



Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins

► Dossier :

Un nouvel élan dans la lutte contre le cancer p.22

► Sur le terrain
Ternay :
une collaboration
libérale heureuse p.8

► Réflexion
Déserts médicaux :
la tentation des pays
de l'Est p.11

► Jurispratique
**L'exercice en
maisons de santé
pluriprofessionnelles** p.18

médecins n°6 juillet 2009

**ABONNEZ-VOUS À NOTRE LETTRE
D'INFORMATION MENSUELLE**
<http://www.conseil-national.medecin.fr>

➤ **L'essentiel** | 04

Grippe A/H1N1 :
le point sur la pandémie

➤ **L'essentiel
informatique** | 07

91 % des Français favorables
aux nouvelles technologies
dans l'exercice médical

➤ **Sur le terrain** | 08

À Ternay (Rhône), une collaboration
libérale heureuse

➤ **Ailleurs** | 10

Interview du D^r P. Brunet,
chef de cabinet à la DG Sanco
(Commission européenne)

➤ **Réflexion** | 11

Déserts médicaux :
la tentation des pays de l'Est

➤ **Courrier des lecteurs** | 28

➤ **La voix des
associations** | 29

L'Association pour les soins
aux soignants

➤ **Culture médicale** | 30

Génome : le mot du mois
par Alain Rey

➤ **À vous la parole** | 32

D^r Suzanne Tartière, directeur
médical du Samu social

➤ **Dossier** | 22

Un nouvel élan dans la lutte contre le cancer



©Garo/Phanie

À partir des enseignements du Plan cancer I (2003-2007),
le gouvernement va élaborer un Plan cancer II (2009-2013).
Objectif : poursuivre la lutte contre cette pathologie qui est
devenue la première cause de mortalité en France,
en impliquant davantage les médecins traitants.

Cahier jurispratique | 13

- **SIGNALEMENT** Protection de l'enfance : de nouvelles règles
pour signaler « les informations préoccupantes » | 13
- **JURIDIQUE** Les frais irrépétibles devant la chambre disciplinaire
de première instance | 14
- **MAJEURS PROTÉGÉS** Réforme de la protection juridique
des majeurs : le rôle des médecins | 15
- **EXERCICE PROFESSIONNEL** L'exercice en maisons
de santé pluriprofessionnelles | 18
- Accidents de la vie : comment se protéger | 19



Vos réactions nous intéressent.

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



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

“
**Une analyse
objective,
rigoureuse,
impartiale et
indépendante**
”

Vous avez dit testing ?

Une récente enquête, menée par téléphone par le Collectif interassociatif sur la santé, a semé le trouble dans la profession médicale. En révélant que 22 % des médecins spécialistes de secteur II refusent de prendre en charge les patients bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), elle jette l'opprobre sur une partie du corps médical. Pourtant, la méthode de l'enquête reste sujette à caution. Très peu de personnes prennent rendez-vous en se présentant d'emblée comme bénéficiaires de la CMU. Dans la majorité des cas, le patient s'ouvre de sa situation au cours de la consultation et les médecins savent y répondre dans le respect de leurs obligations.

Soyons clairs : refuser de soigner un patient au motif qu'il est bénéficiaire de la CMU ou lui demander un dépassement d'honoraires est contraire à la déontologie médicale et à la loi. L'Ordre des médecins n'a cessé de marteler ce message auprès des confrères et l'a encore rappelé dans son dernier *Bulletin*. Pour autant, il faut tenir compte de la réalité de l'exercice... Recevoir quelques patients en CMU quand on est en secteur II ne pose pas de problème, en revanche quand une large partie de sa patientèle en bénéficie, cela devient plus difficile à gérer. La situation serait différente si les charges sociales du médecin de secteur II pouvaient tenir

compte de la proportion d'actes cotés au tarif opposable.

Ne le cachons pas : le testing ne relève ni de notre culture, ni de nos pratiques. S'il doit être introduit, ce que nous n'approuvons pas, sa méthode doit être élaborée par un organisme indépendant, en partenariat avec les professionnels, dont leur Ordre. Il doit ensuite faire l'objet d'une analyse objective, rigoureuse, impartiale et indépendante.

médecins

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : D' 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' André Deseur - COORDINATION : Evelyne Acchiardi

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

Marie-Laure Noel - Secrétariat de Rédaction : Elisabeth Castaing - RESPONSABLE DE LA RUBRIQUE « CULTURE MÉDICALE » : D' Maurice Hodara

- IMPRIMERIE : IGPM - Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs - DÉPÔT LÉGAL : juillet 2009 - n° 16758 - ISSN : numéro en cours.

» Grippe A/H1N1

Le point sur la pandémie

Au 13 juin dernier, près de 30000 personnes étaient atteintes par la grippe A/H1N1 dans le monde et l'Organisation mondiale de la santé avait relevé le niveau d'alerte pandémique à son niveau maximum (phase 6). Même si le virus restera probablement en sommeil pendant l'été, les autorités s'attendent à une recrudescence de la pandémie à partir de septembre.

1 La transmission du virus

Dans le cadre de l'épidémie actuelle, la transmission se fait de la même manière que celle d'une grippe saisonnière :

- par la voie aérienne, c'est-à-dire la dissémination dans l'air du virus par l'intermédiaire de la toux, de l'éternuement ou des postillons;
- par le contact rapproché avec une personne infectée par un virus respiratoire (lorsqu'on l'embrasse ou qu'on lui serre la main);
- par le contact avec des objets touchés et donc contaminés par une personne malade (exemple : une poignée de porte).

2 Les symptômes

Les symptômes de la grippe A/H1N1 sont, dans la majeure partie des cas, les mêmes que ceux de la grippe saisonnière : fièvre, courbatures, toux et fatigue notamment.

3 Vacciner ou pas ?

Le Pr Didier Houssin, le directeur général de la Santé, a indi-

qué que la France voulait être, à terme, en mesure de vacciner l'ensemble de la population. La France a d'ores et déjà passé commande de 50 millions de doses au laboratoire GSK et s'apprête à commander 50 millions de doses supplémentaires aux laboratoires Sanofi-Pasteur et Novartis. De son côté, l'OMS n'entend pas recommander la vaccination universelle des populations. Dans une interview¹, le Dr Marie-Paule Kieny, directrice de l'unité Initiative pour le vaccin de l'OMS, souligne qu'au rythme de production moyen que l'OMS projette, la vaccination universelle ne pourrait être envisagée, au mieux, qu'à partir de 2013, sans présumer d'éventuelles mutations qui surviendraient dans l'intervalle. L'OMS compte surtout privilégier des actions contre les groupes à risque et les traitements dits classiques (diagnostic rapide, triage et mise sous oxygène).

1. *Quotidien du médecin* du 10 juin 2009.

POINT DE VUE de l'Ordre



Dr André Deseur, vice-président de la section Exercice professionnel du Cnom

« Vacciner l'ensemble de la population imposerait de mobiliser beaucoup de renforts. Il conviendrait alors de procéder par délégation de tâches aux infirmières, et éventuellement de faire appel aux pharmaciens. Les mairies pourraient également être mises à contribution. Cette hypothèse coûterait cher... moins cher cependant qu'une pandémie contre laquelle la population n'aurait pas été protégée ! Il semble évident que les médecins devront être vaccinés les premiers. S'ils ne le sont pas, un tiers d'entre eux se retrouvera hors d'état de pratiquer dès la première vague de circulation du virus. Mais la mesure devra être incitative et non coercitive. Enfin, il est indispensable que les médecins soient informés et équipés en temps et en heure, avec notamment des stocks suffisants de masques de protection FFP2. »

En pratique

Au moment où nous mettons sous presse, la France est dans la phase 5 A de son plan pandémie.

• **Devant un cas suspect**, il est recommandé de contacter le Centre 15 qui pendra en charge le patient et conduira son évaluation clinique et épidémiologique, en lien avec l'InVs.

• **S'abonner à « DGS-urgent » qui diffuse les messages d'alerte sanitaire :**

<https://dgs-urgent.sante.gouv.fr/dgs-urgent/inter/inscription.jsp>

• **La définition de cas de grippe A/H1N1** et les modalités de prise en charge médicale des cas et de leurs contacts sont actualisées sur le **site de l'InVs** : <http://www.invs.sante.fr>

• **Consulter régulièrement les sites suivants**
Site de l'Ordre : www.conseil-national.medecin.fr
Site du ministère de la santé :

www.sante-sports.gouv.fr
Site de l'Invs : www.invs.sante.fr
Site dédié : www.pandemie-grippale.gouv.fr/

• **Si vous êtes volontaire** pour renforcer la régulation médicale en cas de pandémie, prenez contact avec votre conseil départemental de l'Ordre ou avec le Centre 15.

en bref

➤ RECHERCHE 500 000 « NUTRINAUTES »

Après SUVIMAX 1, SUVIMAX 2, SUFOLOM3... l'unité de recherche en épidémiologie nutritionnelle dirigée par le Pr Serge Hercberg lance l'étude NutriNet-Santé. Les 500000 internautes (de plus de 18 ans) qui participeront pendant (au moins) cinq ans à cette étude répondront à des questionnaires alimentaires (trois enregistrements alimentaires de 24 h tous les ans), à des questionnaires annuels sur l'activité physique, le poids, la taille, sur de multiples déterminants des comportements alimentaires, l'état nutritionnel, etc.



© Volsiny/Photo

+ D'INFOS :

Pour en savoir plus et informer vos patients :
www.etude-nutrinet-sante.fr

EN CHIFFRES

64000 appels

Près de 64000 appels ont été enregistrés par le 39 77, le numéro national d'appel contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées, depuis sa mise en place en février 2008.

Biologie médicale : non au diktat européen!

La Cour de justice européenne vient de juger que l'Italie pouvait, sans manquer à ses obligations communautaires, interdire à des «non-pharmaciens» de détenir des parts dans les sociétés d'exploitation des pharmacies d'officine. Un arrêt qui renforce la position du Conseil national de l'Ordre des médecins rendue publique en juin 2008.

L'arrêt que vient de rendre la Cour de justice européenne dans le domaine de la pharmacie d'officine prend le contre-pied de la Commission européenne. Il démontre la justesse du communiqué publié conjointement par le Conseil national de l'Ordre et les syndicats de médecins libéraux, le 3 juin 2008. La Cour de justice a jugé en effet que l'Italie pouvait, sans manquer à ses obligations communautaires, interdire à des «non-pharmaciens» de détenir des parts dans les sociétés d'exploitation des pharmacies d'officine. Elle a estimé bien fondée la législation italienne dictée par le principe suivant lequel l'approvisionnement de la population en médicaments



© DR

serait mieux garanti et de meilleure qualité s'il était assuré par des sociétés constituées de professionnels indépendants et compétents agissant dans une

optique professionnelle et pas uniquement économique. La Cour relève que, contrairement aux investisseurs non professionnels, ces professionnels sont tenus de respecter non seulement les règles légales mais aussi les devoirs déontologiques : dès lors, s'ils optaient pour une pratique commerciale contraire aux intérêts des patients et de la santé publique, ils prendraient le risque de perdre leur droit d'exercer et leur investissement. L'Ordre se réjouit de cette décision qui concerne l'ensemble des professionnels de santé libéraux et conforte le caractère «eurocompatible» de la législation française en matière de sociétés d'exercice libéral.



“ Le médecin traitant a une place à prendre dans l'éducation thérapeutique ”

Le **D^r Pierre Hecquard** est auditeur au Conseil national de l'Ordre des médecins et membre de la section Santé publique. Il vient de publier un rapport remarqué sur l'éducation thérapeutique.

interview

Quelles sont les principales phases de l'éducation thérapeutique ?

D^r P. Hecquard :

Elle débute par une phase de « diagnostic éducatif », parfois avec l'aide du médecin traitant, pour appréhender ce que le patient connaît de sa maladie. Elle se poursuit par la mise en place d'un programme d'éducation personnalisée, adapté au patient et à son entourage. La troisième étape inclut la participation à des séances d'éducation thérapeutique, individuelles ou collectives, au cours desquelles le patient prend progressivement conscience des compétences qu'il acquiert.

Vient enfin la dernière phase dite de l'évaluation individuelle, qui permet de vérifier que les connaissances du patient ont progressé, que son comportement de soin s'est amélioré et d'une certaine façon qu'il est plus autonome.

Quelle peut être la place du médecin traitant dans ce travail ?

D^r P. Hecquard : L'éducation thérapeutique prend tout son sens face à des pathologies chroniques, souvent lourdes, qui impliquent une relation de confiance longue et suivie entre le médecin et son patient. Le rôle du médecin traitant est donc fondamental, car il connaît bien son

patient, son comportement, son environnement et son entourage. En pratique, il est en situation d'intervenir tout au long du processus. Mais l'éducation thérapeutique ne s'improvise pas. Il importe de connaître les ressorts de ces techniques et d'acquérir de nouvelles compétences. D'où la nécessité de mettre en place une formation initiale et continue adaptée destinée aux praticiens.

+ D'INFOS SUR LE SITE :
www.conseil-national.medecin.fr

Pour lire le rapport du **D^r Pierre Hecquard** :
<http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/educationtherapeutique.pdf>

Le *Bulletin de l'Ordre* publiera également un dossier sur ce sujet dans le numéro de septembre.

Ehpad : des patients comme les autres

Les personnes âgées dépendantes résidant en établissement d'hébergement pour personnes dépendantes (Ehpad) ont les mêmes droits que tous les patients âgés ou dépendants qui reçoivent des soins à domicile, notamment celui d'être suivi par leur médecin traitant.

Saisi par des médecins objets de pressions, et devant l'évolution des contrats proposés par des Ehpad, le Conseil national de l'Ordre des médecins demande,

dans un communiqué de presse publié le 28 mai dernier, à tous les médecins confrontés à des difficultés dans leur exercice au sein de ces établissements de bien vouloir les signaler à leur conseil départemental. Il n'est en effet pas acceptable que la déontologie médicale soit bafouée dans certains établissements. Les contraintes budgétaires comme les règles tarifaires invoquées ne justifient pas :

- le refus par certains Ehpad de permettre à leurs résidents d'être suivis par leur médecin traitant ;

- le refus par certains de mettre en œuvre les décisions thérapeutiques prises par les médecins traitants dans l'intérêt des résidents ;
- l'accès sans l'autorisation du résident et sans justification médicale aux données de santé qui relèvent de l'intimité et de la vie privée des résidents. Le libre choix du médecin, le respect de l'indépendance professionnelle des médecins intervenant à titre libéral ou salarié, et la protection du secret médical contribuent à la lutte contre la maltraitance.

91 % des Français favorables aux nouvelles technologies dans l'exercice médical

Un sondage TNS Sofres pour le Conseil national de l'Ordre des médecins révèle de fortes attentes de la part du grand public et des médecins pour l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) en santé.

1. Les attentes des patients

- 91 % des patients estiment que l'utilisation des outils informatiques dans l'exercice de la médecine est une bonne chose pour leur suivi médical; 34 % jugent même qu'il s'agit d'une très bonne chose.
- 78 % souhaitent avoir la possibilité de savoir qui a eu accès à leur dossier médical et quelles informations ont été consultées; 48 % jugent même cela très important.
- 75 % pensent qu'il est important de pouvoir connaître la teneur des messages qui ont été échangés à leur sujet par des médecins ou d'autres professionnels de santé.
- 94 % des patients souhaitent que des règles de sécurité soient mises en place pour protéger les données médicales stockées.

2. Les préoccupations des médecins

- 68 % des médecins jugent que la mise en place d'un dossier médical personnel informatisé et accessible par Internet serait utile dans leur pratique quotidienne.
- 62 % considèrent le déploiement d'une messagerie professionnelle sécurisée et dédiée aux médecins utile dans la pratique quotidienne.
- 47 % des médecins pensent que l'amélioration de la coopération entre les différents professionnels de santé sera le premier avantage du développement et de l'utilisation des nouvelles technologies dans la pratique médicale.

+ D'INFOS SUR LE SITE : www.conseil-national.medecin.fr

POINT DE VUE de l'Ordre



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

« 79 % des Français interrogés pensent que l'Ordre des médecins est légitime pour assurer au niveau national le droit des patients et le respect de la déontologie médicale. Ce chiffre est un véritable encouragement pour le Conseil national. Nous nous sommes fortement impliqués ces dernières années afin que l'informatisation de la santé se développe dans le respect de la relation entre le médecin et le patient, qui est l'une des composantes essentielles de la prise en charge médicale. Nous sommes convaincus que les TIC doivent être utilisés en médecine, avec le consentement éclairé et explicite du patient. Quant aux médecins, ils considèrent que l'utilisation des TIC en santé peut d'abord permettre d'améliorer la coopération entre professionnels de santé (47 % des médecins). En favorisant le partage d'informations entre médecins de ville et hospitaliers, les TIC permettent de mieux assurer la qualité et la continuité des soins. Cette amélioration libère du temps disponible aux médecins pour se consacrer pleinement à la prise en charge des patients. »

L'Ordre au Hit Paris 2009



Fort de nombreuses propositions exprimées dans ses deux livres blancs (**Informatisation et Télémedecine**), le Conseil national de l'Ordre des médecins a été associé, pour la première fois cette année, au comité de pilotage du HIT, le Congrès des technologies de l'information en santé, qui s'est déroulé fin mai à Paris. En trois ans, cette manifestation s'est imposée comme le principal rendez-vous des professionnels de santé dans le domaine des TIC. Le Dr Jacques Lucas, vice-président du Conseil national, chargé

des Systèmes d'information en santé, a notamment participé à la conférence inaugurale et à une table ronde consacrée au déploiement de la e-prescription. Le Conseil national affirme ainsi sa volonté de veiller à ce que les outils et les pratiques destinés aux médecins garantissent bien la qualité des soins dans un climat de confiance renouvelée avec les patients. Cette présence démontre enfin que l'Ordre s'intéresse à l'ensemble des pratiques professionnelles dans le secteur hospitalier comme dans le secteur ambulatoire.



À Ternay (69)

Une collaboration libérale heureuse

Le statut de médecin collaborateur libéral créé par la loi du 2 août 2005 reste encore mal connu et peu utilisé. L'expérience de la maison médicale de Ternay (Rhône) montre pourtant que ce dispositif est aussi pertinent pour les débutants que pour les seniors.

Commune rurale de la région lyonnaise – 4800 habitants –, Ternay peut se vanter d'avoir ouvert l'une des premières maisons médicales multidisciplinaires de France. C'était en février 1974, à l'initiative du Dr William Junod... qui avoue avoir essuyé à l'époque quelques critiques du côté des instances professionnelles. Mais l'audace a été payante puisque trente-cinq ans plus tard, la « Maison » affiche une bonne santé réjouissante avec cinq médecins généralistes, trois spécialistes (cardiologues, ophtalmologue), une chirurgien-dentiste, trois kinésithérapeutes, une orthophoniste, une pédicure. Et l'équipe en place, fidèle à l'esprit pionnier des premiers temps, continue d'innover : les cinq généralistes se sont organisés pour partager les services d'une collaboratrice libérale, le Dr Marie-Nathalie Rodier. La jeune femme prend en effet le relais de chacun des cinq praticiens. Elle s'installe à tour de rôle dans leur cabinet, une journée entière par semaine pour certains, une demi-journée pour d'autres.

« Pour nous, c'est la solution idéale, explique le Dr Gilles Fumey-Humbert, l'un des cinq généralistes du groupe. Trouver un remplaçant, c'est devenu presque impossible et, de toute façon, ça n'est autorisé que pour des périodes limitées. Or, chacun d'entre nous souhaitait un système pérenne pour pouvoir "souffler" dans la semaine. Et nous n'étions pas sûrs qu'un sixième généraliste aurait suffisamment de travail pour vivre... »

La récente création par l'Ordre des médecins du statut de collaborateur libéral leur a fourni une solution parfaitement adaptée à leurs besoins, puisque le Dr Rodier est là en continuité et vit du trop-plein de leurs activités. Pour elle aussi, c'est tout bénéfique puisqu'elle évite la solitude du praticien débutant tout en développant une clientèle propre sans pressions économiques trop fortes. En tout cas, à la maison médicale de Ternay, tous en sont convaincus : la formule est promise à un bel avenir.

+ D'INFOS SUR LE SITE :
www.conseil-national.medecin.fr

- Le contrat-type de collaborateur libéral est disponible sur le site de l'Ordre
- Loi du 2 août 2008



Dr Marie-Nathalie Rodier,
généraliste

Accueil ↘

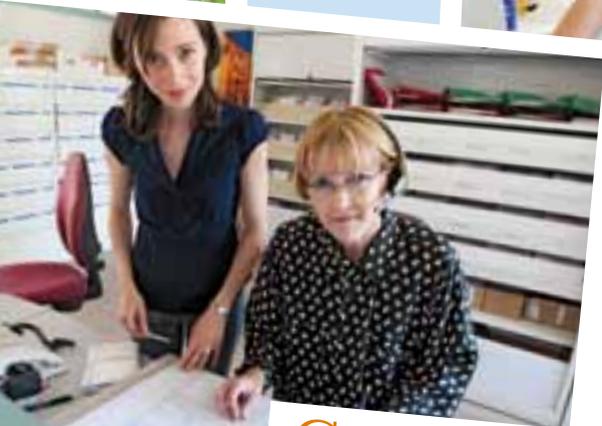
L'arrivée de la collaboratrice a été bien accueillie par les secrétaires médicales qui, auparavant, devaient parfois gérer les tensions avec des patients irrités de ne pas obtenir de rendez-vous rapide.

témoignage

« L'équipe me connaissait déjà car, en 2006 et en 2007, j'avais fait des remplacements à Ternay durant les vacances. Il y a dix-huit mois, une fois ma thèse soutenue, les cinq généralistes m'ont proposé de devenir leur collaboratrice libérale. J'ai accepté avec enthousiasme et signé un contrat individuel avec chacun d'eux. Beaucoup de diplômés fraîchement thésés en rêvent, mais il y a peu d'offres car le statut

est encore mal connu. Avec le recul, je peux confirmer que cette formule présente bien des avantages. D'abord, il y a la sécurité : j'apprécie énormément de ne pas exercer seule dans mon coin et de pouvoir discuter avec mes confrères aussi souvent que j'en ressens le besoin. C'est très rassurant d'acquérir de l'expérience dans

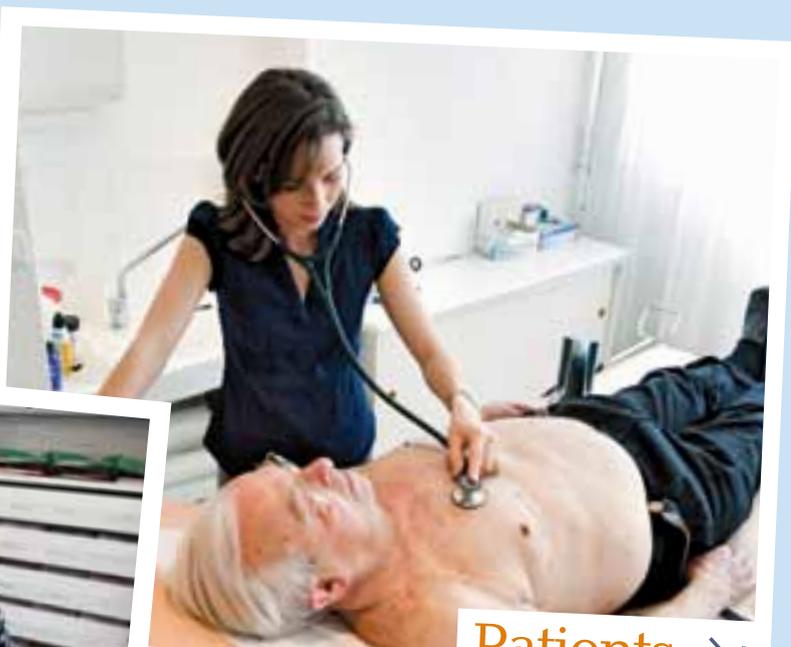




Gestion ↘

Chaque soir, le D^r Rodier fait le compte des actes effectués. Elle encaisse les honoraires perçus pour en reverser 20 % aux médecins dont elle a occupé le cabinet, soit l'équivalent de ce que chaque professionnel doit à la maison médicale pour assurer la gestion des locaux, le secrétariat, etc.

ce contexte cadré et pérenne. Et cela, alors que je suis autonome sur le plan professionnel, totalement indépendante dans mes décisions. Les ordonnances sont d'ailleurs à mon nom, contrairement à un remplaçant qui rédige les siennes sur le carnet du praticien remplacé, et sous sa responsabilité. En fait, en tant que collaboratrice libérale, ma tutelle se limite aux aspects matériels : utilisation des locaux, des appareils, des ordinateurs, accès aux dossiers informatisés des patients, etc. Cela me permet d'avoir un minimum de charges administratives. Pour toutes ces raisons, la formule me convient. En tout cas, je ne suis pas pressée de changer de statut!



Patients ↘

Lorsque de nouveaux patients se présentent à la maison médicale, ils sont dirigés vers le D^r Rodier qui se constitue ainsi progressivement sa propre clientèle.



Le groupe ↘

Le groupe est une structure rassurante : des réunions informelles avec les confrères, mais aussi des rendez-vous hebdomadaires, permettent d'évoquer tous les problèmes sans tabou.



Dr Philippe Brunet

“ Un médecin suspendu dans un pays ne pourra plus le dissimuler à un autre ”

Chef de cabinet de Andrea Vassiliou, commissaire à la Santé, Philippe Brunet travaille depuis vingt ans à la Commission européenne sur les questions relatives à la santé. Lui-même docteur en médecine (radiologue) et en droit, il a une vision iconoclaste des problèmes liés à la libre circulation des professionnels de santé et des patients...

interview **L'UE entend favoriser la mobilité des médecins en Europe, mais peut-elle en éviter les effets pervers, en particulier la fuite des cerveaux de l'Est vers l'Ouest ?**

D^r P. Brunet : Interdire la libre circulation des professionnels de santé au nom de la fuite des cerveaux de l'Est vers l'Ouest, ce serait masquer le symptôme au lieu de s'attaquer aux véritables causes. Ce phénomène cessera le jour où l'appel d'air que représente le déficit de la démographie médicale dans les pays d'Europe de l'Ouest sera comblé. Il est également sous-tendu par un problème économique, sans doute autant en raison de la différence des rémunérations des médecins, plus faibles à l'Est, qu'à l'absence de plateaux techniques modernes ou d'infrastructures performantes, difficile à vivre professionnellement. Sur ce point pourtant, l'Europe, à travers le Fonds de développement

régional, offre des solutions : une enveloppe de 7 milliards d'euros est à la disposition des pays concernés pour rénover leurs hôpitaux, les équiper de plateaux techniques. Curieusement, ils les utilisent peu dans le domaine de la santé... et la Commission européenne n'a pas le pouvoir d'orienter leurs choix de dépenses !

Mais ne peut-elle, au moins, envisager une meilleure harmonisation de la formation médicale ?

D^r P. Brunet : Il est vrai qu'il existe encore de grandes différences d'un pays à l'autre, particulièrement sur le contenu des formations, et que l'on nous presse de les réduire. Beaucoup a déjà été fait, mais aller bien au-delà de principes d'équivalence obligerait les États membres à réviser certaines de leurs politiques de santé. Cela ne relève plus de la compétence de Bruxelles. Personne ne proposant de remettre en cause la libre circulation des professionnels

de santé, je pense qu'il nous faut plutôt travailler à mettre au point des standards et des contrôles de qualité, à développer des codes de bonnes pratiques. L'exemple de la Fédération européenne des associations d'infirmières (EFN) est intéressant : elle se propose de donner une formation postdiplôme aux infirmières qui arrivent de certains pays de façon à ce qu'elles aient un niveau équivalent aux diplômées « nationales ». C'est une bonne formule.

L'échange d'informations sur les médecins qui passent les frontières se fait mal : à quand une véritable transparence ?

D^r P. Brunet : La directive 2005/36 pose les bases d'une coopération administrative entre autorités compétentes pour la reconnaissance automatique des qualifications. Mais elle ne crée pas d'obligation en matière de communication des sanctions disciplinaires. En revanche, dans le cadre de l'examen de la directive sur les droits des patients transfrontaliers, le Parlement européen a adopté un amendement qui renforce encore notre proposition visant à assurer que ce type d'informations sera systématiquement communiqué. Un médecin d'un État membre suspendu dans son pays ne pourra plus le dissimuler à un autre pays.



Avec la participation de...

Dr Xavier Deau, président de la section « formation et compétences médicales » au Cnom.

Jean-Claude Lauret, maire d'une petite commune de Seine-et-Marne, Chenoise.

Dr André Pilz, chef de service d'anesthésie réanimation à l'hôpital de Mende (Lozère).

Déserts médicaux : la tentation des pays de l'Est

Les petits hôpitaux et les communes rurales ont aujourd'hui de grandes difficultés à attirer les médecins pour remplacer ceux qui partent en retraite et n'hésitent plus à faire appel à des agences spécialisées qui, elles, vont recruter dans les nouveaux pays européens : Pologne, Roumanie, Bulgarie, Hongrie. Est-ce une bonne solution ?

LES RECOMMANDATIONS DE L'ORDRE

Nous souhaitons mettre en garde les maires des communes de zones désertifiées et les responsables hospitaliers tentés par la « filière de l'Est » : pour éviter des désillusions ultérieures, il est indispensable de fournir une information claire et loyale sur les possibilités offertes localement et sur les conditions de l'exercice médical en France, avec ses contraintes et obligations. De même, il ne faut pas passer sous silence les éventuelles difficultés que ces praticiens pourraient rencontrer sur notre sol, ni oublier de préciser la nécessaire formation à notre environnement administratif, réglementaire et déontologique.

Dr Francis Montané, délégué général aux Affaires européennes et internationales du Cnom.

Depuis que la directive européenne 2005-36 a unifié les études médicales en Europe, tout médecin ressortissant de l'Union peut circuler librement dans les vingt-sept pays membres et y travailler. Il lui suffit de parler la langue du pays d'accueil et de fournir son diplôme de docteur en médecine assorti d'une attestation de son pays d'origine prouvant sa conformité avec cette directive.

En France, où la pénurie de médecins pose depuis plusieurs années de graves problèmes, aussi bien à l'hôpital qu'en secteur libéral, cette directive a été très vite utilisée par ceux qui, jusque-là, étaient obligés de passer par la procédure d'autorisation classique (celle des Padhue), plus exigeante et plus longue. Mais c'est surtout à partir du 1^{er} janvier 2007, date de l'élargissement de l'Europe à la Roumanie et à la Bulgarie, que le mouvement s'est accéléré. Plus de 1 150 médecins roumains se sont en effet inscrits à l'Ordre depuis cette date (près des deux tiers des médecins étrangers

inscrits au Tableau au cours de ces deux années).

De véritables filières se sont créées, les agences de recrutement fleurissant sur ce « terreau ». Elles ont décelé un marché potentiel juteux avec, d'un côté, en France, des besoins non satisfaits et de l'autre, dans les nouveaux pays européens, le désir de profiter de droits fraîchement acquis. Les recruteurs se rendent donc régulièrement en Pologne, Roumanie, Bulgarie, Hongrie, Lituanie, etc. pour présenter ces opportunités et solliciter des candidatures. Des dossiers sont ainsi montés et lorsqu'un hôpital, en mal de médecins, ou une commune, désespérée de ne pas trouver de successeur au praticien qui prend sa retraite, sollicitent ces bureaux recruteurs, il n'y a plus qu'à piocher dans la pile et à choisir. La transaction, qui intègre démarches administratives, présentation du candidat, préparation du contrat, etc., est facturée jusqu'à 40 000 euros. Un coût au goût amer lorsque la « perle rare » quitte le poste au bout de quelques mois...



Dr Xavier Deau

Généraliste à Épinal, président du conseil départemental des Vosges, Xavier Deau est président de la section Formation et Compétences médicales au Conseil national de l'Ordre des médecins, section qui doit gérer, entre autres, les candidatures des médecins à diplôme étranger.



Jean-Claude Lauret

Maire d'une petite commune de Seine-et-Marne, Chenoise (1 300 habitants), située à 10 km de Provins, Jean-Claude Lauret a aujourd'hui à gérer un problème que connaissent de nombreux élus des zones rurales : trouver un successeur à leur médecin qui s'apprête à prendre sa retraite...



Dr Xavier Deau

« Le débauchage des médecins d'Europe de l'Est, tel qu'il se pratique actuellement dans notre pays, pose un vrai problème moral. Prenons le cas des médecins roumains. Le contingent arrivé en France depuis 2007 représente l'équivalent de quatre promotions de médecins diplômés. Résultat : ce pays manque désormais de praticiens et, semble-t-il, doit recruter en Chine ! Est-il éthiquement correct de construire l'Europe de cette façon ? Certes, il n'est pas question de remettre en cause la libre circulation des professionnels de santé et des patients au sein de l'Union : elle est

prévue par les directives européennes et la France, terre d'accueil, n'a pas l'intention d'y déroger. Mais il faut que ces flux soient concertés, organisés. Qu'ils soient régulés par des accords bilatéraux dans lesquels les ministères des Affaires étrangères et de la Santé des pays concernés jouent leur rôle. On ne peut pas continuer à laisser des agences uniquement motivées par des objectifs mercantiles

gérer ces dossiers, sans se préoccuper des conséquences pour les pays où elles vont recruter. La santé est un domaine public et doit le rester. Elle ne peut pas être abandonnée aux mains des marchands ! J'ajoute que, contrairement à ce que l'on pense parfois, la solution des médecins roumains ou bulgares est loin d'être la panacée pour répondre à la disparition progressive des omnipraticiens

dans les zones rurales. Les statistiques de ces dernières années montrent en effet qu'il n'y a pas plus de 10 % d'entre eux qui s'installent en libéral. Tous les autres vont dans le secteur hospitalier. La problématique des territoires médicaux désertés, qui est bien réelle, et d'ailleurs pas spécifiquement française, doit donc être l'objet d'une concertation politique au niveau des Vingt-Sept.

HARMONISER LA PROFESSION MÉDICALE EN EUROPE

La grande mobilité des médecins au sein de l'Union européenne a mis en évidence la nécessité d'améliorer sans tarder l'harmonisation des dispositifs. Il reste dans le domaine médical trop de zones d'ombre. Sur la formation, d'abord : si la durée des études est harmonisée, il n'en est pas de même des contenus. Il faut également progresser sur les spécialités communes, aujourd'hui limitées à 17 (alors qu'en France, nous en avons 52). Il serait souhaitable par ailleurs de continuer à travailler à l'harmonisation des sanctions face à d'éventuelles dérives déontologiques et développer la carte européenne des professionnels de santé (HPRO Card) qui servira de « passeport » électronique à l'ensemble des médecins de l'Union. Enfin, il faut que tous les pays aient les mêmes exigences vis-à-vis de leurs médecins en matière d'assurance et de responsabilité civile et pénale.

Dr Francis Montané



Dr André Pilz

Chef de service d'anesthésie réanimation à l'hôpital de Mende (Lozère),

le Dr Pilz s'est installé en France après avoir exercé pendant plusieurs années en libéral et en secteur hospitalier en Allemagne. Il sait mieux que quiconque que les pratiques peuvent être différentes d'un pays à l'autre.



Jean-Claude Lauret

« Je ne sais pas si s'en remettre à une agence de recrutement pour faire venir un médecin étranger est une bonne solution, mais ce que je peux vous dire, c'est que c'est la seule que nous ayons trouvée ! Il y a quelques mois, nous étions au pied du mur : nos deux médecins ont annoncé qu'ils s'en allaient. L'un, installé depuis trente-sept ans, prend sa retraite ; l'autre suit son mari et va s'installer à Provins. Or, laisser notre commune sans praticien est d'autant plus inconcevable que les médecins des environs sont déjà surchargés et ne peuvent pas absorber plus de patients. Nous avons donc passé des

annonces dans des journaux médicaux et via le Médec. En vain. Quand nous avons expliqué au téléphone à l'un de nos rares postulants que Chenoise se situait à 70 km de Paris, il s'est effrayé comme si c'était le fin fond du désert ! Alors, de guerre lasse, nous avons fait appel à un bureau de recrutement. Mais notre commune n'étant pas riche, il n'était pas question pour nous de payer les 40000 euros généralement demandés pour cette démarche. Nous avons finalement trouvé un recruteur luxembourgeois qui nous a présenté, pour moins de 4000 euros, un médecin hongrois de 47 ans, vingt ans d'expérience en libéral. Il est venu nous voir : il semble avoir toutes les qualifications requises, même s'il a sans doute besoin d'une petite mise à niveau en français. Les premiers contacts ont été bons, de part et

d'autre. Nous attendons maintenant la décision du Conseil de l'Ordre, espérant que celui-ci lui délivrera le sésame nécessaire. De notre côté, nous allons l'aider au mieux dans ses démarches et sommes prêts à prendre en charge une partie de la location de son cabinet pendant trois ans, jusqu'à l'ouverture de la maison médicale pluridisciplinaire que nous souhaitons créer. Cela dit, je reconnais que notre démarche est délicate et qu'on déshabille Pierre pour habiller Paul. Mais avons-nous le choix ? Cette situation de pénurie résultant de décisions politiques antérieures pénalisantes pour les communes rurales, les pouvoirs publics ne devraient-ils pas apporter une aide pécuniaire à l'installation de médecins en milieu rural au titre de l'aménagement du territoire ? »



Dr André Pilz

« Pour nos besoins, l'expérience a été non concluante. Comme bien d'autres, n'ayant pas réussi à recruter en France l'anesthésiste-réanimateur dont nous avons besoin, la direction de l'hôpital

s'est adressée à un bureau de recrutement. Il nous a envoyé un collègue des pays de l'Est qui, la première fois que nous l'avons vue, ne parlait pas un mot de français ! Elle a pris des cours et a fait de réels efforts car, l'équivalence de ses diplômes validée par l'Ordre, elle est revenue avec un niveau de langue correct. Dans la pratique quotidienne du bloc opératoire et de notre service d'anesthésie, la différence des moyens techniques et médicamenteux par rapport à sa formation n'a pas permis l'emploi autonome de cette charmante collègue. Nous avons besoin d'un anesthésiste réanimateur responsable, pas d'un assistant ! Nous lui avons suggéré de postuler dans un plus grand établissement, par exemple un CHU, pour une mise à jour de ses pratiques et n'avons pu prolonger en bonne conscience son contrat CDD. Néanmoins, rien ne s'opposera à réengager notre consœur après un gain d'autonomie. Une mise à jour d'une demi-année, avec réévaluation de ses pratiques professionnelles, pourrait en effet être utile, sachant bien que d'un pays à l'autre, pour différentes raisons, les pratiques ne sont pas tout à fait les mêmes. Sans préjuger de la qualité ou de la qualification. »

CAHIER JURISPRATIQUE



n°6 sommaire :

- **JURIDIQUE** Les frais irrépétibles devant la chambre disciplinaire de première instance | 14
- **MAJEURS PROTÉGÉS** Réforme de la protection juridique des majeurs : le rôle des médecins | 15
- **EXERCICE PROFESSIONNEL** L'exercice en maisons de santé pluriprofessionnelles | 18
- I Accidents de la vie : comment se protéger | 19

Protection de l'enfance : de nouvelles règles pour signaler « les informations préoccupantes »

..... La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance a modifié les modalités de signalement par les médecins. Le point sur le rôle du médecin...

1/ Le contexte

La loi du 5 mars 2007 a transféré la responsabilité de la protection de l'enfance au Conseil général. Elle a notamment créé une cellule départementale dédiée au recueil, au traitement et à l'évaluation de toutes les « informations préoccupantes » concernant les mineurs en danger ou risquant de le devenir. Cette loi donne également un cadre légal au partage d'information entre professionnels. Le nouvel article L.226-2-2 du code de l'action sociale et des familles stipule ainsi que « par exception à l'article 226-13 du code pénal, les personnes soumises au secret professionnel qui mettent en œuvre la

politique de protection de l'enfance définie à l'article L.112-3 ou qui lui apportent leur concours sont autorisées à partager entre elles des informations à caractère secret afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier. Le partage des informations relatives à une situation individuelle est strictement limité à ce qui est nécessaire à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance. Le père, la mère, toute autre personne exerçant l'autorité parentale,

le tuteur, l'enfant en fonction de son âge et de sa maturité, sont préalablement informés, selon des modalités adaptées, sauf si cette information est contraire à l'intérêt de l'enfant. »

2/ Le rôle du médecin

- Les informations à caractère médical restent couvertes par le secret médical et ne doivent être partagées qu'avec le(s) médecin(s) de la cellule départementale.
- Le médecin peut demander un avis à la cellule qui évaluera si besoin une information préoccupante, en revanche, le signalement est le

terme judiciaire.

- Le praticien doit continuer à adresser un signalement au procureur de la République pour tous les actes qui relèvent du code pénal (abus sexuels, coups et blessures...), avec copie à la cellule, si elle existe dans son département, en utilisant le signalement type qui figure sur le site du Conseil national de l'Ordre. Chaque cellule départementale devrait comprendre un médecin, ce qui faciliterait grandement les échanges.

+ D'INFOS :
www.conseil-national.medecin.fr

Un modèle de signalement type est disponible sur le site

Les frais irrépétibles devant la chambre disciplinaire de première instance

1/ Le remboursement des frais engagés ou « frais irrépétibles »

L'article L. 761-1 du code de justice administrative, issu d'une loi de 1991, qui prévoit que : « dans toutes les instances, le juge condamne la partie tenue aux dépens ou, à défaut la partie perdante, à payer à l'autre partie la somme qu'il détermine au titre des frais exposés et non compris dans les dépens. Le juge tient compte de l'équité ou de la situation économique de la partie condamnée. Il peut, même d'office, pour des raisons tirées des mêmes considérations, dire qu'il n'y a pas lieu à cette condamnation ». Ces quelques lignes ont donné lieu à des volumes de jurisprudence parfois contradictoires. Il s'agissait alors, en simplifiant beaucoup, de transposer au droit administratif l'article 700 du nouveau code de procédure civile et de permettre à la partie qui gagne un procès, soit en demande soit en défense, d'obtenir le remboursement

au moins partiel des frais engagés, joliment appelés « frais irrépétibles », d'où le titre de cet article. Depuis la loi du 4 mars 2002 et son décret d'application du 25 mars 2007, le plaignant (qui est parfois aussi médecin) et le médecin attaqué sont devenus l'un et l'autre partie devant la juridiction administrative ordinaire et donc devant la chambre disciplinaire de première instance. L'un et l'autre peuvent ainsi demander à bénéficier de l'application de l'article L. 761-1 du code de justice administrative et la condamnation de leur adversaire à leur rembourser les « frais irrépétibles ».

2/ Plusieurs conditions à remplir

1. La condamnation de l'autre partie doit être explicitement demandée et le montant de l'indemnité précisé (en principe au maximum 3000 à 4000 €, sachant qu'en général, c'est une somme plus faible qui peut être accordée par la chambre disciplinaire mais qu'il

est impossible d'obtenir plus que demandé selon le principe de l'impossibilité de statuer *ultra petita*). Cette demande n'a pas à être présentée par requête séparée et peut être intégrée à un mémoire, avec une formule du type suivant : « Il est demandé à la chambre disciplinaire de m'accorder une indemnité de xxxx euros en application de l'article 761-1 du code de justice administrative pour les raisons suivantes... ».

2. La demande d'indemnité peut être effectuée à tout moment de la procédure, avant clôture de l'instruction. Pour une affaire en cours, elle peut être formulée soit dans un courrier séparé, soit à l'occasion d'un des échanges de mémoire.

3. L'indemnité ne peut être accordée qu'à la partie « gagnante » au détriment de la partie « perdante », mais sous certaines conditions tenant à l'équité et à la situation économique des parties. Autrement dit, une partie perdante qui a des revenus faibles ou dont la situation économique

est difficile ne pourra être condamnée par la chambre disciplinaire qu'à une faible indemnité, voire à aucune.

4. L'indemnité ne peut en principe être accordée que si la partie qui en bénéficie apporte un minimum de justifications, sur lesquelles les juridictions se montrent assez peu exigeantes. Le simple fait d'avoir fait appel à un avocat permet de justifier l'existence de frais même s'il est peu probable que la totalité des honoraires, à les supposer connus, soient pris en compte. Sinon, il vaut mieux alléguer que des frais postaux ou de photocopie ont dû être engagés et que les peines ou tracas du procès ont entraîné des pertes de temps et un manque à gagner.

En conclusion, les parties en cause devant la chambre disciplinaire de première instance, aussi bien en demande qu'en défense, peuvent formuler dès le début une demande d'indemnité en application de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

» Roland Beyssac, magistrat de l'ordre administratif honoraire

Réforme de la protection juridique des majeurs : le rôle des médecins

..... La loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009. Le suivi et le renouvellement des mesures de protection ouvertes avant cette date vont fortement solliciter le concours des médecins.

1/ Ce que change la loi du 5 mars 2007

La législation antérieure avait pour objet la protection des biens du majeur protégé. La loi du 5 mars 2007 s'attache, elle, à ce que « les personnes majeures reçoivent la protection de leur personne et de leurs biens que leur état ou leur situation rend nécessaire (...). Cette protection est instaurée et assurée dans le respect des libertés individuelles, des droits fondamentaux et de la dignité de la personne. Elle a pour finalité l'intérêt de la personne protégée. Elle favorise, dans la mesure du possible, l'autonomie de celle-ci (...) ». L'objectif du législateur a été de recentrer les mesures de protection sur les personnes souffrant véritablement d'une altération de leurs facultés qui les met dans le besoin d'être assistées ou représentées, et seulement si aucun autre encadrement juridique ne permet de faire face à leur vulnérabilité.

Les médecins ont un rôle prépondérant à assurer au cœur de cette réforme.

2/ Les trois principes de la loi du 5 mars 2007

La loi du 5 mars 2007 réaffirme les principes de nécessité, de subsidiarité et de proportionnalité des mesures de protection. L'article 428 du code civil dispose ainsi que « la mesure de protection ne peut être ordonnée par le juge qu'en cas de nécessité et lorsqu'il ne peut être suffisamment pourvu aux intérêts

de la personne par l'application des règles du droit commun de la représentation, de celles relatives aux droits et devoirs respectifs des époux et des règles des régimes matrimoniaux, en particulier celles prévues aux articles 217, 219, 1426 et 1429, par une autre mesure de protection judiciaire moins contraignante ou par le mandat de protection future conclu par l'intéressé. »

A. La nécessité

DÉFINITION : Le principe de nécessité signifie que le bénéficiaire d'un régime de protection doit être réservé aux seuls cas où l'altération des facultés mentales ou corporelles de nature à empêcher l'expression de la volonté est médicalement constatée (article 425 du code civil).

Un simple besoin d'accompagnement social de la personne ne doit pas conduire à la mise en œuvre d'une mesure de protection judiciaire. La mesure d'accompagnement social personnalisé (dite Masp), initiée par le Conseil général, sera plus adaptée pour répondre à ce besoin. Cette solution contractuelle d'aide à la gestion ne nécessite pas d'avis médical. Ce dispositif n'est néanmoins applicable qu'aux personnes touchant des prestations sociales (RMI, AAH... liste précise en attente de décret) et ne peut perdurer au-delà de quatre ans. En cas d'échec, une mesure d'accompagnement judiciaire (MAJ)

pourra être prononcée pour une durée maximale de quatre ans également.

B. La subsidiarité

DÉFINITION : l'altération des facultés mentales n'est pas suffisante à elle seule pour justifier la mise en place d'une mesure de protection.

Il faut qu'aucun autre dispositif plus léger ou moins restrictif de droits ne puisse être mis en œuvre comme :

- le droit commun de la représentation : si la personne a donné procuration sur ses comptes à un proche et que le risque d'abuser de sa vulnérabilité (pour extorquer une signature par exemple) est très limité, rien ne justifie une mesure de protection.
- règles des régimes matrimoniaux : le conjoint est à même de gérer les biens communs et peut solliciter du juge des tutelles une habilitation particulière pour réaliser un acte de disposition du patrimoine ou solliciter une habilitation générale.

- le mandat de protection future : c'est un nouvel outil juridique introduit par les articles 477 à 494 du code civil qui permet à toute personne majeure ne faisant pas l'objet d'une mesure de tutelle de charger une ou plusieurs personnes, par un même mandat, de la représenter pour le cas où, en raison d'une altération de ses facultés mentales ou corporelles empêchant l'expression de sa volonté, elle ne pourrait plus pourvoir seule à ses intérêts. Ce mandat est soit notarié, soit rédigé par un avocat ou selon un modèle impératif (voir sur www.v.tutelles.gouv.fr pour modèle et notice). Le mandat prend effet sur production au greffe du tribunal d'instance d'un certificat médical établi par l'un des médecins figurant sur la liste du procureur de la République.

C. La proportionnalité

La mesure doit être proportionnée et individualisée en fonction du degré d'altération des facultés personnelles de l'intéressé : une tutelle n'est prononcée que si une curatelle est insuffisante; une curatelle n'est prononcée que si une sauvegarde de justice est suffisante.

3/ La sauvegarde de justice

La sauvegarde de justice devient un régime de protection à part entière. La sauvegarde de justice par déclaration médicale ou à l'occasion d'une procédure de tutelle ou curatelle continue par ailleurs à exister. La mesure est prononcée pour un an renouvelable une fois. La personne conserve l'exercice de ses droits, il n'y a donc pas d'incapacité, sauf si on prononce un mandat spécial donnant des pouvoirs au mandataire. La principale innovation vient du fait que le mandataire pourra être autorisé à passer un ou plusieurs actes de disposition. La mesure de protection est désormais – et sauf exception – limitée à cinq ans.

4/ Le rôle des médecins

Qu'ils soient ou non médecins inscrits sur la liste du procureur de la République, les médecins vont être amenés à intervenir de manière prépondérante dans la mise en place de la réforme, puisque

le stock des mesures en cours va devoir être revu et adapté à la nouvelle loi et les règles de saisine du juge des tutelles sont sensiblement modifiées. Par ailleurs, la loi du 5 mars 2007 prévoit que le juge fixe une

durée à la mesure de protection (nouveau : auparavant, aucune durée n'était prévue) sans que celle-ci puisse excéder cinq ans. Si au terme du délai, le juge des tutelles ne renouvelle pas la mesure, celle-ci prend fin de plein droit. Exception : le juge pourra fixer une durée supérieure à cinq ans sur avis conforme du médecin inscrit et par décision spécialement motivée lorsque « l'altération des facultés personnelles de l'intéressé n'apparaît manifestement pas susceptible de connaître une amélioration selon les données acquises de la science. »

A. Le rôle du médecin dans la mise en place d'une nouvelle mesure de protection à compter du 1^{er} janvier 2009

Désormais, un certificat médical émanant d'un médecin inscrit sur la liste dressée par le procureur de la République est impératif pour obtenir une mesure de protection. Ce certificat doit conformément à l'article 1219 du code de procédure civile :
- décrire avec précision l'altération des facultés du majeur à protéger ou protégé;
- donner au juge tout élément d'information sur l'évolution

prévisible de cette altération ;
- préciser les conséquences de cette altération sur la nécessité d'une assistance ou d'une représentation du majeur dans les actes de la vie civile, tant patrimoniaux qu'à caractère personnel, ainsi que sur l'exercice de son droit de vote. Le certificat doit indiquer si l'audition du majeur est de nature à porter atteinte à sa santé (droit actuel) ou si celui-ci est hors d'état d'exprimer sa volonté (nouveau de la loi du 5 mars 2007). Au surplus, le décret prévoit que le médecin remet le certificat « au requérant sous pli cacheté, à l'attention exclusive du procureur de la République ou du juge des tutelles ». Le certificat circonstancié devient donc une condition nécessaire de la saisine du juge des tutelles, puisque la loi du 5 mars 2007 met fin à la possibilité pour le juge des tutelles de se saisir d'office. À cet égard on peut rappeler que le procureur de la République doit également fournir un tel certificat lorsqu'il entend saisir le juge des tutelles d'une requête en vue de l'ouverture d'une mesure de protection.

B. Le rôle du médecin dans le suivi et l'éventuel renouvellement d'une mesure de protection ouverte avant le 1^{er} janvier 2009

Pour les mesures de tutelle ou de curatelle en cours lors de l'entrée en vigueur de la loi, il est fait obligation au juge des tutelles de les revoir avant le 1^{er} janvier 2014 (et non plus au 7 mars 2012, compte tenu d'un projet de loi rectificatif en cours).

L'enjeu de ce renouvellement va mobiliser très fortement les cabinets des juges des tutelles. En effet, les mesures non révisées dans le délai légal deviennent automatiquement caduques, ce qui emporte caducité du mandat de gestion confié au tuteur et au curateur de personnes dont la situation justifie très probablement le maintien de la mesure de protection.

Une crainte est le risque de submersion des médecins inscrits qui pourraient être sursollicités dans le cadre du renouvellement des 700000 dossiers en stock à ce jour dans les cabinets des juges des tutelles.

Un soulagement peut venir de l'article 442, alinéa 3, du code civil qui autorise le juge des tutelles à renouveler la mesure de protection

sur la base d'un certificat médical d'un médecin non inscrit sur la liste du procureur dès lors qu'il n'est pas envisagé d'aggraver le régime de protection et que l'audition du majeur protégé peut utilement avoir lieu. Nombre de juges considèrent que ce médecin pourrait être **le médecin traitant** de la personne protégée, ajoutant ainsi à la loi. Celle-ci ne cite en effet nommément les médecins traitants que dans deux cas : lorsqu'il s'agit de disposer du logement de la personne (article 426 du code civil) ou lorsque le médecin inscrit sur la liste établie par le procureur estime utile de recueillir son avis (article 431-1 du code civil).

Au surplus, le rapport qu'il serait demandé au médecin traitant de remplir doit être regardé comme une véritable expertise. Or selon l'article 105 du code de déontologie médicale figurant sous l'article R.4127-105 du code de la santé publique « nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant d'un même malade. Un médecin ne doit pas accepter une mission d'expertise dans laquelle sont en jeu ses propres intérêts, ceux d'un de ses patients, d'un de ses proches, d'un de ses amis ou

d'un groupement qui fait habituellement appel à ses services. »

Ainsi, si on peut admettre que le médecin traitant :
- indique que l'état du patient n'est manifestement pas susceptible de connaître une amélioration, selon les données acquises de la science (article 442, alinéa 2);
- permettrait de lever ou alléger la mesure en précisant sommairement les raisons qui l'y incitent, il ne peut à notre avis aller plus loin.

Le plus simple serait que le médecin se voie communiquer le rapport d'expertise établi lors de l'ouverture de la mesure et mentionne si les constatations faites restent ou non pertinentes.

Bien qu'aucun texte ne prévoie la communication du précédent rapport d'expertise, on ne voit pas quels arguments juridiques s'opposeraient à sa communication au médecin traitant appelé à se prononcer.

C. La liste des médecins établie par le procureur de la République

L'article 431 nouveau du code civil (en remplacement de l'article 493-1 de la loi du 3 janvier 1968) permet d'ouvrir la liste des médecins habilités en matière de tutelle ou curatelle à tout médecin, spécialiste ou non, que le procureur de la République considère comme susceptible de répondre à la mission de diagnostic et de pronostic de l'altération des facultés de la personne. Il n'est donc plus exigé que le médecin choisi soit spécialiste en psychiatrie ou neuropsychiatrie. Tout médecin (généraliste, interniste, psychiatre, neurologue, gériatologue, réanimateur voire qualifié en rééducation et réadaptation fonctionnelle...) apte à établir ce constat peut être inscrit sur cette liste. S'il s'avère être le médecin traitant de la personne concernée par l'examen, il devra néanmoins récuser son concours.

D. Les honoraires

Le décret n° 2008-1485 du 22 décembre 2008 fixe le montant des honoraires perçus par l'auteur du certificat et les modalités de recouvrement.

L'exercice en maisons de santé pluriprofessionnelles

..... Après avoir interrogé les conseils départementaux de l'Ordre, les conseils régionaux ainsi que les unions régionales de médecins libéraux, la section Exercice professionnel du Conseil national de l'Ordre a adopté des recommandations interprofessionnelles pour préciser le fonctionnement des maisons de santé interprofessionnelles, au regard du code de déontologie.

Les « sites » ou « maisons pluriprofessionnelles » sont considérés actuellement par beaucoup comme la solution pour remédier au déficit de l'offre de soins dans certains territoires. Pour autant, la coexistence de différents types de professionnels de santé, voire de travailleurs sociaux, au sein d'une même structure, n'est pas sans poser quelques questions au regard de notre interprétation actuelle du code de déontologie. Voici les recommandations émises par le Conseil national de l'Ordre des médecins.

1/ Concernant la composition des maisons de santé

Doivent être exclus :

- Les professionnels dont tout ou partie de l'activité est commerciale (pharmacie, magasin d'optique);
- Les professions dont les contours sont mal définis et pour lesquelles la présence de médecins peut servir de caution et entretenir une certaine confusion sur leur champ d'exercice (ostéopathes).

Est envisageable :

- Au-delà des professionnels de santé, la présence de psychologues et d'assistantes sociales.

2/ Concernant les modalités pratiques du respect de la déontologie professionnelle

Les articles particulièrement concernés sont :

- **L'article 68** qui traite des rapports avec les professionnels de santé, de l'indépendance professionnelle, du libre choix des patients.

- **L'article 23** qui traite du compéage. Notre préoccupation constante a été le respect de la lisibilité, de la confidentialité et du libre choix. Il a été acté que la maison de santé pouvait disposer d'une entrée commune et d'une salle d'attente commune.

Dans ce cas, toutes les mesures doivent être prises pour préserver la confidentialité : elles portent sur la circulation intérieure (le fléchage et la signalétique doivent être clairs) et la discrétion des

différents intervenants (professionnels et secrétariat). Un secrétariat commun (accueil, prise de rendez-vous, courrier, téléphone) est également possible. Pour des raisons de confidentialité, il doit toujours être séparé des lieux d'attente. Un règlement intérieur, communiqué au conseil départemental de l'Ordre, contiendra les instructions communes et partagées entre les professions concernées. Il définira les conditions de la gestion du courrier, de l'archivage des données, des conditions d'accueil des patients, dans le respect du libre choix. Les médecins seront responsables du non-respect de ces règles par leur secrétariat. Un numéro de téléphone commun est envisageable pour l'ensemble des professionnels de santé exerçant au sein de la maison. Il doit être complété par un numéro d'accès

direct pour chaque professionnel.

La publicité

Les règles déontologiques, en matière de publicité, sont les mêmes pour tous les médecins, qu'ils exercent à l'intérieur ou en dehors de ces maisons. Il n'y a pas lieu d'accepter de plaquette de présentation ou de site Internet commun. Le groupe de travail insiste sur l'absolue nécessité d'une information claire des

patients qui doivent identifier facilement, et sans confusion possible, chacun des professionnels.

Concernant la communication des informations médicales

Le groupe de travail insiste sur la nécessité de distinguer une maison de santé pluriprofessionnelle, créée et constituée par des professionnels de santé, d'un établissement de santé soumis à autorisation. En conséquence,

un dossier médical partagé par tous les professionnels n'est pas acceptable.

Le dossier médical reste sous la responsabilité du médecin. Les échanges d'information se feront entre professionnels de santé médicaux et non-médicaux selon les règles communes de prise en charge des patients. Aux termes de la loi,

« deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible ».

+ D'INFOS :

www.conseil-national.medecin.fr

» D' François Simon, membre de la section Exercice professionnel

Accidents de la vie : comment se protéger

..... **Salarié, hospitalier, libéral, quel que soit votre mode d'exercice, un empêchement, temporaire ou définitif d'exercer signifie, pour vous, une baisse de revenus. Dans le meilleur des cas, vos indemnités pourront correspondre au montant de vos revenus lorsque vous êtes en activité, mais la plupart du temps, elles seront beaucoup moins élevées, voire nulles.**

Le service d'entraide du Conseil national de l'Ordre est un bon observatoire de l'imprévoyance financière des confrères médecins. Il ne peut que vous inviter à vous protéger, vous et vos proches, des soucis financiers qui viennent trop souvent aggraver un accident de la vie. Qui peut être assuré

de disposer, à tout moment, de plusieurs mois de trésorerie devant lui ? Qui peut être assuré de ne jamais subir de maladie, de séparation, d'invalidité, d'accident, d'un état pathologique ? Nous ne pouvons que vous inciter à faire preuve de prévoyance et à anticiper ces situations.

1/ Comment anticiper l'équilibre de mon budget en cas de baisse de revenus ?

C'est la question à se poser pour anticiper ce type de problème. Y répondre est, sur le papier, facile, presque arithmétique : il faut s'assurer des revenus dits « de remplacement » qui

>> p. 20

POINT DE VUE de l'Ordre



“ Le “burn out” est un phénomène nouveau ”

Dr André Léon,

président de la Commission nationale d'entraide du Cnom

« Jadis, il n'était pas rare que les médecins travaillent douze heures par jour, avec les gardes de nuit et de week-end sans qu'il soit pour autant question de "burn out". L'utilisation de cet anglicisme est souvent moins due à une charge de travail qu'aux tracasseries administratives qui viennent s'y ajouter, et essentiellement, à la disparition du respect de patients, qui ne le sont plus, et trouvent dans la médecine et les médecins un bien de consommation d'autant plus facile à utiliser et user

qu'il est remboursé et parfois même gratuit. Il est temps que les pouvoirs publics, avec le concours des médias, s'investissent dans l'éducation du public à qui il faudra bien faire comprendre que, s'il a des droits, il a aussi des devoirs. Il faut qu'on sache et qu'on comprenne qu'à force de crier haro sur notre profession, on ne peut pas faire de médecine sans médecins, et que pour avoir une bonne médecine et de bons médecins, un minimum de reconnaissance s'impose. »

viendront se substituer aux revenus du travail et limiter le poids des charges durant le temps d'empêchement. Ce calcul d'anticipation suppose que vous ayez, dans un premier temps, rapproché le montant de vos revenus de remplacement (en faisant *a minima* une estimation) du montant de vos charges incompressibles. Vous verrez alors que, la plupart du temps, ce rapprochement dévoile un manque à gagner important. C'est justement cet écart, qui, s'il n'est pas anticipé, peut conduire à des situations financières catastrophiques.

2/ Nos conseils

Voici quelques conseils, tirés de l'expérience des quelque deux-cents dossiers confiés chaque année par les conseils départementaux au service d'entraide du Conseil national. Ils peuvent vous éviter d'entrer dans une spirale financière négative.

A. Dans vos relations avec les organismes « préleveurs » (Urssaf, Carmf, Sécurité sociale, assurances complémentaires), n'oubliez jamais :

- De les prévenir par écrit, justificatif à l'appui, et le plus tôt possible des incidents

et accidents qui affectent votre activité afin de pouvoir ouvrir vos droits au plus vite.

- De signaler toute baisse de revenus, afin d'éviter les « effets boomerang » du calcul des charges par rapport aux années N-1 ou N-2.

- De solliciter des échelonnements de paiement.

B. Les régimes obligatoires de prévoyance sont, par nature, insuffisants : indemnités trop peu élevées, temps de carence trop longs.

Si vous pensez que souscrire un régime complémentaire à un coût trop élevé, sachez que la prévoyance n'a pas de prix quand on en a besoin. L'offre de contrats de prévoyance est importante. Les questions à se poser pour le choisir sont les suivantes :

- Quels frais ai-je à couvrir en cas d'arrêt de travail ?

- De quelles ressources minimales a besoin ma famille ?

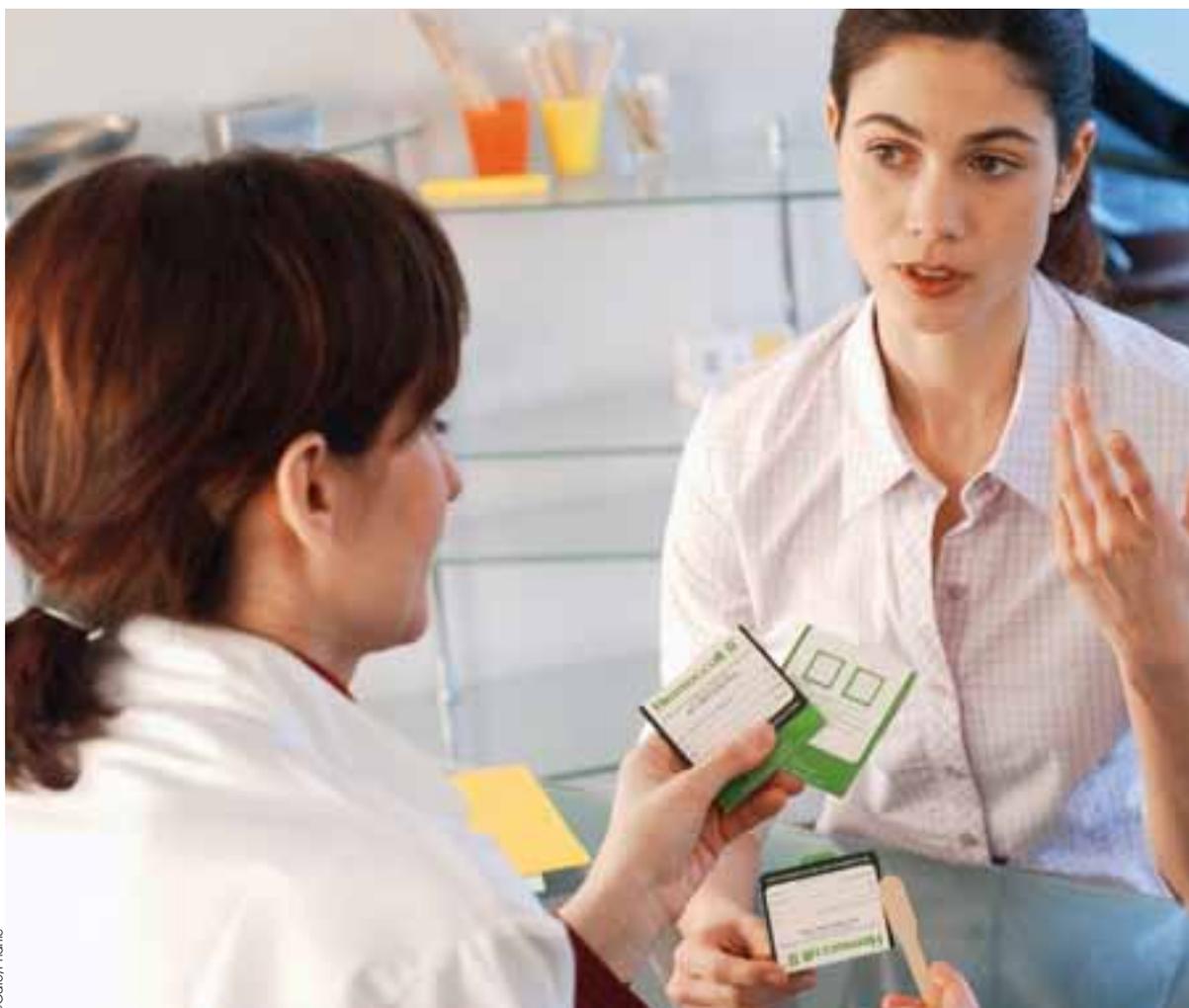
+ D'INFOS :

Pour contacter la Commission nationale d'entraide
Président : Dr André Léon
Tél. : 01 53 89 32 29



Un nouvel élan dans la lutte contre le cancer

À partir des enseignements du **Plan cancer I (2003-2007)**, le gouvernement va **élaborer un Plan cancer II (2009-2013)**. Objectif : poursuivre la lutte contre cette pathologie qui est devenue la première cause de mortalité en France, en impliquant davantage les médecins traitants.



Indéniablement, il y a eu un « avant » et un « après » Plan cancer. Un simple coup d'œil dans la rue suffit à le prouver : désormais, les fumeurs n'ont plus droit de cité dans les lieux publics, ni même dans les cafés et les restaurants. Ce programme « *a permis de lever certaines résistances à la mise en œuvre de mesures de santé publique comme l'interdiction de fumer dans les lieux publics* », notent les experts du Haut Conseil de santé publique (HCSP) dans leur évaluation, parue en janvier 2008. Le Plan cancer I comportait 70 mesures pour un financement

public de 600 millions d'euros. « *La grande nouveauté, c'est la transversalité : les 70 meures étaient réparties en six chapitres couvrant chacun un aspect important de la maladie : prévention, dépistage, soins, accompagnement social, formation et recherche* », affirme le Pr Dominique Maraninchi, président de l'Institut national du cancer (Inca), organisme spécialement créé pour l'occasion (lire l'encadré p. 25).

Prévention et dépistage : un grand bond en avant

Parmi les volets dont la mise en œuvre a été la plus aboutie : la

EN CHIFFRES

145 000

décès

Le nombre de décès dus aux cancers a fortement progressé entre 1970 et 2004. Le cancer est aujourd'hui la première cause de mortalité en France : il est responsable de plus de 145 000 décès en 2008.



« **Le Plan cancer II accordera une place plus importante au médecin traitant** »

POINT DE VUE de l'Ordre



« **Une formation continue de qualité en cancérologie** »

Dr Irène Kahn-Bensaude, présidente de la section Santé publique

« Le Plan cancer 2003-2007 a assurément permis des progrès importants : dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal, campagnes de prévention sur les dangers du tabagisme et de l'alcool pendant la grossesse... Le dispositif d'annonce, qui permet d'annoncer la maladie en présence du patient, en prenant son temps, fait partie d'une volonté de mieux prendre en compte les patients et d'améliorer les relations et le dialogue entre soignants et malades. La réunion de concertation pluridisciplinaire et le plan personnalisé de soins vont dans le même sens et sont des réussites de ce plan. Reste à généraliser ces dispositifs. Les actions de prévention pour une meilleure hygiène alimentaire ont aussi montré leur efficacité, comme le note le Haut Conseil de santé publique dans son évaluation du Plan cancer I : la consommation de fruits et de légumes s'est améliorée

et l'augmentation de l'obésité se stabilise chez les hommes et chez les enfants.

Il faut aussi développer des campagnes de prévention contre les méfaits de l'alcool avec la même ampleur que ce qui a été fait pour pointer les risques liés au tabagisme.

Le rapport du Pr Grünfeld, qui va inspirer l'élaboration du Plan cancer II, préconise une plus grande implication des médecins traitants. Ce qui semble pertinent car ce sont eux, les premiers, en ville, qui gèrent les effets secondaires et la vie quotidienne. Pour ce qui est d'une prise en charge « après cancer », elle devra se faire contre une rémunération et sur la base du volontariat, car les médecins traitants ne peuvent pas tout prendre en charge... Il faut aussi songer à une formation continue de qualité en cancérologie pour permettre aux médecins qui le souhaitent de disposer de tous les éléments pour effectuer un tel suivi. »

EN CHIFFRES

353 000

nouveaux cas par an

Le nombre de nouveaux cas de cancers a été estimé, sur l'année 2008, à 353 000.

(Source : rapport du Pr Grünfeld).

prévention primaire – de grandes avancées dans la lutte contre le tabagisme ont notamment vu le jour – et le dépistage organisé. La campagne concernant le cancer du sein a été généralisée dans toute la France en 2004. Et, depuis fin 2008, le dépistage organisé du cancer colorectal est effectif sur tout le territoire.

Humanisation

Pour ce qui est des soins, les progrès sont là également. « *Il y a eu de grandes avancées en matière d'humanisation, à travers le dispositif d'annonce*, commente Nicole Zernik, présidente d'Europa Donna France, une association qui rassemble les personnes concernées par le cancer du sein. *Et la mise en place de réunions de concertation*

pluridisciplinaires (RCP) a été très bénéfique. » Réunissant autour d'une table oncologue, chirurgien, anatomopathologiste, radiothérapeute et parfois médecin traitant, ces rencontres permettent de réfléchir ensemble au type de traitement le plus adapté au patient. Un programme personnalisé de soins, autre mesure du Plan cancer I, est alors proposé. Cela dit, ces outils demandent à être généralisés : il arrive encore qu'un cancer soit annoncé par téléphone ou dans un couloir d'hôpital...

Des progrès indéniables, donc, mais aussi des efforts à poursuivre, note la Cour des comptes dans son rapport paru en juin 2008. La lutte contre l'alcool doit bénéficier de campagnes de même ampleur que celles qui ont été mises en place

Initiative

Dépistage du cancer colorectal : l'Adémas 69 sur tous les fronts

Comment informer un public le plus large possible sur le dépistage organisé du cancer colorectal ? C'est la question que s'est posée l'Association pour le dépistage organisé des cancers dans le Rhône (Adémas 69), en mars 2008, lors du lancement de la campagne dans ce département. « *Nous avons du mal à mobiliser de nombreuses personnes lors de nos réunions d'information. Le public n'aime pas trop entendre parler du cancer, qui fait peur*, explique le Dr Patricia Soler-Michel, un des deux médecins coordonnateurs d'Adémas 69. *Se rendre sur les marchés permet d'aller à la rencontre d'un large public, en particulier*

des personnes âgées de 50 à 74 ans, ce qui correspond à la cible de ce dépistage. » L'association mobilise des partenaires : le Kiosque Info Cancer de Lyon et le Bus Info Santé, qui est cofinancé par le Conseil général et l'Assurance maladie. De mars à juin 2008, le bus sillonne les routes du Rhône et fait étape dans les marchés de dix villes, situées aussi bien en milieu rural qu'en zone urbaine. À chaque halte, une équipe se charge d'interpeller les passants. Plusieurs infirmières travaillant auprès des personnes âgées ou handicapées pour le compte du Conseil général viennent prêter main-forte aux équipes de l'Adémas 69, du Kiosque Info



Cancer et du Bus Info Santé. « *La conversation avec les patients a pu apporter des informations et dédramatiser le dépistage, qui est souvent perçu comme désagréable*, observe le Dr Soler-

pour la prévention du tabagisme. Quant à l'information et à la lutte contre les cancers professionnels, elles restent les parents pauvres de la prévention.

Un rôle accru pour le médecin traitant

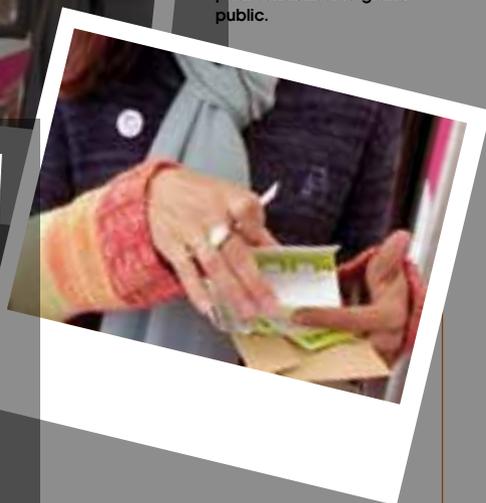
Missionné par le président de la République en octobre 2008, le Pr Jean-Pierre Grünfeld a édité des recommandations pour l'élaboration du Plan cancer II, qui s'étalera de 2009 à 2013. Dans son rapport, rendu public en mars dernier, le Pr Grünfeld, néphrologue à l'hôpital Necker, à Paris, estime qu'il faut accorder une place plus importante au médecin traitant. En effet, les patients restant le plus souvent au domicile, c'est le généraliste qui gère les effets secondaires des

L'INCA : UNE AGENCE DÉDIÉE À LA LUTTE CONTRE LE CANCER

La naissance de l'Institut national du cancer (Inca) était l'une des mesures prioritaires du Plan cancer I. Agence scientifique placée sous la tutelle des ministères de la Santé et de la Recherche, l'Inca coordonne l'ensemble des acteurs de la lutte contre le cancer en France. Il apporte une information adaptée à la population, aux personnes malades et aux professionnels. Il veille aussi à assurer un continuum entre les soins et la recherche. L'Inca a engagé plusieurs actions de communication en direction du grand public, notamment la campagne « Deux Millions de héros ordinaires », en 2007, chargée de modifier le regard de l'opinion sur le cancer.



Dans le Rhône, l'Association pour le dépistage des cancers s'est rendue sur les marchés du département pour sensibiliser le grand public.



Michel. Certains se sont décidés à sauter le pas, en demandant une invitation par téléphone à l'Adémas 69. » Une fois munis de cette invitation, les patients pouvaient se rendre chez leur médecin traitant qui leur remettait un test Hemocult. Un réflexe d'autant plus facile que la quasi-totalité des médecins généralistes du département (1 256, soit 91 %) a bénéficié d'une formation sur le sujet. Mises en place par l'Adémas 69 et les

organismes de FMC, ces sessions se sont étalées d'octobre 2007 à juin 2008.

Au total, près de 2 700 personnes ont été sensibilisées sur les marchés, dont la majeure partie avait entre 50 et 74 ans. « Mais il est important de toucher aussi les jeunes : n'étant pas encore concernés, ils sont souvent plus réceptifs, commente Patricia Soler-Michel. Ils seront ainsi sensibilisés le jour venu. De plus, ils jouent souvent un rôle de

relais auprès de leurs parents. » Les premiers résultats (qui sont très préliminaires) indiquent, pour la période d'avril-mai 2008, un taux de participation de 30 % dans le Rhône. Ce qui est un bon résultat pour un département urbain qui débute dans le dépistage organisé.

+ D'INFOS :

www.ademas69.asso.fr
Tél. : 04 72 84 65 30

LES DÉPISTAGES ORGANISÉS

• **Le dépistage du cancer du sein est généralisé sur tout le territoire depuis 2004.**

Toutes les femmes de 50 à 74 ans reçoivent tous les deux ans un courrier les invitant à passer une mammographie. De 20 % de femmes qui avaient participé au dépistage organisé avant 2003, les statistiques sont passées à 52 % à la fin du Plan cancer I. « 12 000 cancers du sein sont dépistés par ce biais chaque année ; ils sont le plus souvent petits, et le pronostic est bon, car ils peuvent être traités à temps », indique le Pr Maraninchi, président de l'Inca. Selon l'Assurance maladie, le taux de dépistage du cancer du sein serait de 70 %, en incluant le dépistage individuel. Ces résultats cachent néanmoins des disparités très importantes d'une région à l'autre, et même au sein d'un même département. En 2007, les taux de participation par département allaient de 26,4 % à Paris à 71,2 % dans le Cher.

• **Fin 2008, la totalité des départements métropolitains ont mis en place un programme de dépistage du cancer colorectal.** Toutes les personnes âgées de 50 à 74 ans sont concernées. « Ce dépistage passe par le généraliste, qui remet lui-même le test aux patients répondant aux critères d'inclusion. Le médecin traitant est rémunéré de façon forfaitaire en fonction du nombre de tests distribués et lus dans les centres agréés », rappelle le Dr Cyrille Massyn de l'Inca.

traitements : nausées, fatigues, dépression... Mais n'est-ce pas trop charger la barque des médecins traitants, encore une fois ? « En tant que citoyenne, j'aurais tendance à répondre qu'on ne peut pas tout leur demander, avoue Nicole Zernik. Mais en tant que présidente d'Europa Donna France, je pense qu'il est important de les impliquer... Les généralistes ont, en moyenne, dans leur patientèle, 3 à 4 nouvelles personnes atteintes d'un cancer chaque année, selon l'Inca. Il semble possible de suivre ces patients de plus près, contre une rémunération, bien entendu. »

Coordination ville-hôpital

Ceci implique d'abord une meilleure transmission des informations entre les spécialistes hospitaliers et les médecins de ville. Or celle-ci fait encore souvent défaut... « Nous préparons un dossier communiquant de cancérologie », explique le Dr Cyrille Massyn, responsable de l'information auprès des professionnels à l'Inca. Il s'agit d'un outil informatique, qui pourrait être intégré dans le DMP, et qui permettra au médecin traitant d'être informé en temps réel et

D'AUTRES MARGES DE PROGRÈS...

Parmi les autres pistes proposées par le Pr Grünfeld :

- inciter les généralistes à faire la promotion du dépistage organisé, qui est de meilleure qualité que le dépistage individuel : assurance qualité des mammographies, examen clinique systématique, double lecture, clichés supplémentaires si besoin, bilan diagnostique en cas d'image suspecte ;
- renforcer la « fidélisation » par les médecins traitants des patients tentés d'abandonner trop tôt les dépistages organisés parce qu'ils se sentent hors de danger ;
- améliorer les formations initiale et continue des médecins en cancérologie.

d'être mieux à même d'assurer la prise en charge du patient. »

S'il faut réfléchir aux modes d'implication possibles des généralistes pendant le traitement, « l'après-cancer » est aussi une période importante à prendre en compte. « Après six à neuf mois très chargés, pendant lesquels les femmes n'ont pas eu le temps de penser, une fois les soins terminés, les personnes atteintes du cancer du

sein se sentent tout d'un coup abandonnées, raconte Nicole Zernik. Or les séquelles des traitements, l'angoisse de la rechute, la dépression peuvent apparaître. Aussi avons-nous mentionné l'importance d'un « dispositif de sortie » incluant des soins de support, assurés par le médecin généraliste, un psychologue, une assistance sociale... ».

Expérimentations régionales

Comment, concrètement, mieux engager les médecins traitants dans le suivi des soins et dans « l'après-cancer » ? « Il n'est pas question d'imposer quoi que ce soit, répond le Pr Grünfeld. Parmi les médecins que j'ai auditionnés, 6 sur 10 souhaitent s'impliquer davantage dans cette prise en charge, et 4 sur 10 se disent submergés et incapables de faire face à une nouvelle mission. Je pense que nous devrions, pendant la durée du Plan cancer II, mener des expérimentations régionales, avec la participation des praticiens intéressés, sur une prise en charge appuyée, avec, par exemple, des consultations longues régulières. Il faudra recourir aux possibilités offertes par le décret d'avril 2009 sur des modes particuliers de rémunération¹. » Ces pistes de réflexion devraient se traduire par des mesures concrètes dans le Plan cancer II, dont l'élaboration était prévue fin juin. Pour un nouvel élan dans la lutte contre le cancer.

1. Décret n°2009-474 du 27 avril 2009.

Pour en savoir plus

- www.e-cancer.fr (site de l'Inca)
- www.hcsp.fr
- www.ccomptes.fr
- Europa Donna organise un colloque ouvert à tous sur « Les soins de support », au Sénat, le 28 septembre 2009. Entrée gratuite. Inscription sur www.europadonna.fr

POINT DE VUE extérieur



“ Nous devons mieux prendre en charge l'après-cancer ”

Pr Dominique Maraninchi,
cancérologue, président de l'Institut national du cancer (Inca)

interview **Quelles sont les grandes avancées du Plan cancer I ?**

Pr D. Maraninchi : C'est la première fois qu'un plan global et interministériel incluant la prévention, le dépistage, l'organisation des soins, la recherche, la formation et l'accompagnement social a vu le jour. Cela a montré qu'il était possible de changer la prise en charge du cancer en France. Il y a eu une augmentation sans précédent du prix du tabac, l'interdiction de fumer dans les lieux publics, puis partout. Ces mesures vont permettre de diminuer la mortalité par cancer en France, et ce de manière irréversible. 450 000 réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) ont été organisées en 2008 et le plan personnalisé de soins a vu le jour. Quant au dispositif d'annonce, il est de plus en plus répandu.

Pour ce qui est des soins, nous avons déterminé les critères d'activité minimale, de qualité et de sécurité pour les établissements. Ce qui va entraîner une concentration des traitements du cancer dans un nombre plus restreint d'hôpitaux et de cliniques. Le nombre d'établissements autorisés à pratiquer la chirurgie du cancer du sein va ainsi passer

de 800 à 600. Cette année, les ARH (Agences régionales de l'hospitalisation) donnent les autorisations valables pour les cinq ans à venir.

Les établissements ont jusqu'à fin 2011 pour se mettre en conformité avec les différents critères.

Les médecins traitants ne sont-ils pas un peu exclus du dépistage organisé du cancer du sein ?

Pr D. M. : Aujourd'hui, les médecins traitants conventionnés, c'est-à-dire la très grande majorité d'entre eux, sont concernés : en effet, dans les négociations avec l'Assurance maladie, il est prévu un objectif d'augmentation du taux de dépistage organisé pour la patientèle de chaque généraliste.

Quels sont les points faibles du Plan cancer I auxquels il faut remédier ?

Pr D. M. : Il faut bien « calibrer » le calendrier, car la mise en œuvre de certaines mesures prend du temps. De plus, le Plan cancer I était très « hospitalo-centré », si je puis dire. Or 90 % de la vie des patients se déroule au domicile. Le prochain Plan

cancer va mettre l'accent sur la coordination ville-hôpital et la prise en compte du parcours de soins par le médecin traitant, pendant mais aussi après le traitement, à travers un « dispositif de sortie ». Rappelons que 60 % des personnes atteintes d'un cancer guérissent... La phase de réhabilitation, de réinsertion sociale voire de guérison nécessite un suivi et une surveillance, dans lesquels le médecin traitant, qui connaît bien le patient et sa famille, a un rôle à jouer. C'est lui qui, par des conseils de prévention adaptés à la personne et à son contexte, va contribuer à mieux limiter le risque de récurrence voire de survenue d'un autre cancer. Des référentiels de prise en charge pendant et après le traitement, destinés à être partagés par les généralistes, les spécialistes et les patients, devront être définis.

Nous n'avons pas assez tenu compte des problèmes de démographie médicale. Il faut donc proposer des mesures réalistes et cohérentes avec les effectifs des professionnels, l'évolution de leurs métiers et la réalité de leurs exercices sur le territoire. Nous allons travailler sur ce point avec l'Ordre des médecins.



Vos réactions nous intéressent. Vous souhaitez réagir, commenter ou témoigner?

Envoyez vos messages à l'Ordre des médecins, 180, bd Haussmann - 75389 Paris Cedex 08

J'ai lu ce jour avec attention votre éditо « *La médecine libérale a-t-elle encore un avenir?* » publié dans *Médecins* de mai/juin. Je suis jeune remplaçante en médecine générale depuis 2008. Vous faites le constat que la médecine libérale n'est pas attractive. Ce n'est pas exact. Les étudiants qui ne choisissent pas la médecine générale envisagent leur installation en libéral après un clinicat en secteur 2. Les grèves des internes en 2007 et 2008 ont bien illustré l'attachement d'un certain nombre à cet exercice libéral-là. Par contre, la médecine générale libérale, non, elle n'attire pas les étudiants. Je reprendrai les mots des étudiants :

« *Pour gagner sa vie, il faut faire de l'abattage* ». Le système valorise financièrement ceux qui réalisent un certain nombre de consultations au détriment de la qualité de soins. Réaliser 40 actes par jour ou 25 sur un temps horaire identique, ce n'est pas pareil. Le métier que j'ai choisi est pour moi celui de l'éducation en santé, de la prévention, du suivi des patients dans leur pathologie courante, de l'écoute... et tout cela demande un minimum de temps. Et ce temps-là n'est pas valorisé, y compris avec un C=CS. Et les étudiants le savent : un résultat auquel je ne m'attendais pas. La réforme du médecin traitant a écrit que seul « *le paiement à l'acte est*



le paiement de référence ». Ce paiement à l'acte ne séduit pas les jeunes médecins. Pourquoi ne pas avoir continué d'explorer un autre moyen de rémunération que proposait le médecin référent avec des engagements de qualité : minimum et maximum d'actes, FMC, etc.? C'était le début d'un autre mode de rémunération. Un début qui était à

perfectionner. Ensuite, pour l'accès aux soins pour tous, le secteur 2 n'est pas accessible à tous. Alors, que proposez-vous pour attirer les jeunes médecins dans le secteur 1 ? D'autre part, le système libéral contraint à des prévoyances privées. Dans mon entourage, plusieurs ont des exclusions en rapport avec des antécédents de santé. Est-ce normal de vivre avec la crainte qu'en cas de récurrence, ils n'aient aucun revenu avant l'aide de la Carmf. Ils ont opté pour des postes de salariés. Et c'est normal de garantir un revenu à ses proches, y compris en cas de maladie.

D' L. O.



« J'ai lu avec beaucoup d'intérêt votre dossier consacré à la maladie d'Alzheimer. J'ai notamment retenu l'importance des enjeux éthiques autour du diagnostic précoce et du stress, de l'anxiété, du désespoir parfois, des patients bien sûr mais aussi des aidants. Vous ne faites pas vraiment référence à l'engagement des psychiatres dans ce vaste chantier pluridisciplinaire qui demeurerait, je vous l'accorde, limité à quelques initiatives isolées jusqu'à ces dernières années. Je souhaiterais donc attirer votre attention sur l'une d'entre elles, menée à l'hôpital Sainte-Anne, dans le service

hospitalo-universitaire du Pr Olié. Le centre d'évaluation des troubles psychiques et du vieillissement a en effet vocation à identifier précocement les symptômes évocateurs d'une maladie d'Alzheimer ou d'une démence apparentée, devant une plainte anxieuse, dépressive ou comportementale. L'objectif est de favoriser au mieux l'intégration du patient et de son aidant dans les filières de soins, mais aussi de proposer une écoute, voire une aide spécifique, aux aidants les plus fragilisés par ces situations douloureuses.

Dr T.G. (Paris)



➤ L'Association pour les soins aux soignants

Mieux soigner les soignants

➤ Création

L'Association pour les soins aux soignants a été créée début 2009.

➤ Membres fondateurs

L'APSS est le fruit d'une initiative commune de l'Ordre des médecins et de la Carmf, avec la collaboration de la Fédération de

l'hospitalisation privée, de la Fédération hospitalière de France et du groupe Pasteur Mutualité.

➤ Trois missions

• Rassembler tous les éléments d'information, notamment d'ordre statistique permettant d'apprécier l'état actuel des pathologies

spécifiques des soignants et de se constituer à cet effet une base de données ;
• Définir une politique commune pour répondre aux besoins spécifiques engendrés par ces pathologies, leurs préventions, leurs traitements, le suivi des professionnels concernés et une

éventuelle réhabilitation ;

• Contribuer, pour ce faire, à la constitution de structures d'accueil et de soins s'adressant aux professionnels de santé ;
• Former les médecins et les personnels pour prendre en charge les soignants et, à terme, évaluer les résultats des actions entreprises.



“ Les professionnels de santé sont très mal pris en charge médicalement ”

Dr Jean-Marie Colson,
trésorier du Conseil national de l'Ordre, président de l'Association pour la promotion des soins aux soignants

interview

Pourquoi avoir créé cette association ?

J.-M. Colson : De nombreuses études, tant étrangères que françaises, ont constaté que les professionnels de santé étaient très mal pris en

charge médicalement, y compris pendant leurs études, depuis la prévention jusqu'au suivi médical, surtout dans le domaine du syndrome d'épuisement (burn out), des addictions et de la dépression.

Le deuxième problème est que le soignant est un malade difficile, fuyant la réalité et que sa prise en charge par un confrère est pour celui-ci problématique. D'où l'idée d'une formation spécifique souhaitée par le dernier conseil d'administration de l'APSS. Rappelons qu'au-delà des

membres fondateurs de l'association, les ordres professionnels, les syndicats, les caisses de retraite et de prévoyance, les caisses d'assurance maladie, des universitaires, la HAS et l'Académie de médecine sont déjà sensibilisés à ces problématiques.

Quels sont les objectifs de l'association ?

J.-M. Colson : Un des objets, outre la mise en place d'une médecine préventive, est la création de centres de soins spécifiques dédiés aux soignants. L'APSS sera garante de la qualité des soins et de la confidentialité indispensables. Concrètement, nous souhaitons proposer aux soignés un contrat thérapeutique inspiré des réalisations étrangères. Des incitations sociales et financières sont aussi à l'étude.

Combien de médecins sont concernés ?

J.-M. Colson : Une enquête menée par le Conseil de l'Ordre sur les causes de décès des médecins a relevé deux faits marquants : d'une part, un taux de suicide dans le corps médical très significativement supérieur à celui de la population générale et, d'autre part, un fort taux d'addictologie.

Comment expliquer les cas de syndrome d'épuisement (burn out) ?

J.-M. Colson : Ils sont certainement liés aux pressions que subissent les soignants, mais on ne peut que regretter l'absence de médecine d'aptitude pour les médecins et les étudiants, afin d'anticiper, ce phénomène. Il n'y a pas non plus d'obligation de signalement comme dans le code

de déontologie de Catalogne. Mais il convient de rappeler l'alinéa 3 de l'article 56 de notre code de déontologie : « Les médecins se doivent particulièrement difficile de repérer ce type de troubles en amont. Enfin, nous n'avons pas, à l'Ordre, la possibilité d'adapter les mesures ou les interdictions administratives en cas de pathologie ou de défaillance du médecin. C'est la loi du tout ou rien. Nous ne pouvons pas apporter de réponse adaptée à la situation du médecin. Nous ne disposons pas, par exemple, d'un arsenal de mesures pour lui proposer une reconversion ou une reconstruction professionnelle. L'APSS va se consacrer à ce chantier.

Génome

Alain Rey, auteur, avec Danièle Morvan, du *Dictionnaire culturel en langue française*, 2005.



En sollicitant à peine l'histoire des termes, on pourrait dire que ce mot est le résultat d'une manipulation, non pas génétique, mais lexicale. En créant le mot *Genom* en allemand

– c'était en 1920 –, le biologiste Winckler combinait en effet le nom *Gen*, le gène, tiré par le savant danois Johannsen (1909) du grec *genos*, avec la finale de « chromosome ». Johannsen est aussi responsable du terme « génotype », bien mieux formé que notre « génome ».

Peu importe, puisque ces notions sont toutes essentielles à la compréhension de la vie, de sa transmission spécifique (selon l'espèce) et sans doute, s'agissant de l'être humain, des caractères individuels. Dans l'usage des mots de la génétique, cependant, des excès se sont produits : on a voulu faire des gènes et de leur organisation « génomique » la clé de toute individualité humaine, oubliant qu'une personnalité est le résultat des infinies modulations que font subir au génome de chacun de nous les comportements, les circonstances, les habitudes, en un mot la culture.

Apprentissage de l'exercice médical



Cette nouvelle collection des « Abrégés modules transversaux » concerne le nouveau programme du 2^e cycle des études de médecine (DCEM2-DCEM4). Elle a fait un choix pédagogique innovant, associant théorie et pratique, avec des cas cliniques commentés,

proposant à chaque étudiant le programme concernant les onze modules transdisciplinaires en favorisant l'apprentissage actif des connaissances. Ainsi est constituée, pour la préparation des épreuves classantes nationales, une actualisation dont la partie pratique a été enrichie conformément aux nouvelles épreuves. Cet ouvrage s'adresse particulièrement aux étudiants en DCEM, mais il intéressera les praticiens, qui disposent ainsi d'un excellent document de synthèse sur la relation « médecin-malade ». » D' **André Deseur**

» *Apprentissage de l'exercice médical*, ouvrage coordonné par le P^r B. Housset, Éd. Masson 2008, 303 p., 28 euros.

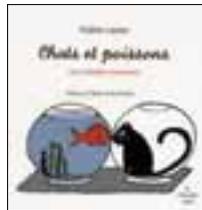
Meurtre pour de bonnes raisons



L'auteur, néphrologue, nous tient en haleine dans ce policier survenant en milieu médical et dans lequel sont impliqués d'anciens militaires français ayant participé à la guerre d'Algérie. Ainsi rejoint-il la tendance actuelle des auteurs de polars de replacer un crime dans son contexte sociopolitique. Pour les amateurs de polar. » **Maurice Hodara**

» *Meurtre pour de bonnes raisons*, d'Olivier Kourilsky, Éd. Glyphé, 236 p., 17 euros.

Chats et poissons



Notre confrère Claude Chabouis, radiologue, alias Fidèle Castor, nous livre un petit et délicieux ouvrage de dessins jugé « drôle, poétique, souvent d'une absurde loufoquerie » par Alain Grandremy, dans sa préface pleine d'humour. Cette opinion est celle d'un orfèvre en la matière puisque A. Grandremy est président de l'association Porte-Mine, organisatrice du Festival du dessin de presse et d'humour de Louviers. La relation chats-poissons est-elle la métaphore de la relation médecin-malade ?

À vous d'en juger. » **M. H.**

» *Chats et poissons, les frères ennemis*, de Fidèle Castor, Éd. Le Cherche midi, 70 p., 12 euros.

L'hémostase... autrement?



Médecin hématologue, le D^r Jacques Szefer expose dans cet ouvrage les résultats des 25 ans de travaux qu'il a conduits sur l'hémostase, dans le service de chirurgie cardiaque de La Pitié-Salpêtrière. Il y explique la stratégie qu'il a développée en hémostase, qui s'étend de la biologie à la thérapeutique. Jacques Szefer avance le principe d'une personnalisation du contrôle et du traitement – qu'il soit pro ou anticoagulant et/ou antiagrégant – aux conditions cliniques et biologiques du patient, afin que le pouvoir hémostatique soit à tout moment adapté à la situation et aux besoins quotidiens...

» *L'hémostase... autrement ?*, de Jacques Szefer, Édité par Phase 5 – Éditions médicales – 120 pages.

Les outils d'hier et d'aujourd'hui

L'électrocardiographe Boullitte, 1925

En 1922, est fabriqué l'électrocardiographe Boullitte qui est un appareil de la deuxième génération des galvanomètres à corde. L'électroaimant devient plus petit et plus performant. L'appareil utilise une lampe à filament incandescent et une boîte photographique comportant un film en rouleau. Le film est développé en chambre noire. D'autres fabricants de ce type d'appareil sont Siemens, Edelmann et Hindle.



© André Foeller

Micro-ordinateur Cardionics, 1997

Avec l'arrivée des nouveaux micro-ordinateurs, le PC devient un électrocardiographe avec tous ses avantages, en particulier la visualisation, l'enregistrement sur papier de format A4, le stockage sur disque dur et la mise en réseau.



© André Foeller



Sanborn, Viso Cardiette, 1952

L'électrocardiographe à inscription directe (plume chauffante et papier thermosensible) s'impose. En pratique, c'est un appareil une, trois, ou six pistes comportant un amplificateur à tubes. Il fonctionne

sur le courant secteur. Il permet l'enregistrement de 12 dérivations et la vitesse de défilement du papier est normalisée. C'est aussi l'époque du développement des services de cardiologie, et parallèlement, de l'industrie biomédicale et l'apparition des premiers cardioscopes de surveillance.

Un musée virtuel de l'électrocardiographie

André Foeller n'est pas médecin, mais ingénieur, spécialisé dans l'électronique médicale. Pendant plus de trente-cinq ans, il a constitué une palpitante collection d'électrocardiographes. Cette passion lui a permis de rassembler une centaine d'appareils, de schémas et de publicités d'époque se rattachant à ce type de matériel, depuis les galvanomètres à cordes (les électrocardiographes Boullitte) jusqu'aux tracés EGG des micro-ordinateurs. Avant de confier sa collection au futur musée des hôpitaux universitaires de Strasbourg, André Foeller la présente au grand public sur un musée virtuel, composé de notes historiques et de photos de sa collection.

+ D'INFOS :

Pour découvrir ce musée virtuel de l'électrocardiographie :
http://sites.estvideo.net/cardioat/pages/simple_2_colors_index.html

« Déceler la détresse sous le masque médical »

Dr Suzanne Tartière,
directeur médical du Samu
social et anesthésiste-réanimateur
(Necker-Samu de Paris)



PARCOURS

» 1952

Naissance à Rabat, au Maroc.

» 1969

Arrive à Bordeaux pour y faire ses études de médecine.

» 1977

Découvre au Samu d'Agen un exercice qui la séduit totalement.

» 1979

Rejoint l'équipe du Pr Huguenard, à Henri-Mondor (Créteil) chez qui elle se forme à l'anesthésie-réanimation.

» 1981

Devient le 1^{er} médecin français diplômé de médecine de catastrophe et soutient sa thèse (un projet de « Guide des techniques élémentaires de réanimation d'urgence à l'usage des médecins Smur », paru en 1984 chez Masson).

» 1985

Intègre l'équipe du Samu de Paris.

» 1986

Mise au point du programme FO.UR.MI. pour former le grand public aux gestes d'urgence.

» 1997

Devient également directeur médical du Samu social.

» 2006

Crée avec Xavier Emmanuelli l'association Les Transmetteurs.

Témoignage

Suzanne Tartière a choisi ce métier parce que, petite fille « élevée entre trois cultures – catholique, musulmane et juive –, ce qui facilite l'ouverture d'esprit », elle admirait son médecin de famille : « Il savait écouter, comprendre, rassurer : rien que de le voir, on allait déjà mieux... » À 17 ans, son bac en poche, elle a donc opté pour la médecine, « le plus beau métier du monde », dit-elle.

Quarante ans après, son enthousiasme reste entier. Chez elle, la médecine c'est un sacerdoce qui l'occupe quasiment 24 heures sur 24 ! « Ne me demandez pas si j'ai eu le temps de fonder une famille : on ne peut pas tout faire... » Pas carriériste pour un sou, elle n'attache aucune importance aux titres et

aux honneurs. Elle s'en excuse d'ailleurs : « Je suis un médecin sans publication. À part un petit guide à l'usage des médecins de Smur publié à 30 ans, qui était en fait ma thèse, je n'ai rien publié. »

C'est que l'urgence l'a happée ! Elle est tombée dedans « par hasard » au cours de ses études... et n'en est jamais sortie, passant des urgences de Créteil, « cinq années auprès d'un maître extraordinaire, le Pr Huguenard, chez lequel j'ai rencontré Xavier Emmanuelli », au Samu de Paris. « C'est là que j'ai appris le poids des mots : au téléphone, le médecin peut calmer l'angoisse, interroger, guider une auscultation, résoudre des problèmes et orienter un diagnostic. Prendre le temps d'écouter, de conseiller, c'est important.

Cela évite souvent de déclencher inutilement des moyens lourds... »

Son humanisme, sa capacité d'écoute sont légendaires : « Suzanne, c'est notre assistante sociale », disent ses collègues. Cela l'étonne : « Peut-on soigner une personne sans la comprendre ? La détresse sociale se manifeste si souvent sous un masque médical... »

En tout cas, lorsqu'en 1997 Xavier Emmanuelli a demandé à Pierre Carli, directeur du Samu de Paris, de l'aider à trouver un directeur médical pour le Samu social, c'est naturellement à Suzanne Tartière qu'on a pensé. Un rôle taillé pour elle qui, comme l'explique le Dr Emmanuelli, « est une formidable urgentiste, claire et rapide, mais aussi toujours prête à résoudre les problèmes de ceux qui sont dans la précarité ». Et d'ajouter : « Suzanne, c'est la bonté, l'efficacité et l'humilité en personne ! »