





### Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins



**L**'essentiel **Permanence** des soins : l'enquête 2011 p.6

**≥**Sur le terrain Lozère : la carte de la proximité p.8 **≥**Réflexion

**Ehpad: les libéraux** dans un étau? p.11

# médecins n° 16



#### **∠L'essentiel** | 04

- État des lieux de la permanence des soins 2011
- Signalement de l'enfant en danger
- Télémédecine : il faut raison et déontologie garder

#### Sur le terrain | 10 Lozère : la carte de la proximité

#### **∠Ailleurs** | 10

Un pas de plus vers l'Europe de la santé

#### **⊻Réflexion** [1]

Ehpad: les libéraux dans un étau?

#### **La voix des** associations | 28

Le rire médecin : des clowns à l'hôpital

#### **Courrier des lecteurs** 130 €

#### **▶Culture médicale** | 31 La sélection du mois

#### **¥À vous la parole** 132

D<sup>r</sup> Emmanuelle Piet, médecin de PMI au conseil général de Seine-Saint-Denis

#### **▶** Dossier | 22

# Réconcilier les jeunes médecins avec l'exercice libéral



On le sait, les jeunes se tournent massivement vers le salariat à l'issue de leurs études. Pendant ce temps, la désertification médicale gagne du terrain et le manque de médecins généralistes devient problématique. Faut-il revoir la formation universitaire? Quelles solutions proposer pour redonner aux jeunes générations le goût de l'exercice libéral?

#### Cahier jurispratique | 13

- **SANTÉ PUBLIQUE** L'origine géographique des femmes enceintes dans le calcul de risque de la trisomie 21 | 13
- **JURIDIQUE** Michel Franc, un conseiller d'État au conseil national de l'Ordre l 14
- PARTENARIAT L'action du conseil national de l'Ordre en Europe I 16
- **ÉLECTIONS** Élections régionales ou interrégionales complémentaires de l'ordre des médecins 1 18 l Élection complémentaire à la chambre disciplinaire interrégionale Réunion-Mayotte 1 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

### Hippocrate revisité ou revendiqué



**D' Isabelle Bohl,** conseillère nationale de l'Ordre, présidente de la commission ieunes médecins

orsqu'une profession comme la nôtre est secouée de près ou de loin par les difficultés, il est nécessaire de redécouvrir ses fondamentaux. Et si nous considérions le déficit démographique actuel comme une chance pour faire évoluer les conditions d'installation de nos jeunes confrères tout en revisitant et en revendiquant les valeurs que nous a léguées Hippocrate, le père de la médecine, il y a 2400 ans? Ces valeurs sont au nombre de trois : la probité, le compagnonnage et – nous l'oublions parfois – la joie que nous procure l'exercice de notre beau métier. Passons sur la première tant elle est évidente pour développer les deux suivantes, essentielles dans les prérogatives de la vie ordinale! De nombreuses enquêtes l'ont prouvé : les jeunes médecins ne refusent pas d'exercer la médecine générale, bien au contraire! Il existe une forte demande de formation et d'accompagnement sur le terrain. Le Saspas tout comme le stage de 2<sup>e</sup> année existent dans les textes mais ils se

heurtent, en pratique, à de nombreux obstacles : les variations du *numerus clausus*; la réforme de la médecine générale qui entraîne, pendant cette période transitoire, un déficit de chefs de clinique; le nombre insuffisant de maîtres de stage. Tous ces éléments conduisent à une méconnaissance coupable de l'exercice médical et à un sentiment d'isolement qui pénalise la pratique. Par ailleurs, l'accès aux soins de nos concitoyens est aussi une priorité pour le conseil national de l'Ordre qui est, et restera, opposé aux mesures coercitives pour l'installation des jeunes médecins. Notre métier est difficile : nous devons être capables d'absorber des connaissances scientifiques de plus en plus complexes, savoir faire preuve d'empathie, rester disponibles, informer nos patients, les rassurer... Il ne peut être exercé que par des médecins engagés, et non enrôlés, heureux, pratiquant en toute sérénité!

Telles sont les priorités du conseil national de l'Ordre et de sa commission jeunes médecins. Nous souhaitons pour cela inscrire le compagnonnage dans le code de déontologie. Nous avons conçu un guide d'accueil¹ pour faciliter l'exercice du métier et lancer la réflexion autour de la pré-inscription des internes au sein de notre institution. Ce n'est que fidélité au serment d'Hippocrate!

1. Ce guide, à l'usage des nouveaux inscrits, sera remis par les conseils départementaux et mis à disposition des syndicats d'internes et d'étudiants.

#### médecins



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

E-mail: conseil-national@cn.medecin.fr - RÉDACTEUR EN CHEF: D' André Deseur - COORDINATION: E Velyne ACCIDITATION CONTRACTION CONTRACTIO

- CONCEPTION ET RÉALISATION : CITIZENIPRESS 48, rue Vivienne, 75002 Paris - RESPONSABLE D'ÉDITION : Claire Petiter - DIRECTION ARTISTIQUE : Marie-Laure Noel - SECRÉTARIAT DE RÉDACTION : Alexandra Roy - FABRICATION : Sylvie Esquer - COUVERTURE : Garphic Obsession - IMPRESSION : IGPM - Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs - DÉPÔT LÉGAL : mars 2011 - n° 16758 - ISSN : 1967-2845.



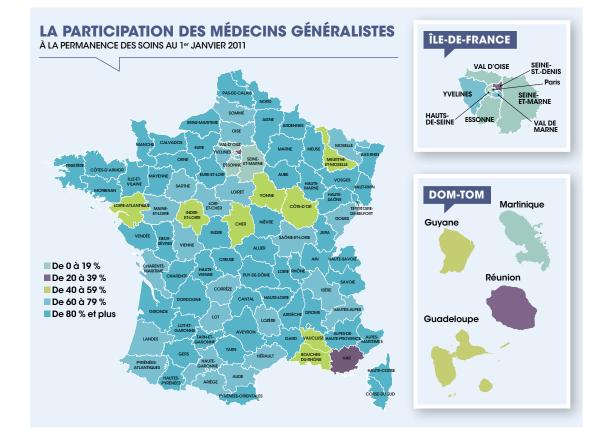
## État des lieux 2011 de la permanence des soins

Le conseil national de l'Ordre des médecins publie, pour la 8° année consécutive, une enquête nationale sur l'organisation de la permanence des soins. L'avis du D' François Simon, conseiller national, président de la commission de la permanence des soins, membre de la section Exercice professionnel.

'année 2010 aura été une année de transition particulièrement calme sur le plan de l'organisation de la permanence des soins. Dans une majorité de départements, elle fonctionne correctement et donne satisfaction aussi bien aux patients qu'aux médecins. Cette enquête démontre une nouvelle fois que les médecins continuent à assumer leurs responsabilités professionnelles vis-à-vis de la population.

#### Le rôle clé des conseils départementaux

L'enquête met en exergue l'importance de la concertation entre conseil départemental de l'Ordre et l'ensemble des partenaires. Les conseils départementaux gèrent les tableaux, consultent, reçoivent et organisent des réunions avec les médecins, engagés dans le processus et les correspondants locaux des secteurs de garde. Les conseils départementaux ont ainsi réussi, le plus souvent, à faire prévaloir des solutions adaptées aux situations locales et souhaitent poursuivre cette action. Ils nous alertent cependant sur les effets délétères de la pénurie de médecins, sur le vieillissement des médecins de garde. L'érosion du volontariat se poursuit, mais de nouvelles formes d'organisation progressent pour y faire face: renforcement de la régulation médicale libérale, adaptations horaires de la permanence des



soins en particulier en nuit profonde, création de nouvelles maisons médicales de garde...

#### **Une nouvelle** organisation régionale

L'année 2011 sera marquée par l'élaboration et la publication des cahiers des charges régionaux de la permanence des soins. Il appartiendra alors aux Agences régionales de santé de fixer les indemnités d'astreinte des médecins dans le cadre d'une enveloppe qui s'annonce contrainte. Ces nouveaux cahiers des charges offriront également la possibilité aux praticiens ayant conservé une pratique clinique de participer à la permanence des soins, conformément aux dispositions de la loi HPST et de son décret d'application du 17 juillet 2010. Le transport des patients vers des lieux de consultation devra également être encouragé, organisé et financé. L'investissement des médecins, au travers de l'Ordre et de leurs associations d'organisation de la permanence des soins, sera le gage de la faisabilité et de la réussite de la permanence de soins.

#### **EN CHIFFRES**

2331 secteurs de garde en 2010 contre 3770 en 2003.

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

### Un grand pas en avant pour la médecine générale

#### Comment a été créé le Collège de la médecine générale?

Sa création est liée à la naissance de la médecine générale comme spécialité à part entière, avec la mise en place du DES de médecine générale en

2004 et l'émergence de problématiques spécifiques à notre exercice. Une communauté d'intérêt et de travail a progressivement vu le jour, motivée par la volonté de mieux positionner la médecine générale sur toutes les problématiques décisives pour l'avenir de la profession : DPC, qualité et sécurité des soins, recherche, etc. Entre 2007 et 2008, quatre sociétés scientifiques de médecine générale se sont fédérées pour produire des travaux portant sur la démarche qualité en santé et en soins primaires, avec le soutien essentiel de la Haute Autorité de santé (HAS). Puis, plus de 40 structures ont collaboré au sein de cinq groupes de travail pour poser les bases d'un Collège représentatif de la discipline. Enfin, le 24 juin 2010, lors de son 4e congrès national à Nice,



Pr Pierre-Louis Druais, président du Collège de la médecine générale

Le chemin parcouru est énorme

la médecine générale a créé avec succès son Collège spécifique, regroupant les trois composantes indispensables à la structuration de la discipline: professionnelle, scientifique, et universitaire.

#### **Quelles sont les missions** de ce collège?

La première est d'assurer la représentation de la médecine générale auprès de tous les acteurs de la santé, politiques ou institutionnels, aux niveaux national et international. La seconde, c'est de mobiliser chacune des composantes du Collège autour des sujets aui nous concernent. du DPC à la certification professionnelle, en passant par l'élaboration de

recommandations sur la qualité et la sécurité des soins (en lien avec la HAS), la promotion de la recherche en médecine générale et l'élaboration de recommandations en soins primaires.

#### En quoi la création de ce Collège est-elle un plus pour la médecine générale?

En étant fédérés au sein du Collège, nous obtenons des résultats majeurs en peu de temps. Par exemple, notre discipline est considérée depuis peu comme une discipline à part entière dans le PHRC (programme hospitalier de recherche clinique). Nous avons l'ambition de devenir une véritable vitrine pour la spécialité.

### Signalement de l'enfant en danger

À la suite du dossier sur la protection de l'enfance en danger publié dans le Bulletin n° 15 (janvier-février 2011), un certain nombre de médecins nous ont écrit pour souligner la contradiction entre la position du Cnom et celle de la substitut des mineurs qui s'exprimait dans nos colonnes.

Devant leurs interrogations, le conseil national de l'Ordre des médecins rappelle aux médecins qu'il convient d'utiliser le modèle de signalement élaboré par l'Ordre et le ministère de la Justice, Pour l'Ordre comme pour



la chancellerie, ce document suffit. Il n'y a pas lieu d'établir un certificat médical en plus, ni de fixer une ITT (incapacité temporaire totale). Ce processus élaboré en concertation avec

la chancellerie a été mis au point pour répondre aux besoins des parquets et simplifier l'intervention des praticiens tout en l'encadrant. • Le Cnom rappelle également

que, selon l'article 226-14

du code pénal, l'obligation générale et absolue du secret professionnel n'est pas applicable :

- «1. À celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique;
- 2. Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne aui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire;
- 3. 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. Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire.»

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

- Modèle de signalement
- Rapport des Drs Kahn-Bensaude
- et Faroudja sur la protection de l'enfance en danger (fin 2010)

**EN CHIFFRES** 

1000

#### médecins

Environ 1000 médecins français ont changé de spécialité au cours de l'année 2010, via les commissions de qualification ordinale.

# Mésothéliomes Démarrage de la déclaration obligatoire

Dans le cadre du plan cancer 2009-2013, l'Institut national de veille sanitaire (Invs) est chargé de mettre en place la déclaration obligatoire des mésothéliomes.

Cette mesure se déroule en deux temps :

- Une phase pilote a été initiée depuis le 1<sup>er</sup> janvier dans les six régions suivantes : Aquitaine, Auvergne, Île-de-France (94 et 93), Lorraine, Midi-Pyrénées et Provence-Alpes-Côte d'Azur.
- À la suite de cette phase, des textes réglementaires rendront obligatoire la déclaration des mésothéliomes à tout médecin amené à en poser le diagnostic.
- + D'INFOS : www.invs.fr

# Télémédecine : il faut raison et déontologie garder!

Publié en octobre 2010, le décret d'application de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » n° 2010-1229 a sorti la télémédecine du champ expérimental. Le conseil national de l'Ordre des médecins en accompagnera le développement, dès lors qu'elle apparaît comme l'un des moyens de faire face à de nouveaux besoins, dans les règles de la déontologie médicale.

#### Les obligations déontologiques

Elles sont rappelées dans le texte du décret.

- L'exigence préalable d'un consentement libre et éclairé de la personne.
- La délimitation stricte du champ d'application, qui exclut le conseil en ligne. Le décret prévoit que l'organisation de la télémédecine fera l'objet soit d'un programme national défini par le ministère de la Santé, soit de contrats régionaux qui seront conclus avec les Agences régionales de santé.
- Le respect des qualifications et des compétences, tant des médecins que des autres professionnels qui y participent éventuellement.
- Le respect de la confidentialité des données, leur traçabilité et l'inscription des conclusions de l'acte dans les dossiers des praticiens qui y auront contribué. Le Cnom poursuivra concrètement ses travaux au regard des responsabilités professionnelles encourues dans un nouvel environnement technologique et va publier les clauses essentielles qui devront figurer, à ses yeux, dans les conventions et les contrats. Il contribuera également à la définition des guides de bonnes pratiques en fonction des diverses situations, notamment en matière de téléconsultation, forme de télémédecine qui a suscité le plus d'interprétations erronées. Ce sont des conditions impératives. Le Conseil national de l'Ordre des



médecins l'a rappelé dans son Livre blanc sur la télémédecine publié en 2009.

#### Au service de la relation avec le patient

L'histoire de la médecine démontre que, à toutes époques, les médecins ont incorporé dans leurs pratiques les innovations technologiques. Comme tel est le but poursuivi, comment peut-on dire que la télémédecine déshumanisera la relation médecinpatient! Qui sait ce que dirait aujourd'hui Hippocrate? La télémédecine ne consiste pas à transformer un patient en « zombie » bardé de capteurs et d'appareils de mesure. Il faut donc raison, éthique et déontologie garder: ni diaboliser, ni porter aux nues la télémédecine. Elle n'est qu'une nouvelle forme de pratique intégrant les TIC en santé qui structurera progressivement

différemment les organisations dans les prises en charge. Il faut d'abord la voir non pas sous ses aspects de prouesse technologique, mais comme un nouveau moyen qui se développe au service de la personne. C'est à cet égard que le Cnom a fait remarquer aux diverses instances concernées, et notamment aux partenaires conventionnels, qu'il était conscient de la nécessité qu'elles définissent un modèle économique stable vis-à-vis des patients, des médecins, des autres professions de santé, des structures et des tiers technologiques.



¥Textes: Éric Allermoz Photos: Patricia Lecomte

# La carte de la proximité

Il y a vingt-huit ans, le Dr Bernard Brangier posait sa sacoche à Saint-Alban-sur-Limagnole, village lozérien de 2000 habitants. Au fil du temps, il y est devenu bien plus qu'un médecin. Portrait d'un homme qui marche à l'affectif, passionné mais inquiet pour l'avenir de la médecine rurale.

u cœur de l'hiver, le soleil brille au-dessus de Saint Alban sur Limagnole. Depuis 7 heures, le Dr Bernard Brangier arpente les routes de ce petit village lozérien et de ses environs. Sa tournée quotidienne l'amène à Saint-Denis-de-Margeride, chez Marguerite, 84 ans, blessée à la jambe suite à une chute dans son écurie. Le médecin, habitué des lieux, entre sans frapper. Quelques minutes plus tard, il lui applique un pansement compressif. Mais la consultation ne s'arrête pas là. Le praticien téléphone à l'infirmière pour l'informer des soins à prodiguer. Il remplit lui-même le chèque, glisse quelques mots attentionnés à l'octogénaire. Un café chaud à la main, il prend des nouvelles du reste de la famille. En partant, il déposera lui-même l'ordonnance à la pharmacie, pour éviter à sa patiente de se déplacer. Scène de vie quotidienne pour le Dr Brangier. Car, à Saint-Alban, cet originaire de la région marseillaise est bien plus qu'un médecin. Il n'y a qu'à le voir saluer et sourire à chaque habitant croisé dans les rues du village pour s'en convaincre. L'intéressé, lui, opine du chef : «Le médecin de campagne occupe une fonction sociale. Je tisse des liens forts avec mes patients, prends le temps de discuter avec eux. Je connais souvent toute leur vie, et pas simplement sur le plan

médical. Je soigne parfois trois générations d'une même famille. » La matinée s'écoule entre l'otite d'un petit garçon, un patient atteint de sclérose en plaques et quelques rendez-vous imprévus.

#### Investissement et sacrifices

L'après-midi se poursuit à la maison de santé du village, inaugurée en 2006, et qui regroupe également un kinésithérapeute, un dentiste et des infirmières. Maître de stage depuis 2005, Bernard Brangier consulte depuis six mois aux côtés de Marie, 26 ans, médecin stagiaire en neuvième année venue de Montpellier. Les lumières de l'établissement médical ne s'éteindront qu'après 21 heures. « Les journées, bien remplies, durent parfois quinze heures. Je rencontre en moyenne 30 patients par jour, six jours par semaine. Un chiffre qui atteint parfois la cinquantaine », détaille ce nageur et randonneur régulier. Sans oublier les gardes. C'est l'une des caractéristiques de la médecine de campagne : elle demande un grand investissement et des sacrifices, notamment au niveau familial. C'est en partie pour cela que peu de praticiens décident de s'installer à la campagne. En Lozère, seulement une soixantaine de généralistes maillent le département et ses 73000 habitants. « II manque clairement un médecin



### À domicile 🛚

Les visites à domicile représentent un tiers des consultations du D<sup>r</sup> Brangier.



Le D' Brangier exerce au sein de la maison de santé qui regroupe également un kinésithérapeute, un dentiste et des infirmières.

à mes côtés. L'idéal serait d'être deux pour se répartir les consultations. Mais le dernier confrère est parti, comme d'autres avant lui », constate ce père de cinq filles (dont des triplées). À 58 ans, et alors que la retraite pointe à l'horizon, cette situation l'inquiète. D'autant que les candidats sont rares, et que les besoins d'une population vieillissante sont de plus en plus importants. Mais en attendant la relève, Bernard Brangier repart à la rencontre de « ses » patients.







Depuis 2003, Bernard Brangier accueille des médecins stagiaires.



Formé aux gestes d'urgence, le D<sup>r</sup> Brangier est aussi médecin capitaine des sapeurs-pompiers. Il est équipé d'un sac d'intervention du SAMU, qu'il utilise en moyenne deux fois par semaine. Il participe au développement de l'association lozérienne des urgences médicales et de permanence des soins (Alumps).

#### Dr Bernard Brangier,

médecin généraliste, conseiller départemental de l'Ordre des médecins de Lozère





Dès le début de mes études à Marseille, je savais que je m'orienterais vers la médecine de campagne. Un fois diplômé,

j'ai envoyé plus de 250 lettres de candidature dans tous les départements ruraux de France. Il n'y

avait que quatre places disponibles. Autant dire que l'on était loin de la désertification médicale actuelle de nos campagnes! La médecine rurale est affective et sur mesure: on adapte nos connaissances à la personne en face de nous, à son autonomie, sa personnalité. J'aime prendre en charge un patient dans sa globalité. Souvent le médecin est la première personne à qui ils parlent de leurs problèmes. On prend vraiment le temps de discuter ensemble. Par certains aspects, je pense que c'est un métier différent de la médecine de ville. Au-delà des savoir-faire, cela demande un savoir-être particulier. Ce lien affectif est mon véritable moteur pour continuer à exercer, malgré les sacrifices que cela demande. Aux stagiaires que je forme, j'essaie toujours de faire passer l'idée que l'on peut être heureux en exerçant la médecine de campagne.

La directive sur les soins transfrontaliers vient d'être adoptée.

Ce texte renforce les droits des patients en Europe.

estiné à clarifier les droits des patients européens et renforcer la coopération en santé entre les États membres, ce texte doit encore faire l'objet d'un accord formel par le Conseil d'ici à fin mars pour une entrée en vigueur avant fin 2013. Une fois la directive promulguée, les États membres auront 30 mois pour la transposer dans leur législation.

### Quels sont les droits des États membres?

Pour les traitements nécessitant un séjour de nuit à l'hôpital ou des soins de santé spécialisés, les autorités pourront exiger que les patients demandent une autorisation préalable. La directive détaille les raisons qui peuvent justifier le refus d'une autorisation préalable : des risques pour le patient, la possibilité d'être rapidement traité dans son pays d'origine, des doutes sur les qualifications du médecin. Tout refus devra être clairement justifié. Chaque État membre doit désigner un « point de contact », pour fournir des informations aux patients sur les conditions d'accès et les conditions de remboursement en vigueur.

### Qui est concerné?

Cette directive concerne les personnes qui décident de se faire soigner dans un autre pays que le leur, au sein de l'Union européenne. Il s'agit donc de soins programmés, qui peuvent être anticipés. Le traitement pourra être pris en charge s'il est éligible au remboursement dans le pays d'origine du patient. Si un traitement coûte plus cher dans le pays où il se fait soigner, le malade devra payer la différence. Pour décourager le « tourisme de santé », les patients seront remboursés au taux en vigueur dans leur pays d'origine. Ces nouvelles dispositions pourraient être utiles aux patients qui sont confrontés à de longs délais d'attente dans leur pays de résidence. Ce texte ne concerne pas les traitements qui doivent être prodigués en urgence à un citoyen de l'Union en visite dans un autre État membre. Ces soins non programmés restent placés sous le régime de la carte européenne d'assurance maladie.

#### POINT DE VUE de l'Ordre



Dr Francis Montané, délégué général aux affaires européennes

Après une longue gestation, la directive « patients » voit enfin le jour. Les séjours temporaires sont toujours pris en charge par la carte européenne d'assurance maladie (CEAM). La directive s'adresse plus particulièrement aux soins hospitaliers programmés. Une autorisation préalable est indispensable et sera accordée dans deux circonstances:

 liste d'attente trop importante; technicité insuffisante dans le pays d'origine. Les soins seront pris en charge selon les barèmes du pays d'origine. Un effort particulier sera réalisé par les États membres en ce qui concerne l'e-santé et l'indispensable interopérabilité du système, sur l'information du patient et les exigences en matière de qualité de l'acte médical

et de sécurité du patient. La directive va donc consolider sur le plan juridique les dispositions déjà prises en compte par les arrêts de la Cour de justice de l'Union européenne. La circulation des patients en Europe, pour l'instant limitée à 1 % des malades, et surtout localisée dans les zones frontalières, connaîtra probablement dans les années à venir un nouvel essor.







#### Avec la participation de...

**D' Patrick Bouet**, conseiller national de l'Ordre pour l'Île-de-France.

Florence Arnaiz-Maumé, déléguée générale du Synerpa.

**D' Philippe Marissal**, président du Syndicat national des généralistes et gériatres intervenant en Ehpad (SNGIE).

# Ehpad: les libéraux dans un étau?

Le texte fixant les nouvelles modalités d'intervention des médecins traitants en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), auquel tous les libéraux concernés doivent souscrire, est vivement contesté. Le Cnom et les syndicats professionnels se mobilisent pour la réouverture des débats.

#### Bon à savoir

En France, environ 10000 établissements d'hébergement pour personnes âgées (5000 publics, 3200 privés associatifs et 1800 privés commerciaux) accueillent 680000 personnes. Ces résidents sont âgés de 86 ans en movenne. souffrent de démence pour 50 % d'entre eux, ont de multiples pathologies (au moins 5) et prennent en moyenne 8 médicaments par jour\*.

\*Source : enquête REHPA, gérontopôle de Toulouse.

arus au Journal officiel du 31 décembre 2010, le décret et son arrêté définissent le contrat type devant être conclu entre le médecin traitant libéral d'un résident en Ehpad (un autre contrat concerne les kinésithérapeutes) et le directeur de l'établissement. Sa signature est obligatoire depuis le 1er janvier pour les nouveaux résidents, et d'ici au 1er avril pour les personnes déjà hébergées. Après cette date, un médecin non contractant ne pourra plus intervenir en Ehpad, sauf dans le cadre de la permanence des soins.

#### Un recours de l'Ordre

Dès le 6 janvier, le Cnom a annoncé qu'il déposait un recours contre ce texte devant le Conseil d'État, au nom du libre choix du patient résidant en Ehpad. La majorité des syndicats médicaux concentrent leurs critiques, pour leur part, sur les nouvelles règles imposées au généraliste dans le contrat type : éviter les visites aux heures des repas, indiquer ses dates de congés et les coordonnées de son remplacant, signaler sa présence, renseigner le dossier médical à chaque visite, prescrire « préférentiellement » au sein de la liste des médicaments dressée par le médecin coordonnateur, échanger avec ce dernier sur le projet individuel de soins, participer une fois par an à la commission de coordination gériatrique (réunion indemnisée à hauteur de 4 C). Quant aux représentants des établissements, ils appellent à l'apaisement.

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

Rubrique Actualités



#### Dr Patrick **Bouet**

**Conseiller national** de l'Ordre pour l'Île-de-France. Médecin généraliste installé en Seine-Saint-Denis, le D<sup>r</sup> Bouet est également délégué général aux relations internes du Cnom, et veille à ce titre à l'harmonisation des actions des conseils départementaux et des conseils régionaux.



#### Florence **Arnaiz-**Maumé

Déléguée générale du Synerpa. Fédération de résidences pour personnes âgées, le Synerpa représente 1700 établissements des secteurs commercial et associatif, lesquels abritent au total 115000 lits.

#### En quoi ce contrat type national pose-t-il problème?

Dr P. Bouet:

Ce décret est tombé brutalement le 31 décembre, alors que nous attendions du nouveau ministère de la Santé qu'il rouvre le débat. Il est en rupture avec le code de déontologie, ce qui justifie notre recours devant le Conseil d'État. Dès lors que l'Ehpad est le domicile du résident, ce dernier doit rester libre de choisir son médecin, et cette liberté ne saurait être conditionnée au fait que le médecin contractualise avec l'établissement. De même, en cas de résiliation du contrat par le directeur, le patient n'aurait plus accès au médecin qu'il a choisi. On notera au passage que le libéral intervenant la nuit

(dans le cadre de la permanence des soins) n'a pas besoin, lui, de contractualiser... Le Conseil d'État devra donc se prononcer sur la légalité d'une situation dans laquelle les droits des patients et des médecins sont altérés.

#### F. Arnaiz-Maumé:

Je préfère parler de « convention » plutôt que de « contrat », car ce terme induit un lien fort qui en réalité n'existe pas. Cette convention de bonnes pratiques ne remet nullement en cause le libre choix du résident. Mais les Agences régionales de santé font pression sur les directeurs d'établissement pour que tous les libéraux la signent...

#### Les nouvelles obligations du médecin traitant sont-elles légitimes?

Dr P. Bouet: Imposer à un libéral des horaires pour ses interventions

et une liste de médicaments limitant son choix de prescription est contraire à son indépendance. Dans cette logique contraignante, on imagine qu'un Ehpad préférerait gérer deux médecins traitants différents au lieu de trente, et pourrait faire pression sur le choix des résidents. Des obligations nouvelles pour les praticiens qui ont pour seule finalité de faciliter la gestion d'un établissement ne peuvent être légitimes. Dr Ph. Marissal: On veut que le médecin respecte les règles de l'Ehpad, mais qui se soucie de sa propre organisation? Il est appelé pour deux patients, on lui en montre cinq, il cherche ses patients partis à l'animation, au goûter, chez le coiffeur, ou bien c'est le personnel qui est en pause ou en relève. Il faudrait en plus qu'il

respecte des horaires et des listes, qu'il déclare ses absences et remplisse lui-même les dossiers médicaux de l'établissement, alors que chaque Ehpad a un logiciel différent et que le médecin coordonnateur peut le faire. Je crains qu'on veuille décourager les libéraux pour économiser sur les soins, et faire du coordonnateur le seul médecin traitant!

#### F. Arnaiz-Maumé:

Les libéraux ne doivent pas se tromper de cible : les Ehpad ne veulent ni les évincer, ni les salarier. Le médecin coordonnateur est à temps partiel, il ne peut remplir les dossiers médicaux et il n'est pas question qu'il ausculte les patients. Cela étant dit, certaines règles sont nécessaires. Éviter de passer entre 12 heures et 14 heures, car il est très compliqué d'interrompre le repas d'une personne âgée

# CAHIER JURISPRATIQUE

#### n° 16 sommaire:

**SANTÉ PUBLIQUE** L'origine géographique des femmes enceintes

dans le calcul de risque de la trisomie 21 1 13

JURIDIQUE Michel Franc, un conseiller d'État au conseil national de l'Ordre l 14

▶PARTENARIAT L'action du conseil national de l'Ordre en Europe I 16

**YÉLECTIONS** Élections régionales ou interrégionales complémentaires

de l'Ordre des médecins 118

I Élection complémentaire à la chambre disciplinaire

interrégionale Réunion-Mayotte I 20

# L'origine géographique des femmes enceintes dans le calcul de risque de la trisomie 21 (Recommandations de la DGS)

Selon des publications scientifiques référencées¹, l'origine géographique de la femme enceinte apparaît comme un élément indispensable au calcul du risque de la trisomie 21 pour l'enfant à naître.

- 1. C'est le recueil de l'« origine géographique » qui doit être retenu et non celui de l'« origine ethnique ». Le médecin interroge la femme enceinte sur ce point avant de renseigner le formulaire.
- 2. Le thésaurus

retenu distingue quatre origines géographiques: Europe et Afrique du Nord/Afrique subsaharienne et Antilles/Asie/Autres. La rubrique « autres » inclut les personnes métisses. Il s'agit donc de recueillir l'origine géographique de la femme enceinte par la précision sur son pays d'origine (là où elle est née et, le cas échéant, où elle a vécu avant d'arriver en France métropolitaine). Ce thésaurus apparaît, sous forme de case

à cocher, dans les documents types établis par les laboratoires de biochimie. Une information sur l'intérêt de recueillir cette donnée est délivrée à la femme enceinte au cours de la consultation médicale prévue à l'article R. 2131-2 du code de la santé publique. Il lui est notamment précisé que cette donnée influence le calcul de risque et que sa nonprise en compte peut modifier le risque pour l'enfant à naître d'être

atteint de trisomie 21 (le plus souvent en la plaçant par excès dans le groupe à risque). La femme enceinte peut s'opposer à préciser son origine géographique.

3. La note d'information habituellement délivrée à la femme enceinte à la suite de cette consultation médicale individuelle reprend l'information délivrée oralement. Ce document reste confidentiel.

1. Notamment : *Prenat Diagn* 2005; 25: 65-369.

y Section santé publique et démographique médicale du Cnom

### Michel Franc, un conseiller d'État au conseil national de l'Ordre

...... Président de section honoraire au Conseil d'État, Michel Franc a été nommé en décembre 2003, par le ministre de la Justice, membre du conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) et président de la chambre disciplinaire nationale. Interview.

# Comment peut-on expliquer cette particularité de la présence d'un conseiller d'État au sein du Cnom?

La présence d'un conseiller d'État au sein du conseil national de l'Ordre des médecins est aussi ancienne que l'ordre lui-même. C'est en effet l'article 41 de l'ordonnance du 24 septembre 19451 signée par le général de Gaulle qui précise que le conseil national de l'Ordre des médecins est assisté d'un conseiller d'État nommé par le garde des Sceaux et que ce conseiller d'État préside la section disciplinaire. La présence d'un conseiller d'État présidant une

formation disciplinaire nationale n'est pas propre à l'Ordre des médecins. Cela concerne un grand nombre de professions réglementées organisées en ordre. Le conseiller d'État, président de la chambre disciplinaire nationale, n'est pas le seul au sein de l'ordre. Un autre de mes collèques, nommé dans les mêmes conditions, c'est-à-dire par le garde des Sceaux, préside la section des assurances sociales. D'autres conseillers d'État sont également nommés par le garde des sceaux en qualité de suppléants. Outre que cette présence d'un conseiller d'État est voulue par le

législateur, il y a une certaine logique à celle-ci. La chambre disciplinaire nationale est juge d'appel des décisions des chambres disciplinaires de première instance (elles sont au nombre de 25 et présidées depuis 2007 par des magistrats membres ou anciens membres des juridictions administratives). Les décisions de la chambre nationale, qui sont des décisions juridictionnelles, sont soumises à un contrôle de cassation. Or c'est le Conseil d'État qui est le juge de cassation, ceci depuis 1945. Cette compétence de la juridiction administrative et du Conseil d'État en particulier concerne non seulement les décisions juridictionnelles mais également d'autres décisions ordinales qui sont des décisions administratives (inscription au tableau, exercice en sites multiples, exemption de garde, etc.). L'activité ordinale qui conduit à ces décisions iuridictionnelles

ou administratives

implique que l'on fasse presque autant de droit que de médecine. C'est la raison pour laquelle, pour le travail de la chambre disciplinaire, l'expérience d'un magistrat professionnel n'est pas inutile. La même observation peut être faite s'agissant des décisions administratives ordinales.

#### Quelles sont les fonctions du conseiller d'État au sein de l'ordre?

Indépendamment de la présidence de la chambre disciplinaire nationale, j'exerce d'autres fonctions :

- J'assiste avec voix délibérative aux séances du conseil national et du bureau de ce conseil.
- Je siège au sein de la formation restreinte et de la commission d'étude des appels administratifs. La formation restreinte se prononce sur les contestations relatives aux inscriptions au tableau et aux états pathologiques. La commission d'étude des appels administratifs examine² les recours

#### **FONCTION DISCIPLINAIRE 2010 EN CHIFFRES**

1254 affaires ont fait l'objet d'une décision des chambres disciplinaires régionales;

439 d'entre elles ont été frappées d'appel devant la chambre disciplinaire nationale et 407 jugées;

51 affaires ont fait l'objet d'une décision du Conseil d'État, juge de cassation.

des médecins contre notamment des décisions en matière d'exemption de garde ou d'exercice individuel de la médecine sur des sites distincts de la résidence professionnelle habituelle.

- Je préside également la commission des contrats. Cette commission est consultée par les conseils départementaux qui sont appelés à examiner les projets de contrats et les contrats concernant l'exercice de la médecine. Ce sont des contrats très variés et de plus en plus élaborés car l'exercice de la médecine se fait de plus en plus en société et les statuts sociaux sont de plus en plus complexes. Ce sont aussi des contrats qui tendent à régler des problèmes nouveaux : par exemple, les contrats concernant la télémédecine ou des contrats fixant les missions d'un médecin recruté au sein d'un organisme hébergeur de données médicales personnelles.
- J'ajoute enfin que l'on me demande mon avis sur certains points de droit.

# Comment fonctionne la chambre disciplinaire et quel rôle y jouez-vous?

La chambre disciplinaire nationale est saisie en appel des décisions des chambres disciplinaires de première instance. L'affaire est instruite, sous l'autorité du président, par le greffe. Chaque dossier est confié à un rapporteur qui est médecin. Le président étudie tous les dossiers inscrits à une séance. L'affaire est inscrite à une séance de jugement qui comprend:

- une partie publique en présence des parties et de leurs avocats;
- le délibéré qui est animé par le président et au cours duquel les juges médecins font valoir leurs opinions et leurs appréciations. À l'issue de ce délibéré, qui est un débat, la formation de jugement arrête une décision. Après la séance, le président rédige la décision et la signe. Ce qu'il faut retenir de cette présentation rapide du fonctionnement de la chambre disciplinaire, c'est qu'il s'agit d'un travail collectif et d'une décision collégiale. Le président n'impose en aucun cas sa solution. Il lui appartient de conduire le délibéré et d'aboutir, autant que faire se peut, à une solution consensuelle. Il fait, le cas échéant, voter et sa voix n'est prépondérante qu'en cas de partage des voix. Le président de la chambre disciplinaire (mes collègues et moi-même) n'a pas de



# Michel Franc Une carrière de juriste

1965 Nommé auditeur au Conseil d'État, il est rapporteur à la section du contentieux et à la section sociale.

1973-1975 Responsable du centre de documentation du Conseil d'État.

1975-1983 Commissaire du gouvernement auprès des formations contentieuses du Conseil d'État (aujourd'hui le titre est « rapporteur public »).

1983-1987 Secrétaire général du Conseil d'État.

1995-2002 Président de sous-section puis président de section.

2004 Président de la chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins.

position dominante et son point de vue n'est pas nécessairement adopté.

#### Qu'apporte la présence d'un conseiller d'État au sein de l'ordre?

La présence d'un membre du Conseil d'État au sein de l'ordre est utile car elle permet de combiner deux approches sur une affaire, celle du médecin et celle du magistrat professionnel. C'est utile dans l'exercice de la fonction juridictionnelle disciplinaire mais cela l'est également pour la préparation d'autres décisions ordinales. Ce sont des compétences et des

expériences qui s'ajoutent et il en résulte, je crois, une réelle valeur ajoutée. À titre personnel, je peux témoigner que les échanges qui sont les nôtres entre médecins et membres du Conseil d'État m'ont toujours paru, soit en formation disciplinaire, soit en formation administrative, bénéfiques et font que la solution adoptée est sans doute plus équilibrée. La coexistence organisée entre les médecins et le conseiller d'État n'est pas une confrontation mais une coopération.

Ordonnance n° 45-2184
du 24 septembre 1945 relative
à l'exercice et à l'organisation
des professions de médecin,
de chirurgien-dentiste et
de sage-femme.
 La décision est prise par le conseil
national sur la proposition
de la commission.

# L'action du conseil national de l'Ordre en Europe

.....Les conditions d'exercice des professions de santé se décident

de plus en plus au plan supranational. Le Dr Walter Vorhauer, secrétaire général du Cnom, veille à l'excellence des relations et à la bonne coordination du Cnom avec nombre d'institutions et d'associations européennes.

#### La délégation aux affaires européennes et internationales

Pour structurer son action, le conseil national de l'Ordre des médecins s'est doté d'une délégation aux affaires européennes et internationales (DAEI), présidée par le délégué général, le D' Francis Montané, conseiller national. La délégation assure la préparation des travaux au sein des instances européennes et internationales auxquelles le conseil national est associé.

Elle organise une veille juridique sur les affaires européennes et relaie les positions du conseil national de l'Ordre des médecins auprès de ses partenaires européens et internationaux et auprès des instances communautaires.

## Une action auprès des institutions européennes

Plusieurs institutions interviennent dans les décisions européennes : le Conseil de l'Union européenne (« Conseil des ministres); la Commission

#### Union européenne et Conseil de l'Europe : qui fait quoi ?

#### CONSEIL DE L'UNION EUROPÉENNE

Appelé encore Conseil des ministres ou Conseil, il est le principal centre de décision de l'UE. Il réunit les ministres concernés par l'ordre du jour.

#### CONSEIL EUROPÉEN

Il rassemble les chefs d'État et de gouvernement des pays membres de l'UE, ainsi que le président de la commission. Il détermine les grandes orientations de l'UE.

#### COMMISSION EUROPÉENNE Bruxelles

Organe exécutif de l'Union européenne, il veille à l'application des dispositions des traités et des décisions prises par les institutions de l'Union. La comission est composée de 27 commissaires nommés pour 5 ans.

#### PARLEMENT EUROPÉEN

Il exerce un pouvoir législatif et budgétaire. Il comprend 736 députés européens, dont 72 français, représentant les citoyens de l'UE. Les députés européens sont élus au suffrage universel direct.



C'est l'institution juridictionnelle de l'UE. Elle est composée d'autant de juges qu'il y a d'États membres. Elle compte donc actuellement 27 juges.



Instance consultative, elle permet aux collectivités territoriales de faire entendre leur voix dans le processus de décision de l'Union européenne.

#### LE COMITÉ ÉCONOMIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN

Consultatif, il représente les intérêts des différentes catégories économiques et sociales. Il comprend trois groupes : les employeurs, les travailleurs et les représentants d'activités spécifiques (dont les professions libérales).



européenne; le Parlement européen; et la cour de justice (ses avis et arrêts permettent d'arbitrer entre différentes interprétations des traités européens). À ces institutions principales, il faut ajouter le Comité économique et social européen dont l'avis est consultatif. Schématiquement, le processus législatif européen peut se résumer par les séquences suivantes : un texte est proposé par la Commission européenne; le Comité économique

et social donne un avis; le texte est ensuite étudié par le Parlement européen puis par le conseil de l'Union européenne. Dans ce processus, le conseil national de l'Ordre fait valoir ses positions auprès des députés européens français, qui peuvent influer sur le fond du travail législatif européen. Par ailleurs, le Cnom participe aux conférences dites de haut niveau organisées par les présidences tournantes de l'Union européenne, notamment les

réunions des Chief Medical Officers et de la Hulpe pour les professionnels de santé.

#### Des relations avec les autres Ordres européens

Le Cnom est membre du conseil européen des Ordre des médecins qui regroupe, de manière informelle, les représentants qualifiés des Ordres des médecins des États membres et, lorsqu'il n'en existe pas, des organisations ayant des attributions similaires (en matière d'inscription ou d'enregistrement au tableau, d'autorisation d'exercice, de reconnaissance des diplômes, des niveaux de spécialités et en matière disciplinaire). Par ailleurs, le Cnom entretient des relations anciennes et régulières avec ses homologues européens, en particulier les Ordres de Grande-Bretagne et d'Allemagne. Les relations bilatérales avec les Ordres grec, italien, portugais, espagnol s'organisent dans le cadre du Gipef.

#### Des relations avec les associations médicales européennes

De nombreuses associations structurent les discussions entre professionnels au plan européen et essaient de formaliser des propositions et de les défendre auprès de la Commission européenne :

- UEMS (European Union of Medical Specialists);
- CPME (Comité permanent des médecins européens);
- EMSA (European Medical Students Association);
- AEMH (European Association of Senior Hospital Physicians);
- PWG (Permanent Working Group of European Junior Doctors);
- FEMS (European Federation of Salaried Doctors);
- UEMO (European Union of General Practitioner);
- EANA (European Working Group of Practitioners and Specialists in Free Practice). Avec toutes ces associations, le Cnom entretient des relations très étroites ou plus ponctuelles, en organisant des rencontres et des conférences communes.

#### COUR EUROPÉENNE DES DROITS DE L'HOMME Strasbourg

Ce n'est pas une institution de l'UE, mais une juridiction placée auprès du Conseil de l'Europe chargée de veiller au respect de la convention européenne des droits de l'homme par les 47 États membres qui l'ont ratifiée.

#### CONSEIL DE L'EUROPE ET SON ASSEMBLÉE PARLEMENTAIRE Strasbourg

Le conseil de l'Europe est une organisation intergouvernementale regroupant aujourd'hui 47 États membres. L'assemblée parlementaire est la dimension parlementaire du conseil de l'Europe.

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

#### ÉLECTIONS RÉGIONALES OU INTERRÉGIONALES COMPLÉMENTAIRES DE L'ORDRE DES MÉDECINS

...... En application de l'article R.4125-4 du code de la santé publique,

des conseils régionaux ou interrégionaux de l'Ordre des médecins vont procéder à une élection complémentaire pour combler les sièges vacants de membres suppléants aux dates suivantes.

#### DATE DE L'ÉLECTION

- Le lundi 6 juin 2011 pour le conseil interrégional Réunion-Mayotte
- Le mardi 7 juin pour les autres conseils

#### **POSTES À POURVOIR:**

#### POUR LE CONSEIL INTERRÉGIONAL DES ANTILLES- GUYANE:

- Département de la Guadeloupe :
- 3 postes de suppléants
- Département de la Guyane :
- 2 postes de suppléants
- Département de la Martinique :
- 1 poste de suppléant

#### POUR LE CONSEIL RÉGIONAL D'AQUITAINE :

- Département de la Dordogne :
- 1 poste de suppléant
- Département de la Gironde :
- 2 postes de suppléants
- Département des Landes :
- 1 poste de suppléant
- Département des Pyrénées-Atlantiques :
   1 poste de suppléant

#### POUR LE CONSEIL RÉGIONAL D'AUVERGNE :

- Département de l'Allier :
- 2 postes de suppléants

#### POUR LE CONSEIL RÉGIONAL DE BOURGOGNE :

- Département de la Côte-d'Or :
- 1 poste de suppléant
- Département de l'Yonne :
  - 2 postes de suppléants

#### **POUR LE CONSEIL RÉGIONAL DE BRETAGNE :**

- Département des Côtes-d'Armor :
- 1 poste de suppléant
- Département du Finistère :
- 1 poste de suppléant.
- Département de l'Ille-et-Vilaine :
  - 3 postes de suppléants

#### POUR LE CONSEIL RÉGIONAL DU CENTRE :

- Département de l'Indre :
  - 1 poste de suppléant
- Département d'Indre-et-Loire :
- 1 poste de suppléant.

#### **POUR LE CONSEIL RÉGIONAL DE FRANCHE-COMTÉ :**

- Département du Doubs :
- 1 poste de suppléant
- Département du Territoire de Belfort :
  - 1 poste de suppléant

#### **POUR LE CONSEIL RÉGIONAL DU LIMOUSIN :**

Département de la Corrèze :
 3 postes de suppléants

#### **POUR LE CONSEIL RÉGIONAL DE LORRAINE :**

- Département de Meurthe-et-Moselle :
  - 1 poste de suppléant
- Département de la Moselle :
- 2 postes de suppléants

#### POUR LE CONSEIL RÉGIONAL DE MIDI-PYRÉNÉES :

- Département du Tarn :
  - 1 poste de suppléant

#### POUR LE CONSEIL RÉGIONAL DU NORD-PAS DE CALAIS :

- Département du Nord :
- 1 poste de suppléant
- Département du Pas-de-Calais :
  - 1 poste de suppléant

#### POUR LE CONSEIL RÉGIONAL DE BASSE-NORMANDIE :

- Département de l'Orne :
  - 1 poste de suppléant

#### POUR LE CONSEIL RÉGIONAL DE HAUTE-NORMANDIE :

- Département de l'Eure :
  - 1 poste de suppléant

#### POUR LE CONSEIL RÉGIONAL DE POITOU-CHARENTES :

- Département de la Charente-Maritime :
  - 1 poste de suppléant
- Département des Deux-Sèvres :
  - 1 poste de suppléant

#### POUR LE CONSEIL RÉGIONAL PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR :

- Département des Alpes-Maritimes :
- 2 postes de suppléants
- Département des Bouches-du-Rhône :
  - 1 poste de suppléant

#### **POUR LE CONSEIL RÉGIONAL DE RHÔNE-ALPES :**

- Département du Rhône :
  - 2 postes de suppléants
- Département de la Haute-Savoie :
  - 2 postes de suppléants

#### **POUR LE CONSEIL INTERRÉGIONAL RÉUNION- MAYOTTE :**

- Département de Mayotte :
- 1 poste de suppléant
- Département de La Réunion :
- 3 postes de suppléants

#### Acte de candidature

Les candidats se font connaître, par lettre recommandée avec accusé de réception, auprès du président du conseil régional ou interrégional de l'Ordre des médecins dans le délai de deux mois à trente jours avant la date de l'élection.

La candidature doit être parvenue au conseil régional au plus tard le 9 mai 2011 à 16 heures.

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

### Toute candidature parvenue au conseil après l'expiration de ce délai n'est pas recevable, le cachet de la poste ne sera pas pris en compte.

Chaque candidat doit indiquer ses nom et prénom, son adresse, ses titres, son mode d'exercice et, le cas échéant, sa qualification professionnelle et ses fonctions dans les organismes professionnels (article R.4124-1 du code de la santé publique). Le candidat devra également indiquer le siège du département auquel il se présente car chaque département élit au conseil régional son ou ses représentants suppléants.

La déclaration de candidature doit être **revêtue** de la signature du candidat.

Le candidat peut joindre à l'attention des électeurs une profession de foi selon les dispositions de l'article R.4123-2 du code de la santé publique : « Celle-ci rédigée en français sur une seule page de format 210 x 297 mm (A4), en noir et blanc, ne peut être consacrée qu'à la présentation du candidat au nom duquel elle est diffusée et à des questions entrant dans le champ de compétence de l'ordre en application de l'article L.4121-2 ».

#### Eliaibilité

**Sont éligibles** les médecins inscrits au tableau d'un des conseils départementaux concernés par l'élection, de nationalité française ou ressortissants de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen inscrits à l'Ordre depuis au moins trois ans (article L. 4123-5 du CSP) et à jour de leur cotisation ordinale (article R.4125-1 du CSP).

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

#### **Electeurs**

Sont électeurs les membres titulaires des conseils départementaux du ressort de la région ou de l'interrégion et concernés par l'élection (article R.4124-1, alinéa 5, du code de la santé publique).

#### Le vote

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

- le lundi 6 juin 2011 à 18 heures pour le conseil

#### interrégional Réunion-Mayotte

- le mardi 7 juin 2011 à 18 heures pour les autres conseils.

Tout bulletin parvenu après cette date est nul.

#### Le dépouillement

Il est public et aura lieu au siège du conseil régional ou interrégional :

- le lundi 6 juin 2011 à 18 h 01 pour le conseil interrégional Réunion-Mayotte
- le mardi 7 juin 2011 à 18 h 01 pour les autres conseils

#### Adresses des sièges des conseils régionaux ou interrégionaux

Mantilles-Guyane - 80, rue de la République, 97200 Fort-de-France
Tél.: 0596632701 - Fax: 0596605800

- Aquitaine 84, quai des Chartrons, 33300 Bordeaux Tél.: 055601 0616 - Fax: 055651 9512 aquitaine@crom.medecin.fr
- Mauvergne 31, rue Gounod (Bureaux Centre Jaude), 63000 Clermont-Ferrand Tél.: 0473173280 Fax: 0473173284 auvergne@crom.medecin.fr
- Bourgogne 7, Bd Rembrandt immeuble Apogée C, 21000 Dijon - Tél. : 0380794316 - Fax : 0380794329 bourgogne@crom.medecin.fr
- Bretagne 29, rue de Lorient, résidence Le Papyrus, 35000 Rennes - Tél.: 0299368350 - Fax: 0299388609 bretagne@cr53.medecin.fr
- © Centre 122 bis, rue du Faubourg-Saint-Jean, 45000 Orléans - Tél. : 0238431834 - Fax : 0238706460 centre@crom.medecin.fr
- Franche-Comté 1 c, route de Marchaux, BP 187, 25015 Besançon Cedex - Tél.: 0381883894 -Fax: 0381808726 - franche-comte@crom.medecin.fr
- Limousin 27, bd Gambetta, 87000 Limoges Tél.: 0555798540 - Fax: 0555798645 limousin@crom.medecin.fr
- Lorraine 131, rue Nicolas-Appert, 54100 Nancy Tél.: 0383367367; Fax: 0383367368 lorraine@crom.medecin.fr
- Midi-Pyrénées 9, avenue Jean-Gonord, 31500 Toulouse - Tél. : 0561547073 Fax : 0561547689 - midi-pyrenees@crom.medecin.fr
- Nord-Pas de Calais 42, rue du Faubourg de Roubaix, 59000 Lille Tél.: 0320319124 Fax: 0320120741 nord-pas-de-calais@crom.medecin.fr
- Basse-Normandie 33, rue Claude Chappe, 14000 Caen - Tél. : 0231291575 - Fax : 0231291576 basse-normandie@crom.medecin.fr
- Haute-Normandie 6, rue de la Poterne, BP 40, 76000 Rouen Cedex Tél.: 0235159012; Fax: 0235159084 crom.haute-normandie@orange.fr
- Poitou- Charentes -17, boulevard Pont-Achard, BP 206, 86005 Poitiers Cedex Tél.: 0549371577 Fax.: 0549370950 poitou-charentes@crom.medecin.fr
- ≥ Alpes-Provence-Côte d'Azur 23-25, rue Edmond-Rostand, 13006 Marseille Tél.: 0491378120 - Fax: 0491375234 paca@crom.medecin.fr
- » Rhône-Alpes -134, grande rue de la Guillotière, 69007 Lyon - Tél. : 0437654690 - Fax : 0437650175 rhone-alpes@crom.medecin.fr
- Réunion-Mayotte 5, résidence Laura, 4, rue Milius - 97400 Saint-Denis - Tél./Fax : 0262204814 reunion-mayotte@crom.medecin.fr

# ÉLECTION COMPLÉMENTAIRE A LA CHAMBRE DISCIPLINAIRE INTERRÉGIONALE RÉUNION-MAYOTTE

Le conseil interrégional Réunion-Mayotte va procéder le lundi 6 juin 2011 à une élection complémentaire à la chambre disciplinaire interrégionale Réunion-Mayotte pour combler une vacance d'un siège de suppléant.

POSTE À POURVOIR POUR LA CHAMBRE DISCIPLINAIRE INTERRÉGIONALE RÉUNION-MAYOTTE :

Pour le département de Mayotte :
1 poste de suppléant

#### Acte de candidature

Les candidats se font connaître, par lettre recommandée avec accusé de réception, auprès du président du conseil interrégional de l'Ordre des médecins dans le délai de deux mois à trente jours avant la date de l'élection. La candidature doit être parvenue au conseil interrégional au plus tard le 9 mai 2011 à 16h. La date d'envoi de la candidature ne sera pas prise en compte.

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

Toute candidature parvenue au conseil après l'expiration de ce délai n'est pas recevable, le cachet de la poste ne sera pas pris en compte.

Chaque candidat doit indiquer ses nom et prénom, son adresse, ses titres, son mode d'exercice et, le cas échéant, sa qualification professionnelle et ses fonctions dans les organismes professionnels (article R. 4124-1 du code de la santé publique).

La déclaration de candidature doit être revêtue de la signature du candidat.

Le candidat peut joindre à l'attention des électeurs une profession de foi selon les dispositions de l'article R. 4123-2 du code de la santé publique : « Celle-ci rédigée en français sur une seule page de format 210 x 297 mm (A4), en noir et blanc, ne peut être consacrée qu'à la présentation du candidat au nom duquel elle est diffusée et à des questions entrant dans le champ de compétence de l'ordre en application de l'article L. 4121-2. »

#### Éligibilité

Sont éligibles les médecins inscrits au tableau du conseil départemental de Mayotte, de nationalité française ou ressortissant de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen inscrits à l'ordre depuis au moins trois ans (article L. 4123-5 du CSP) et à jour de leur cotisation ordinale (article R. 4125-1 du CSP).

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

Le cumul des fonctions suivantes est interdit :
- membre de la chambre disciplinaire nationale et membre d'une chambre disciplinaire de première instance (art. L. 4122-3 CSP)
- membre d'un conseil de l'ordre ou d'une chambre disciplinaire ordinale avec la fonction de médecin habilité à accompagner l'EPP.

#### Électeurs

Sont électeurs les membres titulaires du conseil interrégional Réunion-Mayotte.

#### Le vote

Le scrutin aura lieu au siège du conseil interrégional le **lundi 6 juin 2011 à 18 h 30.** 

#### Le dépouillement

Il est public et aura lieu le lundi 6 juin 2011 juste après le vote :

» Au siège du conseil interrégional de l'Ordre des médecins, 5 résidence Laura, 4, rue Milius, 97400 Saint-Denis



#### D<sup>r</sup> Philippe Marissal

Président du syndicat national des généralistes et gériatres intervenant en Ehpad (SNGIE). Médecin généraliste installé dans une maison de santé pluridisciplinaire à Artemare (Ain), il est le médecin traitant de 100 résidents d'un Ehpad à Champagneen-Valromey.

dépendante de 86 ans. Remplir le dossier médical à chaque visite, car c'est une question primordiale de sécurité, notamment en cas de transfert à l'hôpital. Quant au choix de prescription, il sera dépendant de l'éventuelle réintroduction des médicaments dans le forfait soins des Ehpad, repoussée à 2013. L'enveloppe sera alors contrainte, d'où l'élaboration conjointe d'une liste de médicaments. Les médecins devront en prescrire un peu moins quand c'est possible.

#### Comment améliorer les conditions d'intervention des libéraux et la coordination des soins?

Dr P. Bouet: En favorisant les échanges plutôt que les rapports de force : la collaboration du médecin traitant avec le médecin coordinateur au sein de la commission de coordination gériatrique est une bonne chose. Plutôt qu'un contrat type, on aurait pu imaginer l'adhésion du médecin à des règles de fonctionnement de l'établissement simples

et consensuelles. Dr Ph. Marissal: Une meilleure coordination passe par une convention entre deux parties responsables, sans lien de subordination et avec un respect mutuel. Se réunir une ou deux fois par an en commission, cela ne va pas améliorer le fonctionnement au quotidien. Les établissements doivent donner les movens aux généralistes de respecter les bonnes pratiques gériatriques. De leur côté, les médecins volontaires peuvent participer à des séminaires de formation en gérontologie et faire valoir leur attestation auprès des directeurs.

#### Le contrat type ne précise pas les modalités de rémunération des libéraux, qui font l'objet de contestations...

#### F. Arnaiz-Maumé:

Il n'y a aucun problème dans les 80 % d'établissements qui ont choisi la tarification partielle, où les libéraux demeurent payés par l'Assurance maladie. Dans ceux qui ont opté pour la tarification globale et rémunèrent eux-mêmes les libéraux, la contrainte financière est plus forte et les directeurs peuvent proposer au choix des forfaits ou du salariat comme la loi le permet déjà. Dans ce dernier cas, la nouvelle convention nationale risque d'être requalifiée par certaines Urssaf en contrat de travail, avec des charges patronales et salariales supplémentaires. Nous demandons une clarification officielle à ce sujet.

#### Dr Ph. Marissal:

Mon Ehpad est public et au tarif global, il me rémunère à l'acte dans un délai de 45 jours et je déclare cela comme des honoraires conventionnels. Certains confrères sont en conflit avec les Urssaf, qui considèrent ces paiements comme du salaire. D'autres ont accepté des forfaits pas toujours avantageux, ou des salaires avec des périodes d'astreinte...

#### Dr P. Bouet:

Les rémunérations forfaitaires fixées unilatéralement posent problème. Elles impliquent une différence de traitement des patients selon les Ehpad, ce qui n'est pas acceptable. Si des forfaits sont institués, ils devront résulter d'une négociation nationale entre professionnels, établissements et Assurance maladie.

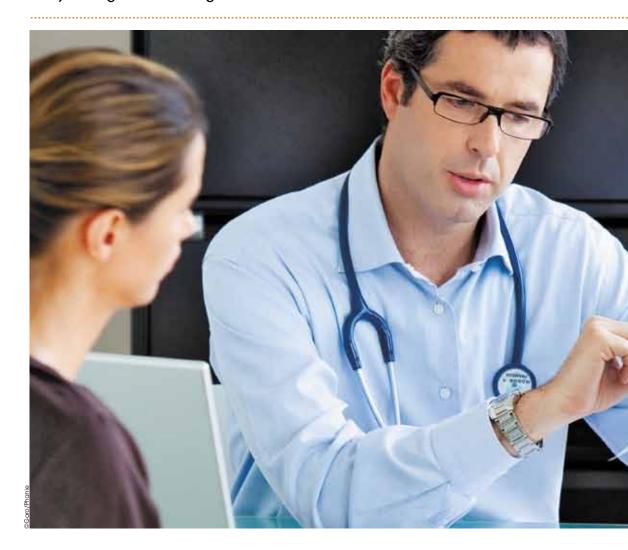
#### L'ORDRE MET EN PLACE UN DOSSIER UNIQUE D'ENTRÉE EN EHPAD

Dans le but de simplifier les démarches des familles et de leur médecin traitant, le conseil départemental de l'Ordre du Finistère a mené en 2009 un projet pilote de mise en ligne d'un dossier unique d'admission en Ehpad développé par l'Ordre, les établissements publics et privés et la DASS du département, remplaçant le dossier proposé par chaque établissement. Certains conseils généraux ont mené des initiatives similaires (Rhône, Haute-Savoie, etc.). Le conseil national de l'Ordre des médecins souhaite désormais généraliser la mise en place de ce dossier à l'échelle nationale. Le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé a déjà manifesté son intérêt pour cette démarche.



# Réconcilier les jeunes médecins avec l'exercice libéral

On le sait, les jeunes se tournent massivement vers le salariat à l'issue de leurs études. Pendant ce temps, la désertification médicale gagne du terrain et le manque de médecins généralistes devient problématique. Faut-il revoir la formation universitaire? Quelles solutions proposer pour redonner aux jeunes générations le goût de l'exercice libéral?



n 2010, moins de 9 % des nouveaux inscrits au tableau de l'Ordre ont choisi de s'installer en libéral... D'évidence, ce statut, qui était autrefois un modèle, n'a plus la faveur des jeunes générations. Pour tenter de trouver des solutions, le conseil national de l'Ordre des médecins a réuni différents experts, le 11 janvier dernier, représentant le monde institutionnel, la sphère universitaire, les jeunes médecins installés, mais aussi les étudiants et les internes... Car garantir aux usagers l'accès aux soins sur tout le territoire nécessite de disposer d'une relève

prête à choisir la médecine générale et à exercer en libéral.

Premier constat: la formation est inadaptée. « Pendant nos études, nous n'avons pas d'enseignements sur la gestion d'un cabinet et la comptabilité », regrette Ingrid Bastide, présidente de l'Association nationale des étudiants en médecine de France (Anemf). Plus globalement, les jeunes ne sont pas préparés à cette forme d'exercice : « Les étudiants concluent leur cursus sans avoir approché aucune

forme d'exercice libéral... Ils se forment en CHU mais très peu y feront carrière », pointe Élisabeth Hubert, présidente de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile. Ancienne ministre de la Santé, Élisabeth Hubert est l'auteur d'un rapport sur la médecine de proximité remis au président de la République en novembre dernier<sup>1</sup>. On y apprend notamment que, en 2010, 70 % des étudiants qualifiés en médecine générale

#### **POINT DE VUE** de l'Ordre



66 Le compagnonnage doit devenir une obligation déontologique 99

#### D' Michel Legmann,

président du Conseil national de l'Ordre des médecins

« Il y a deux points de vigilance pour le Cnom dans ce débat : l'accès aux soins pour tous, et la liberté d'installation des médecins, à laquelle nous sommes viscéralement attachés. Tous les participants à cette table ronde l'ont souligné : les jeunes sont confrontés de plus en plus tard à la réalité de leur futur métier. Il faut qu'ils sortent le plus tôt possible des murailles du CHU où ils sont formés par des praticiens de grande qualité... mais aui ne connaissent pas l'exercice libéral. Nous pensons que le stage en médecine générale est très important. Développons le compagnonnage, qui confère une contagiosité positive du maître vers l'élève, en donnant le goût du métier et en permettant d'appréhender le travail relationnel médecin-patient. Après une discussion avec la commission Jeunes médecins, la section Éthique et déontologie a proposé, en octobre 2010, un nouvel article du code (n° 68 bis). Actuellement en cours

d'examen au ministère, cet article définit le compagnonnage comme une obligation déontologique visant à transmettre les savoirs et les connaissances. Il faudrait aussi donner une dignité supplémentaire à la maîtrise de stage, en la reliant à une université et en améliorant les conditions matérielles des stages. N'oublions pas non plus le statut de médecin collaborateur, inscrit dans le code de déontologie. qui implique le partage de connaissances et d'informations. Nous préconisons aussi de développer les remplacements, situation aui offrirait à l'étudiant une condition d'autonomie plus complète, contrairement aux stages. Autre problème à traiter : les internes quittent souvent la région une fois qu'ils sont diplômés, surtout dans le Nord. Ainsi, un nombre important d'internes sont formés en Picardie; or c'est la zone la plus désertée au niveau médical... Il faut aair pour fidéliser les internes dans leur région de formation. »



#### LES JEUNES ET LA MÉDECINE LIBÉRALE



🖊 Le paiement à l'acte ne doit plus être un mode de rémunération exclusif.

Dr Alan Charissou, président du Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplacés (Reagjir).



🖰 Dans certaines universités, le stage de médecine générale n'est pas proposé. 🤊

Ingrid Bastide, présidente de l'Association nationale des étudiants en médecine de France (Anemf).

n'ont effectué que six mois de stage dans un cabinet de médecin généraliste – sur les trente-six mois que dure l'internat! Quant au stage de médecine générale de huit semaines qui doit être réalisé au cours du second cycle, il passe encore trop souvent à la trappe, bien qu'il ait été mis en place en 1997. Seuls 37 % des étudiants en médecine en bénéficient... Et ce malgré deux arrêtés publiés en 2006 et 2009. « Dans certaines universités, ce stage n'est pas proposé; dans d'autres, il dure seulement deux ou trois semaines, avec des interruptions, car on manque de maîtres de stage », regrette Ingrid Bastide. C'est pourquoi Éli-

#### Initiative

### Une étude sociologique se penche sur la désaffection à l'égard de la médecine générale



Anne-Chantal Hardy, sociologue

Sociologue, chargée de recherches au CNRS, Anne-Chantal Hardy a mené plusieurs études sur le profil des étudiants en médecine et sur l'impact du cursus et des concours sur leurs choix professionnels<sup>1</sup>.

Premier constat dressé par la sociologue : les premières années de médecine ne désemplissent pas, preuve que la profession reste attractive. Les étudiants ne

sont pas opposés, à ce momentlà, à l'exercice de la médecine générale. C'est au cours de leurs études que ce désir s'estompe. Très tôt dans leur cursus, le modèle aui semble s'imposer. en particulier dans les hôpitaux, est celui du spécialiste exerçant dans une grande ville. « Devenir généraliste à la campagne ou dans des zones périurbaines ne peut être envisagé que par quelques étudiants originaires de ces régions et capables de résister aux pressions venant des enseignants et de leurs collègues...», commente Anne-Chantal Hardy.

#### Une « élite sociale »

Autre point important : si on a pu observer une démocratisation chez les étudiants en médecine dans les années 1960-1970, celleci a été stoppée par l'instauration du numerus clausus. Aujourd'hui,

la majorité des étudiants en médecine sont d'origine sociale supérieure, et les taux de réussite au concours de première année montrent une réelle discrimination sociale. « Quelle aue soit la forme de l'épreuve ou de la sélection, les enfants issus de milieux favorisés, et plus encore proches des milieux médicaux, sont touiours très nettement favorisés par rapport aux autres, pour des raisons culturelles, mais aussi financières : ils sont en mesure de paver des préparations privées aux concours (PCEM1, ECN...)», précise Anne-Chantal Hardy. Conséquence de ce profil sociologique dominant : les étudiants sont moins armés pour gérer seuls une relation avec une clientèle dont les problèmes sont complexes et dont ils sont socialement très éloignés. L'ECN n'arrange rien à cet état de fait. À travers ce concours,

sabeth Hubert propose de revoir à la hausse la rémunération des maîtres de stage. L'Ordre va plus loin en réhabilitant le « compagnonnage »: «Il ne s'agit pas seulement de transmettre des connaissances mais aussi d'accompagner le futur médecin au quotidien, insiste le D<sup>r</sup> Isabelle Bohl, présidente de la commission Jeunes médecins. Le maître de stage doit donner envie au jeune d'exercer comme lui, mais aussi l'intégrer dans sa famille, dans un cadre de vie, selon une vue paternaliste qui peut être très bénéfique. » C'est pourquoi l'Ordre vient de proposer au ministère de la Santé un nouvel article du code de déontologie sur le compagnonnage. Autre préconisation du Cnom : développer les remplacements. « Nous proposons d'augmenter le nombre de jours de remplacement autorisés aux internes et de les comptabiliser comme expérience professionnelle pour valider une année d'étude », précise Isabelle Bohl.

Ces différents moyens d'approcher de près le métier permettraient de venir à bout de la crise des vocations dont souffre la médecine générale. « Il y a une dévalorisation de la médecine générale par rapport aux spécialités », admet le D¹ Michel Legmann, qui rappelle que le Cnom s'est battu pour obtenir un DES dans cette discipline. Aujourd'hui encore, la spécialité ne pourvoit pas la totalité de ses postes chaque année, dans des proportions proches de 20 %...

#### Revoir les modes de rémunération

Autres thèmes dont se sont emparés les participants au débat : la rémunération et les conditions d'exercice, qui incitent aujourd'hui les jeunes à choisir le salariat. D'autant que c'est le statut qu'ils ont connu au cours du cursus universitaire. « Responsabilité civile professionnelle, retraite, prévoyance... Les libéraux ont davantage de charges que les salariés. Or il faut des différences palpables de revenus pour emporter l'adhésion des jeunes générations », note Isabelle Bohl.

La rémunération est certes un levier de motivation essentiel. Président du Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplacés (Reagjir), le D' Alan Charissou plaide pour le

tous les étudiants de France sont classés sur une ligne hiérarchique unique. « Nécessairement, il y aura toujours des personnes en fin de classement. Ce système de valeurs a-t-il du sens? Faut-il avoir les mêmes qualités pour devenir généraliste, dermatologue ou radiologue? se demande la sociologue. Difficile d'aboutir, dans ce contexte, à ce que les étudiants aient des aoûts différenciés pour des exercices médicaux variés... Le principe de l'ECN génère par lui-même la dévalorisation de certaines disciplines, choisies par défaut par ceux qui sont en bas de la liste. La médecine générale fait actuellement partie des disciplines où l'on trouve le plus de postes vacants, ce qui est lié en partie au système, et en partie au fait que c'est aussi là qu'il y a le plus de places. Ce n'est pas pour autant que la discipline elle-même est dévalorisée; ce sont plutôt les conditions de son exercice qui sont remises en

1. « De "faire médecine" à "faire de la médecine" », DREES, 2005. « Le choix d'une vie », DREES, 2006



Une majorité
d'internes est d'accord
pour participer à une
permanence des soins
régulée

**Stéphane Munck**, président de l'Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-IMG)



moignage

En 2010, nous avons mené une enquête auprès de nos 5200 adhérents. 40 % d'entre eux ont répondu - soit un quart de l'effectif total des internes en médecine générale. Seuls 14 % d'entre eux souhaitent être assistants ou praticiens hospitaliers. Les autres veulent devenir remplaçants, collaborateurs libéraux ou salariés ambulatoires. 84 % des répondants déclarent avoir fait un choix positif pour la médecine générale; ils sont motivés à exercer leur futur métier et souvent bien conscients des enjeux liés à la démographie médicale. Seuls 12 % déclarent ne pas vouloir exercer en zone déficitaire. Ils sont opposés à des mesures coercitives pour les pousser à rester dans leur région. Enfin, 71 % des internes sondés ont répondu qu'ils étaient d'accord pour participer à la permanence des soins si celle-ci est régulée.

#### LES JEUNES ET LA MÉDECINE LIBÉRALE

renoncement au paiement exclusif à l'acte – qui représente 95 % du mode de rémunération des médecins généralistes et qui ne convient pas aux soins de premier recours, selon lui – et pour la diversification des modes de rémunération. Il propose d'introduire des forfaits pour des missions de santé publique, et, pourquoi pas, un paiement à la performance. « Sans pour autant que cela soit le Capi, qui n'est pas adapté », précise Alan Charissou.

#### Travailler en groupe

L'attractivité du métier est aussi fortement liée à l'organisation du travail, les jeunes craignant de se retrouver isolés dans une zone sous-médicalisée. « Dans 80 % des cas, les remplaçants qui ne se sont jamais installés invoquent la crainte de l'isolement, mais aussi d'une surcharge de travail administratif », avance le Dr Patrick Romestaing, président de la section Santé publique et démographie du Cnom.

«On ne peut pas travailler seul; il faut se décharger des tâches administratives, confirme Alan Charissou. Or les jeunes médecins n'ont pas envie de se lancer dans la course à l'acte pour pouvoir se payer une secrétaire. » Sortir

de l'isolement ne se limite pas à recourir à une aide administrative; les médecins veulent travailler en groupe, au sein de pôles ou d'autres modes de regroupement pluriprofessionnel. Les maisons de santé proposent des rémunérations forfaitaires; ce dispositif devrait être étendu à l'ensemble des regroupements, estime Isabelle Bohl: « Tous les cabinets privés, qu'ils soient ou non en zone déficitaire en offre de soins, devraient toucher une part forfaitaire pour le fonctionnement de leur structure, dès lors qu'ils utilisent des locaux et emploient du personnel. »

#### Renouveler les aides à l'installation

La lutte contre les déserts médicaux a fait l'objet de nombreux échanges. Un constat inquiétant, livré par l'Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (Isnar-IMG): 95 % des adhérents ne connaissent pas les aides à l'installation qui existent! Pour l'heure, celles-ci se révèlent insuffisamment incitatives. Quelques solutions plus efficaces ont été évoquées lors de ce débat : des prêts à taux zéro pour les primo-installations dans certaines zones, une

50 % de l'offre de soins.

garantie pour les jeunes de pouvoir revendre rapidement, au prix de l'acquisition, leurs parts dans un cabinet... Président de l'Intersyndicat national des internes en hôpitaux (ISNIH), Bertrand Joly estime qu'il faut aussi fidéliser les internes dans leur région. Il préconise pour cela un réel suivi des internes par le chef de service, mais aussi des mesures pour faciliter le logement des étudiants, afin de les retenir dans la région, une fois qu'ils ont décroché leur diplôme... En conclusion, l'Ordre a réaffirmé son opposition à des mesures coercitives d'installation. « Nous voulons des médecins heureux, disponibles pour prendre en charge les patients », rappelle Isabelle Bohl. Selon elle, « les problèmes démographiques actuels doivent être considérés comme une opportunité de repenser l'exercice médical dans son ensemble. Les résultats de l'enquête menée auprès des internes de médecine générale sont rassurants (lire le témoignage de Stéphane Munck)... Nous sommes sur la bonne voie. »

1. Rapport d'Élisabeth Hubert remis au président de la République en novembre 2010 : « Mission de concertation sur la médecine de proximité »



#### Pour en savoir plus

• www.conseil-national. medecin.fr

#### POINT DE VUE extérieur



# 66 Il faut des mesures pérennes pour redonner confiance dans l'exercice libéral 99

D<sup>r</sup> Élisabeth Hubert, ancienne ministre de la Santé, présidente de la Fnehad (Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile), auteur du rapport « Mission de la concertation sur la médecine de proximité »

# nterview

### Vous suggérez de réformer les études de médecine...

Élisabeth Hubert: Au cours

de présenter précocement

du DCEM, il convient

aux étudiants toute la diversité de la pratique médicale et de mettre en œuvre dans toutes les facultés de vrais stages d'initiation à la médecine générale. Je propose par ailleurs la réforme de l'examen classant national (ECN) qui devrait intégrer les résultats des examens du DCEM et l'évaluation des stages cliniques, et être réalisé dans un cadre interrégional. Par ailleurs, l'internat en médecine générale doit intégrer un plus grand nombre de stages effectués chez un médecin généraliste, ainsi qu'une année complémentaire de « séniorisation » intégrant les particularités de l'exercice libéral. Cela dit, il faut cesser de rallonger sans arrêt les études. Aussi, en contrepartie, il faudrait réduire d'un an les PCEM et DCEM, afin d'optimiser la formation théorique sans réduire

#### Quelles sont les craintes des étudiants et des médecins installés?

le temps des stages.

Ils associent au statut libéral un certain nombre de contraintes, qui génèrent chez eux un sentiment d'insécurité. La peur d'être durablement fixé en son cabinet avec pour seule voie d'échappement, la retraite, apparaît rédhibitoire, tout comme la perspective d'une disponibilité totale par défaut d'organisation de la permanence des soins (PDS). Il faut mettre en œuvre rapidement des mesures pour redonner confiance aux jeunes praticiens. Je propose une meilleure organisation de la PDS, une amélioration de la couverture maternité des femmes médecins, et la garantie donnée de pouvoir revendre dans un délai court, au prix de l'acquisition, leurs parts de cabinet. Il importe aussi de leur offrir des évolutions de carrière: valoriser l'expérience; former à des activités de management, de gestion, d'enseignement; évoluer vers une autre spécialité ou vers une activité axée sur la prévention, le contrôle ou l'inspection...

#### La coopération entre professionnels est un enjeu d'avenir...

Il convient de recentrer les médecins sur leur cœur de métier et de transférer certaines tâches à d'autres professionnels de santé. Les maisons de santé professionnelles et les pôles de santé répondent bien à ce besoin de transversalité. Mais leur création nécessite au préalable d'apprécier les besoins en offre de santé de proximité, selon une méthodologie identique pour

les régions. La sécurisation de l'environnement juridique, la viabilité économique, la mise en œuvre de systèmes d'information partagés, sont les conditions du succès de ces nouveaux modes d'exercice.

#### Faut-il varier les modes de rémunération des médecins libéraux?

Aujourd'hui, il n'est plus acceptable de payer le même prix pour toutes les consultations, quelles qu'en soient la complexité et la durée. Il importe donc d'établir très vite une grille tarifaire intégrant la complexité de la démarche intellectuelle de l'acte médical, et pour cela conclure le travail sur la CCAM clinique. Si le paiement à l'acte doit selon moi être maintenu pour une part de l'activité, il n'est plus défendu comme mode de rémunération unique. Certaines situations imposent l'intervention coordonnée de plusieurs professionnels et devraient être rétribuées sous la forme de forfaits. Par ailleurs, les surcoûts engendrés par les formes d'exercices regroupés nécessitent un financement spécifique et pérenne de ces structures.

#### + D'INFOS :

Lire le rapport du D<sup>r</sup> Hubert www.medecine-de-proximite.fr

≥ Texte: Sophie Herber

#### ■ Association Le Rire Médecin

# Des clowns à l'hôpital

№ 87 Clowns travaillent pour l'association. Ce sont des comédiens professionnels ayant plusieurs années d'expériences dans les domaines du théâtre ou des arts de la rue. Tous ont suivi une formation spécifique pour intervenir à l'hôpital. Les clowns doivent s'adresser à l'enfant et non au malade.

#### 64000 visites

du Rire Médecin sont prévues, dans les hôpitaux, pour la seule année 2011. Le Rire Médecin intervient dans 37 services de pédiatrie de 14 hôpitaux, à Paris, en Île-de-France, à Orléans, Marseille, Tours, Nantes et Nancy. 20 ans c'est l'âge de l'association. Fondé en octobre 1991, par Caroline Simonds, Le Rire Médecin rassemble des clowns qui se produisent dans les services pédiatriques.





L'association s'appuie sur une équipe de 87 comédiens professionnels intervenant dans 37 services pédiatriques en Île-de-France et en province.

n France, un enfant sur deux est hospitalisé avant l'âge de 15 ans. « Pour ces enfants et leurs parents, un séjour ou une simple visite à l'hôpital est souvent synonyme d'angoisse, de solitude et de détresse », témoigne Caroline Simonds. En 1987, cette artiste, d'origine américaine expatriée en France, entend parler d'une initiative innovante. « À l'époque, des clowns du Big Apple Circus se rendaient, deux fois par semaine, dans des hôpitaux de Harlem. J'ai adoré le concept et me suis jointe à leur

équipe pendant deux ans avant de revenir en France. » Dès lors, Caroline Simonds n'a qu'une idée en tête, créer une association sur le même modèle mais dont les interventions seraient improvisées, effectuées en collaboration avec les soignants et des comédiens spécifiquement formés. Quatre ans plus tard, en mai 1991, son projet se concrétise avec la création du Rire Médecin. « À travers cette association, mon objectif premier était d'améliorer la qualité de vie des enfants à l'hôpital », déclare la fondatrice du Rire Médecin. Vingt ans plus tard, sa volonté ne s'est pas étiolée et c'est désormais toute une équipe de clowns qui marche à ses côtés. « Nous tentons de montrer aux enfants, à leur famille, et au personnel soignant que l'humour et la fantaisie peuvent faire partie de leur quotidien. » Caroline Simonds, alias D'Girafe, et ses drôles de confrères ont recours au jeu, au chant, à la danse ou à la magie pour dédramatiser l'univers hospitalier.

### Le savoir-faire de professionnels

La force de Rire Médecin tient à la qualité de ses clowns. L'association s'appuie sur une équipe de 87 comédiens professionnels intervenant dans 37 services pédiatriques en Île-de-France et en province. « Les comédiens suivent une formation initiale et continue pour se familiariser avec l'univers hospitalier. On ne joue pas de la même façon dans une salle de spectacle face au grand public et dans une chambre d'hôpital face à un enfant malade. Il faut apprendre à respecter le fonctionnement des services pédiatriques et les contraintes que cela implique », note la directrice. Avant toute intervention, les clowns rencontrent le personnel soignant pour connaître l'état de santé des patients et adapter leur numéro en fonction. « Si l'enfant est fatigué, nous jouons moins longtemps. On nous demande parfois de faire notre numéro pendant les soins pour détourner l'attention du patient. » Les comédiens sont formés pour accompagner les soignants lors d'actes médicaux douloureux, par exemple lors des ponctions lombaires. Les clowns du Rire Médecin s'adaptent à toutes les situations. « Il nous est aussi arrivé de jouer pour des enfants en service de réanimation ou de chanter dans la lanque maternelle des enfants. Les clowns connaissent un répertoire de chansons dans plus de 50 langues. Chaque numéro est unique, comme chaque rencontre... », poursuit Caroline Simonds.

#### Les différents partenariats

Loin de se reposer sur ses acquis, l'association organise régulièrement des rencontres avec le personnel soignant pour évaluer l'impact de ses actions. Une fois par an, une réunion baptisée Regards croisés rassemble des chefs de service, des médecins et des infirmières, pour faire le point sur les interventions du Rire Médecin et apporter des améliorations si nécessaire. À cela s'ajoutent, deux fois par an, les Cafés-clown, un moment informel et convivial, où les comédiens échangent avec les soignants autour d'un café. Au fil du temps et des actions, Le Rire Médecin est donc devenu un partenaire à part entière pour le corps médical.

La réputation de l'association a même traversé les frontières. « Nous avons mis en place un programme de formation pour les associations françaises et étrangères mais aussi à destination des soignants », relate Caroline Simonds.

Enfin, l'association peut aussi compter sur le soutien des personnalités qui la parrainent : Annie Duperey, sa fille Sara Giraudeau, et François-Xavier Demaison. « Leur engagement permet au Rire Médecin d'avoir une résonnance dans les médias et par conséquent auprès du grand public. »



# Étre clown à l'hôpital, ça s'apprend!

Caroline Simonds, alias D' Girafe. fondatrice et directrice du Rire Médecin

#### Le Rire Médecin fête cette année ses 20 ans, quel bilan tirez-vous?

Un bilan positif. Nous sommes partis de rien. En 1991, ce type d'association n'existait pas. Le Rire Médecin a été la première initiative du genre en Europe.

Quand je regarde derrière nous, je me dis que nous avons fait un sacré bout de chemin. Aujourd'hui nous formons des groupes de comédiens dans plusieurs villes de France et même à l'étranger. Mais ce qui a vraiment évolué, c'est le regard du corps médical sur l'association. En apportant un savoir-faire adapté au service pédiatrique, nous avons prouvé que nous n'étions pas de simples saltimbanques. Grâce à notre travail et notre engagement auprès des enfants malades, nous sommes des partenaires à temps plein et nous participons à des colloques et autres manifestations professionnelles.

#### **Quels sont les projets** de l'association dans les années à venir?

Le grand projet de cette année est l'ouverture, le 25 avril prochain, de l'École internationale du Rire Médecin. Cette formation de 19 semaines se déroulera au sein des services hospitaliers. L'enseignement sera assuré par des professionnels du corps médical (Pr Alain Fischer, Dr Serge Tisseron, Dr Jacques Grill, etc.) et du monde du spectacle. La première promotion comptera 12 stagiaires, sélectionnés sur 60 comédiens, qui apprendront le métier de clown à l'hôpital. Les stagiaires apprendront ainsi à jouer en duo ou en trio dans un espace réduit comme une chambre d'hôpital.

#### Selon vous, que reste-t-il à améliorer?

Il faut justement améliorer la formation des personnes qui viennent jouer dans les services pédiatriques. On ne peut pas faire tout et n'importe quoi, il y a plusieurs paramètres à prendre en compte comme le caractère de l'enfant, son envie, les exigences médicales, etc. Trop de groupes de comédiens travaillent encore dans les hôpitaux sans y avoir été formés. D'où notre souhait, au Rire Médecin, de partager notre savoir-faire. Par ailleurs, il faut davantage faire connaître les actions du Rire Médecin au grand public, sensibiliser les gens à nos actions. Dans cette optique, nous préparons actuellement une pièce sur les histoires, issues de notre expérience en milieu hospitalier, que l'on ne veut pas oublier. La pièce, dont le titre n'est pas encore défini, sera jouée, nous espérons, dans plusieurs théâtres à Paris et en province. Nous profiterons de l'événement pour échanger avec le public et organiser des débats.

#### + D'INFOS:

www.leriremedecin.asso.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

#### Euthanasie

« Merci pour votre article réagissant à la proposition de loi sur l'euthanasie... Je suis entièrement d'accord avec vous, comme bon nombre de mes collègues infirmières!»

≥G.D. (infirmière en service de cancérologie notamment)

#### Libéraux, réveillez-vous!

«Comment peut-on I aisser lapider la médecine libérale par des médecins qui manifestement n'ont pas fait le bon choix! Je suis un médecin qui croit que le libéralisme est une chance pour la qualité de la médecine en France et qui ne regrette pas ses 60 à 70 heures par semaine passées au service de ses patients depuis 25 ans. Faisons taire les sirènes du fonctionnariat pour tous! Seule la concurrence peut être génératrice de qualité! Je

lisais dans la presse médicale que la population serait moins demandeuse de dévouement, mais plus de compétence et de technicité...

Cette phrase a-t-elle pu être prononcée par un médecin libéral? Bien sûr que non, parce que nous sommes proches de nos patients et nous savons qu'ils réclament toutes ces qualités : dévouement, compétence, technicité... Comment peut-on penser à opposer ces mots?»

#### **Loi de** bioéthiaue

« Merci pour votre article dans le dernier Bulletin. À l'appui de vos remarques, les innombrables embryons surnuméraires abandonnés et les corps en mort cérébrale ont en commun de n'avoir aucune chance de survie. On ne leur enlève aucune chance de vie, on ne leur cause aucun préjudice en les rendant donneurs de greffons. Ce serait une manière de reconnaître leur valeur, tout en ignorant quel succès en attendre. En page 10, le Pr Dekeuwer-Defossez est cité. Elle traite de l'embryon au singulier, comme s'il n'y avait qu'une sorte d'embryon. Elle redoute à juste titre qu'on fabrique des embryons pour réaliser des expériences, méconnaissant que sont disponibles des dizaines de milliers d'embryons surnuméraires abandonnés. »

yD' F.B. (Paris 16)

#### 🎴 La médecine du travail manque de moyens

« Chers confrères, en lisant le Bulletin de décembre et son article sur la réforme de la médecine du travail, je suis sollicitée par votre encart « Vos réactions nous intéressent ». En effet, cette médecine de prévention professionnelle est en recul par manque de médecins et de moyens. Puisque la démographie médicale va devenir de plus en plus basse, deux axes majeurs sont à préserver :

1. L'axe de prévention, pour lequel les services de pluridisciplinarité peuvent être en première ligne avec des actions sur le terrain,

guidées par l'expertise du médecin sur les risques constatés par lui-même aux postes de travail, risques divers et multiples. Les entreprises, quelle que soit leur taille, sont souvent étonnantes.

2. L'axe, plus spécifiquement médical, en cabinet, qui à mon avis ne peut être qu'orienté vers la protection des femmes enceintes, des jeunes de moins de 18 ans, des handicapés, des malades (toutes maladies confondues), des risques spécifiques comme les expositions au CMR dont la liste ne cesse de croître, des expositions aux nanoparticules,

des risques de TMS, et facteurs psychosociaux. La discussion sur la pénibilité peut à mon avis n'être que trop sources d'erreurs car, quelle que soit la situation, si elle est à risque pour le salarié, elle doit être solutionnée par l'expertise du médecin du travail. Indépendance et objectivité sont la base de notre activité. La démographie médicale sera la pierre d'achoppement de toute réforme, toute activité strictement médicale ne peut être réalisée qu'exclusivement par un médecin.

⊌Dr B.S (83)

#### Vivre son handicap moteur



Cet ouvrage rédigé par un neuropédiatre rémois témoigne d'un sens pédagogique d'une rare qualité. Son expérience clinique le fait écrire : « Les maladies neurologiques sont nombreuses... Elles ne peuvent qu'être évoquées au cours des études médicales...

On comprend donc le désarroi du médecin de famille confronté à un handicapé... » D'où l'intérêt d'organiser une consultation « expertise » par une équipe multidisciplinaire qui permettra de donner des instructions précises au médecin comme c'est déjà le cas pour la sclérose en plaques. En attendant, l'auteur – professeur de neurologie – donne des conseils pratiques pour la prise en charge d'un patient atteint d'un handicap dès la naissance ou acquis. Tous les aspects du handicap sont envisagés : sa genèse, sa révélation, la scolarité, la formation professionnelle, les aides techniques et sociales, la vie du handicapé à domicile ou en institution, la vie associative, loisirs et sports, sans oublier les perspectives thérapeutiques nouvelles ou à venir. Un ouvrage très utile pour le praticien.

≥Maurice Hodara

Vivre son handicap moteur, de Jean Claude Turpin, 430 pages, 35 euros (port compris), imprimerie Launay Paris 5°. Tél. : 0143541660

#### Le dispositif médical



Le dispositif médical, un univers diversifié : des outils de diagnostic, de prévention et d'amélioration dans la pratique des soins, avec des contraintes liées au processus d'innovation et des inévitables progrès technologiques. Quel est le point commun entre une prothèse de hanche, une pompe à insuline,

un pacemaker, une IRM, des seringues, une paire de béquilles, un fauteuil roulant, des pansements, un robot chirurgical ou un neurostimulateur cérébral? Au sein des industries de santé, ils appartiennent tous à la même famille : celle des dispositifs médicaux (DM). Ce vaste ensemble n'a pris pleinement sa place au sein des produits de santé qu'avec l'avènement dans le courant des années 1990 de la réglementation européenne de mise sur le marché qui le concerne. »J.P.

Le dispositif médical, de Jean-Claude Ghislain et Antoine Audry, PUF, 9 euros.

#### Réussir sans se détruire



Pour faire face au stress au travail. l'individu développe des comportements différents, certains sont de type actif : la fuite et l'agression; d'autres sont de type passif : l'inhibition. Comment s'adapter sans détériorer sa santé? Comment trouver un

équilibre entre les exigences professionnelles et la qualité d'une vie personnelle? Les auteurs Christophe Massin, psychiatre, et Isabelle Sauvegrain, médecin du travail, ont cherché des réponses pratiques. Chacun, du salarié au syndicaliste, pourra se reconnaître à travers les témoignages et trouver des pistes de résolution. Il n'empêche que la solution au sein de toute entreprise réside dans la considération et la motivation de ses membres.

yJean Pouillard

Des solutions au stress au travail. Drs Christophe Massin et Isabelle Sauvegrain, Albin Michel, 301 pages, 22 euros.

#### Philosophie pour les professionnels de santé



Mieux qu'un manuel, ce guide s'adresse aux soignants toujours préoccupés par les problèmes de santé dans les relations des sciences humaines et plus que jamais nécessaires dans le domaine des soins, compte tenu de l'évolution des connaissances, des techniques, et surtout

des changements culturels et sociaux. Cette approche vise à aider les étudiants et tous ceux qui désirent appréhender l'univers de la médecine, aux confins de l'art et du soin, entre incertitude et rigueur, à une réflexion tant éthique que juridique. Qu'est ce que l'homme? sinon se soucier principalement du contexte de l'humanité, ce qui est l'objet même de la philosophie. »J.P.

Philosophie pour les professionnels de santé. de Jean Lombard et Bernard Vandewalle. Ed. Seli Arslan, 256 pages, 23,50 euros.

# Dépister les violences fait partie de la consultation

#### D<sup>r</sup> Emmanuelle Piet

médecin de protection maternelle et infantile (PMI) en Seine-Saint-Denis, présidente du Collectif féministe contre le viol.

# témoignage

« J'ai commencé mes études de médecine en 1968 dans le but de défendre les droits des femmes, et je milite au Mouvement français pour le planning familial depuis 1974. Dans nos 122 centres de planification et d'éducation familiale de Seine-Saint-Denis, nous recevons environ 100 000 personnes par an, dont 98 % de femmes et 2 % de jeunes hommes, lesquels consultent souvent pour une maladie sexuellement transmissible (MST). La gratuité et l'anonymat sont possibles, notamment pour les jeunes femmes qui doivent cacher leur sexualité à leur famille, ou celles dont le mari refuse la contraception. Une femme sur dix subit des violences conjugales, une femme sur dix

a subi un viol : ces violences sont communes à tous les milieux sociaux, à Saint-Denis comme dans les beaux quartiers de Paris. Les dépister fait selon moi partie de la consultation. On peut par exemple demander: Qu'est-ce qui se passe quand vous ne voulez pas de rapport? Le vécu de la patiente conditionne en effet l'acceptabilité de la contraception : avaler chaque jour une pilule si elle est frappée, violée, si elle déteste l'homme avec qui elle a des rapports, sera très difficile. En tant que médecins, nous pouvons déculpabiliser ces femmes en difficulté, leur expliquer que ces actes sont condamnés par la loi et évaluer les manifestations de ces violences. Les professionnels doivent savoir que des lombalgies, des céphalées, des troubles gastro-intestinaux ou des pathologies dermatologiques, pour ne parler que des troubles somatiques, peuvent être consécutifs à des violences. Il n'est pas utile de recevoir ces patientes longuement, il vaut mieux les recevoir souvent. Pour ma part, ce sont des consultations rapides, dix à quinze minutes, mais tous les quinze jours. Et si l'agresseur isole sa victime, c'est à nous de repeupler autour d'elle en travaillant en réseau avec l'assistante sociale, le kiné, l'association de quartier, la Protection de l'enfance... Certaines patientes parviennent à changer de vie et reviennent me voir toutes contentes, c'est ça qui me stimule!»



#### **PARCOURS**

#### ¥1969-1976

Études de médecine à la faculté Broussais-Hôtel-Dieu

#### ы 1978-1981

Formation à la planification familiale au Mouvement français du planning familial (MFPF)

#### 1978-1984 ע

Vacataire dans les centres de planification familiale à Bondy, au Pré-Saint-Gervais, à Romainville et à Villepinte (93)

#### Depuis 1984 צ

Médecin départemental de PMI, coordinatrice de l'action des 122 centres de planification de Seine-Saint-Denis. Exerce à mi-temps dans les centres à Bondy Nord, Bondy Sud et du Pré-Saint-Gervais.

#### Depuis 1992

Présidente du Collectif féministe contre le viol (CFCV), association qui gère la permanence téléphonique « Viols Femmes Informations » : 0 800 05 95 95