

Focus

Flux migratoires
et trajectoires
à la loupe

Entretiens croisés

Profession médecin :
un engagement pour faire
progresser la société



Dossier

Bon usage du médicament : une prescription appelée à s'adapter

SPÉCIAL
1^{ER} CONGRÈS
DE L'ORDRE





Retrouvez le bulletin, le webzine
et la newsletter de l'Ordre en ligne sur
www.conseil-national.medecin.fr

04. focus

Flux migratoires et trajectoires
à la loupe

06. en bref

- 1^{er} Congrès de l'Ordre :
le succès au rendez-vous
- Un think tank sur l'avenir de la médecine

08. sur le terrain

Une charte pour mieux accueillir les internes

10. e-santé

Télémédecine : mode d'emploi

11. ailleurs

- Cnom à l'international : une présence
indispensable
- Intronisation du D^r Xavier Deau,
président de l'AMM
- Création d'un réseau Ebola
de la francophonie

12. entretiens croisés

Profession médecin : un engagement
pour faire progresser la société

le guide juridique

24. décryptage

La procédure disciplinaire

26. pratique

- Lorsque la personne refuse les soins
- Tenir et conserver un dossier médical

30. en bref

- Médecins militaires inscrits au tableau
et remplacements
- Ebola : le b.a.-ba
- VAE ordinaire

31. culture médicale

32. rencontre

D^r Maud Santantonio, médecin généraliste,
volontaire à Médecins sans frontières.



16 Bon usage du médicament : une prescription appelée à s'adapter

Le renforcement de la surveillance du médicament depuis la loi du 29 décembre 2011 va modifier l'approche de la prescription. Un phénomène accentué par l'importance croissante de médico-économique comme critère de bon usage du médicament.

restons connectés!



Sur le Web : www.conseil-national.medecin.fr

Sur Twitter : suivez-nous sur [@ordre_medecins](https://twitter.com/ordre_medecins)

Par mail : conseil-national@cn.medecin.fr

Nous écrire : **Conseil national de l'Ordre des médecins,
180, bd Haussmann, 75008 Paris**



Profession médecin : un engagement pour faire progresser la société

À la mi-octobre, l'Ordre a organisé son premier Congrès.

Cet événement, nous l'avons organisé et préparé parce que, face aux enjeux actuels du système de santé, il nous est apparu essentiel que notre Institution se rassemble et se fasse entendre.

Depuis maintenant un an, nous avons travaillé pour rappeler à tous

que l'Ordre est un interlocuteur essentiel de notre système de santé. Il a une mission déontologique, organisationnelle et juridictionnelle qu'on lui reconnaît. Il a un devoir de conseil sur les textes réglementaires afin de s'assurer du respect des principes fondamentaux de la déontologie médicale. Mais l'Ordre doit faire comprendre l'importance de la prise en compte de ces principes dans les grands débats de société. La venue du président de la République François Hollande et de la ministre en charge de la Santé

Marisol Touraine lors de l'inauguration du Congrès fait écho à ce travail engagé par l'Ordre. C'est pourquoi nous prendrons pleinement part à la nouvelle concertation promise sur le projet de loi santé.

Je souhaite que le Congrès de l'Ordre devienne un rendez-vous clé.

Nous avons imaginé cette première édition autour d'une thématique centrale : le rôle de la profession pour faire progresser la société.

Aujourd'hui, je suis convaincu que ce Congrès, par la qualité des échanges et des interventions d'experts, a également fait progresser la profession.

D^r Patrick Bouet

Président du conseil national de l'Ordre des médecins

« Je souhaite
que le Congrès
de l'Ordre
devienne un
rendez-vous clé. »

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 - **Responsables d'édition :** Claire Peltier, Sarah Berrier
- **Secrétariat de rédaction :** Alexandra Roy - **Fabrication :** Sylvie Esquer - **Couverture :** Thinkstock - **Impression :** Imprimerie Vincent
- Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs - **Dépôt légal :** à parution - n° 16758 - ISSN : 1967-2845.
Ce numéro est accompagné d'une affiche "Pour une relation patient-médecin en toute confiance".



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

Flux migratoires et trajectoires à la loupe

À partir des éléments extraits de ses bases de données, le conseil national de l'Ordre des médecins a réalisé une étude sur les trajectoires des médecins. Tendances...

Pour la première fois, le conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) publie une étude sur les flux migratoires et trajectoires des médecins. « C'est un sujet qui est en phase avec les échanges que l'on a pu avoir avec l'OCDE ainsi qu'avec la réflexion menée dans le cadre de la Joint Action Health Workforce Planning and Forecasting, émanant de la Commission européenne, et à laquelle nous participons », souligne le D^r Patrick Romestaing, vice-président du Cnom en charge de l'Observatoire européen de la démographie médicale. Un sujet d'autant plus intéressant qu'un phénomène nouveau s'observe ces cinq dernières années : un nouvel inscrit sur quatre est diplômé d'une université située hors France.

L'Observatoire européen de la démographie médicale a mené une enquête auprès de l'ensemble des pays du Conseil européen des Ordres des médecins sur les flux migratoires et la problématique de l'accessibilité aux soins de premier recours, difficultés non spécifiques à la France.

Origines géographiques et profils

Parmi les 198 760 médecins actifs réguliers, on dénombre actuellement 40 354 médecins nés dans un pays autre que la France. Parmi ceux-ci, les trois quarts sont nés dans un pays hors Union européenne, l'immense majorité provenant de l'Algérie, du Maroc et de la Tunisie. Il s'agit majoritairement d'hommes, d'âge moyen de 53 ans. Pour le quart restant né dans un pays de l'UE, à l'inverse, la majorité

sont des femmes d'âge moins élevé. Si la part des médecins nés dans un pays extra-européen reste prédominante, la proportion entre ces derniers et les médecins nés dans un pays de l'Union européenne tend à s'équilibrer. Enfin, il apparaît clairement que ces flux migratoires sont influencés par des contextes historiques entre les pays, interuniversitaires, géopolitiques et géo-économiques.

Diplômes, spécialités et modes d'exercice

Parmi les médecins nés dans un pays autre que la France, 83,9 % exercent une spécialité médicale, et plus par-

ticulièrement la médecine générale, la psychiatrie et l'anesthésie-réanimation. Les 15,7 % restants sont des spécialistes chirurgicaux exerçant majoritairement en ophtalmologie, en gynécologie-obstétrique et en chirurgie générale.

Si la grande majorité des médecins nés hors Union européenne, en particulier ceux originaires du Maghreb, ont obtenu leur diplôme en France, les médecins nés dans un pays de l'UE ont pour la plupart obtenu leur diplôme dans leur pays d'origine.

Quelle que soit la spécialité médicale ou chirurgicale, ces médecins exercent majoritairement en secteur salarié.

Point de vue de l'Ordre

D^r Patrick Romestaing, vice-président du conseil national de l'Ordre des médecins, en charge de l'Observatoire européen de la démographie médicale.



« Flux migratoires et offre de soins »

La renommée de nos publications en démographie médicale n'est plus à démontrer. À l'occasion de son allocution au Congrès national de l'Ordre, le 16 octobre 2014, le président de la République a souligné cette compétence. Celle-ci dépasse très largement les frontières de l'Hexagone. Néanmoins, nous ne disposons pas d'informations relatives aux médecins à diplôme extra-européen (sans équivalence de diplôme) qui exercent plus particulièrement dans les établissements

de santé, sans inscription à l'Ordre. Ils sont sans doute plusieurs milliers et ne sont pas intégrés à cette étude, bien que participant à l'offre de soins.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins s'interroge fortement sur les conséquences des flux migratoires sur l'offre de soins. Nous connaissons l'exode très important de médecins roumains vers la France ou d'autres pays ; ce qui peut avoir pour conséquence une carence dans l'offre de soins. Il serait donc intéressant de mener une réflexion commune et éthique pour tendre vers une politique européenne en matière de démographie.



30308
SONT NÉS HORS UE.

Pays de naissance

Parmi les 198760 actifs réguliers, 40354 sont nés dans un pays européen ou extra-européen.

↑ 10,4%

C'est l'augmentation des effectifs de médecins nés dans un pays européen ou extra-européen entre 2007 et 2014.

10046
SONT NÉS EN UE

Pays de diplôme

Sur la période 2007-2014, on constate une hausse des effectifs de **60,2%**.

Origine des diplômes européens



Roumanie

40,9%



Belgique

19,1%



Italie

11,5%

↑ +520%

> Entre 2007 et 2014, les effectifs des médecins titulaires d'un diplôme de Roumanie qui exercent en France ont augmenté de 520%.

Origine des diplômes extra-européens



Algérie

39,7%



Syrie

10,6%



Maroc

10,1%

↑ +554%

> Entre 2007 et 2014, les effectifs de médecins ayant obtenu leur diplôme en Syrie ont augmenté de 554%.

Focus sur le mode d'exercice salarié

Médecins à diplôme européen :

60,6%

Médecins à diplôme extra-européen :

63,8%

Répartition géographique

Les trois régions les plus attractives :

- 1 Île-de-France
- 2 Rhône-Alpes
- 3 PACA

En pratique

À l'occasion de l'atelier animé par les D^{rs} Jacques Lucas et Irène Kahn-Bensaude, vice-présidents du Conseil national de l'Ordre des médecins, et le D^r Bernard Le Douarin, secrétaire général adjoint, lors des Entretiens de Bichat, l'Ordre a publié de nouvelles fiches pratiques :

- Tenir, conserver et transmettre un dossier médical
- La transmission d'informations médicales
- Pour une relation médecin-patient en toute confiance : prévenir et gérer les conflits.



À télécharger sur :
www.conseil-national.medecin.fr



1^{er} Congrès de l'Ordre : le succès au rendez-vous

Les 16 et 17 octobre dernier, le conseil national de l'Ordre des médecins a tenu son premier Congrès. Plus d'un millier de participants, quatre tables rondes, une vingtaine d'ateliers, et près de cent intervenants... l'événement inauguré en présence du président de la République François Hollande a tenu son pari, à savoir rassembler l'institution et dialoguer avec l'ensemble des conseillers ordinaires

sur tous les sujets inhérents à la profession. Engagement des médecins, données personnelles, formation, relation patient-médecin, AMP-GPA ou encore vigilance sanitaire, la diversité des thématiques abordées et la qualité des intervenants ont offert des échanges riches et animés. Du vœu du président de l'Ordre le D^r Patrick Bouet, cette première ne sera certainement pas la dernière.

les tweets

@ordre_medecins - 16 oct.

#CONGRESNOM

J. Toubon @Defenseurdroits : la démocratie sanitaire est un des piliers de la démocratie.

@ordre_medecins - 16 oct.

#CONGRESNOM Quid des données de santé dans l'espace numérique non régulé ? @CNIL guide sur les objets connectés @Jcqlucas

@ordre_medecins - 16 oct.

#CONGRESNOM

Engagement de concertation de F. Hollande sur la loi de santé : les médecins seront au RDV <http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1593>

Un think tank sur l'avenir de la profession

« À l'heure des nouvelles technologies et des objets connectés, aura-t-on encore besoin d'un médecin demain ? »

C'est pour débattre autour de cette question que le conseil national de l'Ordre des médecins a mis en place un think tank piloté par le D^r Patrick Romestaing, vice-président de l'Ordre. La première table-ronde de

cette réflexion s'est tenue le 18 septembre en présence, entre autres, du D^r Bouet, président de l'Ordre des médecins, du philosophe Jean-Michel Besnier et des anthropologues Daniela Cerqui et Sylvie Fainzang. L'objectif ? Donner du sens à la valeur des professions médicales et les préparer aux nouveaux challenges à venir.

Erratum

Dans le dernier *Bulletin de l'Ordre*, une erreur a été publiée dans la rubrique **Décryptage**

portant sur les dispositifs d'accès aux soins. Les deux dernières phrases publiées à la page 25 en bas du graphique : « Sur présentation de son attestation de droit au tiers payant ACS, le patient ne règle que 7,90 € à son médecin (part complémentaire et participation forfaitaire de 1 €). Le montant de la part obligatoire est directement réglé au médecin », peut en effet engendrer des problèmes d'interprétation. La phrase à retenir était bien celle intégrée dans le corps de l'article, à savoir : « En pratique, sur présentation de son attestation de droit et de son attestation de tiers payant, le patient bénéficiaire de l'ACS a droit au respect des tarifs opposables et ne paie que la part complémentaire des soins... ».

le chiffre

94%

des patients qualifient leur relation avec leur soignant de bonne. Côté soignants, cette proportion atteint 99 % !

Étude Fondation MACSF-Harris Interactive.



À lire : le nouveau webzine!

L'Ordre vient de publier un nouveau webzine. Ce deuxième numéro est consacré aux données de santé. Comment les protéger? Comment les partager? Qu'est-ce que l'open data? Et le big data? Autant de questions auxquelles répondent experts et médecins.

+ d'infos

www.conseil-national.medecin.fr



l'image

Chaque année, la fondation Movember encourage la gent masculine à se laisser pousser la moustache durant le mois de novembre. Un moyen décalé de sensibiliser le grand public aux maladies masculines et de récolter des fonds pour lutter contre les cancers de la prostate et des testicules.

+ d'infos

<http://fr.movember.com/>

Fin de vie

Le 15 octobre, le Dr Patrick Bouet, président du conseil national de l'Ordre des médecins, et le Dr Jean-Marie Faroudja, président de la section Éthique et déontologie, ont été auditionnés par M. Jean Leonetti et M. Alain Claeys dans le cadre de la mission parlementaire sur la fin de vie. Ils ont ainsi présenté dix principes ou orientations auxquels l'Ordre reste attaché, à commencer par le principe absolu du refus de délivrer délibérément – et brutalement – la mort, ou de la permettre par le biais du suicide assisté.

Une charte pour mieux accueillir les internes

Le centre hospitalier de Melun a été l'un des premiers signataires de la charte d'accueil et de formation des internes. L'objectif est double : améliorer les conditions de travail des futurs médecins, tout en attirant les meilleurs d'entre eux.

La vie d'interne n'est pas un long fleuve tranquille. Selon une étude de l'Inter-syndicat national des internes (Isni)¹, 85 % d'entre eux – ils sont 21 000 au total – travaillent bien au-delà des 48 heures hebdomadaires réglementaires. Un repos de sécurité sur cinq n'est pas respecté, et la pression s'accroît sur ces médecins en formation, bien souvent en première ligne face aux patients. « *Les stages sont éprouvants, mais on sait à quoi s'attendre avant de se lancer* », assure pourtant Pauline Bourlet, interne en réanimation. Pour autant, le sentiment de « burn-out », d'épuisement professionnel, progresse chez ces étudiants. C'est dans ce contexte que le centre hospitalier de Melun, en Seine-et-Marne, a proposé à ses internes de signer une « charte d'accueil et de formation ».

Bouche-à-oreille

Lancé en mai dernier par le ministère de la Santé et de la Fédération hospitalière de France, ce document porte un double enjeu. « *Améliorer les conditions de travail des internes, mais aussi attirer les plus performants* », précise le Dr Mehran Monchi, président de la commission médicale d'établissement (CME). En effet, seuls les meilleurs internes choisissent leur affectation. Et avant



Lors du séminaire d'accueil initial, chaque interne reçoit une clé USB contenant les supports nécessaires à sa formation. Selon une étude de l'Isni, seuls 50 % des internes ont la possibilité de prendre leurs demi-journées de formation.

de se décider, ils se livrent à une véritable étude comparative. « *On se renseigne, on contacte les anciens pour leur poser des questions sur l'ambiance, la qualité de l'enseignement, les conditions de travail ou l'encadrement de tel ou tel chef de service. Le syndicat des internes des hôpitaux de Paris propose même un système de notation des établissements* », confirme Victoria Manda, l'une des sept internes du service de médecine générale. Si l'excellence de l'hôpital reste déterminante, c'est

bel et bien un « bouquet » de critères qui guide le choix des internes.

Garde-fou

Attribution d'un référent médical pour les accompagner dans leur formation et faciliter leur intégration, réaffirmation du respect du repos de sécurité, mise à disposition de chambres d'hébergement rénovées ou encore places à la crèche de l'hôpital réservées aux internes... le centre hospitalier de Melun a ainsi décliné une série de mesures rela-



Retrouvez le diaporama sur
www.conseil-national.medecin.fr



Parmi les autres « avantages » proposés par la charte, un accès gratuit à l'encyclopédie virtuelle médicale, véritable bible des internes. Soit une économie non négligeable de 600 euros par an.



La direction de l'hôpital prévoit de lancer de nouvelles actions, en matière de gestion des temps professionnels, d'implication des internes dans leur stage, ou encore de dialogue social.



Bien qu'il soit lui-même passé par un internat « difficile, exigeant », le D^r Monchi reconnaît que « la nouvelle génération d'internes a d'autres attentes. Ils n'ont pas forcément envie de mettre leur vie entre parenthèses durant quatre ans ». La fin du mythe sacrificiel du médecin ?

tives à l'accueil initial, l'accompagnement durant la formation et les conditions de travail. Les nouveaux internes sont également accueillis lors d'un séminaire « où ils font la connaissance des chefs de service, se voient remettre leurs blouses et leurs stéthoscopes », détaille le D^r Mehran Monchi. Certes, cette charte est loin d'être le remède aux problèmes dénoncés les syndicats des internes. « Mais c'est une bonne initiative, un garde-fou pour travailler et apprendre dans de bonnes conditions », conclut Aurélie Chauveil, interne en pédiatrie.

1. « Internes en médecine : gardes, astreintes et temps de travail », Inter-syndicat national des internes, septembre 2012.

Témoignage

Dominique Peljak, directeur du centre hospitalier Marc-Jaquet de Melun



« Un label de bonnes pratiques »

« La charte a vocation à devenir une sorte de label des bonnes pratiques de l'hôpital en matière d'accueil et de formation des internes. Travailler dans le stress, sans être correctement encadré,

nuit à la qualité d'apprentissage des futurs médecins. Le stage des internes doit au contraire être un temps fort de pédagogie et d'intégration, ainsi qu'un élément d'attractivité et de fidélisation des futurs médecins. Si leur stage se déroule dans de bonnes conditions, ils

reviendront peut-être travailler avec nous une fois leur internat achevé. Mais faire évoluer les conditions de travail et de formation des internes demande du temps. Cette charte est un bon début. Nous avons beaucoup travaillé, notamment sur le respect des repos de sécurité. »



Télémédecine : mode d'emploi



À l'heure où le numérique investit tous les secteurs, à commencer par celui de la santé, l'Ordre des médecins a publié en septembre un vade-mecum consacré à la télémédecine. Le Dr Jacques Lucas, vice-président du conseil national de l'Ordre des médecins et délégué général aux systèmes d'information en santé, nous présente ce document qui fait désormais office de référence.

Pourquoi avoir réalisé ce vade-mecum ?

Ce vade-mecum est issu d'un bilan des travaux de la commission nationale des contrats ainsi que de l'étude des textes législatifs, réglementaires et des différents guides de bonnes pratiques parus sur le sujet. Notre objectif est de proposer une analyse propre au Cnom sur ce qu'on appelle « télémédecine » tout en clarifiant les choses par le biais d'une approche pédagogique.

La télémédecine est une notion mal connue, mal employée ?

En effet, en France, la télémédecine est réglementée par une loi et par un décret. On ne peut donc, à proprement parler, citer le terme « télémédecine » que lorsqu'il s'agit de dispositions de la loi. Or nous avons vu se développer des activités, fort utiles pour certaines d'entre elles, qui font appel aux mêmes outils technologiques mais qui n'entrent pas dans le décret.

À qui s'adresse ce guide ?

Nous souhaitons, à travers ce guide, donner aux conseils départementaux un outil pratique pour souligner ce qui doit être particulièrement

examiné dans les contrats de télémédecine. De cette façon, nous voulons limiter le nombre de contrats qui remontent à la commission nationale des contrats. Mais ce guide, qui porte la vision de l'Ordre, a aussi été envoyé à tous les acteurs du milieu industriel, au ministère de la Santé, aux commissions des affaires sociales de l'Assemblée nationale et du Sénat afin que nos opinions résonnent le plus possible dans l'espace public. Nous l'avons également mis à disposition sur notre site Internet et sur les réseaux sociaux, dans la mesure où le sujet intéresse également les médecins, ainsi que les usagers susceptibles d'en bénéficier.

Quelles thématiques aborde ce vade-mecum ?

Nous évoquons la télémédecine telle que je viens de la définir notamment sous l'angle de l'accès aux soins. En effet, les TIC peuvent favoriser l'accès aux soins. Nous définissons également les différentes formes d'exercice de la télémédecine, telles que la téléexpertise, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter un avis spécialisé à distance dans le cadre d'un acte médical. Nous détaillons bien sûr

les aspects de nature déontologique et juridique...

Vous abordez également les pratiques médicales utilisant les TIC en santé en dehors du cadre réglementaire...

Oui, tout à fait. Nous évoquons le téléconseil personnalisé, le deuxième avis – lorsqu'un patient en possession de son dossier médical veut prendre un deuxième avis auprès d'un médecin de son choix –, le protocole de suivi à distance entre un patient et son médecin ou encore les applis et objets connectés, sujet sur lequel nous allons prochainement publier un livre blanc. Ce sont autant de pratiques qui sont actuellement dans un flou juridique qu'il est nécessaire de lever. Dans la mesure où nous vivons aujourd'hui les prémices de la télémédecine, il y aura nécessairement des additifs et des mises à jour du vade-mecum en fonction des évolutions réglementaires et législatives mais aussi en lien avec les remontées du terrain.

+ d'infos
www.conseil-national.medecin.fr



INTRONISATION DU D^R XAVIER DEAU, PRÉSIDENT DE L'AMM

Le D^r Xavier Deau, délégué général aux affaires européennes et internationales au conseil national de l'Ordre des médecins, a pris ses fonctions de président de l'Association médicale mondiale le 10 octobre, à l'occasion de l'assemblée générale de l'association à Durban (Afrique du Sud). Dans son discours d'intronisation, il s'est engagé à faire grandir les valeurs éthiques médicales qui doivent animer l'esprit de chaque médecin, quelles que soient sa culture, sa religion ou la couleur de sa peau. Il s'est ainsi engagé à cultiver au sein de l'AMM, l'indépendance, la neutralité et la laïcité, le secret professionnel ainsi que l'équité et la solidarité.

+ d'infos
www.wma.net



CNOM À L'INTERNATIONAL : UNE PRÉSENCE INDISPENSABLE

Dans le cadre du premier Congrès de l'Ordre des médecins, un atelier portant sur les raisons de la participation de l'Ordre des médecins français à une action internationale a réuni le D^r Xavier Deau, délégué général aux affaires européennes et internationales, le D^r Bernard Arbomont, membre de la Délégation aux affaires européennes et internationales (DAEI), le D^r Patrick Romestaing vice-président du Cnom, le D^r Walter Worhauer, secrétaire général du Cnom, ainsi que Sébastien Viano, assistant parlementaire du député européen Philippe Juvin. Au programme : une présentation des différentes organisations européennes et internationales auxquelles participe le Cnom, des explications sur le rôle que joue le bureau de la DAEI à Bruxelles auprès des instances européenne, mais aussi un exposé sur l'expertise de l'observatoire européen de la démographie médicale initié par le Cnom... Autant de sujets qui ont permis de mettre en exergue l'importance de porter et de défendre sur la scène internationale les valeurs éthiques et déontologiques de la France, et l'expertise ordinaire.

+ d'infos
www.conseil-national.medecin/relations_internationales



CRÉATION D'UN RÉSEAU EBOLA DE LA FRANCOPHONIE

Le 15 octobre, la Conférence francophone des Ordres des médecins, réunissant notamment les pays francophones africains, a reçu Benoît Vallet, directeur général de la santé. Il a alors été convenu, au regard des travaux de l'AMM ainsi que des retours de Médecins sans frontières, de former immédiatement un réseau d'information sur Ebola entre la Direction générale de la santé française et les Ordres médicaux francophones africains. Les objectifs :

- informer les populations sur la maladie par le biais des chaînes TV5 Monde et France 24 ;
- former les médecins par le biais l'Association universitaire française (AUF) qui possède des relais dans chacun des pays. Il s'avère en effet que certains soignants n'ont pas acquis les gestes essentiels de sécurité à réaliser devant un malade atteint d'Ebola (combinaison, lavage des mains, devenir de la dépouille mortelle...);
- faire en sorte que les Ordres des médecins africains soient des interlocuteurs privilégiés des gouvernants.

entretiens croisés

Texte : Sarah Berrier | Photos : DR



Profession médecin, un engagement pour faire progresser la société

À l'aube d'une nouvelle loi de santé, dans un contexte assez tendu et alors que la société connaît d'importantes évolutions, l'Ordre des médecins a proposé lors de son premier Congrès, mi-octobre, une table ronde pour réfléchir sur la profession de médecin et son rôle dans la société.

+ DE
1000
PERSONNES

ont assisté à cette table ronde portant sur le rôle de la profession de médecin et ont posé de nombreuses questions par SMS durant les débats.

Sentiment d'épuisement professionnel, manque de reconnaissance que ce soit de la part des institutions comme de la société... La profession de médecin souffre de ne pas être considérée à sa juste valeur. Depuis plusieurs années, les médecins sont stigmatisés, ciblés par de nouvelles contraintes administratives, réglementaires, et économiques. Or « *les médecins et les professionnels de santé ne sont pas un particularisme français, ils sont un trésor national. Les médecins ne sont pas un élément de blocage, ils sont un régulateur de notre société. Les médecins ne sont pas un coût, ils enrichissent la société. Les médecins ne sont pas des conservateurs, ils sont tous les jours des porteurs d'innovation* », a

rappelé le D^r Patrick Bouet, président de l'Ordre lors de son discours inaugural du Congrès de l'Ordre. Le pays traverse une période difficile. Les Français perdent confiance dans leurs institutions et dans les professions qui les incarnent. Et pourtant, ils sont plus de 90 %¹ à estimer que les relations avec leurs soignants sont bonnes. Preuve que la profession a bien un rôle central à jouer pour faire progresser la société. Retour sur la table ronde du Congrès, qui a rassemblé autour de cette thématique le D^r Patrick Bouet, président de l'Ordre, le sociologue Michel Maffesoli et les D^{rs} Rachel Bocher et Philippe Boutin.

1. Étude Fondation MACSF/Harris interactive - 2014.



D^r Patrick Bouet

Président du conseil
national de l'Ordre des
médecins



D^r Rachel Bocher

Présidente de l'Intersyndicat
national des praticiens
hospitaliers



D^r Philippe Boutin

Président de la Conférence
nationale des URPS



Michel Maffesoli

Sociologue, dont le dernier
ouvrage s'intitule *L'Ordre
des choses*.

En quoi les médecins peuvent-ils faire progresser la société ?

D^r Patrick Bouet

Le choix de ce thème pour la première table ronde du Congrès de l'Ordre découle d'une problématique tout à fait actuelle. Nous sommes en effet partis d'un constat de souffrance exprimée par beaucoup de professionnels, à savoir que l'on ne voit de nous que celui qui traite des problèmes de santé. Mais on ne nous reconnaît pas finalement comme un élément fondamentalement régulateur de la souffrance potentielle d'une société ou de la souffrance potentielle des individus. Pourtant, aujourd'hui, être médecin ne veut pas seulement dire être un professionnel de la médecine. Un médecin, c'est aussi un individu pleinement engagé dans l'amélioration des conditions de vie d'une société. Et c'est dans ce cadre qu'il nous paraissait important de proposer une réflexion.

D^r Philippe Boutin

Je partage tout à fait ce constat. Le rôle de médecin s'étend bien au-delà du cadre de la médecine. Aujourd'hui, le médecin a un rôle de conseil qui ne se cantonne pas aux problèmes de santé des patients. En effet, le colloque singulier tel que nous le vivons actuellement et tel qu'il faut le concevoir est un lieu incontournable où se tisse du lien social. De ce fait, les médecins, à travers leurs échanges avec leurs patients, sont témoins des évolutions de la société. C'est pourquoi si tout concitoyen doit faire progresser la société, je pense que le médecin, en a, encore plus que les autres citoyens, le devoir. Reste à savoir si les moyens qu'il a à disposition sont suffisants pour remplir cette mission.

D^r Rachel Bocher

Après le long marathon des vingt dernières années et des six précédentes lois qui ont marqué le système de santé, d'aucuns s'étonneront de la question de l'engagement du médecin. C'est souligner l'intemporalité de la question qui doit cohabiter avec l'indispensable passion sans laquelle aucun défi ne peut être relevé. Notre engagement individuel est matérialisé par ici le serment d'Hippocrate. Le pouvoir du médecin réside dans son savoir et sa fonction. Et je rajouterais son statut. De quel statut aujourd'hui parle-t-on quand le désengagement est la ligne suivie par beaucoup dénonçant leur mal-être ? Aujourd'hui, la complexité intrinsèque de l'organisation sanitaire, ses implications politiques, les différences socioculturelles, les variations économiques expliquent la difficulté à modéliser un système idéal, universel et juste qui permette, du soin à la prévention, une égale qualité de la prise en charge pour tous. Entre médicalisation et socialisation, la santé et donc l'exercice de la médecine sont au carrefour des grandes mutations contemporaines, de l'innovation et du progrès. Dans une société marquée par l'individualisme, le consumérisme et aussi par l'hédonisme, on ne peut que constater la médicalisation massive des problèmes de société (tels l'exclusion, la violence, la précarité, le chômage). Les enjeux sont de taille pour les médecins, qui ne sont pas en reste...



À quels changements sociétaux les médecins sont-ils confrontés ?

Michel Maffesoli

Les grandes valeurs sur lesquelles s'étaient élaborés les trois siècles précédents viennent de s'écrouler et, avec elles, le mythe du progrès. Ainsi, aujourd'hui, nous ne pouvons plus fonctionner sur la verticalité du sachant. Dans cette ère du temps, ce n'est plus le pouvoir qui va prédominer. Les réseaux sociaux sont là. Les sites communautaires le montrent. Les groupes de pairs le signalent. Ce n'est plus la loi du père qui prévaut, je propose de parler de la loi du pair. Autre changement, nous étions habitués, et ce fut la performativité de la tradition occidentale, à raisonner autour de la séparation, de la coupure : la nature/la culture, le corps/l'esprit... C'est une très longue tradition, du début de la Bible où Dieu sépara la lumière des ténèbres, au grand concept freudien de la coupure, « Spaltung ». Or, aujourd'hui, nous assistons à une conception de plus en plus holistique des interactions. Enfin, il y a un vrai retour de la dimension communautaire... le temps des tribus. Nos sociétés postmodernes sont caractérisées par un recul de l'individualisme.

D^r Rachel Bocher

Du triangle hippocratique (malade, médecin, maladie), nous assistons à l'apparition d'un autre triangle, celui de la médecine sociale et préventive fondée sur la relation santé, médecin et population. Cela me conduit à souligner six défis : l'irruption de l'informatique dans le monde médical avec la modification du rapport médecin-malade dans le rapport au savoir; les exploits technologiques qui font oublier la nature de l'homme et déshumanise la pratique médicale; les dérives économiques liées aux contraintes croissantes ont fait du médecin un gestionnaire attentif, au mieux un syndicaliste actif; le défi médiatique conduit à confondre l'exceptionnel avec le quotidien, le sensationnel avec la simplicité; les dérives administratives avec les protocoles à l'envie, le principe de précaution, les normes et en perspective la judiciarisation qui finit par déresponsabiliser les médecins; enfin, les droits des patients s'affirment, droit au savoir, droit à l'écoute, droit à la sécurité, droit à l'accès aux soins...



D^r Philippe Boutin

« Le rôle du médecin s'étend au-delà du cadre de la médecine. »

D^r Philippe Boutin

Moi je voudrais vous faire partager mon expérience. J'ai reçu en consultation une personne de 89 ans souffrant d'une insuffisance cardiaque modérée, qui m'a dit : « Docteur, je ne peux pas vous payer ! » Quand vous avez quelqu'un qui a travaillé toute sa vie qui vous dit ça... ça vous fait quelque chose. Bien évidemment, je lui ai fait la gratuité des soins comme vous l'auriez tous fait me semble-t-il. Mais ce que révèle cette situation, c'est que cet homme vit en dehors du circuit naturel de reproduction sociale. Il est coupé de l'assistance sociale,

des services sociaux, et Internet n'a pour lui absolument aucun intérêt. Il existe une vraie fracture pour toute une frange de la population par rapport à la connaissance des aides éventuelles, par rapport à la connaissance du numérique... Je le vois de plus en plus. Il ne se passe une semaine sans que j'aie une femme, un homme ou un couple en pleurs dans ma consultation pour des problèmes nouveaux qui ne sont pas repérés par les services sociaux.



D^r Rachel Bocher

« L'exercice de la médecine est au carrefour des grandes mutations contemporaines. »



Michel Maffesoli

Comment faire face à ces évolutions ?

« On ne peut plus fonctionner sur la verticalité du sachant. »

Michel Maffesoli

Comme je l'ai dit auparavant, on ne peut plus fonctionner sur la verticalité du sachant, c'est-à-dire avec une attitude pédagogique, éducative : « Moi je sais, toi tu ne sais pas ». Il y a une seconde forme de socialisation : l'initiation. Il s'agit d'un processus d'accompagnement, un processus de partage. C'est ce changement d'attitude qui doit être en jeu dans nos institutions, tout simplement parce que le climat sociétal a changé. Nous assistons à un glissement d'épistémè de l'intellect à l'épistémè du sensible. Ce n'est plus simplement la raison qui prévaut, on assiste au retour de l'émotionnel. Il faut donc réintégrer peut-être des paramètres humains, bricoler... Mais ce n'est pas effarant de dire « bricoler » ! La vie est souvent en désordre, on s'est aperçu qu'on ne peut pas tout maîtriser. La difficulté, c'est qu'il faut s'ajuster à ce qui est, et non pas à ce qu'on veut qu'il soit, ce qui devrait être...

D^r Rachel Bocher

Dans nos sociétés, les hommes ont besoin de médiateurs pour les aider à comprendre ce qui leur échappe et pour faire face aux problèmes sociaux, familiaux, environnementaux, sociétaux. Consulter un médecin apparaît non seulement un refuge mais plus encore une ultime liberté qui fonde l'existence. Cette dimension humaine du médiateur va à l'encontre de la banalisation et de la déresponsabilisation de la fonction médicale, à l'encontre de la perte du sacré, liée à l'émergence des technostructures transformant le médecin en prestataire ou en esclave de la technique. Le premier droit des personnes doit rester le droit élémentaire pour des médecins de soigner et de prendre soin ; tout simplement parce que l'homme n'a pas changé malgré les nouveaux révélateurs de la modernité.

D^r Philippe Boutin

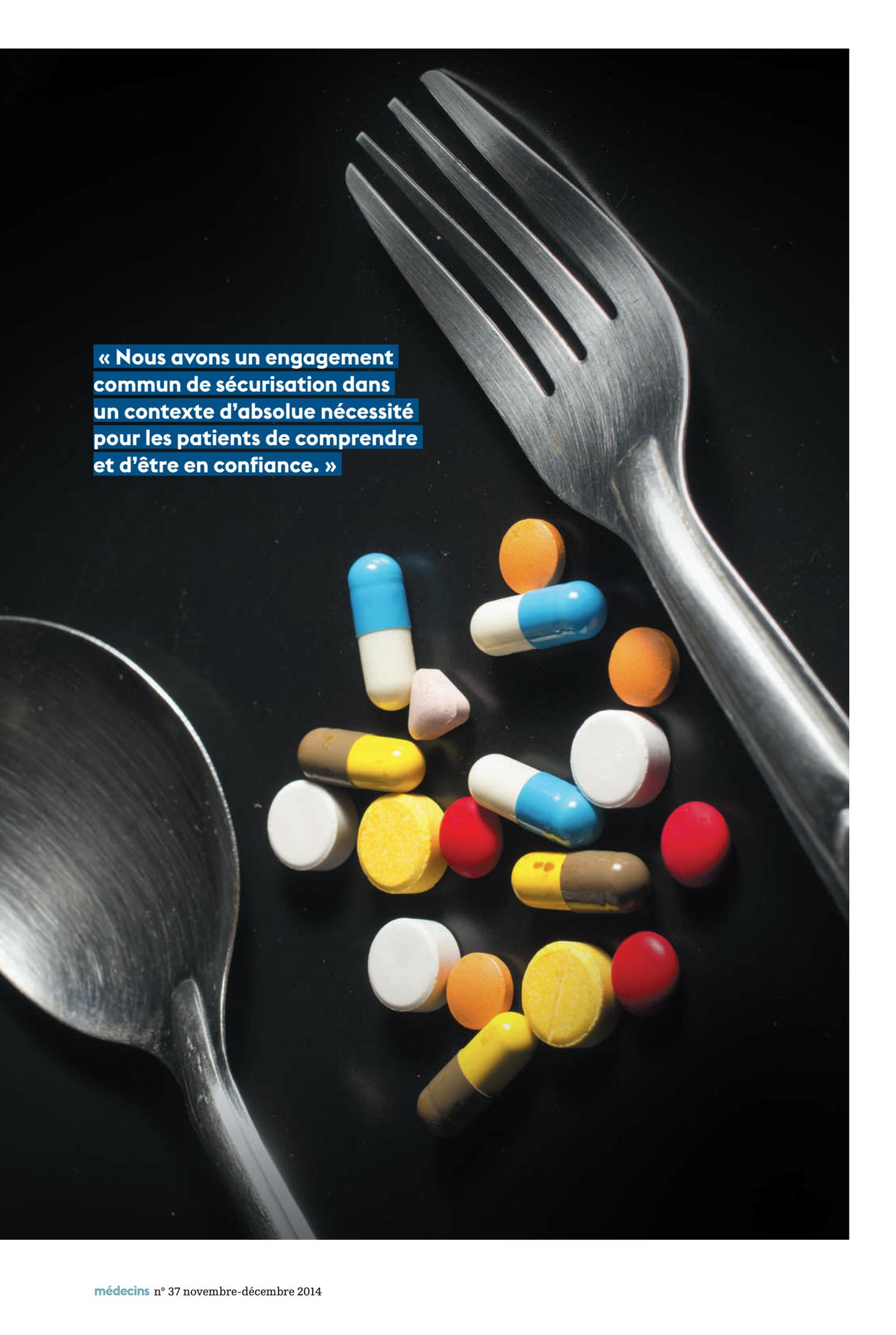
La question de la santé des soignants est selon moi prépondérante dans cette problématique. On ne peut pas avoir une médecine de qualité et soigner le lien social avec les patients si dans la profession elle-même le lien social n'existe pas, si les soignants ne sont pas pris en compte dans leurs besoins de soins. C'est pourquoi les URPS, avec les conseils régionaux de l'Ordre, ont mis en place des structures d'alerte et d'écoute par rapport à ces personnels soignants, de façon à ce qu'ils soient parfaitement opérationnels.

D^r Patrick Bouet

Pour conclure, je rejoindrais M. Maffesoli en disant que la société idéale n'existant pas, le médecin idéal n'existe pas plus ! Ce qui fait notre difficulté, c'est que nous devons en permanence négocier entre diverses questions qui s'imposent à nous. Alors non, le médecin ne sera jamais un technicien de santé parce que sa fonction essentielle, c'est agir auprès des patients pour répondre à un certain nombre de demandes. Mais en même temps, le médecin ne doit pas penser aujourd'hui qu'il est détenteur unique du savoir. Il est détenteur de la capacité à utiliser ce savoir. Le patient aujourd'hui est une personne responsable avec laquelle nous devons totalement partager notre raisonnement et notre action.

D^r Patrick Bouet

« Le médecin ne sera jamais un technicien de santé. »



« Nous avons un engagement commun de sécurisation dans un contexte d'absolue nécessité pour les patients de comprendre et d'être en confiance. »

dossier

Texte : François Silvan, Éric Allermoz

Photos : Thinkstock, BSIP, Julian Renard/Babel Photo



Bon usage du médicament : une prescription appelée à s'adapter

Lors du 1^{er} Congrès de l'Ordre des médecins, l'atelier sur l'utilisation et la prescription des médicaments a rencontré un vif succès. Le renforcement de la surveillance du médicament depuis la loi du 29 décembre 2011 va en effet modifier l'approche de la prescription, avec la révision régulière des autorisations de mise sur le marché (AMM) et des bonnes pratiques.

Réévaluations des études post-AMM, renforcement de la pharmacovigilance, multiplication des études pharmaco-épidémiologiques et médico-économiques...

le médicament n'a sans doute jamais été aussi surveillé. La prescription médicale est ainsi au centre de nombreux enjeux de bon usage. « Cette discussion sur le médicament est fondamentale car nous avons un engagement commun de sécurisation dans un contexte d'absolue nécessité pour les patients de comprendre et d'être en confiance », a insisté le D^r Patrick Bouet, président du conseil national, le 17 octobre dernier, en introduction du débat consacré au médicament lors du Congrès de l'Ordre.

Un bénéfice-risque évolutif

« Nous ne pouvons ignorer les conséquences de l'affaire Mediator, nous confie Jean-Marc Brasseur, médecin généraliste et conseiller national. La confiance autour du médicament constitue en effet un enjeu de santé publique. Notre ligne de

Point de vue de l'Ordre

D^r Jean-Marc Brasseur, médecin généraliste, membre de la section Santé publique et Démographie du Cnom



« L'ordonnance n'est pas un "bon" pour avoir des médicaments »

La rédaction de nos ordonnances participe largement du bon usage du médicament et, au-delà, de la bonne prise en charge du patient. Après l'écoute du patient et la réalisation de l'examen clinique, l'ordonnance rédigée concerne une prescription médicamenteuse dans la majorité des cas. Mais il s'agit aussi d'un passage de témoin fondamental entre tous les intervenants de santé,

d'où l'impérieuse nécessité d'une rédaction claire et complète : médicaments idoines mais également posologie et tous conseils d'hygiène, de diététique, d'activité physique..., ou rappels qui s'imposent. L'ordonnance est la cristallisation de tout ce qui s'est fait et dit dans le cabinet. C'est pour le patient la mémoire de sa consultation, d'où la nécessité d'une pédagogie de

l'ordonnance. Étymologiquement, l'ordonnance renvoie à l'idée de la « chose ordonnée » : oui, nous donnons ici des « conseils fermes » au patient, même s'il a évidemment la possibilité de les ignorer... Enfin, gardons à l'esprit que l'ordonnance n'est pas un « bon » pour avoir des médicaments. À cet égard, je rappelle qu'elle peut également très bien préciser les conseils d'utilisation des produits.

« De plus en plus de modifications d'AMM seront à intégrer dans les habitudes de prescription avec la réévaluation permanente du bénéfice-risque désormais demandée à l'ANSM. »

.....> conduite doit être de prescrire dans les recommandations de la Haute Autorité de santé [HAS] et de se référer à l'éthique médicale dans les cas très particuliers, et non à ses idées personnelles. » D'autant que de plus en plus de modifications d'AMM seront à intégrer dans les habitudes de prescription avec la réévaluation permanente du bénéfice-risque désormais demandée à l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM, voir interview p. 22). Les recommandations de la HAS évoluent aussi parallèlement, avec – fait nouveau – des études médico-économiques sur des classes thérapeutiques entières, a expliqué le Pr Harousseau, président du Collège de la HAS, lors du Congrès de l'Ordre. Dans ce contexte, « la HAS est là pour vous aider sur la prescription, a-t-il rassuré. C'est notre rôle de recommandations de bonnes pratiques souvent critiqué. Mais leur respect évitera des mesures drastiques comme celle prise par l'Assurance maladie sur la prescription de Crestor, soumise à une demande d'entente préalable. »

Prescriptions plus techniques

« En plus de l'intégration dans nos pratiques des notions de réévaluation des molécules, de traçabilité, de



L'ordonnance participe fortement au bon usage des médicaments. Il est indispensable de porter une attention particulière à sa rédaction.

EN PRATIQUE

La HAS est aussi là pour vous aider à bien prescrire

Lors du Congrès de l'Ordre le 17 octobre, le Pr Jean-Luc Harousseau, président de la Haute Autorité de santé, a expliqué comment la HAS accompagne les médecins dans leurs prescriptions :

- Par les recommandations de bon usage (exemple sur les nouveaux anticoagulants oraux ou la prescription d'un traitement de contraception...). Le site www.has-sante.fr comprend environ 500 fiches de synthèse assez simples sur les conditions de prescription par populations.
- Par les recommandations de bonnes pratiques thérapeutiques. Elles seront de plus en plus simples – « Il est recommandé de... », « Il n'est pas recommandé de... » – et accessibles en deux clics.
- Par la certification des logiciels d'aide à la prescription [NDLR : obligatoire à partir du 1^{er} janvier 2015] qui permettront aux médecins de prescrire notamment en DCI.
- Par la conciliation des ordonnances. Via la prochaine loi de santé, la certification des établissements exigera la remise, à la sortie du patient, une synthèse de tous les éléments concernant l'hospitalisation et la conduite à tenir.



réconciliation des ordonnances... nos habitudes de prescription seront également bouleversées par l'évolution des business models industriels depuis le chimique vers une pharmacopée personnalisée », a ajouté Jean-Michel Béral (section Exercice professionnel), coanimateur du débat du 17 octobre. Un contexte industriel alors rappelé par Patrick Errard, président du Leem, organisme qui représente les entreprises du médicament. Le système est proche de la rupture, avec d'un côté la crise et une gestion budgétaire de l'Assurance maladie dominée par les économies, de l'autre un retour de l'innovation issue des biotechnologies (avec notamment les anticorps monoclonaux) qui coûte cher. « Cette situation retentit sur tous les acteurs, y compris les médecins, à qui l'on demande des consultations plus techniques, avec une prescription de médicaments plus



2800 substances actives disponibles dans 11 000 spécialités.

Le montant total des ventes de médicaments a poursuivi son recul en 2013 :

-1,4% en moyenne

> -2,4% en officine

> +1,8% à l'hôpital



48

boîtes de médicaments par an.

C'est la consommation moyenne d'un Français.



30%

des spécialités remboursables vendues en France sont des génériques.

LE PARACÉTAMOL

est la substance active la plus utilisée en ville que ce soit en chiffre d'affaires ou en nombre de boîtes vendues.



500

synthèses d'avis sur les médicaments ont été publiées par la HAS ces quatre dernières années. Ces synthèses visent à permettre aux professionnels de santé de s'informer en quelques clics sur le résultat d'évaluation d'un médicament par la Commission de la transparence.

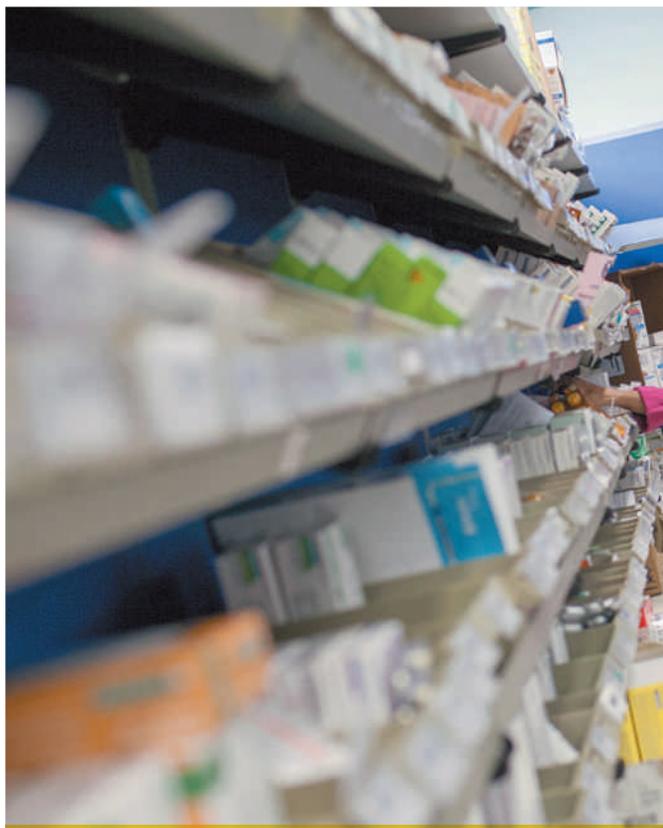
REPORTAGE

Circuit du médicament : vers le risque zéro ?

La généralisation des armoires robotisées a permis à l'hôpital Robert-Ballanger d'Aulnay-sous-Bois de commettre quinze fois moins d'erreurs dans la préparation des médicaments. Reportage...

Les erreurs médicamenteuses seraient responsables de 9 000 à 12 000 décès par an, en France. Le centre hospitalier d'Aulnay-sous-Bois (93) a donc décidé de sécuriser au maximum le circuit du médicament, de la prescription à l'administration. « Depuis 2003, nous avons équipé progressivement tous les services de l'hôpital de 32 armoires robotisées, et 100 chariots de distribution de médicaments mobiles informatisés », décrypte le Dr Bernadette Coret-Houbart, chef du service Pharmacie. Le processus débute avec la prescription du médecin, saisie sur ordinateur. L'ordonnance s'enregistre automatiquement sur l'armoire de stockage robotisée du service qui contient en moyenne 350 références.

Les infirmiers se connectent par reconnaissance d'empreinte digitale (ce qui écarte la délivrance de médicaments par des personnels non-habilités). Après avoir identifié les patients, les tiroirs qui contiennent les médicaments prescrits s'ouvrent automatiquement. « C'est un gain de temps dans la préparation du pilulier. Tout est tracé. Il y a plusieurs vérifications avant l'administration », remarque Laurent Lemaître, infirmier, qui rappelle tout de même que « l'ultime contrôle, c'est-à-dire le nom du médicament, le dosage, la date de péremption, l'identité du patient, reste de notre responsabilité ». Le coût total du projet avoisine 1,7 million d'euros. Mais le jeu en vaut la chandelle : « Nous enregistrons 15 fois moins d'erreurs dans la préparation du pilulier que par le passé, pour atteindre 0,2 % d'erreur par jour », insiste le Bernadette Coret-Houbart.



L'hôpital Robert Ballanger fait partie des deux hôpitaux européens à être intégralement équipé d'armoires robotisées. L'objectif : réduire le risque d'erreurs médicamenteuses.

Par ailleurs, les armoires sont connectées à un serveur central, ce qui facilite une gestion des stocks en temps réels. Enfin, la prescription informatisée permet une validation des ordonnances quasi-systématique par le service Pharmacie, « comme pour la médecine de ville », remarque le Dr Coret-Houbart. Une étape supplémentaire, loin d'être anodine : « Environ deux prescriptions sur dix nécessitent une intervention pharmaceutique sur le dosage, la fréquence, une interaction médicamenteuse ou simplement une erreur liée à l'informatique. »

Si Robert-Ballanger est le seul établissement européen, avec Barcelone, à être intégralement équipé d'armoires robotisées, de plus en plus d'hôpitaux suivent le mouvement et se dotent d'équipements sécurisés. L'AP-HP, par exemple, vient de lancer un appel à projets dans ce sens. La course vers une maîtrise totale du circuit du médicament est donc entamée. Demain, l'approvisionnement des armoires de stockage sera elle aussi robotisée : les infirmiers valideront le médicament par scanner, et le patient aura son propre code d'identification.

* Selon une étude de l'INEIS de 2009 - Résultats publiés en 2013.



➔ difficile à gérer, mais aussi d'assurer la sécurité de médicaments particuliers, ce qui prend du temps... » Pour le président du Leem, la réforme du système de soins passera par la télémedecine, la téléconsultation, une utilisation accrue du maillage officinal pour le premier recours, davantage d'aides pour une prescription « plus juste, moindre dans certains cas [personnes âgées], avec de plus en plus de protocoles thérapeutiques, et un renforcement de la pharmacovigilance ».

Des indicateurs respectés

Dans l'immédiat, Jean-Marc Brasseur constate que les médecins suivent plus que jamais les indicateurs qui leur sont proposés, ce qui est visible via les effets économiques de l'avenant conventionnel sur la performance. « Et c'est une bonne chose en matière de sécurité et de bon usage du médicament », relève-t-il. Ces objectifs portent en effet sur la prescription d'IEC et de sartans, d'aspirine à faible dose

comme antiagrégant plaquettaire, et de médicaments du Répertoire des génériques pour les antibiotiques, les IPP, les statines, les antihypertenseurs et les antidépresseurs. Sans compter les priorités de prévention liées au médicament : vaccination antigrippale, prescription limitée de vasodilatateurs, de benzodiazépines chez les plus de 65 ans, réduction des antibiotiques hors ALD et âges extrêmes, suivi renforcé des patients diabétiques et hypertendus. Même les indicateurs de cabinet pris en compte dans cet avenant sont de nature à sécuriser et optimiser l'usage du médicament avec notamment l'utilisation obligatoire d'un logiciel d'aide à la prescription (LAP) certifié par la Haute Autorité de santé. Une certification rendue par ailleurs incontournable pour tous les LAP au 1^{er} janvier 2015. « Il est vrai que le LAP est un outil extraordinaire pour éviter les plus grosses erreurs, coller à l'historique du patient et gagner à la fois en temps et en clarté sur la rédaction de l'ordonnance, ce qui est fondamental », commente Jean-Marc Brasseur (voir aussi encadré p. 17).

Génériques et hors AMM en questions

Restent des interrogations pour les praticiens de terrain, notamment sur les médicaments génériques. En témoignent les nombreuses questions posées par la salle le 17 octobre. À quand une uniformité de présentation avec les princeps ? « Le sujet bute sur le droit de la propriété intellectuelle », a coupé court Patrick Errard. Quid de l'équivalence entre le princeps et génériques, mise en doute par certains praticiens ? « Le sujet ne concerne que quelques produits à marge thérapeutique étroite, comme le Levothyrox, les immunosuppresseurs... », rappelle Dominique Martin, président de l'ANSM. Les éventuels problèmes d'excipients ? « Ils relèvent de l'effet placebo », souligne le président du

« Le logiciel d'aide à la prescription est un outil extraordinaire pour éviter les plus grosses erreurs, coller à l'historique du patient et gagner à la fois en temps et en clarté sur la rédaction de l'ordonnance. »

Leem. Quant à une supposée absence de contrôle des matières premières des génériques issues de Chine ou d'Inde, « il s'agit d'un fantasme », selon Dominique Martin, insistant sur la fréquence des inspections inopinées sur site « qui auront d'ailleurs prochainement des conséquences, notamment sur l'Inde », a-t-il révélé, tout en relativisant : « En qualité de production, ces pays n'ont pas grand-chose à nous envier. » La prescription de génériques ne devrait donc pas poser de difficulté de prescription. « S'il y a un risque, c'est sur les ruptures d'approvisionnement liées à la mondialisation de leur fabrication », selon Dominique Martin.

Autre point sensible évoqué par les médecins lors du congrès, la prescription hors AMM courante et souvent hors des clous. « Oui, c'est un problème... pour vous, a mis en garde Dominique Martin. Je vous engage à respecter le droit. Nous ne pouvons pas faire comme s'il ne s'était rien passé ces dernières années sur ces questions... »

D'où la volonté de l'encadrer ➔

➔ davantage via les autorisations temporaires d'utilisation (ATU) et surtout par les toutes récentes recommandations temporaires d'utilisation (voir interview ci-dessous). « *C'est vrai, dans mon domaine [l'hématologie], une quarantaine de molécules anciennes sont utilisées hors AMM, a avoué le Pr Harousseau lui-même. Il faudra sans doute assouplir. En attendant, outre ces cas où nous avons une grande expérience de l'utilisation hors AMM, il nous faut l'éviter au maximum.* »



De nombreuses interrogations subsistent chez les praticiens de terrains notamment sur les médicaments génériques et les prescriptions hors AMM courante.

Point de vue extérieur

Dominique Martin, directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)



« Le bénéfice-risque sera désormais réévalué durant toute la vie du médicament »

Quels sont pour vous les enjeux sur le médicament depuis la loi du 19 décembre 2011 renforçant la vigilance ?

Trois axes en sont issus et concernent le renforcement de la pharmacovigilance, le développement des études pharmaco-épidémiologiques – comme c'est le cas sur le Gardasil et des nouveaux anticoagulants, par exemple –, et la réévaluation du bénéfice-risque des médicaments tout au long de leur cycle de vie. Cette réévaluation de molécules anciennes ou pour lesquelles il y a un signal particulier, peut supposer des retraits d'AMM, des restrictions d'indications ou des modifications des RCP à surveiller constamment. La sécurité du médicament est aussi une question de respect de l'AMM par les professionnels de santé.

Le médecin est aussi confronté au souci d'accès rapide à certains traitements...

C'est pourquoi, même si le médecin a toujours la possibilité de prescrire hors AMM dans des situations

extrêmement mesurées, nous développons des procédures d'encadrement de prescription hors AMM, avec les recommandations temporaires d'utilisation (RTU). Elles permettent à la fois d'assurer la sécurité juridique du prescripteur et la surveillance de ces produits, avec l'objectif d'étendre ensuite l'AMM. Des RTU concernent par exemple déjà le baclofène dans le cadre du traitement de la maladie alcoolique, le Roactemra dans la maladie de Castleman et le Remicade dans la maladie de Takayasu. D'autres sont en préparation sur le Velcade, la thalidomide (dans certaines formes de lupus) et le vérapamil dans l'algie vasculaire, ainsi que sur des vaccins particuliers. Le processus est sous-utilisé et mérite d'être étendu.

Comment les médecins ont-ils accès aux informations utiles ?

Ils reçoivent des courriers intitulés « Information sécurité patients » de la part des laboratoires qui ont fait l'objet d'un accord avec l'ANSM. Mais

j'incite aussi les médecins à consulter le site de l'Agence (ansm.sante.fr), qui comporte énormément d'informations, et à s'abonner gratuitement à notre lettre électronique. Cet abonnement peut se faire sur la base de critères spécifiques, ce qui est utile pour les spécialistes. Notre base de données « Médicament » accessible en ligne est également une bonne ressource, d'ailleurs très consultée par les praticiens.

La pharmacovigilance peut désormais venir des patients. Reste-t-elle insuffisante ?

Le nombre de signalements par les usagers reste assez faible, à 1500 dans l'année, ce qui n'est pas anormal car la disposition est récente. Il nous faut par ailleurs augmenter les remontés par les professionnels de santé, notamment les médecins, en nombre mais aussi en qualité, ce qui est essentiel pour conduire des analyses de pharmacovigilances utiles. Cela est rendu plus aisé désormais avec la dématérialisation des déclarations sur notre site, même si le système reste perfectible. Le médecin est l'une des personnes clés pour faire remonter ces informations.

vos informations pratiques



le guide juridique

- 24. décryptage :** la procédure disciplinaire
- 26. pratique :** lorsque la personne refuse les soins...
- 28. pratique :** tenir et conserver un dossier médical
- 30. en bref :**
 - médecins militaires inscrits au tableau et remplacements
 - Ebola : le b.a.-ba
 - VAE ordinale



www.conseil-national.medecin.fr

Retrouvez votre information de référence sur le site de l'Ordre des médecins

- Vos informations réglementaires, juridiques et pratiques sur l'espace Médecin
- Les rapports et les publications de l'Ordre
- Les articles du code de déontologie et ses commentaires

La procédure disciplinaire

« Tout médecin, lors de son inscription au tableau, doit affirmer devant le conseil départemental de l'Ordre qu'il a eu connaissance du [...] code de déontologie et s'engager sous serment et par écrit à le respecter. »

Un manquement à ces règles déontologiques codifiées aux articles R. 4127-1 à R. 4127-112 du code de la santé publique expose son auteur à une sanction disciplinaire par le biais de la juridiction ordinaire. M. Marcel Pochard, conseiller d'État et président de la chambre disciplinaire nationale, nous propose un focus sur cette juridiction...

Sa fonction

Les chambres disciplinaires ont pour fonction essentielle d'apprécier si le médecin mis en cause a manqué ou non à la déontologie médicale. Elles se prononcent sur des plaintes dirigées contre des médecins et émanant de patients, de collègues, d'organismes concernés (Ordre, agences régionales de santé, etc.)... À côté des chambres disciplinaires, les sections des assurances sociales sont chargées, quant à elles, d'apprécier les éventuels manquements aux règles relevant du code de la sécurité sociale.

Son organisation

Il existe une chambre disciplinaire de première instance (CDPI) par région. Ces chambres sont présidées par un membre des tribunaux administratifs ou cours administratives d'appel, assisté d'assesseurs élus par le conseil régional de l'Ordre des médecins pour moitié parmi ses membres et pour moitié parmi des membres et anciens membres de l'Ordre. En appel, c'est la chambre disciplinaire nationale (CDN) qui statue. Elle est présidée par un conseiller d'État, assisté d'assesseurs élus par le conseil national de l'Ordre pour moitié parmi ses membres et pour moitié parmi des membres et anciens membres de l'Ordre. La composition de ces chambres, faite d'un

professionnel du droit et de médecins, garantit la bonne prise en compte des exigences médicales et de celles du droit.

La nature des plaintes

30 à 35 % des plaintes portent sur l'établissement de certificats tendancieux ou d'immixtion dans la vie privée (exemple fréquent : la rédaction en faveur d'un parent d'un certificat sur l'état de santé d'un enfant dans un contexte familial conflictuel, les parents cherchant souvent à instrumentaliser le médecin). Le deuxième grand motif de plaintes relève des atteintes à la confraternité. Ces plaintes sont presque aussi fréquentes que celles concernant des certificats tendancieux. Viennent ensuite, pratiquement au même niveau, les plaintes liées à la qualité des soins et celles touchant au comportement du médecin à l'égard des patients, de leur famille ou des institutions avec lesquelles il est en relation.

Les sanctions

Sur les 1200 plaintes déposées chaque année, environ un quart ne donnent pas lieu à décision par suite d'irrecevabilité. Restent donc 900 affaires pour lesquelles une décision au fond est rendue. La moitié de ces décisions donne lieu au prononcé d'une sanc-

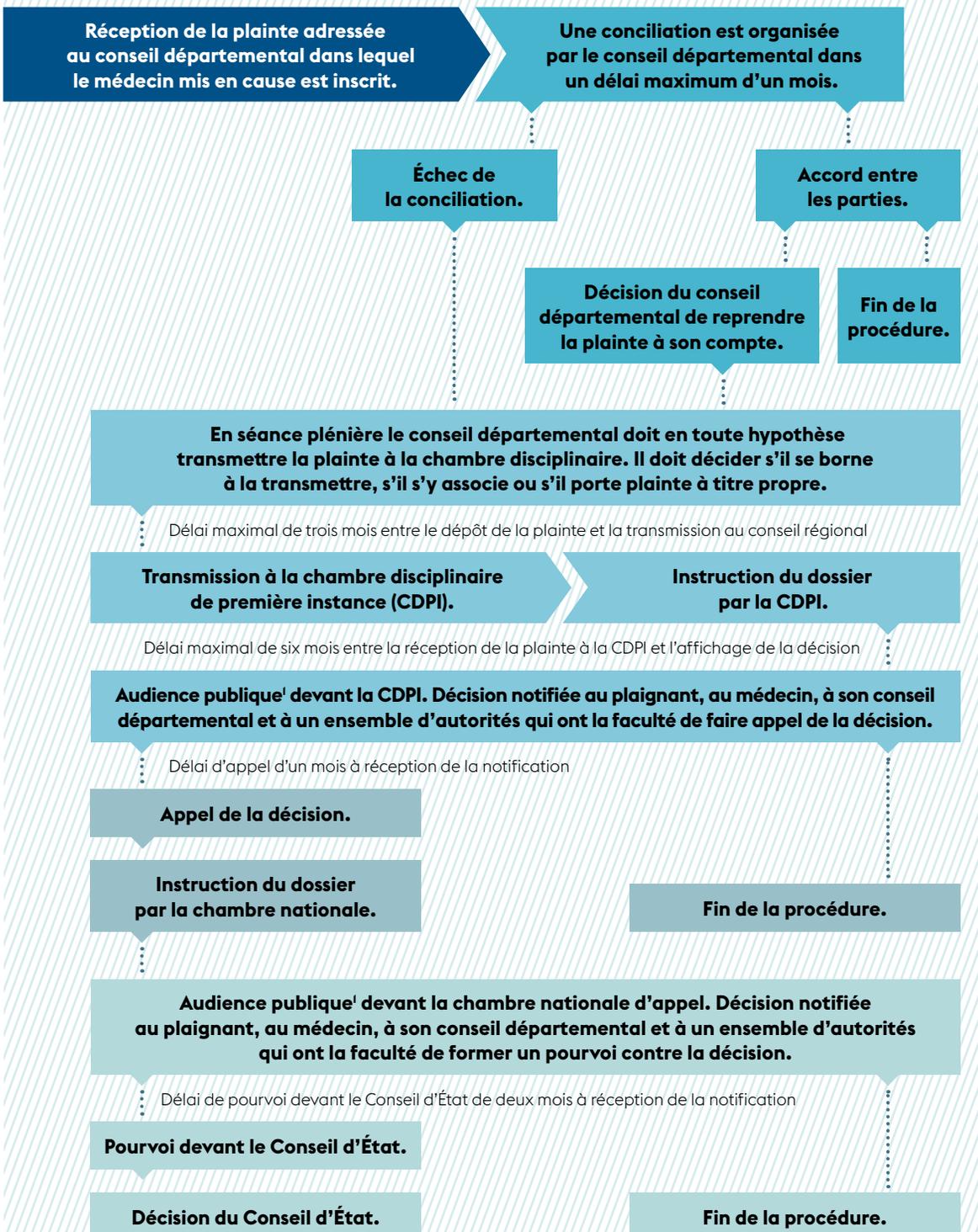
tion : un avertissement ou un blâme la plupart du temps, quelquefois une interdiction d'exercice de la médecine de courte durée, mais ce peut être une radiation ou une interdiction d'exercer d'un an ou plus (dans 10 % des cas). Les décisions prises par la CDPI ne sont que très rarement remises en cause *in fine* : sur 900 décisions, en 2013, seules un bon tiers ont fait l'objet d'appel et seules 113 ont donné lieu à annulation ou réformation par la CDN. La procédure disciplinaire n'interdit ni la mise en jeu de la responsabilité civile, ni celle de la responsabilité pénale.

Chambre disciplinaire et impartialité

L'impartialité de la juridiction ordinaire est essentielle. C'est pourquoi les chambres disciplinaires doivent être irréprochables dans leur fonctionnement, dans l'instruction des dossiers et dans leur façon de traiter les affaires. En ce sens, a été élaborée une charte de déontologie des membres des chambres disciplinaires, qui a été rendue publique en avril 2014. Cette charte rappelle de façon très pratique les principes et comportements à respecter. Le respect de cette charte est une condition de la confiance de nos concitoyens en la juridiction ordinaire.

+ d'infos : www.conseil-national.medecin.fr

LE PARCOURS D'UNE PLAINTE



1. Sauf ordonnance de huis-clos du président de la chambre pour motif tiré du respect de la vie privée, de bonnes mœurs ou de la moralité.

Lorsque la personne refuse les soins...

Il arrive parfois que la personne refuse les soins proposés par le médecin alors que la situation est particulièrement préoccupante. La législation actuelle met dans ces conditions le praticien devant un dilemme : respecter le libre choix du patient et ne pas le soigner, le laisser mourir, ou bien passer outre et le sauver. Seule l'étude des circonstances pourra guider le médecin et l'équipe soignante afin d'adopter la moins mauvaise solution.

Les circonstances

Refus délibéré : il peut s'agir de la décision raisonnée et réfléchie d'un patient qui estime que sa pathologie va le conduire à un état de dépendance tel que pour lui le combat est terminé. Il en est ainsi de projet d'intervention chirurgicale mutilante qui pourrait permettre néanmoins une survie quand bien même elle serait difficile. Ou bien encore un traitement qui serait annoncé comme particulièrement pénible et dont les conséquences paraissent disproportionnées par rapport à ce qui reste d'espérance de vie. Il peut s'agir aussi d'un refus de transfert du domicile à un lieu d'hospitalisation ou bien d'un changement de service, voire de l'admission sur un plateau technique mieux adapté.

Convictions « pseudo-scientifiques » reposant sur des « travaux » non homologués et préconisant par exemple, l'abstention de certaines vaccinations obligatoires, le refus de certains protocoles de chimiothérapie au profit de thérapeutiques possiblement illusoire voire charlatanesques.

Croyances religieuses ou sectaires : tel le refus de transfusion pour les témoins de Jéhovah ou le

refus de soins parce que ceux-ci seraient délivrés par un homme ou par une femme.

Les grèves de la faim : moyen de pression susceptible de faire fléchir la partie adverse, de sensibiliser l'opinion, de faire valoir un droit supposé, parfois individuel, parfois collectif (groupes, milieu carcéral, prisonniers politiques...).

Fin de vie : la décision du patient conscient, parfaitement informé, réitérée, doit être respectée d'autant plus que le médecin doit s'interdire toute obstination déraisonnable. Si le patient ne peut plus s'exprimer, le refus de soins a pu être inscrit dans des directives anticipées qui devront être respectées autant qu'elles le peuvent. L'avis des proches est nécessaire, la discussion doit être collégiale.

La position doctrinale de l'Ordre

La relation médecin-patient : en toutes circonstances : écouter, parler, expliquer, éclairer, proposer, aider à faire un choix, accompagner... seront toujours les moyens incontournables et les repères déontologiques du médecin pour tenter d'infléchir la décision de la personne. Il n'omettra pas

d'envisager et d'offrir, si possible, d'autres alternatives moindres à la solution proposée et refusée. Plus que jamais, l'information délivrée devra être « claire, loyale et appropriée ». Le médecin devra tenir compte de la situation particulière, toujours singulière, de la pathologie et du pronostic, de l'âge et de l'espérance de vie avec ou sans traitement spécifique ou alternatif, de la décision du patient.

Le médecin ne devra pas se contenter d'un seul refus. Il devra réitérer sa démarche et à nouveau chercher à faire comprendre à la personne les enjeux de sa décision. Le médecin pourra solliciter d'autres avis, s'assurer du concours du médecin traitant s'il ne l'est pas. Le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical. Il peut parfois être indiqué de faire consigner au patient son refus par écrit, ne serait-ce que pour lui signifier d'une autre manière la gravité de sa décision. Un tel document ne décharge pas le médecin de ses responsabilités mais peut témoigner que le patient a bien été informé.

Lorsque le patient est hors d'état de manifester sa volonté, le médecin

devra tenir compte d'éventuelles directives anticipées, de l'avis de la personne de confiance et des proches, de la discussion collégiale préalable à toute interruption des traitements en cours ou de ceux éventuellement possibles.

La transgression consistant à traiter une personne malgré ses souhaits pourrait être tolérée dans certaines circonstances à condition qu'il y ait un espoir réel de mieux-être ou de chance de survie. L'intervention du médecin devra être proportionnée à l'état du patient et indispensable à sa survie. Il pourrait aussi se récuser en invoquant la clause de conscience; mais la solution est-elle bien là?

Ainsi, lorsqu'une hémorragie engage le pronostic vital d'une personne **témoin de Jéhovah**, tout en respectant ses convictions, après avoir tout fait pour lui faire entendre raison, après avoir tout essayé pour compenser le déficit globulaire par tout autre moyen, à condition de pouvoir en apporter la preuve, le praticien ayant en charge le patient peut passer outre et transfuser pour éviter la mort lorsque le pronostic vital est engagé. Il peut en aviser le procureur de la République.

La jurisprudence autorise le médecin à passer outre au refus de soins lorsque trois conditions cumulatives sont réunies :

- l'acte médical doit être accompli dans le but de sauver le patient (urgence médicale);
- le patient doit se trouver dans une situation extrême mettant en jeu le pronostic vital;
- l'acte médical doit constituer un acte indispensable à la survie et

proportionné à l'état de santé du patient (absence d'alternatives thérapeutiques).

Dans le cas d'une **grève de la faim**, on applique les textes relatifs au consentement aux soins. Avec toujours autant de précautions, le médecin devra rester vigilant et intervenir dès lors que des signes inquiétants apparaîtront. Le refus de se nourrir réclamera l'intervention du médecin lequel ne peut se faire le complice d'une conduite suicidaire. Il ne saurait être question pour le médecin d'agir d'une manière coercitive dès le début de la grève, ou sur injonction des autorités, mais seulement au moment qu'il jugera personnellement et en toute indépendance le plus opportun pour prévenir et éviter une issue fatale. La décision doit être médicale, proportionnée et non excessive, et entourée de garanties procédurales suffisantes.

Concernant les détenus grévistes de la faim, ils ne peuvent être traités sans leur consentement, sauf si leur état de santé s'altère gravement et alors seulement sur décision et sous surveillance médicale (cf. article D. 364 du code de procédure pénale).

Dans le cas du refus de soins sur mineur des titulaires de l'autorité parentale risquant d'entraîner des conséquences graves pour sa santé, le médecin délivre les soins indispensables (cf. article L.1111-4, 6° alinéa du CSP). S'il existe un danger grave pour la santé de l'enfant, il peut en aviser le procureur de la République.

Il peut s'agir aussi du refus de

soins exprimé par l'enfant lui-même lequel doit être écouté si sa maturité le permet. Les titulaires de l'autorité parentale devront participer à la démarche du médecin qui, *in fine*, prendra les mesures nécessaires avec les précautions déjà exposées.

Parfois c'est un réel problème... Le principe de bienfaisance se retrouve face au principe d'autonomie. Mais, en toutes circonstances, c'est pour le médecin une obligation morale que de porter secours.

L'intervention du médecin doit toujours être proportionnelle à l'état réel de la personne, et la décision indispensable à sa survie. Seul prévaut l'intérêt du patient. Devant toute situation difficile, demander l'avis de l'Ordre des médecins. En cas de transgression nécessaire et estimée indispensable, il faudra éventuellement en assumer la responsabilité devant les juridictions.

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

+ d'infos

Avis n° 87 du CCNE : « Refus de traitement et autonomie de la personne »

Avis n° 94 du CCNE : « La santé et la médecine en prison »

Les commentaires des articles 2, 9, 36, 37, 42 et 43 du code de déontologie médicale sur le site Internet du Conseil national de l'Ordre des médecins.

Textes de référence

- Article 16-3 du code civil
- Article L. III-4 du code de la santé publique
- Article 223-6 du code pénal
- Article D. 364 du code de procédure pénale
- Articles 2, 9, 36, 37, 42 et 43 du code de déontologie médicale

Tenir et conserver un dossier médical

La tenue d'un dossier pour chaque patient examiné est obligatoire, soit sous forme « papier » soit sous forme dématérialisée.



CE QUE CONTIENT LE DOSSIER MÉDICAL

Des « informations formalisées » comme :

- Les comptes rendus et résultats d'examens cliniques et complémentaires.
- Les prescriptions.
- Les éléments de la conduite à tenir proposée en l'absence de diagnostic formel.
- Les correspondances échangées par écrit ou par messagerie sécurisée.

Le dossier médical contient des données de santé personnelles au patient.

Le dossier papier ou informatisé doit être protégé pour garantir le caractère secret des informations qu'il contient.

QUI EST RESPONSABLE DU DOSSIER

- En cabinet libéral, ou en structure de regroupement de statut privé : le médecin qui l'a constitué.
- En établissement : le chef d'établissement, qui n'a cependant pas accès à son contenu.

LE CAS DU DOSSIER INFORMATISÉ

- Il fait l'objet d'une déclaration simplifiée à la Cnil.
- Les éléments qu'il contient n'ont valeur probante qu'à la condition : 1) que son auteur puisse être dûment identifié; 2) qu'il soit conservé dans des conditions de nature à en garantir

l'intégrité et à préciser la date de création. Les éditeurs de logiciels doivent fournir ces garanties.

- Le patient doit être informé, par affichette dans la salle d'attente ou par le livret remis dans les établissements, du traitement informatisé et de ses droits d'accès, de rectification et d'opposition pour des motifs légitimes (art. 32, 34, 38, 40 de la loi « Informatique et libertés »).
- Si le dossier est hébergé (externalisé ou dans un cloud), il ne peut l'être que chez un hébergeur agréé (<http://esante.gouv.fr/services/referentiels/securite/hebergeurs-agrees>).
- Le contrat d'assistance et de maintenance passé entre le prestataire et le médecin est obligatoire, il doit inclure une clause de confidentialité (voir le Guide des professionnels de santé sur le site www.cnil.fr).

L'ARCHIVAGE DU DOSSIER

S'aligner sur le délai d'au moins vingt ans à partir de la dernière consultation, ou admission, s'il s'agit d'un établissement.

BON À SAVOIR

Les notes personnelles non formalisées du médecin (que le Cnom déconseille fortement) ne font pas partie intégrante du dossier.

TRANSMETTRE UN DOSSIER MÉDICAL ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

- Les personnels qui assistent le médecin dans son exercice doivent être informés du caractère secret des informations qui s'y trouvent et de la sanction pénale à laquelle ils s'exposent en cas de divulgation.
- Le patient doit être informé que les données contenues dans son dossier pourront être partagées avec d'autres médecins, dans un cabinet de groupe par exemple; il doit pouvoir s'y opposer. Dans un établissement, il doit être informé que ce partage s'étendra vers d'autres professionnels de santé constituant une équipe de soins; il peut s'y opposer.
- Lorsque le médecin cesse son activité, les dossiers peuvent être transmis au médecin qui lui succède sauf si le patient entend s'adresser à un autre médecin.

TRANSMETTRE UN DOSSIER MÉDICAL AU PATIENT ET À SES AYANTS DROIT

- Le patient a, depuis la loi du 4 mars 2002, accès intégral à son dossier et peut en obtenir communication soit par consultation sur place, soit par la remise ou l'envoi d'une copie, à sa demande (art. L. 1111-7 du code de la santé publique).
- Les ayants droit du patient décédé y ont également accès pour certains motifs : « connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt, faire valoir leurs droits », sous réserve que le défunt ne s'y soit pas

opposé de son vivant.

- Le patient peut demander que son dossier soit transmis à un médecin de son choix ou à une personne mandatée par écrit et justifiant de son identité.

TRANSMETTRE UN DOSSIER MÉDICAL AUX AUTORITÉS JUDICIAIRES

- Le dossier médical d'un patient vivant ou décédé ne peut être « accessible » aux autorités judiciaires que :
 - 1) par perquisition du magistrat qui la décide;
 - 2) par saisie de dossier par un officier de police judiciaire agissant sur commission rogatoire d'un juge d'instruction ou sous le contrôle du procureur qui l'ordonne. Dans les deux cas, la présence d'un représentant de l'Ordre des médecins est demandée.

D' Irène Kahn-Bensaude, vice-présidente du conseil national de l'Ordre des médecins.



d'infos

- > Consultez la FAQ sur les dossiers médicaux : <http://www.conseil-national.medecin.fr/faq-page/>
- > Commentaires de l'article 45 du code de déontologie médicale : <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-45-fiche-d-observation-269>
- > Références : articles R. 1112-2 (établissements de santé) et R. 4127-45 (cabinet libéral) du code de la santé publique.



VAE ordinale

Il ressort du décret^o 2012-637 du 3 mai 2012 relatif aux conditions dans lesquelles les docteurs en médecine peuvent obtenir une extension de leur droit d'exercice dans une spécialité non qualifiante que l'accès à la validation des acquis de l'expérience (VAE) ordinale suppose la qualité de médecin spécialiste, et que l'impétrant n'ait pas déjà présenté, dans les trois années qui précèdent, sa candidature à l'obtention d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires du groupe I dans le cadre de la procédure de validation de l'expérience professionnelle prévue par le décret du 27 janvier 2012 susvisé. Compte tenu de la parution de l'arrêté du 16 octobre 2014 octobre 2014 pris en application du décret n^o 2012-637 du 3 mai 2012 relatif aux conditions dans lesquelles les docteurs en médecine peuvent obtenir une extension de leur droit d'exercice dans une spécialité non qualifiante. Le dossier de demande d'exercice complémentaire doit être adressé avant le 15 février de chaque année par l'intéressé au conseil départemental de l'Ordre dont il relève, lequel transmet la demande à la commission nationale de première instance, au 1^{er} mars de chaque année. Les impétrants, sous réserve des conditions d'éligibilité sus-évoquées, peuvent donc désormais déposer une demande auprès de leur conseil départemental.

**Section Formation et
Compétences médicales**



Médecins militaires inscrits au tableau et remplacements

En l'état actuel du droit et quelle que soit l'interprétation qui puisse être donnée à tel ou tel terme, le cumul d'activités est soumis à une autorisation qui, dans cette hypothèse, n'est et ne sera accordée en aucun cas.

Le remplacement de confrères libéraux par des médecins des armées en position d'activité au sens de l'article L.4138-2 du code de la défense serait

donc illégal, avec toutes les conséquences, notamment disciplinaires et assurantielles, susceptibles d'en résulter.

En conséquence, **les médecins militaires en activité ne sont pas autorisés, en raison de leur statut, à effectuer des remplacements de confrères qui exercent leur activité à titre libéral.** Il n'est pas possible d'y déroger.



Ebola : le b.a.-ba

À la demande et conjointement avec le conseil national de l'Ordre des médecins, le ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes a réalisé une fiche d'informations sur Ebola. Cette fiche contient les éléments d'information indispensables pour connaître la conduite à suivre en cas de suspicion d'un cas Ebola se présentant au cabinet du médecin. Elle rappelle notamment qu'il faut :

- isoler le patient en évitant tout contact physique avec lui et lui faire porter un masque chirurgical si possible;
- se protéger avec le matériel disponible (hygiène des mains avec le SHA, masque, surblouse à usage unique et lunettes de

protection largement couvrantes);

- appeler le SAMU-Centre 15 qui, en conférence téléphonique, va conduire avec vous, un infectiologue référent si besoin et l'Institut de veille sanitaire, l'évaluation clinico-épidémiologique qui permet le classement du cas.

Le ministère a également mis à disposition des professionnels de santé une boîte aux lettres afin de répondre, dans des délais très courts, à leurs questions concernant la gestion de la crise Ebola : **ebola-professionnels@sante.gouv.fr**

+ d'infos :

www.conseil-national.medecin.fr
www.ebola.sante.gouv.fr

culture médicale



Suzanne Ciric et Catherine Razavet-Pomagalski, *Oser entendre. L'aventure de la parole en maternité*, éditions L'harmattan, 22 euros.

OSER ENTENDRE

Cette étude a été écrite à quatre mains par Suzanne Ciric et Catherine Razavet, deux pédiatres en fin de carrière. Après 37 ans d'exercice en ville, elles décident de se consacrer à l'écoute des mères en intervenant juste après l'accouchement, dans le service du Pr Oury à l'hôpital Robert-Debré. Dans *Oser entendre*, elles nous font partager les témoignages issus de ces six années de visites hebdomadaires. Un véritable travail qui vise à prévenir les troubles de la relation parent-enfant.



Marie-Jo Thiel, *La Santé augmentée : réaliste ou totalitaire*, édition Bayard, 21 euros.

LA SANTÉ AUGMENTÉE : RÉALISTE OU TOTALITAIRE

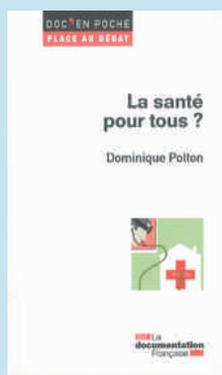
Marie-Jo Thiel, médecin, professeure d'éthique et directrice du Centre européen d'enseignement et de recherche en éthique de la Commission européenne, propose dans cet essai de nous questionner sur le développement des biotechnologies et son influence sur l'exercice de la médecine. Réparer, régénérer, voire transformer et augmenter l'être humain, la médecine contemporaine s'ouvre à des scénarios de science-fiction. Mais ce mouvement de médicalisation globale de l'existence humaine contribue-t-il à l'humanisation des personnes et au bien-être social? Éléments de réflexion...



D^r Georges Vieilleident, *Médecin de campagne, une vie*, édition Calmann-Lévy, 17 euros.

MÉDECIN DE CAMPAGNE, UNE VIE...

Pendant quarante-quatre ans, il aura parcouru chaque année 50 000 kilomètres en voiture, arpenté à pied les chemins non carrossables pour rendre visite à ses malades, à toute heure du jour et de la nuit, en toutes saisons et par tous les temps... Au lendemain de son départ à la retraite, le D^r Vieilleident, médecin généraliste établi à Saugues, en Haute-Loire, a décidé de coucher par écrit ses souvenirs. Anecdotes, moments de joie mais aussi de peine et de doute se succèdent pour narrer le quotidien souvent difficile d'un médecin de campagne passionné.



Dominique Polton, *La Santé pour tous ?*, La Documentation française, 7,90 euros.

LA SANTÉ POUR TOUS ?

Si, en 2000, l'OMS évaluait notre système de santé comme le plus performant au monde en termes d'offre et d'organisation des soins de santé, il n'en est pas moins jugé par certains comme inefficace, inégalitaire et dispendieux... à réformer d'urgence! Alors que sa rénovation est planifiée par la future loi santé attendue au printemps 2015, Dominique Polton, économiste et conseillère auprès de la Cnamts, dresse un bilan de notre système de santé, pointant ses forces et ses faiblesses, tout en suggérant des pistes de réflexion utiles au débat.

D^r Maud Santantonio,
31 ans, médecin généraliste, volontaire
à Médecins sans frontières.

« Ce que je retire de mes expériences va au-delà de l'exercice de la médecine »

« J'ai toujours voulu faire de la médecine humanitaire. Dès la fin de ma deuxième année d'études, je suis partie au Niger pour voir comment cela se passait sur le terrain. Cette même curiosité m'a incitée à faire un de mes stages d'internat à Saint-Laurent-du-Maroni, en Guyane. J'y ai soigné des patients venus d'horizons multiples, avec des différences ethniques et culturelle très enrichissantes. Sur le plan médical, j'ai appris à soigner des pathologies que l'on trouve rarement chez nous, ou jamais à un stade aussi avancé. L'expérience d'Haïti, où je suis arrivée juste après le tremblement de terre de 2010 avec une équipe du Samu de Guyane, a été très importante : dans ces conditions difficiles, j'ai eu la confirmation que c'était bien cette médecine-là que je voulais faire, et j'ai postulé à Médecins sans frontières. J'ai déjà fait trois missions pour eux : le Sud-Soudan, Beyrouth et la Sierra Leone. Chaque fois, j'apprends un peu plus. Je suis confrontée à des pathologies nouvelles pour moi, à des situations qui dépassent les seules compétences médicales. Je sais que je ne peux pas tout faire... Mais je sais aussi qu'il y a un moment où il faut se lancer ! Ce que je retire

de ces expériences va au-delà de l'exercice de la médecine. C'est toujours très dense humainement et émotionnellement. Au Sud-Soudan, j'ai été touchée par ces mères qui, avec une très grande dignité, refusaient l'acharnement thérapeutique et repartaient avec leur enfant. Elles comprenaient d'elles-mêmes combien étaient infimes leurs chances de survie. Nous ne pouvions que nous incliner devant leur courage. Mon séjour auprès des malades de la fièvre Ebola a été sans doute le plus éprouvant de tous. C'est un concentré violent d'émotions au quotidien. Cela ne s'arrête jamais... En même temps, les échanges sur place avec les malades et les autres soignants sont très intenses. Nous savons pourquoi nous sommes là... même si nous ne sommes qu'une goutte d'eau ! Je vais continuer la médecine humanitaire parce que je veux aller voir par moi-même ce qui se passe dans les zones souvent délaissées par la communauté internationale, être auprès de ces populations et témoigner. Je crois plus que tout que le droit de tout homme à la dignité passe par le droit à la santé mentale et physique, et je veux agir dans ce sens. »



parcours

2001

Entre en première année de médecine (Lyon).

Fin 2009-début 2010

Stage d'internat à Saint-Laurent-du-Maroni (Guyane). Mission en Haïti après le tremblement de terre.

2010

DU de médecine tropicale et humanitaire (Rennes).

2011

Diplôme de 3^e cycle d'études en médecine (mail) et soutenance de thèse (décembre).

Octobre 2012

Rejoint Médecins sans Frontières.

Février 2013

Au Sud-Soudan dans un camp de réfugiés.

Février-mars 2014

À Beyrouth dans un camp de réfugiés syriens.

Juillet-août 2014

En Sierra Leone pour soigner les personnes atteintes de la fièvre Ebola.



Pour aller plus loin :

www.conseil-national.medecin.fr