



Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins

➤ Dossier

Protection de l'enfance : tous concernés !

p.22



➤ L'essentiel
**Démographie: l'exercice
libéral n'attire plus
les jeunes médecins** p.4

➤ Réflexion
**La réforme de l'aide
médicale d'État** p.11

➤ Jurispratique
**Nos recommandations
pour la continuité
des soins** p.19

médecins n° 15

Janv. 2011

**POUR RECEVOIR
NOTRE NEWSLETTER**

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

➤ **L'essentiel** | 04

• Démographie médicale
L'Atlas 2010 confirme la désaffection pour l'exercice libéral

• Cotisation 2011
Le prix de l'indépendance

➤ **Sur le terrain** | 10

La maison médicale universitaire de garde de Perpignan

➤ **Ailleurs** | 10

Quelles priorités sanitaires pour la présidence hongroise ?

➤ **Réflexion** | 11

La réforme de l'aide médicale d'État

➤ **La voix des associations** | 28

Association française du Gougerot-Sjögren et des syndromes secs

➤ **Courrier des lecteurs** | 30

➤ **Culture médicale** | 31

La sélection du mois

➤ **À vous la parole** | 32

D^r Catherine Bernard, médecin du travail dans une association inter-entreprises de l'Eure.

➤ **Dossier** | 22

Protection de l'enfance : tous concernés !



© Valsir/Phanie

En mai 2010, les États généraux de l'enfance ont souligné l'importance de clarifier le circuit de transmission des informations relatives à l'enfance en danger, précisé dans la loi de mars 2007. Tous les partenaires, qui œuvrent dans ce domaine, sont concernés. Quel est le rôle du médecin ? Décryptage grâce à un rapport des D^{rs} Irène Kahn-Bensaude, vice-présidente du conseil national de l'Ordre, et Jean-Marie Faroudja, conseiller national.

Cahier jurispratique | 13

➤ **INFORMATION DU PATIENT** La personne de confiance | 13

➤ **EXERCICE PROFESSIONNEL** Les relations entre la pratique médicale et l'ostéopathie | 17

➤ **DISPOSITIFS MÉDICAUX** Augmentation du volume mammaire : Macrolane en questions | 18

➤ **PERMANENCE DES SOINS** Nos recommandations pour la continuité des soins | 19

➤ **SIGNALEMENT** Le modèle-type de signalement pour les sévices à mineurs | 20

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

Et si on passait des rapports aux actes !



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

De nombreux experts se seront penchés au chevet de la médecine libérale en 2010. Cette multitude de diagnostics aura au moins eu un mérite, celui de faire prendre conscience aux pouvoirs publics de la crise profonde qu'elle traverse. S'il ne fallait retenir qu'un chiffre de l'*Atlas de la démographie médicale* que nous venons de rendre public, ce serait celui-là : en 2009, moins de 9 % des nouveaux inscrits au tableau de l'Ordre ont choisi l'exercice libéral. Après avoir prêché dans le désert pendant des années, le conseil national de l'Ordre se félicite au passage que son expertise démographique soit enfin reconnue et prise en compte par les acteurs de notre système de santé. Il y a près d'un an, le président de la République m'a confié une mission pour refonder la médecine libérale. Avec mon groupe de travail et grâce aux contributions

du conseil national de l'Ordre, je lui ai remis un rapport assorti de vingt propositions concrètes autour de trois axes : la formation, initiale et continue, l'installation et les conditions d'exercice. Depuis, d'autres rapports lui ont succédé, dont celui d'Élisabeth Hubert, ancienne ministre de la Santé, qui reprend l'essentiel de mes propositions. Tout est dit, désormais, et il est temps de passer des rapports aux actes ! Je prône une véritable révolution des mentalités qui implique de mutualiser les moyens matériels et humains entre la ville et l'hôpital. Il faut, pour cela, une réelle volonté politique. Le président de la République reconnaît aujourd'hui que, comme je l'avais déclaré devant ses conseillers, une convention qui aboutit péniblement, et au bout de cinq ans, à 1 euro de majoration, n'est plus la panacée. Ce mode de fonctionnement apparaît singulièrement dépassé. Les pouvoirs publics doivent accepter que le monde médical soit complètement réorganisé pour s'adapter aux mutations de notre société. Souhaitons que ces remèdes soient appliqués dès 2011 et permettez-moi de vous adresser à vous tous, chers confrères, et à vos familles, mes meilleurs vœux de santé et de satisfaction professionnelle.

médecins

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : D^r Walter Vorhauer - ORDRE DES MÉDECINS, 180, bd Haussmann, 75389 Paris Cedex 08. Tél. : 01 53 89 32 00.

E-mail : conseil-national@cn.medecin.fr - RÉDACTEUR EN CHEF : D^r 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 - FABRICATION : Sylvie Esquer - COUVERTURE : Photodisc - IMPRESSION : IGPM

- Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs - DÉPÔT LÉGAL : janvier 2011 - n° 16758 - ISSN : 1967-2845.



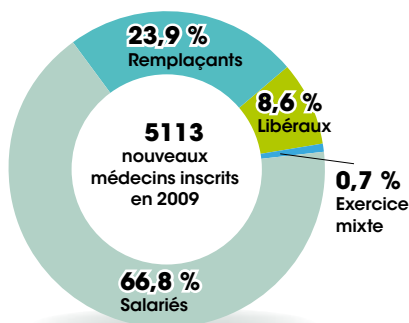
Ce document a été réalisé
selon des procédés
respectueux
de l'environnement.

» Démographie médicale

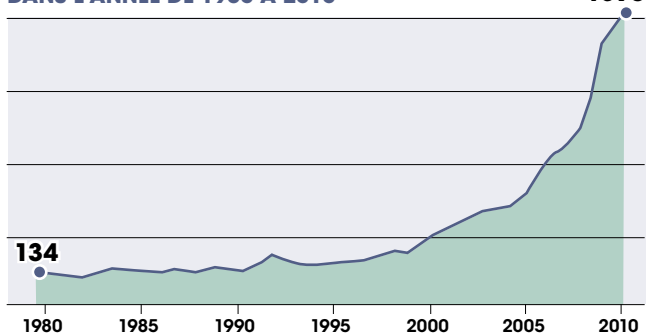
L'Atlas 2010 confirme la désaffection pour l'exercice libéral

La section santé publique du Cnom, présidée par le D^r Romestaing, a publié, fin novembre, l'édition 2010 de son *Atlas de la démographie médicale*. Cet atlas est complété de deux focus : l'un sur les médecins remplaçants jamais installés, l'autre sur les médecins retraités remplaçants. Parallèlement, elle a présenté une nouvelle publication sur les médecins de nationalité européenne et extra-européenne.

RÉPARTITION DES NOUVEAUX INSCRITS À L'ORDRE PAR MODE D'EXERCICE



NOMBRE DE REMPLAÇANTS INSCRITS DANS L'ANNÉE DE 1980 À 2010



L'Atlas de la démographie médicale rendu public par le conseil national de l'Ordre des médecins dresse un état des lieux des médecins, en activité régulière, remplaçants et/ou à la retraite, inscrits à l'Ordre au 1^{er} janvier 2010. Il précise, pour chaque spécialité et par région à l'échelle des bassins de vie, la répartition et l'évolution démographique de la profession : densité, pyramide des âges, évolution du mode d'exercice... Voici une synthèse des grands enseignements que l'on peut tirer de cet atlas.

1 Une profession qui peine à se renouveler

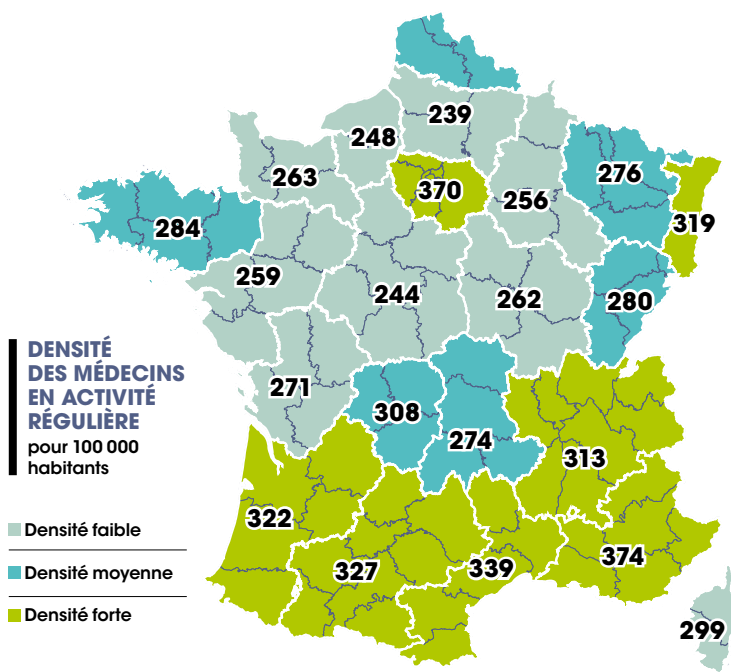
Au 1^{er} janvier, 193943 médecins en activité régulière étaient inscrits au tableau de l'Ordre en France métropolitaine, un chiffre stable (+0,1 % en un an) mais en recul de 3 % sur trois ans. La décrue annoncée n'est pas encore au rendez-vous mais elle

ne saurait tarder : 58 % des médecins en activité régulière ont 50 ans ou plus. En outre, les chiffres 2010 révèlent un écart croissant entre les médecins entrants (+1,8 %) et sortants (+24,4 %).

2 L'exercice libéral est en recul

Sur l'ensemble des médecins en activité régulière, 46,5 % exercent en libéral, 41,7 % sont salariés et 11,8 % ont un exercice mixte. La part de médecins exerçant en libéral ne cesse de diminuer. Sur les 5113 nouveaux inscrits en France métropolitaine, seuls 8,6 % ont opté pour l'exercice libéral exclusif contre 10 % au 1^{er} janvier 2009. « *Même les disciplines réputées lucratives et peu contraignantes – comme la radiologie, la dermatologie ou l'ophtalmologie – n'attirent plus les candidats en libéral. Aucun ophtalmo ne s'est installé en libéral à Paris depuis trois ans,*

souligne le D^r Michel Legmann, président du conseil national de l'Ordre. *Ce n'est pas la recherche d'une rémunération conséquente ni celle de temps libre qui prime dans le refus de l'installation, mais bien les problèmes d'organisation du travail et le poids des charges administratives.* » Les nouveaux confrères privilégient désormais massivement le salariat (66,8 %), tandis que 23,9 % effectuent des remplacements. Cette année, la section Santé publique et démographie médicale a réalisé une étude qualitative auprès des médecins remplaçants jamais installés afin de dresser un état des lieux et de recenser les besoins et les attentes de ces professionnels. Ils sont désormais 10006, dont 6003 n'ont jamais été installés. 32 % déclarent vouloir poursuivre ce type d'exercice. Les médecins remplaçants sont le plus souvent des jeunes (50 % ont moins de 34 ans) et des femmes (66 %).



POINT DE VUE de l'Ordre



D^r Patrick Romestaing,
président de la section
Santé publique et
démographie médicale

« L'Ordre ne veut pas rester inactif face au déficit de médecins sur certains territoires et face au désarroi des maires concernés. Nous avons mis en place un Observatoire de la démographie médicale au sein de la section Santé publique du conseil national de l'Ordre des médecins qui joue un rôle d'intermédiaire entre les collectivités locales et les médecins. Son fonctionnement est simple : lorsqu'une collectivité s'adresse à nous pour l'aider à recruter un médecin, nous lui demandons de nous faire parvenir une plaquette pour préciser sa demande. Nous la diffusons ensuite de façon très ciblée aux médecins inscrits de façon régulière comme « non-exerçants » aux tableaux du département concerné et des départements limitrophes. C'est un service gratuit, offert aux collectivités et aux médecins qui nous en font la demande. Nous mettons parallèlement en garde les collectivités face aux pratiques des agences spécialisées dans le recrutement de médecins étrangers. Les exemples de déconvenue sont malheureusement fréquents pour les médecins libéraux recrutés comme pour les collectivités territoriales. »

**Observatoire de la
démographie médicale,
contact : le_breton.gwenaelle
@cn.medecin.fr**

3 Une répartition inégale sur notre territoire

Au 1^{er} janvier 2010, la densité médicale en métropole s'établit à 309 médecins pour 100 000 habitants. Mais cette moyenne cache de profondes disparités. D'un côté le Sud, l'Île-de-France, l'Alsace et Rhône-Alpes, où la densité est supérieure à 310 médecins pour 100 000 habitants, et de l'autre, le reste de la France ! Les régions les moins bien loties demeurent la Picardie (239 médecins pour 100 000 habitants), le Centre (244 pour 100 000 habitants) et la Haute-Normandie (248 médecins pour 100 000 habitants). Les mesures de régulation proposées par les pouvoirs publics se sont révélées inefficaces jusqu'à présent pour assurer une meilleure répartition des effectifs.

4 Des retraités de plus en plus actifs !

5612 médecins exercent aujourd'hui comme « retraités actifs » (+37 % par rapport à 2009). Le D^r Legmann, président du Cnom, souhaite néanmoins doubler ce chiffre. La loi a en effet ouvert la possibilité de cumuler – sans plafond – un revenu d'activité libérale et une pension de retraite, sous réserve de bénéficier d'une retraite à taux plein (condition très rarement réunie à 60 ou 65

ans chez les médecins, compte tenu de la durée des études médicales). Mais les médecins doivent encore cotiser à leur caisse retraite – sans générer de droits à pension supplémentaires – avec un mode de calcul qui crée des effets de seuil pouvant dissuader des candidats à la poursuite d'une activité à temps partiel. Le conseil national de l'Ordre continuera de se mobiliser pour que ces dispositions soient assouplies.

5 Focus sur les médecins de nationalité européenne et extra-européenne

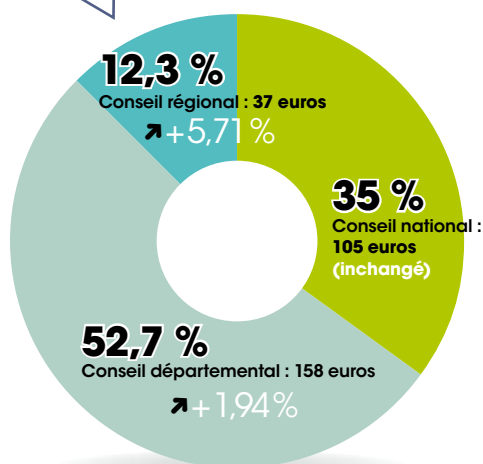
Au 1^{er} janvier 2010, le tableau de l'Ordre recense 10 165 médecins étrangers inscrits au tableau de l'Ordre, soit une hausse de 20,6 % en trois ans. Ces médecins inscrits en activité régulière sont originaires, principalement, de Roumanie (15,4 %), de Belgique (15,1 %), d'Algérie (10,1 %), d'Allemagne (9,6 %) et d'Italie (8,4 %). Les deux tiers d'entre eux optent pour l'exercice salarié et ont, eux aussi, tendance à privilégier les zones déjà bien pourvues. Le Cnom constate donc que leur arrivée ne permet pas de pallier le manque de médecins en zone désertifiée ou en exercice libéral malgré les gros investissements des collectivités locales et territoriales.

➤ Cotisation 2011

Le prix de l'indépendance

Lors de sa session des 15 et 16 décembre 2010, le conseil national de l'Ordre des médecins a voté le budget pour 2011 et fixé la cotisation annuelle à 300 euros. L'augmentation est de 1,69 % par rapport à 2010, un taux équivalent à celui de l'inflation.

Répartition de la cotisation 2011



+ D'INFOS :

- Vous pouvez payer la cotisation en espèces ou par chèque auprès de votre conseil départemental.
- Vous pouvez aussi la régler par carte bancaire sur le site du conseil national : www.conseil-national.medecin.fr
- À noter : la cotisation est de 62 euros pour les médecins retraités (+2 %).

Un effort supplémentaire est nécessaire pour les conseils départementaux et régionaux, dont les charges administratives et relationnelles de proximité augmentent.

POINT DE VUE de l'Ordre



“ Nous avons tous besoin d'un Ordre structuré, proactif et indépendant ”

Dr Walter Vorhauer, secrétaire général du conseil national de l'Ordre des médecins

« Une profonde transformation de notre système de santé est aujourd'hui à l'œuvre et les repères qui ont jalonné la pratique médicale se modifient. Nouvelles aspirations des jeunes médecins, informatisation du système et développement de la télémedecine, crise de la démographie

médicale, coopérations entre professionnels, mobilité des patients, vieillissement de la population et accès aux soins... Devant ces phénomènes complexes, notre profession a besoin d'un Ordre structuré, proactif et indépendant pour veiller au maintien des principes de moralité, de probité,

de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice médical. Que ce soit au niveau départemental, régional ou national, l'Ordre a développé une expertise et un professionnalisme indiscutables qui lui permettent aujourd'hui d'être un interlocuteur fiable pour les pouvoirs publics. »



UN PRIX POUR L'ORDRE DES MÉDECINS

Le conseil national de l'Ordre des médecins a reçu le prix Stratégies de l'édition d'entreprise pour la réalisation d'un abécédaire rassemblant les « mots » d'Alain Rey publiés dans le *Bulletin de l'Ordre des médecins* entre 2000 et 2010. Intitulé *Mots à maux*, cet ouvrage met l'accent sur l'importance de la qualité de la relation entre le patient et son médecin.

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

- Rubrique publications



Médecins conseils : un intéressement sujet à caution

Un accord de la Cnamts prévoit d'octroyer un intéressement aux médecins conseils

s'ils remplissent un certain nombre d'objectifs quantitatifs visant à limiter l'évolution des dépenses d'indemnités journalières. En outre, leur activité sera assortie d'un objectif de pénalités financières de 900 millions d'euros et d'un socle de performance de 700 millions d'euros. L'Ordre déplore de ne pas avoir été consulté sur ce texte, bien que l'un des syndicats représentant les médecins conseils l'ait demandé. Cet accord ne peut que faire peser des doutes sur l'indépendance des avis que donneront les médecins conseils sur les arrêts de travail ou les

contrôles patronaux.

La déontologie médicale fournit un cadre suffisamment clair et rigoureux à l'activité des médecins conseils sans qu'il soit besoin de lui associer une rémunération particulière. L'Ordre rappelle que les organismes de sécurité sociale ne peuvent mettre en place des outils de rémunération des médecins qui « récompensent » les décisions médicales en fonction de leur impact économique, indépendamment des besoins des patients.

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

- Rubrique Actualités

Responsabilité civile professionnelle

À l'occasion de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS)

2011, l'Ordre des médecins a demandé au législateur de réformer le dispositif de l'assurance en responsabilité civile professionnelle des médecins pratiquant des actes à risque pour assurer la survie des spécialités concernées. Une démarche qui fait suite à un courrier adressé en avril dernier au président de la République et cosigné par l'Ordre, l'Académie de médecine, le Collège national des gynécologues et obstétriciens français et le Syndicat national des gynécologues et obstétriciens de France. Le PLFSS 2011 reste cependant muet sur ce point.

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

- Rubrique Actualités

Dossier informatisé du patient

L'Agence nationale des systèmes d'information partagés en santé (Asip Santé)

a annoncé le lancement des premiers dossiers médicaux personnels dans cinq régions expérimentatrices : Alsace, Aquitaine, Franche-Comté, Picardie, Rhône-Alpes. Les patients y auront véritablement accès à partir d'avril.

+ D'INFOS :

www.esante.gouv.fr



© Goro / BPTAme



» Perpignan

La maison médicale universitaire de garde

La maison médicale universitaire de garde de Perpignan a ouvert ses portes, il y a un an.

Sa vocation est double : assurer la permanence des soins (hors nuit profonde) et servir de lieu d'implantation à la filière universitaire ambulatoire de médecine générale pour constituer une plate-forme de services (enseignement-recherche-éducation).

Depuis janvier 2010, les habitants de Perpignan bénéficient d'une offre de soins de premier recours, le soir, le week-end et les jours fériés, au sein de la maison médicale universitaire de garde. Les consultations sont assurées par l'un des médecins généralistes de garde, dans l'un des trois cabinets de la maison. La maison médicale n'a pas pour vocation d'assurer le suivi médical des malades. Mais, dans toutes les cas, un courrier adressé au médecin traitant lui est remis à sa sortie.

Désengorger les urgences

La maison médicale est située dans l'enceinte de l'hôpital. Sa création a permis de désengorger le service des urgences, qui retrouve ainsi sa vocation : prendre en charge les cas nécessitant l'accès à un plateau technique spécialisé. Pour les patients, le bénéfice est réel : une permanence des soins sécurisée, une prise en charge de qualité et un temps d'attente réduit.

Une valeur ajoutée universitaire

Des sessions de formation pour les internes de médecine générale y sont régulièrement organisées dans le cadre du DES. Des séances d'éducation thérapeutique avec d'autres professionnels de santé y sont programmées pour le suivi de patients

atteints de diabète ou d'insuffisance cardiaque. Une activité de recherche en soins primaires y est également menée (actuellement deux thèses de médecine générale et un mémoire de master 2 recherche).

Dans cette perspective, la maison s'inscrit dans un dispositif plus vaste qui est le Pôle de Santé Universitaire Ambulatoire (1 à 2 par département).



“ Je crois à la médecine générale ”

Dr Jacques Rambaud,
médecin généraliste,
président de
la maison médicale
universitaire de garde



Permanence des soins ↘

La maison médicale universitaire est ouverte en soirée, de 19 heures à minuit, et la journée, pendant les week-ends et les jours fériés.

témoignage

Notre projet de maison médicale universitaire de garde (MMUG) a vu le jour il y a plus de trois ans. Il est la déclinaison locale d'un projet régional porté par 35 généralistes du DMG de la faculté de Montpellier-Nîmes. Aujourd'hui, il existe 7 structures de ce type en Languedoc-Roussillon, largement inspirées par l'exemple narbonnais du Dr Meric, professeur associé de MG. La création d'une MMUG répond à la nécessité, pour nous, généralistes, de nous regrouper pour mieux assurer nos missions de permanence des soins, de recherche, d'enseignement et d'éducation thérapeutique. Nous avons un secrétariat, ce qui nous permet de nous consacrer à la pratique quand nous sommes de garde. Nous sommes dotés d'outils informatisés pour mieux coordonner les soins. Cette maison constitue un outil de travail performant et sécurisé. Les médecins ne s'y trompent pas :



Consultation

La maison est dotée de 3 cabinets de consultation, avec chariot d'urgence, ECG, table gynécologique; d'une salle de réunion et d'une salle de repos.



Actes

Un médecin de garde pratique 4 actes en moyenne en soirée, pendant la semaine, et 25 par jour en moyenne, le samedi et le dimanche.

nous n'avons aucune difficulté à remplir les tableaux de garde. Nous démarrons la permanence des soins dès 19 heures : le fonctionnement de cette maison préfigure ainsi la manière dont on doit réorganiser les soins en médecine générale. Tout le monde y gagne : les patients et les médecins, qui y exercent dans de meilleures conditions, et voient dans ces pôles un lieu symbolique de reconnaissance de la médecine générale... ”

LES RESPONSABLES DE LA STRUCTURE

- **Président** : D^r Jacques Rambaud, maître de conférence associé de MG de la faculté de Montpellier-Nîmes.
- **P^r Gérard Bourrel**, directeur du département de médecine générale de la faculté de Montpellier-Nîmes.
- **Coordonnateur** : D^r Patrick Josa, chargé d'enseignement, maître de stage.



Formation et recherche

En 2010-2011, la maison médicale accueille des groupes d'échange de pratiques tuteurés avec une trentaine d'étudiants en DES de médecine générale.



Quelles priorités sanitaires.....> pour la présidence hongroise ?

Le 1^{er} janvier 2011, la Hongrie a succédé à la Belgique à la présidence du Conseil de l'Union européenne. Tour d'horizon de ses priorités en matière de santé.

Depuis le 1^{er} janvier, la Hongrie assure pour six mois la présidence du Conseil de l'Union européenne. Cette présidence s'inscrit dans le cadre d'un programme commun élaboré fin 2009 avec l'Espagne et la Belgique, deux pays qui ont présidé successivement le Conseil en 2010. En santé publique, ce programme met l'accent sur la prévention de l'obésité et de la dépendance, la compréhension de l'impact du

changement climatique et environnemental sur la santé humaine, l'innovation en santé, la sécurité et la qualité des soins et des médicaments, les services de santé en ligne, l'unification des conditions d'exercice des professionnels et, enfin, le don et la transplantation d'organe. Le 29 novembre 2010, le réseau HPCB (Healthcare Professionals Crossing Borders), qui regroupe les régulateurs des professions de santé et auquel

participe le conseil national de l'Ordre des médecins, a accueilli le Dr Hanna Pava, vice-secrétaire d'État aux affaires internationales pour la santé de Hongrie. Elle a réaffirmé les priorités de la présidence hongroise parmi lesquelles le vieillissement de la population, les maladies chroniques, l'E-santé, les soins transfrontaliers, la qualité et la sécurité des soins et la pénurie de professionnels.

+ D'INFOS :

<http://register.consilium.europa.eu>

La feuille de route « santé » de la Commission européenne

John Dalli, le commissaire en charge de la Santé publique auprès de la Commission européenne, a présenté les priorités de son mandat jusqu'en 2015. Il a mis l'accent sur la prévention et l'innovation. Le commissaire a souligné la consultation publique récemment lancée pour préparer la révision de la directive « tabac ». Parmi ses autres priorités : la prochaine révision de la directive sur les dispositifs médicaux ou le développement de l'e-santé pour réduire les inégalités d'accès aux soins et les coûts de fonctionnement de la santé publique via la télémédecine et les supports électroniques d'information (dossier médical

électronique, prescriptions électroniques). Comme le souligne le Dr Montané, délégué général aux Affaires européennes et internationales, « c'est souvent après de nombreuses navettes entre la Commission européenne, le Parlement européen et le Conseil de l'Union européenne qu'une directive, présentée comme prioritaire, peut être adoptée lors d'une présidence ultérieure. Ce sera le cas, notamment, pour les directives sur la mobilité des patients et le "paquet pharmaceutique" (pharmacovigilance et contrefaçons), très attendues et initiées, déjà, depuis quelques années. »

Renforcer les droits des citoyens

Michel Barnier, commissaire européen chargé du Marché intérieur, a présenté fin octobre deux rapports pour relancer le marché intérieur.

➤ L'Acte pour le marché unique entend stimuler la croissance, la compétitivité et le progrès social. Il propose 50 mesures visant à faciliter la vie de tous les acteurs du marché – les entreprises, les consommateurs et les travailleurs. Chaque citoyen peut contribuer à ce débat en ligne.

➤ Le Rapport sur la citoyenneté a fait suite au rapport Lamassoure, publié sous la présidence française, qui a pour objectif de lever les obstacles aux droits dont bénéficie le citoyen européen, notamment lorsqu'il exerce son droit à la mobilité dans l'Union.



Avec la participation de...

Dominique Tian, député UMP de la deuxième circonscription des Bouches-du-Rhône et maire du quatrième secteur de Marseille.

D^r Olivier Bernard, praticien hospitalier, président de Médecins du monde.

D^r André Deseur, président de la section Exercice professionnel au Cnom.

La réforme de l'aide médicale d'État

Un vif débat a récemment agité les rangs du Parlement : la réforme de l'aide médicale d'État (AME), destinée aux étrangers en situation irrégulière. L'Assemblée nationale a adopté deux amendements restreignant l'accès à l'AME. Une mesure injuste, selon les associations de défense des migrants, qui pourrait s'avérer préjudiciable aux plus démunis comme aux médecins censés les soigner.

Bon à savoir

Créée en 1999, l'aide médicale d'État (AME) donne accès aux soins gratuits aux étrangers en situation irrégulière, présents sur le territoire français depuis au moins trois mois. Pour en bénéficier, les personnes ne doivent pas percevoir plus de 634 euros par mois. Le budget de l'AME est financé par l'État et non par l'Assurance maladie.

L'aide médicale d'État (AME) est destinée aux étrangers en situation irrégulière qui gagnent moins de 634 euros par mois. Elle leur permet d'accéder gratuitement à tous les soins, en ville ou à l'hôpital. En novembre dernier, un groupe de députés UMP, soutenu par le gouvernement, a fait adopter deux amendements à la loi de finances de 2011, qui devaient réformer l'accès au dispositif à compter du 1^{er} janvier. Leurs motivations ? Limiter les abus suspectés et le coût de ce système, dont le budget a augmenté de 42 % en quatre ans. Les grandes lignes de la réforme proposée : un droit d'accès de 30 euros pour tout candidat à l'AME (sauf pour les mineurs) ; un panier de soins excluant les cures thermales et les traitements contre la stérilité ; et un nombre de bénéficiaires restreint à la famille proche (conjoint et enfants directs). Les associations défendant les migrants ont vivement dénoncé ces

amendements, suspectés de « stigmatiser les étrangers ». Pour elles, un ticket modérateur de 30 euros est inaccessible quand on gagne moins de 634 euros par mois. La réforme pousserait au renoncement aux soins. Or prendre en charge des pathologies à un stade avancé s'avère *in fine* bien plus coûteux.

Quant à l'Ordre des médecins, il s'inquiète des conséquences sur l'exercice des praticiens. Face à un malade qui n'a pas de couverture sociale, comment réagir ? Prodiquer des soins à titre gratuit, au risque de mettre son activité économique en péril ? Refuser les soins et s'exposer à des actes de représailles ? Le corps médical pourrait être mis dans une situation inconfortable. Pour l'heure, les sénateurs ont rejeté les amendements ; mais le Premier ministre souhaite que la réforme soit réintégrée. Une mission d'expertise sur l'AME, confiée aux inspections générales des Affaires sociales et des Finances, est attendue.



Dominique Tian

Député UMP de la deuxième circonscription des Bouches-du-Rhône et maire du quatrième secteur de Marseille. Il fait partie du groupe de députés à l'origine des amendements réformant l'AME, en novembre dernier.



Dr Olivier Bernard

Praticien hospitalier, chef du service pédiatrie à Aubagne de 2003 à 2009, président de Médecins du monde. Après avoir effectué plusieurs missions humanitaires en zone de conflit (Kosovo, Guinée, Népal, Madagascar...), il a pris la présidence de l'ONG Médecins du monde en 2008.

Pourquoi faudrait-il réformer l'AME ?

Dominique Tian :

Parce que son budget dérape : il a augmenté de 42 % en quatre ans. Par ailleurs, tout assuré social français acquitte une franchise de 50 euros. Il est normal de payer un droit d'entrée pour accéder ensuite aux soins gratuitement, c'est une question d'équité. 30 euros, cela reste tout à fait accessible pour une personne qui a parfois payé des milliers d'euros pour venir en France... Cela permettra au moins de couvrir les frais de constitution du dossier, de responsabiliser les ayants droit et de limiter les abus.

Dr Olivier Bernard : Le plafond de ressources pour accéder à l'AME est de 634 euros par mois ; 30 euros

pour quelqu'un qui touche 600 euros, c'est beaucoup.

Dr André Deseur :

Réclamer une participation financière à une personne en situation de grande précarité ne peut qu'alimenter des activités économiques d'une nature douteuse. Comment peut-on gagner 634 euros en France en étant en situation irrégulière sans passer par des activités illicites ? Rappelons que le budget de l'AME reste très limité au regard de celui de l'Assurance maladie.

Comment expliquer l'augmentation du budget dédié à l'AME ?

Dr Olivier Bernard : Les dépenses globales ont augmenté de

EN CHIFFRES

215 000

personnes

ont bénéficié de l'AME en 2009. Le budget est en augmentation depuis plusieurs années. De l'ordre de 535 millions d'euros en 2010, il devrait passer à 588 millions en 2011.

13,3 % entre 2008 et 2009, et la tendance se poursuit en 2009. Pourquoi ? Le nombre de bénéficiaires a augmenté en raison d'une disposition prise par le gouvernement en 2008, qui a entraîné le transfert de nombreux ressortissants de l'Union européenne de la CMU vers l'AME. Et les entraves de régularisation d'étrangers gravement malades par les préfectures ont pour effet de reporter des frais d'hospitalisation sur l'AME. Autre

explication : les pathologies graves sont surreprésentées parmi ces patients.

Dominique Tian : Il faut préciser qu'en 2009, 200 prises en charge de procréation médicalement assistée ont été financées par l'AME. Des personnes sont venues de Chine pour cela, la presse s'en est fait l'écho. Aussi notre réforme prévoit d'exclure du panier de soins les PMA et les cures thermales. Ajoutons que le rapport annuel

CAHIER JURISPRATIQUE



n° 15 sommaire :

- » **INFORMATION DU PATIENT** La personne de confiance I 13
- » **EXERCICE PROFESSIONNEL** Les relations entre la pratique médicale et l'ostéopathie I 17
- » **DISPOSITIFS MÉDICAUX** Augmentation du volume mammaire : Macrolane en questions I 18
- » **LOBBYING** L'action du conseil national de l'Ordre en Europe I 19
- » **SIGNALEMENT** Le modèle-type de signalement pour les sévices à mineurs I 20

La personne de confiance

..... Depuis 2002, un patient peut désigner une personne de confiance pour l'accompagner dans son parcours médical. Le conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) vient d'adopter un rapport du D^r Irène Kahn-Bensaude, vice-présidente du Cnom, qui propose un point juridique pour tous les médecins.

La loi du 4 mars 2002 a institué la personne de confiance. Le 8 octobre 2010, le Cnom a adopté un rapport qui fait le point sur cette nouvelle notion. Elle n'est pas sans conséquence pour les médecins. D'une relation médecin-patient à deux, les médecins seront en effet confrontés de plus en plus à des relations à trois médecin-patient-personne de confiance, parfois à quatre si la désignation de la personne de confiance a créé un conflit avec la famille. Ce rapport du Cnom aborde en particulier la définition de la personne de confiance, son mode de désignation, les obligations du médecin, l'impact de la désignation sur le secret médical ou encore les nombreuses circonstances de désignation d'une personne de confiance : hospitalisation; prise en charge dans le cadre d'un réseau de santé ou de soins; recherche biomédicale; recherche des caractéristiques ou d'empreintes génétiques d'une personne; ou encore dans le cadre de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades en fin de vie, dite loi Léonetti.

1/ Comment la personne de confiance est-elle juridiquement définie ?

L'article L.1111-6 du code de la santé publique, créé par la loi du 4 mars 2002, a institué la personne de confiance. Cette notion s'inscrit dans un contexte qui fait référence explicitement à deux valeurs éthiques centrales : d'une part, la dignité de la personne; d'autre

>> suite page 14

La personne de confiance

>> suite de la page 13

part, le respect de l'autonomie de la personne. La notion de personne de confiance définie par la loi se distingue et va plus loin que ce que prévoyait auparavant l'article 36 du code de déontologie médicale ainsi rédigé :

« Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés ». L'article L.1111-6 du CSP précise ainsi que :

« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être : un parent, un proche, le médecin traitant, et qui sera consultée dans le cas où elle-même sera hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information à cette fin. Cette désignation est faite par écrit, elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions... » Trois ans après l'adoption de la loi du 4 mars 2002, la loi Léonetti du 22 avril 2005 fait aussi référence à la personne de confiance

qui doit être obligatoirement consultée avant toute décision d'arrêt ou de limitation d'un traitement chez un patient hors d'état de s'exprimer. La personne de confiance y est citée en premier, avant la famille ou les proches pour être l'interlocuteur principal du corps médical.

2/ Qui peut désigner une personne de confiance ?

Seule une personne majeure peut désigner une personne de confiance. Si elle fait l'objet d'une mesure de tutelle : il faut distinguer selon que la désignation est antérieure ou postérieure à la mise sous tutelle. Faite après la mise sous tutelle, la désignation n'est pas valable ; si la désignation a été faite avant la mise sous tutelle, le juge des tutelles peut, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer sa désignation. Notons que le majeur sous curatelle ou sous

sauvegarde de justice peut désigner une personne de confiance.

En ce qui concerne le mineur, il est considéré comme civilement incapable et est représenté par ses parents ou son tuteur. L'article L.1111-5 du CSP prévoit que si le mineur consulte un médecin à l'insu de ses représentants légaux et s'oppose de façon réitérée à ce qu'ils soient informés, il doit être accompagné d'une personne majeure pour la mise en œuvre des soins ; celle-ci n'a qu'un rôle d'accompagnement. De la même manière, une femme mineure non émancipée qui souhaite garder le secret vis-à-vis de ses représentants légaux ou n'a pu obtenir leur consentement à l'interruption de grossesse qu'elle demande doit être accompagnée d'une personne majeure de son choix. Les personnes ainsi nommées le sont pour des missions ponctuelles ; elles accompagnent le patient mais à la différence des personnes de confiance ne sont pas consultées sur les décisions à prendre.

3/ Qui peut être désigné ?

Selon les termes de la loi, il peut s'agir d'un parent, d'un proche ou du médecin traitant. Le terme « parent » laisse toute latitude à l'intéressé pour désigner comme personne de confiance l'un ou l'autre des membres de sa famille, selon des critères qui lui sont personnels. Un « proche » est beaucoup plus difficile à définir ; il suppose que les deux « parties » se connaissent bien, entretiennent une relation qui soit suffisamment approfondie pour qu'en cas de besoin la personne désignée soit en mesure de faire connaître les souhaits et opinions du patient. Il semble difficile de choisir son voisin de chambre d'hospitalisation. Bien que la loi le permette, on voit mal comment le médecin traitant pourrait dans son rôle habituel être désigné comme personne de confiance de l'un de ses patients. Son rôle est d'informer le patient sur son état, les traitements qu'il lui propose, éventuellement de le conseiller. Il ne peut

en même temps être celui qui traduit le choix du patient... sauf dans le cas d'une hospitalisation. Enfin, il faut supposer – bien que la loi ne l'indique pas – que la personne de confiance est majeure et ne fait pas l'objet d'une quelconque incapacité.

4/ Quel rôle joue la personne de confiance ?

Elle accompagne le patient. Elle assiste aux entretiens médicaux. Elle peut aider le patient à prendre des décisions. Toutefois, la personne de confiance ne peut que s'exprimer au nom du patient et non en son nom mais parfois, alors que le patient n'ose pas ou est sous le choc d'une annonce, elle peut poser des questions que le patient aurait souhaité poser et recevoir du médecin des explications qu'elle pourra répéter au patient. Elle ne se substitue pas au patient. En d'autres termes, le fait de se conformer à l'avis de la personne de confiance ne saurait écarter, sur le plan médico-légal, la responsabilité du professionnel de santé.

Si le patient est incapable de s'exprimer c'est, selon la loi, à la personne de confiance que le médecin s'adresse en premier. En effet, au terme de l'article 1111-4 : « Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L.1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté. » L'article 37 du code de déontologie médicale rappelle que, dans ce cas, la personne de confiance peut demander la mise en œuvre de la procédure collégiale et si elle n'en prend pas l'initiative, elle est informée dès que la décision de la mettre en œuvre a été prise. Elle est consultée sur les souhaits qu'aurait exprimés le patient, à défaut d'avoir rédigé des directives anticipées, et son avis doit être pris en compte dans la décision de limitation ou d'arrêt de traitement. La nature et les motifs de la décision lui sont communiqués. Le rôle de la personne de

confiance peut également être très important dans d'autres situations. Par exemple, lorsqu'une personne, souvent une jeune femme, subit une influence, parfois de nature culturelle ou sociale, choisir une personne de confiance permet d'écarter les pressions de l'entourage. Autre exemple : alors que la population vieillit et que de plus en plus d'individus vont être atteints de démence sénile, il serait bon que, pour les aider, si possible, à prendre des décisions, ils aient désigné quelqu'un qui puisse les aider.

5/ La personne de confiance échappe-t-elle au secret médical ?

Le secret médical n'est pas levé vis-à-vis de la personne de confiance et elle n'a pas accès au dossier médical ; mais elle assiste, à la demande du patient, aux entretiens. La personne de confiance est de ce fait soumise au secret. Elle ne devrait néanmoins pas assister à l'examen médical du patient. Celui-ci devrait rester un colloque singulier permettant aussi au

médecin d'affiner la relation médecin-malade. Toutefois, l'article L.1110-4 du CSP précise : « En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L.1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part. »

6/ Comment et en quelles circonstances peut-on désigner la personne de confiance ?

Il suffit de la nommer par écrit. Le médecin qui en est informé doit le consigner dans le dossier de son patient ou y conserver le document signé. La désignation de la personne de confiance peut intervenir à tout moment. Elle n'est pas limitée dans le temps et peut-être révoquée à tout moment. Cependant, des situations particulières sont prévues.

>> suite page 16

La personne de confiance

>> suite de la page 15

• Désignation lors de l'hospitalisation

Lors de l'hospitalisation, et pour la durée de celle-ci, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance. La proposition est souvent faite au moment de l'admission par le service d'accueil. Il serait sans doute préférable que la proposition soit faite par le médecin responsable ou une infirmière au cours d'un entretien. La loi ne précise pas que l'accord de la personne de confiance à sa désignation doit être recherché.

• Prise en charge dans le cadre d'un réseau de santé ou de soins

Dans le cadre de la loi de 2005, le législateur a prévu d'une part la prise en charge des soins dans le cadre des réseaux et d'autre part la possibilité que la personne de confiance y ait sa place. Ainsi l'article D.6321-3 du CSP précise que : « Le réseau remet un document d'information aux usagers qui précise le fonctionnement du réseau et les prestations qu'il propose, les moyens prévus pour assurer l'information de l'utilisateur à chaque étape de sa prise en

charge, ainsi que les modalités lui garantissant l'accès aux informations concernant sa santé et le respect de leur confidentialité. Lorsqu'une prise en charge individualisée est proposée dans le cadre du réseau, le document prévu à l'alinéa précédent est signé, lorsque cela est possible, par l'utilisateur ou, selon le cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur, dans les conditions définies à l'article L.1111-2 ou par la personne de confiance mentionnée à l'article L.1111-6. Ce document détermine également les règles de cette prise en charge et les engagements réciproques souscrits par l'utilisateur et par les professionnels. »

• Désignation dans le cadre de la recherche biomédicale

L'article L.1122-1-2 du CSP, inséré par la loi du 9 août 2004, prévoit qu'« en cas de recherches biomédicales à mettre en œuvre dans des situations d'urgence qui ne permettent pas de recueillir le consentement préalable de la personne qui y sera soumise, le protocole présenté à l'avis du

comité mentionné à l'article L.1123-1 peut prévoir que le consentement de cette personne n'est pas recherché et que seul est sollicité celui des membres de sa famille ou celui de la personne de confiance mentionnée à l'article L.1111-6 dans les conditions prévues à l'article L.1122-1-1, s'ils sont présents. »

• Désignation dans le cadre de la recherche des caractéristiques ou d'empreintes génétiques d'une personne

L'article L.1131-1 du CSP indique que « l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques sont régis par les dispositions du chapitre III du titre I^{er} du livre I^{er} du code civil et par les dispositions du présent titre, sans préjudice des dispositions du titre II du présent livre. Toutefois, lorsqu'il est impossible de recueillir le consentement de cette personne ou, le cas échéant, de consulter la personne de confiance mentionnée à l'article L.1111-6, la famille ou, à défaut, un de ses proches, l'examen ou

l'identification peuvent être entrepris à des fins médicales, dans l'intérêt de la personne. »

• Désignation dans le cadre de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades en fin de vie

Ce texte, souvent appelé loi Léonetti, a complété le dernier alinéa de l'article L.1110-5 du CSP en précisant notamment que « les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort. Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abréger sa vie, il doit en informer le malade, sans préjudice des dispositions du quatrième alinéa de l'article L.1111-2, la personne de confiance visée à l'article L.1111-6, la famille ou, à défaut, un des proches. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical. »

Les relations entre la pratique médicale et l'ostéopathie

..... Depuis la loi du 4 mars 2002, l'encadrement de l'exercice de l'ostéopathie s'est renforcé. Si les ostéopathes ne peuvent pratiquer certaines manipulations, pour certaines d'entre elles – dangereuses – un avis médical est nécessaire. La section santé publique du Cnom, présidée par le Dr Romestaing, fait le point dans une note de synthèse.

Lors de sa session de septembre 2010, la section Santé publique et démographie médicale du conseil national de l'Ordre des médecins a présenté une note de synthèse sur la pratique de l'ostéopathie depuis la loi du 4 mars 2002 et le décret du 25 mars 2007 qui précisent les conditions d'exercice de l'ostéopathie. Dans un souci de santé publique, la section a jugé utile de rappeler un certain nombre de points aux médecins qui seraient sollicités par leurs patients pour bénéficier d'actes d'ostéopathie pratiqués par des professionnels de santé non-médecins.

1/ L'article 3 du décret du 25 mars 2007 relatif aux actes et conditions de l'exercice de l'ostéopathie interdit aux ostéopathes non-médecins d'effectuer les manipulations gynéco-obstétricales et les touchers pelviens.

2/ Le médecin est seul juge de la pertinence d'une

prescription médicale et des examens complémentaires qu'il convient de mettre en œuvre. La prescription d'un examen sollicité par un patient à la demande d'un ostéopathe engage la responsabilité pleine et entière du médecin s'il se « limite à exécuter la demande de son patient ».

3/ De même, la responsabilité du médecin est engagée dans la remise d'un certificat attestant de l'absence de contre-indication à des manipulations du crâne, de la face et du rachis chez le nourrisson de moins de 6 mois et du rachis cervical chez tous les patients.

4/ Enfin, pour éviter toute confusion dans l'esprit des patients, le conseil national de l'Ordre préconise d'interdire le partage des locaux entre médecin et ostéopathe exclusif et de vérifier dans les pages jaunes de l'annuaire, y compris

OSTÉOPATHIE : UNE PRATIQUE TRÈS ENCADRÉE

● L'article 1^{er} du décret du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie stipule que : « Les praticiens justifiant d'un titre d'ostéopathe sont autorisés à pratiquer des manipulations ayant pour seul but de prévenir ou de remédier à des troubles fonctionnels du corps humain, à l'exclusion des pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agents physiques. Ces manipulations sont musculo-squelettiques et myofasciales, exclusivement manuelles et externes. Ils ne peuvent agir lorsqu'il existe des symptômes justifiant des examens paracliniques. Pour la prise en charge de ces troubles fonctionnels, l'ostéopathe effectue des actes de manipulations et mobilisations non instrumentales, directes et indirectes, non forcées, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques établies par la Haute Autorité de santé. »

Par ailleurs, l'article 2 du même décret ajoute que : « Les praticiens mentionnés à l'article 1^{er} sont tenus, s'ils n'ont pas eux-mêmes la qualité de médecin, d'orienter le patient vers un médecin lorsque les symptômes nécessitent un diagnostic ou un traitement médical, lorsqu'il est constaté une persistance ou une aggravation de ces symptômes ou que les troubles présentés excèdent son champ de compétences. »

dans la version Internet, l'absence d'ostéopathes exclusifs dans la rubrique des médecins ostéopathes.

Augmentation du volume mammaire : Macrolane en questions

..... Indiquée depuis mai 2008 pour l'augmentation du volume mammaire, l'utilisation du gel Macrolane soulève encore de nombreuses questions. En novembre 2010, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) a adressé une réponse documentée sur le sujet au conseil national de l'Ordre des médecins.

En septembre 2010, la section Santé publique et démographie médicale du conseil national de l'Ordre des médecins a interrogé l'Afssaps sur l'utilisation du gel Macrolane dans le cadre d'une augmentation du volume des seins. En novembre 2010, le directeur de l'Afssaps, Jean Marimbert, a adressé à l'Ordre une réponse écrite documentée sur cette question qui peut utilement compléter les informations concernant les injections de toxine botulique et d'acide hyaluronique.

1/ À quoi sert Macrolane ?

Macrolane est un acide hyaluronique injectable fabriqué par le laboratoire suédois QMED, développé pour la restauration des volumes corporels. À sa première mise sur le marché (fin 2007 en France), ce dispositif était destiné à être implanté dans toutes les zones du corps à l'exception des seins et du visage. Le fabricant a obtenu en mai 2008 le marquage CE pour une extension d'indication pour l'augmentation mammaire. L'Afssaps précise que Macrolane est le seul produit, à sa connaissance, commercialisé en France, indiqué dans l'augmentation de volume corporel, autre que facial. D'autres

produits injectables (acide hyaluronique, acide polyactique, hydroxyapatite) sont utilisés dans l'augmentation de volume corporel de type facial, telle que le remodelage du menton, des pommettes ou le traitement de la lipoatrophie faciale.

2/ Macrolane peut-il être utilisé sans danger ?

Pour l'Afssaps, il n'existe pas, à ce jour, d'éléments pouvant remettre en question la sécurité de l'utilisation de Macrolane dans l'augmentation des volumes corporels autres que ceux des seins. Néanmoins, l'Afssaps rappelle que la notice du fabricant précise que

« l'injection doit être effectuée par des médecins connaissant parfaitement l'anatomie du site traité et possédant l'expérience de techniques d'injection, telles que la transplantation de graisse et, le cas échéant, la chirurgie mammaire. » En ce qui concerne l'utilisation pour l'augmentation du volume mammaire, l'Afssaps ajoute que l'injection dans les seins est réalisée sans contrôle de technique d'imagerie, ce qui présente un risque de « fausse route » telle que la perforation d'une veine ou l'injection dans le muscle pectoral. L'Afssaps estime également que ce type d'injection est similaire à un acte effractif par la mise en place d'une canule dans le sein pour introduire le gel. Les experts de l'Afssaps ont donc conclu que les conditions d'injection de Macrolane dans le sein devraient être similaires à celles d'une intervention chirurgicale sur le sein, notamment avec le respect de conditions d'asepsie rigoureuses.

3/ Les indications d'utilisation de Macrolane dans l'augmentation du volume des seins vont-elles évoluer ?

Au terme de l'évaluation du dossier Macrolane, la Commission nationale de sécurité sanitaire des dispositifs médicaux de l'Afssaps a été d'avis de restreindre l'utilisation du gel Macrolane, destiné à l'augmentation mammaire, à un environnement chirurgical et dans le cadre d'un protocole de collecte de données cliniques. Ce protocole est en cours d'élaboration avec les experts sénologues de l'Afssaps. Par ailleurs, la problématique de l'environnement chirurgical du geste d'injection mammaire du gel Macrolane rejoint les travaux de la Direction générale de la santé (DGS) sur les actes à visée esthétique. Dans son rapport de décembre 2008, la DGS prévoyait en effet que les gestes invasifs avec effraction cutanée dépassant l'aponévrose soient réservés aux chirurgiens.

Recommandations pour la continuité des soins

..... Ces recommandations présentées par la section Exercice professionnel du Cnom ont été adoptées lors de la session du 16 décembre 2010.

A. Le contexte légal

L'information du patient en cas d'absence du médecin fait aujourd'hui l'objet de deux dispositions légales.

- L'une figure dans la récente loi 2009-879 du 21 juillet 2009, dite loi HPST sous un chapitre intitulé : « Continuité des soins en médecine ambulatoire ».

Elle mentionne : « La continuité des soins aux malades est assurée quelles que soient les circonstances. Lorsque le médecin se dégage de sa mission de soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, il doit indiquer à ses patients le confrère auquel ils pourront s'adresser en son absence » (article L.6315-1 du code de la santé publique). Cette disposition est d'application immédiate.

- L'autre, beaucoup plus ancienne, trouve sa place dans l'arrêté du 25 juillet 1996 relatif à l'information du « consommateur » sur l'organisation des urgences médicales. L'arrêté prévoit que : « les médecins doivent afficher en salle d'attente de manière visible et lisible les conditions ci-dessous dans lesquelles est assurée la permanence des soins :

- leurs numéros de téléphone et les heures auxquelles ils peuvent être joints;
- le numéro de téléphone des structures de permanence de soins et d'urgence vers lesquelles ils choisissent d'orienter les consommateurs en leurs absences;
- la mention suivante : « en cas de doute ou dans les cas les plus graves, appelez le

numéro téléphonique 15 ».

Cette dernière disposition n'a pas été abrogée même si elle doit être relue à la lumière du dispositif légal instaurant une régulation médicale préalable de la permanence des soins assurée par le centre 15 ou un centre d'appel interconnecté aux centres 15.

- Le code de déontologie médicale, pour sa part, ne précise pas l'attitude que le médecin doit adopter en cas d'absence mais prévoit de façon générale qu'il doit assurer la continuité des soins.

B. Les trois recommandations ordinaires

1. Les médecins doivent, autant que possible, avertir les patients de leurs absences programmées, par les moyens qu'ils jugent les plus appropriés.

2. Les médecins doivent, pendant leurs absences programmées, indiquer aux patients le confrère auquel ils pourront s'adresser. Il s'agit, au-delà des termes de la loi, d'un devoir déontologique qui s'adresse à tous les médecins quels que soient leur spécialité ou leur mode d'exercice.

Cette information du patient impose qu'au préalable le médecin se soit rapproché de ses confrères et se soit entendu avec eux. Dans certains cas, le médecin n'indiquera pas le nom et les coordonnées d'un médecin identifié mais ceux d'une association de médecins ou encore ceux d'un service hospitalier, toujours avec l'accord des praticiens auxquels il renvoie.

3. En cas de difficultés pour le médecin à trouver un confrère ou une structure pour ses patients, et ce quelle qu'en soit la cause, le médecin se rapprochera de son conseil départemental afin de le lui signaler. Si le conseil départemental ne parvient pas à régler le problème, en raison d'une pénurie médicale, il pourra alerter le directeur général de l'ARS afin que soit mise en œuvre une mutualisation des moyens médicaux publics et privés.

Dans le cas de l'organisation de la continuité des soins, les médecins peuvent mettre en place les moyens permettant d'accéder aux informations médicales utiles à leurs confrères. À cet égard, le DMP présentera une utilité certaine. On peut également rappeler qu'il ne faut pas confondre la continuité des soins avec une disponibilité sans limites ou encore avec la réponse à des exigences médicalement injustifiées.

PAS DE MESURE VEXATOIRE !

Il y a lieu de souligner que la continuité des soins est aujourd'hui assurée par l'immense majorité des médecins, conformément à la déontologie médicale, et dans des conditions qui rendent inutiles et vexatoires toute tentative de contrainte. Le conseil national de l'Ordre des médecins a été entendu sur ce point par les pouvoirs publics.

LE MODÈLE-TYPE DE SIGNALEMENT POUR LES SÉVICES À MINEURS

Un modèle de signalement a été élaboré en 2004, en concertation entre le ministère de la Justice, le ministère de la Santé, le ministère délégué à la Famille et les associations de protection de l'enfance. Le signalement doit être adressé directement par le médecin au procureur de la République ou au substitut du procureur. Il n'a pas à être accompagné d'un certificat, ni à fixer une ITT. Si, dans l'urgence, le signalement est effectué par téléphone ou télécopie, il sera confirmé par ce document écrit, daté et signé. Le médecin s'assurera de sa réception et en conservera un double. **Pour le retrouver en ligne : www.conseil-national.medecin.fr - Rubrique : médecin**

SIGNALEMENT

(veuillez écrire en lettres d'imprimerie)

Cachet du médecin :

Je certifie avoir examiné ce jour (en toutes lettres) :

Date (jour de la semaine et chiffre du mois) : ____ / ____ / année : _____, à ____ heure(s).

L'enfant : Nom : _____ / prénom : _____

• Date de naissance (en toutes lettres) : _____

• Sexe : _____

• Adresse : _____

• Nationalité : _____

Accompagné de (noter s'il s'agit d'une personne majeure ou mineure, indiquer si possible les coordonnées de la personne et les liens de parenté éventuels avec l'enfant) :

La personne accompagnatrice nous a dit que :

« _____

_____ »

L'enfant nous a dit que :

« _____

_____ »

Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice :

☐ **Oui**
☐ **Non**

(rayer la mention inutile)

Description du comportement de l'enfant pendant la consultation :

Description des lésions s'il y a lieu

(noter le siège et les caractéristiques sans en préjuger l'origine)

Compte tenu de ce qui précède et conformément à la loi, je vous adresse ce signalement.

Signalement adressé au procureur de la République

Fait à _____

Le ____ / ____ / ____

Signature du médecin
ayant examiné l'enfant :



Dr André Deseur

Président de la section Exercice professionnel au Cnom. Médecin généraliste en Seine-et-Marne, le Dr Deseur est également président du conseil départemental de l'Ordre de Seine-et-Marne et délégué à la communication au Cnom.

de performances au Parlement de 2009¹, qui a étudié 5 % des dossiers d'AME, révèle que de fausses déclarations de ressources sont faites dans près de la moitié des cas ! Il faut lutter contre les fraudes massives.

Dr Olivier Bernard : Il n'y a pas de fraudes massives. Les chiffres que vous citez ne sont pas représentatifs. Deux rapports récents de l'Igas et de l'IGF² ont conclu que l'AME remplit des objectifs de santé publique essentiels et qu'il s'agit d'« un dispositif maîtrisé avec des potentialités de fraudes (...) qui apparaissent limitées ».

L'AME encourage-t-elle le tourisme médical ?

Dominique Tian : Tout à fait. L'AME provoque un appel d'air pour le tourisme médical et l'immigration sauvage.

Le budget sera bientôt de 1 milliard d'euros ; il faut agir. Nous sommes le pays le plus accueillant et le seul à avoir créé l'AME...

Dr Olivier Bernard : Non, la Belgique a mis en place un dispositif similaire. L'Espagne et le Portugal garantissent aux sans-papiers le même accès aux soins que les résidents nationaux. Par ailleurs, plusieurs études montrent que l'immigration thérapeutique est extrêmement marginale. Une enquête que nous avons menée auprès de 1218 sans-papiers en Europe montre que seuls 6 % citent la santé comme l'un des motifs de migration.

Quelles conséquences pourrait avoir l'instauration d'un droit d'entrée de 30 euros ?

Dr André Deseur :

Un certain nombre d'étrangers en situation irrégulière ne pourraient pas payer ce montant et seraient donc privés de prise en charge. Outre le risque pour la santé individuelle, un risque collectif se profilerait si des maladies épidémiques n'étaient pas soignées. Sans parler des conséquences budgétaires pour la société, car soigner une tuberculose naissante ou à un stade avancé n'a pas le même coût...

Dr Olivier Bernard :

En effet, la réforme majorerait le retard des soins. L'existence de l'AME permet à une population confrontée à des déterminants de santé tous négatifs d'avoir accès aux soins, à la prévention et d'être prise en charge au début de la maladie.

Dr André Deseur :

Autre conséquence : les professionnels de santé pourraient être mis dans une situation inconfortable par cette réforme. La déontologie et le Code de santé publique leur imposent de prodiguer des soins, sans tenir compte de critères ethniques ou sociaux – y compris à titre gratuit si les malades n'ont pas de couverture sociale. Mais les professionnels ne sont alors pas remboursés. Dans des secteurs où sont concentrés de nombreux étrangers en

situation irrégulière, l'exercice financier d'une structure pourrait être mis en péril. Par ailleurs, si un médecin refuse de soigner une personne sans couverture sociale, ne s'expose-t-il pas à des représailles, des actes d'incivilité ? Sa sécurité serait menacée.

Dominique Tian : Il est important de rappeler qu'une fois les 30 euros acquittés, les patients bénéficiant de l'AME seraient comme maintenant soignés gratuitement, aux frais des assurés sociaux et des contribuables français, à condition que ce soit dans le cadre du panier de soins, ce qui exclut les soins de confort ou abusifs comme les PMA et les cures thermales.

Dr André Deseur :

Encore faut-il pouvoir payer 30 euros. Et la filière de soins risquerait d'être compromise. Quand bien même un médecin soignerait à titre gratuit un malade sans protection sociale, celui-ci ne pourrait pas obtenir de médicaments à la pharmacie...

1. Rapport annuel de performances au Parlement (mission 183, indicateur 2.2) relatif au contrôle de l'AME en 2009.

2. Rapport sur l'AME de l'Igas (février 2003) et Rapport sur la gestion de l'AME (Igas et IGF, mai 2007).

Protection de l'enfance : tous concernés!

“ Renforcer la prévention, mieux repérer les enfants en danger ou en risque de danger, et améliorer les interventions auprès des enfants et de leurs familles. ”

En mai 2010, les États généraux de l'enfance ont souligné l'importance de clarifier le circuit de transmission des informations relatives à l'enfance en danger, précisé dans la loi de mars 2007.

Tous les partenaires qui œuvrent dans ce domaine sont concernés.

Quel est le rôle du médecin ? Décryptage grâce à un rapport des D^{rs} Irène Kahn-Bensaude, vice-présidente du conseil national de l'Ordre, et Jean-Marie Faroudja, conseiller national.



POINT DE VUE de l'Ordre



D^r Irène Kahn-Bensaude, vice-présidente du conseil national de l'Ordre - **D^r Jean-Marie Faroudja**, conseiller national de l'Ordre

“ Les médecins ont le devoir de signaler si la situation l'exige ”

« La loi de mars 2007 a permis une avancée considérable en matière de protection de l'enfance. Or, elle demeure peu ou mal connue. À la suite des États généraux de l'enfance de mai 2010, nous avons souhaité revenir sur ce sujet essentiel en publiant un rapport simple et précis qui rappelle les mesures à prendre par le médecin en cas de maltraitance d'un enfant. Quelles sont-elles ? Il faut distinguer deux types de mesures. La première, le signalement, est une procédure judiciaire à effectuer auprès du procureur lorsque des faits graves sont constatés qui exigent une intervention d'urgence. La seconde, appelée « information préoccupante » est à transmettre auprès de la cellule départementale du conseil général, en cas

d'un danger ou d'un risque de danger pour l'enfant. Force est de constater que les médecins semblent parfois assez frileux pour engager ce genre de procédure, le plus souvent par ignorance de la loi. Il est pourtant important de rappeler que le médecin n'a pas la possibilité mais le devoir de signaler ou d'informer les services compétents lorsqu'il constate des cas graves ou préoccupants. La levée du secret médical est prévue par la loi, dans le code pénal et le code de déontologie notamment. Transmettre, alerter, signaler ne met absolument pas en cause le médecin, sur un plan juridique à condition qu'il n'implique aucun tiers dans ses déclarations. Nous avons tous à œuvrer pour la protection de l'enfance. Mobilisons-nous. »



Les États généraux de l'enfance ont souligné la nécessité de faciliter la transmission d'informations entre professionnels de la protection de l'enfance.

Plus de 95 000 enfants seraient en danger de maltraitance¹ en France. Si ce chiffre est à prendre avec beaucoup de précautions, tant il est difficile de recenser précisément les situations à risques, il révèle tout de même un drame quotidien. La protection de

l'enfance est un sujet phare des autorités et la mobilisation sur ce thème ne date pas d'hier. L'Aide sociale à l'enfance et le corps de magistrats spécialisés (juge pour enfants, tribunal pour enfants) ont ainsi été créés en 1945. Mais le véritable tournant de la politique sur la protection de l'enfance remonte à la loi du 5 mars

2007, qui réforme en profondeur le système existant, en plaçant plus que jamais l'intérêt de l'enfant au cœur du dispositif. Que change concrètement cette loi ? Et trois ans après sa promulgation, comment mieux l'appliquer ? C'est autour de ces questions que les États généraux de l'enfance ont débattu en mai 2010.

Le conseil général, chef de file

Le texte du 5 mars 2007 vise trois objectifs : renforcer la prévention, mieux repérer les enfants en danger ou en risque de danger, et améliorer les interventions auprès des enfants et de leurs familles. Pour y parvenir, le conseil général est désigné comme chef de file de la protection de l'enfance sur son département. C'est à lui de construire une compétence interne, d'impulser des actions adaptées à chaque situation, de mobiliser tous les acteurs. Il a également pour mission de créer un observatoire de protection de l'enfance chargé de rassembler les

Levée du secret médical : que dit la loi ?

Le code pénal (article 226-14) prévoit que l'obligation générale et absolue du secret professionnel n'est pas applicable :

➤ **à celui qui informe les autorités judiciaires**, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique.

➤ **au médecin** qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices qu'il a

constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles de toute nature ont été commises.

➤ **aux professionnels de la santé ou de l'action sociale** qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une. Aucune sanction disciplinaire ne peut être prononcée du fait du signalement de sévices par le médecin aux autorités compétentes dans les conditions prévues au présent article.

Le code de déontologie (article 44 en cours de modification) dispose que « lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. S'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, il doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives. » Après avoir rapporté aussi fidèlement que possible les

sources d'information disponibles sur ce thème. Il doit disposer ainsi d'une vision d'ensemble du phénomène sur le département.

Définir la maltraitance

Ce principe de fonctionnement posé, restait à s'interroger sur le cœur de la problématique : qu'est-ce qu'un enfant « maltraité » ? La loi de 2007 distingue deux situations : l'enfant en danger immédiat (victime de sévices, d'agressions, etc.) et l'enfant en risque de l'être. Le premier cas de figure exige un « signalement » aux autorités judiciaires. Le second, appelé « information préoccupante », doit être remonté à la Cellule de recueil, d'évaluation et de traitement des informations préoccupantes (Crip) du département. Tout est clair ? Pas si sûr. Les États généraux de l'enfance ont souhaité, entre autres, revenir sur la notion d'« information préoccupante » pour améliorer la transmission des données, maillon essentiel des actions de protection de l'enfant.

paroles de l'enfant recueillies au cours de l'entretien et citées entre guillemets, décrit les signes relevés à l'examen clinique, le médecin peut faire état dans le signalement de sa conviction, de son sentiment ou de ses soupçons que l'enfant est victime ou très probablement victime de sévices. **Le médecin n'a pas à désigner l'auteur présumé des sévices sauf s'il cite la victime. Dans ce cas, les propos doivent être rapportés entre guillemets.**

1. Une modification de l'article 44 est en cours d'examen au ministère de la Santé, à la demande du conseil national de l'Ordre, pour être en conformité avec l'article 226-14 du code pénal.

Que doit faire le médecin en pratique ?

CAS 1

Enfant sur lequel le médecin constate un défaut de soin ou un défaut d'éducation.

Action du médecin

Il transmet une « information préoccupante » à la Crip (Cellule départementale de recueil et d'évaluation de l'information préoccupante).

CAS 2

Enfant sur lequel le médecin a constaté des sévices graves (violences, sévices sexuels)

Action du médecin

Il fait un signalement au procureur de la République. Le signalement ne doit jamais être remis à un tiers, fût-il parent de la victime. Si, dans l'urgence, le signalement est effectué par téléphone, il sera confirmé par un document écrit, daté et signé. Le médecin s'assurera de sa réception et en conservera un double.

Nous vous recommandons d'utiliser le modèle de signalement élaboré par l'Ordre et le ministère de la Justice (voir p. 20). Pour l'Ordre comme pour la chancellerie, ce document suffit et ne nécessite pas de certificat médical en sus. Il n'est pas non plus nécessaire de fixer une ITT, laquelle serait d'ailleurs peu réaliste dans les circonstances concernées. Le recours à un médecin légiste n'a pas lieu d'être. Le processus concerté avec la Chancellerie est suffisant : il a été mis au point pour répondre aux besoins des parquets et simplifier l'intervention des praticiens tout en l'encadrant.

Action de la CRIP

Elle lance une évaluation de la situation, du contexte de l'enfant. Si nécessaire, elle envoie le dossier au procureur pour procédure juridique.

Action du procureur

Il lance une enquête pénale pour poursuite des auteurs de ces actes graves. En parallèle, il contacte la Crip pour action des services sociaux.



Selon l'observatoire national de l'enfance en danger, 266000 mineurs bénéficiaient d'une mesure de protection de l'enfance au 1^{er} janvier 2007.

EN CHIFFRES

6 milliards d'euros

C'est la dépense directe consacrée à l'Aide sociale à l'enfance, soit 28 % de la charge nette allouée à l'action sociale (ODAS 2009).

culièrement concernés. « L'Ordre était présent aux États généraux de l'enfance et nous avons activement participé aux échanges sur le sujet, note le docteur Jean-Marie Faroudja, conseiller national de l'Ordre. Le rôle des médecins est primordial dans le circuit d'alerte et nous devons collaborer le plus possible avec le conseil général. »

Une collaboration qui n'est pas optionnelle. L'ensemble des textes de loi le rappelle. Ainsi, le code de déontologie indique que « le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage ». Le Dr Irène Kahn-Bensaude, vice-présidente du conseil national de l'Ordre, et le Dr Jean-Marie Faroudja ont souhaité réaffirmer cette obligation dans un rapport qui précise le rôle du médecin et son mode d'intervention (lire encadré p. 25). Un document clair et concis qui devrait éclairer les médecins et les inciter à se mobiliser pour collaborer activement à la protection des enfants en danger ou en risque de l'être.

1. Source : ODAS 2005

POUR EN SAVOIR PLUS

➤ Voir le modèle-type de signalement, p. 20.
➤ Lire le rapport de l'Ordre sur www.conseil-national.medecin.fr
Rubrique : rapports

Le rôle des médecins

La politique de la protection de l'enfance fait appel à de nombreux acteurs issus des milieux sociaux, juridiques, médicaux, associatifs. Tous ne donnent pas la même définition à la notion d'« information préoccupante ». Les États généraux ont proposé une définition unique et partagée par l'ensemble des partenaires pour faciliter la transmission des informations

entre professionnels (lire encadré ci-dessous). Il a également été question d'améliorer la qualité de l'évaluation et de la prise en charge des enfants et de perfectionner la coordination entre les acteurs. C'est en effet par un travail collégial cohérent et clair que les différentes actions de protection de l'enfance pourront réellement être efficaces. Dans le circuit d'alerte, les médecins sont parti-

➤ QU'EST CE QU'UNE INFORMATION PRÉOCCUPANTE ?

L'information préoccupante est une information transmise à la cellule départementale pour alerter le président du conseil général sur l'existence d'un danger ou risque de danger pour un mineur :

Soit que la santé, la sécurité ou la moralité de ce mineur soient considérées être en danger ou en risque de danger,
Soit que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social soient considérées être gravement compromises ou en risque de l'être.

La finalité de cette transmission est d'évaluer la situation d'un mineur et de déterminer les actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier.

POINT DE VUE

extérieur qui ne correspond pas à l'accord passé avec la chancellerie, ce qui démontre une fois de plus les difficultés d'interprétation de textes insuffisamment précis.

Le Cnom s'en tient au modèle élaboré en commun avec le ministère de la Justice (voir page 20). Ce document tient lieu de certification médicale, il appartient au procureur de la République s'il l'estime nécessaire de diligenter une enquête ou une expertise médicale par un médecin d'unité médico-judiciaire ou inscrit sur la liste des experts judiciaires dans la discipline souhaitée.



Audrey Quey,

substitut des mineurs au tribunal de Tours

interview

Quelle est la procédure à suivre lorsqu'un médecin s'interroge sur une éventuelle maltraitance d'un enfant ?

Audrey Quey : Il y a deux cas de figure.

Soit le mineur est visiblement victime d'une infraction que la loi sanctionne (viol, agression physique, etc.).

Soit il y a défaut de soin ou défaut d'éducation.

Dans le premier cas, il faut immédiatement signaler l'infraction au procureur.

Une enquête pénale est alors déclenchée pour identifier les auteurs du délit. En parallèle, le président du conseil général est informé par nos services. Il a mission d'évaluer la situation de famille pour savoir s'il est nécessaire de saisir le juge des enfants. Dans le second cas, il n'y a pas de procédure pénale. On reste dans le civil. Le médecin estime qu'il y a risque pour l'enfant et doit alors transmettre une « information préoccupante »

à la cellule du conseil général qui procède à un examen du contexte et de l'environnement de l'enfant. À l'issue de cet examen, il peut, le cas, échéant, nous retransmettre le dossier.

Comment le médecin doit-il procéder pour contacter le procureur ?

Audrey Quey : La transmission d'un signalement ou d'une information préoccupante se fait par fax ou par courrier. En cas d'envoi par fax, l'affaire est traitée immédiatement. Un certificat médical doit être joint au signalement. J'insiste sur un point important et qui fait souvent défaut : tout certificat médical doit mentionner l'ITT. Sans ITT, nous ne pouvons pas agir et nous sommes dans l'obligation de faire appel au médecin légiste. C'est une perte de temps importante qui peut mettre l'enfant en danger. Je rappelle également que le médecin peut aussi contacter les services du procureur pour exposer ses doutes sur une situation donnée, nous poser des questions. Je prends toujours 5 minutes pour répondre à un médecin. Cessons de penser que la justice est perchée

en haut d'une tour d'ivoire et parfois inaccessible. C'est en travaillant davantage ensemble, et en avançant dans la même direction, que nous parviendrons à mieux protéger les enfants.

Constatez-vous une hausse du nombre de signalements ces dernières années ?

Audrey Quey : Nous enregistrons davantage d'affaires, c'est certain, mais cette augmentation ne signifie pas forcément que la maltraitance prend de l'ampleur. Peut-être est-ce tout simplement qu'elle est mieux signalée qu'auparavant. Tant mieux. Et j'invite les médecins à renforcer leur vigilance dans ce domaine. Ils forment un maillon indispensable dans la remontée d'informations. Nous avons besoin d'eux. Et il ne leur est pas demandé d'être absolument certains de ce qu'ils estiment avoir décelé sur un enfant. La loi de mars 2007 repose sur un postulat : tout faire dans l'intérêt de l'enfant. Posons-nous toujours la question avant d'agir... et la réponse viendra d'elle-même.

Association française du Gougerot-Sjögren et des syndromes secs

Une main tendue aux malades



0,1 à 0,4 % de la population est touché par le syndrome de Gougerot-Sjögren. Les femmes – ayant en majorité entre 40 et 50 ans – représentent 90 % des cas.

2500 malades adhèrent à l'AFGS, avec un renouvellement d'un tiers environ tous les trois ans.

Une dizaine d'hôpitaux et de maisons des associations à Paris et en province accueillent les permanences et les rencontres animées par des bénévoles.

Les syndromes secs se caractérisent par des symptômes résultant d'une diminution des sécrétions de diverses muqueuses du corps. S'ensuit une sécheresse buccale (xérostomie) et oculaire (xérophtalmie), mais d'autres organes peuvent être affectés (peau, bronches, vagin...). Dans le cas d'une sécheresse buccale, la personne a souvent envie de boire, peut éprouver une gêne lors de la déglutition. Dans le cas d'un syndrome sec oculaire, on observe une diminution ou l'absence de larmes, on ressent des brûlures... Des démangeaisons, des rougeurs caractérisent la sécheresse vaginale et la sécheresse cutanée. La sécheresse bronchique donne lieu à une toux sèche persistante. Ces symptômes peuvent être temporaires, c'est sa persistance qui permet d'identifier le caractère pathologique d'un syndrome sec. La maladie serait assez fréquente, mais son épidémiologie est mal connue. Des études étrangères ont révélé une prévalence du syndrome de sécheresse buccale dans 17 à 28 % des cas chez les plus de 60 ans. Les causes de syndromes secs sont nombreuses. En tête, les... médicaments. Plus de 400 ont été identifiés comme responsables, parmi lesquels la morphine, certains antidépresseurs, des antihistaminiques... Des problèmes physiologiques, psychologiques, des infections virales peuvent éga-



lement déclencher la maladie. Le syndrome sec peut être le symptôme d'une maladie systémique tels que le diabète, la sarcoïdose, ou encore le syndrome de Gougerot-Sjögren (SGS).

Des symptômes très douloureux

Le syndrome de Gougerot-Sjögren est une maladie inflammatoire chronique et auto-immune, caractérisée par un syndrome sec dont l'origine est l'infiltration de lymphocytes dans les glandes lacrymales et salivaires. D'autres organes peuvent être touchés : cerveau, reins, foie, poumons, pancréas... Le SGS est dit primitif lorsqu'il n'est pas associé à une maladie auto-immune systémique (dermatopolymyosite, lupus, polyarthrite rhumatoïde, sclé-

dermie...), ou secondaire s'il l'est. Il concerne 0,1 à 0,4 % de la population, essentiellement les femmes de plus de 40 ans. S'ils n'engagent qu'exceptionnellement le pronostic vital, ses symptômes sont toutefois très éprouvants. Outre une sécheresse, le malade ressent une grande fatigue, des douleurs articulaires, il peut souffrir de complications buccales (caries, mycoses...) et oculaires (kératites), de reflux gastro-œsophagien, de troubles de la mémoire et neurologiques. Des complications systémiques peuvent survenir, bénignes comme l'hypertrophie parotidienne, le syndrome de Raynaud ou encore la myosite, ou plus graves – mais heureusement rares – comme la pneumonie lymphoïde, une atteinte rénale, des lymphomes... Les traitements symptomatiques



“ Informer les malades et les médecins ”

Catherine Faou, présidente de l'Association française du Gougerot-Sjögren et des syndromes secs (AFGS)

interview

Quelles sont les actions menées par l'AFGS ?

Elle informe les malades, les soutient moralement et leur permet de se rencontrer. En outre, elle aide la recherche médicale grâce aux dons de ses adhérents. L'AFGS édite pour ces derniers un bulletin trimestriel contenant des articles médicaux et des articles pratiques sur la maladie au quotidien, les traitements, etc. On y trouve également des comptes rendus de réunions, de conférences qui ont lieu en régions. Nous publions régulièrement des brochures destinées aux malades, mais aussi aux médecins, dont beaucoup connaissent peu la maladie. Pour soutenir moralement les patients, des bénévoles assurent un accueil téléphonique permanent. Un service téléphonique vient d'être mis en place pour accueillir les nouveaux adhérents. Afin que les malades se rencontrent,

nous organisons une fois par mois des permanences dans une dizaine d'hôpitaux et de maisons des associations à Paris et en province. Ici et là, des groupes de parole se forment, des activités diverses (yoga, randonnée...) sont proposées qui permettent, pendant quelques heures, d'oublier la maladie. Les médecins nous aident fidèlement et organisent avec nous des réunions où ils répondent aux questions des patients.

Les bénévoles bénéficient-ils d'une formation ?

Les bénévoles, qui sont tous des malades – comme les membres du conseil d'administration et du bureau de l'AFGS –, suivent des formations gratuites dispensées par la fédération « Alliance maladies rares ». Cela leur permet de répondre aux malades au téléphone et lors des réunions. L'AFGS passe une convention avec les établissements qui accueillent les permanences afin que les

bénévoles soient encadrés, et avec les bénévoles eux-mêmes.

L'AFGS a eu 20 ans en 2010. Quel bilan faites-vous et quels sont vos projets ?

Au début, notre action a été difficile car la maladie n'était pas connue. La précédente présidente a fait beaucoup pour promouvoir l'association. Nous aidons le plus possible les patients, nous nous entourons de conseillers scientifiques et nous participons actuellement à 4 projets de recherche proposés par le corps médical, axés sur des thèmes (la douleur, l'immunologie par exemple). Depuis 1999, l'AFGS a participé à hauteur d'environ 200 000 euros à des travaux de recherche et nous sommes demandeurs de nouveaux projets ! En attendant, nous allons continuer à informer les patients et les médecins. Nous préparons et finançons à leur intention une plaquette présentant la maladie en 100 questions-réponses.

existent contre la sécheresse (larmes et salives artificielles, collyres, médicaments augmentant la sécrétion salivaire et lacrymale...) et on utilise des traitements immunosuppresseurs contre certaines complications systémiques. Mais on ignore tout, ou presque, des causes du SGS, et on ne dispose pas encore de traitement spécifique. Cela ne facilite pas, pour les médecins, l'orientation et la prise en charge des malades. Plusieurs programmes – dont certains financés par le ministère de la Recherche – sont actuellement menés dans plusieurs hôpitaux. Dans le cadre d'une étude sur les atteintes systémiques et leurs évolutions au cours du SGS,

400 patients sont suivis depuis 5 ans afin d'identifier des facteurs prédictifs de complications de la maladie. D'autres protocoles portent, l'un sur les effets du traitement par le rituximab, qui agit sur le lymphocyte B ; un autre qui inhibe BLYS, une protéine qui joue un rôle majeur dans l'activation lymphocytaire B ; un troisième sur l'efficacité du plaquenil. Un quatrième essai va débuter avec le tocilizumab, une molécule déjà utilisée dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde.

« Il n'y avait ces dernières années que très peu de recherches concernant la maladie ; aujourd'hui, peu de maladies auto-immunes font l'objet d'autant d'études, certaines

ayant des résultats prometteurs », souligne le Pr Gottenberg, du CHU de Strasbourg, conseiller scientifique de l'AFGS, qui conduit plusieurs de ces travaux avec le Pr Mariette, du service de rhumatologie du CHU du Kremlin-Bicêtre, et un réseau de soins impliquant 15 services de rhumatologie et de médecine interne dans toute la France.

+ D'INFOS :

• AFGS, Les Peyrières,
81660 Pont-de-L'Arn
Tél.-fax : 05 63 61 04 70
Site Internet :
www.afgs-syndromes-secs.org
Adresse e-mail :
afgs@wanadoo.fr



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

» « Ce qui me guide en permanence »

Faire médecine était la réalisation d'un rêve de petite fille. [...] Sur les bancs de l'université, les professeurs nous enseignaient les organes, les maladies mais le malade était occulté. Je découvris alors la médecine psychosomatique. Une ouverture sur une dimension incontournable m'était enfin transmise : la dimension humaine avec, au cœur de la médecine, la relation médecin-malade. [...]

En tenant compte du binôme corps-esprit, médecin-malade, on parvient à tendre vers une médecine humaniste qui ne néglige ni le corps ni l'esprit. Cette médecine représente pour moi la médecine avec un grand M. Mon approche du patient a également été enrichie par des lectures philosophiques (Marc Aurel...), des auteurs comme Irvin Yalom, David Servan-Schreiber... et des écrits issus

du Talmud. Cela m'a permis de comprendre que rien n'est vraiment acquis, que tout est en évolution, qu'aucune certitude ni doctrine ne doit enfermer le médecin. Une ouverture vers toujours plus de connaissance, de questionnement, de remise en question dans le seul objectif d'aider ceux qui souffrent, c'est ce qui me guide en permanence.

» D^r Nina Cohen-Koubi

» À propos des arrêts de travail

Je lis l'instant l'article intitulé « Des arrêts de travail sans avis médical » et je suis en total désaccord avec l'ensemble de l'article. Depuis des années, j'exerce cette activité de contrôle des arrêts de travail et je peux affirmer qu'il y a bel et bien des arrêts de travail prescrits par complaisance ou plus exactement par lâcheté par des médecins qui veulent garder une clientèle et ne peuvent pas dire non à une demande d'arrêt de travail partiellement injustifiée, d'autres, par crainte de « représailles », délivrent des arrêts de travail injustifiés. Il m'arrive très fréquemment lors de certains contrôles (quand le contrôle est présent) de faire une véritable consultation avec étude des dossiers durant parfois plus d'une demi-heure. Vous seriez étonné de savoir que des confrères appelés au téléphone pour leur signifier que j'estimais que l'arrêt de travail n'était plus justifié lors du contrôle étaient soulagés que quelqu'un d'autre qu'eux signifiât au patient cette décision. Je voudrais vous signaler que je ne suis pas un « bleu » et que 38 ans de pratique médicale servent beaucoup dans ce genre d'activité, je dirais même que souvent nous sommes là pour aider des patients en difficulté : harcèlement de l'employeur notamment (ce qui est de plus en plus fréquent).

» D^r J.L. (33)



Vous précisez être en total désaccord avec l'article. C'est bien évidemment votre droit, mais je suis persuadé que vous ne l'avez pas lu attentivement car il n'y était pas question de prescription d'arrêt de travail par complaisance, loin s'en faut. Dans cet article, nous dénonçons la situation qui amène des médecins conseil d'assurance maladie à suspendre des indemnités journalières d'arrêt de travail sur l'avis du médecin contrôleur intervenant au titre du contrôle patronal, et ce sans avoir personnellement pu examiner le salarié, devenu assuré, mais restant néanmoins citoyen. Enfin, je ne souscris pas à votre conception selon laquelle des médecins prescriraient des arrêts de travail injustifiés, par « lâcheté » ou par clientélisme. Cela existe, nous le savons, mais cela concerne, de manière évidente, une minorité des situations dans lesquelles des arrêts de travail sont prescrits.

» Dr Deseur, rédacteur en chef de *Médecins*.

La relation humaine en médecine



La relation humaine en médecine s'est modifiée au cours des siècles et, en particulier, dans les cinquante dernières années. Les deux auteurs, Bernard Hoerni, oncologue, et Michel Bénézech, psychiatre et docteur en droit, analysent l'évolution de cette relation du médecin

dominateur/malade passif à celle de soignant/soigné, ce dernier participant à la prise en charge de ses problèmes de santé, aidé par les associations de malades. Cette évolution a été influencée par celle de la société, les progrès de la médecine, le statut du médecin et du système de santé, enfin de l'évolution des mentalités des patients et des médecins. La modification dans les rapports soignant/soigné a pour conséquence une meilleure information des patients et le statut actuel du secret médical. Véritable somme de nos connaissances actuelles, agréable à lire, il est vivement recommandé comme outil de formation initiale pour les étudiants en médecine et les jeunes confrères, et comme outil de formation continue pour les autres.

»Maurice Hodara

La relation humaine en médecine, de Bernard Hoerni et Michel Bénézech, éd. Glyphe, 349 pages, 25 euros

Des enfants face à la maladie



Psychiatre et psychanalyste, l'auteur nous raconte son expérience au sein de l'équipe de soignants du service de pédiatrie oncologique de l'Institut Gustave-Roussy de Villejuif. À partir de dialogues avec l'enfant ou l'adolescent, ses parents, et le concours de l'équipe soignante, il analyse les problèmes

psychologiques des enfants atteints d'une affection cancéreuse grave, souvent confrontés à la perspective de leur mort, afin d'aider patients et parents à surmonter leurs difficultés. Laurène, âgée de 16 ans, souligne : « *Le cancer est une épreuve de vérité incomparable. Il fait sortir au grand jour toutes nos qualités et nos défauts, toutes nos forces et nos faiblesses* ». À la lecture de cet ouvrage, on est frappé par l'empathie de son auteur pour les enfants, leurs parents et les membres de l'équipe soignante. Et on pense qu'elle devrait nous aider dans la prise en charge de nos patients enfants ou adultes traités pour une affection grave ; c'est d'ailleurs une des raisons pour lesquelles Daniel Oppenheim a rédigé cet ouvrage. Sa lecture donne à réfléchir sur notre comportement avec nos patients et m'incite à vous conseiller très vivement de le lire. »M.H.

Là-bas, la vie, Des enfants face à la maladie de Daniel Oppenheim, Le Seuil, 163 pages, 17 euros



Humanisme médical

Humanisme médical pour la pérennité d'une médecine à visage humain, une notion à préserver et peut être aussi à réinventer, la médecine étant un humanisme attentif à la souffrance humaine. Ce livre est-il une réponse à un éventuel changement radical de la médecine ? Les auteurs s'en défendent en soulignant combien le changement de la médecine contemporaine s'ouvre à un changement de l'humanisme ou à une interrogation de ce qu'un humanisme peut avoir d'essentiel, afin de solliciter notre réflexion à un engagement comme valeur d'avenir et non comme valeur du passé. Concept qui réside dans le respect de la personne, dans l'exigence d'une solidarité, d'une dignité humaine avec le sens aigu de la responsabilité. L'enjeu est de concilier le savoir d'un art scientifique avec le

devoir des médecins, assujettis il est vrai à des contraintes socio-économiques, au risque de négliger la souffrance humaine, d'oublier l'homme malade. Un livre dont il faut souligner la pertinence et l'ensemble des questions soulevées, méritant une lecture très attentive.

»Jean Pouillard

Humanisme médical. Pour la pérennité d'une médecine à visage humain, de Michel Mignon et Claude Sureau, éd. John Libbey Eurotext, 213 pages, 35 euros.

“ J’ai découvert un monde passionnant... mais épuisant! ”

Dr Catherine Bernard,
médecin du travail dans une association
interentreprises de l'Eure



© DR

témoignage

« La médecine du travail est un exercice exigeant qui demande du temps, de la mobilité, de la disponibilité, de la rigueur et une forte implication. Or, nous avons de plus en plus de responsabilités et sommes de moins en moins nombreux à l'exercer. En cinq ans, le nombre de médecins de notre service interentreprises a chuté de 33 %... Dans notre secteur, il a même diminué de 35 % en quatre mois, peut-être du fait de son caractère rural? Et cette désertion continue. Depuis, nous sommes dans l'impossibilité d'assurer toutes les obligations légales prévues par le code du travail. Nous avons donc proposé de prioriser nos actions selon un protocole bien déterminé. Faute de temps, nous n'assurons plus les visites systématiques des salariés, mais nous répondons à toutes les demandes spécifiques. Cela nous a semblé être le meilleur moyen pour poursuivre correctement notre mission de santé au travail en traitant de façon équitable tous les salariés et toutes les entreprises adhérentes. Informées de ce projet, les instances de tutelle ne nous ont pas donné leur accord officiel... mais ne s'y sont pas opposées. Elles comprennent notre problématique et notre démarche. Chacun des médecins anime une équipe « santé au travail » composée d'une intervenante en prévention des risques professionnels (IPRP), une infirmière « santé au travail », une assistante technique et une assistante médicale. Cette diversification des compétences est indispensable et permet au médecin de centrer son activité sur le cœur de son métier. Pour assurer notre mission, nous avons besoin de connaître l'état de santé du salarié mais aussi d'avoir une connaissance détaillée des postes de travail, des spécificités des entreprises, des lieux, des contraintes. Les actions sur le milieu de travail, ancien tiers-temps dans l'entreprise, occupent d'ailleurs de plus en plus de place dans notre exercice : il est rare qu'un médecin du travail puisse décider d'un aménagement de poste ou du reclassement d'un salarié en restant dans son bureau! Tout le monde semble satisfait de l'expérience. L'exercice est passionnant... mais épuisant car chaque cas est complexe. Et nous ne sommes pas assez nombreux! »

PARCOURS

» **1972**

Commence ses études de médecine à la faculté de Créteil.

» **1983**

CES de médecine du travail à Paris VI.

» **1983**

CDD médecin du travail en service autonome.

» **1983 à 1988**

Chargée du service de médecine du travail à l'hôpital de Saint-Denis (93).

» **1988**

Intègre une petite association interentreprises de médecine du travail à Verneuil-sur-Avre (Eure), aujourd'hui fusionnée dans AMI-Santé au travail, service interentreprises couvrant une grande partie du département.

» **2009**

Démarrage du projet expérimental des équipes de santé au travail pour faire face à la pénurie de médecins du travail dans le secteur.