques pour les personnes âgées. Une alternative crédible à l'heure où les psychiatres manquent à l'appel en Haute-Normandie, avec seulement cinq spécialistes pour 100 000 habitants. Autre avantage : elle évite nombre de déplacements géographiques aux praticiens, mais aussi aux patients âgés et souvent fragiles. « *Bien sûr, nous préférons avoir le médecin dans nos locaux, mais c'est tout simplement impossible au regard du territoire couvert* », rappelle le Dr Florence Gubin.

Frilosité

En Seine-Maritime, le dispositif baptisé Tisse¹, porté par l'Agence régionale de santé, implique une dizaine de psychiatres, autant de gériatres et une dermatologue, exerçant dans sept établissements sanitaires. Ils sont reliés à 60 structures médico-sociales et plusieurs

L'Agence régionale de santé de Haute-Normandie coordonne un vaste programme de télé médecine, Tisse¹ (télépsychiatrie, télé gériatrie, télédermatologie...). Il existe aussi d'autres dispositifs de télé médecine dans la région pour la prise en charge de l'AVC la télésurveillance en périnatalité ou encore la télécardiologie...



services de soins de suite et de réadaptation. Une vingtaine d'autres sont sur les rangs pour rejoindre le projet dans les mois à venir. Malgré tout, force est de constater une certaine frilosité de la part des professionnels de santé. Par exemple, seulement six d'entre eux (sur une centaine) ont recours à cette nouvelle méthode au sein du centre hospitalier du Rouvray. En France, peu de régions se sont engagées dans ce sens. Le diffi-



Une dermatologue du CHU de Rouen teste aussi la téléconsultation depuis quelques semaines.



Au centre hospitalier du Rouvray, la téléconsultation est aussi en cours de développement dans la prise en charge des enfants atteints de troubles envahissants du développement hébergés dans des établissements médico-sociaux, ou encore dans certains cas de pédopsychiatrie (téléstaffs entre équipes).



cile accès au haut débit est un frein majeur dans une région victime de la fracture numérique. Le coût en est un autre. Tout comme les habitudes des médecins, certainement. Mais Sadeq Haouzir se montre optimiste : « *Tous ceux qui ont essayé la téléconsultation l'ont rapidement adoptée.* »

1. Pour « télémédecine en structure médico-sociale ».

“ Un progrès médical qui ne peut être ignoré ”

D^r Sadeq Haouzir,
psychiatre au CH du Rouvray,
responsable de la téléconsultation
en psychiatrie gériatrique en
Haute-Normandie.



Témoignage

« L'objectif de cette nouvelle méthode est principalement d'assurer un suivi et de faire des propositions thérapeutiques aux médecins coordonnateurs et médecins traitants, de donner une réponse rapide de conduite à tenir en cas d'urgence dans les Ehpad. Une large palette de symptômes peut être traitée à distance. Mais la téléconsultation ne se substitue pas à la visite du psychiatre, elle complète au contraire la prise en charge. C'est un bon moyen de s'affranchir des contraintes géographiques, d'étendre la couverture territoriale, et d'apporter une réponse à la désertification médicale.

C'est un progrès médical qui ne peut être ignoré par les praticiens. Quant aux patients, ils sont satisfaits de la souplesse et de la simplicité du dispositif. C'est une question d'habitude, pour eux comme pour nous. »



Restructurations hospitalières : quel bilan ?

Bouleversement pour les soignants, source d'enjeux politiques et économiques, les restructurations hospitalières sont menées avec plus ou moins de réussite et de cohérence. Regards croisés sur leurs raisons d'être et leurs effets.

Depuis les ordonnances d'avril 1996 et la mise en place des agences régionales de l'hospitalisation, les restructurations hospitalières se sont multipliées en France : fusions ou fermetures d'établissements, abandons d'activité, mutualisation de plateaux techniques, etc. Les lois successives, dont la loi dite HPST du 21 juillet 2009, encouragent les coopérations entre les secteurs public, privé non lucratif et privé libéral sous forme de CHT (communauté hospitalière de territoire) ou de GCS (groupe-ment de coopération sanitaire). Avec, pour double objectif, l'amé-

lioration de la qualité des soins et la diminution des dépenses en favorisant les regroupements d'ensembles hospitaliers parfois fragiles.

Pourtant, quelques années plus tard, le bilan est mitigé. En 2012, l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) a publié un bilan des fusions hospitalières dans le secteur public et montré qu'un « effort de réorganisation interne » est plus efficace qu'une opération difficile ou mal préparée. Au-delà d'un certain seuil, entre 600 et 900 lits de court séjour, « la grande taille présente pour un hôpital plus d'inconvénients que d'avantages ».

Dans son rapport public annuel 2013, la Cour des comptes pointe elle aussi d'importants dysfonctionnements dans les restructurations hospitalières, passe au crible trois projets en arbitrage depuis dix à vingt ans – hôpitaux de Perpignan (Pyrénées-Orientales), Nord-Deux-Sèvres (Deux-Sèvres) et Albertville-Moutiers (Savoie) – et préconise de faire passer les objectifs nationaux avant les intérêts locaux... Comment les intéressés perçoivent-ils cette réalité ?

EN CHIFFRES

-8 %

Entre 2003 et 2008, le nombre de cliniques privées a baissé de plus de 8 %, le nombre d'établissements publics de santé de 1,4 % (Igas, 2012).

554

Le nombre de maternités est passé de 1 369 sites en 1975 à 554 en 2008.



Dr Jean-François Cerfon

est anesthésiste-réanimateur au centre hospitalier général de Colmar, et conseiller national de l'Ordre pour la région Alsace.



Gérard Vincent

est délégué général de la Fédération hospitalière de France (FHF), qui représente les établissements publics sanitaires et médico-sociaux.



Dr Francis Fellingner,

conseiller général des établissements de santé (Igas), a été jusqu'en 2012 président de la Conférence des présidents de commission médicale d'établissement (CME) de centres hospitaliers.

Pourquoi la recomposition du paysage hospitalier suscite-t-elle autant de réticences ?

Dr Jean-François Cerfon :

Au fil des années, médecins et soignants se sont profondément investis dans le fonctionnement de leurs services. Les projets de restructuration sont ainsi vécus comme des contraintes d'ordre économique le plus souvent imposées par les tutelles, et de ce fait génératrices d'un sentiment d'ingratitude eu égard à la qualité de leurs prestations antérieures. D'où le nécessaire travail de communication de leurs promoteurs pour obtenir l'adhésion des équipes.

Dr Francis Fellingner :

Une fusion, une coopération, une construction ou l'abandon d'une activité impliquent un changement culturel pour les personnels, qui peinent à y donner un sens s'ils ne sont pas associés d'emblée à la réflexion. Pour les médecins, existe aussi la peur d'une remise en cause de leur statut en intégrant des équipes élargies. Un temps

d'appropriation, autour d'un projet médical, est indispensable; cela nécessite deux à cinq ans pour se concrétiser. Le rôle des ARS est fondamental dans la réussite.

Gérard Vincent : L'hôpital est un milieu complexe dont les acteurs – soignants, pouvoirs publics, élus... – ont souvent des intérêts divergents. Chaque restructuration a une dimension politique, comme on le voit pour l'Hôtel-Dieu à Paris : le ministère était d'accord avec l'AP-HP pour le transformer en centre de consultations à tarif opposable et ouvert 24 heures sur 24, mais le projet est finalement repoussé.

Les problématiques sont-elles les mêmes en obstétrique, en médecine ou dans les autres services ?

Dr F. Fellingner : La concentration des équipes et des plateaux techniques répond à plusieurs impératifs : le recentrage de l'hôpital sur ses missions premières, la recherche de qualité (effets de seuil d'activité) et l'adaptation à la démographie médicale. Les médecins sont

désormais sur-spécialisés. Quand trois spécialistes polyvalents constituaient une équipe de cardiologie il y a trente ans, il en faut dix aujourd'hui : pour la rythmologie, l'insuffisance cardiaque, etc. La concentration en cardiologie interventionnelle a abouti aux 150 centres actuels. En obstétrique, les praticiens ont poussé aux restructurations pour assurer la sécurité périnatale. En chirurgie, certains blocs ont une activité faible, et le travail de réorganisation est loin d'être achevé, d'autant que les modes de prise en charge évoluent très vite.

Dr J.-F. Cerfon : Les contraintes démographiques (pédiatrie, gynécologie, chirurgie, anesthésie) et la pression réglementaire (effet de seuil de 300 accouchements par an pour les maternités, équipes suffisamment étoffées pour la permanence des soins...) ont conduit à une logique de restructuration essentiellement basée sur les besoins de regroupements de services. Une réflexion sur l'extension à d'autres services spécialisés du



Restructurations hospitalières : quel bilan ?



Mis en place dans le cadre d'une restructuration, le projet de fermeture des urgences de l'Hôtel-Dieu (AP-HP) fait polémique : il suscite l'opposition d'une partie des soignants, mais il est soutenu par la commission médicale d'établissement.

►► modèle de la hiérarchisation des maternités en trois niveaux de compétence, mériterait d'être engagée à l'échelle régionale. Et l'amélioration des coopérations devrait pouvoir éviter des regroupements souvent plus lourds et plus coûteux à mettre en œuvre.

G. Vincent : En chirurgie, 100 ou 120 services sont appelés à disparaître en raison d'un manque d'activité et d'une pénurie de spécialistes. Mais la qualité des soins et leur accessibilité doivent rester des priorités. Fermer un petit service, s'il est performant, est très discutable. Attention également aux idées reçues. Fusionner des services d'urgence, que ce soit à Paris (Bichat et Beaujon) ou ailleurs, en pensant faire baisser leur fréquentation est une utopie.

Dans les services de médecine, où les pouvoirs publics évoquent un taux d'inadéquation (lits occupés de manière non pertinente, NDLR) de 20 %, le vrai problème est le manque de structures d'aval pouvant accueillir les patients. Ces lits, indispensables avec le vieillissement de la population, sont par ailleurs en nombre insuffisant pendant les épidémies hivernales.

Les restructurations sont-elles bénéfiques pour la qualité des soins et l'efficacité ?

G. Vincent : C'est bien leur objectif ! Dans le secteur public, les communautés hospitalières de territoire (CHT) basées sur un projet médical commun doivent permettre l'entraide entre les établissements et des gains de productivité. On peut regretter des lenteurs, mais il n'y a pas de solution miracle.

D^r J.-F. Cerfon : Les restructurations sont bien plus souvent initiées sous l'effet de contraintes budgétaires, réglementaires ou démographiques que dans l'objectif d'une amélioration de la qualité des soins, notion qui manque d'ailleurs de critères d'évaluation pertinents admis de tous. La difficulté consiste à trouver la taille optimale pour les équipes de soins, sans tomber dans le travers du « supermarché du soin » dans lequel les patients perdraient en qualité d'accueil et les soignants en motivation.

D^r F. Fellingier : Elles sont bénéfiques lorsqu'elles répondent à un besoin de santé publique et à un projet médical clair et réaliste. Parmi les réussites, on peut citer le partage de l'activité de psychiatrie entre le CHU de Grenoble et le CHS Alpes-Isère, dans le cadre d'une CHT. Les responsables de terrain sont co-porteurs du projet. De même, la fusion en

Alsace des hôpitaux d'Obernai et de Sélestat. Éloignés de 10 kilomètres, les deux sites ont été maintenus, l'un avec la maternité et la chirurgie, l'autre avec le développement d'une médecine de proximité et d'un réseau ville-hôpital : le projet était cohérent.

Faudrait-il clarifier une stratégie nationale des restructurations hospitalières ?

D^r F. Fellingier : Oui je le crois, en facilitant la réglementation relative aux directions communes d'établissement, notamment, et en s'aidant d'une cellule de suivi nationale apte à débloquent des dossiers épineux.

G. Vincent : Les territoires, tous différents, ne sauraient répondre à une stratégie unique. Chaque ARS doit prendre position en fonction de l'accessibilité et de la qualité des soins, et de la soutenabilité financière des projets.

D^r J.-F. Cerfon : Le principe général de la recomposition des établissements de soins relève de la politique nationale de santé élaborée par le ministère. En revanche pour son application pratique, le niveau de la région semble le plus pertinent afin de répondre au mieux aux besoins des différents territoires de santé, comme cela est prévu dans les SROS (schémas régionaux de l'organisation des soins).

LE TROMBINOSCOPE

DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS



ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre

LE BUREAU DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS



**D^r Patrick
BOUET**
Président



**D^r Walter
VORHAUER**
Secrétaire général



**D^r Pierre
JOUAN**
Trésorier



**D^r Jacques
LUCAS**
Vice-président



**D^r Patrick
ROMESTAING**
Vice-président



**D^r André
DESEUR**
Vice-président



**D^r Irène
KAHN-BENSAUDE**
Vice-présidente



**D^r Jean-Marie
FAROUDJA**
Président de la section
Éthique et déontologie



**D^r François
SIMON**
Président de la section
Exercice professionnel



**P^r Robert
NICODÈME**
Président de la section
Formation et
compétences médicales



**D^r Jean-François
RAULT**
Président de la section
Santé publique et
démographie médicale



**D^r Jackie
AHR**
Secrétaire général
adjoint



**D^r Bernard
LE DOUARIN**
Secrétaire général
adjoint



**D^r Pierre
MAURICE**
Secrétaire général
adjoint



**D^r François
WILMET**
Délégué général
aux relations internes



**D^r Xavier
DEAU**
Délégué général
aux affaires européennes
et internationales



Marcel POCHARD
Conseiller d'État. Il assiste le
Bureau avec voix délibérative
(article L. 4132-4 du code
de la santé publique)

Sont invités permanents du Bureau avec voix consultative :



**D^r André
RAYNAL**
Trésorier adjoint



**D^r François
ROUSSELOT**
Président de la
Commission Relations
médecins-industrie



**D^r Jean-Louis
BLANC**
Président de la
Commission nationale
du fonds d'harmonisation
et des charges



**Pr Bernard
GUERRIER**
Président de la
Commission des appels
de qualification



Pr Rolland PARC
Représentant de la Commission nationale
de l'internat et du post-internat (CNIPI)

**Est invité du
président**

LES CONSEILLERS NATIONAUX

(après le renouvellement par moitié du 13 juin 2013)

1 ALSACE

D^r Jean-François CERFON

D^r Gérard ICHERTZ

2 AQUITAINE

D^r Jean-Marie FAROUDJA

D^r Jean-Marcel MOURGUES

3 AUVERGNE

D^r André RAYNAL

4 BOURGOGNE

D^r Jean-François GERARD-VARET

5 BRETAGNE

D^r Jean-Pierre GICQUEL

D^r François SIMON

6 CHAMPAGNE-ARDENNE

D^r Jackie AHR

7 CENTRE

D^r Jean COTINEAU

D^r Pierrick CRESSARD

8 CORSE

D^r Napoléon LEOPOLDI

9 FRANCHE-COMTÉ

D^r Virginio ELLENA

10 LANGUEDOC-ROUSSILLON

D^r Bernard GUERRIER

D^r Bruno KEZACHIAN

11 LIMOUSIN

D^r François ROUSSELOT

12 LORRAINE

D^r Xavier DEAU

D^r Gilles MUNIER

13 MIDI-PYRÉNÉES

P^r Robert NICODÈME

P^r Stéphane OUSTRIC

14 NORD-PAS-DE-CALAIS

D^r Jean-François RAULT

D^r Françoise STOVEN

15 BASSE-NORMANDIE

D^r Jean-Yves BUREAU

16 HAUTE-NORMANDIE

D^r Jean-Marc BRASSEUR

17 PAYS DE LA LOIRE

D^r Jacques LUCAS

D^r François WILMET

18 PICARDIE

D^r Walter VORHAUER

19 POITOU-CHARENTES

D^r François ARNAULT

20 PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

D^r Bernard ARBOMONT

D^r Pierre JOUAN

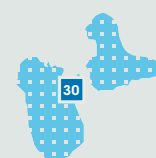
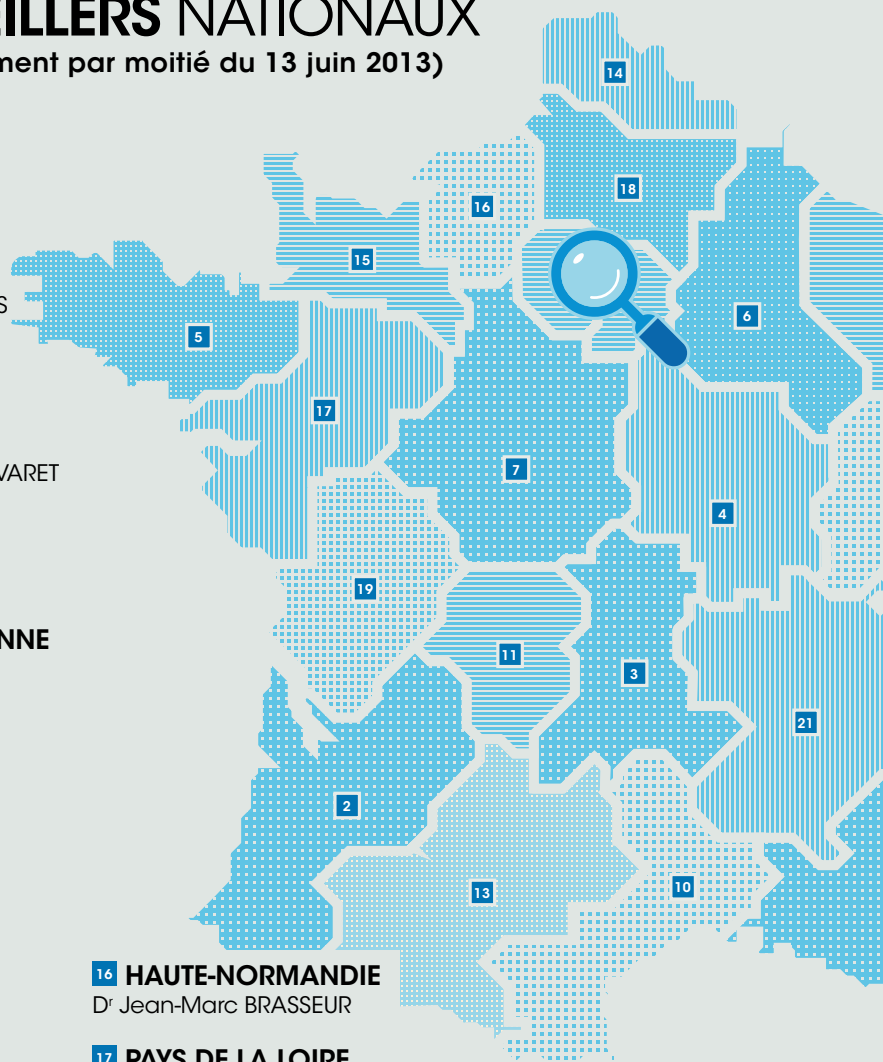
P^r Henry ZATTARA

21 RHÔNE-ALPES

D^r Jean-Louis BLANC

D^r Andrée PARRENIN

D^r Patrick ROMESTAING



30 GUADELOUPE

D^r Marius BOREL (suppléant)

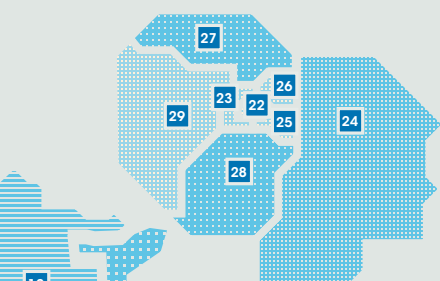
D^r Alex MOZAR (titulaire)



31 MARTINIQUE

D^r Émile ELANA (suppléant)

D^r Charles SAINT-AIME (titulaire)

**22 VILLE DE PARIS**

D^r Hervé BOISSIN
D^r Irène KAHN-BENSAUDE
Pr Claude-François DEGOS
D^r Pierre MAURICE
Pr Rolland PARC

23 HAUTS-DE-SEINE

D^r Michel LEGMANN

24 VAL-DE-MARNE

D^r Bernard LE DOUARIN

25 SEINE-ET-MARNE

D^r André DESEUR

26 SEINE-SAINT-DENIS

D^r Patrick BOUET

27 VAL D'OISE

D^r Christian BOURHIS

28 ESSONNE

D^r André LEON

29 YVELINES

D^r René LUIGI

32 LA RÉUNION

D^r Aboobakar ABDULLA (suppléant)
D^r Jean-Michel BERAL (titulaire)

33 GUYANE

D^r Élie CHOW-CHINE (titulaire)
D^r Roger-Michel LOUPEC (suppléant)

ALSACE

**D^r Jean-François
CERFON**

Anesthésie-réanimation



**D^r Gérard
ICHTERTZ**

Médecine générale

AQUITAINE

**D^r Jean-Marie
FAROUDJA**

Médecine générale



**D^r Jean-Marcel
MOURGUES**

Médecine générale

AUVERGNE

**D^r André
RAYNAL**

Médecine générale

BOURGOGNE

**D^r Jean-François
GERARD-VARET**

Médecine générale

BRETAGNE

**D^r Jean-Pierre
GICQUEL**

Médecine générale



**D^r François
SIMON**

Médecine générale

CENTRE

**D^r Jean
COTINEAU**

Ophthalmologie



**D^r Pierrick
CRESSARD**

Neuropsychiatrie

CHAMPAGNE-ARDENNE



D^r Jackie AHR
Médecine générale

CORSE



D^r Napoléon LEOPOLDI
Médecine interne

FRANCHE-COMTÉ



D^r Virginio ELLENA
Dermato-vénéréologie

LANGUEDOC-ROUSSILLON



Pr Bernard GUERRIER
ORL chirurgie de la face et du cou

MIDI-PYRÉNÉES



Pr Robert NICODÈME
Médecine générale, médecine appliquée aux sports



Pr Stéphane OUSTRIC
Médecine générale

NORD-PAS-DE-CALAIS



D^r Jean-François RAULT
Médecine générale



D^r Françoise STOVEN
Médecine générale

PICARDIE



D^r Walter VORHAUER
Cancérologie, anatomie et cytologie pathologiques, médecine légale

PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR



D^r Bernard ARBOMONT
Médecine générale



D^r Pierre JOUAN
Médecine générale



Pr Henry ZATTARA
Stomatologie, chirurgie maxillo-faciale

POITOU-CHARENTES



D^r François ARNAULT
Oto-rhino-laryngologie

RHÔNE-ALPES



D^r Jean-Louis BLANC
Anesthésie-réanimation



D^r Andrée PARRENIN
Médecine générale



D^r Patrick ROMESTAING
ORL, chirurgie de la face et du cou



**Dr Bruno
KEZACHIAN**

Endocrinologie, diabète
et maladies métaboliques

LIMOUSIN



**Dr François
ROUSSELOT**

Chirurgie urologique
et oncologie

LORRAINE



**Dr Xavier
DEAU**

Médecine générale



**Dr Gilles
MUNIER**

Médecine générale

BASSE-NORMANDIE



**Dr Jean-Yves
BUREAU**

Médecine générale

HAUTE-NORMANDIE



**Dr Jean-Marc
BRASSEUR**

Médecine générale

PAYS DE LA LOIRE



**Dr Jacques
LUCAS**

Cardiologie



**Dr François
WILMET**

Médecine générale

DOM-TOM

GUADELOUPE



**Dr Alex
MOZAR**

(titulaire)
Neurologie



**Dr Marius
BOREL**

(suppléant)
Gastro-entérologie et
hépatologie

MARTINIQUE



**Dr Charles
SAINT-AIME**

(titulaire)
Pédiatrie



**Dr Émile
ELANA**

(suppléant)
Médecine générale

GUYANE



**Dr Élie
CHOW-CHINE**

(titulaire)
Ophtalmologie



**Dr Roger-Michel
LOUPEC**

(suppléant)
Gynécologie médicale
et obstétrique

LA RÉUNION



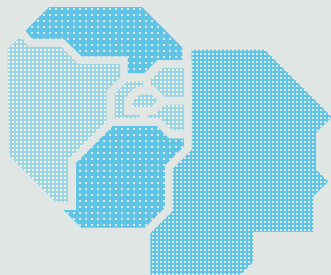
**Dr Jean-Michel
BERAL**

(titulaire)
Médecine générale



**Dr Aboobakar
ABDULLA**

(suppléant)
Médecine générale



VILLE DE PARIS



**Dr Hervé
BOISSIN**
Médecine générale



**Dr Claude-François
DEGOS**
Neuropsychiatrie



**Dr Irène
KAHN-BENSAUDE**
Pédiatrie



**Dr Pierre
MAURICE**
Médecine générale



**Dr Rolland
PARC**
Chirurgie générale

ÎLE-DE-FRANCE

VAL D'OISE



**Dr Christian
BOURHIS**
Médecine générale

ESSONNE



**Dr André
LEON**
Médecine générale,
médecine du travail,
allergologie

HAUTS-DE-SEINE



**Dr Michel
LEGMANN**
Radiologie

VAL-DE-MARNE



**Dr Bernard
LE DOUARIN**
Cardiologie et maladies
cardio-vasculaires

SEINE-ET-MARNE



**Dr André
DESEUR**
Médecine générale

SEINE-SAINT-DENIS



**Dr Patrick
BOUET**
Médecine générale

YVELINES



**Dr René
LUIGI**
Médecine générale

Le CICR et l'Association médicale mondiale, ensemble pour des soins plus sûrs

Le 26 juin 2013, l'Association médicale mondiale (AMM) et le Comité international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (CICR) ont signé un protocole d'accord. Les deux organisations s'engagent à unir leurs forces pour combattre, à l'échelon mondial, la violence perpétrée contre les patients et les personnels de santé.



Aux termes de cet accord, l'AMM devient partenaire de la campagne « Les soins de santé en danger » lancée par le Comité international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. Cette initiative, prévue sur quatre ans, vise à réduire les dangers que la violence armée fait peser sur les soins de santé. L'AMM s'engage à contribuer au développement du projet, en particulier sur le plan éthique. Elle a notamment pour ambition de défendre le rôle et les responsabilités du personnel de santé dans les conflits armés et les situations d'urgence. Elle s'appuiera, pour cela, sur l'expérience des associations médicales nationales



Publications de la campagne « Les soins de santé en danger ».

et sur leur connaissance du terrain. Cette collaboration entre les membres de l'AMM, les délégations du CICR et les sociétés nationales du Croissant Rouge se concrétisera dans des actions auprès des médecins, des populations, mais aussi des gouvernements. Selon un rapport récent du CICR, les attaques dirigées contre des personnels de santé, des

structures médicales et des véhicules sanitaires privent de soins des millions de personnes dans le monde au moment où elles en ont le plus besoin. En 2012, plus de 900 incidents violents touchant les soins de santé ont été recensés dans 22 pays, mais la plupart des incidents ne sont pas consignés et leurs conséquences passent inaperçues (source : CICR).

+ D'INFOS

www.icrc.org/fre/what-we-do/safeguarding-health-care/index.jsp

UN ACCORD SOUTENU PAR L'ORDRE

Membre du conseil de l'Association médicale mondiale, le conseil national de l'Ordre des médecins apporte son soutien plein et entier à cet accord. Alors que des conflits majeurs éclatent un peu partout dans le monde, le Cnom exprime sa solidarité avec les médecins qui exercent leur devoir au péril de leur vie, au nom de la communauté médicale française. En France, pays des droits de l'homme, mettre l'éthique au

cœur des conflits reste une préoccupation permanente. Si nous ne sommes pas directement en guerre sur notre territoire, notre armée et nos confrères participent aux conflits actuels : Côte d'Ivoire, Libye, Mali, Afghanistan... Cette éthique est universelle, et doit rester au service de chaque être humain surtout lors de violences armées, en protégeant les soignants, les populations et les lieux de soins.



Dr Xavier Deau, membre du conseil de l'Association médicale mondiale et délégué aux affaires européennes et internationales (DAEI) du Cnom

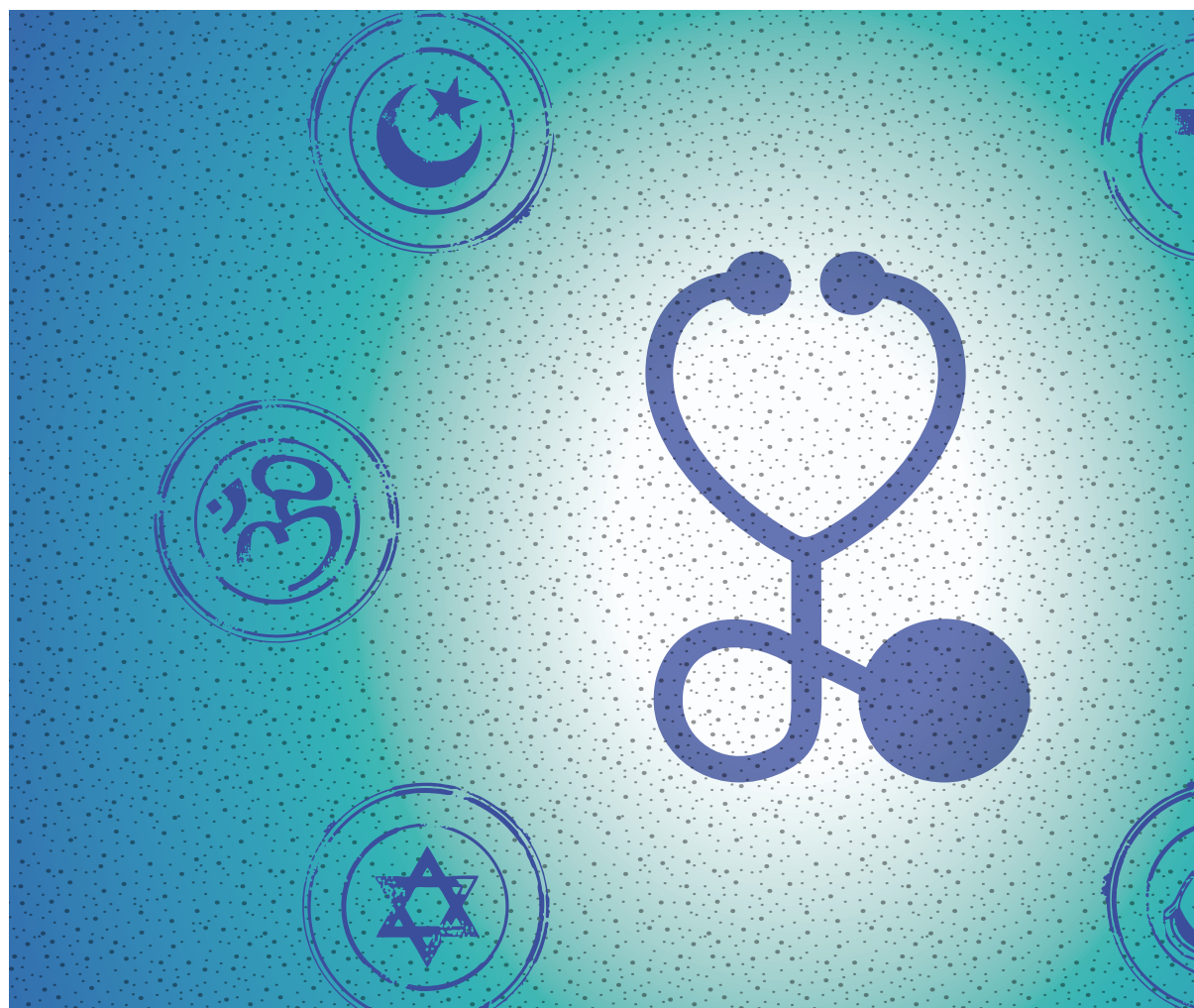
Pour contacter la DAEI

- **Dr Xavier Deau**, délégué aux affaires européennes et internationales (DAEI)
- **Marie Colegrave-Juge**, juriste
- **Internet** : www.conseil-national.medecin.fr

Laïcité :

comment concilier pratique médicale et religion ?

En médecine de ville comme à l'hôpital, les praticiens sont régulièrement confrontés à des situations incompatibles avec le respect du principe de laïcité. Ils peuvent se trouver démunis, malgré l'existence de règles, qu'il convient de rappeler.



La laïcité est un principe posé par l'article 1^{er} de la Constitution de 1958 : « *La France est une République indivisible, laïque, démocratique et sociale. Elle assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion. Elle respecte toutes les croyances.* »

Pour les soignants, concilier le respect de la liberté du culte et une bonne administration des soins n'est pas toujours aisé. Dans son rapport d'étape de juin 2013 sur le respect du principe de laïcité dans les services publics, l'Observatoire

►►► page 24

POINT DE VUE de l'Ordre



“ La laïcité, pilier d'une médecine de qualité ”

Dr Jean-Marie Faroudja,
conseiller national de l'Ordre et président
de la section éthique et déontologie du Cnom.

« Les appellations Hôtel-Dieu, Saint-André ou Saint-Joseph, montrent bien que les religieux jouaient un rôle capital dans les soins apportés à ceux qui remettaient leur âme à Dieu faute de croire à une hypothétique guérison entre les mains des hommes... La loi de 1905, séparant les intérêts de l'Église et ceux de l'État, a érigé la laïcité en "pacte républicain", ce principe de neutralité qui est en harmonie avec les obligations déontologiques des médecins, dans le plus grand respect de l'article 7 de leur code. Et c'est bien ce que les soignants font au quotidien, distribuant leurs soins sans aucune discrimination, et s'exposant à des sanctions au cas où ils contreviendraient à l'énoncé de règles qui remontent au serment d'Hippocrate. Cette exigence de laïcité s'étend à tout le personnel soignant ou intervenant dans les établissements. Face à leurs devoirs de neutralité absolue, les médecins sont en droit d'attendre des patients et de leurs visiteurs qu'ils respectent eux aussi des règles établies tant dans les règlements que dans la charte du patient, et qu'ils n'opposent pas à l'offre de soins des exigences liées à

des convictions personnelles ou religieuses susceptibles d'entraver la bonne marche d'un établissement de santé. Le patient doit voir ses droits reconnus : droit d'être informé, de participer à l'exercice de son culte, de bénéficier de l'assistance d'un ministre du culte souvent présent dans les grands établissements, d'être entendu et compris lorsque les circonstances le nécessitent, lorsque l'intime doit être protégé... Mais tout en préservant la « *res publica* », sans porter atteinte à la qualité des soins, à la tranquillité de chacun, au fonctionnement régulier du service. Le libre choix du patient doit enfin s'inscrire dans les seules possibilités de l'offre locale de soins. La qualité de l'écoute, la pertinence d'une information claire, loyale et surtout appropriée, l'empathie manifestée par le soignant évitera la plupart du temps ces situations rares, désolantes, médiatisées et qui ne sauraient être tolérées. La laïcité, ensemble de droits et de devoirs permettant le "vivre ensemble", doit être sans cesse réaffirmée. C'est l'un des piliers incontournables d'une médecine de qualité au service de tous. »

Focus

Des fiches pratiques pour aider les soignants



©DR

Dr Jean Thévenot, président du conseil départemental de l'Ordre de Haute-Garonne et gynécologue-obstétricien.

Les praticiens de Haute-Garonne rapportent de nombreuses situations mettant en cause la laïcité, en ville comme en établissement. *« Les obstétriciens, les urgentistes ou encore les pédiatres sont confrontés quotidiennement à des refus de soins au motif du*

sexe du soignant, des refus de prise de médicament, des demandes de circoncision sous couvert de phimosis, des problèmes entourant des grossesses de mineures », témoigne le Dr Jean Thévenot, président du CDOM 31 et lui-même gynécologue-obstétricien. Or ils ne savent pas toujours comment réagir. L'ordre départemental et l'ARS Midi-Pyrénées ont donc constitué un groupe de travail, avec le comité d'éthique régional et six représentants des cultes (deux rabbins, deux imams, un prêtre et un pasteur). Objectif : travailler à l'élaboration de fiches réflexes synthétiques, proposant des solutions respectant à la fois la déontologie médicale, la charte de laïcité des

établissements et les textes religieux. *« Les premières fiches, prêtes à l'automne, seront consacrées aux demandes de circoncision en maternité ou auprès du médecin traitant, et aux refus de soins au motif du sexe du soignant. Les suivantes traiteront des demandes de chirurgie réparatrice de l'hymen et des problèmes médicaux liés au jeûne »,* indique le Dr Thévenot. Les fiches seront mises en ligne sur le site du CDOM et envoyées par courrier à tous les médecins du département. *« Les représentants des cultes, avec lesquels nous avons des échanges très enrichissants, les diffuseront également dans les lieux de réflexion des croyants »,* précise-t-il.

de la laïcité décrit la situation à l'hôpital comme *« globalement apaisée et sous contrôle »* (voir l'interview de M^{me} Lenoir-Salfati). Pourtant, les médias et certains soignants font part de situations problématiques qui seraient en augmentation.

Refus ou entraves aux soins

Dans son livre *Menaces religieuses sur l'hôpital*, Isabelle Lévy (voir interview p. 27) évoque, du côté des personnels hospitaliers, le port de signes distinctifs d'appartenance religieuse, des pressions sur les planninges par rapport aux fêtes religieuses, des aban-

“ Le patient ne peut récuser un soignant pour des raisons tenant à la religion ”

dons de poste pour prier. Parmi les patients, des musulmanes exigent que les prises de sang soient effectuées à travers leurs vêtements, un juif met le feu à son lit d'hôpital avec le chandelier allumé pour célébrer Hanoukka, des témoins

de Jéhovah abandonnent leur enfant ayant reçu en urgence une transfusion sanguine, des catholiques s'opposent à un traitement contre la douleur...

Les refus de soins, en particulier, peuvent avoir des conséquences dramatiques : *« Un exemple frappant est celui de cet homme arrivé vers minuit aux urgences, avec une forte fièvre et une éruption cutanée, qui a refusé la prise en charge par les soignants féminins de garde ce soir-là, rapporte le Dr Jean Thévenot, président du conseil de l'ordre des médecins de Haute-Garonne. Alité dans le service sans soin, il est décédé le lendemain d'une septicémie. »*



“ La religion du patient, ne doit pas influencer l’attitude du médecin ”

©Thinkstok

Un devoir de neutralité pour le médecin

La laïcité implique d’abord, de la part du médecin, le refus de toute discrimination dans sa mission. L’article 7 du code de déontologie médicale pose ainsi que *« le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu’il peut éprouver à leur égard. »*

En commentaire de l’article 47 du code, qui donne au médecin la possibilité de se récuser dans certaines circonstances (clause de conscience), le Cnom précise : *« La religion comme toute conviction du patient ne doit pas influencer l’attitude du médecin. Certaines convictions, qui peuvent*



“ Une spécificité française indispensable ”

Dr Xavier Deau,
délégué général aux affaires européennes et internationales du Cnom.

La laïcité est une notion spécifique à la démocratie française depuis la Déclaration des droits de l’homme et du citoyen de 1789, confirmée par la loi de séparation de l’Église et de l’État en 1905. Dans le domaine médical, l’Association médicale mondiale (déclaration de Genève, 1948) et le Conseil européen des Ordres des médecins (charte d’éthique médicale de Kos, 2011) évoquent l’indépendance et la neutralité du médecin, et le rejet de toute discrimination dans la relation avec son patient. Mais notre notion de laïcité est souvent considérée comme une étrangeté française, et sujette à des incompréhensions. Pourtant, les conflits récents (Égypte, Syrie, Turquie, Mali) démontrent que si la religion interfère dans la relation médecin-malade, c’est au détriment de l’accès aux soins. Seule la laïcité à la française garantit un égal accès aux soins dans le respect de chaque être humain, compatible avec le multiculturalisme.

POINTS DE VUE extérieurs



“ Le dialogue permet presque toujours l'apaisement ”

Michèle Lenoir-Salfati, représentante du ministère des Affaires sociales et de la Santé au sein de l'Observatoire de la laïcité.

Témoignage

Les enquêtes récentes, notamment celle menée en mai 2013 auprès des référents laïcité désignés au sein des ARS, montrent une situation globalement apaisée et sous contrôle, car les communautés hospitalières gèrent mieux les situations qu'auparavant. Le dialogue et l'explication des règles de sécurité et d'hygiène – ou des risques

encourus – permettent presque toujours l'apaisement. La présence des aumôniers salariés des hôpitaux, qui font un excellent travail de médiation avec les patients et peuvent assurer des formations pour les soignants, contribue à un climat plus serein. Ceci étant, le Haut Conseil pour l'intégration a préconisé en 2011 que l'ensemble des futurs agents publics suivent durant leurs études un enseignement sur les principes

de la laïcité, ce qui implique l'élaboration d'un référentiel commun et partagé. Il apparaît nécessaire que les personnels hospitaliers soient aussi formés au fait religieux : la toilette mortuaire selon les religions, par exemple. Et ce, afin d'éviter le « choc des incultures ».

► **Point d'étape sur les travaux de l'Observatoire de la laïcité, juin 2013. Consultable sur www.gouvernement.fr.**

“ Des situations problématiques qui seraient en augmentation ”

interférer avec les soins [par exemple, les témoins de Jéhovah], ne doivent pas altérer le comportement du médecin. »

À l'hôpital, les médecins se doivent de respecter l'obligation de neutralité de tout agent public dans leur tenue vestimentaire, leurs actes et leurs paroles. Très claire à ce sujet, la circulaire du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements relevant de la fonction publique hospitalière (FPH) s'est vue confortée par la jurisprudence. En janvier 2009, notamment, le tribunal administratif de Paris a estimé justifié le licenciement

pour faute grave d'une assistante sociale d'un service de pédopsychiatrie de l'AP-HP qui avait refusé d'enlever son voile.

Un droit et des limites pour les patients

De nombreux textes affirment les droits des patients. L'article L. 1110-8 du code de santé publique rappelle le libre choix par le patient de son établissement et de son praticien ; la dernière version de la charte du patient hospitalisé (avril 2006) et l'article R. 1112-46 du code de santé publique évoquent son

droit à la liberté du culte ; la loi du 4 mars 2002 pose le libre consentement aux soins... La circulaire de février 2005 précise que le patient doit pouvoir, dans la mesure du possible, suivre les préceptes de sa religion : recueillement, présence d'un ministre du culte, nourriture, liberté d'action et d'expression, garantie de pouvoir procéder aux rites funéraires. Mais ces droits sont assortis de limites. Le patient doit accepter l'organisation du service, des soins et des consultations. Il ne peut récuser une personne de l'équipe de soins pour des raisons tenant à la religion. À défaut, il peut être mis fin à sa prise en charge (article R. 1112-43 du CSP), sauf urgence médicalement constatée. La circulaire de 2005 précise aussi que le respect des croyances ne



©The Tardifmaniac

“ Savoir poser des limites légales à certaines demandes ”

Isabelle Lévy, écrivaine, conférencière et formatrice en rites et religions¹.

Témoignage

Les formations que je propose dans les hôpitaux, Ehpad et collectivités locales visent à aider les personnels à respecter les grands principes de la laïcité, tout en tenant compte des différences culturelles et religieuses des patients. Différentes thématiques sont abordées :

cultures et religions dans le quotidien hospitalier, rites autour de la naissance, rites

funéraires, alimentation, douleur, etc. Connaître les différences culturelles dans la communication (langage, toucher, regard, gestuelle) peut être très utile.

Les personnels doivent aussi savoir poser des limites légales à certaines demandes.

Lorsque le comportement des personnels porte atteinte à la laïcité, de nombreux directeurs n'osent pas intervenir alors qu'un recadrage immédiat serait indispensable. Lorsque les patients s'opposent

aux soins pour des motifs d'allure religieuse, négocier pendant des heures est inutile. Mon conseil : informer et laisser réfléchir le patient, qui finit le plus souvent par accepter le soin, à moins que son accompagnant le lui interdise...

1. Auteur du *Guide des acteurs d'urgence face aux pratiques culturelles et religieuses*, SETES (2012), et de *Menaces religieuses sur l'hôpital*, Presses de la Renaissance (2011).
www.levyisabelle.net

doit pas porter atteinte « à la qualité des soins et aux règles d'hygiène; à la tranquillité des autres personnes hospitalisées et de leurs proches; au fonctionnement régulier du service ».

Reste que, dans les faits, les récusations de médecins en raison de leur sexe font partie des problématiques fréquentes, notamment aux urgences et en gynécologie-obstétrique. C'est pourquoi l'Académie de médecine, par la voix des P^{rs} Roger Henrion et Georges David, demandait en 2003 des instructions « précises et fermes » et souhaitait « qu'une réflexion soit engagée avec les représentants des différentes religions pour connaître leur position à l'égard de tels faits qui semblent relever d'interprétations erronées, voire de dérives intégristes ».

Bon à savoir

► **Circulaire n° 2005-57** du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé.

► **Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A n° 2006-90** du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

► **Charte de la laïcité** dans les services publics (juillet 2007).

DÉCLARATION DE GENÈVE

“ Je ne permettrai pas que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de sexe, de nationalité, d'affiliation politique, de race, d'inclinaison sexuelle, de statut social ou tout autre critère s'interposent entre mon devoir et mon patient. ”

Adoptée par la 2^e Assemblée générale de l'Association médicale mondiale, Genève (Suisse), septembre 1948.

Autisme France

La France doit rattraper son retard



1989

Après un voyage en Amérique du Nord, des couples dont les enfants sont autistes fondent Autisme France pour promouvoir une offre éducative adaptée à leurs enfants, les faire sortir de la psychiatisation et militer pour leur inclusion sociale.

1996

La loi Chossy reconnaît officiellement l'autisme comme un handicap. Elle vise à assurer une meilleure prise en charge des personnes concernées.

2012

L'autisme reçoit le label « grande cause nationale ». Les troubles du spectre autistique commencent à être considérés comme un problème de santé publique majeur. Un grand pas pour Autisme France, qui souligne qu'au moins une personne sur 150 est autiste.



Créée en 1989, l'association Autisme France aide, oriente et soutient les familles des personnes autistes à la recherche d'interlocuteurs compétents et de services adaptés à ce handicap. Reconnue d'utilité publique, l'association a notamment participé aux recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de santé et à l'élaboration du plan Autisme 3, qui met l'accent sur le diagnostic précoce, la formation des professionnels et sur la création de places en services éducatifs compétents. « Nous avons gagné la bataille des idées », estime Danièle

Langlois, présidente d'Autisme France, résumant ainsi presque vingt-cinq ans d'actions. « Mais maintenant, nous voulons des actions concrètes. Trop de familles restent sans solutions avec leurs problèmes », poursuit-elle. L'association milite notamment pour que l'autisme soit reconnu en France comme un trouble précoce du développement du cerveau, selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé. « En France, l'autisme est assimilé à un retard mental, à une maladie psychiatrique ou à un trouble cognitif. Cette méconnaissance empêche les professionnels de santé de



Le 16 novembre prochain, l'association organise un congrès pour améliorer l'accompagnement des personnes autistes.



“ Plus le diagnostic est précoce, plus nous pourrions limiter l'isolement de l'enfant ”

Dr Nadia Chabane, pédopsychiatre à l'hôpital Robert-Debré

Interview

Quel est l'intérêt de poser un diagnostic précoce chez les autistes ?

Un diagnostic précoce, entre 12 et 18 mois, permet de mettre en place des outils pour faciliter la communication des tout-petits avec le monde extérieur. À cet âge, le cerveau de l'enfant dispose de capacités d'adaptation liées à sa plasticité, ce qui permet à l'enfant d'acquérir des compétences sociales limitant son isolement.

Quel est le rôle du médecin généraliste dans la détection précoce ?

Le rôle du médecin généraliste est fondamental. Avec le pédiatre, il est le plus à même de détecter tout problème de développement. D'ailleurs, beaucoup de médecins me disent qu'ils décèlent des signes de l'autisme : trouble du contact oculaire, absence de réponse au prénom, pas de recherche de contact, isolement...

Dans le doute, ils préfèrent ne pas évoquer l'autisme, pour ne pas effrayer les parents et parce qu'ils ne savent pas vers qui les orienter. Il faut dire que la France est très en retard en matière de connaissance et de prise en charge précoce des troubles du spectre autistique.

Quels conseils leur donneriez-vous ?

Le médecin ne doit pas avoir à craindre la réaction des parents. Ces derniers veulent des réponses à leurs questions car, souvent, ils ont remarqué que leur bébé n'interagissait pas normalement avec eux. Bien sûr, chaque enfant a son propre rythme de développement. Mais si vers 18/24 mois l'enfant n'a toujours pas prononcé de mots et n'a pas de moyen autre de communication, il y a un réel problème. Ce n'est pas forcément de l'autisme mais il faut déontologiquement poser un diagnostic et soigner l'enfant devant tout retard de développement quelle qu'en soit l'origine.



diagnostiquer correctement et précocement la maladie », déplore Danièle Langloys.

Un véritable problème de santé publique

Selon la HAS, plus de 430 000 personnes seraient atteintes en France de troubles du spectre autistique, mais seules 75 000 personnes ont été diagnostiquées. Toutes ne reçoivent pas d'interventions adaptées, faute de places disponibles dans les établissements spécialisés. « Les services ne sont pas non plus assez développés : beaucoup de personnes autistes peuvent vivre en milieu ordinaire avec un accompagnement éducatif adapté. Il faut développer les SESSAD (services d'éducation spéciale et de soins à domicile) pour les enfants et les SAMSAH (services d'accom-

pagnement à la vie sociale) pour les adultes », explique Danièle Langloys.

Toutefois, la France ne peut pas répondre à cette demande car le personnel compétent est rare. « Les professionnels de la santé ne sont pas assez formés ou ont reçu des connaissances totalement dépassées. L'autisme ne figure pas dans les formations initiales », regrette la présidente de l'association. Pour combler ce déficit de formation, Autisme France organise des colloques à destination des professionnels et du grand public. Chaque année, le congrès de l'association rassemble des centaines de participants. Au programme pour 2013 : les problèmes de sommeil, l'épilepsie, les consultations génétiques, l'inclusion scolaire et professionnelle.

Les droits des patients en cancérologie



Un patient atteint de cancer a des droits, que lui garantit la loi. Ce livre les identifie à chaque étape de la prise en charge des patients dans un établissement de soins. Organisé autour de thèmes qui permettent à chacun de trouver facilement les réponses à ses interrogations, il suit leur parcours depuis le diagnostic

initial jusqu'à la fin des traitements. Destiné d'abord aux patients et à leur entourage, cet ouvrage, qui se veut pédagogique et clair, s'adresse aussi aux soignants et aux étudiants. Des encadrés, « L'essentiel » et « Réponses aux questions que vous vous posez », dans chacun des chapitres, guideront efficacement le lecteur. Avec « Pour en savoir plus », les thèmes importants font l'objet de précisions supplémentaires répondant aux attentes plus exigeantes.

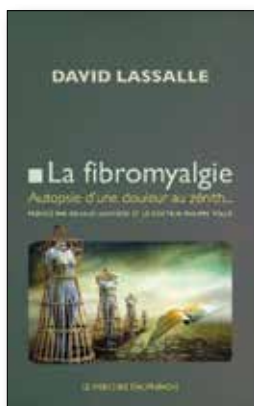
Enfin, les auteurs abordent les sujets tabous souvent éludés dans l'approche de la maladie. La fin de vie et les difficultés sociales que vivent les personnes atteintes de cancer font l'objet d'une attention particulière.

» **Les Droits des patients en cancérologie**, d'Hélène Morand et Éric Rossini, préface du Pr Patrick Dufour, Éditions Heures de France, 180 p., 19 euros.

La Fibromyalgie. Autopsie d'une douleur au zénith...

Dans ce livre, David Lassalle témoigne de cette douleur au quotidien que constitue la fibromyalgie. « *Changer régulièrement de position pour ne pas augmenter une douleur, effectuer des activités à un rythme lent et régulier pour ne pas aggraver certains symptômes, éviter un travail musculaire trop long en s'octroyant des périodes de récupération, travailler de manière relaxée, abandonner certaines activités si elles exigent trop d'énergie ou si elles prennent trop de temps parce que douleurs et fatigue seront encore pires le lendemain* », écrit Renaud Hantson, son préfacer. Il s'agit ici d'une vision de la maladie de l'intérieur, qui intéressera aussi bien les malades qui en souffrent que les médecins qui sont chargés de la soigner. L'auteur donne aussi la parole à de nombreux malades et à leurs conjoints. La lecture de cet ouvrage se révélera indispensable à la compréhension de cette

maladie et permettra à toute personne se posant des questions sur cette pathologie de trouver des pistes de réflexion.



» **La Fibromyalgie. Autopsie d'une douleur au zénith...**, de David Lassalle, Éditions Le Mercure dauphinois, 200 p., 17,50 euros.



La Marionnette

Camille refuse de voir l'évidence et s'accroche à ses illusions. Elle y perd son libre arbitre et sa confiance en elle. Petit à petit, le piège se referme, et Camille, sous l'emprise d'Alexandre, vit un véritable harcèlement.

Avec l'aide de sa mère et de son amie d'enfance, Camille ouvre enfin les yeux et décide de se battre. Qui est Alexandre Lambert ? Quel secret hante son passé ? Catherine Armessen est écrivain et médecin. Elle destine ses contes aux enfants de 3 à 7 ans et ses romans aux adultes.

» **La Marionnette**, de Catherine Armessen, Feuilleage, marque de Saint-Léger Éditions, 298 p., 20 euros.



Mieux vivre avec une maladie chronique

L'assurance maladie a mis en place un site dédié au programme Sophia, service d'accompagnement pour mieux vivre avec une maladie chronique. À la

clé pour les bénéficiaires du programme : un accès réservé avec des informations fiables qui permettent d'approfondir ses connaissances sur la maladie, ses complications, les traitements, les examens de suivi, etc. À retrouver aussi : des témoignages, des articles, des recettes, des idées d'activités physiques... Fin 2013, le service sera expérimenté auprès des personnes ayant de l'asthme.

» En savoir plus : www.ameli-sophia.fr

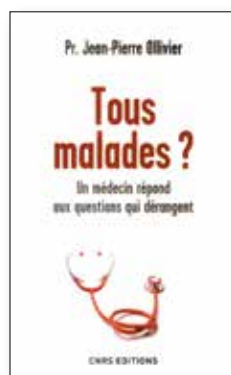


Bienvenue à H

H est le magazine des jeunes médecins édité par l'ISNI, Intersyndicat national des internes. À la clé, des reportages et des éclairages sur le milieu hospitalier, mais aussi des infos « lifestyle », des portraits... Le graphisme est tendance, le ton, dynamique, et les idées décoiffent !

» Pour lire cette revue : issuu.com/isniweb/docs

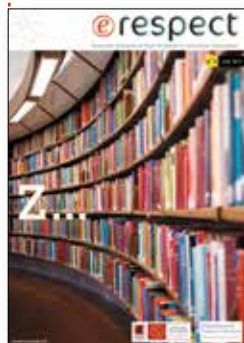
Tous malades ? Un médecin répond aux questions qui dérangent



Le professeur Jean-Pierre Ollivier est cardiologue, chef de service à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce. Il est également professeur au Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris et auteur de nombreux livres médicaux et publications internationales. Fort d'une pratique hospitalière de quarante ans, le professeur Jean-Pierre Ollivier apporte les réponses aux questions que se posent la plupart des Français : comment faire pour maigrir de façon durable ? Peut-on

avoir confiance dans les médicaments génériques ? Faire baisser son taux de cholestérol, est-ce vraiment sérieux ? Les tranquillisants sont-ils le seul remède au stress ? Toujours courir est-il bien raisonnable ? Des réponses fondées sur le bon sens, auxquelles il ajoute des conseils stimulants pour rester en bonne santé, avoir une hygiène de vie convenable et entretenir son corps en même temps que son esprit.

» **Tous malades. Un médecin répond aux questions qui dérangent**, du Pr Jean-Pierre Ollivier, CNRS Éditions, coll. « Le Banquet scientifique », 238 p., 19,50 euros.



Découvrez e-respect

e-respect, la revue des étudiants en soins primaires et chercheurs toulousains, est une publication scientifique en ligne, innovante

et orientée vers l'apprentissage de la rédaction scientifique par les étudiants. Cette e-revue est conçue et élaborée par une équipe investie dans le champ universitaire (étudiants en médecine de 2^e et de 3^e cycles volontaires et engagés). Le professeur Stéphane Oustric, conseiller national de l'Ordre, en est l'un des deux directeurs de publication.

» Pour lire cette revue : e-respect.fr

“ Rétablir le dialogue entre les deux parties ”

Dr Frédéric Bismut,
conseiller médical au pôle santé
du Défenseur des droits

Témoignage

La victime d'un accident est en détresse psychologique, parfois économique. Alors, si en plus vous lui mettez des bâtons dans les roues alors qu'elle essaie de remonter la pente... En tant qu'accidenté de la route, j'ai connu cette expérience, et cela m'a permis de donner plus de signification à mon activité de conseiller médical auprès du Défenseur des droits et d'expert auprès de l'Oniam (Office national d'indemnisation des accidents médicaux). J'y consacre désormais un mi-temps, ce qui est plus facile depuis que j'ai choisi en 2003 d'exercer en libéral. Mais c'est très important de conserver une activité de soignant en parallèle. C'est complémentaire, transversal.

Je considère que la loi Kouchner de 2002 représente un tournant. L'approche du patient est désormais différente. C'est un usager qui est conscient de ses droits, qui a une exigence en termes de résultats. Nous sommes d'une certaine façon passés d'une médecine paternaliste à une médecine commerciale où le patient est acteur de la décision. L'objectif du pôle santé du Défenseur des droits, c'est de rétablir le dialogue rompu entre les deux parties qui ne se parlent plus de manière à éviter les conflits. Souvent la victime ou la famille ne revendique pas une indemnisation mais elle cherche à connaître la vérité et à s'assurer qu'une leçon sera tirée de l'erreur médicale. En face, les professionnels de santé doivent prendre le temps d'expliquer, de dire la vérité. Nous avons signé récemment une convention avec le conseil national de l'Ordre des médecins portant sur des échanges d'informations et l'amélioration des pratiques professionnelles. Le Défenseur des droits n'a pas seulement un rôle de conseil. Nous sommes devenus acteurs du monde de la santé. Nous avons ainsi fait passer une proposition de loi sur l'autopsie judiciaire. Nous enquêtons dans certains cas comme dans le cadre de l'affaire dite de Gisors, à la suite de la publication sur internet de photos dégradantes de personnes âgées prises par des employés d'une maison de retraite. Nous formulons des avis sur des dommages corporels qui pourraient avoir un lien avec l'action des services de sécurité ou dans le cadre du Défenseur des enfants, par exemple pour l'obtention d'une autorisation d'accueil sur le territoire pour raisons médicales. Pour agir, nous avons accès à tous les dossiers, qu'ils soient médicaux ou juridiques. Cette activité ouvre des horizons. J'ai finalement l'impression de voir davantage la réalité de la société que si je travaillais au bloc opératoire.



PARCOURS

» 1983-1987

Interne des hôpitaux de Paris, qualification en anesthésie-réanimation

» 1991

Adjoint au chef de service du département d'anesthésie-réanimation de l'hôpital Saint-Joseph (Paris)

» 1993

Diplômé en réparation juridique du dommage corporel

» 2005

Médecin expert auprès de l'Oniam

» Depuis 2008

conseiller médical auprès du médiateur de la République, puis du Défenseur des droits