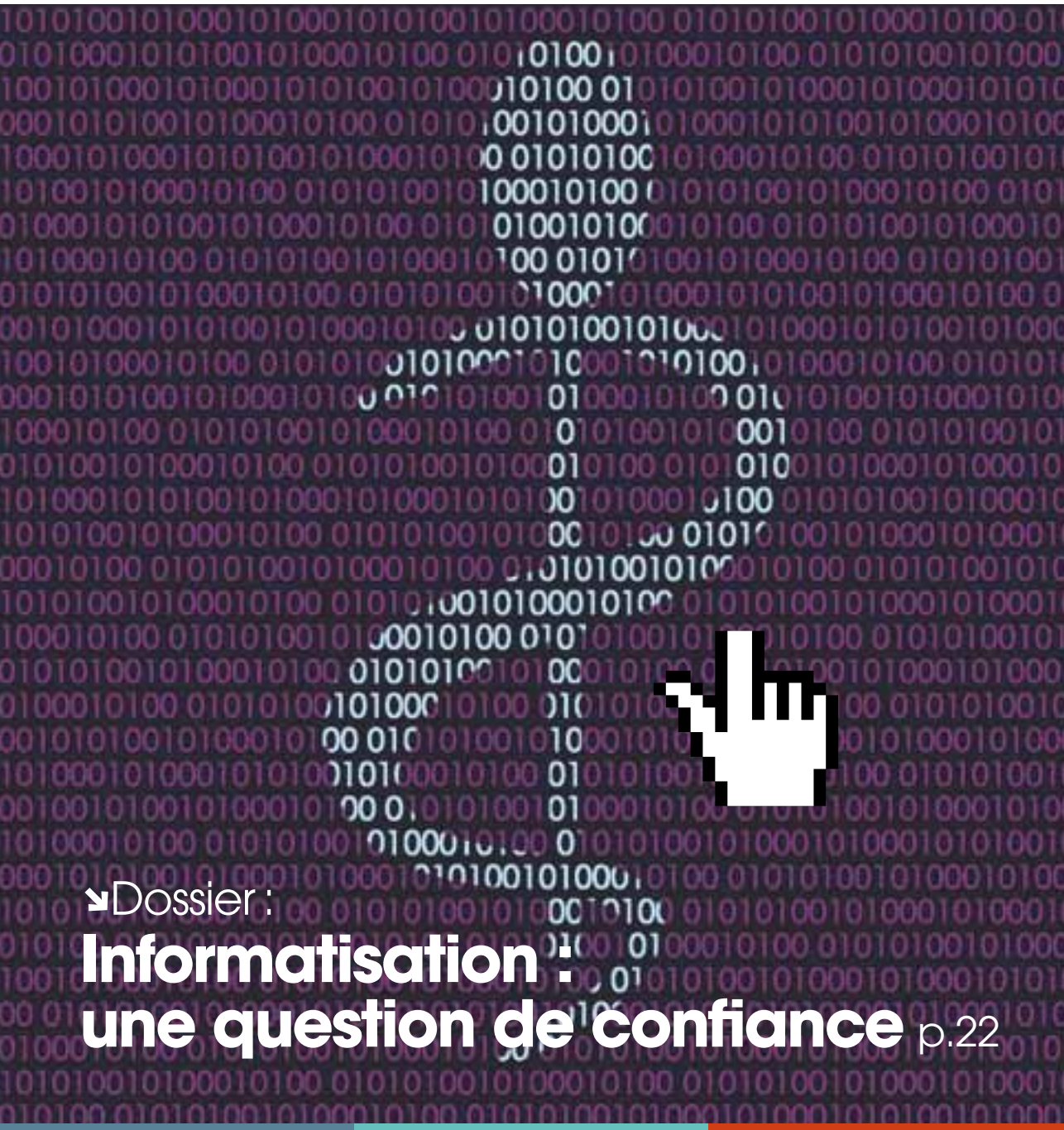
médecins

N°10 MARS - AVRIL 2010

POUR ALLER PLUS LOIN : L'ACTUALITÉ EN LIGNE
www.conseil-national.medecin.fr

Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins



Dossier :

Informatisation : une question de confiance p.22

L'essentiel
Fin de vie : l'article 37 du code de déontologie modifié par décret p.7

Réflexion
La réforme de l'expertise médicale en débat p.11

Élections ordinales
Vos élus au Conseil national de l'Ordre des médecins p.13

DÉCOUVREZ NOTRE NEWSLETTER MENSUELLE
http://www.conseil-national.medecin.fr

médecins n° 10
mars. 2010

L'essentiel | 04
Permanence des soins : en attendant les ARS…

Sur le terrain | 08
Solidarité Nord-Sud sur les pathologies de la mère et de l'enfant

Ailleurs | 10
Présidence espagnole de l'Union européenne : les priorités « santé »

Réflexion | 11
La réforme de l'expertise médicale en débat

La voix des associations
L'Alliance Maladies Rares

Courrier des lecteurs | 30

Culture médicale | 31
Trois ouvrages sur la fin de vie

À vous la parole | 32
Dr Gilles Lazimi, généraliste, directeur du centre municipal de santé Louise-Michel, à Romainville (93).

Dossier | 22

Informatisation : une question de confiance

© Citizen Press

L'informatisation de la santé progresse. Pour la réguler et l'accompagner au mieux, les pouvoirs publics et les Ordres des professions de santé cherchent aujourd'hui à construire ensemble un « espace de confiance » afin de garantir au patient et au médecin que les données de santé resteront bien protégées.

Trombinoscope du Conseil national de l'Ordre des médecins | 13

Vos réactions nous intéressent

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

Une chance pour la médecine libérale

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

“Pourquoi seulement 10 % des nouveaux inscrits choisissent-ils l'exercice libéral ?”

La mission que m'a confiée le président de la République Nicolas Sarkozy implique un travail de fond, dans la continuité des États généraux de l'offre de soins organisés en 2008. L'objectif n'est pas d'aboutir à un énième rapport sur l'organisation de la santé, mais à des propositions concrètes pour refonder la médecine libérale. Cette mission comprend plusieurs phases. D'abord un état des lieux de l'exercice libéral. Combien de médecins exercent aujourd'hui la médecine libérale ? Où sont-ils installés ? Quel est leur âge ? Ce bilan doit être rigoureux, exhaustif, précis. Ensuite, nous devrons répondre aux interrogations que ne manquera pas de susciter cet état des lieux. Pourquoi l'exercice libéral est-il en crise ? Pourquoi seulement 10 % des nouveaux inscrits choisissent-ils l'exercice libéral ? Pourquoi un certain nombre de médecins installés dévissent-ils leur plaque, la quarantaine passée, pour se tourner vers d'autres formes d'exercice comme le salariat ?

Cette mission comprend une majorité de médecins libéraux en activité : j'y tenais beaucoup car il est important que nos propositions soient pragmatiques, qu'elles collent à la réalité. Des personnalités diverses – conseiller ordinal, hauts fonctionnaires, élus de divers horizons, représentant des patients – siègent également au sein de la mission pour apporter une vision plus documentée, plus objective de la question. La mission auditionnera les syndicats médicaux, mais aussi un grand nombre de spécialistes des questions de santé. Elle s'appuiera bien entendu sur les travaux de l'Ordre des médecins, car nous sommes les seuls à disposer d'une connaissance très fine de la présence médicale sur tous nos territoires. Cette mission sonne d'ailleurs comme une véritable reconnaissance de l'Ordre des médecins et de son indépendance, au service de tous les modes d'exercice. J'invite d'ailleurs l'ensemble de mes confrères – libéraux ou non – à prendre part à ce travail et à nous faire part de leurs suggestions pour que revive la médecine libérale.

médecins

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : **Dr Walter Vorhauer - ORDRE DES MÉDECINS, 180, bd Haussmann, 75389 Paris Cedex 08. Tél. : 01 53 89 32 00. E-mail : conseil-national@cn.medecin.fr** – RÉDACTEUR EN CHEF : **Dr André Deseur** – COORDINATION : **Evelyne Acchiardi** – CONCEPTION ET RÉALISATION : **CITIZENPRESS 48, rue Vivienne, 75002 Paris** – RESPONSABLE D'ÉDITION : **Claire Peltier** – DIRECTION ARTISTIQUE : **Marie-Laure Noel** – SECRÉTARIAT DE RÉDACTION : **Alexandra Roy** – IMPRIMERIE : **IGPM - Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs** – DÉPÔT LÉGAL : **mars 2010 – n° 16758 – ISSN : 1967-2845.**

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

Enquête

Permanence des soins : en attendant les ARS…

Le Dr François Simon, président de la commission « gardes et urgences » et le Dr André Deseur, président de la section Exercice professionnel, ont présenté en février la septième enquête annuelle de l'Ordre sur la permanence des soins. Où l'on apprend notamment que le nombre de secteurs et le volontariat continuent de diminuer et que les mesures préconisées par la mission d'appui à la permanence des soins en 2008 sont restées lettre morte…

1 Les médecins assument leurs responsabilités

L'enquête 2010 prouve que le pourcentage de médecins volontaires reste encore supérieur à 60 % dans 78 % des départements. Mais elle montre aussi une érosion du volontariat au niveau des 2412 secteurs de garde comptabilisés au 1er janvier 2010 (- 147 secteurs en un an, soit une baisse de 5,5 % comme en 2008).

2 Mais les difficultés perdurent

Trois facteurs fragilisent la participation des médecins à la permanence des soins : une démographie médicale déclinante, une reconnaissance encore insuffisante de la mission de service public assurée par la profession et l'absence de mesures pour améliorer l'organisation de la garde, le samedi après-midi ou en nuit profonde.

© BSIP

L'Ordre déplore l'absence de mesures pour améliorer l'organisation de la permanence des soins le samedi après-midi et en nuit profonde.

• Un an après la sortie de la circulaire, l'indemnisation de la permanence des soins le samedi après-midi n'est toujours pas acquise dans vingt départements, essentiellement ruraux (Vosges, Ariège…), où le nombre de sec-

CE QUE PROPOSE L'ORDRE DES MÉDECINS

• **Permettre** la participation des médecins collaborateurs salariés, des médecins non conventionnés et des internes en médecine générale à la permanence des soins;
• **Créer** des lieux spécifiques pour la permanence des soins ou des « points de garde » fixes;
• **Organiser** le transport des personnes vers les points de garde fixes lorsque besoin est;
• **Assurer le paiement** des astreintes le samedi après-midi pour tous les médecins, quel que soit leur lieu d'exercice;
• **Financer le transport** des malades vers les points de garde en nuit profonde (entre minuit et 8 heures du matin);
• **Regrouper** ou supprimer des secteurs en nuit profonde;
• **Structurer** la coopération avec le service public en cas de transfert en nuit profonde;
• **Renforcer** la régulation médicale;
• **Mieux informer** la population;
• **Permettre** aux médecins effecteurs de bénéficier de la couverture assurantielle de l'État pour les dommages subis ou causés dans le cadre de la permanence des soins. Seuls les médecins régulateurs en bénéficient désormais, grâce à l'intervention de l'Ordre des médecins;
• **Mettre en place** une garde spécifique pour les actes médico-administratifs.

teurs de garde ne diminue pas (peu de médecins libéraux, une démographie vieillissante…). L'Ordre déplore de nouveau que des objectifs comptables (paiement des astreintes le samedi après-midi contre diminution du nombre de secteurs) pénalisent des médecins installés en zone rurale qui participent massivement à la garde médicale.

• La « sur-sectorisation » en nuit profonde (entre minuit et 8 heures du matin) envisagée par le décret du 7 avril 2005 pour regrouper deux ou plusieurs secteurs ne suscite pas l'adhésion. Elle n'a abouti que dans 21 départements, et le plus souvent partiellement. Cet échec tient d'abord au fait que les mesures prévues par la mission d'appui (création de lieux fixes de garde, transport des patients vers ces points fixes) n'ont pas été financées.

3 Quelques notes d'espoir

• La régulation médicale connaît une évolution favorable : les libéraux y participent dans 96 % des départements contre 94 % l'an passé.

• Les réquisitions préfectorales restent très limitées : dans 71 départements, les préfets n'ont prononcé aucune réquisition.

4 Le rôle des Agences régionales de santé

Les directeurs préfigurateurs des ARS ont été destinataires pour la première fois des résultats de cette enquête ordinale. La loi HPST adoptée en juillet 2009 confie en effet l'organisation de la permanence des soins aux ARS, qui devront en améliorer l'organisation sur le terrain.

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

Cette enquête a été réalisée par le Conseil national en janvier 2010 auprès de tous les conseils départementaux (questionnaire et entretiens téléphoniques).

Santé publique
L'Ordre crée un Observatoire démographique

Un Observatoire de la démographie médicale vient d'être créé au sein de la section Santé publique du Cnom. Sa mission : offrir aux collectivités locales soucieuses de recruter un praticien un outil pour faciliter leurs recherches.

« *Lorsqu'une commune s'adresse au Conseil national de l'Ordre pour avoir une liste des médecins remplaçants dans son secteur géographique, nous ne pouvons malheureusement pas lui donner satisfaction car nous ne sommes pas autorisés à transmettre nos fichiers par la Commission nationale de l'informatique et des libertés,* explique le Dr Patrick Romestaing, président de la section Santé publique. *Nous avons donc imaginé un dispositif simple et efficace permettant à l'institution ordinale de rendre ce service. Il suffit d'inverser la démarche : nous collectons les demandes des élus pour, ensuite, les diffuser de façon très ciblée aux cinquante ou cent médecins inscrits comme remplaçants dans le périmètre concerné.* »

Cette nouvelle structure entend constituer une interface très réactive entre les demandeurs – villes ou départements – et les médecins qui souhaitent s'installer. Car la volonté de l'Observatoire de la démographie médicale n'est pas seulement de faciliter la recherche des collectivités ; c'est aussi d'offrir un outil d'aide à la décision pour les médecins qui envisagent de se fixer. Ils pourront y trouver toutes les informations nécessaires à la fois sur les postes à pourvoir, sur les propositions spécifiques de chaque collectivité demandeuse, et de nombreux conseils pratiques.

Sécurité sociale
Les dispositions de la LFSS 2010

Parue au *Journal officiel* le 27 décembre 2009, la loi de financement de la sécurité sociale 2010 prévoit un déficit record, dû pour une très large part à la conjoncture économique. Voici les dispositions qui concernent les médecins.

• **Article 37 :** télémédecine, coopération entre professionnels de santé et honoraires ;
• **Article 41 :** réduction des prescriptions ;
• **Article 43 :** non-communication aux Ordres professionnels des contrats-types soumis à l'approbation des ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale ;
• **Article 44 :** assurance en RCP dans les spécialités à risques ;
• **Article 47 :** réduction des dépenses de médicaments dans les établissements publics de santé ;
• **Article 68 :** médecins retraités et ASV ;
• **Article 90 :** contrôle des arrêts de travail ;
• **Article 91 :** contrôle des arrêts de travail des fonctionnaires.

+ D'INFOS SUR LE SITE :

Pour connaître le détail de la loi, rendez-vous sur www.conseil-national.medecin.fr (rubrique Actualités).

« Il faut développer les lieux d'écoute au sein des structures de soins. »

Jean-Paul Delevoye, médiateur de la République

interview

Comment est né le pôle « santé et sécurité des soins » ?
Le médiateur a trois missions essentielles : résoudre les litiges entre les citoyens et les organismes de service public ; proposer des réformes ; défendre les droits de l'homme. Le pôle « santé et sécurité des soins » est né après le transfert de la Midiss (Mission pour le développement de la médiation, de l'information et du dialogue pour la sécurité des soins) de la HAS au médiateur de la République en janvier 2009. Grâce à ce pôle, le médiateur est désormais compétent pour traiter toutes les réclamations qui mettent en cause le non-respect du droit des malades, la qualité du système de santé, la sécurité des soins et l'accès aux soins, en établissement comme en libéral.

Quels types de plaintes avez-vous reçues depuis un an ?
Nous avons traité environ 4800 requêtes l'an dernier, que nous avons pour l'essentiel réussi à résoudre. Parmi elles, 15 % émanaient de professionnels de santé. Une majorité (60 %) concernent des événements indésirables médicaux ou chirurgicaux ; 17 % des infections associées aux soins ; 8 % le non-respect des droits des patients et 10 % des cas de violences, dont beaucoup relèvent en réalité de formes de maltraitance dite ordinaire, au sein des structures de soins, des établissements médico-sociaux ou des maisons de retraite. C'est un fait de société grave et alarmant qui concerne les patients mais aussi les professionnels de santé, parfois victimes de comportements agressifs : nous l'avons d'ailleurs signalé au ministère de la Santé et à la Haute Autorité de santé.

Quels sont les changements prioritaires pour améliorer notre système de soins, au vu des dossiers que vous avez traités ?
Mieux écouter les patients, mieux les informer, c'est primordial pour renforcer la confiance entre professionnels de santé et usagers. Nous observons que les plaintes des patients et leur agressivité diminuent lorsqu'ils ont le sentiment d'être mieux informés et de mieux connaître leurs droits. Il faut développer les lieux d'écoute et d'information au sein des structures de soins. Par exemple, les numéros des médecins conciliateurs doivent y être plus clairement affichés. La technique a tendance à déshumaniser l'exercice médical, mais aujourd'hui les personnes malades revendiquent une prise en charge plus humaine. Cela implique une meilleure sensibilisation des médecins dès leur formation initiale, mais aussi une plus juste valorisation, y compris financière, du temps passé à écouter et à accompagner les malades.

Comment se positionne le médiateur par rapport aux autres acteurs de la chaîne de soins ?
La création d'un dispositif de médiation indépendant capable d'accompagner ou de favoriser une démarche de transparence, est un facteur d'apaisement et de confiance pour notre système de santé, mais il n'est pas le seul. Nous travaillons en réseau avec les Ordres des professions de santé, avec les tribunaux, avec les médecins conciliateurs, avec les gestionnaires de risques, pour contribuer, ensemble, à améliorer les droits des malades et la sécurité des soins.

+ D'INFOS : www.securitesoins.fr

Pour contacter le pôle « santé et sécurité des soins » du médiateur de la République : 0 810 455 455 (du lundi au vendredi de 9h à 20h, prix d'un appel local) - www.securitesoins.fr

en bref

Un nouveau site pour l'Ordre !

Le Conseil national de l'Ordre des médecins propose depuis février un site Internet rénové.

• **Le site Internet** de l'Ordre a obtenu la certification HON (Health On the Net). HON est l'organisme suisse chargé de la certification des sites de santé en lien avec la Haute Autorité de santé.

• **une entrée par public** (médecins, étudiants en médecine, grand public, presse, professionnels du droit),

• **une présentation vidéo** des missions de l'Ordre,

• **une colonne** entièrement dédiée aux services proposés par l'Ordre aux médecins,

• **Vous pouvez vous inscrire sur le site et recevoir ainsi notre newsletter mensuelle.** Cette inscription vous permettra de retrouver sur notre annuaire tous les médecins, y compris les retraités qui ne figurent pas sur la partie publique du site.

www.conseil-national.medecin.fr

Déontologie

De nouvelles dispositions sur la fin de vie

Le Conseil national de l'Ordre a préparé la nouvelle rédaction de l'article 37 du code de déontologie médicale. Cette modification a été entérinée par un décret du 29 janvier 2010. Les commentaires de cet article seront diffusés prochainement par le Cnom.

Après une longue attente, la modification de l'article 37 sur la fin de vie a été publiée fin janvier au *Journal officiel*, après avoir été avalisée par le Conseil d'État.

• Le titre 1 affirme qu'« *en toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre effet que le maintien artificiel de la vie.* »

• Le 2e chapitre précise « *la décision de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés ne peut être prise sans qu'ait été préalablement mise en œuvre une procédure collégiale. Le médecin peut engager la procédure collégiale de sa propre initiative. Il est tenu de le faire au vu des directives anticipées du patient présentées par l'un des détenteurs de celles-ci mentionnés à l'article R. 1111-19 ou à la demande de la personne de confiance, de la famille ou, à défaut, de l'un des proches. Les détenteurs des directives anticipées du patient, la personne de confiance, la famille ou, le cas échéant, l'un des proches sont informés, dès qu'elle a été prise, de la décision de mettre en œuvre la procédure collégiale* ». L'article précise également que « *la personne de confiance, si elle a été désignée, la famille ou, à défaut, l'un des proches du patient sont informés de la nature et des motifs de la décision de limitation ou d'arrêt de traitement* ».

• Enfin, le 3e titre prévoit que « *lorsqu'une limitation ou un arrêt de traitement a été décidé, le médecin, même si la souffrance du patient ne peut pas être évaluée du fait de son état cérébral, met en œuvre les traitements, notamment antalgiques et sédatifs, permettant d'accompagner la personne […]. Il veille également à ce que l'entourage du patient soit informé de la situation et reçoive le soutien nécessaire* ».

Un médecin dialoguant avec une patiente, dans l'unité de soins palliatifs de l'hôpital de Puteaux.

+ D'INFOS :

Pour consulter l'article 37 modifié :
www.conseil-national.medecin.fr
http://www.legifrance.gouv.fr

LANCEMENT D'UNE ENQUÊTE AUPRÈS DES MÉDECINS

Une enquête sur la fin de vie en France va être lancée auprès de plusieurs milliers de médecins par l'Institut national d'études démographiques (Ined), avec le concours de l'Inserm et de l'Observatoire de la fin de vie. Cette enquête bénéficie du soutien de la DGS et du Conseil national de l'Ordre des médecins. Elle permettra de dresser un panorama des conditions de la fin de vie (soins palliatifs, décisions médicales et mise en œuvre de la loi Leonetti). Son protocole garantit strictement l'anonymat du médecin et du patient décédé, ainsi que le secret médical, quel que soit le lieu du décès ou sa cause médicale. L'enquête sera menée auprès de médecins ayant certifié un décès. L'échantillon sera constitué par l'Inserm-CépiDc puis transmis à l'Ined.

En application de la loi Informatique et libertés, vous pouvez refuser que l'Inserm-CépiDc transmette vos coordonnées.

Pour ce faire, adressez-vous à Enquête FDV, Service des enquêtes, Ined, 133, bd Davout, 75020 Paris (enquetefindevie@ined.fr).

Formation à distance

Solidarité Nord-Sud sur les pathologies de la mère et de l'enfant

Diplômes

Le Pr Jean-Charles Pa
de l'UNF3S, remet son
des lauréates. L'UMV
de l'Université numér
des sciences de la sa

Lutter contre la mortalité maternelle et infantile en formant – en partie à distance – des étudiants et des médecins de 17 pays d'Afrique et d'Asie du Sud-Est, tel est l'objectif du Fonds de solidarité prioritaire mère-enfant mis en place par l'Université médicale virtuelle francophone, à la demande du ministère des Affaires étrangères et européennes en avril 2008.

Le 31 octobre dernier, huit gynécologues-obstétriciens sénégalais ont obtenu le Diplôme interuniversitaire international en échographie obstétricale, délivré par l'université Cheikh-Anta-Diop (Ucad) de Dakar et mis en place en coopération avec l'UMVF, composante de l'UNF3S (Université numérique francophone des sciences de la santé et du sport).

Le contenu de cette formation a été conçu par des enseignants du Sud et du Nord, sous la responsabilité scientifique du Pr Michel Collet (université de Brest) et du Pr Jean-Charles Moreau (université de Dakar). Elle comprend environ 250 heures d'auto-apprentissage et de formations tutorisées en ligne par an, diffusées par Internet et disponibles sur DVD, des stages pratiques dispensés sur place en présence d'enseignants français avec la participation des enseignants africains et asiatiques préalablement formés par l'UMVF. Une centaine d'autres étudiants suivent également ce cursus au Maroc, au Gabon ou au Vietnam…

Former les formateurs

Doté de 3 millions d'euros sur quatre ans, le Fonds de solidarité prioritaire mère-enfant entend d'abord former – en partie à distance – les formateurs des 17 pays d'Afrique et d'Asie du Sud-Est, dits de la zone de « solidarité prioritaire ». Ces derniers pourront à leur tour sensibiliser professionnels de santé et étudiants dans leur pays. D'ici à quatre ans, 5000 à 7000 professionnels de santé doivent ainsi être formés sur les pathologies de la mère et de l'enfant.

Les formations mises en place par l'UMVF ont deux particularités :

- D'une part, les enseignements théoriques numériques sont conçus par un collège mixte de médecins exerçant et enseignant dans les pays du Nord et du Sud francophones (Afrique, Asie du Sud-Est).
- D'autre part, ils utilisent les nouvelles technologies de l'information et de la communication pour donner accès aux étudiants à des ressources pédagogiques innovantes.
- En complément, des stages pratiques sont assurés sur place et des formations à distance peuvent être organisées par visioconférence ou via une plate-forme sur le Net.

Cinq diplômes déjà créés

Au total, cinq diplômes inter-universitaires internationaux (DIUI) ont déjà été créés en échographie obstétricale, vaccinologie, chirurgie gynécologique, IST sida et chirurgie gynécologique laparoscopique. D'autres sont en préparation en fonction des besoins recensés par les enseignants des pays concernés. La responsabilité de chaque DIUI est partagée par un binôme composé d'un professeur de l'un des pays du Sud et d'un professeur d'une université française, tous deux reconnus pour leurs compétences dans ce domaine. Ces deux responsables scientifiques sont garants des contenus des enseignements qui peuvent ensuite être adaptés à la réalité locale.

+ D'INFOS :

www.mere-enfant.org
www.umvf.org

merol, président
diplôme à l'une
F relève désormais
rique francophone
anté et du sport.

Les objectifs de l'OMS

D'ici à 2015, l'objectif est de réduire de deux tiers le taux de mortalité infantile, en passant de 93 enfants sur 1000 mourant avant l'âge de cinq ans en 1990 à 31 pour 1000 en 2015.

Mortalité maternelle

Selon l'OMS, une femme vivant en Afrique subsaharienne a un risque sur 16 de mourir pendant la grossesse ou lors de l'accouchement contre un sur 2800 pour une femme d'une région développée.

Les lauréats

La cérémonie de remise des diplômes s'est déroulée le 31 octobre dernier à l'université de Dakar, sous la présidence du ministre sénégalais de l'Éducation.

Pr Albert-Claude Benhamou,

directeur de l'UMVF, initiateur du Fonds de solidarité prioritaire mère-enfant

témoignage

“La mise en place de ce FSP a nécessité deux ans de travail en amont. Il s'inscrit dans le cadre des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), au premier rang desquels figure la lutte contre la mortalité maternelle et infantile. Les contenus, conformes aux données actuelles de la science, ont été conçus et validés avec la Conférence internationale des doyens de médecine francophones (CIDMEF) et adaptés aux besoins des populations. Dans de nombreuses universités du Sud, les formations liées à la mère et l'enfant sont insuffisantes et les personnels de santé mal préparés au diagnostic et au traitement des principaux problèmes de santé publique qui se posent dans les pays en développement.
Les enseignants français de chacune des disciplines concernées pour la lutte contre la morbi-mortalité maternelle et infantile participent à la mise au point des programmes avec les enseignants africains ou asiatiques. Ils sont présents pendant une dizaine de jours au début du diplôme pour amorcer une relation directe avec les formateurs et les étudiants, puis ils suivent les cursus à distance, en étroite coopération avec les enseignants des facultés de médecine locales, et enfin ils repartagent en fin de parcours la charge de la validation et de la délivrance des diplômes, lors d'un deuxième séjour présentiel en Afrique, afin de garantir la valeur du DIUI décerné dans ces facultés africaines et asiatiques, équivalent aux diplômes qu'ils délivrent en France.”

Présidence espagnole de l'Union européenne : les priorités « santé »

Tour d'horizon des priorités fixées par l'Espagne dans le domaine de la santé.
L'Espagne a pris la présidence de l'Union européenne pour le premier semestre 2010 avant de passer la main à la Belgique, puis à la Hongrie.

Les 12 et 13 février derniers, le gouvernement espagnol a réuni à Caceres (Extremadure) les représentants des médecins et infirmiers européens. Les trois principales priorités en santé de la présidence espagnole de 2010 ont été présentées.

J. L. Zapatero, le chef du gouvernement espagnol qui préside actuellement l'Union européenne, aux côtés de H. Van Rompuy, président du Conseil européen, et de José Manuel Barroso, président de la Commission.

1 Dons et transplantations d'organes

L'Espagne souhaite que la directive sujette à discussion en ce moment au Parlement européen entre en vigueur sous sa Présidence. Elle entend faire valoir l'organisation qu'elle a mise en place avec succès pour favoriser le don d'organes. L'Espagne s'est aperçue en effet que les campagnes d'information avaient un impact très limité, mais que la constitution d'un réseau de médecins formés aux aspects médicaux du don d'organes et capables d'informer les familles dans chaque hôpital, donnait beaucoup plus de résultats. En outre, les actes nécessaires au don d'organes sont correctement pris en charge par les pouvoirs publics espagnols : le petit comme le grand hôpital sont ainsi incités à pratiquer le don d'organes, ce qui n'est pas le cas en France.

2 Santé électronique ou E-santé

La présidence espagnole veut encourager l'application des technologies de l'information et de la communication dans le domaine de la santé. Il existe par ailleurs une carte de professionnel de santé par région en Espagne, mais toutes sont interopérables.

3 Améliorer la formation des infirmiers espagnols

Pour compenser la pénurie de médecins, l'Espagne a développé un programme spécifique pour former les infirmiers afin de mieux partager les compétences des professionnels, dans le cadre de coopérations.

D'autres champs d'actions prioritaires ont été identifiés :

• Pharmacovigilance et lutte contre la contrefaçon

La Présidence espagnole souhaite aboutir à une position commune au cours du premier semestre 2010 à propos de la révision du paquet législatif sur les médicaments (contrefaçon et pharmacovigilance notamment). Le troisième texte relatif à l'information au patient sur les médicaments soumis à prescription médicale suscite encore des réticences de la part de plusieurs États membres et reste bloqué.

• Sécurité alimentaire

La Présidence espagnole entend renforcer l'information du consommateur sur les nouveaux aliments et l'hygiène des produits alimentaires.

• Protection des consommateurs

L'Espagne veut renforcer l'étiquetage des textiles et des aliments, dans le cadre de la directive sur la protection des consommateurs.

• Lutte contre les drogues

L'Espagne souhaite améliorer l'information du grand public et intensifier la coopération judiciaire et policière dans la lutte contre les drogues.

VERS UN OBSERVATOIRE EUROPÉEN DES FLUX MIGRATOIRES

Lors d'une table ronde consacrée à la mobilité des professionnels de santé en Europe, le Dr Francis Montané, Délégué Général aux Affaires Européennes et Internationales du Conseil national de l'Ordre des médecins, a proposé la mise en place d'un observatoire européen sur les flux des médecins à l'intérieur de l'UE. Ce projet a suscité un vif intérêt parmi les personnes participant à ce séminaire. À noter que le livre vert relatif aux personnels de santé et la directive relative aux droits des patients seront deux des propositions de thèmes d'action de la présidence belge de l'UE au second semestre 2010.

Propos recueillis par **Arlette Chabrol**

Avec la participation de…

Pr Denis Safran, président de la Compagnie des experts médecins près la cour d'appel de Paris.
Dr Philippe Ritter, médecin légiste, expert judiciaire près la cour d'appel de Châlons-en-Champagne
Dr Walter Vorhauer, secrétaire général du Conseil national de l'Ordre des médecins, expert judiciaire inscrit sur la liste de la cour d'appel d'Amiens et de la Cour de cassation.

La réforme de l'expertise médicale en débat

Il existe aujourd'hui autour de l'expertise médicale des débats assez vifs et des positions en apparence difficiles à concilier. C'est pourtant le défi lancé par le médiateur de la République, Jean-Paul Delevoye, qui a annoncé son intention d'en réformer le cadre.

Bon à savoir

LE GUIDE DE L'EXPERTISE MÉDICALE AMIABLE EN 10 POINTS

Ce guide a pour ambition d'informer les victimes sur leurs droits, de leur donner des conseils concrets et les moyens de se défendre en cas de pratiques illégales des assureurs. Les 10 points traitent de l'ensemble de la procédure de l'expertise médicale, de l'enjeu de cette expertise à l'importance du médecin-conseil et de l'avocat, en passant par les obligations de l'assureur et les préjudices indemnisables. Il a été réalisé par l'Association des paralysés de France, en partenariat avec le médiateur de la République. Ce guide est gratuit et diffusé à 30 000 exemplaires dans les établissements de santé, les Maisons départementales des personnes handicapées, les Maisons de justice et du droit, etc. Il est téléchargeable sur le blog : http://vos-droits.apf.asso.fr

Le dossier est complexe car l'expertise médicale recouvre des réalités très diverses. Il y a en effet peu de points communs entre un médecin expert judiciaire appelé à fournir une analyse argumentée sur une affaire criminelle très lourde ou sur un accident médical ardu – mission qui peut le mobiliser pendant plusieurs mois – et un médecin-conseil d'une société d'assurances chargé d'évaluer les dommages corporels légers d'un accidenté de la route – mission qui, en général, ne lui prend guère plus de deux ou trois heures !
De plus, les règles sont différentes. Dans le cas de l'expertise judiciaire, en principe seuls sont missionnés des médecins en exercice, inscrits sur une liste officielle auprès d'une cour d'appel, liste gérée par les autorités de justice. Dans le cas de l'expertise pour le compte des assurances, il n'y a pas de liste officielle mais des listes officieuses établies par les compagnies. À usage interne, celles-ci garantissent cependant la qualité des médecins conseils inscrits (titulaires du Capedoc ou de diplômes universitaires équivalents, développement professionnel continu, expériences, etc.). Notons également l'existence des collèges d'experts, le recours à des sapiteurs, les contre-expertises…

Listes séparées ou liste unique ?

Cela étant, de nombreux médecins pratiquent dans un cadre et dans l'autre, d'autant plus facilement qu'aucune disposition réglementaire ou législative ne les en empêche. Peut-être plus pour longtemps : le médiateur de la République propose que l'on interdise cette faculté, source de conflits d'intérêt, explique-t-il. Aujourd'hui, donc, les uns revendiquent des listes officielles et séparées (listes des experts judiciaires, des conseils des compagnies d'assurances ou d'avocats, des médecins de recours, en appui des victimes) tandis que les autres revendiquent la fusion de toutes les listes en une liste unique permettant de mieux encadrer et contrôler l'ensemble des activités de médecine d'expertise.

Pr Denis Safran

Il commence sa carrière à l'hôpital Necker-Enfants-malades. Nommé professeur en 1990, il prend la direction du service anesthésie-réanimation de l'Hôpital européen Georges-Pompidou en 2000. Expert judiciaire spécialisé sur les dossiers d'accidents médicaux, près la cour d'appel de Paris, agréé par la Cour de cassation, il est le président de la Compagnie des experts médecins près la cour d'appel de Paris.

Dr Philippe Ritter

Médecin légiste, expert judiciaire près la cour d'appel de Châlons-en-Champagne, consacre depuis une trentaine d'années l'essentiel de son activité professionnelle à l'évaluation du dommage corporel. Il réalise aussi bien des expertises judiciaires que des missions des sociétés d'assurance, des victimes, des administrations. Il est trésorier de la Fédération française des associations de médecins-conseils experts en évaluation du dommage corporel.

Estimez-vous que l'on peut réaliser à la fois des expertises pour la justice, les assurances et les victimes ?

Pr Denis Safran : Personnellement, je me refuse à faire d'autres expertises que judiciaires pour éviter tout conflit d'intérêt. Cela étant, il m'est arrivé, à titre tout à fait exceptionnel (deux ou trois fois dans ma vie), d'accepter une expertise pour un cabinet d'avocat, face à une expertise judiciaire scandaleusement à charge. Mon objectif était alors d'apporter de l'équité à un justiciable…

Dr Philippe Ritter : Bien sûr ! D'ailleurs, sur les 866 membres que compte notre association, la moitié est aussi expert judiciaire… Je ne vois pas où est le problème. Une expertise ne se fait pas en fonction du « loueur d'ouvrage ». Que ce soit une cour d'appel ou une société d'assurances qui nous missionne, la réponse est la même puisqu'elle est d'ordre technique.

Dr Walter Vorhauer : Le sujet est très polémique puisqu'il peut y avoir conflit d'intérêt... mais ce n'est pas sans solution. Il y a, en matière d'expertise, des champs de compétences qui ne sont pas compatibles : définissons très clairement ces incompatibilités et mettons en place un dispositif permettant une totale transparence sur les missions !

Certains préconisent une liste unique de médecins experts. Est-ce la solution ?

Pr Denis Safran : On ne peut pas mettre tous les experts dans le même sac, c'est-à-dire répondant aux mêmes critères de qualité. Si l'on voulait constituer une liste unique, il faudrait bien établir de tels critères. Qui en déciderait ? Qui gérerait cette liste ? Les magistrats, les assureurs, les avocats ? Non, tout cela me semble aberrant...

Bon à savoir

DES FORMATIONS SPÉCIFIQUES

L'expertise médicale s'inscrit dans le cadre de la médecine légale – qui, en France, n'est pas reconnue comme spécialité, contrairement à la plupart des autres pays de l'U.E. Cette activité vient généralement se greffer sur une autre activité médicale. Il faut en principe, pour l'exercer, avoir suivi une formation spécifique : soit un DU de Réparation juridique du dommage corporel (Montpellier, Angers, Paris V, Paris VI, Limoges, Nancy, Poitiers, Lille). Soit le Capedoc, DU d'aptitude à l'expertise médicale (Lyon, Grenoble, Paris VII) ou même un DIU (Bordeaux).

TROMBINOSCOPE
DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Résultats des élections complémentaires au Cnom du 6 janvier 2010

..... En application de l'article L. 4132-1 du code de la santé publique modifié par l'article 62 - XXI de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant le nombre de conseillers nationaux de quarante et un à cinquante et un et conformément aux articles 1 et 2 de l'arrêté du 28 juillet 2009 paru au J.O. du 12 août 2009 ont été élus :

Les nouveaux élus du Conseil national

ALSACE : Dr CERFON Jean-François
AQUITAINE : Dr FAROUDJA Jean-Marie
BRETAGNE : Dr GICQUEL Jean-Pierre
CENTRE : Dr COTINEAU Jean
LANGUEDOC-ROUSSILLON : Pr GUERRIER Bernard
LORRAINE : Dr BOHL Isabelle
MIDI-PYRÉNÉES : Pr OUSTRIC Stéphane
NORD-PAS-DE-CALAIS : Dr RAULT Jean-François
PAYS-DE-LA-LOIRE : Dr WILMET François
YVELINES : Dr LUIGI René
VAL-DE-MARNE : Dr LE DOUARIN Bernard
VAL-D'OISE : Dr LAGARDE Gérard
PACA : Dr ROSSANT-LUMBROSO Jacqueline
RHÔNE-ALPES : Dr PARRENIN Andrée

ALSACE

Gérard ICHTERTZ
15 décembre 1950
Médecine générale

Jean-François CERFON
28 mai 1950
Anesthésie-réanimation

AQUITAINE

Michel FILLOL
11 avril 1938
Rhumatologie

Jean-Marie FAROUDJA
26 novembre 1941
Médecin générale

BRETAGNE

François SIMON
15 avril 1944
Médecine générale

Jean-Pierre GICQUEL
13 mai 1943
Médecine générale

CENTRE

Piernick CRESSARD
19 juin 1938
Neuropsychiatrie

Jean COTINEAU
18 avril 1946
Ophtalmologie

HAUTE-NORMANDIE

Jean-Marc BRASSEUR
13 août 1959
Médecine générale

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Francis MONTANÉ
12 mars 1939
Pneumologie, allergologie

Bernard GUERRIER
28 octobre 1945
ORL chirurgie de la face
et du cou

LIMOUSIN

François ROUSSELOT
24 juillet 1946
Chirurgie urologique
et cancérologie

AUVERGNE

André RAYNAL
8 avril 1943
Médecine générale

BASSE-NORMANDIE

François STEFANI
17 janvier 1947
Médecine générale

BOURGOGNE

Jean-François GUYONNARD
16 octobre 1954
Médecine générale

CHAMPAGNE-ARDENNE

Jackie AHR
24 novembre 1936
Médecine générale, technologie transfusionnelle

CORSE

Napoléon LEOPOLDI
20 avril 1947
Médecine générale

FRANCHE-COMTÉ

Jean LEBRAT
13 février 1930
Gynécologie obstétrique

LORRAINE

Xavier DEAU
16 mars 1950
Médecine générale

Isabelle BOHL
Gynécologie médicale et obstétrique

MIDI-PYRÉNÉES

Robert NICODÈME
27 janvier 1947
Médecine générale, médecine appliquée aux sports

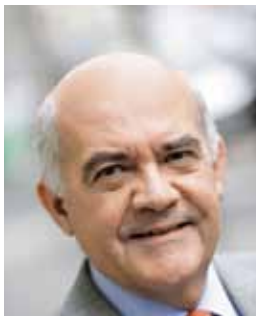
Stéphane OUSTRIC
28 juillet 1966
Médecine générale

NORD-PAS-DE-CALAIS

Albert DEZETTER
14 mai 1947
Médecine générale

Jean-François RAULT
25 août 1954
Médecine générale

PAYS DE LA LOIRE



Jacques LUCAS
12 octobre 1945
Cardiologie

François WILMET
19 juin 1946
Médecine générale

PICARDIE

Walter VORHAUER
13 avril 1941
Cancérologie, anatomie et cytologie pathologiques, médecine légale

POITOU-CHARENTES

Jean-Marie COLSON
24 juillet 1932
Médecine générale

PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

Pierre JOUAN
9 mai 1949
Médecine générale

Jacqueline ROSSANT-LUMBROSO
Médecine générale

PACA

Henry ZATTARA
24 décembre 1935
Stomatologie, chirurgie maxillo-faciale

RHÔNE-ALPES

Jean-Louis BLANC
10 octobre 1947
Anesthésie-réanimation

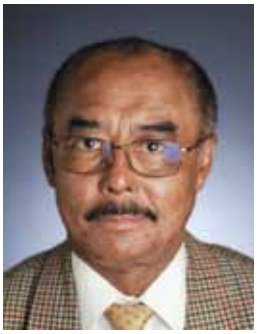
Andrée PARRENIN
Médecine générale

Patrick ROMESTAING
9 octobre 1950
ORL, chirurgie de la face et du cou

DOM-TOM

GUADELOUPE
Michel GELARD-THOMACHOT
30 avril 1940
Médecine générale, médecine exotique

GUADELOUPE suppléant
Alex MOZAR
7 mai 1947
Neurologie



GUYANE
Elie CHOW-CHINE
19 novembre 1944
Ophtalmologie

GUYANE suppléant
Roger-Michel LOUPEC
9 juin 1948
Gynécologie médicale et obstétrique

RÉUNION-MAYOTTE
Yves COURBIS
25 juin 1947
Dermatologie

RÉUNION-MAYOTTE suppléant
Aboobakar ABDULLA
11 février 1961
Médecine générale

MARTINIQUE
Charles SAINT-AIMÉ
3 novembre 1933
Pédiatrie

MARTINIQUE suppléant
Émile ELANA
23 octobre 1948
Médecine générale

ÎLE-DE-FRANCE

HAUTS-DE-SEINE
Michel LEGMANN
2 décembre 1940
Radiologie

YVELINES-ESSONNE
André LEON
11 janvier 1936
Médecine générale, médecine du travail, allergologie

YVELINES
René LUIGI
2 septembre 1947
Médecine générale

VAL-D'OISE
Gérard LAGARDE
26 mars 1935
Rhumatologie

VILLE DE PARIS

Hervé BOISSIN
4 janvier 1950
Médecine générale

Claude-François DEGOS
12 octobre 1939
Neuropsychiatrie

Irène KAHN-BENSAUDE
Pédiatrie

VAL-DE-MARNE/ SEINE-ET-MARNE
André DESEUR
3 août 1946
Médecine générale

VAL-DE-MARNE
Bernard LE DOUARIN
22 avril 1946
Cardiologie et maladies cardio-vasculaires

SEINE-SAINT-DENIS/ VAL-D'OISE
Patrick BOUET
18 août 1955
Médecine générale

Pierre MAURICE
21 septembre 1951
Médecine générale

Rolland PARC
4 août 1940
Chirurgie générale

Le Bureau du Conseil national de l'Ordre

PRÉSIDENT
Dr Michel LEGMANN

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Dr Walter VORHAUER

SECRÉTAIRES GÉNÉRAUX ADJOINTS
Dr Jackie AHR ; Dr Michel FILLOL ; Dr Pierre JOUAN

TRÉSORIER
Dr Jean-Marie COLSON

TRÉSORIER ADJOINT
Dr André RAYNAL

VICE-PRÉSIDENTS
Dr Jean LEBRAT ; Dr Irène KAHN-BENSAUDE ; Dr Xavier DEAU ; Dr Jacques LUCAS.

PRÉSIDENTS DE SECTION

ETHIQUE ET DÉONTOLOGIE
Dr Piernick CRESSARD

EXERCICE PROFESSIONNEL
Dr André DESEUR

FORMATION MÉDICALE ET QUALIFICATIONS
Pr Robert NICODÈME

SANTÉ PUBLIQUE
Dr Patrick ROMESTAING

DÉLÉGUÉS GÉNÉRAUX

DÉLÉGUÉ GÉNÉRAL AUX RELATIONS INTERNES
Dr Patrick BOUET

DÉLÉGUÉ GÉNÉRAL AUX AFFAIRES EUROPÉENNES ET INTERNATIONALES
Dr Francis MONTANÉ

Dr Walter Vorhauer

Secrétaire général du Conseil national de l'Ordre des médecins, expert judiciaire inscrit sur la liste de la cour d'appel d'Amiens et de la Cour de cassation, a fait toute sa carrière en tant qu'anatomo-pathologiste (hôpitaux de Paris puis Compiègne), et a pratiqué des activités de médecin légiste notamment à l'Institut médico-légal de Paris.

Dr Philippe Ritter :
Pour ma part, je souhaite qu'on aille vers l'élaboration d'une liste unique, définie par des diplômes et par l'expérience. Je pense en effet qu'il serait bon que tout le monde – experts judiciaires, médecins-conseils d'assurance, médecins de recours – parle le même langage. Avec des compétences spécifiques selon les individus, bien sûr, mais avec les mêmes bases éthiques et juridiques, les mêmes obligations de formation continue. Et une surveillance commune, par une instance à définir.

Dr Walter Vorhauer :
Il n'y a pas lieu de revenir sur la liste des experts judiciaires, définie et gérée par les autorités de justice. Mais rien ne nous empêche d'imaginer une structure plus vaste qui « chapeauterait » l'ensemble des experts médicaux avec, à côté de la liste judiciaire, des catégories établies selon les champs de compétences (dommage corporel, expertise des victimes, etc.). Chaque inscrit passerait par un processus de reconnaissance tenant compte du diplôme initial, du développement professionnel continu, de l'expérience acquise et en cours, le tout sur des critères définis par une commission ad hoc – cette structure pouvant être gérée par l'Ordre des médecins. Cela apporterait une meilleure visibilité de l'expertise médicale, une information claire aux patients et faciliterait le dépistage des conflits d'intérêt.

Pour vous, qu'est-ce qu'un bon médecin expert ?

Pr Denis Safran :
Un expert judiciaire doit avoir des compétences incontestables dans le domaine traité, et pour cela être un bon professionnel de terrain. S'il intervient sur les accidents médicaux, il doit, pour dire la conformité ou non aux bonnes pratiques, le faire sur la base de référentiels, à partir des données acquises de la science. Ni juge ni juriste, il doit cependant avoir la formation juridique nécessaire pour connaître les principes directeurs du procès, tant en matière civile que pénale et administrative. Être totalement indépendant, n'avoir aucun lien avec les parties ou leurs représentants. Être parfaitement impartial. Et courageux car, c'est inévitable, son rapport d'expertise fera des mécontents. Bref, il doit être inattaquable.

Dr Philippe Ritter :
L'expert doit avoir une éthique exigeante et rigoureuse. Il doit avant tout être farouchement indépendant dans sa tête. Mais aussi, bien sûr, être dûment formé (il existe pour cela de nombreux diplômes universitaires) et se tenir au fait des derniers progrès, à travers la participation à des cercles d'échanges, à des sessions de formation continue (sur les thèmes et selon les objectifs définis chaque année par la HAS). Ce sont là, d'ailleurs, des critères de qualité exigés pour bénéficier de la certification ISO 9001, dont nos cabinets d'expertise sont dotés (et pour laquelle ils sont surveillés).

Dr Walter Vorhauer :
Un expert ne peut donner un avis pertinent sur la problématique posée que s'il est un professionnel reconnu, compétent et expérimenté. J'insiste sur cette notion de durée d'exercice qui me paraît essentielle : avant de débuter cette activité, il faut avoir exercé assez longtemps. Enfin, je pense qu'il est préférable de ne pas la prolonger trop longtemps, en tant qu'activité exclusive, pour éviter l'hyperspécialité dogmatique, éloignée des réalités du terrain.

+ D'INFOS

- **Expertise médicale et droits des patients (Samuel Benayoun et Christian Hervé) téléchargeable sur :** http://infodoc.inserm.fr/ethique/Ethique.nsf

Texte : Dominique Lehalle

Informatisation : une question de confiance

L'informatisation de la santé progresse. Pour la réguler et l'accompagner au mieux, les pouvoirs publics et les Ordres des professions de santé cherchent aujourd'hui à construire ensemble un « espace de confiance » afin de garantir au patient et au médecin que les données de santé resteront bien protégées. Une conférence du Medec, le 17 mars dernier, a permis de rassembler les principaux acteurs de ce débat.

« Où va-t-on placer le curseur entre l'idéal de sécurité et la réalité des pratiques »

Pierre Lesteven, de la Fédération hospitalière de France.

La dématérialisation des données de santé se retrouve au cœur des enjeux des politiques publiques de santé. Avec la relance du projet DMP, instrument de coordination et de continuité des soins, bien sûr. Mais pas seulement. Le Plan cancer – qui souhaite donner toute sa place au médecin traitant –; la loi HPST – qui ouvre la voie aux coopérations professionnelles et à la télémédecine –; le Plan hôpital 2012, destiné à soutenir la modernisation des hôpitaux par l'informatisation de la production de soins… Toutes les politiques publiques de santé comportent aujourd'hui, directement ou indirectement, un volet système d'information.
L'impulsion n'est pas uniquement politique. Les professionnels de santé réclament, de leur côté, des solutions qui leur permettent à la fois de gagner du temps (sur la paperasse !) et de prendre rapidement connaissance de toute information pertinente nécessaire et suffisante pour la prise de décision médicale : résultats d'examens biologiques, radiologiques et comptes-rendus hospitaliers notamment… sans oublier les traitements en cours.
Les obstacles à la dématérialisation des données ont bien été identifiés. La bibliothèque des rapports consacrés à l'informatisation du secteur s'est considérablement étoffée ces dernières années ! De fait, la plus grande prudence s'est imposée en raison de la difficulté à construire ce que l'on appelle aujourd'hui « l'espace de confiance ». Cet ensemble de règles et d'outils, de moyens techniques mais aussi de bonnes pratiques organisationnelles, suffisamment solide

© Phanie

POINT DE VUE de l'Ordre

« Créer la confiance pour favoriser l'informatisation »

Dr Jacques Lucas,
vice-président du Conseil national de l'Ordre des médecins, chargé des systèmes d'information en santé

Les technologies de l'information et de la communication sont de plus en plus utilisées dans les pratiques médicales pour faciliter les échanges et le partage de données de santé au bénéfice de la qualité des soins. En s'engageant dans la construction du système d'information de santé, l'objectif de l'Ordre est double : accélérer l'usage des technologies de l'information et de la communication en santé pour améliorer la qualité de la médecine et contribuer à créer la confiance des médecins et des patients dans l'espace numérique. Les médecins n'ayant ni le temps, ni nécessairement les appétences pour s'assurer que leurs outils informatiques sont compatibles avec une pratique déontologique conforme aux impératifs réglementaires nationaux et européens, l'Ordre se positionne comme une personne morale de confiance, chargée d'y veiller pour eux.
Au-delà, le Conseil national se préoccupe également des aspects pratiques de l'e-santé. Pour compléter les deux livres blancs que nous avons déjà diffusés, nous publierons, dans les semaines à venir, un document intitulé « dématérialisation des documents médicaux : créer la confiance pour favoriser l'informatisation ». Contenu du dossier médical, accès au dossier, archives sur support informatique, échanges par voie électronique… ce document propose une analyse pragmatique déontologique et réglementaire sur tous ces thèmes. Conformément à sa mission, le Cnom y inclura également un certain nombre de recommandations pratiques, en cohérence avec les principes énoncés par la Cnil, pour que l'« informatisation de la santé » ne remette pas en cause les principes éthiques indispensables à l'exercice de la médecine : consentement du patient, préservation du secret médical, confidentialité des échanges, traçabilité des accès…

pour garantir au patient que ses données de santé, hautement sensibles, sont bien protégées, même – et surtout – lorsqu'elles sont partagées.
Le chantier est actuellement en cours de clarification (voir l'entretien avec Michel Gagneux, p. 26). Et les Ordres professionnels y participent activement. En premier lieu, parce qu'il est de leur compétence légale de veiller au respect des principes déontologiques sur lesquels repose la confiance des patients. Mais aussi parce qu'ils ont décidé d'accompagner, à des degrés divers et sous des formes différentes, l'utilisation des technologies de l'information pour faciliter l'exercice professionnel.

Les initiatives ordinales

Après la publication de deux livres blancs, l'un en mai 2008 sur l'informatisation de la santé, l'autre en janvier 2009 sur la télémédecine, le Conseil national de l'Ordre des médecins va publier dans les semaines à venir un troisième document sur les aspects déontologiques de la dématérialisation des données de santé (voir Point de vue de l'Ordre). En ce sens, il propose notamment aux praticiens qui le souhaiteront d'utiliser une boîte de messagerie professionnelle sécurisée, sous le nom de domaine @medecin.fr : confidentialité sans faille des échanges, sécurisation de l'envoi et de la lecture, traçabilité de tous les accès, interopérabilité entre les messageries, transmission fiable, non altérable et rapide des courriels. Cette boîte de messagerie a vocation à être intégrée dans les logiciels métiers et les serveurs des établissements.
Autre initiative marquante : le « dossier pharmaceutique » (DP). *« C'est aujourd'hui, pour sept millions de patients, le premier dossier national de santé,* se félicite Isabelle Adenot, présidente du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens (Cnop). *Nous n'avons fait aucun compromis sur les questions de sécurité, sachant que si le public est méfiant à l'égard de ces dossiers électroniques, c'est toute la confiance vis-à-vis des professionnels qui risque d'en pâtir. »* En effet, les premières interrogations sur le DP concernent la confidentialité : *« Est-ce que l'information peut être consultée par un tiers ?*

Le Conseil national de l'Ordre des médecins propose une messagerie sécurisée aux médecins qui le souhaitent.

La confidentialité et le secret médical sont au cœur des échanges informatisés de santé.

PATIENTS : MOINS DE RÉTICENCES

Effet collatéral des réseaux sociaux ? Christian Saout, le président du Collectif interassociatif sur la santé (Ciss), remarque – avec surprise – que les réserves des Français vis-à-vis de l'informatisation de leurs données sont de moins en moins fortes. Y compris dans la sphère de la santé : *« Nos concitoyens ont compris que l'on a besoin de collecter et de traiter des données pour des motifs de santé publique. »* Résultat : les points sensibles aujourd'hui ne sont plus les mêmes qu'il y a quelques années. Ils portent sur le consentement et la traçabilité des échanges.
Pour le président du Ciss, les débats sont apaisés et l'heure est au compromis. Reste à le bâtir. Sur ce point, il se félicite du climat de concertation qui a réussi à s'installer pour mener ces réflexions.

© Phanie

© BSIP

© Phanie/Voisin

UNE CONFÉRENCE MEDEC PARRAINÉE PAR L'ORDRE DES MÉDECINS

Le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) a parrainé l'une des sessions de l'édition 2010 du Medec consacrée à la dématérialisation des données médicales. Parmi les intervenants réunis autour du Dr Jacques Lucas, vice-président du Conseil national de l'Ordre des médecins : Isabelle Adenot, présidente du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens, Marianne Benoit, du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, Michel Gagneux, président de l'Agence des systèmes d'information partagés de santé, Dominique Le Boeuf, présidente du Conseil national de l'Ordre des infirmiers, Pierre Lesteven, de la Fédération hospitalière de France.

EN CHIFFRES

Près de

7 millions

6 983 670 dossiers pharmaceutiques ont été créés dans 13 569 officines, à l'initiative du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens (chiffres au 8 mars 2010).

L'hébergeur est-il sûr ? » sont les principales questions posées au fil Santé Info Droits[1], raconte Stéphane Gobel, son coordinateur. *D'autres demandes visent à s'informer sur le recueil du consentement pour l'ouverture d'un DP.* » Le Cnop a pu capitaliser sur plusieurs facteurs de succès pour mener à bien le déploiement du DP : des pharmaciens informatisés à 100 %, et équipés de carte CPS, une obligation légale à entrer dans le dispositif, la maîtrise d'œuvre du projet assurée par l'Ordre, ce qui lui permet de contrôler les composantes du système. « *Aucune SSII ne peut proposer un logiciel de DP qui ne soit pas validé par notre plate-forme de test* », explique par exemple Isabelle Adenot. Le Cnop passe maintenant à une expérimentation du DP à l'hôpital pour les médicaments de rétrocession.

Décloisonner !

Le décloisonnement, attendu par tous les acteurs de la santé, bute, entre autres, sur l'un des maillons faibles du système d'information actuel : l'inadaptation de la carte CPS, décrétée outil légal de l'identification électronique, au milieu hospitalier. « *Tout le monde a travaillé en ayant une vision idéale de la sécurité, qui s'est heurtée à la complexité du fonctionnement hospitalier,* observe Pierre Lesteven, conseiller à la stratégie

de la Fédération hospitalière de France (FHF). *Aujourd'hui, le raisonnement porte plutôt sur la gestion des risques. A-t-on besoin d'un degré de sécurité absolue à toutes les étapes ? Ou bien peut-on moduler en fonction des situations et des risques ? Où va-t-on placer le curseur entre l'idéal de sécurité et la réalité des pratiques ? Il revient aux professionnels, aux Ordres, aux patients d'éclairer les pouvoirs publics, puis aux pouvoirs publics d'arbitrer.* » Pour la FHF, il est toutefois rassurant de constater que le dispositif de sécurité dispose déjà de ses fondations, en l'occurrence le RPPS. Ce « répertoire partagé des professionnels de santé » fait d'ailleurs consensus. Il est désormais piloté par un comité conjoint de gestion, présidé par un représentant des Ordres de santé, qui rassemble les Ordres aux côtés de l'Asip Santé (Agence des systèmes partagés en santé).

Vers une carte ordinale ?

La question de l'identification électronique des professionnels reste en revanche plus sensible. Les quatre Ordres, qui étaient à l'origine du GIP-CPS[2] – et qui avaient travaillé sur la convergence des cartes ordinales et des cartes CPS –, ont récemment lancé une étude de faisabilité pour évaluer l'impact économique et les applications potentielles d'une carte ordinale qui porterait les certificats d'authentification, d'identification et de signature.

Une démarche particulièrement importante aux yeux du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, pour qui un certificat d'établissement ne suffit pas à sécuriser les échanges professionnels électroniques. « *Le certificat doit être attaché au professionnel,* insiste Marianne Benoît Truong Canh, conseillère nationale de l'Ordre des sages-femmes. *Or 80 % des sages-femmes sont salariées et elles n'ont pas aujourd'hui accès à la CPS. On ne peut pas continuer à les laisser de côté.* » Ce, d'autant plus que l'Ordre des sages-femmes a prévu de mettre en œuvre, à l'instar de l'Ordre des médecins, une boîte de messagerie sécurisée à l'adresse @sage-femme.fr, un service réservé dans un premier temps aux sages-femmes dotées d'une CPS, ou de la carte ordinale électronique. « *Ce qui est important, c'est que le professionnel dispose d'un système sécurisé avec authentification du détenteur,* note Jacques Lucas. *Il n'y a pas*

POINT DE VUE extérieur

Michel Gagneux,

président de l'Agence partagée des systèmes d'information de santé (Asip Santé), chef de la mission de préfiguration de la Délégation des systèmes d'information de santé

Comment construire un espace de confiance pour échanger et partager des données de santé ?

Michel Gagneux : Commençons par le constat : un certain nombre de dispositions des textes réglementaires pris pour régir cet espace de confiance sont aujourd'hui, soit obsolètes, soit difficiles d'application. C'est le cas des décrets « confidentialité » et « agrément des hébergeurs ». Les pouvoirs publics doivent tirer les enseignements de cette situation. Avant de produire de nouveaux textes, l'État doit se doter d'une véritable doctrine en matière de sécurité des systèmes d'information de santé, dont les textes seront la traduction après recueil du consensus des acteurs. L'objectif est d'en proposer les premiers éléments au futur Conseil national des systèmes d'information de santé, dont je prépare la création.

Quel calendrier vous êtes-vous donné ?

M. G. : Courant mars, je proposerai à la ministre un schéma pour ce Conseil national qui doit constituer une instance d'orientation chargée de valider les priorités nationales et les premières composantes de ce qui sera peut-être un jour – je l'espère – un schéma directeur national pour les systèmes d'information de santé. Fin 2010, le cadre relatif à l'espace de confiance sera complètement posé.

“ Fin 2010, le cadre de confiance sera posé. ”

Quels sont les éléments principaux de cet espace de confiance ?

M. G. : Le conseil d'éthique et de déontologie de l'Asip Santé sera constitué en avril et présidé par le représentant du Conseil national de l'Ordre des médecins. Il aura, parmi ses premières tâches, à valider un « guide des bonnes pratiques du recueil du consentement du patient », applicable non seulement au DMP, mais à l'ensemble des systèmes d'échange et de partage des données individuelles de santé.
La deuxième grande brique de l'espace de confiance en cours de réflexion concerne l'adaptation du processus d'agrément des hébergeurs. La fonction d'hébergement est mal définie, ce qui pose des problèmes d'application. Le dispositif actuel a été relancé en 2009 par l'Asip Santé, à la satisfaction des industriels, afin de remédier à l'insécurité juridique que sa mise en sommeil avait entraînée. Il va continuer à fonctionner en 2010, mais un nouveau processus sera proposé pour les années à venir.
Troisième aspect : le développement de systèmes d'authentification des producteurs de soins. L'Asip réfléchit à un nouveau modèle d'utilisation de la CPS. Le système sera remis à plat, sans remettre en cause, naturellement, le principe d'une carte ou d'un support d'authentification forte. Nous pensons avoir, courant 2010, une nouvelle stratégie publique, acceptée par l'ensemble des parties, qui donnera des axes d'action pour la mise en place d'une politique de certificats.
Quatrième pilier : la mise en place des référentiels, notamment des répertoires professionnels sans lesquels il ne peut pas y avoir, par exemple, de messageries sécurisées. Le travail engagé sur le RPPS[1] va connaître un coup d'accélérateur, en discussion avec les Ordres concernés. Et surtout, le projet de répertoire RMESS[2] est remis à plat. Il s'agira là de poutres maîtresses pour le développement des systèmes d'information de santé.
Cinquième point – et je sais que l'Ordre des médecins y attache de l'importance : l'Asip va publier, avant l'été, un référentiel de messageries sécurisées qui permettra à l'ensemble des acteurs de disposer de tous les éléments pour assurer une bonne cohérence dans la diffusion de cet instrument entre médecine de ville et hôpital.
Enfin, le traitement des données de santé est appelé à devenir un enjeu politique et sociétal majeur. Les pouvoirs publics doivent anticiper cette évolution inéluctable. Des initiatives seront proposées pour qu'une réflexion soit menée de façon concertée sur les objectifs et les moyens d'une régulation à la fois efficace et transparente.

1. Répertoire partagé des professionnels de santé
2. Répertoire mutualisé des entités sanitaires et sociales

que la carte pour s'authentifier, des certificats embarqués sur des portables type iPhone peuvent y pourvoir dans certains cas d'usage. C'est peut-être même l'avenir. » « *La dématérialisation des données ne supporte aucun flou*, note, pour sa part, la présidente de l'Ordre des infirmiers. *C'est pourquoi elle représente, pour nous, un formidable levier de clarification des exercices de chacun.* » Dominique Le Bœuf se montre confiante dans l'appropriation des nouvelles technologies par les infirmiers (qui ont massivement adopté la télétransmission) et souligne que leurs attentes se révèlent fortes en matière de télémédecine. Elle voit, en tout cas, dans ces évolutions la possibilité pour la France de rattraper quelque 15 ans de retard dans les pratiques infirmières comparées au reste des pays de l'OCDE !

1. Mis en œuvre par le Ciss, ce service téléphonique a noué un partenariat avec le Cnop. *La Lettre des Nouvelles pharmaceutiques*, 25 février 2010.
2. Médecins, pharmaciens, sages-femmes et dentistes.

Texte : Sophie Cousin

L'Alliance Maladies Rares

Dix ans d'actions pour susciter l'espoir

7 000
maladies rares environ sont répertoriées dans le monde. Une maladie est dite rare quand elle atteint moins de 1 personne sur 2000. Alliance Maladies Rares représente 2000 maladies.

3 millions
de Français sont concernés par une maladie rare, soit 1 personne sur 20. Les enfants sont les premiers touchés mais dans certaines pathologies, les symptômes ne se développent qu'à l'âge adulte.

24 février 2000
C'est la date de naissance d'Alliance Maladies Rares. L'Alliance a été créée à la suite des États généraux de la santé organisés en 1999 par Bernard Kouchner, au cours desquels s'était notamment tenu un forum sur les maladies rares. Elle fête ses 10 ans cette année.

En 2000, après les États généraux de la santé, une quinzaine d'associations constituent un groupe ad hoc et mettent sur pieds l'Alliance. Dès le départ, l'Association française contre les myopathies (AFM) est partie prenante et apporte un soutien logistique conséquent à l'Alliance. Rapidement, une quarantaine d'associations viennent grossir les rangs. Pourquoi créer l'Alliance ? Parce que les associations qui se préoccupent des maladies rares ont une problématique commune : errance diagnostique, manque d'informations, absence de prise en charge correcte et de traitements, difficultés d'intégration, etc. La liste est longue et conduit au découragement des patients atteints et de leurs familles. Les objectifs poursuivis par l'Alliance : faire connaître et reconnaître les maladies rares, diffuser de l'information auprès du grand public et des professionnels de santé, améliorer la qualité de vie et la durée de vie des personnes atteintes, promouvoir la recherche scientifique et clinique et aider les associations à remplir leurs missions.

Le premier Plan maladies rares, une victoire

La reconnaissance par les pouvoirs publics est l'autre combat de l'Alliance. En 2004, les maladies rares constituent l'une des 5 priorités de santé publique et le premier Plan maladies rares est adopté pour la période 2005-2008. Cette reconnaissance est une première en Europe. Les maladies rares sortent enfin de l'anonymat. Les revendications de l'Alliance prennent la forme de propositions concrètes, porteuses d'un immense espoir. Plus de 100 millions d'euros sont débloqués, en partie pour l'amélioration de la prise en charge des patients et le développement de la recherche. Sur les quatre années du plan, 131 centres de référence sont désignés. Ces structures d'excellence scientifique et clinique, spécialisées sur une pathologie, coordonnent la prise en charge des patients au niveau national. Pour mieux répondre au besoin de proximité des malades, 501 centres de compétences complètent le dispositif. « *Si le 24 février 2000 quelqu'un m'avait dit que nous*

« L'une de nos priorités est d'informer les professionnels de santé »

Paulette Morin, présidente de l'Alliance Maladies Rares

interview

L'une des missions de l'Alliance est de faire connaître les maladies rares. Les médecins manquent-ils d'information sur ces pathologies ?
C'est une certitude d'après les remontées que nous avons via les différentes associations. Objectivement, les médecins – comme l'ensemble des professionnels de santé – ne sont pas correctement formés sur ces pathologies, que ce soit en formation initiale ou en formation médicale continue.
Nous nous en apercevons aussi à l'occasion de congrès puisque les médecins, lorsqu'ils viennent sur le stand de l'Alliance, sont nombreux à ne pas nous connaître. La Fondation Groupama mène d'ailleurs actuellement une enquête sur les maladies rares auprès des médecins, afin d'évaluer leur connaissance de ces pathologies.

De quels moyens dispose l'Alliance pour sensibiliser les médecins ?
Le premier Plan maladies rares prévoyait 2 heures de formation pendant le cursus de médecine. Mais nous nous sommes aperçus qu'un certain nombre de doyens n'appliquaient pas cette mesure ; elle va donc être rendue obligatoire dans le second plan, qui est en cours d'élaboration. Nous envoyons par ailleurs aux médecins des plaquettes d'information, notamment la liste des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) dans chaque région. Sur le site de l'Alliance, www.alliance-maladies-rares.org, les médecins trouveront les coordonnées des centres de référence et des centres de compétence labellisés pour leur expertise. Ils peuvent aussi consulter tous les sites de la plate-forme maladies rares, un lieu de ressources unique en Europe. Enfin, sur le site de la HAS www.has-sante.fr, ils peuvent consulter et télécharger les protocoles nationaux de diagnostic et de soins.

Quels sont les projets de l'association ?
Cette année, l'une de nos priorités est d'informer les professionnels de santé et les professions paramédicales. Cette information va se traduire par l'envoi de plaquettes, l'organisation de forums régionaux et des interventions de membres de l'Alliance dans des cursus de formation pour présenter nos actions. Nous avons aussi conçu un kit de sensibilisation destiné aux enfants des écoles primaires en partenariat avec le LFB (Laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies). Enfin, nous publions prochainement un livre de témoignages sur le vécu des personnes atteintes.

en serions aujourd'hui à travailler sur un deuxième Plan national maladies rares, avec le soutien de 200 associations adhérentes, je l'aurais traité de fou », commente la présidente de l'Alliance, Paulette Morin.

Un collectif en mouvement

Alliance Maladies Rares réunit aujourd'hui 200 associations qui représentent 2000 pathologies très diverses (myopathies, rétinite, mucoviscidose, etc.). La 200e association vient en effet de rejoindre l'Alliance en 2009. L'Alliance n'est pas une fédération mais un collectif qui se veut respectueux des identités de chaque association. Un seul exemple : pour chaque décision prise, une toute petite association a une voix, tout comme une structure de taille qu'est l'AFM et qui constitue l'un des principaux financeurs de l'Alliance. L'AFM subventionne en effet l'Alliance pour ce qui concerne le fonctionnement, les salaires et les locaux. Les autres financeurs sont la Fondation Groupama pour la santé, Les Entreprises du médicament (Leem) et quelques laboratoires. En ce qui concerne l'équipe, les effectifs sont montés en charge progressivement. Au moment de sa création, un salarié avait été mis à la disposition de l'Alliance par l'AFM. Aujourd'hui, les salariés permanents de l'association sont au nombre de sept. Les années passant, le fonctionnement interne s'est institutionnalisé. Jusqu'en 2009, une organisation originale était en place avec trois porte-parole. Depuis, compte tenu de son développement, l'Alliance a opté pour une organisation plus classique avec un président. L'Alliance suit par ailleurs le mouvement de la régionalisation en santé. Depuis 2006, des antennes régionales ont été créées et l'Alliance est aujourd'hui présente dans la quasi-totalité des régions. Le mouvement poursuit sa longue marche, qui réunit chaque année plus de 2000 marcheurs dans le cadre du Téléthon.

+ D'INFOS :

Alliance Maladies Rares
102, rue Didot
75014 Paris
Tél. : 01 56 53 53 40
www.alliance-maladies-rares.org
Maladies Rares Info Services :
0810 63 19 20

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

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

J'ai 50 ans, installé depuis 21 ans. Aujourd'hui, j'en ai marre des caisses, de mes horaires en berne, de mon burn-out suivi d'un divorce. De 21 ans de cotisation ordinale jetée par les fenêtres, de 21 ans de cotisations retraite dont je ne sais quel infime pourcentage je toucherai un jour, de 21 ans de mensonges et de haine de la part des politiques. D'un Conseil national de l'Ordre resté dans un silence assourdissant et ne protégeant que les spécialistes. Aujourd'hui, j'ai commencé ma reconversion. Dans 2 ans, je me barre. Dans ma promotion, nous sommes 44 quinquagénaires dans la même situation, partageant la même analyse, le même dépit. Tous écœurés, en colère, tristes ad nauseam… Notre honneur bafoué, notre utilité remise en question, notre honnêteté mise en doute. On ne penserait qu'au pognon… Qu'avez-vous fait pour nous ? Rien.

Dr C.S (37)

Vous accusez l'institution ordinale de n'avoir rien fait pour vous. Depuis 19 ans, je tente, avec l'ensemble de nos collègues conseillers ordinaux, de défendre nos professions et d'utiliser à bon escient les cotisations ordinales.

La compassion n'est certainement pas de propos ; la confraternité l'est et l'empathie l'est aussi car tout ce que vous évoquez, je ne suis pas le seul ici, non pas à le vivre, mais à le combattre.

Dr André Deseur,
rédacteur en chef du Bulletin

J'apprends par votre communication que l'Ordre se soucie de la disparition des confrères voulant s'installer en médecine libérale. En ce qui me concerne, je suis proche de la retraite et j'ai voulu préparer mon départ. Je suis spécialiste de médecine physique et réadaptation fonctionnelle et j'exerce en cabinet libéral depuis 1975. Cette spécialité est en voie de disparition et la pratique médicale est exercée de façon très polymorphe en cabinet libéral. J'ai choisi pour ma part une orientation vers la rhumatologie. J'ai trouvé à plusieurs reprises des médecins rhumatologues prêts à s'installer pour prendre ma suite, mais tous voulaient au préalable une période de remplacement, puis de collaboration. Cela me paraissait tout à fait normal dans le contexte actuel de crainte de l'installation. J'ai été reçue par mon conseil départemental et ai obtenu comme réponse une interdiction totale de ce processus (qui pourtant a déjà été accordé). Fatiguée de tous ces tracas, je partirai à la retraite en mars 2011 sans remplaçant (les rhumatologues ont fini par prendre des postes salariés).

Dr C.T (92)

Vous semblez découvrir que l'Ordre se soucie de la disparition des confrères voulant s'installer en médecine libérale. Cela fait bien des années que nous en parlons, que la publication annuelle du rapport de démographie du Conseil national souligne ces points. Vous l'avez découvert parce que vous rencontrez des difficultés, ne trouvant pas de successeur, et vous avez le sentiment que l'intervention de l'Ordre ne vous apporte pas une aide mais un supplément de difficultés. Les indications qui vous ont été données par votre conseil départemental correspondent à l'application du règlement de qualification dont nous ne sommes pas responsables. Le remplacement d'un médecin ne peut se faire que par un médecin de même discipline. Vous pouviez avoir recours non pas à une situation de remplacement, non pas à une situation de collaboration libérale, mais à une association à titre temporaire qui pouvait déboucher sur la reprise du cabinet par le rhumatologue qui vous eût succédé. Si vous n'avez pas reçu cette information de votre conseil départemental, c'est peut-être que vous ne l'avez pas interrogé de manière adéquate.

Dr André Deseur,
rédacteur en chef du Bulletin

Trois ouvrages sur la fin de vie

La fin de vie en gériatrie

Ce récit des sept derniers jours de la vie de la vieille Mme P., écrit par notre consœur gériatre, englobe également les autres acteurs de cette période : aides-soignantes, infirmières, médecin et enfin sa fille. Les dialogues entre Mme P. et tous ces acteurs ainsi que l'expression de leurs pensées sont pleins de vraisemblance et d'humanité. Notre consœur aime son métier de gériatre et pose la bonne question dans le sous-titre de l'ouvrage « Et si c'était moi ? ». Ou vous ?

Maurice Hodara

Regards d'un médecin sur la fin de vie en gériatrie. Et si c'était moi ?, **de S. Belhadjin-Gongon. L'Harmattan édit. 126 pages,13 euros.**

Mourir à l'hôpital

En 2006, il était admis que 20 % de la population française décédait en réanimation. Or la « réa » n'est pas un service hospitalier comme les autres et, à moins d'y avoir exercé, peu d'entre nous ont une connaissance précise de son mode de fonctionnement, et de ses enjeux éthiques. L'intérêt de cet ouvrage tient au fait qu'il a été rédigé par une sociologue qui a passé deux mois dans quatre services de réanimation, dont un en Angleterre. L'auteur ne porte pas de jugement sur les techniques utilisées ou sur le comportement des équipes médicales, mais nous fait part de ce qu'elle a observé. L'ouvrage se lit comme un roman : on apprend beaucoup et on vit dans ces services de réa comme si on y était.

M.H.

Mourir à l'hôpital, **de N. Kentish-Barnes. Le Seuil, 143 pages, 19 euros.**

Apprendre à mourir

Cet essai est court (124 pages), mais dense, et nous amène à réfléchir sur notre attitude face à la mort. Médecin spécialiste en éthique médicale, l'auteur poursuit son combat contre l'euthanasie et pour le « droit des malades » en fin de vie. La solution proposée est une éthique de la consolation : « *Sortir de soi, c'est s'occuper de l'autre, et de sa souffrance, et de sa mort.* » ce qui conduit à réfléchir sur nos responsabilités personnelles à l'égard du mourant. Cet essai a le mérite de nous aider dans le choix de notre conduite face à la mort de l'autre. **M.H.** *Apprendre à mourir,* **de Emmanuel Hirsch. Grasset. 124 pages, 9 euros.**

La sécurité du patient en médecine générale

Face à l'émergence des actes de haute technicité et à la progression de « l'innovation médicale », cet ouvrage nous convie à intégrer la notion de « culture de sécurité » dans l'organisation des soins, de façon à anticiper la survenue d'événements graves, de repérer les indicateurs de risques, d'appréhender l'erreur, source inévitable de plainte de la part de patients… « insatisfaits ». Le niveau d'incertitude propre à notre profession est un cadre de réflexion indispensable pour une approche réaliste de l'erreur en médecine générale.

Dr Jean Pouillard

La sécurité du patient en médecine générale, **de Jean Brami et René Amalberti. Éd. Springer.**

Les enjeux du changement climatique

Ambition louable de vouloir répondre aux questions couvrant le changement climatique : l'auteur tire sa pratique au sein du ministère de l'Écologie avec la rigueur qui s'impose, face à l'humanité, dans le réchauffement climatique. Son expérience médicale lui permet une approche indispensable des enjeux sanitaires et des relations d'interdépendance caractérisant les conséquences du réchauffement climatique.

Dr J.P.

Les enjeux du changement climatique, **Dr Sandrine Segovia-Kueny. Préface de Jean Jouzel. Éditions Afnor. Collection « 100 questions pour comprendre ». 289 pages, 29 euros.**

Propos recueillis par **Arlette Chabrol**

« J'ai la chance d'exercer dans un centre de santé ! »

Dr Gilles Lazimi,

généraliste, directeur du centre municipal de santé Louise-Michel, à Romainville (93).

témoignage

« Ayant eu une première expérience passionnante dans un centre de santé, je souhaitais pouvoir exercer dans une structure de ce type. Aussi quand, après quelques mois d'exercice libéral, on m'a proposé un poste dans la banlieue Est de Paris, je n'ai pas hésité… Et je ne le regrette pas : c'est un job génial ! »

Ne croyez pas que l'enthousiasme de Gilles Lazimi soit celui d'un néophyte : cela fait plus de vingt ans qu'il assure tout à la fois ses consultations en médecine générale (environ 25 heures par semaine) et ses fonctions de directeur du centre de santé dans cette commune de Seine-Saint-Denis, pas vraiment parmi les plus favorisées de la région parisienne ! Il va même le répéter : il a *« une chance formidable d'exercer dans ce centre de santé »* et *« les patients sont adorables »*. Dans le paysage médical actuel, une telle ferveur surprend… mais Gilles Lazimi s'en explique volontiers : *« Ici, on ne travaille pas seul ; on peut partager avec les autres professionnels de santé (une trentaine en tout : cardio, psy, gynéco, infirmières, kiné, dentiste, etc.). Ce sont des échanges très efficaces qui permettent d'aborder les patients dans leur globalité, de mieux les connaître et les comprendre, donc de mieux les prendre en charge. »*

Le docteur Lazimi s'investit aussi beaucoup dans la prévention. Il a mené de nombreuses campagnes de communication sur le sida, la toxicomanie, le préservatif féminin, le viol, les violences faites aux femmes. C'est incontestablement sur ce dernier thème que sa voix porte le plus fort : *« À partir de mon expérience et d'études réalisées par ailleurs, j'ai découvert un phénomène mal perçu : de nombreuses femmes – et dans tous les milieux sociaux – subissent des violences physiques, sexuelles ou psychologiques. Comme elles n'osent pas en parler, c'est leur corps qui exprime leur souffrance par des pathologies de toutes sortes… inaccessibles aux médicaments, bien sûr. »*

Gilles Lazimi se bat pour ces femmes, pour les aider à briser le tabou et à parler. Et aussi pour faire prendre conscience à la société de l'importance de ce problème de santé publique, notamment aux professionnels de santé, qui ont un rôle à jouer pour en finir avec ces violences.

©DR

PARCOURS

1957
Naissance à Meknès (Maroc)

1976
Commence ses études de médecine à Paris (hôpital Saint-Antoine)

1989
Prend la direction du centre de santé de Romainville, où il exerce comme généraliste

1993
Lance sa première campagne de prévention : « Une ville et ses habitants s'engagent contre le sida »

1997
Campagne « Ma santé mentale, j'en prends soin. Et vous ? »

1999
Campagne de lancement du préservatif féminin

2004
Coordonne la première campagne contre les violences faites aux femmes, renouvelée régulièrement au niveau départemental puis national jusqu'à la campagne « kancnoncnon » contre le viol, en mai 2009.

2007
Chargé de cours en médecine générale à Paris VI (enseignements sur les violences, les inégalités sociales de santé, l'IVG médicamenteuse, les urgences gynécologiques)

2009
Lance la campagne « Les hommes contre les violences faites aux femmes ».