médecins

MAGAZINE DE L'ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS N°2 NOVEMBRE - DÉCEMBRE 2008

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

↘Dossier

Mobilité professionnelle : faut-il s'en réjouir? p. 22

↘L'essentiel
L'Ordre s'oppose au projet de loi HPST p. 5

↘Sur le terrain
Accompagner les mineurs délinquants p. 8

↘Réflexion
Attirer les médecins vers l'exercice clinique p. 11

médecins n°2
Nov. 2008

ABONNEZ-VOUS
À NOTRE NEWSLETTER
www.conseil-national.medecin.fr

L'essentiel | 04
L'Ordre s'oppose au projet de loi HPST

L'essentiel informatique | 07
Échange et partage de données : l'Ordre s'engage

Sur le terrain | 08
Accompagner les mineurs délinquants

Ailleurs | 10
L'Europe de la santé est en marche

Réflexion | 11
Attirer les médecins vers l'exercice clinique

Courrier des lecteurs | 28

La voix des associations | 29
France Alzheimer

Culture médicale | 30
Rétention : le mot du mois par Alain Rey

Les outils du mois | 31
Lithiase vésicale : de la lithotomie au laser

À vous la parole | 32
Dr Catherine Roche, médecin du travail retraitée, membre de l'association Les Transmetteurs

Dossier | 22

Mobilité professionnelle : faut-il s'en réjouir ?

© Getty images

Pour faire face au déficit de la démographie médicale, les établissements de soins, mais aussi les maires des communes désertées font appel massivement à des médecins venus d'ailleurs, en particulier des nouveaux pays adhérents à l'Europe. Une solution qui soulève toutefois bien des questions…

Cahier jurispratique | 13

EXERCICE PROFESSIONNEL Les voies de recours en cas de refus d'entente préalable | 13
DÉCRYPTAGE Les arrêts de travail des salariés du régime général | 14
QUESTIONS/RÉPONSES La réserve citoyenne au sein du service de santé des armées | 17
PRATIQUE La fiche de signalement d'incident du Conseil national | 18
MÉDECINE Ostéoporose : attention au risque de nécrose osseuse au cabinet dentaire | Orphanet : tout savoir sur les maladies rares. | 20

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

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

Démographie : l'expertise incontournable de l'Ordre

« Seul l'Ordre connaît précisément qui fait quoi, à quel endroit et avec quel statut »

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

La publication par l'Ordre de l'Atlas 2008 de la démographie médicale française revêt une importance particulière avant le débat parlementaire sur le projet de loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » et le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009.

Elle traduit et conforte l'expertise incontournable du Conseil national de l'Ordre en matière de démographie médicale. Elle justifie en outre le rôle spécifique que l'Ordre souhaite jouer en étant représenté, via ses instances régionales, au sein des futures Agences régionales de santé. D'ailleurs, peut-on sérieusement penser que l'on pourra un jour améliorer l'offre et l'organisation de soins dans nos territoires sans la participation des instances départementales et régionales de l'Ordre ? Qui, à part l'Ordre, connaît le nombre exact de médecins dans chaque spécialité, non pas en se basant sur les diplômes obtenus, mais sur la réalité de l'exercice médical ? Nous le savons : le diplôme ne reflète pas nécessairement l'exercice. Nombreux sont nos confrères diplômés en médecine générale qui changent de discipline ou de spécialité au cours de leur carrière. Seul l'Ordre connaît précisément qui fait quoi, à quel endroit et avec quel statut.

Notre Atlas 2008 révèle ainsi l'augmentation exponentielle du nombre de médecins remplaçants : près de 10 000 praticiens exercent désormais exclusivement sous cette forme. Par sa capacité unique à observer la réalité de terrain grâce aux données chiffrées dont il dispose, le Conseil national de l'Ordre est un acteur essentiel en matière d'organisation des soins. Institutions et organismes officiels font d'ailleurs déjà appel à nos chiffres lorsqu'ils évoquent les questions de démographie médicale. C'est un signe de reconnaissance très fort, en attendant mieux… Espérons-le.

Le Cnom organise une conférence sur les tests génétiques le 22 janvier à Paris **(voir page 6)**

médecins

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : Dr Walter Vorhauer - ORDRE DES MEDECINS, 180, bd Haussmann, 75389 Paris Cedex 08. Tél. : 01 53 89 32 00. E-mail : conseil-national@cn.medecin.fr - RÉDACTEUR EN CHEF : Dr André Deseur. - CONCEPTION ET RÉALISATION : CITIZEN PRESS 41, rue Greneta, 75002 Paris - RESPONSABLE D'ÉDITION : Claire Peltier - DIRECTION ARTISTIQUE : Marie-Laure Noel – SECRÉTARIAT DE RÉDACTION : Élisabeth Castaing, Sophie Loubeyre – IMPRIMERIE : IGPM - Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs - DÉPÔT LÉGAL : Novembre 2008 – n° 16758 – ISSN 00-304-565 - PRIX DE L'ABONNEMENT (1 AN) : 35 € - POUR VOUS PROCURER CE MAGAZINE : Elsevier Masson, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux Cedex, Tél. : 01 71 16 55 99.

Démographie

Radiographie du corps médical 2008

Le Conseil national vient de publier la deuxième édition de son Atlas de la démographie médicale, réalisé à partir des chiffres du Tableau de l'Ordre par la section Santé publique. Sa présidente, le Dr Irène Kahn-Bensaude, nous en présente les quatre principaux enseignements.

1 La profession vieillit et se féminise

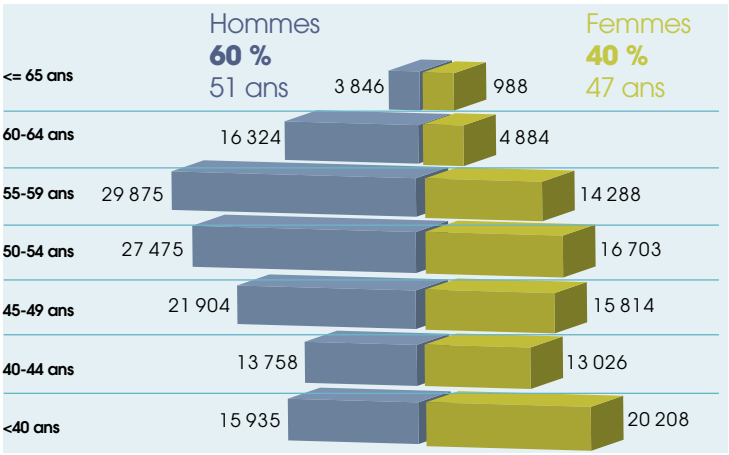
215028 médecins sont en activité, un nombre en augmentation de 1,2 % par rapport à 2007. Mais, parallèlement, le nombre de retraités a augmenté de 2,4 %. La pyramide des âges de la profession reflète d'ailleurs ce vieillissement du corps médical (les médecins de moins de 40 ans sont moins nombreux que ceux de 50 ans), mais aussi sa féminisation (54 % des nouveaux inscrits au Tableau de l'Ordre sont des femmes). Au total, l'âge moyen des médecins en activité est de 49,3 ans (47 pour les femmes, 51 pour les hommes).

2 Les disparités régionales se creusent

Pour la première fois en 2007, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur est devenue plus attractive que l'Île-de-France. La densité médicale de la région PACA est ainsi 1,6 fois supérieure à celle de la région Picardie, dernière du classement. Désormais, le nombre de médecins exerçant en Picardie est équivalent à celui recensé en moyenne dans cette région pendant les années 1970…

En outre, les mesures prises par les pouvoirs publics pour faire face à ces disparités croissantes n'ont pas fait, pour l'instant, la preuve de leur efficacité. L'Ordre a ainsi passé au crible les zones « sous-médicalisées » où les médecins peuvent obtenir des aides à l'installation ou un bonus de 20 % sur le montant de la consultation. Résultat : sept installations seulement en 2007, deux en région Centre, deux dans les Pays de la Loire, une en Auvergne, une en Bourgogne et une en Île-de-France.

Pyramide des âges des 215028 médecins en activité (France entière)



3 La crise de certaines spécialités s'accentue

Dans certaines spécialités déjà déficitaires, comme la chirurgie vasculaire, l'ophtalmologie, la médecine du travail, la médecine physique et de réadaptation ou l'ORL, le nombre de médecins sortants (départs en retraite) est égal ou supérieur au nombre de médecins entrants (nouvellement inscrits au Tableau de l'Ordre).

4 L'exercice salarié et le statut de remplaçant attirent les jeunes

Parmi les nouveaux inscrits en 2007, 66 % ont choisi d'exercer en tant que médecin salarié. Seuls 9,4 % ont opté pour la médecine libérale exclusive. Au total, en 2007, le Tableau de l'Ordre enregistre quatre fois plus de médecins salariés que de médecins libéraux… De même, l'étude que l'Ordre consacre pour la première fois aux remplaçants montre que leur nombre augmente de façon exponentielle : ils étaient 9479 médecins remplaçants en 2007, soit une hausse de 24,8 % en un an. 72 % d'entre eux sont des généralistes, et la majorité sont des femmes. Les spécialités qui les attirent sont le radiodiagnostic et l'imagerie médicale, l'anesthésie-réanimation, la pédiatrie et l'ophtalmologie.

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

- **Atlas 2008 de la démographie médicale**
- **Communiqué de presse du 18/09**

en bref

UNE ACTIVITÉ LIBÉRALE PENDANT LA RETRAITE

Une erreur s'est glissée dans le dossier du *Bulletin* de février 2008, « Poursuivre une activité libérale après son départ en retraite ». « Pour pouvoir cumuler sa retraite Carmf avec une activité libérale, le montant des pensions (régime de base + complémentaire) ajouté au montant des revenus tirés de cette activité ne doit pas dépasser un certain plafond », pouvait-on lire. Or, cette condition ne concerne que les salariés retraités. Pour les médecins libéraux, seuls les revenus tirés de l'activité libérale sont pris en compte.

EN CHIFFRES

5 000
maîtres de stage en médecine générale
sont recherchés par l'Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-MG) et l'Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF).

Politique

L'Ordre s'oppose au projet de loi HPST

Depuis septembre, le Conseil national de l'Ordre des médecins a fait entendre sa voix pour infléchir le contenu du projet de loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires ».

Dans une lettre adressée fin septembre à la ministre de la Santé, le Conseil national s'est prononcé contre deux aspects du projet de loi. Il s'oppose d'abord à la mise en place d'un schéma régional d'organisation des soins (article 14 de l'avant-projet), qui « *conduirait à une étatisation sans précédent du système de santé* ». Il dénonce ensuite la tentative de définir la médecine générale et ses missions : « *Pour la première fois, un projet de loi a jugé utile de définir le contenu d'une spécialité médicale, la médecine générale, et de lui assigner des missions*, écrit le Dr Michel Legmann, président du Conseil national. *Si ces missions reprennent pour partie l'activité effective des médecins généralistes exerçant aujourd'hui, le Conseil national estime dangereux de distinguer plusieurs catégories de médecins généralistes, les uns de premier recours entrant dans une organisation étatique, les autres y échappant ou en étant exclus. Autre mesure phare de ce projet de loi : la réforme des Agences régionales de santé (ARS) qui devraient concentrer tous les pouvoirs au niveau régional (prévention, organisation des soins, permanence des soins, etc.). L'Ordre, par le biais de ses conseils régionaux, doit être pleinement présent dans ces instances, car lui seul représente l'ensemble de la profession médicale et dispose d'une expertise incontournable en matière de démographie médicale ou d'organisation de la permanence des soins.* »

© Phanie

Vers une étatisation sans précédent du système de santé ?

Prix de la prévention médicale

Depuis 2007, la prévention médicale récompense les initiatives personnelles et originales ayant pour objectif de prévenir la survenue d'accidents liés à des activités de diagnostic et de soins. En 2009, deux prix de 6 000 et 4 000 euros seront décernés. Ils sont ouverts à tous les professionnels de la santé, libéraux ou salariés. Les inscriptions seront closes dès les 50 premières inscriptions reçues et, au plus tard, le 31 janvier 2009.

+ D'INFOS :

Pour s'inscrire : www.prevention-medicale.org

« Le débat éthique doit être ancré dans le quotidien »

Alain Grimfeld, président du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé.

interview

Quelle est votre vision de l'éthique ?

Alain Grimfeld : Fondamentalement, l'éthique se nourrit d'échanges et de questionnements sur les sujets au cœur des grands enjeux de notre société, comme la recherche sur les cellules souches, le clonage ou encore l'assistance médicale à la procréation. Aussi libres soient-elles, les réflexions du Comité d'éthique doivent cependant aboutir à des recommandations ou à des préconisations concrètes.

Le champ du débat éthique est-il large ?

Alain Grimfeld : Oui. On ne peut pas mener une réflexion éthique sur l'espèce humaine sans évoquer l'environnement. Je partage cette idée, défendue par l'Organisation mondiale de la santé, selon laquelle la santé ne se caractérise pas par l'absence de maladies, mais par un état de bien-être physique, mental et social. L'environnement ne peut en être absent. On ne peut pas non plus réfléchir sur l'organisation des soins sans évoquer les aspects financiers ou techniques (l'informatisation des soins, par exemple).

Les professionnels ont-ils besoin d'éthique ?

Alain Grimfeld : Face aux avancées scientifiques ou aux évolutions de la société, les professionnels de la santé, et notamment les médecins, ont besoin d'une réflexion éthique sur leurs pratiques qui soit forte et structurée. Je regrette à cet égard que l'éthique soit absente des programmes de formation médicale continue. En revanche, les étudiants en médecine sont désormais formés à la démarche éthique, même si cette approche reste parfois insuffisante.

Quelle est votre feuille de route pour 2009 ?

Alain Grimfeld : Notre prochain défi, ce sont les États généraux de la bioéthique qui devront déboucher sur une éventuelle révision des lois de bioéthique de 2004. Le CCNE vient de publier sa contribution. Parallèlement, les citoyens vont être associés pour la première fois à ces réflexions sous de multiples formes (colloque, forums, etc.). Pour moi, cette démarche est la bonne : il est primordial de s'appuyer sur les échanges des acteurs de terrain, sur leurs retours d'expériences… Il n'y a pas un modèle de pensée universel qui doive s'imposer à tous.

Le Cnom organise une conférence sur les tests génétiques

Le Conseil national de l'Ordre des médecins organise le 22 janvier 2009 à Paris une journée de réflexion sur les tests génétiques, ouverte à tous. Cette conférence sera ouverte par Simone Gilgenkrantz, professeur émérite de génétique humaine. Trois domaines illustreront ces propos : l'hémochromatose, présentée par le Pr Brissot (CHU de Rennes), l'oncogénétique, par le Pr Stoppa-Lyonnet (Institut Curie), et la thrombophilie, par le Pr Jude (CHU de Lille). Une réflexion multidisciplinaire

© Garo/Phanie

sur un cas pratique permettra d'aborder les questions soulevées par la découverte d'une maladie à révélation tardive, avec les interventions du Pr Manouvrier, présidente du Collège des généticiens, du Dr Léopold, généraliste, de Marcela Gargiulo, psychologue, de Michel Roux, président de section honoraire au Conseil d'État, membre du CCNE, et d'Emmanuel Hirsch, philosophe et directeur de l'Espace éthique de l'AP-HP. Les débats seront conclus par le Pr Axel Kahn, après un exposé du Dr Hulot (Inserm) sur les perspectives d'avenir et la pharmacogénétique. Les débats seront modérés par les Prs Christian Hervé et Axel Kahn.

Pour s'inscrire :
seigneur.veronique@cn.medecin.fr
tél. : 0153893257
fax. : 0153893281

Échange et partage de données :

l'Ordre s'engage

Après la publication de son livre blanc, fin mai 2008, le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) poursuit activement son implication dans l'informatisation de la santé : il pilote actuellement la mise au point d'un système d'échanges sécurisés entre professionnels de la santé. Un système simple, utile, évolutif, pérenne et sûr…

En mai dernier, le Cnom a publié son livre blanc pour l'informatisation de la santé. La ministre de la Santé a d'ailleurs approuvé plusieurs mesures du livre blanc. « *Mais nous ne nous contentons pas de dire ; nous agissons pour faire avancer les choses* », indique le Dr Jacques Lucas, vice-président du Conseil national chargé des systèmes d'information en santé.[1]

Le Conseil national a en effet commandé à un expert extérieur une étude de faisabilité pour le développement d'une solution informatique. Celle-ci permettrait à tous les médecins d'échanger des données de santé. Trois exigences guident l'engagement du Cnom dans ce dossier : la confidentialité totale des informations, l'accord du patient comme préalable à toute action, l'amélioration de la rigueur de la communication et la qualité des soins.

Deux principes ont été posés : d'une part, la solution proposée doit pouvoir s'adapter aux différents lieux d'exercice, qu'il s'agisse d'un cabinet libéral, d'une équipe dans un établissement de soins, etc. D'autre part, « *le système doit impérativement être évolutif et offrir la possibilité d'ajouter de nouveaux modules* », précise Jacques Lucas.

Premiers modules proposés

Les échanges de correspondance, la réception des données biologiques et la prescription sécurisée sont les premiers modules proposés. D'autres suivront, comme divers serveurs de données et services associés, mais « *nous ne voulons rien d'exhaustif d'emblée, car l'outil doit suivre les usages qui en seront faits* », indique Jacques Lucas. Les prescriptions biologiques et médicamenteuses pourraient être faites par le médecin et être envoyées dans un espace sécurisé. Le pharmacien, selon le libre choix du patient, se connecterait à cet espace pour délivrer les médicaments en toute sécurité, via le dossier pharmaceutique. Cette procédure serait très utile en cas de mobilité des patients, lors de situations d'urgence ou encore pour les prescriptions de sortie d'hospitalisation… Pour la biologie, une boucle complète pourrait s'effectuer entre la prescription au départ, son traitement au sein du laboratoire librement choisi par le patient, et son retour vers le prescripteur et d'autres médecins désignés par le patient.

Quand ?

L'étude de préfiguration a été remise au Cnom à la mi-octobre. C'est lors de la session budgétaire de décembre que l'Ordre approuvera la mise en place de la solution informatique retenue et le départ d'une « phase béta » avant généralisation. Parce qu'il s'agit d'une solution au service des patients, destinée à améliorer la qualité et l'efficience des soins, le Cnom considère que des fonds publics devront y être associés. Comme l'a annoncé la ministre fin juin, c'est l'Agence des systèmes d'information de santé partagée (Asip) qui pilotera l'informatisation de la santé pour l'État. Des contacts ont été et seront noués avec elle. Ainsi que l'a indiqué Roselyne Bachelot, l'Ordre des médecins sera associé à la gouvernance et à la définition de la stratégie nationale d'informatisation de la santé. Le Cnom veillera à ce que l'authentification des médecins, la traçabilité des accès et la stricte confidentialité des données soient assurées.

1. Le Dr Lucas est aussi coordonnateur du groupe pilote constitué des Drs Ph. Biclet, P. Bouet, J.-F. Guyonnard, P. Jouan, J.-J. Kennel, R.Nicodème, F. Stephani.

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

Le livre blanc peut toujours être consulté à l'adresse : http://web.ordre.medecin.fr/presse/cnomlivreblancinformatisation.pdf

Textes : **Nathalie Da Cruz** Photos : **Patricia Lecomte**

Pédopsychiatrie

Accompagner les mineurs délinquants

Depuis janvier 2008, le centre éducatif fermé (CEF)[1] de Moissannes, près de Limoges, fait partie d'un réseau de cinq CEF qui expérimentent un suivi pédopsychiatrique renforcé.

Situé à 30 kilomètres de Limoges, le CEF de Moissannes est géré par l'Association limousine de sauvegarde de l'enfant à l'adulte (Alsea). Il accueille 11 adolescents âgés de 13 à 16 ans, pour la plupart délinquants multirécidivistes. C'est dans le cadre d'un contrôle judiciaire, d'un sursis avec mise à l'épreuve ou d'une alternative à l'incarcération qu'ils sont confiés par la justice au CEF. Leur séjour dure six mois, renouvelables une fois.

Dans le cadre de l'expérimentation lancée par le ministère de la Justice début 2008, une convention a été signée avec le centre hospitalier Esquirol. Objectif : renforcer le suivi pédopsychiatrique et évaluer son impact sur les récidives des jeunes. Au cours de leur séjour, les adolescents de Moissannes rencontrent à plusieurs reprises un pédopsychiatre de l'hôpital, en présence d'un des deux psychologues cliniciens du CEF. Ceux-ci suivent aussi de près les adolescents, grâce à des consultations hebdomadaires.

Tout est pensé pour faciliter l'insertion psychologique mais aussi sociale. « *Pendant leur séjour, les jeunes ont la possibilité de faire un stage de découverte dans une des 30 entreprises dont nous sommes partenaires* », explique David Faure, le directeur du CEF. Ce qui peut susciter des vocations… Les journées des adolescents sont rythmées par des ateliers pédagogiques pendant la journée – scolarisation, arts plastiques, sport, jardinage… – et plus ludiques le soir. Les liens avec l'extérieur sont favorisés à travers des chantiers éducatifs, comme le débroussaillage chez un paysan voisin, par exemple. « *Toujours encadrés, toujours occupés,* résume le Pr Bouquier, ancien vice-président du Cnom et président de l'Alsea. *60 % des jeunes placés en CEF se réinsèrent dans la société à la sortie.* »

1. Les CEF ont été créés en 2003. Il en existe 34 en France – dont 27 sont gérés par des associations – pour une capacité totale de 364 places.

Le CEF de Moissannes

est situé dans un château dont l'origine remonte au XIIe siècle, et qui est entouré par un parc de 18 hectares.

Dr Jean-François Roche,

chef du service de pédopsychiatrie secteur nord au CH Esquirol de Limoges

témoignage

« J'interviens, avec mon équipe, comme pédopsychiatre de secteur pour le CEF de Moissannes. Ces adolescents ne présentent pas habituellement de maladie mentale processuelle, mais des fonctionnements psychiques précaires les exposant à des agissements délinquants. Nous organisons des consultations à plusieurs, en présence d'un psychologue du CEF : cela permet de dépasser l'inhibition souvent très forte chez ces jeunes. Le suivi pédopsychiatrique est très important, car il permet d'éviter les situations d'urgence (actes de délinquance ou hospitalisations) au cours desquelles il est souvent difficile d'apporter des réponses adaptées… Nous avons mis en place ce suivi renforcé dès 2004. L'expérimentation du ministère de la Justice nous a donné des moyens financiers et la possibilité d'officialiser nos relations via une convention ; il a aussi permis de créer deux postes d'infirmière au CEF, qui sont des relais de santé très importants. Elles aident les jeunes à prendre soin de leur corps et de leur santé, ce qui signe souvent le début d'une prise en charge psychique. Elles font aussi le lien dans les rares cas où un traitement médicamenteux est nécessaire. »

+ D'INFOS :

ALSEA, tél. : 05 55 77 65 85

Atelier menuiserie

Le CEF compte 16 éducateurs pour 11 enfants. Un encadrement important, comme prévu dans le cahier des charges de ces centres.

L'atelier jardinage

Cet adolescent est par ailleurs en préapprentissage dans une entreprise de peinture voisine.

Les psychologues

Outre l'équipe d'éducateurs, deux psychologues à mi-temps encadrent les jeunes : *« Au début, nous sommes là pour sécuriser les jeunes qui sont séparés de leur famille et qui se retrouvent à la campagne, alors qu'ils viennent le plus souvent des grandes villes. Puis nous travaillons sur les actes qui les ont amenés ici, sur la culpabilité, sur la notion de victime… »*

L'atelier scolaire

Un ou deux enfants maximum participent à chaque atelier. Le suivi est le plus souvent individualisé.

Propos recueillis par **Claire Peltier**

L'Europe de la santé est en marche

L'Ordre des médecins profite de la présidence française de l'Union européenne pour appuyer certains dossiers importants. Parmi les sujets les plus fréquemment abordés : la directive en cours de discussion sur les soins transfrontaliers ou la qualité et la sécurité des soins…

10 sept. 2008

• **Le colloque sur « Les défis de la santé en Europe »,** organisé le 10 septembre dernier à la Sorbonne par Les Entreprises du médicament (Leem) et IMS-Health, était le premier colloque sur la santé de la présidence française de l'Union européenne. Selon le Dr Xavier Deau, président de la section Formation et Compétences médicales du Conseil national de l'Ordre, qui participait à cette journée, « *tous les participants ont reconnu la nécessité absolue d'un système de régulation basé sur des protocoles élaborés et acceptés par tous (collèges professionnels, sociétés savantes…) pour une meilleure efficience des soins* ». Le président de la Haute Autorité de santé, le Dr Laurent Degos, a souligné qu'il valait mieux être contraint aujourd'hui par ces protocoles que d'être astreint demain par des impératifs financiers que nous ne maîtriserions pas.

11 sept. 2008

• **Le 11 septembre a eu lieu à Bruxelles une table ronde sur la « High Quality Healthcare in Europe »**, coorganisée par le Comité permanent des médecins européens (CPME) et l'association européenne des dentistes (CED), en présence du Dr Deau et de Marie Colegrave-Juge, chargée des affaires européennes pour le Conseil national. L'objectif était de discuter de la proposition de directive relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers. Le critère de remboursement serait la nécessité ou non d'une hospitalisation, ce qui semble inadapté, car de nombreuses affections graves peuvent dorénavant être soignées en ambulatoire. D'autres critères plus efficients doivent donc être étudiés, comme le caractère urgent des soins ou la spécificité de certains types de soins ultraspécialisés non prodigués dans tous les pays… À l'issue de cette conférence, le Dr Montané, délégué général aux affaires européennes et internationales du Cnom, a créé un groupe de travail chargé d'élaborer l'avis du Conseil national sur ce projet de directive.

L'INTEROPÉRABILITÉ MÉDICALE EN EUROPE EN DÉBAT

Le 5 décembre, le Conseil national de l'Ordre organise, dans le cadre de la présidence française de l'Union européenne, une table ronde sur « l'interopérabilité médicale en Europe », avec, comme modérateur, le Dr Jacques Lucas, vice-président du Cnom, chargé des systèmes d'information en santé.

Table ronde du 5 décembre 2008, de 10 heures à 12 heures au Conseil national de l'Ordre, 180, bd Haussmann, Paris 8e. Pour participer, contacter Sylvie Delétoile au 01 53 89 32 41 ou deletoile.sylvie@cn.medecin.fr

+ D'INFOS

http://www.ue2008.fr/PFUE/

© J.Gilson

13 et 14 sept. 2008

• **La présidence française a organisé une conférence sur « L'Europe de la santé au service des patients »**, les 13 et 14 octobre dernier, avec la participation du Dr Montané. L'objectif de cette conférence était double : d'une part mettre en évidence la valeur ajoutée de l'Union européenne sur les questions de santé, et d'autre part confronter les avancées acquises avec les attentes des patients et les enjeux à venir.

Propos recueillis par **Nathalie Da Cruz**

Avec la participation de…

Annie Podeur, directrice de l'hospitalisation et des soins (DHOS) au ministère de la Santé.
Pr Claude Le Pen, économiste de la santé, enseignant à l'université Paris-Dauphine.
Dr André Deseur, vice-président de la section Exercice Professionnel au Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom).

Attirer les médecins vers l'exercice clinique

Fin septembre, le Dr Legmann, président du Cnom, a introduit un débat organisé à l'initiative de l'Ordre sur le thème de l'accès aux soins, et y a largement contribué. Il a d'emblée réaffirmé la légitimité des Conseils régionaux de l'Ordre à siéger au sein de l'exécutif des futures ARS. Le président Legmann a souligné les réalisations de l'Ordre pour faciliter l'accès aux soins et le volontarisme de l'institution ordinale qui réclame que lui soient donnés les moyens de ses actions.

Le 25 septembre dernier, le Conseil national a inauguré une série de débats – qui vont succéder aux Jeudis de l'Ordre – en évoquant l'accès aux soins. « *Un médecin près de chez soi, est-ce encore possible en France ?* » était, plus précisément, la question posée aux trois intervenants. Le Dr Legmann, président du Cnom, a introduit ce débat et y a largement contribué. Il a pointé d'emblée la désaffection pour la pratique libérale et l'exercice clinique. Au total, en 2007, le Tableau de l'Ordre enregistre quatre fois plus de médecins salariés que de médecins libéraux ! Les jeunes préfèrent largement l'exercice salarié, ou bien le statut de remplaçant. « *Il n'y a pas de rapport direct entre le nombre de diplômes délivrés et le nombre de médecins réellement en activité,* commente le Dr Legmann. *On peut continuer durant des années à augmenter le numerus clausus par le haut ; la fuite continuera par le bas : c'est le tonneau des Danaïdes !* »

Autre problème majeur : la mauvaise répartition des médecins sur le territoire. Les chiffres de l'Atlas 2008 de la démographie médicale (lire la rubrique « L'essentiel », page 4) le rappellent : les zones rurales sont sous-dotées. Les jeunes s'installent essentiellement dans les zones des grandes villes, autour des universités et dans le sud de la France. Les médecins s'installent à 40 ans ; quant à ceux qui sont en exercice, ils ont une moyenne d'âge de 50 ans. Force est de constater que les incitations financières à l'installation dans les zones sous-dotées – 20 % de majoration d'honoraires – n'ont pas porté leurs fruits… Comment organiser une meilleure répartition des médecins sur tout le territoire ? Pourquoi la majorité des diplômés ne s'installe-t-elle pas en cabinet libéral ? Comment inciter les jeunes générations à exercer le métier qu'elles ont appris ?

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

L'intégralité du débat est en ligne

Bon à savoir

LES ACTIONS DE L'ORDRE

L'Ordre des médecins a déjà engagé plusieurs chantiers pour améliorer l'offre de soins. En 2003, l'article 85 du code de déontologie médicale a été réécrit afin de faciliter l'exercice en lieux multiples. De plus, *« la réécriture de l'article 65 est en cours : la nouvelle version va faciliter le remplacement des médecins qui souhaitent s'absenter pour exercer dans les zones sous-dotées,* ajoute le Dr Legmann. *L'Ordre souhaite aussi donner un vrai statut au médecin remplaçant, avec ses propres feuilles de maladie à son adresse personnelle. »*

Annie Podeur,

directrice de l'hospitalisation et des soins (DHOS) au ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative.
Elle était de 1999 à 2006 directrice de l'Agence régionale de l'hospitalisation de Bretagne.
Magistrate à la Cour des comptes.

Pr Claude Le Pen,

économiste de la santé, enseignant à l'université de Paris-Dauphine.
Auteur d'une étude intitulée « Médicament et hôpital : la grande transformation » (2003, éditions John Libbey) et, avec Didier Sicard, de *Sauver la Sécurité sociale* (2004, éditions Desclée de Brouwer), Claude Le Pen prépare, pour la fin 2008, un ouvrage intitulé *Où va le système de santé ?*

On manque de médecins de soins. Les jeunes diplômés se détournent de plus en plus de l'exercice libéral. Pourquoi ?

Claude Le Pen :
Certains jeunes médecins ont une expérience clinique qui ne leur a pas plu… D'autres veulent avoir du temps pour leurs enfants. D'autres encore optent pour le confort du salariat, ou pour des fonctions de gestion ou de management, qui les libèrent des gardes. Les valeurs traditionnelles de la médecine – indépendance, exercice clinique… – s'affaiblissent.

Annie Podeur :
Aujourd'hui, les jeunes médecins aspirent avant tout à travailler en équipe, à rompre l'isolement. Ils ont peur de se retrouver seuls et ne supportent pas d'être astreints à travailler, ipso facto, 80 heures par semaine. On note qu'ils diffèrent de plus en plus le moment de leur installation. Les praticiens devraient découvrir le métier très en amont, et non pas dans les derniers mois de l'internat. Il faudrait ensuite qu'ils soient accompagnés. Autre aspiration à prendre en compte : les nouvelles générations veulent vivre en ville, comme beaucoup de Français. Mais elles devront alors accepter de parcourir des kilomètres pour aller travailler…

Claude Le Pen :
Les jeunes sont aussi rebutés par la bureaucratie et le poids des charges administratives, qui leur prennent beaucoup de temps. L'idée d'être soumis à la pression d'une clientèle nombreuse les effraie. Et je crois qu'ils se sentent moins aimés ; le climat est moins serein qu'auparavant, ce qui se traduit, dans certaines spécialités, par des primes d'assurance en hausse.

Le salariat pourrait aider les jeunes à franchir le pas de la première expérience. Peut-on développer le salariat, et sous quelles formes ?

André Deseur :
L'Ordre des médecins a apporté sa contribution en permettant la collaboration libérale limitée dans le temps, mais aussi le salariat en tant que contrat de collaborateur salarié. Le succès n'est pas évident en raison des charges sociales élevées. Pour des spécialités impliquant l'acquisition d'un matériel lourd, comme la radiologie, ce système ne fonctionne pas. Le plus souvent, les recettes des cabinets libéraux ne suffisent pas pour envisager le salariat.

Bon à savoir

LA GESTION ADMINISTRATIVE : ENTRE 20 ET 30 % DE L'ACTIVITÉ LIBÉRALE

Interrogé sur cette question au cours du débat, le Dr Deseur a répondu que *« la part de gestion administrative représente entre 20 et 30 % du temps de travail global passé par un médecin à travailler dans son cabinet et chez lui. Ces chiffres n'incluent pas la part d'exercice (courrier aux correspondants…), mais uniquement la gestion du cabinet et des relations avec les interlocuteurs tels que les caisses d'assurance maladie. Sans compter la formation continue que les médecins font souvent le dimanche et le soir… »*

Dr André Deseur,

vice-président de la section Exercice Professionnel au Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom).
Médecin généraliste en Seine-et-Marne, le Dr Deseur est également président du conseil départemental de l'Ordre et délégué à la communication au Cnom.

Annie Podeur :
Le salariat pourrait être développé à deux niveaux, à mon sens. Tout d'abord, il faut proposer en postinternat, à des jeunes qui souhaitent s'installer, un poste de salarié dans des maisons pluridisciplinaires. Ce serait un bon moyen pour eux de mettre le pied à l'étrier. Une autre formule consiste à accepter l'exercice mixte ville-hôpital : un jeune pourrait alors avoir un vrai statut de contractuel à temps partiel et exercer, par ailleurs, en tant que libéral. Le succès des postes de coordonnateurs en Ehpad montre que ce type d'exercice mixte est recherché.

La délégation de tâches peut-elle permettre au médecin d'optimiser son temps de travail ?

Claude Le Pen :
Le temps médical devenant de plus en plus rare, nous allons indéniablement vers le recentrage des médecins sur leur cœur de métier, là où leur rôle est incontournable. Les infirmières pourraient réaliser des vaccinations, les pharmaciens jouer un rôle de conseil et de prescription… Les médecins doivent considérer ces personnes – qui suivraient une stratégie qu'ils auraient définie au départ – comme des facilitateurs. On pourrait inventer une nouvelle profession : « éducateur de santé », centrée autour de la prévention. Les personnes exerçant ce métier se chargeraient d'organiser notre « style de vie », qui influe sur nombre de pathologies actuelles.

André Deseur :
Le cœur de métier du médecin est de recevoir une personne, l'écouter, décrypter le message de souffrance et les signes cliniques, aboutir éventuellement à un diagnostic et mettre en place un traitement. Il y a une montée en puissance des professions paramédicales, mais il faut bien définir le champ de compétences de chacun. Les médecins doivent continuer à rencontrer régulièrement les patients. Il y a une part d'échanges humains à préserver.

Annie Podeur :
Se pose aussi la question de la juste tarification de l'acte. Il faut distinguer les consultations de dix minutes et les consultations de premier recours comportant des diagnostics de maladie telles qu'Alzheimer ou la dépression… À l'hôpital, cette distinction se fait à travers la tarification à l'activité. La T2A est souvent décriée, mais elle prend en compte l'ensemble des coûts qui se relient à une prestation donnée. L'article 44 de la loi de financement de la Sécurité sociale a prévu des expérimentations d'autres modes de rémunération des médecins.

Pour conclure, quelles solutions apporter au manque de médecins de soins et au problème de la répartition des médecins sur le territoire ?

Annie Podeur :
Le regroupement en maisons de santé est le seul moyen d'assurer un égal accès aux soins à tous les patients. Il faudrait proposer aux jeunes diplômés qui ont des compétences entrepreneuriales, qui sont attirés par les fonctions de gestion, de piloter des maisons de santé. Il faut aussi encourager la télémédecine. Les pays du Nord s'y sont mis, et les résultats sont bons.

André Deseur :
Je pense aussi qu'il faut développer des structures communautaires qui assureraient une permanence médicale grâce à la présence de plusieurs praticiens. Les médecins n'ayant pas de recettes suffisantes, cette piste requiert des financements de l'Assurance maladie, des complémentaires, de l'État, des collectivités locales… Les tâches liées à l'administration et à la gestion de ces structures devront être déléguées. Reste aussi à savoir qui financera les transports des patients vers ces maisons de santé.

Claude Le Pen :
Je suis également favorable aux regroupements de professionnels. Quant à la délégation de tâches, elle ne doit pas se limiter à l'administratif et à la gestion, selon moi. Je pense aussi qu'il faut reconsidérer le milieu hospitalier, faciliter le retour des libéraux à l'hôpital et favoriser les coopérations ville-hôpital, pour renforcer la motivation des médecins installés.

CAHIER JURISPRATIQUE de L'Ordre des médecins

n°2 sommaire :

- EXERCICE PROFESSIONNEL Les voies de recours en cas de refus d'entente préalable | 13
- DÉCRYPTAGE Les arrêts de travail des salariés du régime général | 14
- QUESTIONS/RÉPONSES La réserve citoyenne au sein du service de santé des armées | 17
- FICHE PRATIQUE La fiche de signalement d'incident du Conseil national | 18
- MÉDECINE • Ostéoporose : attention au risque de nécrose osseuse au cabinet dentaire
• Orphanet : tout savoir sur les maladies rares | 20

Les voies de recours en cas de refus d'entente préalable

Petit rappel des voies de recours ouvertes aux patients contre les décisions prises par les médecins-conseils après des demandes d'entente préalable.

Deux voies de recours distinctes sont ouvertes en cas de désaccord du médecin-conseil :

- celle de l'expertise médicale en cas de désaccord d'ordre médical, c'est-à-dire lorsque le refus de prise en charge de l'acte par le médecin-conseil porte sur l'état du malade et/ou sur l'affection décrite par le médecin rédacteur de l'entente préalable ;

- celle du recours administratif lorsque le refus de prise en charge ne porte pas sur l'état du malade, mais, par exemple, sur le non-respect des conditions techniques ou administratives fixées par la CCAM. La contestation de la décision est alors portée devant la commission de recours amiable puis, le cas échéant, devant le tribunal des affaires de sécurité sociale. Les dysfonctionnements qui ont été portés à la connaissance des instances ordinales concernaient des dermolipectomies abdominales dont le caractère postgravidique (condition technique de prise en charge) n'était pas contesté, mais dont l'indication médicale (existence d'un tablier abdominal) était remise en cause par le médecin-conseil. La voie de recours proposée aux patientes concernées a cependant été celle du recours administratif devant la commission de recours amiable, en contradiction totale avec les procédures applicables et les droits des patients.

Arrêts de travail : les règles de prescription pour les salariés du régime général

Depuis la réforme de l'Assurance maladie de 2004, les contrôles des assurés et des prescripteurs se sont multipliés. Tout savoir pour prescrire un arrêt maladie à un patient relevant du régime général.

1/ La durée de l'arrêt de travail ?

En l'absence de critères précis, la durée de l'arrêt est laissée à la juste appréciation du médecin. « Dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions », stipule l'article 8 du code de déontologie médicale. L'article 28 du même code souligne que « la délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite ».
De son côté, l'article L. 162-2-1 du code de la sécurité sociale précise : « Les médecins sont tenus d'observer la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins sans céder à aucune demande abusive ».
Un rapport du Conseil national de l'Ordre des médecins précise toutefois que la médecine n'est pas une science exacte et qu'il peut être difficile de prédire la durée nécessaire d'un arrêt de travail. Il rappelle que le médecin doit fonder ses décisions « sur les données acquises de la science et en faisant appel s'il y a lieu à l'aide de tiers compétents. »

2/ Le respect du secret professionnel

Les médecins sont tenus de mentionner sur le volet de l'avis d'arrêt de travail destiné au médecin-conseil les éléments d'ordre médical justifiant l'interruption de travail qui donne lieu à l'octroi d'indemnités journalières (article L. 162-4-1 CSS). Afin de garantir le respect du secret médical, l'imprimé d'avis d'arrêt de travail doit être adressé au service du contrôle médical de la caisse d'affiliation de l'assuré sous enveloppe portant la mention « secret médical », à l'attention du médecin-conseil.

3/ Les nouvelles dispositions sur les heures de sortie

Depuis le 15 septembre 2007, les obligations des patients en cas d'arrêt de travail pour maladie ont changé. Désormais, vous devez préciser si l'état de votre patient autorise des sorties. Si c'est le cas, votre patient doit être présent à son domicile de 9 h à 11 h et de 14 h à 16 h, sauf en cas de soins ou d'examens.
Par dérogation, vous pouvez autoriser des sorties totalement libres. Indiquez alors sur l'avis d'arrêt de travail les éléments d'ordre médical justifiant cette autorisation.
Votre patient est tenu de respecter ces heures de présence à son domicile pendant toute la durée de son arrêt de travail, y compris les samedis, dimanches et jours fériés. S'il doit séjourner en dehors de son département, il lui faut demander au préalable l'accord de sa caisse d'Assurance maladie.

↘ En pratique
L'ORDRE RÉSERVÉ SUR L'EXPÉRIMENTATION DES CONTRÔLES PRIVÉS

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008 a prévu un nouveau dispositif de contrôles privés des arrêts de travail. Depuis la publication de son décret d'application au *JO* du 13 juin 2008, les expérimentations sont en cours dans 11 départements.
Concrètement, ce dispositif a pour objectif de simplifier les procédures entre les médecins-conseils de l'Assurance maladie et les médecins contrôleurs intervenant pour le compte des entreprises.
En pratique, un employeur peut mandater un médecin pour contrôler un de ses employés lorsqu'il a des doutes sur le bien-fondé médical de son arrêt de travail. Lorsque le médecin contrôleur, après examen de cette personne en arrêt, estime que l'arrêt n'est pas justifié médicalement, il en avise en parallèle l'entreprise et le médecin-conseil de la caisse d'Assurance maladie. Si, au vu de ces informations, le médecin-conseil estime, lui aussi, que l'arrêt de travail n'est pas justifié médicalement, la caisse d'Assurance maladie suspend le paiement des indemnités journalières sans avoir à convoquer systématiquement l'assuré, comme c'est le cas actuellement.
Le Conseil national de l'Ordre des médecins a exprimé de fortes réserves sur ce dispositif, pour deux raisons majeures :

1 - **Il permet au service médical de l'Assurance maladie** de demander la suspension du versement des indemnités journalières sans s'être assuré par ses propres moyens de l'absence de justification médicale de l'arrêt de travail.

2 - **Il apparaît anormal que lorsqu'un nouvel arrêt de travail est prescrit** à la suite d'une décision de suspension des indemnités journalières, il ne produise pas effet dans l'attente de l'avis du service médical.
Sollicités sur ce point, les services de la Cnamts ont garanti que le médecin contrôleur mandaté par l'entreprise ne pourrait communiquer ses conclusions au service médical de l'Assurance maladie qu'après avoir procédé à un examen médical de la personne contrôlée. Le Conseil de l'Ordre a donc fait connaître aux sociétés spécialisées la nécessité de compléter dans le même sens les contrats qu'ils ont conclus avec les médecins contrôleurs.
La décision de généraliser ou non ce dispositif interviendra à l'issue de l'évaluation que recevra le Parlement fin juin 2009.

4/ Les contrôles possibles

- Les contrôles de l'Assurance maladie : les contrôles sont systématiques sur les arrêts de travail de longue durée. Depuis août 2007, tous les arrêts de travail de plus de 45 jours sont contrôlés (depuis 2005, le contrôle avait lieu au 60e jour au lieu du 90e jour auparavant). Les médecins-conseils de l'Assurance maladie évaluent l'état de santé d'un assuré et la justification médicale de l'arrêt de travail en le rencontrant ou en prenant contact avec son médecin traitant. Depuis fin septembre 2007, 467 200 contrôles d'arrêts maladie de longue durée ont été effectués. Par ailleurs, les contrôles sont également renforcés sur les arrêts de courte durée et répétitifs. Ils concernent les personnes qui ont eu un ou plusieurs arrêts de courte durée au cours des 12 derniers mois. La fréquence des arrêts, les motifs médicaux, le lien entre la durée de l'arrêt et le motif médical, ou encore l'absence de motif permettent de déclencher un contrôle de la justification médicale de l'arrêt.
- Des contrôles privés en cours d'expérimentation : voir encadré « L'Ordre réservé sur l'expérimentation des contrôles privés ».

5/ La procédure en cas de prescription abusive

Depuis 2005, les contrôles sont renforcés sur les médecins fort prescripteurs d'arrêts de travail. L'Assurance maladie a établi qu'un médecin prescrivait en moyenne 2 800 jours d'arrêt de travail par an. À activité comparable et dans une même région, certains se distinguent en prescrivant 8 à 20 fois plus d'indemnités journalières que la moyenne nationale. Pour un certain nombre d'entre eux, des procédures de mise sous accord préalable de toutes leurs prescriptions d'arrêt de travail sont en cours depuis le second semestre 2005.
Le médecin concerné qui ne respecte pas ce dispositif peut être sanctionné sur le plan financier. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité des faits, dans la limite de deux fois le plafond de la Sécurité sociale. Le montant est doublé en cas de récidive. Les sanctions ne peuvent toutefois intervenir qu'après que le médecin a fait état de ses observations et après l'avis d'une commission à laquelle participent notamment

des représentants des médecins.
Enfin, en cas d'abus patent, le service du contrôle médical peut saisir la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire du conseil régional de l'Ordre des médecins. Et, en cas de fraude, le directeur de la caisse d'Assurance maladie peut engager une procédure pénale à l'encontre du médecin concerné.

6/ Prolongation ou reprise du travail

La seule personne habilitée à prolonger l'arrêt de travail est le médecin qui a prescrit l'arrêt initial ou le médecin traitant. Si ces deux médecins sont absents, la prolongation peut être le fait de leurs remplaçants respectifs. Si la prolongation de l'arrêt n'émane pas de l'un de ces médecins, les règles sont très strictes : l'arrêt de travail ne sera pas indemnisé par l'Assurance maladie.
Les caisses ont procédé en 2005 à une vérification du bon respect des règles de la prolongation de l'arrêt de travail en tenant compte de la montée en charge de la déclaration de médecin traitant.
À partir de six mois d'arrêt de travail, les patients passent en arrêt de longue maladie. Il n'y a alors pas de nouvelles modalités de prescription.
Le médecin peut prescrire une reprise du travail à temps partiel « pour motif thérapeutique » lorsqu'il estime que cette reprise progressive pourrait être de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de son patient. Suite à l'avis du médecin du travail, le patient doit obtenir un accord du service du contrôle médical, puis l'accord de son employeur.
Cette reprise à temps partiel pour motif thérapeutique fait obligatoirement suite à un arrêt de travail à temps complet.

7/ La visite de préreprise

Prévue à l'article 4624 21-22-23 du code du travail, elle est effectuée par le médecin du travail en cas d'AT-MP (accidents du travail/maladies professionnelles) ou de longue maladie.
Si l'interruption de travail est supérieure à trois mois, le médecin-conseil, en liaison avec le médecin traitant de l'assuré, peut solliciter le médecin du travail pour que celui-ci organise, avec l'accord de l'intéressé, un examen médical de préreprise (art. L. 323-4-1 et D. 323-3 CSS).
Cette visite permet au médecin du travail d'envisager, avant la visite dite d'aptitude au travail, l'avenir professionnel du salarié en arrêt de travail. Différentes options s'offrent alors au médecin du travail, en concertation avec le salarié : reprise de l'ancien poste de travail, aménagement de celui-ci, reclassement ou reconversion.
Pour le risque AT-MP, le médecin-conseil peut, lorsqu'il considère que l'incapacité permanente est susceptible de rendre inapte la victime à l'exercice de sa profession, solliciter l'avis du médecin du travail.

EN SAVOIR PLUS

Le formulaire de prescription d'avis d'arrêt de travail (n° S3116) a changé. Vous pouvez commander des formulaires originaux soit en vous adressant à votre caisse d'Assurance maladie, soit directement sur le site www.ameli.fr, à partir de la rubrique « Vos commandes d'imprimés ». Par ailleurs, un mémo sur les nouveaux horaires de sortie et un autre sur les arrêts de travail en AT-MP sont consultables sur www.ameli.fr.

La réserve citoyenne au sein du service de santé des armées

La réserve militaire est constituée d'une part de la réserve opérationnelle, que nous avons présentée dans le *Bulletin de l'Ordre des médecins* de mai 2008, d'autre part de la réserve citoyenne, créée par la loi de 1999, que nous vous présentons ici.

Quels sont les objectifs de la réserve citoyenne ?

L'idée, c'est d'entretenir l'esprit de défense et de renforcer le lien entre la Nation et ses forces armées. C'est une « réserve de rayonnement » composée de civils bénévoles, âgés de plus de 18 ans et dûment agréés auprès d'une autorité militaire pour trois ans renouvelables. Leur mission, définie dans un mandat individualisé, consiste principalement à agir dans leur milieu et à servir de relais d'opinion, contribuant ainsi à l'enracinement des armées dans la société civile. Ces actions peuvent porter sur la sensibilisation et l'information sur les questions de défense, l'aide au recrutement et à la reconversion, l'assistance technique.

Quels médecins peuvent solliciter leur agrément dans la réserve citoyenne ?

Indépendamment du diplôme, tout citoyen peut solliciter son agrément en tant que civil volontaire. Mais les médecins le feront surtout :
- comme médecins diplômés, anciens militaires au terme de leur période de disponibilité ;
- comme médecins réservistes opérationnels, au terme de leur engagement ;
- ou enfin comme anciens réservistes (sans condition d'âge), qui, lors du passage de la « réserve de mobilisation », ancienne formule à une « réserve volontaire » de format réduit, ont été radiés, même s'ils n'avaient pas atteint la limite statutaire de leur grade, et ont été admis à l'honorariat. Ils devront alors présenter simultanément une demande de radiation de l'honorariat et une demande d'agrément dans la réserve citoyenne.

Qui contacter pour constituer son dossier d'agrément ?

Le médecin intéressé par un poste dans la « réserve citoyenne » pourra adresser une demande de renseignements à la Direction régionale du service de santé des armées dont il dépend géographiquement (voir encadré). Il pourra ensuite poser sa candidature avec un CV et une lettre de motivation. L'autorité militaire déterminera alors si son dossier lui offre la possibilité d'être engagé en qualité de collaborateur bénévole du service public, c'est-à-dire :
- s'il peut agir dans le cadre de la communication et des relations publiques au profit des forces armées ;
- s'il peut participer à des actions favorisant l'esprit de défense ;
- s'il peut contribuer à des actions de sensibilisation et d'information ;
- s'il peut contribuer au devoir de mémoire ;
- s'il peut, par son action, aider au recrutement de l'active et de la réserve et à la reconversion des militaires.

Sachez enfin :
- que les « réservistes citoyens » issus de l'active ou de la réserve opérationnelle sont admis avec leur grade.
- que ceux issus « de la société civile » se voient décerner « à titre honorifique » un grade en fonction de critères déterminés par les autorités les ayant engagés.
- que les « réservistes citoyens » peuvent enfin se voir honorés par des récompenses et des décorations.

Adresses des Directions régionales du service de santé des armées

- **DRSSA de Saint-Germain-en-Laye**
BP 220 - 00492 Saint-Germain-en-Laye Armées
- **DRSSA de Lyon**
BP 16 – 69998 Lyon Armées
- **DRSSA de Toulon**
BP 80
83800 Toulon Armées
- **DRSSA de Bordeaux**
BP 27
33998 Bordeaux Armées
- **DRSSA de Brest**
BP 5
29240 Brest Armées
- **DRSSA de Metz**
BP 18
57998 Metz Armées

↘ Dr Gilbert Hoffmann, conseiller départemental de Moselle. Membre de l'Union nationale des médecins de réserve.

Observatoire pour la sécurité des médecins :

Le Conseil national a mis en place l'Observatoire de la sécurité des médecins, afin d'assurer un suivi de l'insécurité à laquelle les médecins sont exposés dans leur exercice professionnel.

Événement survenu le :

L M M J V S D _____ /_____ / 200_____ , à _____ heures.

Cachet et signature (à défaut n° d'identification ordinal) :

Déclaration d'incident à remplir, puis à renvoyer, pour chaque incident que vous souhaitez porter à la connaissance de votre conseil départemental de l'Ordre.

De quel incident avez-vous été victime ou témoin ?
(Une seule réponse possible)

- ☐ **Une agression verbale** entre un patient et une personne travaillant avec vous
- ☐ **Une agression physique** entre un patient et une personne travaillant avec vous
- ☐ **Une agression verbale** entre un patient et vous-même
- ☐ **Une agression physique** entre un patient et vous-même
- ☐ **Une agression verbale** entre une personne accompagnant un patient et vous-même
- ☐ **Une agression physique** entre une personne accompagnant un patient et vous-même
- ☐ **Un vol** ou un *hold-up* dans votre lieu de pratique habituel
- ☐ **Un acte de vandalisme** sur votre lieu de pratique habituel
- ☐ **Un vol de votre véhicule** ou dans votre véhicule, dans un contexte professionnel
- ☐ **Un acte de vandalisme sur votre véhicule,** dans un contexte professionnel
- ☐ **Autre.** Merci de préciser la nature de l'incident :
  _____
  _____
  _____
  _____
  _____

Quel était le motif de cet incident ?

- ☐ **Un reproche** relatif à un traitement
- ☐ **Un temps** d'attente jugé excessif
- ☐ **Un refus** de prescription
- ☐ **Un refus** de donner un médicament
- ☐ **Autre.** Merci de préciser les motifs de l'incident :
  _____
  _____
  _____
  _____
  _____
  _____
  _____

- ☐ **Pas de motif particulier**

Les informations fournies ne feront l'objet d'aucun traitement nominatif par le Conseil et d'aucune autre exploitation que celles permettant une meilleure connaissance des problèmes de sécurité liés à l'exercice de la médecine. Les données recueillies sont collectées par votre conseil départemental, qui les transmettra au Conseil national. Elles seront ensuite traitées, anonymement, sur le plan technique par l'institut Ipsos Opinion, pour le compte du Conseil national de l'Ordre des médecins. Conformément à la loi, vous avez un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en vous adressant à votre conseil départemental.

recensement national des incidents

IDENTIFICATION DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL

Vous êtes...

Médecin généraliste : ☐

Médecin spécialiste : ☐ Si oui, quelle est votre spécialité ?

_____

_____

Cet incident a eu lieu...
(Une seule réponse possible)

Dans le cadre d'un exercice de médecine de ville, dans votre cabinet	☐
Dans le cadre d'un exercice de médecine de ville, dans un autre lieu que votre cabinet	☐
Dans un établissement de soins (hôpital, clinique, dispensaire...), dans le cadre d'un service d'urgences	☐
Dans un établissement de soins, mais pas dans le cadre d'un service d'urgences	☐
Dans un autre cadre	☐

À la suite de cet incident, vous avez…

Déposé une plainte, avec constitution de partie civile	☐
Déposé une plainte, sans constitution de partie civile	☐
Déposé une main courante	☐
Rien de cela	☐

Cet incident a-t-il occasionné, pour vous ou pour une personne travaillant avec vous, une interruption temporaire de travail (ITT) ?

Oui, supérieure à 8 jours	☐
Oui, comprise entre 3 et 8 jours	☐
Oui, inférieure à 3 jours	☐
Non	☐

Disposez-vous d'un secrétariat, d'un accueil ou d'un service de réception ?

Oui	☐
Non	☐

Vous exercez principalement...

En milieu rural	☐
En milieu urbain, en centre-ville	☐
En milieu urbain, en banlieue	☐

Déclaration d'incident
remplie le _____ / _____ / 200 _____

Ostéoporose : attention au risque de nécrose osseuse au cabinet dentaire

Depuis 2003, des publications signalent un effet indésirable grave imputable aux bisphosphonates : l'ostéonécrose de la mandibule et/ou du maxillaire (ONM).

L'ONM, dont le diagnostic est souvent retardé, est d'intensité douloureuse variable, difficile à traiter, et peut entraîner des séquelles. Il n'y a pas, à l'heure actuelle, de traitement curatif. Les prescripteurs de BP, mais aussi les chirurgiens-dentistes, les stomatologues et les chirurgiens maxillo-faciaux doivent connaître les risques de complications bucco-dentaires et osseuses graves qui existent pendant et après un traitement par BP. Ils doivent aussi en informer leurs patients. Fin 2007, l'Afssaps a élaboré, avec un groupe de travail, des recommandations concernant trois situations :

1/ Patients candidats à un traitement par BP :

Il est indispensable de réaliser un bilan bucco-dentaire et radiologique du panoramique dentaire. Pour les patients atteints d'ostéoporose ou de la maladie de Paget, un bilan bucco-dentaire, puis les soins nécessaires doivent être réalisés avant d'entamer le traitement.

2/ Patients traités par BP sans évidence d'ONM :

En cas de pathologie maligne, il faut réaliser un suivi bucco-dentaire tous les quatre mois et dépister et traiter les foyers infectieux par des gestes aussi peu agressifs que possible pour l'os, le parodonte et la muqueuse. Pour les patients traités pour une ostéoporose, un suivi bucco-dentaire au moins une fois par an est recommandé.

3/ Patients traités par BP atteints d'une ONM avérée :

Dans ce cas, les patients doivent être adressés à un service hospitalier de chirurgie maxillo-faciale, d'ORL ou d'odontologie.

+ D'INFOS :
http://afssaps.sante.fr/htm/10/fillfrpsc/lp071203.pdf

Orphanet : tout savoir sur les maladies rares

Le portail d'information Orphanet recense plus de 5 800 pathologies rares. Les médecins peuvent y trouver des informations sur les traitements et les consultations spécialisées.

Ce serveur d'information a pour but de contribuer à améliorer le diagnostic, la prise en charge et le traitement des maladies rares. Le site propose un descriptif par ordre alphabétique de 5 857 maladies rares, du syndrome d'Aagenaes à la zygomycose. Il est possible de rechercher une maladie à partir de signes cliniques. Orphanet propose aussi une encyclopédie pour les professionnels, rédigée par des experts et supervisée par un comité éditorial international. Les médecins peuvent y consulter des articles de revues générales, de génétique pratique, des recommandations pour la prise en charge des malades en situation d'urgence et pour la pratique clinique. Projets de recherche, essais cliniques en cours, médicaments disponibles, coordonnées des centres de référence dans le monde entier, des consultations et laboratoires spécialisés sont aussi disponibles sur ce serveur.

Mobilité professionnelle : faut-il s'en réjouir ?

Pour faire face à une démographie médicale en berne, les établissements de soins, mais aussi les maires des communes désertées font appel massivement à des médecins venus d'ailleurs, en particulier des nouveaux pays adhérents à l'Union européenne. Une solution qui soulève toutefois bien des questions…

> « Tout ce que peuvent faire les conseils départementaux de l'Ordre, c'est négocier »

©Getty Images

La question des « médecins étrangers » exerçant sur le territoire français n'est pas nouvelle. Elle provoque depuis plusieurs années déjà de nombreux débats parmi les institutionnels et les politiques. Aujourd'hui passée sur le devant de la scène médiatique, elle suscite une certaine émotion dans la population, concernée au premier chef. À l'hôpital, les « non-nationaux », qu'ils soient européens ou extraeuropéens, sont très présents. Dans les établissements de taille modeste, ils représentent une part importante des équipes et sans leur apport, bon nombre de services, en particulier d'urgence, ne pourraient plus fonctionner.

1 Recherche médecins désespérément

Les « patrons » et les directeurs d'hôpitaux sont d'ailleurs prêts à consentir bien des efforts pour trouver la « perle rare ». Efforts financiers tout d'abord, puisqu'ils passent en général par des organismes spécialisés dans le recrutement des médecins, qui facturent entre 40 et 60000 euros la signature d'un contrat ! Efforts, ensuite, sur les exigences… qu'ils doivent parfois réviser à la baisse – entre

EN CHIFFRES

819
médecins roumains

sont inscrits au Tableau de l'Ordre. Ils n'étaient que 174 au 1er janvier 2007. On recense aussi 57 médecins bulgares contre 17 début 2007.

POINT DE VUE de l'Ordre

« Pouvoir exiger une remise à niveau avant l'inscription »

Dr Xavier Deau,
président de la section Formation et Compétences médicales

L'Union européenne rend possible la libre circulation des médecins. Cette avancée, incontestable sur le plan des libertés individuelles, présente toutefois des effets pervers.
En attirant nombre de médecins d'Europe de l'Est par des conditions de vie et d'exercice plus confortables que dans leur pays d'origine, nous vidons ces pays de leurs élites. Est-ce normal… sous prétexte qu'il nous faut combler une démographie médicale française certes en déclin, mais mieux pourvue que la leur ? Notre société ne peut se soustraire à ce débat moral, non seulement à propos des médecins roumains, polonais ou bulgares : le problème concerne tout autant les médecins extraeuropéens !
Par ailleurs, la reconnaissance automatique des diplômes de tout ressortissant d'un État de l'Union ne constitue pas une garantie absolue quant à sa formation médicale ou à sa capacité à exercer la médecine auprès d'une population de culture différente. Si un nombre minimum d'études est la condition requise, le contenu des études, lui, reste parfois assez flou et justifie que l'on hésite à inscrire tel médecin.
De même, un mauvais niveau de français devrait constituer une barrière provisoire.
Or, dans l'état actuel de la législation, l'Ordre des médecins, responsable de l'inscription et de l'autorisation d'exercice sur le territoire français, ne peut refuser ces inscriptions, ni même demander un sursis afin que le médecin provisoirement « recalé » puisse rafraîchir ses connaissances, améliorer son français ou compléter une formation jugée insuffisante.
Cette possibilité d'imposer dans certains cas un sursis et une mise à niveau avant l'inscription, l'Ordre la demande aujourd'hui avec force au ministre de la Santé.

EN CHIFFRES

621
médecins étrangers
se sont inscrits au Tableau de l'Ordre en 2000, contre 364 en 1998 et 561 en 1999. Depuis, ce nombre s'est légèrement « tassé ». En 2006, on a enregistré 452 nouvelles inscriptions de médecins originaires de 46 nationalités différentes.

autres sur la maîtrise du français de leurs recrues.
Jusqu'à une période récente, le phénomène restait centré sur l'hôpital. Aujourd'hui, il touche également le secteur libéral : des communes rurales, désemparées de se retrouver sans médecin après le départ en retraite de leur généraliste, font à leur tour appel à des praticiens étrangers. On trouve ainsi de plus en plus de généralistes roumains, bulgares ou polonais dans des villages du centre de la France… La « greffe » prend plus ou moins bien. L'histoire de ce praticien roumain recruté à grands frais par un village de l'Aisne, parti au bout de deux mois d'exercice, a fait couler beaucoup d'encre. D'autres installations, heureusement, se terminent par une véritable insertion au sein de la population.

2 Reconnaissance automatique des diplômes

Reste que ces « arrangements » posent quelques problèmes. Comment nier, par exemple, que le mouvement migratoire des médecins se fait en sens unique, au détriment des pays plus pauvres et sous-dotés au plan médical… et que la qualité des médecins venant exercer sur le territoire français suscite parfois des interrogations.
L'Ordre des médecins est chargé d'organiser la reconnaissance des diplômes pour tout médecin originaire d'un pays hors Union européenne, via la Procédure

Initiative

Une étude démographique ciblée

Le Conseil national de l'Ordre a publié, en mai dernier, une étude sur les médecins de nationalité européenne et extraeuropéenne inscrits au Tableau de l'Ordre.
On y découvre qu'au 1er janvier 2007, 8 431 médecins figuraient sur cette liste. Soit 3,5 % de l'ensemble des effectifs : une proportion relativement modeste… qui cache mal un mouvement en pleine accélération puisque, entre 2003 et 2006, leur nombre a augmenté de 24 % !
Plus de la moitié (53 %) sont européens, pour l'essentiel originaires des pays frontaliers : 1 125 Belges, 732 Allemands, 566 Italiens et 263 Espagnols. Mais, avec l'arrivée massive de médecins venus d'Europe de l'Est, la situation évolue vite. Entre le 1er janvier 2007, date d'adhésion de la Roumanie et de la Bulgarie à l'Union européenne, et le 1er juillet 2008, 1 100 médecins roumains et bulgares se sont inscrits au Tableau de l'Ordre. Parmi les médecins extraeuropéens, en revanche, on note depuis cinq ans une légère érosion des effectifs venus du Maghreb… qui restent cependant encore très nombreux (985 Algériens, 566 Marocains, 355 Tunisiens).
À la lecture de cette étude, une question émerge : ces praticiens venus d'ailleurs peuvent-ils pallier le manque de médecins dans les spécialités vieillissantes et dans les secteurs géographiques désertés ?
Au fil des colonnes chiffrées, la réponse arrive, nuancée : certes, une forte proportion de Roumains et de Bulgares exercent en médecine générale, psychiatrie, pédiatrie et anesthésie, des spécialités en crise… mais ils travaillent essentiellement dans le secteur salarié, ce qui ne soulage guère le déficit du secteur libéral. Par ailleurs, à une exception près – la région Centre – les régions peu attractives pour les médecins français n'attirent pas plus les médecins de nationalité européenne et extraeuropéenne !

+ D'INFOS :

• « Les médecins de nationalité européenne et extra-européenne en France », étude 40-1, déc. 2007, réalisée par Gwénaëlle Le Breton-Lerouvillois, géographe de la santé au Cnom sous la direction du Dr I. Kahn-Bensaude, Présidente de la section Santé Publique.
• www.conseil-national.medecin.fr + Rubrique Démographie médicale.

d'autorisation d'exercice. Mais pour les ressortissants de l'Union européenne, en vertu de la directive 2005/36/CE, cette reconnaissance est automatique. Dès lors qu'un État membre reconnaît la spécialité d'un médecin et délivre une attestation de conformité, tout autre État membre de l'Union est tenu de la reconnaître et d'inscrire le médecin à son Tableau s'il en fait la demande.

Avec l'entrée de la Roumanie et de la Bulgarie le 1er janvier 2007 dans l'Union, cette disposition a généré un afflux soudain de demandes. « *Au début, nous avons eu beaucoup de mal à trouver les bons interlocuteurs en Roumanie et en Bulgarie pour vérifier la conformité des diplômes,* explique Rachelle

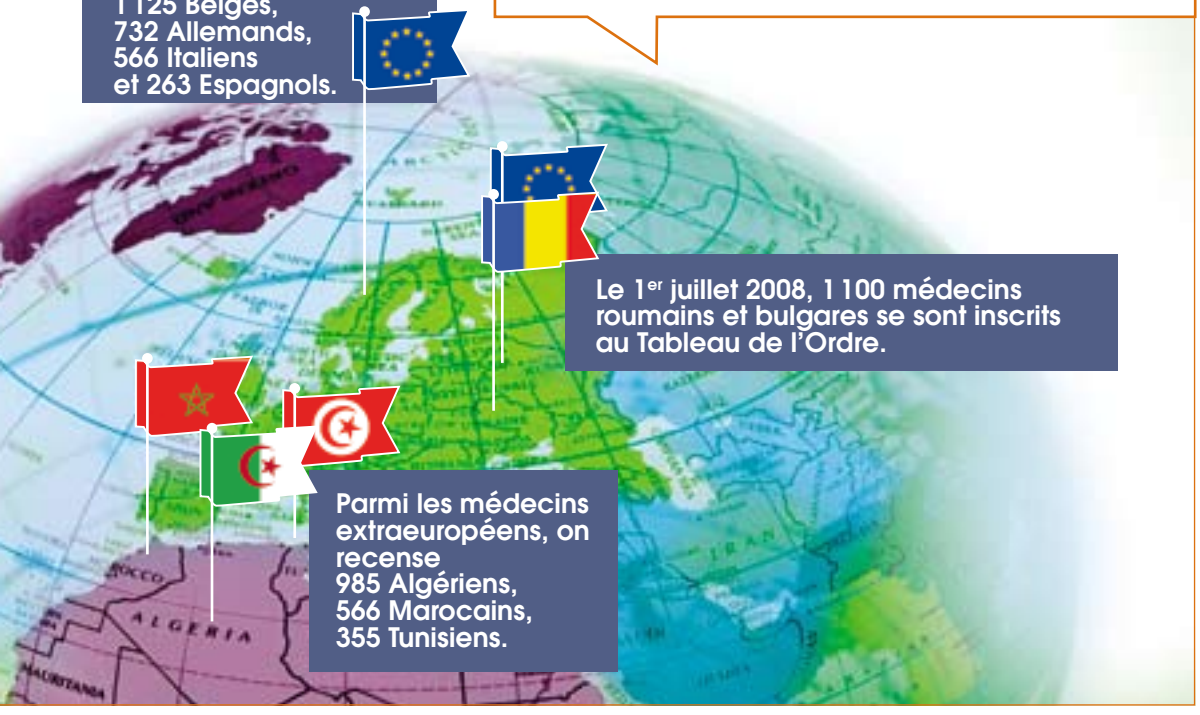
Bon à savoir

↘ QUELLES CONDITIONS POUR EXERCER LA MÉDECINE EN FRANCE ?

Pour exercer la médecine en France, il faut être titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre dûment mentionné ET de nationalité française, andorrane ou ressortissant d'un État membre de l'Union européenne, d'un pays participant à l'Espace économique européen ou lié par une convention d'établissement avec la France, du Maroc ou de la Tunisie. De ces conditions cumulatives dépendent l'inscription au Tableau de l'Ordre et l'autorisation d'exercer, indispensables sous peine de poursuites pour exercice illégal de la médecine.

Cependant, sans être inscrits à l'Ordre, certains médecins peuvent exercer sous la responsabilité d'un autre médecin au sein des établissements publics de santé. Le code de la santé publique prévoit en effet des dérogations pour les étudiants du 3e cycle (remplaçants, résidents et internes) ainsi que pour les praticiens attachés et assistants associés. Médecins titulaires de diplômes obtenus hors Union européenne (Padhue), ces derniers sont massivement recrutés par les hôpitaux. Faute d'un cadre légal, ils ne peuvent que poursuivre leur activité hors de tout statut juridique sans avoir la possibilité d'être inscrits à l'Ordre. Leur nombre, leur implantation et leur situation réelle restent à recenser, l'Ordre ne les inscrivant pas et les services ministériels ne semblant pas à même de les dénombrer.

« Ces praticiens venus d'ailleurs peuvent-ils pallier le manque de médecins dans les spécialités vieillissantes et dans les secteurs désertés ? »



Forstin, au service des Qualifications du Conseil national de l'Ordre. *C'était très préoccupant, car nous savions que des documents falsifiés circulaient…* »

3 Un site européen en ligne

« *Depuis cet été, la situation s'est nettement améliorée grâce à la mise en place d'un outil performant, Internal Market Information (INI), un site en ligne réservé aux autorités compétentes du corps médical dans les États membres. Celles-ci peuvent ainsi échanger en direct une multitude d'informations sur les médecins. Mais cela ne règle pas tout* », confie Adam Tornay, juriste venu renforcer l'équipe du Cnom sur ce dossier devenu majeur. Et de citer le cas d'un médecin bulgare qui, avant l'entrée de son pays dans l'Union, était engagé dans une procédure d'autorisation d'exercice : un sursis à statuer avait été décidé avec demande d'une mise à niveau, car il n'exerçait plus sa spécialité depuis dix ans. Après le 1er janvier 2007, le médecin a renoncé à cette procédure, exigeant, comme il en avait le droit, son inscription d'office… que l'Ordre n'a pas eu le pouvoir de refuser puisque la Bulgarie a fourni les attestations nécessaires !

Tout ce que peuvent faire les conseils départementaux, c'est négocier. Essayer de convaincre les uns de suivre des cours accélérés de français, les autres d'effectuer une remise à niveau[1]. Leurs homologues britanniques, eux, sont plus radicaux, imposant une recertification qui ne dit pas son nom. Les médecins européens sont inscrits automatiquement, comme le prévoit la Directive 2005/36/CE, mais les autorités compétentes leur demandent dans la foulée de passer devant une commission interne qui les soumet à des tests très poussés. À l'issue de cette évaluation, les médecins « inscrits » sont confirmés… ou radiés.

1. La faculté de médecine de Rennes propose un cursus de ce type depuis peu ; celle de Lyon et celle de Bobigny également.

© Burger/Phanie

« Les médecins africains manquent cruellement dans leur pays d'origine »

LE « SIPHONNAGE » DE LA MÉDECINE AFRICAINE

« Pendant que les médecins africains, munis de contrats précaires, font le bonheur de l'hôpital public français, les trois quarts des pays d'Afrique subsaharienne n'atteignent pas le taux recommandé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) d'1 médecin pour 5 000 habitants (1 pour 300 en France). Ce "siphonnage" de la médecine africaine n'est pas sans conséquences sur l'état sanitaire de l'Afrique. L'OMS dénonce régulièrement le rôle néfaste de cette "fuite des cerveaux" dans l'aggravation des pandémies de sida, de tuberculose et de paludisme… » Ces propos sans concession issus d'une tribune libre publiée dans *Libération* en mai 2006 par Michael Cheylan, Sandra Fontaine et Matthieu Loitron, membres d'une « think tank » française, Cap Afrique, reposent sur des faits et des chiffres avérés : selon l'OMS, le continent noir totalise 22 % des malades mondiaux, mais seulement 2 % des personnels soignants ! Ce qui rend d'autant plus choquant le débauchage systématique des personnels soignants d'origine africaine au profit des pays du Nord. Entre 20 et 25 % d'entre eux travaillent aujourd'hui dans ces pays !

POINT DE VUE extérieur

« La libre circulation des personnes est géniale. Essayons d'en maîtriser les inconvénients... »

Dr Susann Pechuzal, référente chargée des relations européennes à la Bundesärztekammer[1]

interview

L'Allemagne connaît-elle les mêmes problèmes de démographie médicale que la France ?

Dr Suzann Pechuzal : La situation est tout à fait similaire. Les généralistes qui partent en retraite ne trouvent pas de successeurs, surtout à la campagne. Les hôpitaux souffrent eux aussi d'un manque de praticiens. Le problème est particulièrement aigu dans l'ancienne Allemagne de l'Est. Dans ces territoires, l'offre de soins repose en grande partie sur les médecins étrangers… et reste cependant très aléatoire : souvent, après quelques mois passés dans la région de Leipzig ou de Dresde, ceux-ci cherchent à venir à l'Ouest, où la vie semble plus agréable et où les salaires sont meilleurs !

Comment cet état de fait est-il perçu outre-Rhin ?

Dr Suzann Pechuzal : Nos dix-sept associations médicales régionales ne se privent pas de dire ce qu'il y a de profondément immoral à aller recruter des médecins dans des pays voisins, profitant de notre niveau de vie plus élevé pour les attirer. Car, quoi qu'on en dise, ces médecins manquent cruellement dans leur pays d'origine. Pour autant, je ne pense pas qu'il faille remettre en cause ce principe de libre circulation : pouvoir exercer ainsi dans le pays de son choix, c'est génial ! Reste qu'il faudrait s'entourer de précautions. Il faudrait une plus grande rigueur de la part des chefs de service, dans les hôpitaux. Certes, les États membres de l'Union sont tenus d'inscrire tout médecin européen muni d'un diplôme reconnu… mais nul n'est forcé d'embaucher un praticien qui ne semble pas répondre aux critères de qualité requis !

Cette rigueur existe-t-elle en Allemagne ?

Dr Suzann Pechuzal : Pas toujours. Les établissements désertés, trop contents de pouvoir recruter des médecins qui vont faire des gardes et travailler la nuit, ne se soucient pas du fait que leurs recrues ne parlent pas l'allemand, par exemple. J'estime que c'est irresponsable de leur part… mais reconnaissons que sur le plan juridique, il n'y a rien d'illégal à cela ! Tout ce que l'on peut faire, au sein des associations médicales régionales, c'est de dialoguer. Essayer de négocier avec ces postulants pour qu'ils apprennent d'abord la langue, ou bien pour faire une remise à niveau si le problème réside dans la formation médicale ou l'expérience.

Vous-même, spécialiste en médecine interne, vous souhaitez travailler en France…

Dr Suzann Pechuzal : Le conseil de l'Ordre de la Drôme, auquel je me suis adressée, m'a demandé de faire un stage de remise à niveau à l'hôpital et chez un praticien avant de m'inscrire : mes diplômes sont reconnus par la France, mais je n'ai pas exercé au cours des cinq dernières années. En Allemagne, cela n'aurait pas posé de problème. Décrocher un tel stage s'avère assez compliqué, mais en attendant, je perfectionne mon français – indispensable pour bien communiquer avec les patients – et je m'initie aux habitudes de l'administration française…

1. Fédération des Chambres des médecins allemands.

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

Nos confrères généralistes font l'objet d'attaques incessantes de la part de confrères spécialistes dans les médias grand public, sans que les médecins mis en cause aient la possibilité d'atténuer ou de corriger la portée de ces propos. Ces allégations catégoriques ne reposent sur aucune étude épidémiologique, sur aucune preuve.

Dr Claude Bronner (Strasbourg) d'Espace généraliste

Par le passé, l'Ordre des médecins a déjà eu connaissance de situations analogues où des médecins avaient injustement mis en cause leurs confrères dans les médias. Le plus souvent, lorsque les remontrances utiles sont faites aux auteurs de ces critiques, ces derniers se rétractent ou indiquent que leurs propos ont été déformés. Néanmoins, il n'est pas inutile de rappeler une fois de plus l'article 56 de notre code de déontologie médicale selon lequel « Les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité. Un médecin qui a un différend avec un confrère doit rechercher une conciliation, au besoin par l'intermédiaire du conseil départemental de l'Ordre. Les médecins se doivent assistance dans l'adversité ». Cette confraternité de principe doit être explicitée par des attitudes, des comportements qui soient clairs, en particulier vis-à-vis des patients ; lorsqu'un médecin croit découvrir une erreur commise par un confrère, la meilleure conduite consiste à entrer en rapport avec lui. Le patient ne doit jamais être ni l'objet ni même le témoin d'affrontements entre praticiens qui se disent confrères. Le médecin ne doit jamais se faire l'écho de propos de nature à nuire à un confrère dans l'exercice de sa profession, mais plutôt prendre sa défense s'il est injustement attaqué.

Il est regrettable que l'Ordre ait diffusé une photo dans son Bulletin *de juin 2008 représentant des médecins opérant un patient sans respecter les règles d'hygiène et de sécurité des soins. N'est-il pas du ressort de l'Ordre des médecins de tout entreprendre pour rappeler à nos confrères leur double obligation de déclaration et de lutte contre les infections nosocomiales afin d'assurer leur sécurité et celle de leurs patients ?*
Il y a urgence : une étude citée dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire *(BEH) du 22 juillet 2008 nous rappelle que les infections nosocomiales graves sont en augmentation, notamment celles qui sont dues aux bactéries Clostidiium difficile et Staphyloccocus aureus.*

Drs Georges Ducel et Claude Franck, (Paris), de l'association Le Lien

Dans votre éditorial du n°1 de Médecins, *vous évoquez la délégation de tâches vers d'autres professions de la santé comme les infirmiers, les kinésithérapeutes…*
Et les optométriciens ? Il existe déjà les orthoptistes qui sont nos collaborateurs attitrés avec lesquels nous avons pleine satisfaction. Je pense qu'il s'agit d'une erreur d'impression. Merci de nous rassurer.

Dr P. Augustin, Dieppe

La loi de financement de Sécurité sociale 2007 a autorisé pour la première fois la délégation de tâches exécutées jusque-là par les ophtalmologistes en faveur des orthoptistes et des opticiens. En revanche, les optométriciens ne constituent pas une profession réglementée, et le diplôme d'optométricien n'est pas reconnu en France. L'usage de ce terme, largement utilisé dans les pays anglo-saxons, n'est donc pas pertinent dans notre système de soins.

France Alzheimer : le combat continue…

ASSOCIATION FRANCE ALZHEIMER
www.francealzheimer.org

La création de l'association

L'association est née en 1985 à l'initiative de familles de malades et de professionnels du secteur sanitaire et social. Depuis 1988, France Alzheimer est aussi un organisme agréé qui forme les « aidants » ainsi que les professionnels de la santé qui s'occupent des malades.

2007 : l'année grande cause

La maladie d'Alzheimer a été déclarée « Grande cause nationale » en 2007. Le plan présidentiel Alzheimer 2008-2012 est le troisième plan mis en place en France pour lutter contre cette pathologie.

860 000 malades en France

Selon l'étude « Paquid » (1988-2001), 17,8 % des personnes de plus de 75 ans sont atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'un syndrome apparenté. Selon le plan présidentiel Alzheimer 2008-2012, 860 000 personnes seraient touchées par la maladie d'Alzheimer en France. Le nombre de nouveaux cas est d'environ 225 000 par an.

France Alzheimer est l'union de 106 associations départementales. Sa première mission est le soutien aux familles : écoute et information, groupes de parole, temps de partage, « cycles de soutien », séjours de vacances, formations… France Alzheimer propose aussi des ateliers de stimulation cognitive pour les personnes atteintes par la maladie. Depuis plus de vingt ans, l'association développe des formations spécifiques pour les professionnels du secteur sanitaire et social, mais aussi pour les « aidants » familiaux. « *La méconnaissance de la pathologie peut entraîner des actes proches de la maltraitance*, commente la présidente Arlette Meyrieux. *Ces formations sont un réel soutien pour les aidants, qui peuvent ainsi mieux appréhender les difficultés du malade et faciliter son adaptation à son environnement.* » Autres missions essentielles de France Alzheimer : le soutien à la recherche médicale – plus d'un million d'euros ont été attribués en 2008 à des chercheurs – et la sensibilisation de l'opinion publique à la maladie.

+ D'INFOS :

www.francealzheimer.org
Tél. : 0 811 112 112 (prix d'un appel local)

« Il est urgent d'entendre la détresse des familles »

Arlette Meyrieux,
présidente de France Alzheimer depuis 2005

interview

France Alzheimer s'adresse surtout aux familles…

Arlette Meyrieux : Un malade, c'est toute une famille qui a besoin d'aide, car, dans la majorité des cas, ce sont les familles qui accompagnent leur proche malade, parfois dans des conditions insupportables. Ce sont elles qui supportent l'essentiel des coûts financiers, auxquels s'ajoutent les conséquences sociales et humaines de la maladie. Aujourd'hui, Il faut d'urgence entendre cette détresse et proposer des solutions. On estime que seulement 50 % des personnes malades sont diagnostiquées. Il faut encourager la pose d'un diagnostic le plus précocément possible pour aider les familles à appréhender la prise en charge. Autre impératif : développer des formules de répit et des maisons de retraite adaptées, notamment les accueils thérapeutiques de jour, qui ont montré leur efficacité pour préserver les facultés cognitives et maintenir le lien social.

Votre combat commence à porter ses fruits…

Arlette Meyrieux : Après de nombreuses démarches de l'association, la maladie d'Alzheimer est maintenant reconnue comme une maladie. Il nous faut dorénavant la traiter en tant que telle, c'est-à-dire mettre en place une réelle prise en charge sur le plan médico-psycho-social. Aujourd'hui, cette prise en charge est encore très insuffisante. Il faut que toute la société se sente impliquée pour combattre véritablement la maladie.

Que pensez-vous du plan présidentiel 2008-2012 ?

Arlette Meyrieux : Nous avons été étroitement associés à sa préparation. Les objectifs de nombreuses mesures reprennent nos propositions. D'autres ne nous satisfont pas, par exemple la conception des Ehpad, qui ne tient pas compte des besoins spécifiques de l'ensemble des malades. Et leur nombre reste insuffisant. Le plan ne répond pas au problème du « restant à charge » pour les familles. Pour l'instant, il s'agit d'une série de bonnes intentions; nous attendons avec impatience leur traduction concrète… Pour le médecin traitant, deux mesures nous semblent particulièrement importantes : la mise en œuvre du dispositif d'annonce et d'accompagnement pour faciliter le lien primordial entre médecin et famille, et la création d'une carte de soins et d'urgence, qui est d'ores et déjà disponible auprès de France Alzheimer.

Rétention

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

C'est un mot «savant», pris directement au latin *retentio*. On sent bien qu'il est en rapport avec «retenir», lui-même pris au latin *retinere*. Tout remonte au latin *tenere,* devenu *tenire,* qui a donné «tenir». La langue latine est présente partout, et donne de la cohérence à ce morceau de vocabulaire.

Moins prévisible, la variété des sens de «rétention», et son rapport avec le dérivé français de «retenir» : «retenue». Dès le Moyen Âge, le mot concerne le fait de réserver, de garder ses droits ou bien de retenir quelqu'un par autorité. Tous les sens du verbe «retenir» étant disponibles, les médecins parlent de «rétention», dès 1314, lorsqu'une substance normalement évacuée est retenue et conservée à l'intérieur de l'organisme. Dans tous les cas, la rétention est un emprisonnement, mais celle des humains relève de la force qui malmène la liberté, alors que celle des liquides ou des solides qui ne s'évacuent pas, c'est de la pathologie.

On peut d'ailleurs penser que la rétention d'une personne emprisonnée, quand elle ne menace pas la société, est aussi un cas de pathologie, mais cette fois, sociale.

S'arrêter de fumer en douceur

Une nouvelle méthode pour s'arrêter définitivement de fumer est proposée par l'auteur, cardiologue et tabacologue depuis plus de trente ans. Elle est basée sur le postulat que, comme le Dr Jekyll et Mr Hyde, tout fumeur a en lui-même un antifumeur. Il suffit donc d'aider la composante antifumeur à supplanter la composante fumeur grâce à une série d'exercices, parfaitement expliqués. La démarche paraît convaincante bien que le pourcentage de succès obtenus ne soit pas précisé. Cependant, cette méthode mérite d'être essayée par les généralistes.

Maurice Hodara

J'arrête de fumer en douceur - La nouvelle méthode, **de *Y. Nadjari.* Odile Jacob Édit., 133 p., 11,90 euros.**

La relation médecin-malade

Au cours de sa carrière de cancérologue clinicien, le Pr Bernard Hoerni a vécu l'évolution progressive du couple médecin-omnipotent-décideur/malade-« objet »-consentant en un couple de soignant/soigné. Son heureuse initiative d'écrire cette évolution aboutit à ce remarquable ouvrage. Cette évolution ne se conçoit que dans un contexte complexe : changements dans la société, progrès de la médecine, multiplication des professionnels de la santé, meilleure information des patients, reconnaissance des droits du malade, et plus grande place de l'éthique dans l'exercice médical. Le colloque singulier reste le privilège de notre métier, et l'auteur en envisage les différents aspects : contacts physiques, échanges verbaux, expression des pouvoirs du médecin, du patient et de la société. L'information du patient et son consentement éclairé aboutissent à la décision et à l'action. Ouvrage dense, source de réflexion pour le praticien chevronné, il est recommandé aux étudiants en médecine et aux jeunes confrères. Pour mieux comprendre l'évolution du comportement médical. **M.H.**

La relation médecin-malade, L'évolution des échanges patient-soignant, **de Bernard Hoerni Imothep Édit., 288 p., 32 euros.**

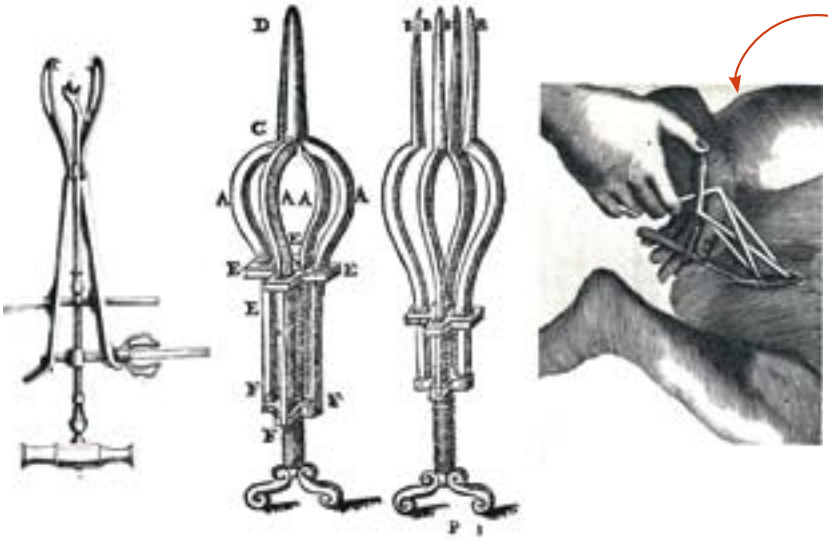
La Plume et le Scalpel

L'auteur nous convie à penser la médecine, la parole des patients, la médecine humanitaire dans son intensité dramatique et ses enjeux à partir d'œuvres littéraires où les médecins ne se contentent pas de soigner. Leur champ d'observation s'étend du colloque singulier et des servitudes du métier au statut de la médecine, « science de l'espérance et du risque » (G. Canguilhem). **Jean Pouillard**

La Plume et le Scalpel : la médecine au prisme de la littérature, **de Jean-Paul Thomas, PUF, 272 p., 24 euros.**

Rédaction : Dr François Rousselot

Les outils d'hier et de demain



© In *Histoire illustrée de l'urologie* de René Küss et Willy Gregoir. Les Editions R.Dacosta. Page 160.

1. La lithotomie, opération épouvantable qui fut responsable de nombreux décès et de nombreuses séquelles opératoires.

2. La lithotritie. Découverte en Allemagne dans les années 1980, **la lithotritie extracorporelle** consiste à fragmenter le calcul par l'utilisation d'ondes de choc générées à l'extérieur du corps pour atteindre le calcul.

© Alix/Phanie

Lithiase vésicale : de la lithotomie au laser

La lithotomie, c'est la taille des pierres précieuses, mais c'est aussi une ancienne opération chirurgicale par laquelle on fragmentait et extrayait la pierre dans la vessie au moyen du lithotome. En 430 av J.-C., Hippocrate évoquait cette technique en interdisant à ses élèves de la pratiquer!!!

Juqu'au XIXe siècle, cette opération est restée la plus importante et la plus risquée de toute la chirurgie. Mais les souffrances induites par la pierre et ses complications étaient telles que les patients s'y soumettaient malgré tout. Les chirurgiens rivalisaient d'imagination pour en atténuer les risques. Une nouvelle méthode, « la taille par le grand appareil », qui ouvre l'urètre en aval du col de la vessie et de la prostate, tente, sans grand succès, de limiter les dégâts causés par l'abord périnéal (voir légende 1).

Ensuite, on essaie d'agir en passant par l'urètre, sans l'ouvrir. Mais, en l'absence d'asepsie, cette opération se révèle tout aussi néfaste que la lithotomie. Rappelons-nous que Napoléon III est mort d'un choc septique après une première lithotritie…

Les progrès suivants viennent du recours aux ondes de choc, aux ultrasons et, enfin, au laser pour réduire la pierre en poudre. Mais ils ne sont possibles que grâce au confort que procure enfin l'anesthésie et à la sécurité qu'apporte l'asepsie. Depuis, la maladie de la pierre n'est plus ce qu'elle était… Il est vrai que la lithiase vésicale, cette maladie infernale qui a gâché la vie de Montaigne, est devenue rare. Une lithiase est désormais traitée alors qu'elle se trouve dans le haut appareil urinaire, et le plus souvent par lithotritie extracorporelle – ou LEC (voir légende 2). Fini les abords destructeurs par le périnée ou les cathétérismes urétraux avec des «engins» disproportionnés. Désormais, des endoscopes souples et fins permettent d'accéder jusqu'au rein. Et le laser pulvérise la lithiase.

Propos recueillis par **Arlette Chabrol**

« J'ai envie de transmettre ce que j'ai appris »

Dr Catherine Roche,

médecin du travail à la retraite, membre de l'association Les Transmetteurs

PARCOURS

1946
Naissance en Seine-Maritime.

1972
Après ses études de médecine au CHU de Rouen, elle débute son activité en tant que médecin du travail à Paris.

1980
Prise de conscience de ce que représente la souffrance mentale au travail.

1993
Suit une formation à l'écoute dans le cadre d'un investissement personnel au sein d'une association caritative.

2006
Départ en retraite et début d'une collaboration avec l'association Les Transmetteurs.

Témoignage

« *Mon métier m'a passionnée…* » Catherine Roche reconnaît pourtant qu'au départ, le choix de la médecine du travail n'en était pas un : « *Je venais de me marier, j'attendais un enfant et n'avais pas envie de sacrifier ma vie familiale. Finalement, j'ai exercé cette spécialité avec enthousiasme.* » Le Dr Roche s'est fortement investie dans la prise en charge d'un problème de santé publique qui, avant les années 1980, préoccupait peu les médecins : la souffrance mentale au travail. « *C'était alors le début des emplois précaires* », précise-t-elle. Cela l'a aidée à aiguiser ses capacités d'écoute et à vouloir les améliorer. « *En 1993, j'ai suivi une formation à l'écoute qui a transformé mon approche du métier. Souvent, quand on est jeune médecin, on croit tout savoir des autres. Là, j'ai appris la modestie. On ne sait rien d'emblée, parce que chaque personne a son histoire et sa façon de réagir. Le meilleur moyen de savoir un peu et de comprendre, c'est d'écouter vraiment la personne, en partant de zéro…* »

En septembre 2006, lorsque Catherine Roche prend sa retraite, elle souhaite que tout ce qu'elle a appris ne soit pas perdu. Elle a envie de donner un peu de ce qu'elle a reçu. Reste à trouver le cadre. « *Je suis tombée sur une documentation présentant l'association fondée par Xavier Emmanuelli, Les Transmetteurs, qui répondait très exactement à ce que je recherchais.* »

Son principe : les médecins retraités ont des compétences et une expérience qu'il serait dommage de ne pas utiliser. Elles peuvent être précieuses en cas de crise sanitaire, par exemple. « *J'ai suivi des miniformations pour acquérir des gestes techniques et méthodologiques dont je n'avais pas la pratique dans mon exercice passé. Cela devrait me permettre de me rendre utile…* »

Les Transmetteurs souhaitent également former des jeunes aux métiers de proximité du secteur médico-social. « *Il s'agit de transmettre quelque chose sur le savoir-être (plus que sur le savoir-faire) aux jeunes qui vont se diriger vers les nouveaux métiers d'aide à la personne (personnes handicapés, âgées, atteintes de la maladie d'Alzheimer, en déshérence, etc.)* », confie Catherine Roche. Retraitée, certes, mais pas en retrait.