

médecins

Le bulletin de l'Ordre national des médecins

n° 39 | avril-mai-juin 2015

Focus

Santé connectée :
enjeux et perspectives

Entretiens croisés

Dialogue patient-médecin :
faire progresser la
démocratie sanitaire



www.conseil-national.medecin.fr

Pour aller plus loin :
l'actualité en ligne
www.conseil-national.medecin.fr

Dossier

Fin de vie :

un nouveau texte
en phase avec les
positions de l'Ordre



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

04. focus

Santé connectée :
enjeux et perspectives

07. en bref

- Projet de loi Santé : le flou persiste
- La liberté d'installation en péril ?

09. ailleurs

Union européenne
L'Ordre des médecins réintègre le CPME

10. sur le terrain

Sortir de l'isolement, le temps d'un café

12. entretiens croisés

Dialogue patient-médecin :
faire progresser
la démocratie sanitaire

le guide juridique

24-25. décryptage

Comment changer de spécialité :
les commissions de qualifications

26. vos questions / nos réponses

La validation des acquis
de l'expérience (VAE) ordinale

27-29. pratique

- La transmission d'informations médicales
- Remplacement par un collaborateur
médecin en santé au travail
- Évolution de la réglementation concernant
l'ostéopathie
- Examen des caractéristiques génétiques
à des fins médicales et information
des personnes apparentées :
les règles de bonnes pratiques

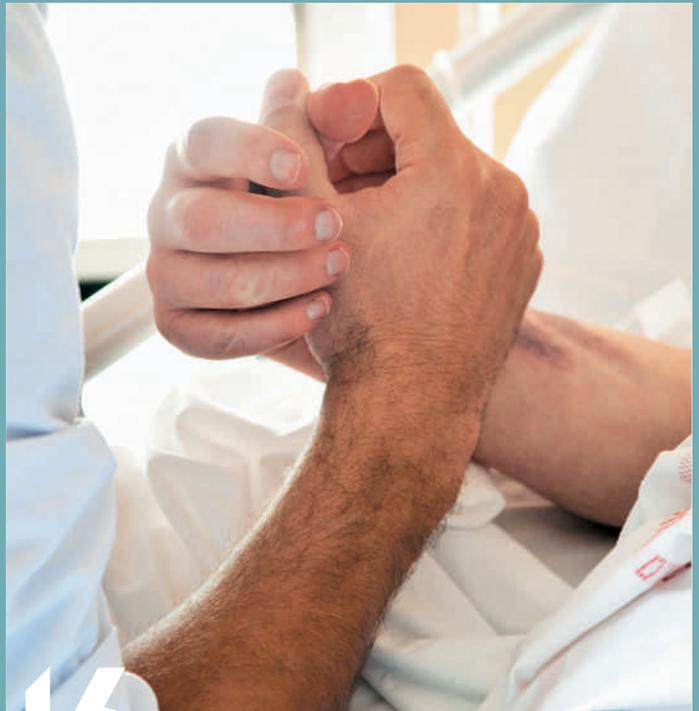
30. élections

Appel à candidatures pour une élection
complémentaire au Cnom

31. culture médicale

32. rencontre

Médecin-colonel Michel Blanche, ancien
médecin chef du SDIS 44, directeur du
SUMPPS, à l'université de Nantes



16 Fin de vie : un nouveau texte en phase avec les positions de l'Ordre

La nouvelle proposition de loi sur la fin de vie prévoit, dans des circonstances bien précises, la mise en œuvre d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès. Elle renforce également le droit des patients par la possibilité de rédiger des directives anticipées plus contraignantes pour le médecin.

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**



Accompagner les souffrances sans donner la mort

L'accompagnement de la fin de vie est un sujet ô combien délicat. Pourtant, le 17 mars, la proposition de loi d'Alain Claeys et du D^r Jean Leonetti créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie a été adoptée en première lecture à l'Assemblée nationale, avec près de 80 % de votes favorables. Un plébiscite qui n'est en rien dû au hasard.

Ce projet est en effet l'aboutissement d'une réflexion entamée il y a deux ans, et à laquelle ont participé tous les acteurs concernés. Ainsi, dès février 2013,

« Le travail mené par l'Ordre a porté ses fruits. »

l'Ordre des médecins a apporté sa contribution au débat en proposant, déjà, la possibilité d'un recours à une sédation adaptée et profonde sous certaines conditions particulières.

Nous avons défendu notre position face à la mission parlementaire et à l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques. Nous nous sommes également exprimés devant l'Assemblée nationale contre l'introduction de la clause de conscience dans la loi, le devoir de soulager un patient étant une obligation déontologique.

Ce travail de longue haleine mené par l'Ordre a porté ses fruits puisque, aujourd'hui, le texte adopté s'accorde avec notre point de vue.

Je suis convaincu que la réussite des grandes réformes de santé passe inéluctablement par la mise en œuvre d'un dialogue, d'une réflexion globale et partagée avec les instances représentatives des professionnels médicaux. Le texte sur la fin de vie en est une parfaite illustration.

Cependant, si ce projet de loi représente un réel progrès pour notre société, pour notre profession et pour les patients, il ne prendra tout son sens que s'il est accompagné d'une politique volontaire de développement des soins palliatifs, et l'Ordre sera vigilant sur cet engagement de l'État.

D^r Patrick Bouet

Président du Conseil national de l'Ordre des 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.medicin.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 -
Direction artistique: David Corvaisier - **Maquette:** Fabienne Laurent - **Secrétariat de rédaction:** Alexandra Roy - **Fabrication:** Sylvie Esquer - **Couverture:** Phanie - **Impression:** Imprimerie Vincent - **Dépôt légal:** à parution - n° 16758 - ISSN: 1967-2845.
Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.



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

Les débats de l'Ordre

Santé connectée : enjeux et perspectives

Faire prospérer le débat public en favorisant les échanges et la concertation.

Telle est l'une des ambitions affichées par l'Ordre pour l'année 2015. Ainsi l'institution a-t-elle décidé d'organiser chaque trimestre une matinée-débat thématique autour d'experts. Le premier rendez-vous, qui s'est tenu le 3 février, portait sur la santé connectée. Synthèse d'un échange aussi passionnant qu'instructif...

L'industrie, l'agriculture, l'éducation et de plus en plus la santé... la révolution numérique s'installe dans notre société, n'épargnant aucun secteur. Sa particularité ? « Non seulement elle est transversale, mais en plus, le jeu des acteurs est bouleversé, souligne Philippe Lemoine, auteur d'un rapport sur la transformation numérique de l'économie française. Jusqu'à présent les technologies de l'information se développaient en cascade partant des grandes institutions. Cette fois, ce sont les par-

ticuliers qui se sont massivement appropriés des outils de connexion aux systèmes d'information mondiaux. » L'individu est donc au cœur de cette révolution numérique. Grâce à Internet, la connaissance n'est plus l'apanage d'une élite. Chaque citoyen a accès à des ressources illimitées. Cet « empouvoirement » vient bouleverser le rapport au savoir et à la connaissance. « C'est un processus qui traverse le monde de la santé de manière extrêmement forte, relève Benoît Thieulin, président du Conseil

national du numérique. Désormais, avant d'aller consulter un médecin, les patients vont souvent se documenter sur Internet. Non pas pour essayer d'éviter la consultation, mais en réalité pour comprendre, les symptômes mais aussi les conclusions de la consultation. »

De nouveaux usages

Mieux se connaître, mieux comprendre son corps, reprendre en main sa santé... Autant de motivations émergentes qui coïncident avec l'apparition d'applications et d'objets connectés. Une nouvelle pratique, le « quantified self », est née. « Il s'agit d'un mouvement dans lequel des individus s'intéressent à retranscrire en chiffres un certain nombre de leurs activités, généralement dans le domaine du sport, du bien-être et de la santé, décrypte Olivier Desbiey, chargé des études prospectives à la Cnil. Ils vont par exemple calculer le nombre de pas qu'ils effectuent par jour, évaluer la qualité de leur sommeil, suivre leur poids, leur tension. Ils essaient éventuellement d'établir des corrélations entre ces différentes données et les comparent à d'autres... »

Quelles opportunités ?

Ces nouvelles pratiques engendrent un certain nombre d'opportunités,

Point de vue de l'Ordre

D^r Jacques Lucas, vice-président du Conseil national de l'Ordre des médecins et délégué général aux systèmes d'information en santé



« Soutenir les avantages et identifier les risques »

Face à l'explosion du marché des objets connectés et applications utilisés dans le monde de la santé, il était nécessaire que l'Ordre indique clairement le sens de ses réflexions sur les aspects éthiques, juridiques, déontologiques, économiques, pratiques. Nous avons ainsi réuni une diversité d'acteurs intervenant dans le monde de la santé et du numérique et confronté nos réflexions. Ce que nous retiendrons de cette matinée

d'échanges, c'est que notre Livre blanc correspond globalement aux attentes de l'auditoire venu en nombre et composé de personnes d'horizons très diversifiés (représentants de l'État, jeunes médecins, informaticiens...). Mais cet ouvrage n'a pas vocation à rester gravé dans le marbre. Il faudra que nous poursuivions notre réflexion. Face à cette importante révolution, nous devons observer et explorer le monde numérique sans préjugés afin de soutenir les avantages et identifier les risques pour les contrôler ou les combattre.

LA E-SANTÉ EN CHIFFRES¹

UNE OPPORTUNITÉ

91 % des médecins estiment qu'elle favorise la prévention

81 % pensent qu'elle peut améliorer la qualité des soins

UNE MENACE

66 % des médecins craignent qu'elle entrave le libre choix des patients

50 % redoutent qu'elle nuise au secret médical

29 %

des Français utilisent déjà un objet connecté à titre personnel.



70 %

des patients seraient d'accord pour être équipés d'objets connectés médicaux dans le cadre du suivi de leur affection de longue durée.

notamment en matière de prévention, comme l'explique Alexis Normand, responsable du développement santé chez Withings, société créatrice d'objets connectés : « Plus les gens se servent de nos objets, plus ils agissent sur la donnée qu'ils mesurent. Ils peuvent aussi échanger leurs informations avec des amis, lancer une compétition, créer une communauté, gagner des "badges"... Cette "gamification" de la santé est peut-être une des clés de la réussite en matière de prévention. » Un phénomène qui peut également s'avérer utile auprès de personnes atteintes d'une maladie chronique quant à l'observance de leur traitement, au suivi de conseils diététiques ou à la pratique d'activités physiques. Aujourd'hui, seuls 5 %¹ des patients indiquent que leur médecin leur a recommandé l'usage d'objets connectés grand public. « Et encore, il y a souvent une très grande confusion entre les objets électroniques qui recueillent des

données et les objets connectés, souligne le D^r Dominique Dupagne, médecin généraliste, créateur du site atoute.org. Il n'y a aucun rapport entre un lecteur de glycémie que l'on prescrit à un patient et qui permet d'obtenir un relevé, et un objet connecté qui va transmettre de l'information. Aujourd'hui, la prescription d'objets connectés n'est pas intégrée aux pratiques tout simplement parce qu'il n'y a pas encore de besoins identifiés. » Les applications et objets connectés ne seraient-ils donc que des gadgets ? « Il est très difficile de dire a priori ce qui relève du gadget de ce qui sera novateur et utile, répond le D^r Jacques Lucas, vice-président de l'Ordre des médecins et délégué général aux systèmes d'information en santé. J'ai eu l'occasion d'intervenir devant des cardiologues qui s'intéressaient d'assez près au fait d'être prescripteur d'objets connectés, notamment de tensiomètres. Cela peut être utile sous réserve que les conditions d'uti-

lisation par le patient soient bien définies et que le médecin ne soit pas tenu d'interpréter immédiatement des flux de résultats déversés en permanence. »

Big data, gros potentiel

La portée de ces nouveaux usages ne se limite pas à l'échelle de l'utilisateur éventuellement de sa communauté ou de son médecin. En effet, l'ensemble des données générées par des applications ou des objets connectés sont collectées et conservées par les concepteurs de ces dispositifs, créant ainsi un « big data ». « Cette immense quantité de données va permettre de créer une sorte de laboratoire à l'échelle de la planète et de l'humanité », prédit Benoît Thieulin. Anonymisées et agrégées, ces données présentent un potentiel énorme, notamment en termes de santé publique. « On peut faire de la data un levier d'innovation de notre système de santé, estime le D^r Jacques Lucas. À la condition, bien évidemment, de les rendre anonymes et de faire en sorte qu'elles ne puissent pas être réidentifiées. » Dans son rapport, Philippe Lemoine voit également dans la data une opportunité économique pour le système de santé. « Les maladies chroniques concernent 8 millions de personnes qui concentreront, probablement dès cette année, plus de 70 % des dépenses de santé publique. Il faut essayer de jouer la carte des données disponibles sur ces maladies pour développer de nouvelles pratiques d'accompagnement, de prévention, de soin... » En offrant la possibilité d'agréger des données géographiquement dispersées, ce phénomène pourrait également améliorer la connaissance de maladies orphelines. « Ce big data de santé à l'échelle de la planète pourra permettre de suivre les 200 personnes atteintes par telle maladie, détaille Benoît

1. Baromètre santé 360 Orange (sondage Odexa) paru le 19 janvier 2015.



Withings

Thieulin. *On peut même imaginer que, pour le diagnostic, les serveurs, les ordinateurs et les algorithmes finiront par faire mieux qu'un médecin. »*

Restons vigilants

Si les bénéfices de cette révolution numérique sont réels, les risques qui en découlent ne le sont pas moins. Les informations d'ordre personnel traitées par des systèmes informatisés sont, à l'heure actuelle, encadrées par la loi « Informatique et libertés ». « À ce titre, la donnée de santé, catégorisée "sensible", est particulièrement protégée, précise Olivier Desbiey. Il est interdit de la collecter sauf consentement de la personne, et son accès, lorsqu'elle est produite dans un contexte médical, se fait avec une sécurisation particulière. » Mais cette protection des données de santé trouve sa limite dans la porosité grandissante de la frontière entre données de santé et données de bien-être. Comment différencier ces données ? Selon leur provenance (dispositifs médicaux ou applications et objets connectés de loisir) ? Selon leur finalité (curative ou d'accompagnement) ? Doit-on considérer que dès lors qu'elles sont issues du corps, elles sont des données de santé ? « Du

point de vue de l'Ordre, les données issues de ces dispositifs doivent être rigoureusement protégées, que la personne soit malade ou pas », souligne le D^r Jacques Lucas. « Un projet de règlement européen vise à prendre position sur cette question, indique Anne Laude, doyen de l'UFR de Droit de l'université Paris-Descartes et codirectrice de l'Institut Droit et Santé. Le texte définirait pour la première fois ce qu'est une donnée de santé et pourrait aider à faire la frontière entre données de bien-être et données de santé stricto sensu. » Ce flou juridique quant au statut des données collectées pose particulièrement problème dans le cadre du quantified self. À partir du moment où l'utilisateur a accepté les cookies et conditions, son comportement est enregistré. Mais qui utilise ces données ? Les employeurs ? Les assureurs ? « Ces derniers ne seront-ils pas tentés d'adopter des régimes favorables à la prise en charge du patient en fonction des relevés liés à leur activité ? » s'interroge la codirectrice de l'Institut Droit et Santé. Autre écueil lié à la révolution numérique : la responsabilité des opérateurs à savoir le producteur du logiciel et l'industriel qui l'a mandaté pour produire ce logiciel.

« Se pose également la question de la responsabilité des professionnels de santé, ajoute Anne Laude. Les patients indiquent être prêts à utiliser davantage les objets connectés dès lors que leurs médecins les prescriront. Mais qu'en est-il de la responsabilité d'un professionnel de santé qui aura recommandé un tel dispositif ? » Enfin, la question de la fiabilité des applications et objets connectés fait également débat. « Nous pourrions imaginer une labellisation par des autorités officielles, mais aussi par des associations », propose le D^r Jacques Lucas. Mais comment mettre en place une telle régulation demande Dominique Dupagne : « Internet a fait exploser les contrôles et les réglementations parce que les lois ont des frontières et qu'Internet n'en a pas. Peut-être faudrait-il envisager une alternative telle que la pédagogie ? »

La médecine de demain

Cette révolution sociétale qui bouscule radicalement le monde de la santé n'épargne pas la profession de médecin. « De nouveaux métiers vont apparaître, prévient Benoît Thieulin. Nous aurons besoin de beaucoup plus de médecins en back-office pour penser, créer et vérifier les algorithmes développés dans les applications et objets connectés. Il y aura aussi davantage de besoins en front-office. Les gens voudront plus d'explications, plus d'accompagnement. Vous n'écoutez pas un algorithme, mais une personne qui vous explique. » Si la profession de médecin en tant que telle ne semble donc pas en péril, elle est néanmoins vouée à être « réinventée ». « Nous appelons les médecins à utiliser les applications et objets connectés dans leur exercice, insiste le D^r Jacques Lucas. Mieux vaut s'intéresser à la façon dont nous exercerons la médecine demain plutôt que vouloir reproduire à tout prix un modèle ancien, au prétexte qu'il nous est familier. »

Messagerie DGS urgent

La Direction générale de santé (DGS) a mis en place un service de messagerie électronique « DGS-Urgent ». Ce dispositif envoie aux professionnels de santé les messages sanitaires émis sur la liste de diffusion DGS-Urgent (par exemple : épidémie de méningite, signalement de produits dangereux...). Le Conseil national de l'Ordre encourage les médecins à s'inscrire sur cette liste de diffusion.

+ d'infos
dgs-urgent.sante.gouv.fr

les tweets

@ordre_medecins - 6 mars
 L'Ordre des médecins défavorable à la proposition de loi visant à limiter la liberté d'installation des médecins.
<http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1572>

@SecuriteCnom - 15 mars
 L'ampleur de la manifestation de médecins démontre la nécessité de prendre le temps du dialogue sur le contenu de la #LoiSanté #NotreLDS

@SecuriteCnom - 17 mars
 Le Cnom salue l'adoption de la prop loi Claey-Leonetti, un texte équilibré qui a su trouver une large majorité à l'Assemblée Nat #Findevie

Projet de loi Santé : le flou persiste

Si Marisol Touraine, ministre en charge de la Santé, a apporté, le 9 mars, des précisions sur certains points circonscrits du texte du projet de loi Santé, elle n'a néanmoins pas évoqué les sujets qui nourrissent les inquiétudes des médecins.

Les propositions relatives aux conditions matérielles et financières de la mise en œuvre du virage ambulatoire sont en effet incomplètes. Même constat pour l'obligation de tiers payant, la gouvernance de la santé dans les territoires, ainsi que pour les problématiques liées à la formation, à l'offre de soins et au service public hospitalier.

Les déclarations de la ministre et l'étude du texte en commission à l'Assemblée nationale tentent de mettre un terme de façon définitive et précipitée à la

concertation entamée cet hiver sans tenir compte de l'implication des acteurs, des nombreuses pistes de réflexion et de réforme constructives. Il apparaît pourtant plus que jamais nécessaire de laisser se poursuivre ces discussions pour aboutir à une réforme partagée.

L'Ordre mène un travail de conviction auprès des parlementaires de la commission des affaires sociales dans l'objectif de faire passer des amendements au projet de loi.

Alors que la tenue d'une conférence de santé a été annoncée par le Premier ministre, l'Ordre continue d'affirmer que la concertation est plus que jamais indispensable.

+ d'infos
www.conseil-national.medecin.fr/node/1575

l'image



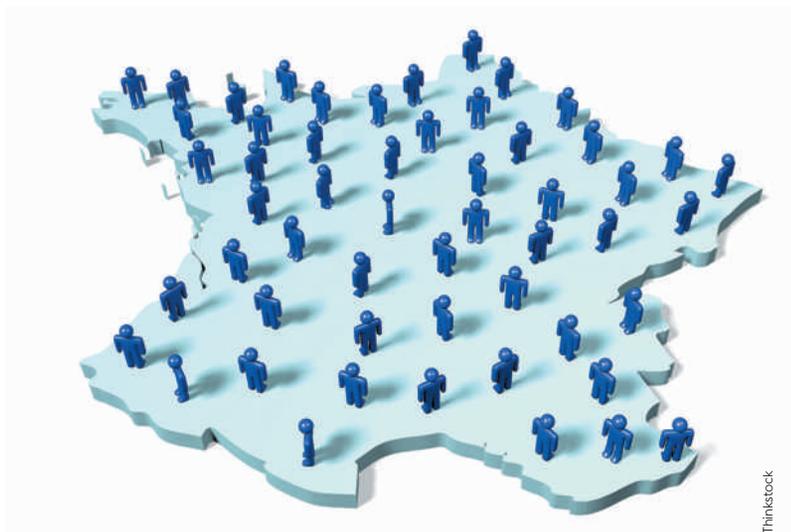
LES MÉDECINS MOBILISÉS Le 15 mars, entre 20 000 et 50 000 médecins, internes, étudiants ont manifesté à Paris contre le projet de loi Santé. Une forte mobilisation qui n'a pourtant pas freiné l'étude du texte en commission à l'Assemblée nationale, deux jours après.

Les prix de la Santé Mobile

Organisés en partenariat avec des associations de patients, des sociétés savantes et des associations de professionnels de santé, les Trophées de la Santé Mobile 2015 ont une nouvelle fois récompensé des applications mobiles de santé. Le Grand Trophée a été décerné à « Mes vaccins ». Cette application mobile gratuite est un calendrier vaccinal électronique (CVE) qui permet de gérer et de partager de manière sécurisée son planning de vaccinations.

+ d'infos

www.trophees-sante-mobile.com



Thinkstock

La liberté d'installation en péril?

L'Ordre des médecins a demandé le retrait de la proposition de loi du député du Tarn Philippe Folliot (UDI) visant à instaurer un *numerus clausus* à l'installation des médecins généralistes. Selon cette proposition, toute demande d'installation devrait d'abord être validée par les ARS, qui se fonderaient sur les données démographiques dont elles disposeraient en prenant en compte un « *seuil de population défini par décret* ». Non seulement

de telles mesures vont à l'encontre de l'intérêt des patients, mais elles dénaturent le principe même d'exercice des médecins libéraux, mettant en péril la profession. L'Ordre déplore la manière expéditive et sans concertation employée pour traiter le délicat problème de la démographie médicale.

+ d'infos

www.conseil-national.medecin.fr/node/1572

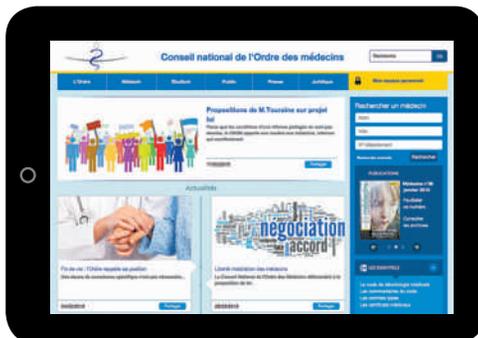
le chiffre

14%

des Français déclarent avoir été victimes de maltraitance durant leur enfance. Parmi eux, 60 % n'en ont parlé à personne. Des chiffres chocs qui appellent à renforcer notre vigilance.

Source : L'Enfant bleu, mars 2015

À lire : www.conseil-national.medecin.fr



Le site de l'Ordre www.conseil-national.medecin.fr a fait peau neuve. En plus d'un nouveau graphisme, le site adapte désormais son affichage au support depuis lequel il est consulté – ordinateur, tablette, smartphone – afin d'optimiser la navigation des internautes.



L'ORDRE DES MÉDECINS RÉINTÈGRE LE COMITÉ PERMANENT DES MÉDECINS EUROPÉENS (CPME)

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a acté, lors de sa session de décembre 2014, son adhésion au Comité permanent des médecins européens (CPME). L'objectif : renforcer sa présence sur la scène européenne.

Le CPME a pour objet de promouvoir au sein de l'Union européenne l'exercice d'une médecine de qualité, respectueuse des intérêts des patients. Interlocuteur privilégié parmi les sept associations représentant la profession médicale à Bruxelles, le Comité contribue activement aux débats, apportant ses expertises, ses analyses et ses propositions sur les questions de santé dans le processus législatif et les projets européens. Il participe ainsi à la eHealth Governance Initiative (eHGI), la Joint action health workforce planning and forecasting, ou encore la PATient REGistries iNiTiative (Parent).

Une meilleure représentation

L'adhésion au comité offrira au Cnom, par le biais de son bureau à Bruxelles, davantage d'opportunités pour interagir avec les institutions européennes sur les sujets de santé. Un moyen également de mieux défendre les intérêts de la profession sur le plan européen. « *Je me félicite de notre adhésion au CPME, a déclaré le Dr Patrick Bouet, président du Cnom. Cette nouvelle étape représente une démarche naturelle et nécessaire pour l'Ordre qui souhaite réaffirmer l'importance du médecin au cœur de la société française et ambitionne de porter ce message à l'échelon européen.* »

28

associations médicales sont membres du Comité permanent des médecins européens (CPME).

Une deuxième adhésion

Le Conseil de l'Ordre des médecins a été membre du CPME jusqu'en 2008, date à laquelle il a décidé de démissionner, conjointement avec les Ordres espagnol, portugais et italien. Le travail du comité ne correspondait plus à ses attentes.

Mais depuis, le CPME a connu d'importantes évolutions : une nouvelle définition du rôle du secrétaire général, mais aussi la mise en place du vote pondéré.

Le CPME dispose actuellement de plusieurs groupes de travail. Tous ne sont pas actifs et ils pourraient évoluer en fonction du nouvel agenda législatif de la Commission européenne. Dans un premier temps, le Cnom a choisi de s'impliquer au sein de cinq de ces groupes :

- pratique professionnelle,
- e-santé,
- normalisation,
- sécurité du patient,
- études démographiques.

Le processus de travail sera le même que pour l'Association médicale mondiale (AMM). Le Dr Patrick Romestaing, vice-président de l'Ordre, et le bureau de Bruxelles demanderont aux sections et aux élus concernés leur expertise sur les textes préparés par les groupes de travail.

Candidat à la vice-présidence

Les 22 et 23 mai prochain, la délégation de l'Ordre français, composée du Dr Patrick Bouet, président du Cnom, du Dr Patrick Romestaing, vice-président, du Dr Walter Vorhauer, secrétaire général et du Pr Claude-François Degos, conseiller national, se rendra à Reykjavik pour la réunion annuelle du CPME. À cette occasion, se tiendront les élections du président, des quatre vice-présidents et des autres membres du comité exécutif. Le Cnom a proposé la candidature du Dr Patrick Romestaing au poste de vice-président.

Texte : Éric Allermoz | Photos : Julian Renard/Babel Photo

Sortir de l'isolement, le temps d'un café

L'association France Alzheimer et maladies apparentées du Loiret organise une fois par mois des Cafés mémoire® dans une grande librairie d'Orléans. Un moment d'écoute et d'échanges conviviaux apprécié par les malades Alzheimer autant que par leurs proches.

Ils arrivent les uns après les autres, souvent en couple, et prennent place dans la cafétéria de la grande librairie Passion Culture du centre-ville d'Orléans. « *C'est essentiel pour moi et mon mari de sortir, de rencontrer du monde* », confie Yvonne, 78 ans, aux côtés de son mari, atteint d'Alzheimer depuis quatre ans. Ce premier mardi de mars, une quinzaine de personnes participent à ce Café mémoire France Alzheimer® organisé une fois par mois par l'antenne du Loiret. « *Notre objectif est de proposer aux personnes malades et à leurs proches, un moment d'échanges conviviaux dans un lieu facile d'accès* », résume Brigitte Cazauran, vice-présidente de l'association.

Moins seuls

Après un exposé introductif sur les vertus thérapeutiques du jardinage, les premiers contacts se nouent. Deux couples, qui ne se connaissent pas il y a encore une heure, discutent autour d'une tasse de thé. « *On parle de tout, mais surtout des difficultés du quotidien, de notre ressenti face à la maladie de nos maris* », raconte Madeleine, 72 ans. À ses côtés, Pierre, 70 ans, estime que « *ces rencontres sont une opportunité de stimuler la parole et l'écoute des personnes atteintes d'Alzheimer. C'est aussi une façon de se sentir moins seul.* » La psychologue de l'association, diplômée en gérontologie, est présente pour



À Orléans, les Cafés mémoire débutent systématiquement par une conférence courte autour d'un thème déterminé. Après les jardins thérapeutiques en mars, le Café mémoire® de mai présentera les Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer, un dispositif encore méconnu par les familles.

répondre aux questions et apporter un soutien si nécessaire.

Les aidants en première ligne

« *Les aidants – conjoints, enfants – sont particulièrement exposés face à cette maladie neurodégénérative évolutive qui bouleverse le quotidien* », poursuit Brigitte Cazauran. C'est pourquoi les Cafés mémoire France Alzheimer® s'adressent autant aux malades qu'à ceux qui les accompagnent chaque jour. « *Ma femme a besoin en permanence de ma présence* », insiste Guy. Pour Florence Dupont-Grandvilliers,

directrice de l'association, il s'agit d'un « *vrai problème de société* ». En effet, près des deux tiers des patients vivent à domicile. Un patient sur trois arrivé au stade sévère de la maladie vit encore chez lui. La durée moyenne du maintien au domicile avant l'institutionnalisation des malades d'Alzheimer a largement augmenté et avoisine les sept années. « *France Alzheimer et maladies apparentées Loiret est d'ailleurs l'une des rares associations à proposer des accueils de jour, qui constituent un temps de répit pour les aidants* », complète la directrice.

Le café des aidants

Outre France Alzheimer, d'autres associations organisent de telles rencontres. C'est le cas, par exemple, de l'association française des aidants qui organise des « Cafés des aidants », moments d'échanges dans un cadre convivial pour les aidants proches uniquement.

En savoir plus : www.aidants.fr



Aujourd'hui, 69 Cafés mémoire France Alzheimer® sont accessibles partout en France. Les délégations en région ouvrent régulièrement de nouveaux.



Le quatrième Plan maladies neurodégénératives (2014-2019) vise non seulement à améliorer le diagnostic et le quotidien des malades et de leurs familles, mais aussi à développer la recherche scientifique. Près de 220000 nouveaux cas sont recensés chaque année en France.

Deux millions de malades en 2040 ?

« Ici, j'ai l'impression d'oublier la maladie, je ne me sens pas stigmatisé », reconnaît Lucien, à qui l'on a diagnostiqué Alzheimer l'an passé. « Ce n'est pas si souvent que nous avons l'occasion de faire des rencontres dans un café, en ville », ajoute Irène. En quittant la librairie aux bras de son mari, Marguerite, qui a découvert les Cafés mémoire® il y a un mois, confie : « C'est quand même triste vous savez, je n'aurais jamais imaginé que cela nous arriverait. » Pourtant en France, entre 850000 et 1 million de personnes sont atteintes d'Alzheimer et de pathologies neurodégénératives apparentées. Si l'évolution actuelle se poursuit, ce chiffre pourrait atteindre 2 millions d'ici à 2040.

+ d'infos

www.francealzheimer.org

Témoignage

Florence Dupont-Grandvilliers, directrice de France Alzheimer et maladies apparentées Loiret



« Une maladie qui isole »

« À Orléans, nous comptons 465 familles adhérentes. C'est encore trop peu au regard des 11000 malades recensés sur le département. Nos actions restent trop méconnues. Les adhérents nous sont essentiellement adressés par les médecins gériatres ou les neurologues.

Les médecins traitants doivent jouer un rôle plus fort d'orientation de leurs patients vers notre association. La maladie d'Alzheimer est très dure à vivre pour les patients, mais aussi pour les aidants. C'est une maladie évolutive, qui isole. Les pertes de mémoire et les troubles de la parole sont éprouvants à gérer émotionnellement. Tout comme la prise en charge du conjoint devenu malade l'est

sur le plan physique. Un aidant sur trois décède avant son conjoint malade. France Alzheimer et maladies apparentées Loiret propose des temps de répit pour les aidants, des formations, des après-midi conviviaux, des groupes de parole ou encore des séjours vacances. Je crois que les malades comme leurs proches apprécient ces activités, qu'ils se sentent épaulés. »

entretiens croisés

Texte : Sarah Berrier | Photos : DR

Dialogue patient-médecin : faire progresser la démocratie sanitaire

Depuis une douzaine d'années, la relation patient-médecin connaît d'importants bouleversements, liés notamment à un "empowerment" des patients. L'Ordre a ainsi organisé, lors de son 1^{er} Congrès, les 16 et 17 octobre dernier, une table ronde afin d'identifier les moyens de faire progresser cette démocratie sanitaire encore balbutiante.

92%

des usagers de santé se déclarent bien informés sur leur état de santé ainsi que sur les soins et traitements y afférents. Une proportion qui a augmenté de 7 points entre 2013 et 2014.

Sondage LH2 pour le CISS

En affirmant des droits individuels, tels que le droit d'accès au dossier médical mais aussi la faculté pour les patients et les usagers de siéger dans des instances de santé où se prennent des décisions publiques, la loi Kouchner du 4 mars 2002 a signé un changement d'époque.

« La relation de type paternaliste est révolue et peu à peu remplacée par une relation de type facilitateur d'autonomie, constate le D^r Alex Mozar, président de la commission des relations avec les usagers au Cnom. Nous sommes désormais dans une société dans laquelle le patient peut rééquilibrer ses savoirs par rapport au médecin et être le décideur. »

Le Conseil national de l'Ordre des médecins, conscient de cette évolution, s'attache à développer ses liens avec les patients, et à étendre leurs droits. Il a ainsi mis en place un pôle Droit des patients et

construit des partenariats avec des institutions telles que le Défenseur des droits et le Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Il a également créé un groupe de contact avec le Collectif interassociatif sur la santé (CISS). « Nous avons le sentiment qu'il faut que le fonctionnement sociétal évolue dans le domaine de la santé. Nous devons aboutir à une construction en partenariat, souligne le D^r André Deseur, vice-président du Cnom en charge du pôle Patients. De même que la relation patient-médecin est devenue un partenariat, la relation entre les professionnels de santé, les usagers, l'État et ses représentants, les garants des droits des patients et des droits des personnes, doit évoluer vers une co-construction. » Telle est l'ambition aujourd'hui de l'Ordre des médecins, et tout l'intérêt de cette table ronde.



Adeline Hazan,
Contrôleur général des lieux
de privation de liberté



Jacques Toubon,
Défenseur des droits



Danièle Desclerc-Dulac,
présidente du Collectif interassociatif
sur la santé (Ciss)

Comment se traduit la démocratie sanitaire ?

Jacques Toubon

La démocratie sanitaire est un des piliers de la démocratie telle que nous la concevons dans notre civilisation. Elle peut se traduire par davantage de transparence. En effet, grâce à Internet, les avis des différentes institutions, telles que le Défenseur des droits, sont accessibles à tous et librement consultables. C'est une de nos forces : tout ce que nous disons et tout ce que nous décrivons est publié, bien entendu sous forme anonymisée. Il est clair que le réseau donne un certain pouvoir, car quand le savoir est partagé, il existe, et a donc une influence. Internet a également bouleversé la relation patient-médecin. Il y a un nouveau triangle qui se crée : le patient, Google et le médecin. Mais si Internet peut se montrer extrêmement utile à la démocratie sanitaire, il peut également être sinon négatif, en tout cas perturbant. Je pense par exemple à ces sites spécialisés dans la location de mères porteuses.

Adeline Hazan

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté s'occupe, comme son nom l'indique, des lieux où, à un moment donné, des personnes sont privées de liberté. Il s'agit donc des détenus dans les établissements pénitentiaires, mais aussi de patients qui sont hospitalisés sous contrainte, soit à la demande du préfet, soit à la demande d'un tiers. Il est également question des centres de rétention ou des centres éducatifs fermés pour mineurs. C'est très important de veiller à ce que, dans ces situations, l'accès au droit à la santé soit strictement respecté. Cet accès à la santé n'est déjà pas toujours facile lorsque les personnes sont en liberté. Il l'est encore moins en cas de privation de liberté. C'est donc le rôle du Contrôleur général de veiller à ce que les personnes privées de liberté soient traitées avec humanité et dans le respect de la dignité inhérente à la personne humaine. C'est aussi de cette manière que prend forme la démocratie sanitaire.

Danièle Desclerc-Dulac

Je dois dire qu'au terme de « démocratie sanitaire » je préfère celui de « démocratie en santé », qui définit un concept plus large. Au Ciss, nous faisons vivre la démocratie sanitaire, prioritairement en représentant et défendant les intérêts communs de tous les usagers du système de santé. Par ailleurs, nous observons et veillons au bon fonctionnement et à l'équité du système de santé en analysant les points posant problème, en définissant des stratégies communes afin d'obtenir des améliorations dans l'accueil et la prise en charge des personnes. Pour cela, nous nous appuyons sur une présence auprès de tous les partenaires, instances hospitalières ou de santé publique, qui intègrent une représentation des usagers : la conférence nationale de santé, les conférences régionales de santé et de l'autonomie, les différentes commissions au sein des établissements de santé et en particulier celles traitant des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge... Ainsi, quand il faut prendre une décision importante ou un avis, nous le faisons bien souvent en concertation.



Qu'attendent les citoyens de la démocratie sanitaire ?

Jacques Toubon

Sur les quelque 2000 dossiers portant sur la santé que nous traitons, il s'agit pour près de la moitié d'entre eux (46 %) de questions de qualité et de sécurité des soins (accidents, problèmes de diagnostic grave...). Ensuite, nous avons un tiers des dossiers qui relèvent du non-respect des droits des malades, notamment liés à l'accès aux soins, mais aussi à l'information. Enfin, la troisième grande catégorie de dossiers correspond à des actes de maltraitance ou de négligence, le plus souvent à l'encontre de professionnels (20 %). Enfin, j'attire votre attention sur une tendance à la hausse du nombre de questions liées à la bioéthique ou tenant à la déontologie médicale. De manière générale, ces réclamations traduisent un état de tension, d'exigence et même quelquefois de conflits, soit individuels, soit collectifs. Ce qu'attendent les citoyens de la démocratie sanitaire, c'est que soient respectés et rendus effectifs les droits fondamentaux, – je préfère cette expression à « droits de l'homme » –, c'est-à-dire les droits reconnus à tout être humain. Mais il n'y a pas seulement des droits, il y a aussi des devoirs.

Danièle Desclerc-Dulac

Il y a quelque chose qui me pose problème, à savoir la notion de « devoirs ». Nous luttons contre la corrélation entre droits et devoirs, car cela donne une vision péjorative des droits. Les droits des malades sont le résultat d'une longue lutte. Ils restent fragiles et ne sont parfois pas appliqués. C'est pourquoi nous serons toujours extrêmement vigilants face aux tentatives de les réduire. Et pour nous, cette association entre « droits » et « devoirs » en est une particulièrement pernicieuse. Pour autant, nous sommes conscients qu'être titulaire de droits ne signifie pas « avoir tous les droits », il y a des règles de bon usage du système de santé, mais qui n'ont pas à être mises en regard des droits fondamentaux des malades. La loi a donné la possibilité à l'usager du système de santé de participer à de nombreuses décisions qui peuvent être prises dans le système de protection sociale et dans le système de santé. Je pense que c'est fondamental. Cela revient à considérer cet usager comme un vrai citoyen. Depuis 2002, nous avons fait un petit bout de chemin, mais nous en avons encore à parcourir ! Par exemple, nous souhaiterions qu'il y ait un véritable statut du représentant des usagers. Les bénévoles font un travail considérable mais nous ne pouvons pas être représentants d'usagers si nous n'avons pas les clés pour le devenir, je pense notamment à la formation.



Jacques Toubon

« Ce qu'attendent les citoyens de la démocratie sanitaire, c'est que soient respectés les droits fondamentaux. »

Adeline Hazan

Ce que nous constatons de notre côté, c'est que quand il y a une hospitalisation sous contrainte, les patients se plaignent régulièrement de ne pas avoir suffisamment de contacts avec leur médecin, et ne pas avoir assez connaissance de leurs droits. Il s'avère que nous rencontrons régulièrement les patients, que ce soit lorsque nous intervenons dans le cadre d'une saisine individuelle ou lors des contrôles des établissements. Les patients se plaignent souvent de ne pas avoir

assez de contacts avec les soignants, de n'être auscultés qu'une fois, puis d'attendre un certain temps avant de voir à nouveau un médecin. Et pour eux, c'est quelque chose de difficile à vivre.



Adeline Hazan

« Les patients se plaignent souvent de ne pas avoir assez de contacts avec les soignants. »

Comment faire progresser la démocratie sanitaire ?

Jacques Toubon

Nous devons veiller à ne pas apporter uniquement une explication technique ou juridique. Notre réponse doit également prendre la forme d'un dialogue, c'est-à-dire intégrant de la sollicitude et de la bienveillance. Par ailleurs, l'avenir est au développement de l'accès aux droits. Je ne suis pas satisfait du fait que nous traitons 100000 demandes chaque année. Je pense qu'il y a en réalité beaucoup plus de besoins mais qui ne sont pas exprimés, et notamment dans des secteurs comme celui de la santé. J'ai donc fait de la promotion des droits une de mes priorités. Il s'agit de développer la connaissance des droits mais aussi la connaissance des chemins pour parvenir à l'effectivité de ces droits et naturellement, pour ceux qui en ont besoin, la possibilité d'y accéder. Nous voulons que l'accès aux droits soit plus aisé en particulier pour les personnes les plus vulnérables. Je souhaite enfin que les secteurs de la médecine, du droit et de la justice qui, auparavant, vivaient de manière fermée, soient de plus en plus perméables. Ce sont des mondes qui vont désormais de pair.

Danièle Desclerc-Dulac

La démocratie sanitaire constitue l'un des trois piliers de la Stratégie nationale de santé, même si nous aimerions que, dans le projet de loi, cette dimension de la Stratégie soit plus effective. Nous allons d'ailleurs proposer des amendements en ce sens. Je pense en effet qu'il faut développer la démocratie en santé si nous voulons qu'elle vive véritablement et qu'elle puisse participer efficacement à la juste évolution de notre système. Par ailleurs, comme je le disais plus haut, la démocratie en santé passe également par la création d'un véritable statut de représentant des usagers. C'est une des priorités du CISS. Enfin, nous aimerions qu'en ambulatoire nous puissions avoir des instances au sein desquelles nous pourrions travailler dans les territoires avec les professionnels de santé de ville. Dans tous les cas, je pense que nous devons œuvrer les uns avec les autres. Si nous voulons une co-construction pour un parcours de santé, autour d'un patient, nous ne pouvons pas le bâtir seul. Les médecins ne peuvent pas le bâtir seuls. Nous devons donc le construire ensemble.



Danièle Desclerc-Dulac

« La démocratie en santé passe également par la création d'un véritable statut de représentant des usagers. »

Adeline Hazan

Actuellement, la situation de l'accès à la santé dans les prisons n'est pas satisfaisante. Il y a énormément de choses à faire. Nous nous rendons compte également que la loi Kouchner n'est pas totalement appliquée dans les hôpitaux psychiatriques quand il y a hospitalisation sous contrainte. La question du statut des personnes hébergées en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) doit également être évoquée. Mon prédécesseur, Jean-Marie Delarue, s'était demandé s'il ne fallait pas élargir la compétence du Contrôleur général à ces établissements, qui peuvent être des lieux non pas privatifs mais limitatifs de liberté. C'est une question juridique très compliquée à résoudre dans la mesure où le Contrôleur général ne peut intervenir que si les personnes ont été privées de liberté par mesure de l'autorité publique. Ce n'est évidemment pas le cas des personnes qui rentrent en Ehpad. Il faudrait donc une modification de la loi. Mais, au fond, la question n'est pas de savoir si c'est le Contrôleur général qui est compétent dans ces cas-là. L'important, c'est que soient développés davantage de contrôles pour veiller au respect des droits de ces personnes.



**« Je n'administrerai
un médicament
mortel à aucun prix
et même si cela
m'était ordonné. »
Hippocrate**

dossier

Textes : Anne Ulpat, Éric Allermoz

Photos : Julian Renard/Babel Photo, Phanie, BSIP

Fin de vie : un nouveau texte en phase avec les positions de l'Ordre

La nouvelle proposition de loi sur la fin de vie prévoit, dans des circonstances bien précises, la mise en œuvre d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès. Elle renforce également le droit des patients par la possibilité de rédiger des directives anticipées plus contraignantes pour le médecin.

C'était il y a dix ans. Le 22 avril 2005, la loi portant sur les droits des malades et la fin de vie, dite loi Leonetti, était promulguée. Entre autres dispositions, elle interdit « toute obstination déraisonnable » dans les actes de prévention, d'investigation et de soins. Il devient alors possible d'interrompre un traitement devenu inutile, à la demande du patient, ou, si celui-ci s'avère hors d'état d'exprimer sa volonté, après que les professionnels de santé se sont concertés dans le cadre de la procédure collégiale prévue par l'article R. 4127-37 du code de la santé publique. La loi autorise, en outre, l'utilisation d'antalgiques pour soulager la douleur, quitte à abrégé la vie du malade. Le 17 mars 2015, une nouvelle proposition de loi sur la fin de vie, portée par Alain Claeys, député PS, et le D^r Jean Leonetti, député UMP, est votée en première lecture à l'Assemblée nationale.

Ce nouveau texte était-il nécessaire, alors que de nombreux



Point de vue de l'Ordre

D^r Jean-Marie Faroudja, président de la section Éthique et Déontologie



« La sédation profonde n'est pas un geste euthanasique »

« Dès le 8 février 2013, après de longs mois de réflexion, l'Ordre soulignait que, dans certaines circonstances particulières, et malgré des soins palliatifs parfaitement dispensés, persistaient parfois des douleurs physiques ou psychiques insupportables et incontrôlables résistant aux traitements antalgiques. Dans de telles circonstances, en fin de vie, ou lors d'une agonie prolongée, l'Ordre proposait

qu'une sédation adaptée et profonde puisse être mise en place à la condition qu'elle soit discutée et admise collégialement par l'équipe de soins, en tenant compte des dires réitérés du patient s'il est en état de s'exprimer, à défaut d'éventuelles directives anticipées écrites, ou de l'avis de la personne de confiance désignée, voire des proches. L'Ordre tient à redire que la sédation profonde n'est pas un geste euthanasique. Le

médecin n'utilise pas de produits susceptibles de mettre fin brutalement à une vie. Dans la sédation, il n'y a pas d'intention de donner la mort mais celle de soulager à tout prix le patient en admettant l'hypothèse qu'une mort douce puisse survenir plus tard, évitant ainsi les affres d'une agonie inutile, prolongée et insupportable pour le patient et ses proches, sans oublier la souffrance de l'équipe de soins. »

« Les médecins ne peuvent pas rester les bras ballants devant une agonie qui se prolonge. »

...> Les acteurs de santé s'accordent à dire que la loi Leonetti répondait à la majorité des situations de fin de vie? « Nous constatons que la loi de 2005 reste malheureusement ignorée d'une grande majorité du corps médical, déplore le Dr Jean-Marie Faroudja, président de la section Éthique et Déontologie du Conseil national de l'Ordre des médecins. Et même si elle apporte des réponses dans 95 % des situations, il existe encore des fins de vie marquées par des tableaux très douloureux que la pharmacopée ne parvient pas à soulager. Or les médecins ne peuvent pas rester les bras ballants devant une agonie qui se prolonge ! »

Depuis la loi Leonetti...

Si la loi de 2005 comportait des avancées considérables – l'arrêt des traitements et le soulagement de la douleur –, elle ne formalisait pas les choses, en matière de sédation notamment. Ce qui explique sans doute qu'elle ait fait l'objet d'un travail de réflexion intense – particulièrement au sein de l'Ordre, via sa section Éthique et Déontologie – et suscité de très nombreux débats publics depuis sa promulgation. En décembre 2012, le Pr Didier Sicard a ainsi remis un rapport d'évaluation de la loi au président de la République. L'année suivante, c'est le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) qui est saisi de la question de la fin de vie.

L'Ordre a également tenu à faire entendre la voix des médecins et à peser dans les débats. Il avait déjà participé à l'élaboration de la



La loi Leonetti répondait à la majorité des situations de fin de vie, mais elle est restée ignorée d'une grande majorité du corps médical et il persistait néanmoins des fins de vies douloureuses que la pharmacopée ne parvenait pas à soulager.



TÉMOIGNAGE

Dr Vincent Morel, président de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP)

« Améliorer les soins palliatifs est plus une question de volonté politique que de moyens... »

« Le lancement d'un nouveau plan de développement des soins palliatifs en France, tel qu'annoncé par le président de la République, est le pendant indispensable à une nouvelle loi. Notamment à domicile et dans les Ehpad... Il devra se mettre en place territoire par territoire, afin de renforcer la coordination et la permanence des soins en fonction des réalités locales. Là où il y a déjà un réseau, il sera inutile de créer des équipes mobiles et inversement. Là où il y a les deux, il faudra envisager des articulations. Des travaux récents montrent encore que 50 % des hospitalisations des personnes âgées résidant en Ehpad auraient pu être évitées, sans doute avec la présence d'une infirmière la nuit. Il faut également "aider les aidants" et mettre l'accent sur la formation – initiale et continue – des médecins, même s'ils ont déjà beaucoup à faire... L'Ordre aura évidemment un rôle clé à jouer dans la rédaction de recommandations de bonnes pratiques liées à la prise en charge des patients en fin de vie. Enfin, il me semble que la réalisation de ce plan relève plus d'une volonté politique que de moyens financiers ! »

première loi Leonetti et réécrit, dès 2010, les articles 37¹ et 38² du code de déontologie médicale. En février 2013, le Conseil national de l'Ordre a approuvé un texte clé, intitulé « Fin de vie, assistance à mourir ». Dans ce texte, l'Ordre estime que lorsque les traitements ne parviennent pas à soulager la douleur, alors que la personne continue à souffrir et que son agonie se prolonge, il peut être mis en œuvre une sédation. « Face à cette situation, la décision de recourir à la sédation est prise par le médecin en concertation avec les membres de l'équipe interdisciplinaire, rappelle le D^r Faroudja. Cette sédation permettrait à la mort de s'installer plus en douceur. Celle-ci étant provoquée par la maladie, non par la sédation administrée » (lire p.17 le point de vue de l'Ordre).

Une sédation adaptée et profonde dans des circonstances précises

Ce texte ordinal a pu inspirer la nouvelle proposition de loi. L'article 2



TÉMOIGNAGE

P^r Régis Aubry, président de l'Observatoire national de la fin de vie (OFNV) et membre du Comité consultatif national d'éthique (CCNE)

« Le changement culturel apporté par la loi Leonetti n'est pas encore effectif ! »

« La proposition de loi actuellement en discussion me semble aller dans le bon sens. Pour autant, le législateur ne peut pas tout. La loi Leonetti de 2005 introduit un véritable bouleversement culturel dans la relation médecin-malade. Je ne suis pas sûr que les patients soient, à l'heure actuelle, placés dans la situation de décider par eux-mêmes... Nous, médecins, sommes encore embêtés quand quelqu'un refuse le traitement qui lui est proposé. Mais se pose-t-on vraiment la question de savoir si la personne qui accepte le traitement le fait de façon parfaitement éclairée ?

Concernant les directives anticipées, il y a un travail de fond à entreprendre, du côté des médecins, pour s'approprier cet aspect de la loi. Ils ne le font pas encore vraiment, parce que c'est compliqué. Il faut trouver les mots, trouver le temps d'aborder la complexité d'une situation donnée, faire preuve de délicatesse. C'est probablement l'un des actes les plus difficiles en médecine, que d'expliquer ce que personne ne voudrait qu'il advienne. C'est pourquoi j'aimerais que ce temps subtil de communication soit valorisé comme un acte médical à part entière. »



4/5

4 Français sur 5 souhaitent mourir chez eux.



(Source : Cour des Comptes)



(Source : sondage Opinion Way pour la SFAP, 2011).

REPORTAGE

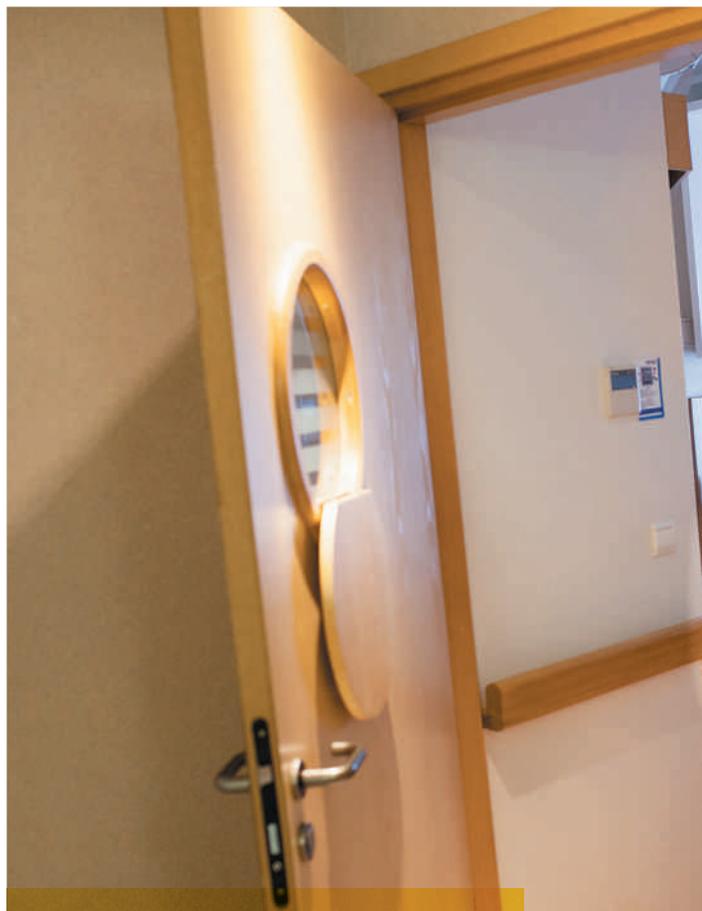
Vivre au mieux le temps qu'il reste

À Paris, la Maison médicale Jeanne-Garnier accompagne chaque année plus de 1 100 patients jusqu'à leur dernier souffle. Reportage au sein de la plus grande unité de soins palliatifs d'Europe.

Il règne une atmosphère calme, paisible, dans les couloirs de la Maison médicale Jeanne-Garnier, dans le 15^e arrondissement de Paris. Fondée en 1874 par les Dames du Calvaire pour accompagner les femmes « incurables », la Maison médicale est aujourd'hui, avec ses 81 lits, la plus grande unité de soins palliatifs d'Europe. Chaque année, l'établissement accueille 1 100 patients souffrant d'une maladie incurable, dont le pronostic vital est engagé à court terme et pour qui les traitements n'ont plus aucun effet. « Ces patients veulent être soulagés de leur douleur physique, et vivre du mieux possible le temps qu'il leur reste », explique le Dr Daniel d'Hérouville, chef de service de la Maison médicale. Alors ici, tout est fait pour le bien-être et le confort du patient. Par exemple, les horaires des soins, de la toilette ou des repas sont adaptés à la fatigue des malades. Les patients bénéficient de séances de psychomotricité ou se rendent à l'atelier d'art-thérapie. « On prend soin du patient mais on n'oublie pas sa famille », ajoute le Dr Daniel d'Hérouville. Les proches ont ainsi accès à l'établissement 24 heures sur 24. Ils restent même parfois dormir sur place. Pour les enfants, des ateliers créatifs ont été mis en place. Enfin la Maison médicale est actuellement en train de mettre en place un pôle « deuil ».

Une offre de soins palliatifs insuffisante

« L'écouter, soulager sa douleur, l'accompagner dans son cheminement permet au patient de vivre sa vie jusqu'au bout, poursuit Didier Leportier, directeur de cette structure associative. Je crois qu'ils sont heureux de vivre leurs derniers instants ici. » Pour preuve, les demandes



Si les soins palliatifs se sont beaucoup développés ces dernières années, l'offre reste malgré tout très insuffisante.

d'euthanasie sont rares. Alors la future loi pour accompagner la fin de vie – qui instaure « une sédation profonde et continue » sous certaines conditions – ne devrait pas bousculer le quotidien de la Maison Jeanne-Garnier. « Aujourd'hui, nous utilisons déjà la sédation pour soulager le patient. Mais il n'est pas toujours nécessaire qu'elle soit profonde et continue. Elle est ajustée avec la personne elle-même, l'objectif étant de soulager les souffrances et non de précipiter la mort », avance le Dr Daniel d'Hérouville. Avec environ 1 100 lits en unités de soins palliatifs en France, l'offre est aujourd'hui très insuffisante. « Les soins palliatifs se sont beaucoup développés ces dernières années, note Didier Leportier. Mais il reste encore énormément de travail... »

+ d'infos

www.jeanne-garnier.org



réitère en effet l'interdiction de toute obstination déraisonnable. Quant à l'article 3, il propose le recours à une sédation profonde et continue : « *À la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas prolonger inutilement sa vie, une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie, est mise en œuvre [...]* ». « *Dans sa proposition, le législateur a bien pris soin de définir les repères cliniques de la sédation continue jusqu'au décès, précise le D^r Vincent Morel, président de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP). Ces repères rejoignent les recommandations élaborées conjointement par la SFAP et la HAS, en 2009, sur les circonstances dans lesquelles la sédation est mise en œuvre. Il faut que le patient soit en phase avancée ou terminale d'une maladie grave et incurable, qu'il présente un symptôme réfractaire au traitement et que le pronostic vital soit engagé à court terme. Ou bien que le patient, toujours dans le cadre d'une maladie grave et incurable, décide d'arrêter un traitement, ce qui engage son pronostic vital à court terme et qu'il dise qu'il ne veut pas vivre consciemment ses dernières heures ou ses derniers jours. S'il n'y avait pas ces repères, et l'association d'une procédure collégiale pour les vérifier, c'est toute la philosophie de la sédation qui serait remise en cause!* » Mais au-delà des recommandations, la proposition de loi permet aussi de « *rassurer les patients sur le fait qu'ils pourront être endormis, en en faisant un droit* », ajoute le D^r Vincent Morel.

Des directives à anticiper

Le texte revient également sur les directives anticipées. Déjà prévues par la loi Leonetti, elles donnent la possibilité à toute personne d'exprimer son souhait en cas de maladie incurable ou d'accident grave. Mais

« Cette sédation permettrait à la mort de s'installer plus en douceur. Celle-ci étant provoquée par la maladie, non par la sédation administrée. »

la proposition de loi va plus loin cette fois-ci en les rendant contraignantes pour le médecin. Ce dernier peut néanmoins s'en délier, dans le cadre d'une procédure collégiale et en se justifiant, le temps de réaliser la démarche diagnostique ou si elles sont « *manifestement inappropriées* ».

Le patient va donc pouvoir décider de la façon dont il souhaite vivre ses derniers instants. À condition, comme le rappelle le P^r Régis Aubry, président de l'Observatoire national de fin de vie et membre du CCNE, que ces directives anticipées... le soient réellement. « *Ce n'est pas le cas aujourd'hui. Les enquêtes de l'ONFV montrent que ces directives sont abordées en toute fin de vie par les médecins et leurs patients. Pourtant, elles n'ont de sens que si elles ont fait l'objet d'une information claire de la part du médecin et d'une réflexion éclairée de la part du patient, ce qui nécessite de prendre du temps et d'y penser le plus sereinement possible.* » L'Ordre, en accord avec l'ONFV (voir le témoignage du P^r Aubry p. 19) et la SFAP, souligne d'ailleurs tout l'intérêt qu'il y aurait à ce que le médecin et le patient travaillent ensemble à l'élaboration de ces directives, de façon à ce qu'elles soient écrites dans un langage simple et pertinent sur le plan médical.

La proposition de loi définit enfin le rôle de la personne de confiance, désignée par le patient pour exprimer sa volonté s'il n'est plus en état de le faire. « *La formulation du texte est plus précise, se* »

... félicite le D^r Vincent Morel. *Le malade s'exprime en premier. S'il ne le peut pas, les professionnels doivent consulter ses directives anticipées. En leur absence, la personne de confiance est consultée. Puis sa famille, ses proches... Il y a là un processus destiné à respecter au mieux la volonté de la personne malade.* »

Si cette proposition de loi sur la fin de vie fait progresser notre société, elle ne se suffit pas pourtant pas à elle-même. Les professionnels de santé, notamment ceux qui exercent en soins palliatifs, s'accordent sur

le fait qu'elle n'a de sens que si elle est accompagnée de mesures améliorant l'accès de tous les Français à une structure de soins palliatifs, à domicile ou en institution (lire le point de vue du D^r Vincent Morel p. 18).

1. L'article 37 rappelle que le médecin doit s'efforcer de soulager les douleurs du patient.
2. L'article 38 précise qu'il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort.

Points de vue extérieurs

Alain Claeys, député PS et maire de Poitiers, et le **D^r Jean Leonetti**, député UMP, maire d'Antibes, auteurs de la proposition de loi créant de nouveaux droits en faveur des personnes en fin de vie



« Dix ans après la loi Leonetti, les patients nous disent encore qu'ils ne sont pas entendus en fin de vie. »

Pourquoi fallait-il aller plus loin que la loi Leonetti de 2005 ?

Alain Claeys : Aujourd'hui, il existe un constat largement partagé par nos concitoyens, y compris par les équipes soignantes, sur l'inégalité très forte qui existe en France face à la mort. Cette inégalité territoriale se traduit par l'absence de soins palliatifs dans de nombreux lieux. Il y en a peu dans les Ehpad, quasiment pas au domicile... Il convient de lancer un nouveau Plan de développement des soins palliatifs. C'est un préalable indispensable à toute nouvelle loi. Mais c'est également la culture palliative qu'il faut développer au sein de la formation médicale. Je me réjouis que le président de la République ait pris des engagements en ce sens pour la rentrée 2015-2016.

D^r Jean Leonetti : C'est vrai que la loi a dix ans. En prônant la non-obstination déraisonnable, elle a fait fructifier la culture palliative dans l'esprit de nos concitoyens, y compris des médecins. Pourtant, la loi demeure peu connue et peu appliquée. Et en effet, seul un citoyen sur cinq bénéficie aujourd'hui de soins palliatifs en fin de vie... Dix ans après la loi, les malades nous disent qu'ils ne sont pas entendus en fin de vie et qu'ils continuent de souffrir, même dans la période terminale de leur vie. En 2005, la sédation profonde et terminale n'avait pas été pensée par les services de soins palliatifs. Aujourd'hui, cette réflexion scientifique existe et la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs a donné l'exacte indication de la sédation profonde et continue en phase terminale. Elle dit bien qu'il y a deux conditions, qui ont été reprises dans la proposition de loi : la mort est imminente et la souffrance est réfractaire aux traitements mis en place...

En quoi cette sédation n'est pas une euthanasie déguisée ?

Alain Claeys : Certains le disent, d'autres trouvent au contraire que nous n'allons pas assez loin. Je respecte ces positions, bien sûr. Mais nous proposons une voie médiane

qui présente le mérite de répondre aux besoins des malades : une demande d'autonomie jusqu'au dernier instant et le droit de vivre une fin de vie apaisée.

D^r Jean Leonetti : Les mots utilisés dans notre proposition de loi ont un sens. Dormir pour ne pas souffrir avant de mourir, ce n'est pas endormir pour faire mourir. Les médecins ne confondent pas l'Hypnovel et le curare ! Les deux circonstances évoquées plus haut apportent une limite claire. De plus, la décision est prise de façon collégiale. Au moins deux médecins discutent de la question de savoir si ces circonstances sont bien réunies...

Les directives anticipées auront-elles plus de chance d'être connues et respectées ?

D^r Jean Leonetti : Je crois que l'erreur que nous avons commise en 2005, c'est d'avoir laissé ces directives anticipées sur papier libre. Il est très difficile d'écrire des directives anticipées quand on est en bonne santé ! Surtout quand on manie mal les concepts médicaux. Nous proposons donc qu'il existe un modèle, qui respecte l'expression libre de la volonté de la personne et qui ait en même temps une vertu pédagogique. Nous souhaitons qu'il soit écrit par la Haute Autorité de santé et validé par le Conseil d'État, pour que le document jouisse d'une double sécurité, médicale et juridique.

Alain Claeys : Nous en faisons également un droit qui s'impose aux médecins, sans que la loi soit contre les médecins ! La réflexion qui précède la rédaction de ces directives anticipées s'inscrit parfaitement dans le dialogue singulier entre un médecin et son patient. Un autre point qui me semble très important : nous précisons ce que doit être le rôle de la famille, ou des proches, en l'absence de directives anticipées et en l'absence de personnes de confiance. Nous ne demandons pas à l'entourage ce qu'il pense mais ce qu'aurait souhaité le patient s'il avait pu s'exprimer.

vos informations pratiques



le guide juridique

24-25. décryptage

Comment changer de spécialité

26. vos questions / nos réponses

La validation des acquis de l'expérience (VAE) ordinale

27-29. pratique

- La transmission d'informations médicales
- Remplacement par un collaborateur médecin en santé au travail
- Évolution de la réglementation concernant l'ostéopathie
- Examen des caractéristiques génétiques à des fins médicales et information des personnes apparentées

30. élections

Appel à candidatures pour une élection complémentaire au Conseil national de l'Ordre des médecins



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

Comment changer de spécialité : les commissions de qualifications

Les médecins inscrits au tableau peuvent obtenir une qualification de spécialiste différente de leur qualification initiale. Son obtention relève de la compétence de l'Ordre des médecins, via des commissions nationales de qualification, de première instance et d'appel, instituées dans chacune des spécialités.

Changer de spécialité est une démarche lourde de sens qui demande une véritable motivation ainsi qu'un fort investissement personnel. Pour obtenir une nouvelle qualification de spécialiste, le médecin doit en effet justifier d'une formation théorique et d'une expérience pratique lui assurant des compétences équivalentes à celles requises pour l'obtention du diplôme de la spécialité sollicitée (DES ou DESC 2). Le médecin doit donc la plupart du temps non seulement reprendre une formation, mais aussi acquérir la pratique dans tous les champs de la spécialité demandée. L'ensemble des connaissances théoriques et pratiques à maîtriser est recensé dans les maquettes des formations (arrêtés du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine et des diplômes d'études spécialisées complémentaires) et les référentiels métiers adoptés par le Cnom (<http://www.conseil-national.medecin.fr/groupe/49/tous>).

Procédure

Le médecin qui souhaite changer de spécialité doit déposer sa demande auprès du conseil départemental de l'Ordre dont il dépend. Le dossier de demande est constitué d'un formulaire dans lequel est indiquée la spécialité demandée. Il est alors indispensable d'identifier précisément la spécialité et d'inscrire la dénomination exacte en vigueur. Le dossier doit également contenir les attestations et diplômes faisant preuve des formations théoriques et pratiques (DIU, DU, Capacités, FMC, Stages, CRO, SNIR...) requises pour la spécialité. Le médecin doit enfin rédiger une lettre de motivation dans laquelle il récapitule dans le détail son cursus et ses expériences (notamment en lien avec sa demande) et motive les raisons de sa demande de changement de spécialité. Les conseillers départementaux doivent apporter leur aide et leur conseil lors de la constitution du dossier.

La demande de qualification doit être adressée au Conseil national qui la fera parvenir à la commission de première instance qui va choisir une date

pour la séance et un rapporteur pour le dossier du candidat. La convocation sera obligatoirement adressée au candidat, les commissions recommandant la présence du médecin pour audition. L'avis de la commission de première instance va être adressé par l'intermédiaire du Conseil national au conseil départemental qui statuera en séance plénière. En cas de décision de refus, le candidat a la possibilité de faire appel dans un délai de deux mois auprès de la commission nationale d'appel de spécialité (voir ci-contre schéma de la procédure). En cas d'avis défavorable, le conseil départemental n'entérine pas l'avis, le dossier est transmis à la commission nationale d'appel. Après examen, elle transmet son avis au Conseil national de l'Ordre des médecins qui prend une décision de qualification ou de rejet. Il n'y a pas de limitation en termes de nombre de demandes déposées à l'issue de la procédure initiale.

P^r Bernard Guerrier,
président de la commission d'étude
des appels de qualification

DÉPÔT DU DOSSIER DE DEMANDE DE QUALIFICATION AUPRÈS DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL (CD)

Envoi du dossier à la commission nationale de 1^{re} instance qui examine le dossier

Examen du dossier par la commission nationale de 1^{re} instance de la spécialité sollicitée
puis audition du médecin

✓ Avis favorable

✗ Avis défavorable

Sursis à statuer

Le CD suit l'avis de la commission et confère la qualification.

Le CD ne suit pas l'avis de la commission et n'accorde pas la qualification.

Le CD suit l'avis de la commission et n'accorde pas la qualification.

Le CD ne suit pas l'avis de la commission.

Le dossier est incomplet. La commission demande donc au médecin de compléter sa formation ou son dossier, qui sera remis à l'ordre du jour lors d'une prochaine commission.

Le CD qualifie et notifie sa décision au médecin et au Conseil national.

Le dossier est transmis à la commission nationale d'appel dans un délai de deux mois.

Le médecin peut interjeter appel auprès de la commission nationale d'appel dans un délai de deux mois.

Le dossier est transmis à la commission nationale d'appel dans un délai de deux mois.

Le dossier est examiné par la commission nationale d'appel de spécialité.

✓ Avis favorable

✗ Avis défavorable

Le Cnom suit l'avis favorable. Il qualifie et notifie sa décision au médecin et au CD.

Le Cnom ne suit pas l'avis favorable. Le dossier est renvoyé devant la commission d'appel.

Le Cnom suit l'avis défavorable de la commission. Il ne qualifie pas et notifie sa décision au CD et au médecin.

Le Cnom ne suit pas l'avis défavorable. Le dossier est renvoyé devant la commission.

Recours gracieux auprès du président du Cnom

Recours contentieux devant le tribunal administratif dans le ressort duquel le médecin exerce



Posez vous aussi vos questions

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

La validation des acquis de l'expérience (VAE) ordinale

Quelle est la procédure pour faire une demande de VAE ordinale ?

Les médecins spécialistes souhaitant bénéficier de ce dispositif doivent déposer un dossier de demande d'exercice complémentaire auprès du conseil départemental de l'Ordre dont il relève. Les médecins peuvent déposer une demande dans plusieurs disciplines ou options équivalentes du DESC I de manière concomitante. Ce dossier doit être adressé avant le 15 février de chaque année et dûment complété. La composition de ce dossier est établie par le Conseil national de l'Ordre, disponible sur le site internet du Cnom à la rubrique Médecin/Faire évoluer sa carrière. Il doit comporter le questionnaire à l'appui d'une demande d'extension du droit d'exercice dans une spécialité non qualifiante, mentionnant la spécialité de qualification dans laquelle un droit d'exercice complémentaire est sollicité et, le cas échéant, l'option de ce diplôme mais aussi sans être limitatif, les copies des certificats et attestations correspondant à la formation et à l'activité du médecin demandeur. Les médecins doivent également s'acquitter d'un chèque de 200 euros afférents aux frais de dossiers. Au 1^{er} mars de chaque année, le conseil départemental de l'Ordre transmet les demandes à la commission nationale de première instance compétente (Cnom, section Formation et compétences médicales). Pour chaque médecin, la commission nationale examine les qualifications professionnelles attestées par l'ensemble des titres de formation, ainsi que l'expérience professionnelle dont se prévaut l'intéressé dans la discipline du DESC du groupe I demandée. La commission nationale rend alors un avis qu'elle transmet au conseil départemental, qui prend alors une décision et la notifie au médecin. Cette décision est susceptible d'appel devant le Conseil national, qui statue après avis d'une commission nationale d'appel constituée par discipline (DESC du groupe I). Un arrêté ministériel fixe par région et pour une spécialité donnée, le nombre maximum de médecins pouvant bénéficier d'une extension de droit d'exercice au titre de l'année suivante.

Quel est l'objectif de la VAE ?

L'objectif est permettre aux médecins d'obtenir un droit d'exercice complémentaire. La réglementation ouvre aux médecins spécialistes la possibilité d'obtenir un droit d'exercice complémentaire dans le champ de la spécialité dans laquelle ils sont initialement qualifiés spécialiste. Ce droit est ouvert pour les seules disciplines dites « non qualifiantes du groupe I », c'est-à-dire celles qui n'ouvrent pas droit à la qualification de spécialiste (exemples : médecine d'urgence, nutrition, addictologie, allergologie et immunologie clinique...). Pour bénéficier de ce droit d'exercice complémentaire, les médecins doivent justifier d'une formation et d'une expérience qui leur assurent tout ou partie des compétences requises pour l'exercice des disciplines correspondantes.

Quelles sont les conditions d'éligibilité ?

Les médecins inscrits au tableau de l'Ordre, **initialement qualifiés comme médecins spécialistes**, sous réserve que le médecin 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 la VAE universitaire.

Section Formation et compétences médicales



d'infos

www.conseil-national.medecin.fr >
rubrique Médecin > Foire aux questions

La transmission d'informations médicales

Tenu au secret médical, le médecin ne peut transmettre des informations concernant un patient qu'à certains professionnels de santé et uniquement dans des conditions précises.

Les conditions

- Les informations médicales ne peuvent être échangées qu'entre professionnels de santé (médecins, infirmières, kinésithérapeutes, sages-femmes, orthophonistes, psychomotriciens, pharmaciens, préparateurs en pharmacie, pédicures-podologues, ergothérapeutes, orthoptistes audioprothésistes, opticiens-lunetiers, prothésistes et orthésistes, diététiciens). Les psychologues et les assistantes sociales ne sont pas des professionnels de santé, même s'ils sont tenus au secret professionnel. Vous pouvez leur transmettre des informations par l'intermédiaire du patient, mais pas les leur donner directement.
- L'échange d'informations médicales doit avoir pour but d'assurer la continuité des soins ou de permettre la meilleure prise en charge sanitaire possible.
- Les informations doivent être « nécessaires, pertinentes et non excessives ».
- Le patient doit être informé de ces échanges, ne pas s'y être opposé, mais la loi n'impose pas d'avoir son accord écrit.

Entre médecins

→ **La transmission d'informations est obligatoire dans certains cas.**

- L'article R. 4127-64 prévoit que « lorsque les médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ».
- L'article R. 4127-45 du CSP stipule que « à la demande du patient, ou avec son accord, le médecin transmet aux médecins qui participent à la prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter les informations et documents utiles à la continuité des soins ». Ce qui veut dire qu'il ne transmet toujours que ce qui

est nécessaire pour cette prise en charge et non tout ce que le patient lui a confié.

- La continuité des soins est un devoir. Article R. 4127-47 du CSP : « *Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins doit être assurée [...] ».*
- Le médecin conserve les originaux et à plus forte raison les documents pouvant faire grief. Il en donne copie.

→ **À quels médecins peut-on transmettre des informations médicales ?**

- **Au médecin traitant.** Lorsqu'un médecin voit un patient au cours d'une garde, il doit en avvertir le médecin traitant (articles R. 4127-59 et R. 4127-78 du CSP).
- **Au médecin-conseil de caisses d'assurances sociales.** Le code de la sécurité sociale, de même que l'article R. 4127-50 du CSP, autorise le médecin, si cela est nécessaire et justifié et sauf opposition du patient, à communiquer les renseignements médicaux strictement indispensables afin de faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels il a droit, et ce sans céder à une demande abusive.
- **Au médecin inspecteur de santé.** Il peut, dans certaines conditions, avoir accès aux informations nécessaires à l'accomplissement de sa mission (L. 1112-1 du CSP).

→ **À quels médecins ne peut-on pas transmettre des informations médicales ?**

- **Au médecin d'une compagnie d'assurances.** Le médecin traitant peut remettre au patient les éléments répondant à la demande du médecin de l'assurance. Le médecin doit éclairer le patient sur les conséquences de la transmission. Il appartiendra alors au patient de

remettre lui-même au médecin de la compagnie d'assurances nommé désigné les éléments indispensables au règlement de son affaire.

- **Au médecin expert judiciaire.** La seule ordonnance du magistrat lui confiant une mission d'expertise ne suffit pas à conférer au médecin expert judiciaire un droit d'accès à des informations couvertes par le secret. Deux solutions peuvent être envisagées :

- soit remettre au patient, à sa demande, la copie des éléments du dossier de nature à renseigner l'expert, à charge pour le patient de les transmettre à l'expert ;
- soit aviser le patient de la démarche de l'expert et lui faire confirmer par écrit qu'il ne s'oppose pas à ce que le médecin adresse directement à l'expert les informations demandées.
- **Au médecin du travail.** Au cas où celui-ci aurait besoin d'informations, le médecin peut remettre au patient, en main propre, les documents qu'il estime utiles, à charge pour lui de les communiquer au médecin du travail car le secret médical n'est pas opposable au patient.

Dr Irène Kahn-Bensaude,
vice-présidente du Cnom

BON À SAVOIR

Depuis la loi de protection de l'enfance de mars 2007, le médecin peut transmettre des informations au médecin de la Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP), mais uniquement les faits qui lui font supposer que cet enfant encourt un danger.

+ d'infos

www.conseil-national.medecin.fr

Remplacement par un collaborateur médecin en santé au travail

Un collaborateur médecin en santé au travail peut assurer le remplacement d'un médecin du travail du service de santé au travail au sein duquel il exerce.

Il convient de se reporter au R. 4623-15 du code du travail, qui prévoit : *« Le médecin du travail peut être remplacé durant son absence. [...] Lorsque la durée de l'absence est inférieure à trois mois, le médecin du travail peut être remplacé par un médecin du travail, par un collaborateur médecin ou par un interne en médecine du travail dans les conditions mentionnées à l'article R. 4623-28. »*

La mise en œuvre de ce dispositif

dans lequel un médecin spécialiste est remplacé par un médecin ne relevant pas de la même spécialité, nécessite cependant quelques précisions.

Le remplacement par le collaborateur médecin ne nous paraît envisageable que si, au vu de la formation déjà suivie par le collaborateur et de la pratique qu'il a déjà acquise au sein du service, le médecin du travail tuteur estime qu'il est en mesure d'assurer ce remplacement.

Le contrat de remplacement conclu entre le service et le collaborateur devra faire mention expresse de l'avis du médecin du travail tuteur. De même, le collaborateur médecin ne peut être contraint d'assurer le remplacement s'il ne s'estime pas compétent pour le faire conformément à l'article R. 4127-70 du code de la santé publique.

Section Exercice professionnel

Évolution de la réglementation concernant l'ostéopathie

Les décrets et arrêtés' relatifs à la formation et à l'agrément des établissements de formation en ostéopathie ont été publiés au *Journal officiel* en fin d'année.

L'enseignement de l'ostéopathie aux médecins est réorganisé : sur une durée de 3 ans, les médecins doivent réaliser 150 consultations encadrées et rédiger un mémoire.

Des dispenses de formation pour les médecins sont prévues dans l'arrêté du 12 décembre 2014 relatif aux dispenses d'enseignement susceptibles d'être accordées en vue de la préparation au diplôme permettant d'user

du titre d'ostéopathe.

Les ordres professionnels (Conseil national de l'Ordre des médecins et Conseil national de l'Ordre des masseurs et kinésithérapeutes) ne sont plus membres de la commission, remplacés par deux ostéopathes médecins et deux ostéopathes kinésithérapeutes, proposés par les organisations professionnelles les plus représentatives au niveau national.

1. Décret n° 2014-1043 du 12 sept. 2014 relatif à l'agrément des établissements de formation en ostéopathie; Décret n° 2014-1505 du 12 déc. 2014 relatif à la formation en ostéopathie; Arrêté du 12 déc. 2014 relatif aux dispenses d'enseignement susceptibles d'être accordées en vue de la préparation au diplôme permettant d'user du titre d'ostéopathe.

Section Santé publique et démographie médicale



Thinkstock

Examen des caractéristiques génétiques à des fins médicales et information des personnes apparentées : les règles de bonnes pratiques

L'arrêté de la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des droits des Femmes du 8 décembre 2014 (publié au J.O. du 19/12/2014), pris sur proposition conjointe de l'Agence de la biomédecine et de la Haute Autorité de santé, définit les règles de bonnes pratiques relatives à la mise en œuvre de l'information de la parentèle dans le cadre d'un examen des caractéristiques génétiques.

Ce texte précise :

- les critères permettant d'identifier les affections graves causées par des anomalies génétiques;
- les critères permettant d'identifier les affections graves pour lesquelles il existe une forte probabilité qu'aucune mesure de prévention ou de soin n'existe et que l'information à la parentèle se limitera à permettre des choix en matière de conseil génétique dans le cadre d'un projet parental;
- les critères médicaux permettant de faciliter, en fonction du

type d'anomalie, l'identification des tiers potentiellement concernés;

- les éléments susceptibles de figurer dans le document écrit mentionné au premier alinéa de l'article L. 1131-1-2;
- l'accompagnement de la personne s'étant engagée à délivrer elle-même l'information aux membres de sa famille potentiellement concernés afin de l'aider dans sa démarche, notamment dans la préparation de la délivrance de l'information;

- les informations que le médecin doit délivrer à la personne, relatives aux conséquences d'un éventuel refus de sa part de transmettre l'information aux membres de sa famille potentiellement concernés.

Section Éthique et déontologie

+ d'infos

Voir les Bulletins n°32 et 34

Appel à candidatures pour une élection complémentaire au Conseil national de l'Ordre des médecins

En application de l'article L. 4132-1 du code de la santé publique, le Conseil national de l'Ordre des médecins procédera à une élection complémentaire aux fins de pourvoir au remplacement du D^r Jean Cotineau, conseiller national démissionnaire, représentant la région Centre. Cette élection aura lieu : **le jeudi 9 juillet 2015**

Dépôt des candidatures

Le candidat se fait connaître par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée au président du Conseil national de l'Ordre des médecins (180, boulevard Haussmann – 75008 PARIS) et revêtue de sa signature.

La candidature peut aussi être déposée au siège du Conseil national. Il en sera donné un récépissé.

Les candidatures doivent impérativement **PARVENIR** au siège du Conseil national, dans le délai de **30 jours au moins avant le jour de l'élection**. La clôture du dépôt des candidatures est fixée au **9 juin 2015 à 16h00** (article R.4125-1, 3^e alinéa du code de la santé publique).

Toute candidature parvenue après l'expiration de ce délai est irrecevable. Le cachet de la poste ne sera pas pris en compte.

Chaque candidat doit indiquer ses nom et prénoms, son adresse, sa date de naissance, ses titres, son mode d'exercice et, le cas échéant, sa qualification professionnelle et ses fonctions dans les organismes professionnels.

Il peut joindre à l'attention des électeurs une profession de foi (facultatif). Celle-ci doit être rédigée en français sur une page qui ne peut dépasser le format de 210 x 297 mm (A4), en noir et blanc. Elle ne peut être consacrée qu'à la présentation du candidat au nom duquel elle est diffusée et à des questions entrant dans le champ de compétence de l'Ordre défini à l'article L. 4121-2 du code de la santé publique.

Cette profession de foi sera photocopiée en fonction du nombre des électeurs et jointe à la liste des candidats qui servira de bulletin de vote.

Retrait de candidature (article R. 4125-1 du code de la santé publique)

Le retrait de candidature ne peut intervenir que dans l'intervalle compris entre le dépôt de celle-ci et la date d'envoi des instruments de vote. Il est notifié au Conseil national soit par lettre recommandée avec avis de réception, soit par dépôt au siège de ce conseil contre un récépissé.

Éligibilité

Sont éligibles les médecins inscrits au tableau d'un conseil départemental de l'Ordre du ressort de la région Centre, à condition :

→ de posséder la nationalité française ou d'être ressortissant de l'un des États membres de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ;
→ d'être à jour de leur cotisation ordinaire (article R. 4125-1 du code de la santé publique).

Ne sont pas éligibles les praticiens faisant ou ayant fait l'objet d'une sanction disciplinaire définitive et non amnistiée prononcée conformément à l'article L. 4124-6 du code de la santé publique ou à l'article L. 145-2 du code de la sécurité sociale.

Électeurs

Sont électeurs, les membres titulaires des conseils départementaux du ressort de la région Centre.

Vote (article R. 4122-2 du code de la santé publique)

Il a lieu par correspondance. Il est adressé obligatoirement au siège du Conseil national de l'Ordre des médecins – 180, boulevard Haussmann – 75008 PARIS. Il peut également y être déposé.

Il prend fin le jour de l'élection, le **jeudi 9 juillet 2015 à 18h00**. Tout bulletin parvenu après cette date n'est pas valable (article R. 4122-2 du code de la santé publique).

Dépouillement (article R. 4122-3 du code de la santé publique)

Il est public et aura lieu sans désenvelopper le **jeudi 9 juillet 2015 à 18h05** au siège du Conseil national de l'Ordre des médecins – 180, boulevard Haussmann – 75008 PARIS.

Le candidat ayant obtenu le plus grand nombre de voix sera proclamé élu titulaire.

Son mandat prendra fin à la date à laquelle aurait expiré le mandat du D^r Cotineau, c'est-à-dire en juin 2016.

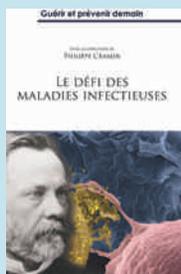
Délais de recours (article R. 4125-7 du code de la santé publique)

Les élections peuvent être déférées dans le délai de 15 jours devant le **tribunal administratif** :

→ par les médecins ayant droit de vote. Pour eux, le délai court à partir du jour de l'élection ;

→ par le ministre chargé de la santé à partir du jour de réception du procès-verbal de l'élection.

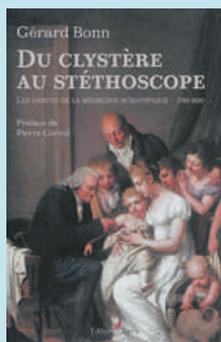
culture médicale



D^r Philippe Cramer,
Le défi des maladies infectieuses,
Éditions Docis, 35 euros.

LE DÉFI DES MALADIES INFECTIEUSES

Lèpre, tuberculose, grippe espagnole et plus récemment, sida, légionellose ou encore fièvre hémorragique Ebola... Les maladies infectieuses sont pour la médecine de véritables défis tant elles sont dévastatrices. Dans ce remarquable ouvrage, préfacé par Christian Bréchet, directeur général de l'Institut Pasteur, le D^r Philippe Cramer a demandé à une cinquantaine des plus éminents spécialistes des maladies infectieuses de nous décrire, de façon abordable, les découvertes, inventions essentielles et avancées médicales dans ce domaine.



Gérard Bonn,
Du clystère au stéthoscope,
Éditions Glyphe, 26 euros.

DU CLYSTÈRE AU STÉTHOSCOPE

La fin du XVIII^e siècle a été une période charnière pour la science médicale. Alors que la médecine n'a que peu progressé depuis Hippocrate et Galien, l'époque des Lumières voit naître le raisonnement médical moderne s'appuyant sur l'examen clinique et sur la vérification anatomo-pathologique. Grâce aux progrès de l'anatomie, la chirurgie semble faire des bonds en avant, même si la mortalité régresse peu. Après avoir dressé un état des lieux de l'enseignement, des connaissances et de l'exercice de cette époque, Gérard Bonn rend hommage aux quelques grands praticiens qui ont remarquablement fait avancer la science médicale.



D^r Franck Dugravier, *Bébés, parents et grands-parents, Des rencontres inattendues*,
Éditions Philippe Duval,
14,90 euros.

BÉBÉS, PARENTS ET GRANDS-PARENTS DES RENCONTRES INATTENDUES

Lorsqu'une femme vient d'avoir un bébé, elle met aussi au monde une mère, un père, des grands-parents... Autant de rôles auxquels personne n'est préparé et dans lesquels il faut souvent improviser. Le D^r Franck Dugravier, pédiatre à Bordeaux, décrit avec une grande sensibilité ces bouleversements en chaîne que produit la venue d'un enfant. En inversant ainsi la perspective de la naissance, il nous raconte diverses façons de devenir parents, qui sont, pour certaines, complètement inattendues.



Michèle-Hélène Salamagne
et Patrick Thominet,
Accompagner, Trente ans de soins palliatifs en France,
Éditions Demopolis, 25 euros.

ACCOMPAGNER, TRENTE ANS DE SOINS PALLIATIFS EN FRANCE

À l'heure où notre société s'interroge sur la fin de vie et sur les limites de la médecine palliative, ce livre permet de mieux comprendre l'impatience et l'insatisfaction de nos contemporains face au travail qu'il reste à réaliser pour que les soins palliatifs soient une réalité pour tous et partout. Les témoignages d'une trentaine d'acteurs engagés dans cette aventure retracent la mise en œuvre du modèle français de soins palliatifs et l'originalité d'un mouvement qui a su faire se rencontrer au sein de différentes associations, des professionnels, des bénévoles et des représentants des usagers.

Médecin-colonel Michel Blanche,

ancien médecin chef du Sdis 44, directeur du Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS), à l'université de Nantes.

« Une médecine de terrain avec une bonne dose d'adrénaline »

« Je suis arrivé un peu par hasard à la médecine d'urgence. J'étais installé comme généraliste à Pornic, lorsqu'un confrère, généraliste et médecin sapeur-pompier volontaire, qui devait cesser ses activités, m'a proposé de lui succéder. Être médecin sapeur-pompier, cela veut dire assurer les visites médicales d'aptitude, former aux gestes de secourisme, mais aussi apporter une compétence médicale sur le terrain. Je me suis beaucoup investi dans cette médecine d'urgence. J'ai passé la capacité nationale de « médecine de catastrophe », qui est une médecine d'organisation et de gestion mise en place lors d'événements majeurs collectifs, comme un tremblement de terre ou une catastrophe industrielle. Cette compétence était directement liée à mon engagement chez les pompiers, tout comme la capacité d'aide médicale d'urgence (Camu) que j'ai suivie et validée à Nantes par la suite. Pendant plusieurs années, tout en continuant mon métier de généraliste à Pornic et mon engagement de médecin pompier, j'ai pris des fonctions de médecin urgentiste au service SAMU-Urgences-SMUR de l'hôpital de Saint-Nazaire, où j'assurais vingt-quatre heures de garde par semaine et un week-end

toutes les cinq semaines. C'était un vrai choix, parfois difficile au quotidien, mais dans la logique de ce que j'avais toujours aimé faire : une médecine de terrain avec une bonne dose d'adrénaline, des échanges avec d'autres soignants qui obligent à se remettre en question, et des relations fortes avec les patients. En 1996, j'ai quitté la médecine générale pour monter la structure SOS Médecins de Saint-Nazaire. Puis une opportunité m'a permis de rentrer comme médecin sapeur-pompier professionnel à Nantes, où j'ai occupé diverses fonctions, avant de devenir, en 2005, médecin chef du Service départemental d'incendie et de secours (Sdis). Notre mission est multitâche : visites d'aptitude, médecine de prévention, formation mais aussi secours aux personnes et assistance aux pompiers en opération. Aujourd'hui, je suis à la retraite du Sdis mais je poursuis mon travail, débuté il y a cinq ans, sur l'arrêt cardiaque au sein d'un groupe d'expert européen. Je reste également enseignant à l'École nationale supérieure des officiers de sapeurs-pompiers (Ensosp) à Aix-en-Provence. Tout cela conjointement avec mes nouvelles fonctions de directeur du SUMPPS, à 70 % heureusement ! »



parcours

1978

S'installe comme médecin généraliste à Pornic

1980

Premier engagement auprès des pompiers comme volontaire

Mars 1997

Recruté comme médecin sapeur-pompier professionnel Sdis 44

2005

Est nommé médecin-chef départemental

Juin 2014

Départ en retraite du Sdis



Pour aller plus loin :

www.conseil-national.medecin.fr