



MÉDECINS

LE BULLETIN DE L'ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS

cahier **Mon
exercice**

- E-SANTÉ
 - CONVENTION AERAS
 - PROCÉDURES D'AUTORISATION D'EXERCICE
 - ÉLECTIONS
- P. 23



**Le difficile accès
aux soins
des personnes
handicapées**

P. 16

LE POINT SUR

**La Commission
des relations
avec les usagers**

P. 8

REPORTAGE

**À Toulouse,
des consultations
en langue des signes**

P. 10

RÉFLEXIONS

**Aidants familiaux
et professionnels :
quelles relations ?**

P. 12



Épidémies : la menace invisible

En Chine, le début de l'épidémie de pneumonie liée au coronavirus remet à l'ordre du jour la question des épidémies et du risque qu'elles représentent au niveau planétaire. Arte rediffuse « Épidémies : la menace invisible » pour nous rappeler les enjeux de cette menace, et la mobilisation du monde scientifique.

<https://www.arte.tv/fr/videos/050590-000-A/epidemies-la-menace-invisible/>

« En France, 65 000 morts de cancer par an seraient évitables »

Le 4 février, c'est la journée mondiale contre le cancer. Retrouvez l'entretien accordé par le Pr Alex Kahn, oncologue, hématologue et généticien, également président de la Ligue contre le cancer, à la radio France Culture. Il insiste notamment sur les efforts de prévention qu'il faut intensifier.

<https://www.franceculture.fr/sciences/axel-kahn-en-france-65-000-morts-de-cancer-par-seraient-evitables>



VŒUX DE L'ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS

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

Le Dr Patrick Bouet a présenté les vœux du Conseil national de l'Ordre des médecins le 9 janvier. Retrouvez son intervention, sur notre site internet.



CORONAVIRUS COVID-19

Le ministère de la Santé actualise régulièrement les informations concernant l'épidémie à coronavirus. Retrouvez les dernières informations sur leur site internet.

Le ministère a également activé une plateforme téléphonique :

0800 130 000.

Plus d'indications en page d'accueil du site conseil-national.medecin.fr



#TableRonde

« S'installer, exercer et vivre dans son territoire : un défi pour les professionnels, un enjeu pour les politiques. »

Le Président de l'Ordre @BouetP participe à la table ronde du colloque @MG_France #ColloqueMG-France



Ordre des médecins @ordre_medecins •

#Tribune

#Tribune dans Le Monde cosignée par Pr @SOUSTRIC, délégué général au #numérique et données de #santé au Conseil national de l'@ordre_medecins. L'éthique médicale européenne évolue pour s'adapter aux nouveaux enjeux de la #eSanté et l'intelligence artificielle



Ordre des médecins @CNOM_Europe •



RESTONS CONNECTÉS !



sur le web : conseil-national.medecin.fr

sur Twitter : @ordre_medecins

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

Nous écrire : Conseil national de l'Ordre des médecins 4, rue Léon Jost / 75855 cedex 17

PUBLICATIONS EN LIGNE

Retrouvez le bulletin, le webzine et la newsletter de l'Ordre sur :

conseil-national.medecin.fr

Directeur de la publication : Dr François Arnault - Ordre des Médecins, 4, rue Léon Jost, 75855 Paris Cedex 17. Tél. : 0153893200. E-mail : conseil-national@cn.medecin.fr - Rédacteur en chef : Pr Stéphane Oustric - Coordination : Isabelle Marinier Conception et réalisation : CITIZENPRESS - 49, rue du Faubourg-Poissonnière, 75009 Paris - Responsable d'édition : Eva Jednak Direction artistique : David Corvaisier - Maquette : Fabienne Laurent - Secrétariat de rédaction : Alexandra Roy - Fabrication : Sylvie Esquer - Couverture : iStock - Impression : Imprimerie Vincent, 32 avenue Thérèse Voisin 37000 TOURS - Dépôt légal : à parution - n° 16758 ISSN : 1967-2845. Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.



Imprimé sur du papier recyclé



Dr Patrick Bouet

Président du Conseil national de l'Ordre des médecins

Depuis plusieurs semaines, l'Ordre entend l'inquiétude des médecins et leurs questionnements suscités par le projet de réforme des retraites prévu par le gouvernement.

prévu par le gouvernement.

L'Ordre accompagne les médecins tout au long de leur carrière et se préoccupe des conditions de vie que chaque praticien, libéral, hospitalier ou salarié, aura à la fin de son activité professionnelle consacrée à œuvrer auprès de ses patients.

L'Ordre s'engage... sans détour

L'Ordre s'est déjà engagé de manière significative en permettant au président de la Carmf, le 3 août dernier, d'avoir l'unanimité des votes de son conseil d'administration et de pouvoir ainsi dire **NON À LA REFORME**. C'est la seule « incursion » que nous sommes permis, dans le dispositif contestataire de la réforme des retraites. La contestation étant réservée aux syndicats médicaux qui représentent les intérêts catégoriels de l'ensemble des médecins, exercice par exercice, et en lesquels nous avons confiance.

L'Ordre s'est encore engagé de manière continue auprès des praticiens hospitaliers et de leurs conditions de travail. Nous soutenons leur action et demandons une réponse concrète, forte et immédiate à leurs attentes de la part du nouveau ministre de la Santé.

Nous continuons à œuvrer pour la certification et la valorisation des parcours professionnels des médecins. Une enquête visant dresser l'état des lieux du développement professionnel continu vient d'ailleurs d'être lancée auprès de tous. Les résultats seront présentés en juin au Congrès de l'Ordre.

Nous, médecins... Notre engagement pour un accompagnement tout au long de notre parcours professionnel.

ENQUÊTE

Bilan de la permanence des soins 2019

Les résultats de la 17^e enquête annuelle du Cnom sur la permanence des soins ambulatoires (PDS) viennent d'être publiés. Ils confirment en 2019 la dynamique de changement engagée en 2018, et témoignent d'une organisation inégale sur le territoire.

Sous la direction du **DR RENÉ-PIERRE LABARRIÈRE**, président de la commission nationale de la permanence des soins et de l'aide médicale urgente



Organisation

Les changements organisationnels engagés en 2018 se sont poursuivis en 2019. 67 % des départements ont connu des modifications de l'organisation de la PDS (contre 60 % en 2018 et 26 % en 2017), dix cahiers des charges ont été révisés, et toutes les nouvelles régions disposent d'un cahier des charges unique.

État des lieux

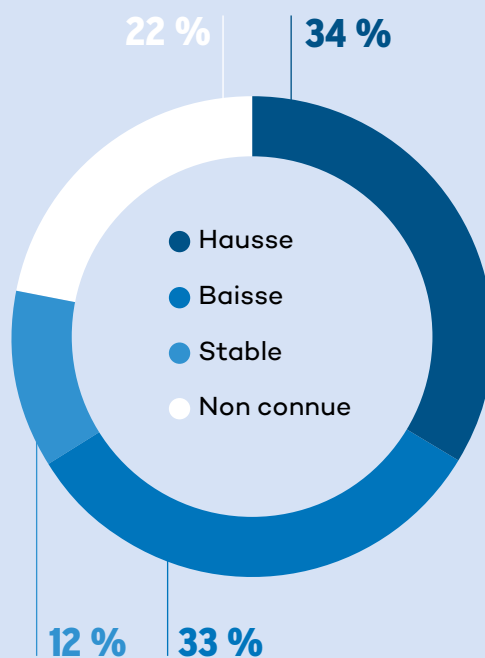
- Les organisations de la PDS définies en concertation avec les acteurs sont diverses selon les territoires, et témoignent d'une adaptation aux besoins et aux spécificités locales.
- Le nombre de secteurs de PDS a continué de diminuer en 2019, pour tous les créneaux horaires. La part de « zones blanches » en nuit profonde s'est stabilisée, a légèrement augmenté en soirées de semaines et diminué les week-ends et jours fériés. L'effectif fixe se généralise : 85 % des départements ont un ou plusieurs sites dédiés (maisons médicales de garde, etc.) et la tendance est à la hausse.
- La participation des médecins à la PDS demeure fragile. Si une très légère hausse du nombre de médecins régulateurs libéraux (+0,6 %) et une légère baisse du nombre de territoires couverts par moins de 5 médecins volontaires ont été relevées, le taux de participation des médecins à la PDS a baissé au niveau national.
- L'extension des horaires de PDS au samedi matin, souhaitée par la majorité des conseils départementaux (CDOM), est effective dans 42 départements pour la régulation, 6 départements pour l'effectif.
- La situation en Ehpad n'a connu aucune évolution favorable.

Constat des CDOM

- À la question : « Estimez-vous que la permanence des soins fonctionne bien dans votre département ? », 70 % des CDOM considèrent que oui,

ÉVOLUTION DU TAUX DE PARTICIPATION DES MÉDECINS DÉCLARÉ PAR LES CDOM

Évolution en % de départements



mais que certaines zones connaissent de réelles difficultés.

- Le principal facteur de dysfonctionnements de la PDS est le manque de médecins, lié à l'évolution de la démographie médicale (faiblesse de la densité médicale, au vieillissement des médecins libéraux).
- Des difficultés organisationnelles (resectorisations, géographie des territoires ou manque de moyens) sont aussi pointées par les CDOM.

Perspectives

- Pour renforcer l'implication des médecins, les CDOM formulent plusieurs pistes d'amélioration : des mesures financières par l'augmentation des forfaits d'astreinte et la défiscalisation, le renforcement de la participation des médecins étudiants et salariés, le renforcement de la sécurité, etc.
- Pour améliorer l'organisation de la PDS, les CDOM insistent sur la nécessité de mise à disposition des transports dédiés, de mise en place d'actions de communication, ou de développement des points fixes de consultation.

+ D'INFOS conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse

QUESTIONNAIRE

Développement professionnel continu : lancement d'une enquête

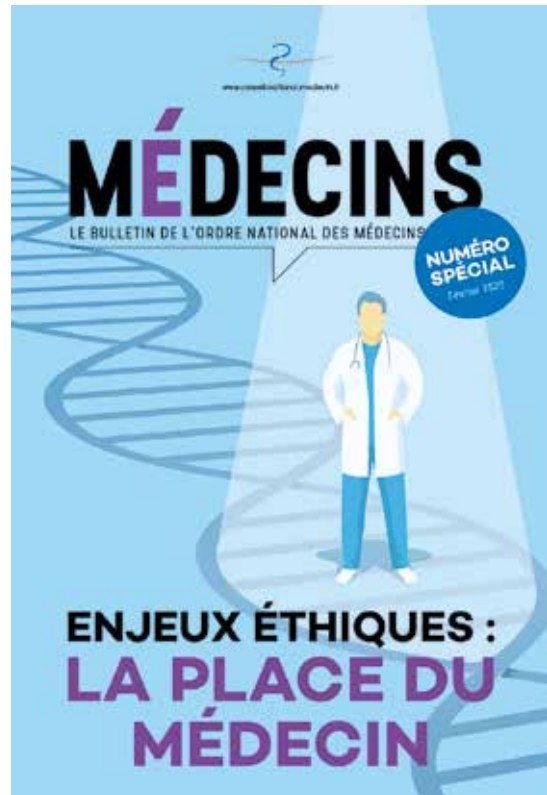
Le Cnom, le Collège de la médecine générale, la Fédération des spécialités médicales et la Conférence des doyens des facultés de médecine lancent une enquête commune, auprès de l'ensemble des médecins, sur le développement professionnel continu (DPC). Alors que le code de déontologie médicale astreint tout médecin au devoir de s'informer des progrès de la médecine nécessaires à son activité, et que la législation en matière de DPC a récemment évolué (décret du 9 janvier 2019), cette enquête aura pour objectif de dresser un état des lieux des actions de DPC réalisées par les praticiens au cours des trois dernières années. Elle permettra également d'identifier les moyens de mieux les accompagner dans leur obligation légale et déontologique de DPC. Les résultats seront dévoilés en juin, dans le cadre du Congrès de l'Ordre des médecins.

+ D'INFOS conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse

COMMUNIQUÉ

L'Ordre des médecins porte plainte au disciplinaire contre deux élus et deux anciens élus. Cette action fait suite au rapport d'une commission d'enquête interne, créée à la suite du rapport thématique de la Cour des comptes.

+ D'INFOS conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse



BULLETIN SPÉCIAL

« Enjeux éthiques : la place du médecin »

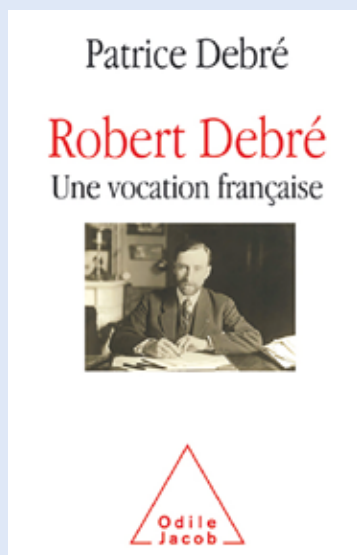
Découvrez, sur le site Internet du Conseil national de l'Ordre des médecins, un numéro spécial, entièrement dématérialisé. Divisé en cinq cahiers thématiques – les lois de bioéthique, extension de l'assistance médicale à la procréation, recherches sur l'embryon et les cellules souches, prélèvements et greffes d'organes, et éthique et numérique en santé – ce numéro réfléchit à la place essentielle du médecin face à l'innovation galopante, en croisant les points de vue d'experts et spécialistes.

L'ORDRE EN ACTION

- **28 janvier** : le Pr Stéphane Oustric, délégué général aux données de santé et au numérique du Cnom, a participé à la première journée régionale sur l'éthique du numérique en santé, en région Occitanie.
- **30 janvier** : le Dr Patrick Bouet, président du Cnom, était présent au colloque du syndicat MG France : « S'installer, exercer et vivre dans son territoire : un défi pour les professionnels, un enjeu pour les politiques ».
- **6 février** : le Dr Jacques Morali, délégué général aux relations internes du Cnom, a participé à la réunion d'information et d'échanges avec les professionnels de santé et les sociétés savantes à propos du coronavirus, au ministère de la Santé.



La prescription du **Pr Serge Uzan**, vice-président du Cnom



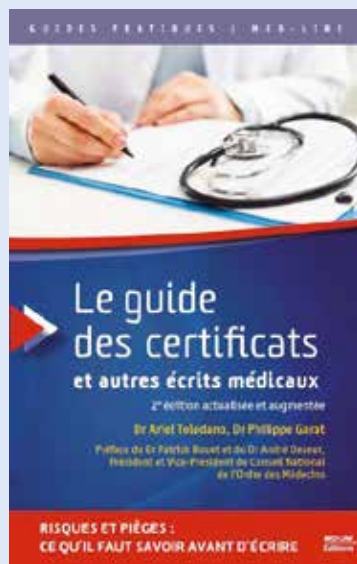
Robert Debré, une vocation française,

par Patrice Debré.

Tous les médecins, même ceux qui ne sont pas pédiatres, connaissent Robert Debré. Il a révolutionné la mission médicale en direction de la recherche et de l'enseignement. Il a été un défenseur du concept de santé publique et l'ambassadeur d'une solidarité française pour l'enfance déshéritée. C'est à ce titre qu'il a été récipiendaire d'un prix Nobel attribué à Unicef. Sa vie est extraordinaire, car il a été l'ami de poètes et d'écrivains tel que Charles Péguy, Paul Valéry. Il est le chef d'une famille dont les vocations multiples ont investi le

domaine de la science, des arts, de la politique. Petit-fils de Robert Debré, l'auteur est aussi le fils du peintre Olivier Debré, qui aimait peindre magnifiquement les couleurs de la Loire. Bref, on découvre à travers cet ouvrage toutes les nuances d'une famille républicaine de vocation indéfectiblement française.

Patrice Debré est lui-même professeur d'immunologie. Il a poursuivi la trajectoire de Robert Debré en devenant chercheur dans le domaine de la lutte contre le sida et des maladies transmissibles. À l'occasion de la découverte de cet ouvrage, le lecteur aura peut-être envie de lire sa monumentale biographie de Louis Pasteur.



Le guide des certificats et autres écrits médicaux,

de Ariel Toledano et Philippe Garat, préfacé par le Dr Patrick Bouet, président du Cnom, part de situations vécues pour expliciter les précautions de la pratique du soin. Même si le titre est peut-être excessivement prometteur, il permet en tout cas de prendre conscience des règles qui améliorent la sécurité de la prise en charge des patients. Il insiste sur l'importance de l'analyse des événements indésirables, sur la réflexion pour la prévention de leur récurrence et enfin, sur l'intérêt de la réflexion pluriprofessionnelle. Il fixe les règles de l'utilisation par chaque médecin d'un événement indésirable pour améliorer la sécurité de sa pratique : rechercher les causes, les graduer, analyser des mesures potentiellement correctives ou préventives, les mettre en place de façon protocolisée et surtout en évaluer l'efficacité.

LA POSITION DE L'ORDRE

DR JEAN-FRANÇOIS RAULT, délégué général aux affaires européennes et internationales au Cnom



« Protéger la liberté et la sécurité du personnel médical »

Pouvoir exercer son métier en toute sécurité est une priorité. Lors de la réunion plénière du Conseil européen des Ordres des médecins (CEOM) à Lisbonne, en novembre 2019, nous avons adopté à l'unanimité le 12 mars comme Journée européenne de lutte contre la violence envers les médecins et les professionnels de santé. Ce jour sera l'occasion, chaque année, de sensibiliser le public à travers l'Europe. Par cette décision, le CEOM confirme son engagement sincère auprès des médecins et des professionnels de santé victimes de violences. En 2017, déjà, par la création d'un Observatoire européen sur la violence envers les médecins. En 2018, ensuite, par l'adoption d'une déclaration condamnant la violence envers les médecins. Aujourd'hui, nous renouvelons notre appel aux gouvernements à prendre toutes dispositions visant à garantir l'accès à des soins de qualité pour tous les patients, en protégeant la liberté et la sécurité du personnel médical et des établissements de soins.

+ D'INFOS www.ceom-ecmo.eu

VIDÉO OU WEB

Médecins du monde a 40 ans



Cette année, l'ONG Médecins du monde a 40 ans. À cette occasion, retrouvez sa dernière campagne d'appel aux dons : « On s'en fout ». « Peu importe la personne qui a besoin d'aide, peu

importe sa manière d'agir, de vivre ou de penser. On s'en fout. Pour Médecins du monde, la santé passe avant tout. »

+ D'INFOS <https://www.medecinsdumonde.org/fr>

AGENDA

• **31/01/2020**

À la veille du Brexit, la Délégation aux affaires européennes et internationales du Cnom s'associe aux autres organisations médicales européennes et apporte son soutien aux médecins britanniques dans la mise en œuvre des relations futures entre le Royaume-Uni et l'UE, en tenant compte des intérêts de la profession médicale européenne.

FOCUS

Big data en santé : 10 recommandations

L'Agence européenne du médicament (EMA) a publié, le 20 janvier, 10 recommandations prioritaires pour « permettre de débloquer le potentiel des données massives pour la santé publique dans l'Union européenne ». L'EMA précise que ces recommandations doivent « permettre une meilleure utilisation des données massives soutenant l'innovation et la santé publique ». Parmi les recommandations : créer Darwin, une plateforme européenne d'accès et d'analyse des données ou établir un cadre de référence européen pour la qualité et l'accessibilité des données.

LE SAVIEZ-VOUS?

Mise au ban du jeu de tête

Selon des chercheurs de l'université de Glasgow en Écosse, les footballeurs auraient 3,5 fois plus de risques de succomber des suites d'une pathologie neurologique que le reste de la population. Même si le lien n'est pas avéré, la Fédération écossaise pourrait suivre l'exemple des États-Unis et bannir le jeu de tête à l'entraînement chez les moins de 12 ans. En Europe, l'UEFA pourrait également formuler des préconisations en ce sens au cours de l'année 2020.

LA COMMISSION DES RELATIONS AVEC LES USAGERS

Interface entre les associations de patients et le Cnom, la Commission des relations avec les usagers porte les problématiques de ces derniers au sein de l'Ordre et leur diffuse la vision ordinale.

Texte : Magali Clausener

L'ESSENTIEL

- La Commission des relations avec les usagers est l'interface entre l'Ordre des médecins et les usagers du système de santé.
- Elle se penche sur des sujets variés : l'accès aux soins, le consentement éclairé, le patient « expert », les aidants...
- La commission travaillera cette année sur l'accessibilité des cabinets médicaux, et le cas particulier des patients sourds et malentendants.

LA POSITION DE L'ORDRE

D^R CLAIRE SIRET
présidente de la
Commission des relations
avec les usagers



« Cette commission doit vivre et se rendre indispensable »

« L'adage "sans patient, pas de médecin" signifie que les patients sont les partenaires de droit de notre profession. Par conséquent, l'Ordre doit se rendre présent afin que chacun apprenne de l'autre pour une meilleure qualité relationnelle. L'utilisateur doit en effet avoir sa place à tous les échelons. La circulation des informations vers les médecins est essentielle et il m'appartient de porter les sujets choisis auprès de l'Ordre. Mon objectif est d'accentuer la transversalité des actions de la commission avec toutes les sections et commissions du Cnom, mais aussi d'assurer la continuité des sujets étudiés et les liens créés avec les associations. Cette commission doit vivre et se rendre indispensable afin d'apporter aux usagers une présence ordinale à la hauteur de leurs attentes. »

La Commission des relations avec les usagers existe depuis 2013. Elle a participé à la démarche faite par le Cnom, conjointement avec les ordres espagnol, portugais et italien, d'une demande officielle à l'Unesco d'inscrire au patrimoine immatériel de l'humanité cette relation au colloque singulier qu'est la relation médecin-patient. Composée de huit membres élus et d'un président, le rôle de cette commission est d'instaurer un dialogue avec les associations de patients afin d'analyser les difficultés soulevées par les usagers du système de santé et d'apporter à ces derniers la vision ordinale.

Entretien la relation médecin-patient

Concrètement, le travail de la commission consiste à étudier un sujet précis, à auditionner des associations à leur demande ou à son initiative, et à diffuser ses rapports aux commissions et sections de l'Ordre concernées. Depuis sa création, les sujets de réflexion sont variés : l'accès aux soins, le consentement éclairé, le patient « expert », les aidants, la participation des usagers aux organismes de santé... La commission a ainsi reçu, entre autres, l'APF France Handicap, l'Aviam (Aide aux victimes d'accidents médicaux), France Alzheimer, Autisme France. En 2020, elle travaillera sur l'accessibilité des cabinets médicaux et le cas particuliers des patients sourds et malentendants.

LA RELATION ENTRE LES USAGERS ET L'ORDRE

En moyenne, la Commission des relations avec les usagers a...



procédé à
**des auditions,
analyses et synthèses**



auditionné chaque année
5 à 7 associations



participé aux différentes
**réunions intersections et
groupes de travail de l'Ordre**

Depuis juin 2019, elle a...



mis en place
**1 commission
de travail
par mois**



auditionné
4 associations
dans le cadre
du thème choisi



participé à
**3 réunions
intersections
et groupes de travail**



proposé **2 projets**
à destination
des patients
et des usagers



participé à **3 colloques**
organisés par **les associations**
(Handifaction, Seropotes, APF)



Si la Commission des relations avec les usagers n'a aucun pouvoir décisionnaire, son rôle est cependant essentiel. La diffusion de ses travaux au sein de l'Ordre permet à celui-ci d'envisager de faire évoluer la relation médecin patient vers une adaptation réciproque aux réalités des exercices professionnels et de la société.

Afin de mieux communiquer sur son travail, la commission développera bientôt une page sur le site Internet du Cnom, outil informatif destiné aux médecins et aux usagers. À terme, des délégations départementales et régionales de cette commission pourraient également être créées. Avec à chaque fois, le même objectif en tête : entretenir la relation médecin-patient.

CHU DE TOULOUSE

LES PATIENTS SOURDS SAVENT À QUI S'ADRESSER

Au CHU de Toulouse, un service spécialisé accueille des patients sourds pour des consultations de médecine générale en langue des signes. Un dispositif encore rare en France.

Texte : Éric Allermoz | Photos : Julian Renard



D^r Laetitia Esman, praticienne hospitalière, conseillère ordinale - CDOM 31

QUOI? L'équipe pluridisciplinaire de l'UASS est composée de professionnels sourds et entendants. Ils accueillent entre 700 et 900 patients par an pour des consultations en langue des signes.

QUI? Le docteur Laetitia Esman, médecin généraliste en langue des signes, a créé en 2003 l'Unité d'accueil et de soins aux sourds (UASS) sur le site de Purpan du CHU de Toulouse.

POURQUOI? Faciliter l'accès aux soins des personnes sourdes qui en sont trop souvent éloignées. La présence d'une intermédiaire permet de faire le lien entre soignants et patients.

Numérique.
« Les patients ont la possibilité de contacter l'UASS par SMS ou conversation vidéo pour s'exprimer en langue des signes. »



Risque.
« Les patients sourds ont un risque plus élevé de développer une maladie chronique, des retards de diagnostics. Ils sont souvent exclus des messages de prévention. »



« **B**onjour Amine¹, comment vont vos douleurs aux pieds depuis la semaine dernière? », questionne le D^r Laetitia Esman en langue des signes (LSF). Face à elle, son patient, la vingtaine, est sourd et lui répond avec ses mains que « *malheureusement, elles sont toujours présentes* ». Scène ordinaire de l'Unité d'accueil et de soins pour sourds (UASS) à l'hôpital Purpan du CHU de Toulouse. Créé en 2003 par Laetitia Esman, le service reçoit chaque année entre 700 et 900 patients sourds et malentendants, pour des consultations de médecine générale. « *C'est très difficile pour une personne sourde de décrire ses symptômes à un médecin entendant ou de comprendre le diagnostic. Ici, les soins sont adaptés, mon médecin est bilingue* », signe Denis, 70 ans passés, à la sortie de sa consultation aux côtés de Bénédicte Veillet, interprète.

En France, entre 4 et 5 millions de personnes sont

114 Le numéro d'appel d'urgence unique, national, gratuit pour les sourds et malentendants. Les services d'urgences sont accessibles par visiophonie, tchat, SMS, etc.



Suivi.
« L'interprète Bénédicte Veillet accompagne Jean-Luc et sa fille Cassandra lors d'une visite post-opératoire avec le chirurgien. En amont, ils ont été reçus au sein de l'UASS. »



Collaboration.
« Cinq professionnels composent l'équipe : un médecin, un psychologue, une assistante sociale, une secrétaire médicale et une intermédiaire. Un second médecin devrait bientôt nous rejoindre. »



Confiance.
« Certains patients ont un parcours de soins chaotique et des expériences traumatisantes avec les médecins. L'intermédiaire Céline Roy est là pour créer un climat de confiance. »

atteintes de surdité moyenne à sévère, dont 360 000 de surdité très grave ou totale. Parmi elles, beaucoup renoncent à se soigner. « Certains patients qui arrivent en consultation n'ont pas vu de médecins depuis plus de quinze ans et souffrent de pathologies à des stades avancés », raconte le docteur Esman.

Lever la barrière de la langue

Ce service hospitalier spécialisé – il en existe 23 en France – lève la barrière de la langue pour faciliter l'accès aux soins. Au sein d'une équipe pluridisciplinaire, certains professionnels sont sourds, d'autres se sont formés à la langue des signes. « C'est notre langue de travail, de consultation, de réunion », confirme Virginie Denis, psychologue de l'UASS, sourde.

Autre particularité : la présence à chaque consultation de Céline Roy, intermédiaire. Ancienne graphiste, sourde elle aussi, son rôle est essentiel : « Je

fais le lien entre deux communautés, celle des soignants et celle des sourds. Je décrypte, reformule les propos du médecin ou de l'interprète, vérifie que les patients ont bien compris le diagnostic. Ma présence les rassure. »

L'unité coordonne également le parcours des patients dans les autres services de l'hôpital, s'assure qu'un interprète sera présent à leurs côtés. « Le service comble un manque patent dans la prise en charge des patients sourds, en particulier en cabinets de médecine générale et spécialisée en ville. Très peu de médecins sont formés à la langue des signes », souligne le docteur Esman. Un constat qui lui inspire un projet : la création, à terme, d'une consultation psychiatrique à l'UASS.

+ D'INFOS accueil.sourds@chu-toulouse.fr

1. Prénom modifié.



AIDANTS FAMILIAUX – PROFESSIONNELS : QUELLES RELATIONS ?

En France, 8 à 11 millions de personnes soutiennent un proche en perte d'autonomie pour des raisons liées à l'âge, un handicap, une maladie chronique ou invalidante. Un nombre qui devrait aller croissant, au vu du vieillissement de la population. En fin d'année dernière, le gouvernement a présenté une stratégie de mobilisation et de soutien en leur faveur, reconnaissant leur rôle dans la société mais aussi leurs difficultés.

Texte : Dominique Fidel | Photos : Istock - DR

Avec...



FLORENCE LEDUC,
présidente de
l'Association française
des aidants



**D^R ANNE-MARIE
TRARIEUX,**
présidente de
la section Éthique
et déontologie
du Cnom



**D^R NATHALIE
MAUBOURGUET,**
présidente de
la Fédération
française des
associations
de médecins
coordonnateurs
(FFAMCO) en Ehpad

L'ESSENTIEL

- **Longtemps laissés à l'écart des parcours de soins des personnes dépendantes,** les aidants familiaux voient aujourd'hui leur rôle mieux reconnu par les professionnels de santé.
- **Fréquemment fragilisés sur le plan émotionnel comme sur le plan physique,** les aidants ont parfois besoin de soutien. Des dispositifs d'accompagnement dédiés existent mais ils sont souvent méconnus par ceux qui pourraient en bénéficier.
- **La reconnaissance progressive du statut des aidants familiaux** ne doit pas faire passer au second plan les impératifs liés au respect du secret médical et de l'autonomie des patients.

QUELLE EST LA NATURE DE LA RELATION ENTRE AIDANTS FAMILIAUX ET PROFESSIONNELS?

D^r Anne-Marie Trarieux

Le rôle des aidants familiaux a longtemps été invisible pour les professionnels et je pense même qu'il y a encore quelques décennies les aidants étaient plus ou moins tenus à distance par les équipes de soins. Mais la donne a aujourd'hui changé et leur rôle est, à juste titre, questionné et de plus en plus reconnu. Plusieurs évolutions législatives récentes en témoignent. Depuis 2016, un certain nombre de dispositions législatives ont été instaurées pour les aidants, « droit au répit » pour les proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie, intégration d'un volet spécifique aux aidants familiaux dans le DMP, congés pour les proches aidants, etc. Au-delà du législatif, les choses avancent aussi. **Ainsi, en 2018, la Haute Autorité de santé (HAS) a publié un vaste corpus de recommandations sur « La reconnaissance de complémentarité entre les personnes aidantes non professionnelles et les professionnels ».** Dans ce document, la HAS appelle notamment à recueillir les attentes des personnes aidantes, à évaluer leurs besoins pour accompagner la personne aidée et à rechercher un équilibre quant à la place des aidants non professionnels dans l'accompagnement de la personne aidée. Ce dernier point est primordial car nous devons toujours tenir compte du fait que la personne aidée a les mêmes droits que toute personne, notamment concernant les soins. Elle doit être informée, pouvoir garder elle-même son consentement aux soins qui lui sont proposés. C'est un paramètre que les soignants ne doivent pas perdre de vue dans les relations qu'ils entretiennent avec les aidants.

D^r Nathalie Maubourguet

Je suis médecin coordonnateur en Ehpad depuis une vingtaine d'années et je peux témoigner du fait que les relations entre l'équipe soignante et les proches des personnes que nous accueillons sont un sujet clé pour le fonctionnement de nos établissements comme pour le bien-être des patients. En effet, l'implication des proches est souhaitable à double titre. D'abord parce qu'elle favorise le maintien d'un lien affectif et social avec la personne accueillie et ensuite parce que les aidants sont des sources importantes de connaissances sur l'histoire des patients et sur leurs goûts et habitudes de vie, spécifiquement en ce qui concerne les personnes atteintes de troubles neurodégénératifs. Bien souvent, ce sont les seuls

qui peuvent nous dire que leur parent ou leur conjoint apprécie un café très sucré ou a tendance à se lever fréquemment la nuit. Loin d'être des détails, ce sont des informations indispensables pour améliorer la qualité de vie et des soins! **De fait, nous nous efforçons d'entretenir des relations étroites et sereines avec les familles tout au long du séjour de leur proche, avec une attention particulière au moment de l'entrée en institution, déstabilisante pour l'aidé comme pour les aidants.** Les soignants favorisent aussi l'implication des aidants dans la prise en charge de la personne accueillie quand ils le souhaitent, tout en veillant à ce que cela ne soit jamais préjudiciable au résident. Il faut savoir parfois poser certaines limites !

Florence Leduc

Les relations entre professionnels et aidants familiaux sont de nature très variable. **Nous observons parfois des situations de compréhension réciproque de la place et du rôle de chacun, pouvant aller vers une alliance thérapeutique propice à la prise en charge de la personne en situation de besoins d'aide et de soins. Mais c'est loin d'être une généralité.** Les professionnels, qu'ils soient médecins, infirmiers, aides-soignants ou encore auxiliaires de vie, sont très nombreux à se plaindre du fait qu'ils n'ont ni le temps ni les formations nécessaires pour prendre en compte les aidants comme ils le souhaiteraient. Enfin, il faut aussi tenir compte des établissements accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées, où les conflits de place et de territoire de compétences entre les proches et les professionnels ne sont pas rares. De manière générale, nous appelons de nos vœux l'instauration d'un dialogue plus ouvert entre soignants et aidants – sans oublier les aidés! – afin de mieux identifier les besoins et les attentes des uns et des autres, pour un meilleur fléchage des ressources présentes sur les territoires.

QU'EN EST-IL DU SECRET MÉDICAL ?

Florence Leduc

La question du secret médical s'invite difficilement dans des situations où la problématique principale demeure d'assumer chaque jour de nombreuses tâches de la vie quotidienne afin de répondre aux besoins de personnes en situation de dépendance, nécessitant des soins et un accompagnement de chaque instant... Néanmoins ma conviction est que **chaque fois que cela est possible, c'est bel et bien à la personne concernée de faire entendre sa volonté** et de donner son avis sur un éventuel partage du secret médical avec l'un de ses proches.

D^r Nathalie Maubourguet

C'est un sujet délicat et la réponse varie en fonction des situations. Par exemple, dans le cas de maladies neurodégénératives, il va de soi que tant que le patient vit aux côtés de l'aidant ce dernier dispose d'une connaissance intime de l'histoire de la maladie de son proche. Et même si le médecin n'entre pas dans une discussion de professionnel à professionnel avec lui, il n'y a pas grand-chose que nous pourrions lui apprendre! Mais les choses se corsent un peu quand on découvre une pathologie grave au hasard d'un examen complémentaire. Nous devons alors nous appuyer sur notre expérience pour discerner la capacité de la personne concernée à prendre des décisions et, au besoin, nous nous concertons sur la marche à suivre

avec notre confrère généraliste qui suit le patient et avec l'aidant familial désigné personne de confiance ou qui joue officieusement ce rôle. La situation se tend vraiment quand, faute de moyens humains, nous sommes contraints de demander aux membres de la famille d'accompagner leur proche à un examen car nous savons que ce sont des moments où la confidentialité de l'information risque d'être fragilisée. **Enfin il faut bien avouer que nous sommes régulièrement confrontés à des demandes d'information de la part des familles que nous ne pouvons satisfaire au risque de violer le secret médical, et ce alors même que le résident a toute sa tête...** Dans ces cas-là, nous n'avons d'autre choix que de nous montrer pédagogues, mais fermes.

D^r Anne-Marie Trarieux

Au regard strict de la loi, les aidants familiaux restent des tiers dans la relation entre le patient et son médecin alors qu'ils sont source d'information sur l'état de santé de leur proche. Cette situation peut être à l'origine d'embarras vis-à-vis d'aidants en demande d'informations. Ce ne pourrait être qu'avec le consentement explicite du patient que le médecin pourrait aborder les informations couvertes par le secret. **La désignation comme « personne de confiance » peut être une réponse. En effet, quand il est désigné personne de confiance par le patient, un aidant peut accompagner la personne à ses rendez-vous, l'aider à la compréhension des informations médicales, à faire entendre sa volonté et à faire en sorte qu'elle soit respectée.** Au-delà des personnes de confiance, quelques exceptions sont prévues par la loi. Ainsi, en cas de diagnostic ou de pronostic grave, le médecin peut donner aux proches des informations utiles au soutien du patient, à condition que ce dernier soit au courant de sa situation et qu'il ne soit pas opposé à l'information de son entourage. De même, lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et qu'un nouveau traitement ou même un simple examen complémentaire est envisagé, la personne de confiance, la famille ou un proche doit être consulté avant de l'entreprendre.

COMMENT ACCOMPAGNER, SOUTENIR UNE PERSONNE AIDANTE QUI ÉMET DES SIGNES D'ÉPUISEMENT ?

D^r Anne-Marie Trarieux

Les personnes aidantes sont très sollicitées, parfois au quotidien, parfois nuit et jour, et ce alors qu'elles sont souvent confrontées à un quotidien contraignant et à des choix de vie difficiles. Dans ces circonstances, les situations d'épuisement ne sont pas rares. Pour y remédier, la loi a, par exemple, instauré un droit au répit pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Elle prévoit la mise en place d'une aide financière pour permettre aux aidants qui assurent une présence indispensable au domicile de la personne aidée de faire appel à des dispositifs de répit : accueil de jour, hébergement temporaire ou aide à domicile. C'est une avancée considérable mais dont les aidants ne profitent pas toujours, souvent par manque d'information. Il appartient donc aux médecins d'être à l'écoute des situations de fragilité que pourraient connaître leurs patients aidants, de les informer et de les orienter vers les structures qui pourront les soutenir : associations, Caf^e des aidants, groupes de parole...

D^r Nathalie Maubourquet

Les situations d'épuisement chez les aidants sont hélas fréquentes. On le constate notamment dans les hôpitaux de jour mais aussi dans les Ehpad qui proposent des structures d'hébergement temporaire. Et la situation ne va certainement pas s'améliorer avec le vieillissement de la population : les aidants sont eux-mêmes de plus en plus âgés ! Nous ne pouvons pas rester sourds face à ces souffrances et nous nous efforçons d'accompagner les conjoints ou les enfants qui montrent des signes de fragilité, par humanité bien sûr mais aussi parce que leur mal-être peut avoir un impact très

négatif sur le résident. Il nous arrive ainsi régulièrement d'inciter le proche à prendre rendez-vous avec son médecin traitant, de faire appel au psychologue de l'établissement ou de l'orienter vers un dispositif de répit. Les équipes soignantes ont par ailleurs des échanges quotidiens avec les familles sur tous les aspects pratiques de la vie avec une personne dépendante : comment organiser la maison, comment prendre du repos... Mais cela demande du temps et de la disponibilité, deux denrées très rares dans nos établissements, où les équipes soignantes sont sursollicitées et elles-mêmes au bord de l'épuisement !

Florence Leduc

Il est essentiel lorsqu'on s'occupe de personnes malades ou en perte d'autonomie d'avoir un œil attentif sur leurs proches et d'appréhender quelques questions. Outre son rôle et sa place dans la relation d'aide, il me semble important de vérifier que l'aidant sait où trouver l'information nécessaire à sa situation. Et même s'il ne montre pas de signe d'épuisement, il est aussi primordial de poser quelques questions sur sa santé, son sommeil, son alimentation, sa vie sociale, sa situation professionnelle et sur l'existence d'un entourage familial ou amical susceptible de l'aider, lui, l'aidant. En effet, nous savons que les aidants qui veulent tout faire pour la personne aidée, qui veulent se sacrifier à l'autre ont tendance à s'isoler. Dans l'ensemble, ils constituent une population fragile où les taux de décès prématurés sont plus élevés que dans le reste de la population.

LE DIFFICILE ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES HANDICAPÉES

Textes : Anne Ulpat, Éric Allermoz | Photos : iStock, DR

L'ESSENTIEL

- 77 % des personnes **souffrant d'un handicap ont dû renoncer à un soin** en 2019.
- **Manque d'accessibilité des cabinets médicaux, formation initiale et continue, déserts médicaux**, tarifs de consultation inadaptés, manque de moyens... les explications, nombreuses, relèvent de registres et de leviers d'actions très différents.
- Les pouvoirs publics commencent à s'emparer de **cette question pour améliorer l'accès à la santé** de ces patients qui ont besoin de soins adaptés.


D^r Patrick Bouet

Président du Conseil national de l'Ordre des médecins

« En France, des personnes souffrant d'un handicap ont dû renoncer à un soin. C'est intolérable. »

Parmi elles, 22,7 % ont été confrontées à un refus d'être soignées. Alors que 64 % d'entre elles ont besoin d'être accompagnées, et souhaiteraient l'être par une personne de leur choix, 27 % se sont vu refuser cet accompagnement.

L'accès des patients à la santé est un droit fondamental. Faire en sorte que chacun, quels que soient ses moyens financiers ou son handicap, puisse bénéficier d'actes de prévention et de soins, constitue le cœur de la mission du Conseil national de l'Ordre des médecins.

**« LE CNOM TRAVAILLE
MAIN DANS LA MAIN
AVEC LES ASSOCIATIONS
DE PATIENTS. »**

Nous sommes signataires, depuis 2015, de la charte Romain Jacob, en faveur de l'accès des personnes handicapées à la prévention et aux soins, et nous travaillons avec APF France handicap.

Notre rôle : être une courroie de transmission entre les personnes en situation de handicap et les médecins. C'est notamment la mission de notre Commission des relations avec les usagers.

Nous devons aussi épauler les médecins, qui sont souvent isolés, qui sont submergés par le quotidien, et confrontés à leur méconnaissance du handicap... À nous de diffuser les informations dont ils ont besoin, comme les exigences réglementaires pour l'accessibilité de nos lieux de soins aux patients handicapés, et de les aider à entreprendre les démarches nécessaires.



L e constat est inquiétant. Selon l'enquête de France Assos Santé réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 1002 personnes et publiée en novembre 2019, 77 % des personnes en situation de handicap ont renoncé à un soin ou bien l'ont reporté. Une autre enquête, réalisée cette fois-ci par Handifaction entre septembre et décembre 2019 auprès de 6896 personnes, rapporte que 23 % des personnes handicapées disent avoir été confrontées à un refus de soins. Lesquels seraient motivés, entre autres, par l'inaccessibilité du lieu de soins, la faiblesse de revenus du patient ou bien son handicap en tant que tel.

Des causes multiples

En France, 12 millions de personnes souffrent d'un handicap, qu'il soit moteur, visuel, auditif, cognitif ou physique. Selon Pascal Jacob, président de Handidactique et auteur d'un rapport sur « L'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées » en 2013, 3 millions d'entre elles pourraient être mieux soignées. Un paradoxe puisque, par définition, ces personnes ont un besoin de soins très important! *« Tous les médecins ne refusent pas, tant s'en faut, les personnes handicapées, qui pour la plupart sont soignées et bien soignées, souligne-t-il. Mais la situation n'en est pas moins préoccupante. À titre d'exemple, la France compte 5000 personnes sourdes ayant besoin d'un suivi psychologique et psychiatrique et qui s'expriment par le langage des signes. Or nous avons seulement cinq psychiatres qui connaissent cette langue, dont trois ont plus de 60 ans. »* Dans le domaine de la prévention,

« UN BESOIN DE SOINS PLUS IMPORTANT »

seulement deux mammographies étaient adaptés aux personnes en situation de handicap en 2013. La France en compte aujourd'hui 190... contre 2500 en Angleterre! Conséquence : des actes essentiels de prévention primaire ne sont pas réalisés, les suivis (ophtalmologique, gynécologique) sont défaillants, les carnets de vaccination ne sont pas souvent à jour.

L'accessibilité, problème récurrent

Comment expliquer cette situation dans la France d'aujourd'hui? La désertification médicale? Il est vrai que dans certains territoires, cette dernière pénalise tous les habitants en termes de délais



PASCAL JACOB,
Président de l'association
Handidactique

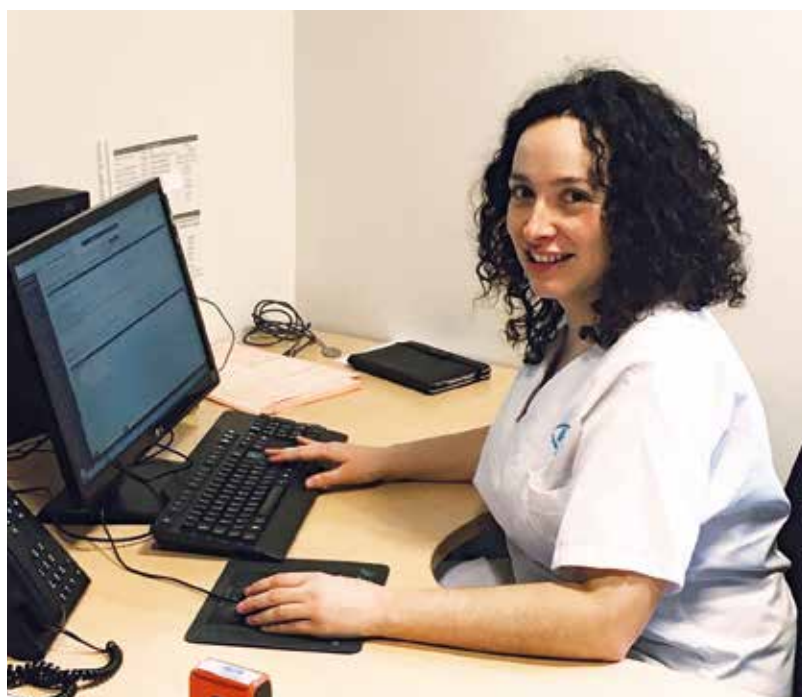
TÉMOIGNAGE

« Prévention, soin et accompagnement dans un seul concept de santé »

« C'est en écoutant les besoins des personnes handicapées que nous pourrions améliorer leur santé. Elles veulent avoir accès à la fois à la prévention – quand elles souffrent de cancer, leurs tumeurs sont plus importantes car prises en charge trop tard – et aux soins, en étant accompagnées par la personne de leur choix, ce qui leur est souvent refusé. Elles souhaitent aussi qu'on réponde à leurs questions et qu'on traite leurs douleurs. Il s'agit là d'un véritable concept de santé qui doit rassembler en permanence à la fois la prévention, le soin et l'accompagnement. Pour ce faire, nous avons besoin des agences régionales de santé qui ont la possibilité, en agissant au sein d'un bassin médical, de fédérer les différents professionnels de santé. Il faut aussi former, aider et mieux payer les médecins libéraux afin de désengorger les hôpitaux! »

« RESTONS VIGILANTS CAR LA DISCRIMINATION EXISTE »

Le sujet n'est pas tabou mais les médecins n'aiment guère exposer leurs fragilités. Le D^r Marie Perset ne fait pas exception mais revient tout de même sur son handicap – la surdité – son parcours et son quotidien. Avant de porter un regard critique sur l'accès aux soins des patients handicapés.



de petits mouvements de la main près du visage. À 10 ans, c'est un tournant : la pose d'un implant cochléaire qui, s'il ne guérit pas la surdité, permet une audition suffisante. « *Ma vie a changé. Je me rappelle la première fois que j'ai entendu le chant des grillons* », raconte la trentenaire bientôt maman avec un brin d'émotion.

Force de caractère

Bien que son handicap ne soit pas anodin, Marie Perset pratique comme n'importe quel médecin urgentiste. Tout au plus utilise-t-elle au quotidien un stéthoscope électronique qui amplifie les sons. « *Lors d'une intervention avec le SAMU, je peux être légèrement*

Dans les couloirs des urgences du centre hospitalier de Rodez, Marie Perset lâche un petit mot à chaque collègue qu'elle croise. « *L'esprit d'équipe est très fort dans le service. C'est un peu comme une deuxième famille* », relève l'urgentiste. Après des études de médecine à Toulouse, Marie Perset revient à Rodez – où elle a grandi – et rejoint les urgences en novembre 2016. Aussi loin qu'elle s'en souvienne, l'Aveyronnaise a toujours rêvé d'être médecin. Même lorsque quelques professeurs maladroits, au lycée, l'avertissaient que ce serait trop difficile. La raison ? Marie Perset est atteinte d'une surdité profonde depuis sa naissance. Appareillée dès six mois, elle doit malgré tout apprendre la lecture labiale et le langage complété parlé (LCP), technique qui consiste à accompagner la parole

gênée s'il y a beaucoup de bruit environnants. À chaque fois, l'équipe s'adapte sans problème, complète l'intéressée. Pour les patients, rien ne me différencie d'un autre médecin ». Le docteur Perset ne minimise pas pour autant les obstacles que le handicap représente. « *Aujourd'hui j'ai fait mes preuves. J'ai développé une force de caractère, une volonté de tout surmonter probablement liées à ma surdité. Mais il faut rester vigilant, le handicap occasionne de nombreuses discriminations et l'accès aux soins des patients handicapés est loin d'être garanti* », pointe la jeune médecin. Pour tenter d'inverser la tendance, cette « *hyperactive* » pilote la création d'une consultation à l'hôpital de Rodez pour les personnes en situation de handicap. L'ouverture est prévue pour 2020.



77 %

des personnes en situation de handicap ont renoncé à un soin ou l'ont reporté.

79 %

en ont subi au moins une conséquence négative (anxiété, aggravation des symptômes, hospitalisation, complications).



d'attente et encore plus les personnes en situation de handicap. Mais elle n'explique pas tout. « *Les refus de soins grimpent à 60 % en région Provence-Alpes-Côte d'Azur*, indique Pascal Jacob, alors que cette région compte plus de deux fois plus de médecins qu'ailleurs ! » Les explications sont multiples. « *Les praticiens nous disent qu'ils ne sont pas formés, ce qui est vrai* », poursuit le président d'Handidactique. Le D^r Luc Regnault, médecin généraliste en libéral mais aussi au sein de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) de Savigny-le-Temple, en Seine-et-Marne, et dans un Foyer d'accueil médicalisé (FAM), invoque, lui, la question de l'accessibilité des fauteuils roulants. Tous les cabinets, surtout les plus anciens, ne se prêtent pas aux mises aux normes nécessaires. « *Il est parfois impossible de soulever une personne polyhandicapée et de la hisser sur une table d'examen. Nous pouvons aussi rencontrer des problèmes de communication, face à une personne sourde ou souffrant d'autisme.* » Pascal Jacob rappelle, enfin, que le tarif de la consultation n'est pas modulé en fonction de sa durée. Or un acte médical qui prend cinq minutes chez une personne valide peut durer plus d'une heure chez un patient en situation de handicap, ce qui peut être un frein supplémentaire pour les professionnels de santé.

Dans l'attente d'une politique publique dédiée

« *Il n'existe pas, en France, de politique publique ambitieuse pour améliorer l'accès aux soins des personnes handicapées* », regrette, pour sa part, Aude Bourden, conseillère nationale santé-médico-social à l'association APF France handicap, tout en

TÉMOIGNAGE



PATRICK GOHET,

adjoint au Défenseur des droits, vice-président du collège chargé de la lutte contre les discriminations et de la promotion de l'égalité

« Rétablir les personnes dans leurs droits »

« Les discriminations liées au handicap constituent le premier motif de saisine du Défenseur des droits. Dans l'accès aux soins, les personnes en situation de handicap peuvent être discriminées lorsqu'elles sont en institution mais également en milieu ordinaire, c'est par exemple la question de l'accessibilité des cabinets médicaux. Le Défenseur des droits a pour mission de rétablir les personnes dans leurs droits mais aussi d'inspirer les politiques publiques pour que cessent ces stigmatisations. C'est parce que nous sommes en dialogue constant avec les associations de personnes handicapées, via nos comités d'entente, et avec les professionnels, via nos comités de liaison, que nous pouvons remplir notre rôle de vigie quant à l'application de la loi et le respect, par la France, de la Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées. »



AU QUOTIDIEN



D^R CLAIRE SIRET,
présidente de la Commission
des relations avec les usagers du Cnom

QUELS OUTILS EXISTENT POUR ASSURER LE SUIVI ET LA CONTINUITÉ DES SOINS ?

Des services médico-sociaux et des consultations dédiés dont la liste est intégrée dans le répertoire opérationnel des ressources (ROR) existent aujourd'hui pour assurer une meilleure prise en charge des personnes en situation de handicap. Si l'accessibilité des cabinets fait loi, l'accessibilité aux soins des personnes en situation de handicap relève aujourd'hui pour l'essentiel d'une prise en charge spécifique par des professionnels formés et équipés. Il existe cependant une demande de plus en plus prégnante de la part des associations de rendre plus facilement accessible à ces patients la prise en charge de leurs soins sans rapport avec leur handicap par tout professionnel de santé.

QUELLE PLACE POUR L'AIDANT OU LES PROCHES DANS LE PARCOURS DE SOINS ?

Les aidants proches ou professionnels ont une place fondamentale, de par leur connaissance du patient, dans la relation avec le professionnel de santé, qui pourrait méconnaître les besoins spécifiques du patient qu'il doit prendre en charge. Cependant, l'accompagnant ne peut intervenir sans l'accord du patient dans la relation médicale, il y aurait donc un intérêt pour le patient de posséder un carnet de santé ou autre support dans lequel seraient résumés les axes principaux de la prise en charge de son handicap, afin de maintenir son autonomie et de bénéficier d'une prise en charge adaptée. L'aidant peut donner au médecin les informations alors que l'inverse n'est pas prévu par la loi. L'échange d'informations, en lien avec la nature de son intervention, nécessite l'accord du patient préalable. C'est la personne de confiance, dont le rôle est défini par l'article L. 111-6 du CSP, qui accompagne le patient dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. Un médecin ne peut refuser la présence de la personne de confiance.

COMMENT FAVORISER LES DÉMARCHES D'ÉDUCATION EN SANTÉ ET DE PRÉVENTION AUPRÈS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ?

En renforçant la connaissance des professionnels de santé sur ces questions spécifiques. En mettant en place les structures adéquates supportant cette information qui doivent être en lien constant avec les associations de patients en situation de handicap qui en connaissent les clés de diffusion et ont déjà élaboré guides et supports. En autorisant la diffusion large et répétée des messages indispensables de prévention. En mettant plus largement à disposition des outils de dépistage adaptés au handicap pour améliorer la prévention.

COMMENT RENDRE LA PERSONNE HANDICAPÉE ACTIVE DE SON PARCOURS DE SOINS ? L'AMENER À PARTICIPER À LA PRISE DE DÉCISION ?

En renforçant la sensibilisation, la formation et la reconnaissance des professionnels de santé à la prise en charge de ces patients qui doivent pouvoir accéder aux soins comme tout un chacun et pour cela, envisager une revalorisation des rémunérations des professionnels pour autoriser le temps suffisant à la prise en charge consciencieuse des personnes en situation de handicap. En reconnaissant et en acceptant les accompagnants, en envisageant un référent dans les structures. En accentuant le partenariat avec les associations de personnes en situation de handicap afin d'éviter toute discrimination dans la mise en place de lieux de soins spécifiques. En augmentant nombre des lieux d'offre de soins et d'équipements adaptés à leurs spécificités sans oublier de mettre à jour le ROR.



→ précisant : « *Il ne faudrait pourtant pas croire que rien n'a été fait.* » Au-delà des auditions publiques menées en 2008 par la Haute Autorité de santé, du rapport de Pascal Jacob en 2013, de celui de Philippe Denormandie et Marianne Cornu-Pauchet en 2018 sur « L'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité », les pouvoirs publics semblent s'emparer davantage du sujet. Ainsi, dans ses « Propositions pour améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses » pour 2020, la Caisse nationale d'assurance-maladie (Cnam) consacre, pour la première fois, un chapitre à l'accès aux soins des handicapés. Et l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) a également publié un rapport sur les dépenses et les restes à charge des personnes handicapées.

Des acteurs de terrain mobilisés

« *On sent en effet un frémissement* », souligne Aude Bourden. Avec, à la clé, la mise en place progressive de dispositifs dont l'intérêt est loin d'être négligeable, comme Handisoïn (lieux de rendez-vous entre médecins, aidés par du personnel, et personnes handicapées) et les dispositifs Handiconsult, qui orientent les patients en échec de soins vers des lieux qui rassemblent plusieurs professionnels de santé; la notion de « consultation complexe » telle que définie dans la dernière convention médicale... Sans oublier les acteurs de terrain qui continuent d'œuvrer sans relâche : la charte Romain Jacob, rédigée à l'initiative de Handidactique et de la MNH (Mutuelle nationale des hospitaliers). Signée par 76 acteurs associatifs et institutionnels dont le Cnom, cette charte engage ses signataires à « *promouvoir la fédération des acteurs dans chacune des régions pour répondre aux besoins spécifiques de l'accès aux soins et à la santé des personnes en situation*



D^r LUC REGNAULT,
médecin généraliste
au sein d'une MDPH à
Savigny-le-Temple (77)

« *Il faut plus d'informations et plus de moyens* »

« L'amélioration de l'accès aux soins des personnes handicapées ne passe pas nécessairement par plus de lois ou plus de formation, mais plutôt par une meilleure information des praticiens. Exemple : il faut rappeler aux médecins la nécessité de prescrire les mêmes actes de prévention (cholestérol, diabète, prostate, etc.) aux personnes handicapées qu'aux autres patients, ce que nous avons tendance à oublier. Il faudrait aussi plus de moyens en termes de personnels, les délais d'attente pour avoir accès aux services d'accès à la vie sociale (SAVS) ou aux services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah) dépassant parfois cinq ans ! Enfin, l'Allocation adulte handicapé (AAH) est insuffisante au regard du coût de la vie, certaines personnes handicapées n'étant pas loin du seuil de pauvreté. »

« UN ANNUAIRE DE LIEUX DE SOINS ACCESSIBLES EN PROJET »

de handicap ». Des universités de médecine, comme celles de Reims, travaillent sur l'amélioration de la formation initiale et continue des médecins. « *APF France handicap a aussi le projet, en partenariat avec le Cnom, de lancer un annuaire des lieux de soins accessibles aux personnes handicapées* », précise Aude Bourden. Mardi 11 février, à l'occasion de la 5^{ème} Conférence nationale du handicap, le président Emmanuel Macron a présenté les trois axes de son plan dédié au handicap : l'école, les places en structures et l'amélioration dans l'accès aux aides. Des mesures ambitieuses, saluées avec prudence par les associations. Pour autant, il semble difficile de se passer d'une politique publique d'envergure, orientée vers l'accès aux soins, qui, seule, permettrait des changements en profondeur en améliorant l'accessibilité des différents lieux de soin et des équipements radiologiques, en facilitant l'accès aux transports sanitaires, en structurant la formation des médecins ou encore en travaillant sur les restes à charge.

Cahier **Mon** exercice

24 E-SANTÉ

Innovations numériques
et prise en charge
du handicap

25 QUESTIONS-RÉPONSES

La convention Aeras
2019

26-28 DÉCRYPTAGE

La procédure
d'autorisation d'exercice
pour les Padhue,
centrée sur la
régularisation

29-31 ÉLECTIONS

L'ARTICLE 85 DU CODE DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE ACTUALISÉ

L'article 85 du code de déontologie médicale, relatif à l'exercice en multisite, a été enrichi de nouveaux commentaires. Cela fait suite au décret n° 2019-511 du 23 mai 2019, qui simplifie l'exercice en multisite pour le médecin. « L'exigence d'une autorisation administrative en bonne et due forme du conseil départemental de l'Ordre, longtemps imposée, a été supprimée [...]. Une simple déclaration préalable au conseil départemental suffit. »

Retrouvez l'intégralité sur notre site Internet :
conseil-national.medecin.fr/code.deontologie

PARUS AU JO

DÉCRET N° 2019-1482
du 27 décembre définissant
les exigences essentielles
de qualité et de sécurité
des protocoles de coopération
entre professionnels de santé.

ARRÊTÉ DU 27 DÉCEMBRE
relatif à l'expérimentation
du forfait de réorientation
des patients dans les services
d'urgence.

ARRÊTÉ DU 15 JANVIER
relatif à la liste des spécialités
pour lesquelles le docteur junior
peut être autorisé à participer,
à sa demande, au service
des gardes et astreintes
médicales pris en application
de l'article R. 6153-1-5 du
code de la santé publique.

Innovations numériques et prise en charge du handicap

De plus en plus d'outils, d'applications, d'innovations numériques voient le jour pour faciliter la prise en charge des personnes en situation de handicap, tout en les rendant davantage acteurs de leur parcours de santé.



DR STÉPHANE OUSTRIC,
délégué général aux données
de santé et au numérique au Cnom

Comment faire le tri parmi toutes ces innovations numériques ?

Applications mobiles, robots facilitateurs, logiciels de transcription spécialisés... chaque année, des innovations de plus en plus pointues sont développées par des entreprises pour accompagner la prise en charge des patients en situation de handicap. De nombreux outils intégrant la réalité virtuelle, par exemple, sont imaginés par des chercheurs à destination des personnes présentant des troubles cognitifs ou moteurs. Certaines de ces innovations facilitent la prise en charge, aident le patient à être davantage acteur de son parcours de santé. Si nous sommes convaincus que c'est l'usage qui déterminera à terme la réelle utilité de ces outils, il est nécessaire qu'ils soient évalués scientifiquement, pour valider leur intérêt médical.

Peut-on garantir un égal accès à ces outils ?

Nous le disions déjà en janvier 2015, dans notre Livre blanc sur la santé connectée : si ces outils présentent un avantage humain et économique, non seulement sur le bien-être mais aussi en matière de prévention, d'éducation à la santé, de maintien de l'autonomie à domicile, d'aide au handicap, et que ces bénéfices ont été scientifiquement évalués, le Cnom estime que les politiques publiques de santé doivent en assurer la prise en charge sociale. Autre point de vigilance : il faut veiller à ce que le développement de ces outils ne devienne pas un facteur de discrimination et d'exclusion supplémentaire. Certaines zones du territoire français n'ont toujours pas accès au haut débit, les « déserts numériques » persistent. Les pouvoirs publics doivent accentuer leurs efforts, afin de ne pas ajouter une fracture numérique dans



l'accès aux innovations en santé et aux soins pour les personnes en situation de handicap.

Quel rôle pour le médecin ?

Le numérique en santé transforme les pratiques médicales et crée de nouvelles opportunités, pour le médecin comme pour le patient. Porteur de nombreuses promesses, il suscite également des interrogations sur la garantie du respect de l'éthique médicale, de l'indépendance professionnelle et de la relation patient-médecin. Nous, médecins, devons accompagner le déploiement de ces outils connectés, facilitateurs, tout en restant vigilants, notamment lorsque l'outil n'a pas fait l'objet d'une réelle validation scientifique par la profession ou technique par les organismes régulateurs.

La convention Aeras 2019

Actualisée en juillet 2019, la convention Aeras a pour objectif de faciliter l'accès à l'assurance et à l'emprunt des personnes ayant, ou ayant eu, un problème grave de santé. Décryptage des dernières avancées.



DR GILLES MUNIER,
vice-président du Cnom

QU'EST-CE QUE LA CONVENTION AERAS ?

La convention AERAS – S'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé – a pour objet de **faciliter l'accès à l'assurance et à l'emprunt**

des personnes ayant, ou ayant eu, un problème grave de santé (articles L. 1141-2 à L. 1141-3 du code de la santé publique). Entrée en vigueur en 2007, sa dernière version, révisée en juillet 2019, tend à élargir cet accès et renforce le droit à l'oubli. Elle est signée par les pouvoirs publics, les professionnels de la banque et de l'assurance, les associations de consommateurs et les associations représentant les personnes malades ou en situation de handicap.

DANS QUELLES SITUATIONS S'APPLIQUE-T-ELLE ?

Premier cas de figure : **le risque aggravé de santé.**

La convention Aeras s'applique dès lors

que le questionnaire de santé, rempli par une personne dans le cadre de sa demande d'assurance de prêt bancaire, fait apparaître qu'elle présente un risque aggravé de santé. La convention prévoit une grille de référence qui liste les pathologies cancéreuses ou non, y compris chroniques, qui permettent un accès à l'assurance emprunteur dans des conditions standard ou s'en rapprochant. Cette grille est mise à jour au rythme des progrès thérapeutiques et des données épidémiologiques disponibles.

QUEL EST LE DEUXIÈME CAS DE FIGURE ?

La convention prévoit un dispositif de **droit à l'oubli**, qui dispense certaines personnes de déclarer leur antécédent de cancer

à l'assureur, et donc de ne se voir appliquer ni surprime ni exclusion de garanties. Depuis le mois de juillet 2019, le droit à l'oubli s'applique pour les cancers :

- **diagnostiqués avant l'âge de 18 ans**, pour lesquels le protocole thérapeutique est terminé depuis 5 ans, sans rechute constatée depuis.
- **diagnostiqués après l'âge de 18 ans**, pour lesquels le protocole thérapeutique est terminé depuis 10 ans, sans rechute depuis.

QUEL EST LE RÔLE DU MÉDECIN ?

Le patient ayant lui-même déclaré sa pathologie à l'assurance, le médecin joue, dans ce cas,

pleinement **son rôle essentiel de conseil** en donnant des informations précises lors de la constitution du dossier d'assurance. Le médecin peut répondre à des questionnaires de santé ciblés ou décrire des pathologies complexes. Il peut également compléter un questionnaire ciblé « technique », reprenant les critères énumérés par la grille de référence, qu'il remet en main propre au patient.

+ D'INFOS conseil-national.medecin.fr / Publications / Rapports / Questionnaires de santé, certificats et assurances

Procédure d'autorisation d'exercice pour les médecins à diplôme hors union européenne

L'autorisation de plein exercice est accordée aux praticiens à diplôme hors Union européenne (Padhue) après une procédure d'autorisation d'exercice (PAE) prévue par des textes législatifs et réglementaires.

Cette PAE existe depuis 2007 mais a subi des modifications substantielles, en 2012 et en 2019. Les textes réglementaires d'application ne sont pas encore publiés, mais leur contenu est connu.



PR ROBERT NICODÈME,
président de la section
Formation et compétences
médicales du Cnom



PR DOMINIQUE BERTRAND,
vice-président de la section
Formation et compétences
médicales du Cnom

LES PRINCIPES GÉNÉRAUX

1 Pour accéder aux épreuves permettant l'entrée dans la procédure, trois listes ont été créées :

La liste A est destinée à tout Padhue détenteur d'un diplôme de doctorat de médecine permettant l'exercice dans son pays.

La loi 2019 précise que le médecin doit s'inscrire dans la spécialité correspondant à celle obtenue dans son pays.

Les spécialités du concours sont ouvertes chaque année par la DGOS ainsi que le nombre de postes dépendant de multiples critères ; spécialités déficitaires, demandes des établissements...

Il s'agit d'un concours, au nombre de places limité. Par la suite, s'ils sont lauréats, ils doivent accomplir une pratique médicale.

La liste C, dérogatoire, concerne des médecins dont la compétence n'a pas été vérifiée et ayant exercé des fonctions rémunérées en France pendant des durées précises et des entrées en activité fixées par les différentes lois. À noter que les fonctions rémunérées concernent des fonctions multiples : faisant fonction d'interne, praticien associé ou assistant associé, l'exercice d'une fonction d'infirmier... Ces fonctions permettaient d'entrer dans la procédure.

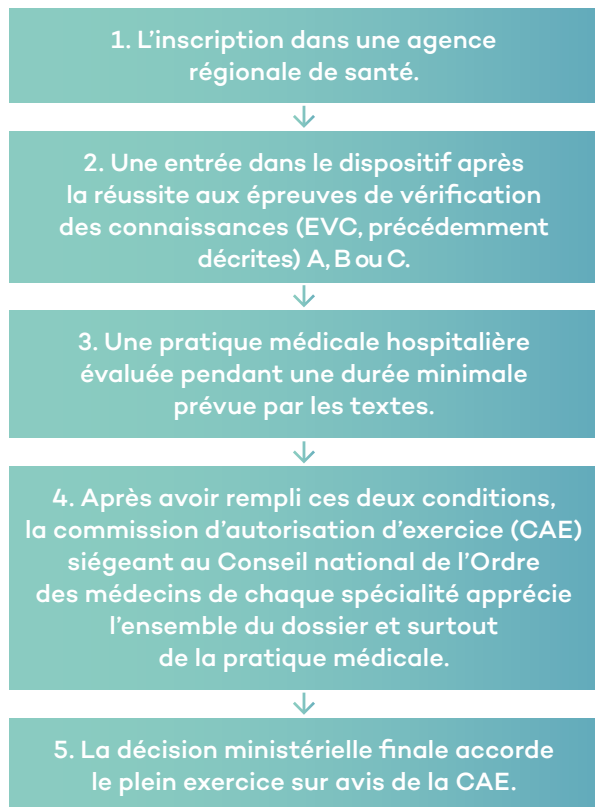
Il s'agit d'un avantage donné en reconnaissance des services rendus aux hôpitaux en France.

La liste B concerne les candidats réfugiés, apatrides, bénéficiant de l'asile territorial et les Français ayant rejoint le territoire national à la demande des autorités françaises. Seule la moyenne aux épreuves est nécessaire, c'est un examen.

D'autres professions de santé sont concernées ; chirurgie dentaire, pharmacie et maïeutique, mais les postes concernent, pour la liste A, essentiellement des médecins.

2 La procédure

La procédure se déroule, de façon générale, en plusieurs phases :



LA NOUVELLE PROCÉDURE DE RÉGULARISATION PRÉCISÉE PAR LA LOI DU 26 JUILLET 2019

Ainsi, les médecins titulaires d'un diplôme hors UE présents dans un établissement de santé mentionné à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique entre le 1^{er} octobre 2018 et le 31 janvier 2019 et ayant exercé des fonctions rémunérées, en tant que professionnel de santé, pendant au moins deux ans en équivalent temps plein depuis le 1^{er} janvier 2015, recevront une attestation permettant un exercice temporaire, sous réserve du dépôt d'un dossier de demande d'autorisation d'exercice auprès de l'agence régionale de santé avant le 1^{er} octobre 2020.

Une instruction préalable des dossiers est assurée par **une commission régionale** constituée par spécialités et présidée par l'agence régionale de santé. Elle formule, après examen du dossier, une proposition à la commission nationale d'autorisation d'exercice compétente :

→ soit la **délivrance directe** d'une autorisation

d'exercice,
→ soit le **rejet de la demande** du candidat,
→ soit un **parcours complémentaire de consolidation des compétences** d'une durée maximale équivalente à celle du 3^e cycle des études de médecine de la spécialité concernée. Ce parcours peut comprendre de la pratique et des enseignements théoriques.

Le dossier de chaque candidat, accompagné de cette proposition, est transmis à **la commission nationale d'autorisation d'exercice compétente**. Elle émet alors un avis destiné au ministre chargé de la Santé. Le ministre chargé de la Santé ou, sur délégation, le CNG, décide alors des avis de la commission nationale, soit de :

→ délivrer une autorisation d'exercice,
→ ou de rejeter la demande du candidat,
→ ou de prendre une décision d'affectation du médecin dans un établissement de santé en vue de la réalisation du parcours de consolidation des compétences qui lui est prescrit, d'une durée maximale équivalente à celle du 3^e cycle des études de médecine de la spécialité concernée.

Particularités prévues pour Antilles-Guyane

De manière transitoire jusqu'au 31 décembre 2025, les DG ARS de la **Guadeloupe**, de la **Guyane** et de la **Martinique** ainsi que le représentant de l'État à **Saint-Pierre-et-Miquelon** peuvent autoriser un médecin à diplôme hors UE à exercer dans une structure de santé située sur le territoire respectif. Cette autorisation est délivrée par arrêté, pour une durée déterminée, après avis d'une commission territoriale d'autorisation d'exercice, constituée par spécialités.



L'ÉVOLUTION DU NOMBRE DE CANDIDATS ET DE LEUR RÉUSSITE (DEPUIS 2007)

Les trois listes sont extrêmement différentes :

La liste A : le nombre de postes est fixé par la DGOS, pour les quatre professions concernées, mais les médecins représentent en 2019 la totalité des postes ouverts dans toutes les spécialités médicales; au total 906 postes ont été ouverts et 896 retenus. Les notes aux EVC sont souvent très élevées pour réussir. 9017 candidats ont été autorisés à passer les épreuves mais seuls 4326 les ont passées, soit 47 %. Le nombre de lauréats a fortement augmenté en 2007 et 2019.

La liste B : le nombre de candidats varie, s'établissant dans les dernières années entre 100 et 150 par an. Leur origine est fonction des zones de conflits lorsqu'on examine les candidats sur une longue période. Les EVC sont identiques à la liste A mais seule la moyenne est exigée. Le taux de réussite varie entre 30 et 50 % selon les années.

La liste C : la loi de 2012 prévoyait son extinction en 2016 permettant à tous les candidats potentiels de se présenter au moins trois fois. La réalité est probablement différente, certains ne se sont pas présentés aux épreuves, ou n'ont pas réussi. Il existe donc des candidats potentiels à la régularisation telle qu'elle est prévue par la loi de 2019 auxquels s'ajoutent les nouveaux candidats présents avant le 31 octobre 2018 et le 31 janvier 2019. Ce nouveau périmètre d'une régularisation potentielle laisse présager un nombre de candidats d'environ 4000 selon la DGOS.

Le taux de réussite de la liste C a toujours été meilleur que les autres listes.

LE RÔLE DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Il se situe à deux endroits de la procédure :

→ Pour tous les candidats ayant, d'une part, réussi les épreuves de vérification des connaissances et, d'autre part, exercé une pratique médicale pendant une période définie en complément des connaissances théoriques si nécessaire,

ils passent devant la commission d'autorisation d'exercice (CAE) de la spécialité concernée. Des médecins ont été désignés par l'Ordre pour participer à la commission de qualification de première instance, qui est la « cheville ouvrière » de la CAE. À la CAE, d'autres membres siègent également, DGOS, CNG, membre de l'enseignement supérieur, FHF et un membre représentant les syndicats de Padhue mais aussi deux conseillers nationaux désignés par le Cnom.



→ Pour la régularisation des médecins déjà en exercice en France; ceux-ci devront se présenter devant la commission régionale, créée pour chaque spécialité. En principe, deux membres devront y être désignés par l'Ordre. Un grand nombre de médecins participeront aux contrôles des médecins à diplôme étranger. Plus de 1000 médecins seront concernés au total par ces épreuves. Il est normal que l'Ordre, garant de la compétence, soit présent dans l'acquisition du plein exercice.

Chaque année, à peu près 8 % des médecins qui s'inscrivent au tableau d'un conseil départemental sont issus de la PAE.

En application de l'article D. 4132-2 du code de la santé publique, le conseil régional de Nouvelle-Aquitaine (Charente, Charente-Maritime, Corrèze, Creuse, Dordogne, Gironde, Landes, Lot-et-Garonne, Pyrénées-Atlantiques, Deux-Sèvres, Vienne et Haute-Vienne) va procéder à une élection complémentaire le : **samedi 20 juin 2020 aux fins de pouvoir au remplacement d'un membre pour le département de la Corrèze et d'un membre pour le département des Deux-Sèvres.**

Suite aux nouvelles dispositions du code de la santé publique visant notamment à mettre en œuvre la réforme territoriale et à prévoir la parité au sein des conseils de l'Ordre, les élections des conseils de l'Ordre sont désormais organisées par binômes femme-homme et la composition des conseils régionaux et interrégionaux a été modifiée (**augmentation numérique et suppression des membres suppléants**).

Conformément à l'article L. 4132-12 du code de la santé publique, les membres des conseils de l'Ordre sont élus au scrutin binominal majoritaire à un tour et chaque binôme est composé de candidats de sexe différent.

Par conséquent, lorsqu'un membre d'un conseil vient à cesser ses fonctions pour quelque cause que ce soit, bien qu'il n'y ait qu'un seul siège à pourvoir, la candidature pour le poste ne peut être présentée qu'en binôme. Ainsi, ne sera élu dans ce binôme que le candidat du même sexe que le membre ayant cessé ses fonctions.

Département de la Corrèze :

• **1 siège à pourvoir pour combler le siège constaté vacant dans la moitié sortante en 2025 (homme), selon les modalités prévues ci-dessus.**

Département des Deux-Sèvres :

• **1 siège à pourvoir pour combler le siège constaté vacant dans la moitié sortante en 2025 (femme), selon les modalités prévues ci-dessus.**

DÉPÔT DE CANDIDATURE

Les candidats se font connaître par **lettre recommandée avec demande d'avis de réception** adressée au Président du conseil régional de l'Ordre des médecins.

La candidature peut également être déposée au siège du conseil. Il en sera donné un récépissé.

Les candidatures doivent impérativement **PARVENIR au siège du conseil régional dans le délai de 30 jours au moins avant le jour de l'élection** (article R. 4125-6 du code de la santé publique). Ainsi, la clôture du dépôt des candidatures est fixée au **mercredi 20 mai 2020 à 16 h 00**.

Toute candidature parvenue au conseil régional après l'expiration de ce délai est irrecevable. Le cachet de La Poste ne sera pas pris en compte.

Les textes réglementaires ne mentionnant que le courrier recommandé avec demande d'avis de réception ou le dépôt au siège du conseil, les déclarations de candidature envoyées par télécopie ou par courriel ne sont pas admises, même si elles parviennent au conseil dans les délais requis.

La déclaration de candidature peut être effectuée au moyen d'un formulaire type téléchargeable sur le site Internet du conseil national ou sur papier libre. Cette déclaration de candidature peut être faite :
→ soit de façon conjointe par les deux candidats du binôme qui doivent y apposer chacun leur signature ;
→ soit de façon individuelle par chaque candidat du binôme. Dans ce cas, elle doit mentionner expressément l'autre candidat du binôme et doit être accompagnée de son acceptation rédigée sur un document distinct de la déclaration de candidature. Chaque déclaration de candidature individuelle doit être revêtue de la signature de son auteur. **Attention, la déclaration de candidature individuelle doit nécessairement être complétée par la déclaration de candidature individuelle de l'autre candidat du binôme.**

Chaque candidat du binôme doit indiquer ses nom et prénoms, sa date de naissance, son adresse, ses titres, son mode d'exercice, sa qualification professionnelle et, le cas échéant, ses fonctions ordinaires ou dans les organismes professionnels, actuelles et, le cas échéant, passées (article R. 4125-7 du code de la santé publique). Chaque candidat devra également indiquer le conseil régional et le département pour lequel il se présente.

PROFESSION DE FOI

Chaque binôme a la possibilité de rédiger, à l'attention des électeurs, une profession de foi qui sera photocopiée en l'état pour être jointe au matériel de vote que le conseil régional fera parvenir aux électeurs (articles R. 4125-7 et R. 4125-1-1 du code de la santé publique).

Le binôme ne dispose que d'une page au format de 210 x 297 mm (format A4) pour présenter sa profession de foi, dont la rédaction peut être commune ou séparée.

Cette profession de foi rédigée en français, en noir et blanc, avec ou sans photographie au format identité, ne peut être consacrée qu'à la présentation du binôme de candidats au nom duquel elle est diffusée et à des questions entrant dans le champ de compétences de l'Ordre défini

à l'article L. 4121-2 du code de la santé publique.

La profession de foi ne peut renvoyer dans son contenu à aucun support numérique. Elle doit être rédigée sur une feuille séparée de la déclaration de candidature et doit mentionner les nom et prénom des candidats du binôme.

La profession de foi du binôme devra parvenir au siège du conseil régional de l'Ordre des médecins au plus tard le jour de la clôture du dépôt des candidatures soit le **mercredi 20 mai 2020**.

RETRAIT DE CANDIDATURE

Le retrait de candidature par un binôme de candidats ou l'un des membres du binôme ne peut intervenir que dans l'intervalle compris entre le dépôt de celle-ci et la date d'envoi du matériel de vote.

Il est notifié au conseil régional soit par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, soit par dépôt au siège de ce conseil contre récépissé (article R. 4125-8 du code de la santé publique).

Le retrait de candidature d'un seul des membres du binôme entraîne le retrait de la candidature de l'ensemble du binôme.

ÉLIGIBILITÉ

Sont éligibles, sous réserve des dispositions des articles L. 4124-6 du code de la santé publique, L. 145-2 et L. 145-2-1 du code de la sécurité sociale, les médecins :
→ de nationalité française ou ressortissants de l'un des États membres de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen (article L. 4125-9 du code de la santé publique);
→ inscrits au tableau d'un des conseils départementaux du ressort de la région concernés par l'élection. Les deux membres d'un binôme doivent être inscrits au tableau du même conseil départemental (article D. 4132-2 du code de la santé publique);
→ à jour de leurs cotisations ordinaires (article R. 4125-3 du code de la santé publique) au moment de la clôture du dépôt des candidatures.

Ne sont pas éligibles, conformément aux articles L. 4124-6 du code de la santé publique, L. 145-2 et L. 145-2-1 du code de la sécurité sociale :
→ pendant trois années, les médecins qui ont fait l'objet d'une sanction définitive et non amnistiée d'avertissement ou de blâme prononcée par la juridiction disciplinaire ou la section des assurances sociales;
→ à titre définitif, les médecins qui ont fait l'objet d'une sanction définitive et non amnistiée d'interdiction d'exercer, avec ou sans sursis, ou de radiation du

tableau de l'Ordre prononcée par la juridiction disciplinaire.

Il en est de même des médecins qui ont fait l'objet d'une sanction définitive et non amnistiée d'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux, avec ou sans sursis, ou en cas d'abus d'honoraires, de remboursement du trop-perçu à l'assuré ou de reversement du trop-remboursé à la caisse, prononcée par la section des assurances sociales.

ÉLECTEURS

Sont électeurs, les membres titulaires des conseils départementaux du ressort de la région concernés par l'élection (article L. 4124-11 IV du code de la santé publique).

Ainsi, **sont électeurs les membres titulaires des conseils départementaux de la Corrèze et des Deux-Sèvres** de l'Ordre des médecins.

LE VOTE

Il a lieu par correspondance et est adressé obligatoirement au siège du conseil régional de l'Ordre des médecins. Il peut également y être déposé.

Il prendra fin le jour de l'élection, soit le samedi 20 juin 2020 à 12h00.

Tout bulletin parvenu après 12h00 n'est pas valable (article R. 4125-11 du code de la santé publique).

LE DÉPOUILLEMENT

Il est public et aura lieu sans désenclaver au siège du conseil régional de l'Ordre des médecins **le samedi 20 juin 2020 à 12h01.**

Le binôme de candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix sera déclaré élu. En cas d'égalité des voix, le binôme de candidats comportant le candidat le plus âgé sera proclamé élu (article

R. 4125-17 du code de la santé publique).
→ Pour le département de la Corrèze, seul l'homme du binôme sera élu et son mandat prendra fin à la date à laquelle aurait expiré le mandat de celui qu'il remplace, soit en 2025.

→ Pour le département des Deux-Sèvres, seule la femme du binôme sera élue et son mandat prendra fin à la date à laquelle aurait expiré le mandat de celle qu'elle remplace, soit en 2025.

DÉLAI DE RECOURS

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

Ce délai court, pour les électeurs, à compter du jour de l'élection, et, pour les Directeurs généraux des Agences régionales de santé ou le Ministre chargé de la santé, **à compter du jour de réception de la notification du procès-verbal de l'élection** (article R. 4125-21 du code de la santé publique).

ÉLECTIONS COMPLÉMENTAIRES AUX CHAMBRES DISCIPLINAIRES DE PREMIÈRE INSTANCE

Certains conseils régionaux et interrégionaux de l'Ordre des médecins procéderont à des élections complémentaires de leur chambre disciplinaire de 1^{re} instance **le jeudi 18 juin 2020.**

DÉPÔT DE CANDIDATURE

Les candidats se font connaître par **lettre recommandée avec demande d'avis de réception** adressée au Président du conseil régional ou interrégional de l'Ordre des médecins dans le **délaï de 30 jours au moins avant le jour de l'élection.**

La candidature peut également être déposée, dans le même délai, au siège du conseil régional ou interrégional. Il en sera donné un récépissé.

Les candidatures doivent impérativement **PARVENIR au siège du conseil régional ou interrégional au plus tard le mardi 19 mai 2020 à 16h00** (article R. 4125-6 du code de la santé publique).

Toute candidature parvenue au conseil régional ou interrégional après l'expiration de ce délai est irrecevable. Le cachet de La Poste ne sera pas pris en compte.

Les textes réglementaires ne mentionnant que le

courrier recommandé avec demande d'avis de réception ou le dépôt au siège du conseil, les déclarations de candidature envoyées par télécopie ou par courriel ne sont pas admises, même si elles parviennent au conseil régional ou interrégional dans les délais requis.

Les candidats inscrits en Corse doivent envoyer leur candidature au conseil régional de Provence-Alpes-Côte d'Azur.

La déclaration de candidature peut être effectuée au moyen d'un formulaire type téléchargeable sur le site internet du conseil national ou sur papier libre.

Elle doit être **revêtue de la signature du candidat.**

Le candidat doit indiquer ses nom et prénoms, sa date de naissance, son adresse, ses titres, son mode d'exercice, sa qualification professionnelle et, le cas échéant, ses fonctions ordinales ou dans les organismes professionnels, actuelles et, le cas échéant, passées (article R. 4125-7 du code de la santé publique).

Le candidat doit indiquer **le collège pour lequel il se présente (à l'exception des candidats qui se**

présentent pour l'élection de la chambre disciplinaire de La Réunion-Mayotte qui ne comporte ni collège interne ni collège externe).

Ne peuvent être candidats au collège interne que les membres élus du conseil régional ou interrégional.

Les candidats au collège interne de la chambre de Provence-Alpes-Côte d'Azur-Corse doivent être membres élus du conseil régional de Provence-Alpes-Côte d'Azur, la chambre comportant déjà le nombre adéquat de membres élus du conseil régional de Corse.

Les candidats au collège externe doivent être membres d'un conseil départemental ou du conseil national ou anciens membres d'un conseil de l'Ordre (départemental, régional, interrégional ou national).

La fonction de membre d'une chambre disciplinaire de 1^{re} instance ne peut être cumulée avec celle de membre de la chambre disciplinaire nationale (article L. 4124-7 III alinéa 2 du code de la santé publique).

Les fonctions de Président et de Secrétaire Général d'un conseil sont incompatibles avec la fonction d'assesseur à la chambre disciplinaire

de 1^{re} instance (article L. 4124-7 III alinéa 3 du code de la santé publique).

La fonction de membre d'une commission de conciliation (article L. 4123-2 du code de la santé publique) est incompatible avec la fonction d'assesseur à la chambre disciplinaire de 1^{re} instance (Règlement intérieur de l'Ordre adopté par le conseil national de l'Ordre des médecins, conformément aux dispositions de l'article L. 4122-2-2 du code de la santé publique).

RETRAIT DE CANDIDATURE

Le retrait de candidature peut intervenir quinze jours au plus tard avant la date du scrutin.

Il est notifié au conseil régional ou interrégional soit par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, soit par dépôt au siège de ce conseil contre récépissé (article R. 4125-8 du code de la santé publique).

ÉLIGIBILITÉ

Sont éligibles, sous réserve des dispositions des articles L. 4124-6 du code de la santé publique, L. 145-2 et L. 145-2-1 du code de la sécurité sociale, les médecins :
→ inscrits au tableau

d'un des conseils départementaux du ressort du conseil régional ou interrégional (article R. 4125-3 du code de la santé publique);
→ de nationalité française (article L. 4124-7 du code de la santé publique);
→ à jour de leurs cotisations ordinaires (article R. 4125-3 du code de la santé publique), au moment de la clôture du dépôt des candidatures..

Ne sont pas éligibles, conformément aux articles L. 4124-6 du code de la santé publique, L. 145-2 et L. 145-2-1 du code de la sécurité sociale :
→ pendant trois années, les médecins qui ont fait l'objet d'une sanction définitive et non amnistiée d'avertissement ou de blâme prononcée par la juridiction disciplinaire ou la section des assurances sociales;
→ à titre définitif, les médecins qui ont fait l'objet d'une sanction définitive et non amnistiée d'interdiction d'exercer, avec ou sans sursis, ou de radiation du tableau de l'Ordre prononcée par la juridiction disciplinaire. Il en est de même des médecins qui ont fait l'objet d'une sanction définitive et non amnistiée d'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux, avec ou sans sursis, ou en cas d'abus d'honoraires, de remboursement du trop-perçu à l'assuré ou de reversement du trop-remboursé à la caisse, prononcée par la section des assurances sociales.

ÉLECTEURS

Sont électeurs, les membres élus du conseil régional ou interrégional présents le jour du scrutin (article R. 4125-2 du code de la santé publique).

Pour la chambre de Provence-Alpes-Côte d'Azur-Corse, les électeurs sont les membres élus des conseils régionaux de Provence-Alpes-Côte d'Azur et de Corse.

LE SCRUTIN

Il aura lieu à bulletin secret, le **jeudi 18 juin 2020 à 18h00**, au siège du conseil régional ou interrégional.

Les membres du conseil régional de Corse doivent se rendre au conseil régional de Provence-Alpes-Côte d'Azur, le 18 juin 2020, pour voter et assister au dépouillement.

LE DÉPOUILLEMENT

Il est public et aura lieu sans désenclaver le **jeudi 18 juin 2020 à l'issue du scrutin** au siège du conseil régional ou interrégional de l'Ordre des médecins.

Les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix jusqu'à concurrence du nombre de sièges à pourvoir, seront élus suppléants.

En cas d'égalité des voix, le candidat le plus âgé est proclamé élu (article R. 4125-17 du code de la santé publique).

La durée de fonction des membres suppléants est celle qui restait à courir jusqu'à la date à laquelle aurait expiré le mandat de ceux qu'ils remplacent.

DÉLAI DE RECOURS

Les élections peuvent être déferées dans le délai de 15 jours devant le tribunal administratif.

Ce délai court, pour les électeurs, à compter du jour de l'élection, et, pour les Directeurs généraux des Agences régionales de santé ou le Ministre chargé de la santé, **à compter du jour de réception de la notification du procès-verbal de l'élection** (article R. 4125-21 du code de la santé publique).

LISTE DES POSTES A POURVOIR

Chambre disciplinaire de 1^{re} instance de Bretagne
(22-Côtes-d'Armor, 29-Finistère, 35-Ille-et-Vilaine, 56-Morbihan)
Immeuble « Le Papyrus »,
29 rue de Lorient, CS13914,
35039 RENNES Cedex
Tél. : 02 99 36 83 50

Postes à pourvoir :

Pour le collège interne :

1 siège de suppléant pour combler le siège constaté vacant

Pour le collège externe :

1 siège de suppléant pour combler le siège constaté vacant dans la moitié sortante en 2022 et 1 siège de suppléant pour combler le siège constaté vacant dans la moitié sortante en 2025

Chambre disciplinaire de 1^{re} instance du Grand-Est
(08- Ardennes, 10- Aube, 51- Marne, 52- Haute-Marne, 54- Meurthe-et-Moselle, 55- Meuse, 57- Moselle, 67- Bas-Rhin, 68- Haut-Rhin, 88- Vosges)
131 rue Nicolas Appert, 54100 NANCY
Tél. : 03 83 36 73 67

Postes à pourvoir :

Pour le collège interne :

1 siège de suppléant pour combler le siège constaté vacant

Pour le collège externe :

1 siège de suppléant pour combler le siège constaté vacant dans la moitié sortante en 2025

Chambre disciplinaire de 1^{re} instance d'Île-de-France
(75-Ville de Paris, 77-Seine-et-Marne, 78-Yvelines, 91-Essonnes, 92-Hauts-de-Seine, 93-Seine-Saint-Denis, 94-Val-de-Marne, 95-Val-d'Oise)
9 rue Borromée, 75015 PARIS
Tél. : 01 47 23 80 60

Postes à pourvoir :

Pour le collège interne :

10 sièges de suppléant pour combler les sièges constatés vacants

Pour le collège externe :

3 sièges de suppléant pour combler les sièges constatés vacants dans la moitié sortante en 2022 et 1 siège de suppléant pour combler le siège constaté vacant dans la moitié sortante en 2025

Chambre disciplinaire de 1^{re} instance des Pays-de-la-Loire
(44-Loire-Atlantique, 49-Maine-et-Loire, 53-Mayenne, 72-Sarthe, 85-Vendée)
44 rue de Gigant, 44100 NANTES
Tél. : 02 40 73 43 28

Postes à pourvoir :

Pour le collège interne :

4 sièges de suppléant pour combler les sièges constatés vacants

Pour le collège externe :

2 sièges de suppléant pour combler les sièges constatés vacants dans la moitié sortante en 2022

Chambre disciplinaire interrégionale de 1^{re} instance de Provence-Alpes-Côte d'Azur-Corse
(04-Alpes-de-Haute-Provence, 05-Hautes-Alpes, 06-Alpes-Maritimes, 13-Bouches-du-Rhône, 83-Var, 84-Vaucluse, 2A-Corse-du-Sud, 2B-Haute-Corse)
5 rue d'Arles, 13008 MARSEILLE
Tél. : 04 91 37 81 20

Postes à pourvoir :

Pour le collège interne :

2 sièges de suppléant représentant le conseil régional de Provence-Alpes-Côte d'Azur pour combler les sièges constatés vacants

Pour le collège externe :

2 sièges de suppléant pour combler les sièges constatés vacants dans la moitié sortante en 2022 et 1 siège de suppléant pour combler le siège constaté vacant dans la moitié sortante en 2025

Chambre disciplinaire interrégionale de 1^{re} instance de La Réunion-Mayotte
(974- La Réunion, 976- Mayotte)
5 résidence Laura, 2^e étage,
4 rue Milius, 97400 SAINT-DENIS
Tél. : 02 62 20 48 14

Postes à pourvoir :

Pour La Réunion :

2 sièges de suppléant pour combler les sièges constatés vacants

Pour Mayotte :

1 siège de suppléant pour combler le siège constaté vacant

PORTRAIT

PARCOURS

1987

PCEM1 à la faculté Necker-Enfants Malades

1988

École normale supérieure (Ulm), concours Sciences

1994-1998

Internat des Hôpitaux de Paris, DES de neurologie

2002

Thèse de doctorat en neurosciences à l'université de Paris-VI, dirigée par le Pr Stanislas Dehaene

2003

Création d'une activité d'évaluation du niveau de conscience de malades non communicants (plus de 500 malades évalués à ce jour)

2013

Nommé au CCNE Désigné par le Conseil d'État pour évaluer l'état de conscience de Vincent Lambert, avec les Pr^s Bousser et Luauté

Été 2017

Conçoit et écrit avec son épouse, Karine Naccache, des chroniques quotidiennes sur France Inter, « Parlez-vous cerveau? », rassemblées dans un ouvrage (2018, éditions Odile Jacob)



Pr Lionel Naccache

Neurologue, professeur des universités-praticien hospitalier, chercheur à l'Institut du cerveau et de la moelle épinière (ICM), membre du Comité consultatif national d'éthique, et chef du département de neurophysiologie clinique à la Salpêtrière.

« JE VOULAIS FAIRE LA PHYSIQUE DE LA PHILOSOPHIE »

Texte : Béatrice Jaulin | Photo : DR

« **D**ès la fin des années de lycée, je me suis intéressé à la conscience, cette capacité qu'a l'être humain d'avoir une représentation de lui-même qu'il peut se rapporter à la première personne : "Je pense". Je voulais en quelque sorte faire "la physique de la philosophie" : comprendre comment se matérialise ce questionnement sur soi-même. J'ai choisi de faire médecine notamment pour disposer d'une vision globale du fonctionnement biologique de l'être humain, tout en sachant vouloir faire de la recherche. En deuxième année de médecine, je suis entré à l'École normale supérieure de la rue d'Ulm. Je garde le souvenir d'une période d'une grande stimulation intellectuelle et de grande liberté. Durant mon externat, j'ai fait mes premiers pas en neurologie à la Salpêtrière auprès d'un clinicien hors pair, le Pr Michel Poisson. Un temps, j'ai hésité entre la psychiatrie et la neurologie. J'ai choisi cette dernière spécialité car elle me permettait de mêler une approche des réalités physiques les plus contingentes – l'examen des réflexes par exemple – avec l'étude des aspects cognitifs et subjectifs les plus complexes. Depuis, je n'ai jamais cessé de mener de front la recherche, les consultations hospitalières et l'enseignement à la

Salpêtrière et à l'ICM. Comme j'aime écrire, je me réserve du temps pour des essais qui, s'ils gardent comme fil conducteur l'exploration de la conscience, la subjectivité et le cerveau, m'ouvrent des chemins plus larges avec des thèmes comme la vie mentale inconsciente et la psychanalyse, les écueils de la mondialisation envisagés comme l'épilepsie d'un monde complexe, la connaissance et la sexualité¹, la poésie... J'ai également écrit un ouvrage plus personnel sur le Talmud² dans lequel j'interroge mon rapport à ma judéité. L'exercice de ces trois activités, la neurologie, la recherche et l'écriture, me permet de revisiter la question du statut de la subjectivité et de la conscience. Et notamment d'explorer les processus d'interprétation, de fictionnalisation et de croyance qui sont au cœur de notre vie mentale, tant chez le sujet sain que dans les pathologies neurologiques ou psychiatriques. La prise en compte d'un fait de conscience rapporté par un individu sain ou malade me semble requérir de trouver la "bonne distance" : ne pas dévaloriser les pensées subjectives au nom du fait qu'elles sont subjectives, et à l'inverse ne pas prendre ces dernières pour argent comptant au nom du fait qu'elles constituent la réalité psychique de chaque individu. **C'est là un défi permanent posé aux cliniciens et aux chercheurs.** »

1. *Nous sommes tous des femmes savantes*, Odile Jacob, 2019

2. *Un sujet en soi : les neurosciences, le Talmud et la subjectivité*, Odile Jacob, 2013