



Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins

» Dossier

Conflits d'intérêts : comment restaurer la confiance ?

p.22

» L'essentiel
**Atlas régionaux
de la démographie
médicale** p.4

» Sur le terrain
**La maison de vie
à Besançon** p.8

» Réflexion
**La vaccination,
entre mythes
et réalité** p.10

médecins n° 20

Nov. 2011

**POUR RECEVOIR
NOTRE NEWSLETTER**

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

➤ **L'essentiel** | 06

• Démographie médicale : des Atlas régionaux au plus près des territoires

• Grippe saisonnière : campagne vaccinale 2011-2012

➤ **Sur le terrain** | 08

Besançon : une maison pour profiter du temps qui reste

➤ **Réflexion** | 10

La vaccination, entre mythes et réalité

➤ **Ailleurs** | 21

Le Royaume-Uni s'engage dans l'évaluation des médecins

➤ **Courrier des lecteurs** | 28

➤ **La voix des associations** | 30

AFM : vingt-cinq ans d'avancées grâce au Téléthon

➤ **Culture médicale** | 31

La sélection du mois

➤ **À vous la parole** | 32

Bernadette Devictor, présidente de la Conférence nationale de santé

➤ **Dossier** | 22

Conflits d'intérêts : comment restaurer la confiance ?



Après le scandale du Mediator, de nouvelles règles doivent être érigées pour mettre fin aux conflits d'intérêts entre les médecins et l'industrie pharmaceutique. Quel dispositif mettre en place pour assurer la transparence des relations entre médecins et laboratoires ? Jusqu'où faut-il aller dans cette volonté de transparence ? Tout lien est-il automatiquement suspect ? Ces problématiques étaient au cœur du dernier débat organisé par le conseil national de l'Ordre des médecins, le 4 octobre dernier, à Paris.

Cahier jurispratique | 13

- **QUALIFICATIONS** Remplacements en stomatologie | 13
- **INFORMATION** Certificats médicaux : les pièges à éviter | 14
- **RÉGLEMENTATION** Les dispositions de la loi Fourcade | 16
Les dispositions de la loi sur la médecine du travail du 20 juillet 2011 | 19

Vos réactions nous intéressent

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

Pour ne plus jamais revivre le drame du Médiateur...



D' Michel Legmann,
président du conseil
national de l'Ordre
des médecins

“
**La transpa-
rence et
l'indépendance
du médecin
sont les piliers
de notre
déontologie
médicale.**
”

Face à la crise de confiance que traverse le système de santé français, c'est à une véritable révolution culturelle que nous devons nous préparer. Refonte du fonctionnement des agences et des autorités sanitaires, renforcement législatif de la sécurité sanitaire des médicaments et des produits de santé, amélioration de la transparence et de la cohérence du circuit du médicament... Nous sommes tous concernés par cette mobilisation qui nous permettra de mieux faire face aux défis de la pharmacovigilance et de la santé publique. Les médecins sont au cœur de cette mobilisation. Ils se doivent d'être suffisamment indépendants pour faire preuve d'un esprit critique accru vis-à-vis de toute tentative d'ingérence dans leurs décisions. Garant de la relation médecin/patient et de l'indépendance médicale, l'Ordre des médecins veut jouer un rôle essentiel dans la gestion et le contrôle des conflits d'intérêts entre les praticiens et l'industrie pharmaceutique. Comme vous le lirez dans le dossier de ce Bulletin, nous avons d'ailleurs présenté plusieurs propositions aux pouvoirs publics pour que cette volonté de transparence ne reste pas un vain mot. Nous voulons notamment jouer un rôle d'accompagnement et d'arbitrage dans la gestion des conflits d'intérêt. Encore faut-il que la loi nous en donne les moyens. Le conseil national de l'Ordre a également eu à cœur de rassembler tous les acteurs de ce dossier autour d'un débat dont vous trouverez le compte rendu intégral sur notre site. Ensemble, nous devons aboutir à un véritable *Sunshine Act* à la française. C'est à ce prix que nous pourrons garantir demain de bonnes conditions d'exercice aux médecins, au bénéfice de nos patients.

médecins

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : D' Walter Vorhauer - ORDRE DES MÉDECINS, 180, bd Haussmann, 75389 Paris Cedex 08. Tél. : 01 53893200.

E-mail : conseil-national@cn.medecin.fr - RÉDACTEUR EN CHEF : D' André Deseur - COORDINATION : Évelyne Acchiardi

- CONCEPTION ET RÉALISATION : CITIZENPRESS 48, rue Vivienne, 75002 Paris - RESPONSABLE D'ÉDITION : Claire Peltier - DIRECTION ARTISTIQUE :

Marie-Laure Noel - SECRÉTARIAT DE RÉDACTION : Alexandra Roy - FABRICATION : Sylvie Esquer - COUVERTURE : BSIP - IMPRESSION : IGPM

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



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

► Démographie médicale

Des Atlas régionaux au plus

Le conseil national de l'Ordre des médecins vient de publier l'édition 2011 de ses Atlas régionaux de la démographie médicale. Mené sous la direction du Dr Patrick Romestaing, président de la section Santé publique et démographie médicale, ce travail pointe, à nouveau, de fortes disparités dans l'accès aux soins, y compris au niveau des bassins de vie.

1 Des informations inédites

L'édition 2011 des Atlas régionaux de la démographie médicale s'est intéressée à l'offre de soins de premier recours : médecine générale et spécialités en accès direct (gynécologie médicale, ophtalmologie, pédiatrie et psychiatrie). Ce minutieux travail d'enquête et d'analyse s'appuie sur des données actualisées au 1^{er} juin 2011 et plonge jusqu'aux bassins de vie. Il propose des informations inédites par rapport à celles publiées en 2009, notamment le nombre de spécialistes de premier recours ou celui de nouveaux inscrits, par mode d'exercice (libéral, salarié, hospitalier) et par département.

2 Le constat : de fortes inégalités

La densité médicale est très contrastée selon les régions. Et ces disparités ne cessent de s'accroître. Certains territoires, que l'on croit bien pourvus, sont en réalité de véritables « gruyères » (voir, page suivante, les cartes des régions Rhône-Alpes et Ile-de-France). Ce constat est d'autant plus inquiétant que le nombre d'installations reste bas. Actuellement, 50 % des généralistes sont libéraux, mais seuls 10 % des nouveaux inscrits choisissent d'exercer en libéral. Il semble que la mise en place de mesures incitatives à l'installation n'ait pas eu l'effet escompté... Pas plus que le recrutement de médecins européens ou extra-européens.

3 Des inquiétudes pour l'offre de soins libérale

Les installations de spécialistes en accès direct sont rares en dehors des grandes métropoles régionales. Même si les généralistes continuent de s'installer en milieu rural, on peut cependant émettre de sérieuses réserves sur l'accès aux soins dans les nombreux territoires où les populations sont âgées et où, parallèlement, les médecins partent à la retraite. Comment garantira-t-on demain à nos concitoyens un accès équitable aux soins, conformément aux objectifs de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ?

4 Contre certaines idées reçues

– Les jeunes femmes médecins ne travaillent pas moins et ne s'installent pas moins en libéral que leurs jeunes homologues masculins ! C'est ce que révèle, par exemple, l'analyse des pyramides des âges en pédiatrie.

– Les jeunes médecins ne jurent pas que par les maisons pluri-professionnelles puisque 40 % d'entre eux s'installent seuls.

– Les jeunes ne boudent pas la campagne puisque 23 % choisissent de s'installer en milieu rural.

+ D'INFOS :

Lire les 23 Atlas régionaux de l'Ordre des médecins (un pour chacune des 22 régions françaises et un pour les DOM-TOM) réalisés par Gwenaëlle Le Breton-Lerouillois, géographe de la santé au Cnom. www.conseil-national.medecin.fr

POINT DE VUE de l'Ordre



Dr Patrick Romestaing, président de la section Santé publique et Démographie médicale

Pour cette 2^e édition des Atlas régionaux, le Cnom propose une analyse détaillée des soins de premier recours, au niveau des bassins de vie. Cette étude, affinée au plus près du terrain, va renforcer la capacité des conseils départementaux et régionaux à identifier les territoires dont l'avenir de l'offre de soins apparaît problématique. Elle contribue à nourrir les échanges avec les ARS dans la nécessaire réflexion prospective sur l'offre de soins. Les disparités se creusent entre régions, à l'intérieur des régions et entre bassins de vie. Malgré les différentes actions menées à ce jour (avenant 20 à la convention médicale 2005, bourses...) et maintenant l'« option démographie » de la nouvelle convention, on peut s'inquiéter sur le renouvellement. Mais contre toute attente, de jeunes médecins s'installent, en libéral, en rural, et parfois en dehors de tout cabinet de groupe. Ils sont satisfaits, le disent et invitent leurs jeunes confrères à les imiter. Il est essentiel d'entendre ce message et de le relayer. Ces propos incitatifs venant de jeunes médecins ont dans le débat actuel, toute leur place.

près des territoires

L'Île-de-France : une région en trompe-l'œil

Avec 366 médecins pour 100000

habitants, l'Île-de-France est la deuxième région la mieux dotée de France. Mais c'est aussi celle où les inégalités sont les plus criantes.

Paris a la réputation d'être un territoire

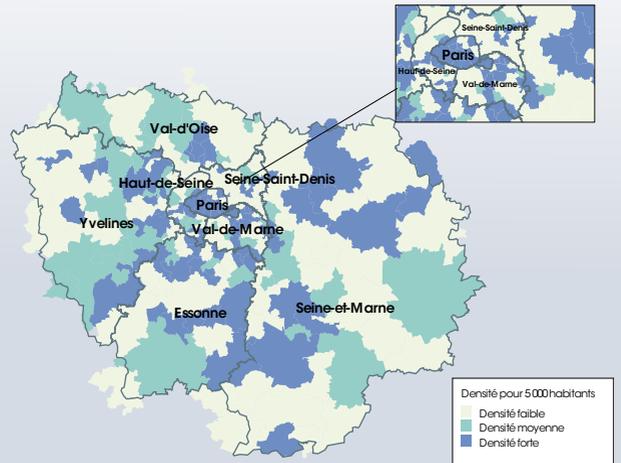
surdoté : il concentre 37,3 % des actifs réguliers de la région. Mais à y regarder de plus près, certaines spécialités, comme la gynécologie médicale ou l'ophtalmologie, seront bientôt sinistrées : elles n'ont attiré aucun médecin en 2010 alors que la moyenne d'âge y est de **59 ans...**

La Seine-et-Marne ne recense que 6,7 % des médecins en activité régulière

installés dans la région, n'attire que 4 % des nouveaux inscrits en Île-de-France et encore, essentiellement en salarié. La densité de généralistes est faible dans plus de **33** bassins de vie (entre **1,1** et **3,7** pour 5000 habitants), avec une moyenne d'âge élevée (plus de 50 ans). La densité de spécialistes y est très faible également.

DENSITÉ DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX ET MIXTES

pour 5000 habitants à l'échelle des bassins de vie



Moyenne : 3,8 médecins généralistes libéraux/mixtes pour 5000 habitants
Minimum : 0,88 MG libéral/mixte pour 5000 habitants (Lizy-sur-Ourcq)
Maximum : 15,8 MG libéraux/mixtes pour 5000 habitants (Paris 8^e)

Source : CNOM 2011 Auteur : CNOM, G. Le Breton-Lerouvillois, 2011

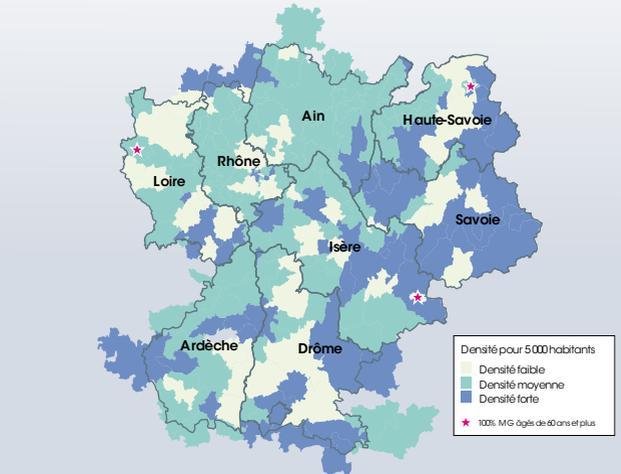
Rhône-Alpes : l'arbre qui cache la forêt

Avec une densité moyenne de **313 médecins en activité régulière pour 100000 habitants**, la région Rhône-Alpes occupe le 7^e rang des régions les mieux dotées. Là aussi, les inégalités sont fortes.

Le Rhône concentre 35,9 % des actifs réguliers de la région alors que l'Ardèche n'en compte que **3,7 %**. Cependant, même au sein du Rhône subsistent de fortes inégalités. L'analyse, par bassin de vie, montre que les médecins sont essentiellement concentrés au niveau de l'agglomération lyonnaise.

DENSITÉ DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX ET MIXTES

pour 5000 habitants à l'échelle des bassins de vie



Moyenne : 4,6 médecins généralistes libéraux/mixtes pour 5000 habitants
Minimum : 1,3 MG libéral/mixte pour 5000 habitants (Seysse)
Maximum : 21,2 MG libéraux/mixtes pour 5000 habitants (La Clusaz)

Source : CNOM 2011 Auteur : CNOM, G. Le Breton-Lerouvillois, 2011

Coup d'envoi au RPPS!

L'arrêté du 17 octobre, publié au *Journal officiel* du 23 octobre en application du décret du 6 février 2009, a donné le coup d'envoi du Répertoire partagé des professions de santé (RPPS) pour les médecins. Cet arrêté renforce le rôle de l'Ordre, qui devient officiellement le « guichet principal » des démarches administratives des médecins. L'Ordre communiquera sur ce sujet au fur et à mesure de l'avancement concret du dossier. Rappelons que le RPPS est déjà en vigueur depuis le 18 janvier 2010 pour les pharmaciens, le 30 août 2010 pour les sages-femmes et le 12 septembre 2010 pour les chirurgiens-dentistes.

+ D'INFOS:

www.conseil-national.medecin.fr

Prévenir l'alcoolisation fœtale



La Direction générale de la santé a mis en ligne un document de référence sur l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale, intitulé *Alcool et grossesse, parlons-en*. Son objectif est d'aider les professionnels à détecter ce syndrome le plus tôt possible dans les situations à risque.

+ D'INFOS:

Pour consulter ce document: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Alcool_et_grossesse_parlons-en2.pdf

L'Ordre émet des réserves sur la convention médicale

L'Ordre critique les mesures conventionnelles pour améliorer la répartition de l'offre de soins sur le territoire, qui « sont très proches » des mesures de la convention de 2005 « et qui n'ont pas permis d'amorcer la réduction des disparités territoriales ». Le Cnom regrette que « les leçons du passé n'aient pas été tirées, et on peut d'ores et déjà craindre que derrière ces mesures faussement incitatives ne se profile une

politique plus coercitive ». Il émet également de fortes réserves sur les nouveaux modes de rémunérations, dès lors que la convention les associe à un alourdissement des contraintes pesant sur les praticiens et à un exercice professionnel de plus en plus administré et contrôlé. Enfin, un certain nombre de dispositions conventionnelles font difficulté sur le plan de la déontologie et de l'exercice professionnel.

+ D'INFOS:

- Dans la rubrique L'Ordre, <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/avis-de-l-ordre-sur-la-convention-1113>
- Voir aussi le courrier d'un lecteur à ce sujet, en page 28.

Musique dans les salles d'attente

La diffusion d'œuvres musicales dans les salles d'attente, par quelque moyen que ce soit y compris par la radiodiffusion, est assujettie au paiement d'une redevance à la Sacem, calculée selon le barème en vigueur. En revanche, conformément à une tolérance traditionnelle de la Sacem, la diffusion d'œuvres musicales dans la salle de soins ne donne pas lieu au paiement d'une redevance.



+ D'INFOS:

Pour tout contact, souscription ou information, les praticiens peuvent se rapprocher directement de la délégation régionale située à proximité de leur cabinet ou consulter le site de la Sacem: www.sacem.fr



PHARMACOVIGILANCE

■ TRAITEMENT SUBSTITUTIF DE LA PHARMACODÉPENDANCE MAJEURE PAR BUPRÉNORPHINE HAUT DOSAGE

L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé vient de publier une mise au point sur l'initiation et le suivi du traitement substitutif de la pharmacodépendance majeure par buprénorphine haut dosage, en collaboration avec des professionnels de santé de terrain spécialisés dans le domaine des addictions. L'objectif de ce travail est d'améliorer encore l'efficacité et la sécurité d'emploi du traitement par BHD et de diminuer son mésusage.

■ ATTENTION AU DÉTOURNEMENT DE L'EPITOMAX®

L'Afssaps souhaite mettre en garde les professionnels de santé sur le détournement d'usage d'Epitomax® à visée amaigrissante, en dehors des indications autorisées. L'Epitomax® est uniquement indiqué comme antiépileptique chez l'adulte et l'enfant et comme antimigraineux seulement chez l'adulte. L'Afssaps est informée du détournement de l'usage de l'Epitomax® vers une utilisation à visée amaigrissante. Cette utilisation en dehors des indications présente de nombreux risques. L'Afssaps rappelle que l'Epitomax® doit être utilisé uniquement comme antiépileptique et comme antimigraineux.

■ MISE EN GARDE CONTRE PROTÉLOS®

L'Afssaps confirme avoir mis en garde les professionnels de santé concernant l'emploi du Protélos®. Commercialisé depuis janvier 2006, le Protélos® (ranélate de strontium) est indiqué dans le traitement de l'ostéoporose chez la femme ménopausée afin de réduire le risque de fractures osseuses. Environ 220 000 personnes sont traitées par ce médicament en France. Malgré certaines précautions d'emploi, des effets indésirables graves thrombo-emboliques mais aussi des risques allergiques peuvent toujours se manifester. En cas de survenue d'une éruption cutanée, les patientes doivent arrêter immédiatement ce produit et consulter un médecin. À noter : l'Afssaps a saisi l'Agence européenne du médicament pour une réévaluation du rapport bénéfice/risque du médicament.

+ D'INFOS :
consulter le site de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé : www.afssaps.fr

Guide SELARL

Le conseil national de l'Ordre des médecins a actualisé le guide de rédaction des statuts de SELARL et adopté des statuts types de SELARL. Pour consulter ces documents : <http://www.conseil-national.medecin.fr/groupe/33/tous>

Grippe saisonnière : campagne vaccinale 2011-2012



© DR P. MADAZZI / SFU / PHANIE

La nouvelle campagne nationale de vaccination contre la grippe saisonnière se déroule jusqu'au 31 janvier 2012.

- La vaccination contre la grippe saisonnière doit être renouvelée tous les ans, les souches virales rencontrées variant d'une année à l'autre.
 - Il est recommandé de l'effectuer avant la circulation active des virus grippaux, soit dès que le vaccin est disponible en pharmacie (depuis le 29 septembre, cette année).
 - Il faut compter environ 15 jours entre la vaccination et le moment où l'on est protégé contre la grippe, temps nécessaire pour que le système immunitaire réagisse au vaccin.
- Pour la campagne 2011-2012, le vaccin a été élaboré à partir des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Il intègre les trois souches des virus grippaux qui ont circulé au cours de la saison précédente.

+ D'INFOS :

Pour retrouver toutes les informations nécessaires et télécharger le nouvel imprimé de prise en charge vierge pour les assurés qui n'auraient pu être identifiés et invités par l'Assurance maladie : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante.php>



► Besançon

Une maison pour profiter du temps qui reste

À Besançon, la Maison de vie égaye le quotidien de personnes atteintes de maladies incurables.

Résidents et familles vantent ses mérites. Cette alternative aux soins palliatifs rappelle que la fin de vie, c'est encore la vie.

Décoré avec goût, l'intérieur de cette grande bâtisse du XVIII^e siècle rappelle l'ambiance d'une maison d'hôtes. Les chambres sont coquettes. Le jardin donne sur la basilique Saint-Farjeux de Besançon. « *On se sent un peu comme à la maison* », lance Jean-Louis, résident depuis juillet dernier. Ouverte depuis le 8 juin 2011, la Maison de vie est un lieu d'accompagnement de personnes en situation de soins palliatifs pour lesquelles l'hospitalisation n'est pas nécessaire et le maintien à domicile inadapté. « *Notre objectif est de démedicaliser la fin de vie, d'accompagner les résidents et leurs familles pour leur permettre de vivre le mieux possible malgré la maladie* », explique Laure Hubidos, initiatrice du projet et directrice des lieux. La Maison de vie accueille sept résidents, « *pour garder une certaine intimité et le caractère humain de la démarche* ». Sans condition d'âge ni de ressources, et quelles que soient les pathologies.

Une quinzaine de professionnels de santé veillent sur les patients 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Parmi eux, un médecin coordonnateur détaché de l'unité des soins palliatifs du CHU de Besançon, une infirmière coordonnatrice, une psychothérapeute, des aides-soignantes. À leurs côtés, des auxiliaires de vie assurent les soins quotidiens et donnent les repas. Les actes

médicaux sont prodigués par des intervenants extérieurs (médecins traitants, infirmiers, kinés, Hospitalisation à domicile et autres intervenants libéraux). Il y a aussi des séances de massage, réflexologie, relaxation, balnéothérapie, shiatsu, art-thérapie, etc.

Ne pas parler de la maladie

Le quotidien de la Maison de vie ? « *On écoute les résidents, on discute avec eux, et on respecte surtout leurs envies* », répond Mylène Abbruzzese, auxiliaire de vie. Les activités se multiplient : sorties au cinéma, lecture dans le parc, visite de la basilique Saint-Farjeux, télévision, ordinateur, etc. Le temps du repas, partagé entre résidents et membres du personnel, est l'occasion de parler d'autre chose que de la maladie. « *Ils n'oublient pas forcément la maladie, mais ils vivent normalement, continuent de faire partie de la société* », résume Laure Hubidos. « *Ici, l'atmosphère est vraiment différente de l'hôpital. On se sent libre* », complète Jean-Louis, qui rentre chez lui chaque week-end. Pour les familles aussi la Maison de vie est un temps de répit, physique et moral : « *Mon frère est content d'être ici, il est plus détendu qu'à la maison. De savoir qu'on s'occupe bien de lui me rassure* », explique Martine, sœur de Patrick, atteint de sclérose



Laure Hubidos, directrice, a longtemps été bénévole au service de personnes en fin de vie. Elle croit toujours à son projet.



latérale amyotrophique. « *On tente d'apaiser l'angoisse de la maladie, de rompre l'isolement du domicile. Il se crée une vraie solidarité avec les résidents et leurs proches* », résume Aldjia Djoumi, aide-soignante. Une quarantaine de bénévoles, membres d'associations comme Carpe diem ou Jusqu'à la mort, accompagner la vie (JALMAV) concourent également au bien-être des résidents.

Une nouvelle approche des soins palliatifs

Laure Hubidos a mené un combat de huit ans avant d'inaugurer ce lieu qui lui tient tant à cœur.

Les infirmières de l'Hospitalisation à domicile (ci-dessous) prodiguent les soins médicaux indispensables aux résidents. D'une semaine ou de plusieurs mois, un séjour à la Maison de vie est un moment de répit pour les malades et leurs proches.



Pr Régis Aubry,

chef du département Douleurs et soins palliatifs au CHU de Besançon, président de l'Observatoire national de la fin de vie. Il a beaucoup contribué à la création de la Maison de vie.

« Développer les maisons de vie au niveau national »

témoignage

Les progrès de la médecine font que, même avec une maladie incurable, on peut vivre plus longtemps. Mais, on ne s'est pas posé la question de savoir où et comment allaient vivre ces malades. La maison de vie apporte une réponse globale à la question de la fin de vie : un cadre agréable offrant un certain confort aux patients, un personnel disponible, un lieu de répit pour la famille. Elle est le symbole des nouvelles solidarités à mettre en place pour les plus vulnérables. C'est un établissement innovant, le maillon manquant entre l'hôpital et le domicile. Il répond ainsi à un vrai besoin, et les demandes d'inscription affluent. Un des obstacles se situe au niveau de son mode de financement. Par rapport aux pays anglo-saxons, on constate en France une difficulté à mettre en place une dynamique caritative autour de ces nouvelles solidarités, peut-être liée à une forme de déni face à la mort. Tout le sens de l'expérimentation actuellement menée est donc de démontrer que les maisons de vie améliorent la qualité de vie des résidents et ne sont pas source de dépenses plus importantes que l'hospitalisation ou les soins à domicile. Dans ce cas, c'est un concept que l'on souhaite développer au plan national.

« Le projet se situe à la croisée des secteurs sanitaire et médico-social, ce qui explique que nous avons rencontré beaucoup de difficultés pour monter le financement. » La Maison de vie propose aussi une nouvelle conception des soins palliatifs, visant davantage à maintenir une qualité de vie de la personne qu'à l'accompagner vers la mort. Mais tout changement rencontre de la résistance. Alors, tel un symbole, une citation d'Henri Dunant, fondateur de la Croix-Rouge, est peinte sur un mur du salon : « *Seuls ceux qui sont assez fous pour croire qu'ils peuvent changer le monde y parviennent.* »

EN SAVOIR PLUS

**LA MAISON DE VIE,
17, RUE DE LA BASILIQUE - 25000 BESANÇON
TÉL. : 03 81 82 43 50**

Avec un budget de fonctionnement de 860 000 euros par an, cette Maison de vie fait partie des trois expérimentations portées par la Croix-Rouge française au titre du programme de développement des soins palliatifs 2008-2012 lancé par le ministère de la Santé. Deux autres maisons d'accompagnement sont testées en France : La maison Lionel, au Theil (Ardèche), et l'Oasis, pour les enfants, à Seyes (Haute-Garonne). Le ministère de la Santé évaluera ces projets en fin 2012 pour décider d'étendre, ou pas, ce dispositif.

La vaccination, entre mythes et réalité

La vaccination cultive son paradoxe. D'un côté, la France possède une solide tradition en matière de vaccins. Elle est même l'un des rares pays européens à rendre obligatoires quatre d'entre eux, et plus de 96 % des médecins se déclarent favorables à la vaccination. De l'autre, l'opinion publique se méfie de plus en plus des risques d'effets secondaires graves suite à des injections de vaccins. Au point d'occulter les bénéfices individuels et collectifs de la vaccination.

Les Français seraient-ils fâchés avec la vaccination? La question mérite d'être posée, tant les messages de prévention des autorités sanitaires semblent avoir du mal à passer. Les raisons avancées: peur des effets indésirables ou des complications, méfiance vis-à-vis des adjuvants, doutes sur l'efficacité, répugnance à intervenir dans les défenses naturelles, influence des firmes pharmaceutiques. Certaines « affaires » n'ont pas arrangé la situation. Bien au contraire.

On pense au lien supposé entre la vaccination contre l'hépatite B et la survenue de scléroses en plaques. Ou encore au flou qui a entouré la campagne de vaccination contre la pandémie de grippe A/H1N1 au cours de l'hiver 2009. La vaccination contre le papillomavirus pourrait bien connaître

un sort identique: plusieurs demandes d'indemnisation auraient été envoyées à la Commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, suite à l'injection de Gardasil, un vaccin pour la prévention du cancer du col de l'utérus.

À chaque fois, les spécialistes démentent un quelconque lien de

EN CHIFFRES

70 000
cas de rougeole

déclarés en France depuis 2008, dont 14 600 depuis janvier 2011.

causalité. Mais le mal est fait, au point d'occulter les bénéfices individuels et collectifs de la vaccination: 70 % des nourrissons ont été vaccinés contre l'hépatite B. C'est insuffisant, même si la couverture vaccinale est en net progrès (30 % en 2007). Autre exemple: seulement 40 % des enfants âgés de deux ans ont reçu les deux doses de vaccin nécessaires à une bonne immunisation contre les rougeole-oreillons-rubéole. On est loin de l'objectif de 95 % de couverture vaccinale, synonyme de bouclier contre la maladie. Or l'épidémie est en pleine progression cette année (lire par ailleurs), et les autorités de santé redoutent une prochaine flambée de la rubéole et des oreillons. Dans ce contexte, les médecins généralistes et pédiatres ont un rôle essentiel à jouer: redorer le blason de la vaccination en informant leurs patients des enjeux de santé publique sous-jacents.

Bon à savoir

Le calendrier vaccinal 2011 introduit de nouvelles recommandations qui concernent les vaccinations contre la fièvre jaune, la grippe saisonnière, les infections invasives à méningocoque, les infections à papillomavirus humains (HPV) et la rougeole. Pour le consulter: www.invs.sante.fr



Dr Daniel Floret

Pédiatre et ancien chef de service de réanimation pédiatrique de l'hôpital Édouard-Herriot (Lyon), il préside depuis 2007 le Comité technique des vaccinations, organisme chargé de l'élaboration de la politique vaccinale sur le territoire. Il est aussi consultant hospitalo-universitaire sur les maladies infectieuses de l'enfant.



Dr Patrick Romestaing

Spécialiste oto-rhino-laryngologiste, il est président de la section Santé publique et démographe du conseil national de l'Ordre des médecins depuis 2009.



Dr Pierre Verger

Médecin épidémiologiste à l'Observatoire régional de santé (ORS) Paca, il est l'un des auteurs de l'étude *Attitudes et pratiques des médecins généralistes de ville relatives à la vaccination en général et à celle contre la grippe A/H1N1 en 2009**, publiée en juillet 2011 et réalisée avec le soutien de la DREES (services statistiques des ministères sociaux).

Quels sont les enjeux portés par la vaccination ?

Patrick Romestaing: Dans l'esprit de beaucoup de gens, le risque de contamination par le virus de l'hépatite B est faible, la rougeole reste une maladie bénigne de l'enfance et la grippe est sans conséquences graves sur la santé. C'est faux. La vaccination est une pratique médicale essentielle, gage de santé individuelle et collective. Elle demeure l'un des principaux moyens de prévention des maladies infectieuses dans les populations.

Daniel Floret: Lorsqu'ils ne sont pas obligatoires, les vaccins sont fortement recommandés. De nos jours, on risque en effet davantage de mourir de la rougeole que de la diphtérie. La vaccination contre la rougeole a réduit la mortalité due à cette maladie de 90 % en Afrique entre 2000 et 2007, et les méningites à *Haemophilus* ont quasiment disparu des pays qui vaccinent. Pourtant, certains vaccins, comme ceux contre l'hépatite B, la rougeole, la grippe, ne font pas

l'unanimité dans la population française. Les recommandations internationales maintiennent la vaccination systématique. Son bénéfice ne fait aucun doute.

Comprenez-vous les craintes du grand public et de certains professionnels de santé ?

D. Floret: Les mouvements anti-vaccinations contribuent à entretenir tout un ensemble de mythes dont l'importance est exagérée par rapport à la réalité. Les Français entretiennent une certaine méfiance vis-à-vis de la politique de santé menée dans notre pays. Si on ne peut pas totalement exclure, dans certains cas, un lien de causalité entre un vaccin et des effets secondaires graves, aucune étude scientifique n'en a jamais apporté la preuve irréfutable. Et, quoi qu'il en soit, le risque de la maladie est bien supérieur au risque présumé d'effets secondaires. La balance bénéfique/risque est largement positive. Face aux doutes, le meilleur interlocuteur est le médecin généraliste ou le pédiatre.

Pierre Verger: D'après les médecins qui ont participé à l'étude sur la vaccination contre la grippe A/H1N1, les principaux freins à la vaccination contre le virus A/H1N1 pour les patients étaient les informations contradictoires diffusées dans les médias (95 %), la crainte des effets secondaires (85 %) et le manque de confiance dans les pouvoirs publics (81 %).

La vaccination est-elle la solution à toutes les maladies? Par exemple, pour la prévention du cancer du col de l'utérus, pourquoi ne pas se contenter du dépistage précoce par un frottis ?

P. Romestaing: La vaccination est un élément complémentaire de protection, qui ne remplace pas l'examen clinique, les dépistages ni les autres outils de prévention.

D. Floret: L'adhésion au frottis est limitée, et des cancers peuvent apparaître entre deux frottis ou bien en dehors des âges où on les pratique.

...

La vaccination, entre mythes et réalité

Avec la participation de...



P^r Daniel Floret est pédiatre et ancien chef de service de réanimation pédiatrique de l'hôpital Édouard-Herriot (Lyon).

D^r Patrick Romestaing est président de la section Santé publique et démographe du conseil national de l'Ordre des médecins depuis 2009.

D^r Pierre Verger est médecin épidémiologiste à l'Observatoire régional de santé (ORS) Paca.

...

Quel regard les médecins portent-ils sur la vaccination ?

Pierre Verger: Dans l'étude que nous avons réalisée, 96 % des médecins interrogés déclarent être favorables à la vaccination dans leur pratique quotidienne. Ces chiffres témoignent de leur confiance dans la sécurité de cette pratique. La vaccination contre la grippe saisonnière fait l'objet d'une large adhésion, et sept médecins généralistes sur dix se sont fait vacciner ces trois dernières années. Une minorité de médecins (17 %) se déclare favorable à une obligation de vaccination contre la grippe saisonnière dans les groupes cibles. En 2009, concernant la vaccination contre la grippe pandémique A/H1N1, six médecins sur dix se sont fait vacciner et 71 % ont conseillé cette vaccination aux adultes jeunes à risque. Les médecins étaient plus enclins à recommander cette vaccination à leurs patients lorsqu'ils s'étaient eux-mêmes vaccinés.

Les professionnels de santé ont-ils un rôle à jouer pour redorer le blason de la vaccination ?

P. Romestaing: Tout à fait, un rôle essentiel, même.

Aujourd'hui, les patients veulent comprendre pourquoi ils se font vacciner ou font vacciner leurs enfants. Ils veulent connaître les risques d'effets secondaires. Ils font confiance aux médecins pour obtenir des réponses précises. Ceux-ci ont donc un rôle de prévention, doivent informer davantage leurs patients, vérifier régulièrement la couverture vaccinale bien au-delà des vaccins obligatoires, rappeler l'importance du carnet de vaccination pour les adolescents et les adultes.

D. Floret: Aujourd'hui, la vaccination doit être justifiée, expliquée et consentie. Le médecin n'a pas toujours le temps de bien s'informer. La vaccination ne représente en effet qu'environ 5 % de son travail. Afin de lui simplifier la tâche, le Comité technique des vaccinations, en partenariat avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, envisage d'éditer des versions simplifiées de ses recommandations annuelles, probablement disponibles à partir d'avril 2012.

P. Verger: Huit médecins sur dix discutent des bénéfices et des risques de la vaccination avec leurs patients. Plus de neuf médecins sur dix déclarent noter le statut vaccinal des patients dans leur dossier médical. Durant la pandémie de grippe A/H1N1, 68 % des médecins ont déclaré avoir été consultés pour donner leur avis sur la vaccination antigrippale.

Justement, la vaccination contre la grippe saisonnière est de plus en plus administrée par d'autres professionnels de santé. Cela ne risque-t-il pas d'empêcher les médecins de tenir ce discours de prévention vaccinale auprès de certains de leurs patients ?

D. Floret: À ce jour, les infirmières n'ont le droit d'injecter que des vaccins prescrits par les médecins, exception faite de celui contre la grippe. Mais face à la pénurie constatée de médecins, il n'est pas exclu qu'un jour elles jouent un rôle majeur dans les campagnes de vaccination.

P. Romestaing: Le risque est alors que les médecins ne voient plus les personnes bien portantes de plus de 60 ans, pour un suivi médical classique. Si les infirmières administrent d'autres vaccins que celui de la grippe saisonnière, il est alors souhaitable de les former aux enjeux de prévention de la vaccination, afin qu'elles soient des relais d'information auprès des patients. Quoi qu'il en soit, il est essentiel que le médecin traitant soit informé et qu'il demeure l'interlocuteur régulier du patient.

1. Étude réalisée sur un panel national de 1431 médecins généralistes de ville, doté de trois extensions régionales en Bourgogne, Pays de la Loire et PACA et mis en place en juin 2010.

CAHIER JURISPRATIQUE



n° 20 sommaire :

- **QUALIFICATIONS** Remplacements en stomatologie | 13
- **INFORMATION** Certificats médicaux : les pièges à éviter | 14
- **RÉGLEMENTATION** Les dispositions de la loi Fourcade | 16
Les dispositions de la loi sur la médecine du travail du 20 juillet 2011 | 19

Remplacements en stomatologie

..... Les remplacements entre des médecins
qualifiés en stomatologie et des médecins
qualifiés en chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
sont désormais possibles à titre dérogatoire,
s'ils sont limités à l'activité de stomatologie.

Conscient des difficultés que rencontrent les médecins qualifiés en stomatologie et en chirurgie maxillo-faciale et stomatologie pour se faire remplacer, le bureau du conseil national a accepté, à titre dérogatoire, les remplacements entre des médecins qualifiés en stomatologie et des médecins qualifiés en chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, s'ils sont limités à l'activité de stomatologie.

Voici un résumé des conditions dans lesquelles ces médecins peuvent se faire remplacer en fonction de leur qualification.

1/ Un médecin qualifié spécialiste en stomatologie peut se faire remplacer :

- soit par un confrère qualifié dans la même spécialité;
- soit par un étudiant en médecine titulaire d'une licence de remplacement en stomatologie;

- soit par un confrère qualifié en chirurgie maxillo-faciale et stomatologie.

2/ Un médecin qualifié spécialiste en chirurgie maxillo-faciale et stomatologie peut se faire remplacer :

- soit par un confrère qualifié dans la même spécialité;
- soit – uniquement pour son activité de stomatologie – par un confrère qualifié spécialiste en stomatologie;
- soit, lorsque les critères de remplacement auront été publiés, par un étudiant en médecine titulaire d'une licence de remplacement en chirurgie maxillo-faciale et stomatologie.

Certificats médicaux : les pièges à éviter

..... La rédaction de certificats médicaux comporte des pièges... qui peuvent mener un médecin devant les chambres disciplinaires! Aussi faut-il faire preuve de prudence, de circonspection et d'objectivité. Le médecin peut aussi opposer un refus à une demande de certificat qui lui semble douteuse. Revue de détail des pièges à éviter.

Membre de la Chambre disciplinaire nationale, le D^r Jean-Marie Faroudja, par ailleurs président du conseil départemental de la Dordogne, voit passer un certain nombre de praticiens traduits devant la Chambre, alors qu'ils pensaient avoir établi des certificats médicaux en toute bonne foi... Aussi a-t-il rédigé une fiche de 12 conseils et dressé la liste des certificats obligatoires, que nous reproduisons ci-après. Le D^r Faroudja a présenté ces documents aux Entretiens de Bichat, à Paris, le 30 septembre. À cette occasion, des questions ont été posées par des médecins présents dans la salle, questions auxquelles le D^r Faroudja a répondu (voir la partie « Questions/réponses » ci-contre).

+ D'INFOS :

www.conseil-national.medecin.fr/article/certificats-attention-aux-pieges-1116

12 CONSEILS POUR LA DÉLIVRANCE D'UN CERTIFICAT MÉDICAL

1. Sur papier à en-tête.
2. Qui le demande? Pourquoi? Pour qui? Est-il obligatoire?
3. Interrogatoire et examen clinique indispensables.
4. Uniquement les FMPC (faits médicaux personnellement constatés).
5. Les doléances du patient... que si elles sont utiles... avec infiniment de prudence, au conditionnel, et entre guillemets.
6. Aucun tiers ne doit être mis en cause.
7. Dater le certificat du jour de sa rédaction même si les faits sont antérieurs.
8. Se relire et apposer sa signature manuscrite, tampon éventuel.
9. Remettre le certificat en main propre. Jamais à un tiers sauf exceptions légales.
10. Garder un double dans le dossier du patient.
11. Savoir dire « non » aux demandes abusives ou illicites.
12. Si besoin, se renseigner auprès de son conseil départemental.



Commentaires de l'art.76 du code de déontologie médicale
www.conseil-national.medecin.fr

PRINCIPAUX CERTIFICATS OBLIGATOIRES PRÉVUS PAR LA LOI ET LES RÈGLEMENTS

- Naissance et certificats de santé de l'enfant
- Vaccinations
- Certificats destinés à obtenir des avantages sociaux (maternité, maladie...)
- Accident de travail
- Maladie professionnelle
- Demandes de pensions militaires et d'invalidité
- Protection juridique
- Certificats pour soins psychiatriques
- Coups et blessures, sévices
- Réquisition sauf récusation
- Décès
- Les certificats non obligatoires : (à l'appréciation du médecin)
- Certificats susceptibles de donner droit, autres que ceux obligatoires
- Non-contre-indication à la pratique d'un sport

Ce qui n'est pas un certificat :

- une attestation remise en main propre pour faire valoir un droit
- un signalement directement adressé au procureur

Les certificats qu'il faut refuser :

- Manifestement abusifs (simple absence scolaire...)
- Réclamés par un tiers, sauf exception légale
- Illicites (complaisance, faux certificats...)

Questions/réponses

Une patiente me dit qu'elle est victime de harcèlement au travail. Dois-je l'indiquer dans le certificat médical ?

Non. Le médecin n'est pas témoin, il ne fait pas partie de l'entreprise. Il doit se borner à décrire un état constaté en consultation comme, par exemple, un syndrome anxio-dépressif, ou faire état d'insomnies alléguées par le patient. Mais il ne peut pas écrire que le patient subit un harcèlement professionnel. La règle absolue est de décrire « les faits médicaux personnellement constatés » (on peut retenir le sigle « FMPC » comme procédé mnémotechnique).

De même, si une patiente est victime de viol conjugal, il ne faut pas le mentionner ?

Non! Dans ce cas, le médecin doit être très prudent. Il peut constater et décrire des lésions sur la zone génitale, mais ne pas parler de viol, encore moins désigner un coupable ! Aucun tiers ne doit être mis en cause. Il faut même éviter de parler de « lésions compatibles avec des violences sexuelles » : c'est là un discours d'expert. Le principal danger, dans la rédaction des certificats médicaux, est de tomber dans l'interprétation. Il convient de décrire une plaie mais sans reprendre à son compte les circonstances de l'accident relatées par le patient. Le médecin peut citer celui-ci, entre guillemets et avec précaution : « le patient m'a déclaré avoir été victime d'une agression... », sans entrer dans le détail de faits qui sont peut-être inexacts...

Des ayants droit d'un patient décédé me demandent des informations médicales concernant ce dernier, en vue de bénéficier d'une assurance-vie. Puis-je leur répondre sans violer le secret médical ?

Tout à fait, puisque l'article 1110-4 du code de la santé publique accorde une dérogation au secret médical dans cette situation-là, à condition que la demande des ayants droit se limite à trois motifs : connaître les causes du décès ; rétablir la mémoire du défunt ; bénéficier d'un avantage auquel ils ont droit, comme une assurance-vie. Le médecin peut donc délivrer une pièce du dossier médical susceptible de répondre à la question (lettre de sortie de l'hôpital, courrier du spécialiste...), ou un certificat sur les causes du décès - circonstances qui vont permettre le déblocage de l'assurance-vie -, sans encourir une plainte pour violation

du secret médical. C'est un des rares cas où un certificat (ou une attestation) peut être remis à un tiers. Encore faut-il que le tiers apporte la preuve de sa qualité d'ayant droit.

Quelles sont les demandes douteuses les plus fréquentes ?

Elles ont trait à des situations familiales particulières : un divorce, des problèmes de garde d'enfant ou d'héritage. Méfiez-vous de la patiente en procédure de divorce qui vient demander un certificat attestant que son mari a été soigné pour alcoolisme. De toute façon, vous n'avez pas à remettre de certificat à un tiers, sauf en cas d'obligation légale (pour une personne sous tutelle, un mineur), et vous ne devez pas violer le secret médical... Autre cas : une mère qui réclame un document attestant que son enfant a des poux lorsqu'il revient de chez son père. Vous pouvez écrire : « L'enfant présente une pédiculose », mais gardez-vous bien de préciser la circonstance « Lorsqu'il revient de chez son père »... Dans les affaires de divorce, les avocats n'hésitent pas à pousser leurs clients à réclamer des certificats abusifs... La prudence est de mise.

Comment réagir face à de telles demandes ?

Ciblez votre interrogatoire sur le motif justifiant la requête du patient. Vous n'êtes pas obligé d'accéder sur-le-champ à cette demande ; vous pouvez solliciter un temps de réflexion et prendre un avis auprès du conseil départemental de l'Ordre. Enfin, il faut évidemment savoir dire non en cas de demande de certificat de complaisance.

Des établissements scolaires me demandent régulièrement des certificats d'aptitude d'un enfant à la vie en collectivité... Que faut-il répondre ?

En dehors des maladies contagieuses et des vaccinations, le médecin traitant n'a pas à établir de certificat pour un établissement scolaire. Deux circulaires de l'Éducation nationale relatives aux sorties scolaires en date du 21 septembre 1999 et du 20 août 1976 ne mentionnent d'aucune manière la nécessité d'un certificat médical pour la participation à des sorties et voyages scolaires. L'Éducation nationale n'a pas à exiger un certificat qui n'a pas lieu d'être ; cela a été rappelé aux chefs d'établissement dans le *Bulletin officiel de l'Éducation nationale* du 19 novembre 2009, à la demande du Cnom.

Les dispositions de la loi Fourcade

..... La loi du 10 août 2011 (dite loi Fourcade) modifie certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 dite HPST. **Le conseil national de l'Ordre des médecins a obtenu gain de cause sur deux points : l'abrogation du dispositif de déclaration des absences des médecins et du dispositif du contrat santé solidarité (dans son aspect coercitif). Rappel de ses principales dispositions par la section Exercice professionnel du conseil national de l'Ordre des médecins.**

Article 1 – Les sociétés interprofessionnelles ambulatoires (SISA)

La loi a prévu la création de sociétés interprofessionnelles ambulatoires (Sisa) constituées entre personnes physiques exerçant une profession médicale, d'auxiliaire médical ou de pharmacien. Ces sociétés présentent l'originalité d'être à la fois des structures d'exercice (avec des activités communes à ses membres et des rémunérations versées à la société) et des sociétés de moyens. Elles ne sont pas inscrites à l'Ordre, comme le Cnom le souhaitait, même si leurs statuts doivent être communiqués au conseil départemental. L'entrée en vigueur de cette disposition est soumise à la parution de deux décrets :

- l'un pour déterminer les activités que pourront exercer en commun les associés ;
- l'autre pour déterminer les mentions qui devront figurer dans les statuts.

Article 2-I – Les maisons de santé

Il ne faut pas confondre les Sisa avec les maisons de santé qui font également l'objet de dispositions dans la loi Fourcade. Les maisons de santé

peuvent fonctionner sous des statuts différents : association loi 1901, société civile de moyens (SCM). Ses membres pourront choisir le statut de Sisa s'ils veulent expérimenter de nouveaux modes de rémunération.

À noter :

- les pharmaciens peuvent désormais être associés aux maisons de santé ;
- le projet de santé élaboré par les maisons de santé doit être, non plus conforme, mais compatible avec les orientations du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS). Les parlementaires ont souhaité donner un peu de souplesse aux initiatives des professionnels de santé ...

Article 2-II – Secret professionnel

L'article L. 1110-4 du code de la santé a été complété ainsi :

« Les informations concernant une personne prise en charge par un professionnel de santé au sein d'une maison ou d'un centre de santé sont réputées confiées par la personne aux autres professionnels de santé de la structure qui la prennent en charge, sous réserve :

1° Du recueil de son consentement exprès, par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée. Ce

consentement est valable tant qu'il n'a pas été retiré selon les mêmes formes ;

2° De l'adhésion des professionnels concernés au projet de santé mentionné aux articles L. 6323-1 et L. 6323-3. La personne, dûment informée, peut refuser à tout moment que soient communiquées des informations la concernant à un ou plusieurs professionnels de santé. »

Cette modification aboutit à soumettre les droits du patient au respect du secret professionnel à trois régimes différents :

1. patient consultant en cabinet de ville ou de groupe : secret partagé, sauf opposition du patient dûment averti (al. 3, 1^{re} phrase) ;
2. patient pris en charge par un établissement de santé public ou privé : consentement présumé, sans droit d'opposition (al. 3, 2^e phrase)
3. patient pris en charge dans une maison ou centre de santé : consentement exprès à la mise en commun des informations entre tous les professionnels, mais droit d'opposition ponctuel à la communication de certaines d'entre elles à l'un ou l'autre de ces professionnels. Le Conseil national a fait valoir auprès des parlementaires son opposition à cet ajout. Il estime



VEILLE JURIDIQUE

JO du 30/09/2011

Arrêté du 28 septembre 2011 portant approbation des modifications apportées aux statuts du régime ASV, du régime invalidité-décès et du régime des prestations supplémentaires de vieillesse de la section professionnelle des médecins (CARMF).

JO du 22/10/2011

Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention médicale des généralistes et spécialistes (rectificatif).

Décision n° 2011-185 QPC du 21 octobre 2011 (Conseil constitutionnel à propos de la loi sur la psychiatrie).

JO du 20/10/2011

Arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires.

Arrêté du 12 octobre 2011 modifiant l'arrêté du 27 juin 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les sages-femmes sont autorisées à prescrire (Dispositifs intra-utérins).

JO du 19/10/2011

Décret n° 2011-1314 du 17 octobre 2011 relatif à la prise en charge des frais de santé par l'aide médicale de l'État ainsi qu'au droit au service des prestations.

JO du 15/10/2011

Arrêté du 4 octobre 2011 modifiant diverses dispositions relatives aux praticiens agréés maîtres de stage des universités durant les études de médecine.

qu'il n'y a aucune justification, médicale ou juridique, à ce que les droits des patients au respect du secret professionnel fassent l'objet de régimes différents, selon le cadre d'exercice du professionnel de santé. Il n'a malheureusement pas été entendu.

Article 4-1 – Liberté d'installation

Pour rassurer les professionnels de santé libéraux, la loi prévoit expressément que le SROS et ses orientations en matière de démographie médicale ne leur sont pas opposables et qu'ils conservent la liberté d'installation.

Article 5 – Assistantat post-internat

La loi insère dans le code de la santé publique un nouvel article L. 4111-1-1 ainsi rédigé : « Dans le cadre de leur formation et par dérogation au 1° de l'article L. 4111-1, peuvent exercer la profession de médecin les personnes inscrites en troisième cycle des études de médecine en France et remplissant des conditions déterminées par décret en Conseil d'État et portant sur la durée, les conditions et les lieux d'exercice ainsi que sur les enseignements théoriques et pratiques devant être validés. » Cette disposition s'inscrit dans un projet de réforme du troisième cycle des études médicales. Il est notamment question d'intégrer une période de stage « senior » ou « assistant post-internat » d'un an avant la fin du troisième

cycle (aboutissant à la validation du DES dont la durée sera prolongée en conséquence) permettant à l'interne d'exercer de façon autonome la spécialité avant d'être qualifié. Pendant cette période, l'interne sera inscrit au tableau de l'Ordre. Le Conseil national a considéré prématurée l'adoption de cette mesure, alors que ni les modalités de stage, ni les responsabilités inhérentes à cette activité ne sont clairement définies. On évoque en effet une « autonomie professionnelle contrôlée » ou « une activité dans le cadre d'une équipe médicale agréée pour encadrer la fin de la formation et de mise en responsabilité ». Un décret en Conseil d'État doit fixer les conditions d'application de ce texte. Le Conseil national sera particulièrement attentif aux dispositions prévues.

Article 6 – Remplacement d'un médecin salarié

Le Conseil national avait demandé une modification du code de la santé publique afin de permettre le remplacement d'un médecin salarié, temporairement absent, par un étudiant en médecine, remplissant les conditions de formation exigées dans la discipline. Le rapporteur au Sénat a considéré que l'ajout proposé par le Conseil national était inutile, le remplacement d'un médecin salarié étant, à la lecture de l'article L. 4131-2, déjà possible. Cette analyse est contestable sur le plan juridique

» suite page 18

» suite de la page 17

et l'ajout après le 4^e alinéa de l'article L.4131-2 d'un nouvel alinéa¹, ne saurait rendre ce remplacement licite que pour les médecins salariés des établissements de santé. Il convient d'en avertir les autres médecins salariés qui pourraient se méprendre sur la portée de cet alinéa. Le Conseil national va entreprendre de nouvelles démarches auprès du ministère de la Santé.

Article 7-II – Présomption d'absence de contrat de travail pour les médecins libéraux en EHPAD

Les médecins signant le contrat-type d'intervention en EHPAD sont présumés ne pas être liés par un contrat de travail. Le Conseil national de l'Ordre des médecins, à l'occasion des débats parlementaires, avait fait observer que cette mesure était prise au seul bénéfice des gestionnaires d'établissements qui craignaient la requalification des contrats et le paiement des charges sociales. Elle n'est d'aucune utilité à l'égard des médecins ; bien au contraire, ils pourront avoir les inconvénients d'un salariat déguisé sans avoir les avantages sociaux du salariat.

Article 7-III – Extension de la prise en charge partielle des cotisations sociales par l'Assurance maladie.

Cette disposition permet à l'Assurance maladie de participer à la prise en charge des cotisations sociales des professionnels libéraux pour leurs revenus non salariés perçus indépendamment du cadre conventionnel, dès lors

que ces revenus respectent l'encadrement tarifaire, prévu par la convention, et sont liés à des activités de soins. Cette disposition, réclamée depuis longtemps par les médecins libéraux intervenant en EHPAD et rémunérés par l'établissement via le forfait global, bénéficiera également à tous les praticiens libéraux, exerçant à titre libéral dans des établissements publics de santé, où ils sont rémunérés à l'acte par l'établissement.

Article 22 – Information par les établissements de santé sur les tarifs et honoraires des praticiens libéraux

Les établissements de santé pourront, à l'instar de l'Assurance maladie (ameli.fr), donner sur leur site Internet des informations sur les tarifs et honoraires des professionnels de santé.

Article 29 – Hébergement des dossiers hospitaliers

L'article L. 1111-8 impose de recueillir le consentement exprès des personnes concernées avant de procéder au transfert des données de santé à caractère personnel, quel qu'en soit le support, chez un hébergeur agréé. L'article 29 de la loi du 10 août 2011 apporte une dérogation et admet que le consentement de la personne concernée sera réputé accordé pour ce qui concerne le transfert à un hébergeur des données archivées, à la date du 10 août 2011, par un établissement de santé public ou privé.

Article 30 – Expérimentation du DMP sur clé USB

L'article L.1111-20 prévoit le lancement jusqu'au 31 décembre 2013 d'une expérimentation consistant à « implanter un dossier médical sur un dispositif portable d'hébergement de données informatiques ». Sera concerné un échantillon de personnes bénéficiaires du dispositif de l'ALD (affection longue durée). L'Agence des systèmes d'information partagés de santé (Asip Santé) fixera la liste des régions concernées par cette expérimentation. Un décret précisera notamment les garanties de sécurisation et de confidentialité des données.

Article 33 – Création de plateaux d'imagerie médicale

L'objectif est de mutualiser les ressources, en particulier, entre radiologues du secteur public et du secteur privé, pour créer des plateaux impliquant des professionnels de santé libéraux et des établissements de santé. L'autorisation de plateaux mutualisés se substituera aux autorisations données à chacun des équipements, et les conditions de rémunération des praticiens exerçant dans le cadre de ces plates-formes pourront déroger aux règles statutaires (pour les praticiens hospitaliers) et conventionnelles (pour les médecins libéraux). Il faut attendre la parution de décrets pour en savoir plus.

1. « Lors du remplacement d'un médecin salarié, le directeur de l'établissement de santé respecte les obligations liées à la formation universitaire ainsi qu'à la formation pratique et théorique du remplaçant. »

Les dispositions de la loi sur la médecine du travail du 20 juillet 2011

..... Les dispositions de la loi 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail parue au *Journal officiel* du 24 juillet 2011 induisent de profonds changements sur le rôle du médecin du travail et sur ses attributions. Précisions avec la section Exercice professionnel du conseil national de l'Ordre des médecins.

1/ Une nouvelle mission pour les services de santé au travail

Contrairement à ce que prévoyait précédemment le code du travail, il n'est plus mentionné que les médecins du travail ont « *pour mission d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail* ». Cette mission est désormais dévolue aux services de santé au travail interentreprises, qui l'exerceront **notamment** par l'intermédiaire des médecins du travail.

Le conseil national de l'Ordre des médecins et l'ensemble des organisations représentatives des médecins du travail ont vu dans cette disposition un recul pour l'indépendance des médecins du travail, qui pourront désormais se voir dicter leurs missions par les directions des services de santé au travail, émanation des employeurs. Pour atténuer cette situation, la loi rappelle, à plusieurs reprises, la nécessaire indépendance professionnelle des médecins du travail.

2/ Un nouveau rôle pour le médecin du travail

La loi attribue un nouveau rôle au médecin du travail : conseiller les employeurs, les travailleurs et les représentants sur les mesures à prendre afin de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu du travail, prévenir ou réduire la pénibilité.

3/ Une équipe pluridisciplinaire animée par le médecin du travail

La loi renforce aussi la pluridisciplinarité dans les services de santé au travail qui comprendront des médecins du travail, des intervenants de prévention des risques professionnels, des infirmiers, des assistants de santé au travail. Il est clairement indiqué, à la demande du conseil national de l'Ordre des médecins, que les médecins du travail animent et coordonnent l'équipe pluridisciplinaire. Cette mention permettra d'éviter que des interventions

en santé au travail soient effectuées, sans même que les médecins du travail en soient tenus informés, comme cela a pu être le cas. Des décrets doivent préciser les modalités d'action des personnels concourant aux services de santé au travail. Ils sont très attendus dans la mesure où les médecins du travail doivent aujourd'hui pouvoir s'appuyer sur les infirmiers du travail et les assistants en santé du travail pour faire face à la pénurie médicale.

Pour mémoire, le CNOM a publié récemment un rapport sur les nouvelles coopérations en santé au travail (juin 2011).

4/ Un poids plus important aux avis du médecin du travail

La réforme donne un poids plus important aux avis du médecin du travail en cas de risques pour la santé des travailleurs. En effet, l'employeur est tenu de prendre en considération les propositions qu'il formule et, en cas de refus, doit faire connaître par écrit les motifs qui s'y opposent. Il est également prévu que lorsque le médecin du travail est saisi par l'employeur d'une question relevant de ses missions, il fait connaître ses préconisations par écrit. Celles-ci doivent être mises à la disposition du

» suite page 18

» suite de la page 19

CHSCT (comité d'hygiène et de sécurité des conditions de travail). La réforme contient également des dispositions protectrices en cas de rupture du contrat de travail à durée déterminée ou encore de rupture conventionnelle. Elle renforce le rôle de la commission médico-technique. Cette commission élabore un projet de service qui définit les priorités d'action du service soumis à l'approbation du conseil d'administration.

5/ Des professions mieux couvertes

Pour certaines professions salariées aujourd'hui non couvertes ou mal couvertes par la médecine du travail

(artistes, intermittents du spectacle, mannequins, salariés du particulier, employeur, VRP), la loi prévoit la possibilité, sous réserve d'un accord de branche ou à défaut, d'un décret, qu'elles puissent bénéficier d'un suivi médical assuré par des médecins non spécialistes en médecine du travail.

Ces praticiens signeront un protocole avec un service de santé au travail interentreprises qui prévoira des garanties en termes de formation et d'exercice au sein du service. Ce protocole doit prévoir l'incompatibilité entre la fonction de médecin du travailleur ou de l'employeur et le suivi médical du travailleur. En cas de difficultés ou de désaccord sur les avis délivrés par ce praticien, l'employeur ou

LE DOSSIER MÉDICAL EN SANTÉ AU TRAVAIL

La loi sur la réforme des retraites de 2010 a introduit une disposition importante en matière de médecine du travail en reconnaissant officiellement l'existence d'un dossier médical en santé au travail. Il est constitué des informations relatives à l'état de santé du travailleur, des expositions auxquelles il a été soumis ainsi que des avis et propositions du médecin du travail. Ce dossier, en vertu de la loi, doit être complété par des fiches de risques professionnels que les employeurs sont tenus de remplir pour les salariés soumis à des contraintes physiques marquées, à un environnement physique agressif ou à certains rythmes de travail susceptibles de laisser des traces durables, identifiables et irréversibles sur leur santé. La loi rappelle le respect du secret médical au regard du dossier médical. Elle dispose que ce dossier peut être communiqué à un autre médecin du travail dans la continuité de prise en charge, sauf refus du travailleur. Elle ajoute également que le salarié, comme pour tout dossier médical, peut demander sa communication.

le travailleur pourra solliciter un examen médical auprès du médecin du travail.

Le conseil national de l'Ordre des médecins doit obligatoirement être consulté sur l'accord de branche ou le décret qui mettront en œuvre ces dispositions.

6/ Le recrutement à titre temporaire d'un interne de la spécialité est autorisé

La loi ouvre la possibilité au service de santé au travail de recruter à titre temporaire, après délivrance d'une licence de remplacement et autorisation du conseil départemental de l'Ordre compétent, un interne de la spécialité qui exercera sous l'autorité d'un médecin du travail du service de santé au travail. Un décret devra fixer les conditions dans lesquelles ces recrutements seront possibles.

Le Royaume-Uni s'engage dans l'évaluation de ses médecins

D'ici un an, un système d'évaluation des médecins, baptisé *revalidation*, va être mis en place au Royaume-Uni. L'autorisation d'exercer sera renouvelée tous les cinq ans. C'est le General Medical Council, homologue britannique du conseil national de l'Ordre des médecins, qui pilote ce dispositif.

« **D**epuis vingt ans, nous constatons une demande accrue d'évaluation des compétences des médecins », explique le professeur Peter Rubin, président du General Medical Council (GMC), invité à la dernière session du conseil national de l'Ordre des médecins. En cause: un drame survenu dans les années 1980, qui a entaché la crédibilité des médecins et du système de santé britanniques. Dans une clinique de Bristol, plusieurs chirurgiens opéraient des enfants sans disposer des compétences requises, au vu et au su de tous. Il a fallu la mort d'un enfant sur la table d'opération, en 1988, pour que l'omerta soit brisée. « *Cet événement a résonné comme un tremblement de terre dans le monde de la médecine*, explique Peter Rubin. *Une évaluation des pratiques s'est révélée indispensable. Le GMC a décidé de revoir son fonctionnement.* »

Depuis 2002, les médecins hospitaliers sont évalués. Mais, pour garantir la sécurité des patients, le GMC veut aller plus loin. Aujourd'hui, la *revalidation* des médecins est l'un de ses chantiers les plus importants. C'est en 2006 que ce projet a démarré, avec l'édition d'un manuel de *Good Medical Practice*. L'ouvrage liste les 79 principes du bon exercice de la médecine que tout praticien inscrit au tableau

doit mettre en œuvre. Fin 2009, la législation britannique a été modifiée: pour exercer, un médecin doit non seulement être inscrit au tableau mais aussi détenir une « autorisation d'exercer » (*licensing*). Tout patient peut vérifier en ligne, sur le site du GMC, si le praticien détient cette licence.

Une inspection annuelle dans l'établissement d'exercice

Cette nouvelle mesure préfigure le processus de *revalidation*, qui devrait démarrer en mars 2012. Le principe: tous les ans, chaque médecin sera soumis à une évaluation au sein de son établissement. Ce sera à lui de fournir les éléments montrant qu'il exerce son métier conformément aux principes du *Good Medical Practice*, mais aussi dans le respect des recommanda-



Chaque année, tous les médecins britanniques seront soumis à une évaluation au sein de leur établissement.

tions édictées pour sa spécialité par les sociétés savantes. Les avis de collègues et de patients compléteront le dossier. Par ailleurs, la participation à des modules de développement professionnel continu sera prise en compte. Tous les cinq ans, en moyenne, ces évaluations annuelles seront rassemblées et étudiées par un *responsible officer*. Créée en 2008, cette fonction est assumée par un médecin « senior », par exemple un chef de service de l'établissement concerné. Ce sera lui qui donnera son accord, in fine, pour la *revalidation*, laquelle renouvellera l'autorisation d'exercer du praticien pour cinq ans.

LE GENERAL MEDICAL COUNCIL EN CHIFFRES

- 24 membres, dont 50 % de médecins et 50 % de non-médecins. Autrefois élus, les membres sont tous, depuis 2009, nommés après entretien.
- 239 300 médecins inscrits au tableau.
- La cotisation annuelle versée par chaque médecin est de 430 livres sterling.
- Quatre missions essentielles: l'inscription au tableau; la formation des médecins (le GMC détermine le contenu des études de médecine, en lien avec les sociétés savantes); l'édition de normes de bonnes pratiques professionnelles; la vérification de l'aptitude à exercer.



Conflits d'intérêts : comment restaurer la confiance ?

Après le scandale du Mediator, de nouvelles règles doivent être érigées pour mettre fin aux conflits d'intérêts entre les médecins et l'industrie pharmaceutique. Quel dispositif mettre en place pour assurer la transparence des relations entre médecins et laboratoires? Jusqu'où faut-il aller dans cette volonté de transparence? Tout lien est-il automatiquement suspect? Ces problématiques étaient au cœur du dernier débat organisé par le conseil national de l'Ordre des médecins, le 4 octobre dernier, à Paris.



Le Mediator n'en finit pas de faire des vagues. Par son ampleur, ce scandale a sonné comme un tremblement de terre dans le système de santé français, dont on ne cesse de ressentir les répliques. Mise en cause par les différents rapports qui se sont succédés¹, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afsaps) a déjà décidé de modifier ses pratiques et deviendra bientôt l'Agence nationale de

sécurité du médicament (ANSM). « *Les premières commissions d'autorisation de mise sur le marché (AMM), publiques, et retransmises en vidéo, viennent de démarrer* », indique le P^r Dominique Marinchi, directeur général de l'Afsaps. En parallèle, l'Afsaps vient de mettre sous surveillance une liste de 77 médicaments. De son côté, le Leem (Les Entreprises du médicament), qui fédère les industriels de la pharmacie, a exclu le laboratoire Servier de son instance, et vient de se doter d'un

comité de « déontovigilance ». Récemment, la Haute Autorité de santé a retiré des recommandations qu'elles avaient éditées, au motif que les déclarations d'intérêts des experts ayant participé aux travaux concernés étaient incomplètes ou prêtaient à confusion.

Conflits d'intérêts : le mot est lâché. La collusion entre les intérêts des professionnels de santé et ceux de laboratoires pharmaceutiques a déjà été à l'origine de crises majeures avant celle du



Jean-Pierre Door

P. Nicolas Danchin



Rendre publics les liens d'intérêts entre médecins et industriels, donner un caractère impératif à l'avis donné par l'Ordre sur un projet de convention et solliciter une contribution financière des industries pharmaceutiques... telles sont les trois propositions formulées par l'Ordre au cours du débat du 4 octobre.

© PH. GARO/PHANIE

POINT DE VUE de l'Ordre

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

“ Il faut aller vers un **Sunshine Act** à la française ”



© PH. GARO/PHANIE

Garant de la relation médecin-patients et de l'indépendance professionnelle des praticiens, l'Ordre des médecins gère depuis plus de 15 ans les contrats et conventions liant les médecins à l'industrie pharmaceutique ou biomédicale. En collaboration avec l'ensemble des acteurs de santé, il lui revient un rôle essentiel d'expertise dans la gestion des conflits d'intérêts, dans le respect des règles de transparence. Rappelons que le Cnom est une instance indépendante, financée par

les cotisations des médecins. Tout un service, au Cnom, est chargé de la relation entre médecins et industrie. De nombreuses conventions sont reçues par ce service. La plupart concernent des faits d'hospitalité (rencontres, invitations à des colloques). Nous recevons parfois des conventions de médecins invités à des congrès au contenu douteux, et qui très souvent ont lieu à l'étranger... Aussi, il arrive que le Cnom émette un avis négatif. Malheureusement, cet avis n'est pas impératif. Il faudrait renforcer les moyens de ce service et revoir la législation pour que ces avis aient une valeur opposable. Tous les experts réunis par le Cnom lors de ce débat sont d'accord pour dire qu'il faut un formulaire identique de déclaration d'intérêts, qui soit géré par un guichet unique. Pourquoi créer une nouvelle structure, investir des fonds, alors que nous avons ici un service qui s'occupe de cela depuis des années, mais qui reste méconnu ?

Mediator : affaires du sang contaminé, de l'hormone de croissance, polémique autour de la vaccination contre la grippe H1N1... Aujourd'hui, la confiance des patients envers le système de santé français est sérieusement écornée. Signe des temps, les participants au débat organisé par le Cnom ont tous commencé par lister leurs éventuels conflits d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique ou biomédicale...

1993 : une loi « anticadeaux »

La France n'est pas en avance en matière de gestion des conflits d'intérêts : plusieurs intervenants l'ont souligné. « *Il est nécessaire de mettre la France, où les comportements ont peut-être été moins rigoureux que chez ses voisins, au même niveau que les autres pays européens*, estime Christian Lajoux, président du Leem. *Le Leem réclame une loi allant dans ce sens depuis la polémique autour du vaccin contre la grippe H1N1.* »



© PH. GARO/PHANIE

« Si nous voulons avoir des experts qualifiés, il faut qu'ils se trouvent sur le terrain; ils ne doivent pas abandonner leurs recherches. »

Jean-Pierre Door, député du Loiret, secrétaire de la commission des affaires sociales, rapporteur de la mission de l'Assemblée nationale sur le Mediator et la pharmacovigilance.

Pour autant, la France ne part pas de zéro. La loi Evin de 1993, dite « loi anticadeaux », a déjà posé les premiers jalons. Tout laboratoire conviant un praticien à une manifestation, une séance de formation, un congrès, etc. doit en informer l'Ordre des médecins, qui prononce des avis favorables ou défavorables (lire la partie « Initiative » ci-dessous). Malheureusement, les avis de l'Ordre sont uniquement consultatifs. La législation actuelle est donc insuffisante : « *Il faut renforcer la loi anticadeaux* », admet le député Jean-Pierre Door, qui est secrétaire de la Commission des affaires sociales à l'Assemblée et fut rapporteur de la mission parlementaire sur le Mediator et la pharmacovigilance.

Des experts totalement indépendants ?

Pour autant, il ne s'agit pas de jeter le doute sur l'ensemble de l'industrie du médicament. L'innovation et la recherche de nouveaux traitements ne peuvent être menées

Initiative

Conflits d'intérêts : l'Ordre réclame de réels moyens d'action

En 1993, la loi Evin a chargé l'Ordre des médecins d'analyser les contrats signés par les médecins avec les industriels du médicament et du matériel sur le plan déontologique. Objectif : lutter contre les conflits d'intérêts. L'article L 4113-6 du code de la santé publique stipule que les médecins ne peuvent toucher aucune somme provenant d'une industrie fabriquant au moins un médicament remboursé, à l'exception des prestations

dans le cadre d'études et de recherches et d'actes d'hospitalité (invitations à des congrès, à des visites sur sites, enseignements post-universitaires...). Dans ces cas-là, l'industriel doit, avant l'événement en question, transmettre un dossier exhaustif au service « relations médecins-industrie » (« RMI ») du Cnom. Né en 1993, le service « RMI » reçoit chaque année pas moins de 40000 conventions qui lui sont adressées par des

laboratoires. Seuls 2000 dossiers concernent des études ; tous les autres sont relatifs à des actes d'hospitalité. De leur côté, les conseils départementaux réceptionnent eux aussi 40000 dossiers pour des événements ayant un rayonnement départemental. Par ailleurs, l'article L. 4113-9 prévoit que les médecins communiquent à l'Ordre tous les contrats concernant leur exercice professionnel, y compris les « contrats d'experts » avec

“ L’industrie du médicament n’est pas la seule concernée par les conflits d’intérêts ”



© PH. GARD/PHANIE

Yves Bur, député du Bas-Rhin, président-rapporteur de la mission d’information sur les agences sanitaires

témoignage

N’oublions pas que le débat dépasse la sphère de l’industrie pharmaceutique : on trouve aussi des conflits d’intérêts dans l’industrie alimentaire, le secteur du nucléaire, etc.

En ce qui nous concerne, l’absence d’équipement des médecins en logiciels pose problème. Il faudrait que tous aient accès à des alertes sanitaires en temps réel, centralisées sur un portail. J’ai proposé que cela soit piloté par la HAS. Par ailleurs, arrêtons de fantasmer sur une grande structure à créer qui réglerait tous les problèmes. Il vaut mieux partir de l’existant. Pourquoi ne pas mettre une ligne, sur le site ameli.fr, qui indique, avec les coordonnées et les honoraires de chaque médecin,

les conventions passées avec l’industrie ? La transparence doit aussi s’imposer aux associations de patients et de consommateurs, qui occupent une place grandissante dans le système de santé. Il va falloir leur donner les moyens de se former, car le bénévolat a ses limites.

l’industrie pharmaceutique : « *Ce sont les plus sensibles du point de vue des conflits d’intérêts, et pourtant, du fait des dispositions de la loi, ils échappent à une demande d’avis auprès du conseil national de l’Ordre* », indique le D^r François Rousselot, conseiller national et président du service RMI.

Des avis consultatifs

Le service étudie chaque dossier et émet un avis favorable ou défavorable. Problème : cet avis est consultatif, il ne s’impose pas. Dans l’état actuel de la législation, l’industriel peut passer outre à un avis

défavorable et l’Ordre n’a pas les moyens de le savoir. Seule la DGCCRF (Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes) détient un pouvoir de sanction auprès des industriels, si elle est informée d’une pratique déviante. Certes, les contrevenants sont peut-être rares. « *En moyenne, ce sont moins de 5 % des conventions qui donnent lieu à des avis défavorables pour des raisons de fond* », précise le D^r François Rousselot. Il n’empêche, pour limiter les conflits d’intérêts, des moyens coercitifs doivent être mis en œuvre. Aujourd’hui,

l’Ordre se sent d’autant plus légitime à poursuivre cette mission qu’il a mis au point, après trois ans de travaux, un outil informatique centralisant tous les dossiers, qu’ils soient déposés au Cnom ou dans les conseils départementaux. Mais il lui faut des moyens d’action dissuasive. « *Nous avons mené un travail de lobbying auprès des parlementaires pour que des amendements soient intégrés au projet de loi sur la sécurité du médicament*, explique le D^r François Rousselot. *Nous souhaitons que nos avis aient une valeur impérative et voulions avoir les moyens de vérifier ce qui est fait.* »

sans les laboratoires. « Il me paraît important, pour un chercheur et un universitaire spécialiste des maladies cardio-vasculaires comme moi, de travailler avec les firmes fabriquant les médicaments, affirme le Pr Nicolas Danchin, chef du service cardiologie à l'Hôpital européen Georges-Pompidou. Si la mortalité cardio-vasculaire a chuté de 56 % en France entre 1980 et 2004, c'est en grande partie grâce aux médicaments. » C'est aussi l'avis de Jean-Pierre Door : « Si nous voulons avoir des experts qualifiés, il faut qu'ils se trouvent sur le terrain ; ils ne doivent pas abandonner leurs recherches. »

Transparence dès le premier euro

Pour une vraie transparence, toute relation entre des praticiens et des industriels doit être déclarée, dès qu'un simple euro est en jeu : tous les participants en ont convenu. L'idée serait de créer un guichet unique accessible à tous – y compris au grand public –, affichant le montant des rémunérations et des avantages consentis par les industriels aux professionnels de santé, ainsi que l'identité de tous les bénéficiaires.

Il ne faut cependant pas que le système se transforme en « usine à gaz » pour des médecins déjà très accaparés par les tâches administratives. Le Pr Nicolas Danchin témoigne : « La semaine dernière, j'ai passé une demi-heure à remplir un document sur mes liens d'intérêts dans le cadre de la publication d'un article... Je suis partisan de la publicité totale, à condition de simplifier les procédures via un outil unique à la disposition de tous : grand public, autorités politiques et juridiques. »

Quel formulaire utiliser ? « Pour la déclaration commune, les Assises du médicament se sont servies du formulaire de la Haute Autorité de santé (HAS), rappelle le Pr Jean-Luc Harousseau, qui préside la



© PH. GARCOPHANE

Les premières commissions d'autorisation de mise sur le marché, publiques et retransmises, viennent de démarrer.

Pr Dominique Maraninchi, directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

HAS. Celui-ci peut servir de base et être amélioré dans des délais raisonnables. »

Publicité impérative

Reste à trouver l'instance qui publiera les déclarations d'intérêts. Jean-Pierre Door propose de créer un organe indépendant, à l'instar de la commission électorale, rattachée au Conseil d'État, qui examine un à un tous les comptes de campagne. Mais le projet de loi sur la sécurité du médicament ne pré-

voit pas la création d'une nouvelle instance. Le Cnom, qui recense déjà toutes les conventions entre médecins et industrie, revendique d'afficher sur son site la publicité des liens d'intérêts. Il suggère aussi de recevoir une contribution financière de l'industrie pharmaceutique pour mettre au point un dispositif efficient, afin que la gestion ne pèse pas uniquement sur les cotisations des médecins à l'instance ordinaire. Quoi qu'il en soit, « il est très important que ces informations soient rendues publiques », commente Dominique Maraninchi, directeur général de l'Afssaps. Le député Yves Bur va plus loin : « Un débat public me paraît également important, à l'image de ceux sur les antennes relais conduits par l'Anses², ou sur le thalidomide, aux États-Unis. La France ne veut plus de discussions fermées entre experts. Il y a urgence à changer les mentalités. » La loi en cours de discussion nous offre l'opportunité de nous rapprocher d'un système de transparence quasi-totale, comme cela a été mis en œuvre en 2010 aux États-Unis, avec l'adoption du « Sunshine Act ».

1. Premier rapport de l'Igas intitulé « Enquête sur le Mediator », deuxième rapport de l'Igas consacré à la pharmacovigilance et à la gouvernance de la chaîne du médicament, parution du rapport de synthèse des Assises du médicament
2. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail.

Bon à savoir

LA LOI SUR LA SÉCURITÉ DU MÉDICAMENT

Le projet de loi de Xavier Bertrand relatif au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé a été adopté par l'Assemblée nationale le 4 octobre. Il devait être examiné au Sénat à partir du 26 octobre. À l'issue de cet examen, le gouvernement ayant décidé d'engager sur ce texte la procédure dite « accélérée », le texte devait passer en commission mixte paritaire – au lieu du deuxième examen par chaque Assemblée, prévu dans la procédure normale. Le texte adopté par l'Assemblée prévoit deux dispositions phares (NDLR : à l'heure où nous mettons sous presse) :

- la période sur laquelle porteront les déclarations d'intérêt inclura les cinq années écoulées ;
- les industriels auront obligation de publier les avantages qu'ils auront consentis aux professionnels de santé.

La création d'une instance nouvelle pour le contrôle des déclarations de conventions entre les médecins et l'industrie n'a pas été retenue.

POINT DE VUE extérieur

“ Nous manquons de lucidité sur les conflits obligatoirement générés par tout lien d'intérêts ”



© PH. GARD/PHANIE

Dr Irène Frachon,

pneumologue au CHU de Brest, auteur du livre « Mediator 150 mg : combien de morts ? » (éditions-dialogues.fr, juin 2010)

Pour avancer dans certaines de mes activités, je n'ai pas d'autres moyens que les aides financières de l'industrie. Notre centre de compétences dans l'HTAP à Brest a été labellisé, mais nous n'avons eu aucune aide de l'État. Nous avons accepté l'aide de laboratoires pour créer un réseau régional – et c'est paradoxalement grâce à ce réseau que j'ai pu découvrir la toxicité du Mediator... Je suis consciente qu'en acceptant ces aides, je crée un lien d'amitié, de services rendus, qui va influencer malgré moi ma pensée médicale, mes prescriptions. Il faut savoir que l'argent n'est pas le seul enjeu dans les liens d'intérêts. Dans l'affaire du Mediator, on n'a pas – encore ? – trouvé de grosses liasses de billets échangées pour corrompre les acteurs de santé... Parfois de simples actes d'hospitalité, de sympathie, des invitations à une conférence, des coups de pouce à la carrière professionnelle suffisent à créer un climat de connivence.

Qu'avez-vous retenu de l'affaire du Mediator ?

I. F. : Après avoir mené une étude scientifique sur la dangerosité de ce médicament, j'ai écrit un livre pour le grand public, en 2010, inquiète de voir le

Mediator retiré du marché sans information vers les patients. Il fallait l'imposer en suscitant un débat public, malheureusement par le biais du scandale. Si les citoyens et la presse ont réagi avec révolte et effarement l'étendue de cette affaire, j'ai été surprise de voir que le laboratoire mais aussi un grand nombre d'acteurs de santé ont réagi par le déni. Il faut plus de clairvoyance des autorités de contrôle mais aussi des chercheurs et des prescripteurs sur l'impact des liens d'intérêts.

Que faut-il faire ? La loi va-t-elle dans le bon sens ?

I. F. : L'Ordre des médecins assure une mission de recensement des conventions signées entre médecins et l'industrie, mais malheureusement ce travail n'est pas accessible au public, et l'Ordre n'a pas les moyens de rendre ses avis opposables. Plusieurs personnes autour de la table, lors de ce débat, ont appelé de leurs vœux une vraie mutation des mentalités. Je pense que la loi sur la sécurité du médicament va permettre d'avancer dans ce sens. Mais il y a un travail énorme à accomplir : créer un portail sur les liens d'intérêts, le rendre public...

interview Avez-vous des liens avec l'industrie pharmaceutique ?

Irène Frachon : Ces dix dernières années, je me suis attachée à étudier l'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP), une maladie rare. Je travaille comme investigateur dans plusieurs protocoles de recherche clinique et j'ai noué des liens d'intérêts importants avec un certain nombre d'industriels, en refusant toutefois toute rémunération personnelle. À cette occasion, je me suis aperçue des ambiguïtés permanentes qui existent quand on vise l'innovation thérapeutique. Une tension va nécessairement surgir dans une collaboration entre un médecin qui a pour objectif la santé publique et/ou ses propres patients, et un industriel, pour qui le médicament est un bien marchand.



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
ou contact@cn-medecin.fr

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,



Le 26 juillet 2011, les représentants syndicaux ont signé une nouvelle convention avec l'Union des caisses d'Assurance maladie. Je suis très interpellé, à la lecture de cette convention, par le silence de votre Ordre à ce sujet.

En effet, certains articles de cette nouvelle convention me paraissent en totale contradiction avec les fondements même de l'exercice de la médecine et ne me semblent pas respectueux des règles déontologiques médicales dont votre Ordre professionnel est le garant.

Ainsi, l'article 25 de cette convention prévoit un nouveau mode de rémunération des médecins libéraux, désormais organisé autour de 3 piliers :

- **la rémunération à l'acte;**
- **la rémunération forfaitaire**, qui permet de rétribuer certaines activités correspondant à l'engagement des professionnels dans des domaines comme la prise en charge ou l'accompagnement de pathologies chroniques ou la prise en compte de tâches administratives;
- **la rémunération à la performance**, versée en fonction de l'atteinte d'objectifs de santé publique et d'efficacité destinée à se développer pour l'ensemble des spécialités et des médecins qui le souhaitent.

L'article 26-2 expose le détail des objectifs à atteindre. Par exemple, la convention prévoit que les médecins font preuve d'efficacité (?) lorsqu'ils prescrivent au moins 90 % d'antibiotiques génériques par rapport au volume des antibiotiques prescrits à partir d'un minimum de 40 boîtes. Comment peut-on

accepter de s'entendre dire que l'on est efficace en respectant de tels objectifs? Le flou caractérisé par l'approximation du législateur dans la réglementation sur les médicaments génériques, la connaissance du « protocole standard » d'évaluation de bio-équivalence et le fait qu'aucun « dictionnaire » des génériques ne soit mis à disposition des prescripteurs rendent légitime la position que certains médecins pourraient avoir en ne souhaitant pas, en leur âme et conscience, ordonner la prise de médicaments génériques à leurs patients, conformément aux articles 5, 8 et 40 de votre code de déontologie.

Par ailleurs, la nouvelle convention inclut dans la « prime à la performance » une série d'actes de prévention comme la vaccination antigrippale, la prévention du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus, l'usage pertinent de l'antibiothérapie, etc. Pourtant, si je ne m'abuse, cela fait partie du « métier » du médecin, et j'irais même plus loin en rappelant que cela est inscrit dans le code de déontologie. Il me semble donc que cette convention signée met instantanément tout médecin l'appliquant dans une situation contraire à la déontologie médicale.

L'application de cette convention risque de déconsidérer votre profession.

Je reste dans l'attente, monsieur le président, de vos explications, et espère que votre Ordre ne laissera pas s'installer dans notre pays une mise sous tutelle comptable de l'exercice de la médecine.

Nicolas Durand (83)

SE FORMER AU DIAGNOSTIC D'ANNONCE

J'ai lu avec intérêt les propositions de l'Ordre pour améliorer le dispositif d'annonce. Il est significatif que vous élargissiez ce dispositif à d'autres affections graves, en plus du cancer. Une formation médicale initiale et continue est réalisable. Si possible interprofessionnelle, sans diluer pour autant le rôle spécifique du médecin, du point de vue diagnostique, et du conseil thérapeutique.

D' P. F. (67)



© ADAM GAULT/SPL/PHANIE

LE SECRET MÉDICAL EN PRISON



Le Bulletin d'information n° 18 de juillet-août a publié un dossier intitulé **Prisons : menace sur le secret médical**.

Celui-ci m'a paru en décalage par rapport à mon expérience de trente années en tant que soignant des personnes détenues. C'est la raison pour laquelle je me permets de vous signaler un lien vers une conférence dans laquelle j'avais abordé cette question. Celle-ci me paraît en effet assez cruciale pour mériter une réflexion approfondie avant toute prise de position.

D' P. Barlet, ancien responsable de la médecine en milieu pénitentiaire aux Hospices civils de Lyon (69), membre d'honneur de l'Apsep



Pour lire cette conférence intitulée « La prison, carrefour des paradoxes », rendez-vous sur le nouveau site de l'Association des professionnels de santé exerçant en prison (Apsep) : <http://www.sante-prison.com/web/article.php?story=20100207124120490>

Association française contre les myopathies (AFM)

Vingt-cinq ans d'avancées grâce au Téléthon



6 000 maladies génétiques rares

recensées, dont certaines sont très rares. Aujourd'hui, près de 3000 gènes responsables de ces maladies ont été découverts grâce aux cartes du génome ainsi qu'aux autres recherches impulsées par le Généthon. Il reste à identifier les gènes responsables de 3000 autres maladies rares.

53 000 associations

s'impliquent dans le Téléthon, ainsi que 200000 bénévoles et 10000 communes. Pour sa 25^e édition, les 2 et 3 décembre prochains, l'AFM parie sur la mise en place de 25000 manifestations dans toute la France (animations, jeux, concours, spectacles...)

36 essais cliniques

Grâce aux dons du Téléthon, l'AFM soutient 36 essais cliniques pour 31 pathologies différentes: maladies du muscle, du sang, de la vue, du cerveau, du foie, du cœur... Ces essais sont conduits en réseau associant le Généthon, qui emploie 220 personnes et qui est financé à 90 % par le Téléthon, l'Institut de myologie et de nombreux partenaires publics ou privés.

Le chemin parcouru est long, depuis 1958, année de création de l'AFM à l'initiative de familles marquées par une myopathie. À l'époque, les maladies rares ne suscitent guère l'intérêt des pouvoirs publics. C'est à partir de 1987 que l'action de l'association fait un pas de géant, avec l'organisation d'un événement inédit, le Téléthon, un marathon de manifestations et de collectes de dons dans toute la France. Avec les fonds récoltés, l'AFM crée le Généthon, premier laboratoire de génomique fondamentale. Dans les années 1990, Généthon publie les

premières cartes du génome humain. Une première mondiale, qui permet, au fil des ans, d'identifier les gènes responsables des maladies génétiques rares, qu'elles soient neuromusculaires ou non. Les fonds recueillis par le Téléthon ont donc permis à la thérapie génique de prendre son essor. Ces dernières années, ces thérapies innovantes ont livré leurs premiers résultats: guérison d'un jeune atteint de bêta-thalassémie, une maladie rare

du sang, correction de gènes défectueux responsables de déficits immunitaires... Aujourd'hui, l'AFM annonce une nouvelle étape: en 2012, un établissement thérapeutique dénommé Généthon Bio Prod va ouvrir ses portes. Il sera dédié à la mise au point de médicaments de thérapie génique.



+ D'INFOS:

Site Internet:
www.afm-telethon.fr



Christian Cottet,
directeur général
de l'AFM

interview

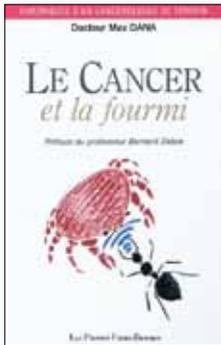
Quelles sont les missions de l'AFM?

L'AFM s'est créée et développée autour deux grandes missions sociales: guérir (par le développement de la recherche et des thérapies) et aider les malades afin qu'ils accèdent aux aides techniques, que leur prise en charge s'améliore et qu'ils puissent exercer pleinement leur citoyenneté. Ses trois maîtres mots sont toujours: refuser (la fatalité imposée jusque-là aux malades), résister et guérir.

Quel regard portez-vous sur l'action de l'AFM et du Téléthon, à la veille de sa 25^e édition?

Au fil des ans, le champ d'action de l'AFM a évolué des maladies neuromusculaires (ou myopathies) vers une stratégie d'intérêt général portant sur les maladies rares, qui sont pour la plupart d'origine génétique. Aujourd'hui, pour de nombreuses maladies, l'espérance de vie a progressé de cinq à quinze ans. Et les premiers résultats thérapeutiques sont là. Le grand public a bien compris que nous n'œuvrions pas seulement pour les maladies neuromusculaires. Le Téléthon est donc devenu un grand mouvement populaire et a permis de changer le regard sur la maladie et le handicap. Il a fait sortir les maladies rares de l'oubli. Par exemple, le gouvernement vient de lancer le deuxième Plan maladies rares, malheureusement sans mobiliser les moyens nécessaires...

Le Cancer et la fourmi Chroniques d'un cancérologue de terrain



Dans cet ouvrage, Max Dana, cancérologue de terrain, explique ce qu'est le cancer et répond à toutes les questions que se pose le lecteur non averti. Il témoigne des progrès considérables, réalisés grâce à un travail de fourmi auquel il a contribué: ses recherches dans le laboratoire d'Henri Laborit, la création du premier service moderne

de radiothérapie de l'Assistance publique à l'hôpital Saint-Louis, à Paris, le premier poste de physicien de radiothérapie, les premières consultations pluridisciplinaires, la mise au point, avec le service du P^r Jean Bernard, d'un protocole qui a bouleversé le pronostic de la maladie de Hodgkin. Il raconte de nombreuses anecdotes sur des personnalités célèbres ou attachantes qu'il a soignées dans le service de radiothérapie-cancérologie de l'Hôpital américain, qu'il a dirigé pendant dix ans. Il rapporte comment, ensuite, il a fait de son service de radiothérapie-cancérologie de Poissy-Saint-Germain une plaque tournante de la lutte contre le cancer dans les Yvelines. Témoignage d'espoir, ce livre propose ainsi des solutions pour l'avenir.

» *Le Cancer et la fourmi. Chroniques d'un cancérologue de terrain*, du D^r Max Dana, préface du P^r Bernard Debré, Les Presses franciliennes, 160 pages, 16 euros.

Le Besoin d'asile



La psychiatrie contemporaine s'est construite, depuis plus de cinquante ans, sur une base résolument anti-asilaire. Avec un bel enthousiasme réformateur, elle a multiplié des innovations de soins communautaires qui ont transformé les trajectoires des

malades mentaux. Mais les rêves des années 1950, devenus en grande partie réalité, nous mettent en présence de nouveaux défis. Si le retour à l'asile traditionnel n'est souhaité par personne, les formes que peut prendre cet accueil, temporaire ou plus durable, sont loin d'être valables pour tout patient et en toutes circonstances: nous devons à la psychiatrie anti-asilaire de l'après-guerre cette découverte de la diversité des patients psychotiques, derrière leur apparente similitude asilaire. C'est une réflexion sur ce besoin d'asile, et un tour partiel de quelques-unes de ses réalisations, que nous proposent le D^r Vassilis Kapsambelis et les quatorze auteurs, psychiatres et professionnels en santé mentale, de cet ouvrage.

» *Le Besoin d'asile. Des lieux pour les psychoses*, collectif sous la direction du D^r Vassilis Kapsambelis, Doin Éditions, 241 pages, 29 euros.



Envahis par nous-mêmes

« Une invitation de l'autre comme une invitation à être soi. Une responsabilité. Et l'éthique en avant-garde de la raison, non en conclusion. Un peu d'air dans la philosophie de l'individu. Et dans le visage de l'autre, une part de Dieu. Comme dans le mien pour lui. »

Ce poème de notre confrère ORL éclaire ses écrits, dont le fil conducteur est la recherche du sens de la vie, des rapports avec autrui, avec Dieu. *Poésies chroniques* et *Impressions birmanes* complètent ce volume.

» *Envahis par nous-mêmes*, de Vincent Bouton, Éditions L'Harmattan, 109 pages, 11,50 euros.

» M. H.

Remerciements au D^r Hodara

Nous publions dans ce numéro les dernières notes de lecture du D^r Maurice Hodara, qui a souhaité mettre un terme à sa collaboration avec le *Bulletin d'information* de l'Ordre. Le conseil national de l'Ordre des médecins tient à le remercier sincèrement et chaleureusement pour la qualité de sa contribution à la rubrique « Culture médicale » dont il fut longtemps responsable. Son style incisif et la sûreté de son jugement manqueront au comité de rédaction du *Bulletin* et à nos fidèles lecteurs!

“ Comment améliorer notre système en temps de crise ? ”

Bernadette Devictor,
présidente de la Conférence nationale de santé

témoignage

L'engagement associatif, c'est une question de tempérament personnel. J'ai toujours eu le sens du collectif, de la solidarité, de l'entraide. J'étais investie dans l'animation de quartiers, l'alphabétisation, la lutte contre le sida. En 2003, j'ai tout naturellement adhéré à l'association France Alzheimer Rhône quand un de mes proches a été touché par la maladie. Je travaillais alors comme consultante en nouvelles technologies et portais un regard de candide sur le système de santé. J'ai tout de suite réalisé la nécessité et l'importance des associations d'usagers, qui aident les patients et leurs familles à mieux comprendre l'organisation des soins et à devenir acteurs de leur santé.

J'ai commencé à exercer des fonctions représentatives à partir de 2004 et, deux ans plus tard, je présidais la Conférence régionale de santé de Rhône-Alpes, qui réunit l'ensemble de la société civile. Désormais, j'exerce un mandat national à la tête de la Conférence nationale de santé, élargie au secteur médico-social, à la prévention et la promotion de la santé. Dans le cadre de notre mission consultative auprès des ministères de la Santé et des Solidarités, nous préparons plusieurs documents. Parmi eux, un bilan sur la gouvernance régionale après l'entrée en vigueur de la loi HPST et un avis sur les *Éléments de réflexion pour une politique nationale de santé 2011-2025*. Un des aspects importants de mon mandat sera d'améliorer l'articulation entre le national et le régional, avec la prise en compte des réalités du terrain par les politiques nationales de santé.

Concernant le respect des droits des usagers, l'évolution culturelle est en cours pour faire de l'usager un acteur de sa santé. Cependant, d'énormes inégalités d'accès aux soins persistent. On parle de désertification médicale – il y a des territoires où il n'y a plus de médecins. Il faut améliorer l'organisation du premier recours, l'orientation vers les établissements pour personnes âgées ou en situation de handicap. Le véritable défi à relever est : comment continuer à améliorer notre système de santé et à faire baisser les inégalités dans le contexte actuel de crise économique ?



©DR

PARCOURS

» 2011

Élue présidente de la nouvelle Conférence nationale de santé

» 2010

Réélue présidente de la Conférence régionale de santé de Rhône-Alpes

» 2006

Élue présidente la Conférence régionale de santé de Rhône-Alpes

» 2005

Vice-présidente de l'association France Alzheimer Rhône

» 2004

Présidente du Collectif interassociatif sur la santé (CISS) de Rhône-Alpes

» 2003

Membre de l'association France Alzheimer Rhône