médecins
N°22 MARS - AVRIL 2012

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

Bulletin d'information de
l'Ordre national des médecins

↘Dossier p.22

Enfants et adolescents, les oubliés des plans de santé publique

↘ Sur le terrain
Autisme : un réseau pour les familles et les soignants p. 8

↘Réflexion
Le paiement à la performance est-il un jeu de dupes ? p. 10

↘Jurispratique
Le développement professionnel continu p. 18

médecins n° 22
Mars 2012

POUR RECEVOIR NOTRE NEWSLETTER
http://www.conseil-national.medecin.fr

L'essentiel | 04
• Permanence de soins : les résultats de l'enquête 2012

• Interview du Pr Robert Nicodème, président de la section Formation et compétences médicales, sur le développement professionnel continu

Sur le terrain | 08
Autisme : un réseau pour les familles et les soignants

Réflexion | 10
Le paiement à la performance est-il un jeu de dupes ?

Ailleurs | 21
Association médicale mondiale : défendre l'universalité de l'éthique médicale

Courrier des lecteurs | 28

La voix des associations | 30
L'association française des malades du myélome multiple (AF3M)

Culture médicale | 31
La sélection du mois

À vous la parole | 32
Dr François Arnault, ORL, maire et président du conseil départemental de l'Ordre des médecins de la Vienne

Dossier | 22

Enfants et adolescents, **les oubliés des plans de santé publique**

© CHASSENET/BSIP

La prise en charge des enfants et des adolescents reste aujourd'hui principalement orientée vers les périodes dites de vulnérabilité : grossesse, naissance et petite enfance. Entre six et seize ans, il n'y a pas de visite médicale obligatoire. Or plusieurs indicateurs pointent un mal-être croissant des enfants et des adolescents. Pourquoi ce constat ? Comment agir ?

Cahier jurispratique | 13
- L'IMPACT DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE 2012 SUR VOTRE EXERCICE PROFESSIONNEL | 14
- LES CONDITIONS REQUISES POUR L'EXERCICE EN MÉDECINE DU TRAVAIL | 17
- QUESTIONS-RÉPONSES SUR LE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU | 18
- RÉGULATION MÉDICALE : LES RÈGLES DE TRAÇABILITÉ DES APPELS | 20

Vos réactions nous intéressent

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

L'accès aux soins : un enjeu majeur en 2012

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

> **L'Ordre est opposé aux mesures coercitives.**

En 2012, le conseil national de l'Ordre des médecins a fait de l'accès aux soins l'un des thèmes prioritaires de ses réflexions. Il sera notamment au cœur des débats lors de son séminaire annuel, en mai. Un séminaire à l'issue duquel l'Ordre s'engagera sur des propositions concrètes.

L'accès aux soins est une préoccupation majeure de nos concitoyens en cette année électorale. Les enjeux en sont d'abord géographiques et démographiques. Comment mettre fin aux déserts médicaux ? Comment faire en sorte que les professionnels de santé soient mieux répartis sur notre territoire ? Comment attirer des jeunes médecins dans des zones à faible densité médicale où les médecins prennent progressivement leur retraite ? Notre profession médicale doit s'adapter pour proposer une offre de soins de qualité à une population vieillissante mais, je le redis haut et fort : l'Ordre est opposé aux mesures coercitives ! En revanche, il continuera de soutenir des propositions incitatives qui répondent aux aspirations des praticiens, des étudiants en médecine et aux besoins de nos concitoyens.

L'enjeu de l'accès aux soins est aussi socio-économique : comment préserver l'accès de tous à des soins de qualité alors que notre société traverse une crise économique profonde ? Le « reste à charge » est lourd pour les assurés les plus fragiles. De plus en plus de patients diffèrent des soins nécessaires, voire y renoncent. Cette situation n'est pas acceptable. Pour l'Ordre, tout doit être fait pour que personne ne soit exclu des soins. Cet impératif pose nécessairement la question du montant des honoraires, qui doivent respecter le tact et la mesure. Sur cette question aussi, le conseil national de l'Ordre ne faillira pas et proposera des solutions pragmatiques et raisonnables.

Cruciale pour l'avenir de notre profession et de notre exercice, la problématique de l'accès aux soins illustre à merveille la nécessité de repenser en profondeur l'organisation de notre offre de soins, la formation des médecins, de même que les rapports entre la médecine de ville, la médecine hospitalière et la médecine salariée.

médecins

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : Dr 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 : Dr 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 : GraphicObsession– IMPRESSION : IGPM – Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs – DÉPÔT LÉGAL : à parution – n° 16758 – ISSN : 1967-2845.

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

Permanence des soins

Les résultats de l'enquête 2012

Le conseil national de l'Ordre des médecins publie les résultats de son enquête annuelle sur la permanence des soins assurée par les médecins généralistes et sur les modalités de son organisation. Cette édition 2012 est marquée par la signature des premiers cahiers des charges entre les médecins et les agences régionales de santé.

Les résultats de l'enquête sur la permanence des soins 2012 le démontrent une nouvelle fois : les médecins assument leurs responsabilités professionnelles vis-à-vis de la population sur l'ensemble du territoire national.

Mais le nombre de médecins volontaires tend à diminuer. En outre, les nombreux départs à la retraite et le faible nombre d'installations en secteur libéral ne permettent pas d'assurer la relève. Le fait que la permanence des soins ne soit pas suffisamment reconnue comme une mission de service public contribue sans doute à refroidir les vocations.

Face à ces difficultés, l'organisation de la permanence des soins évolue. Quatre phénomènes sont à noter :

1 **Le renforcement de la régulation médicale.** La participation des médecins libéraux y est effective dans 98 % des départements (+10 % entre début 2011 et début 2012). L'Ordre des médecins insiste à nouveau sur l'absolue nécessité d'une régulation effectivement médicale. Elle seule permet de déclencher à bon escient les moyens adaptés, le déplacement d'un patient vers un lieu de consultation ou l'intervention du praticien à son domicile[1]. Le Cnom a obtenu cette médicalisation du législateur.

2 **La « resectorisation ».** La France de la permanence des soins regroupe aujourd'hui 2267 secteurs. Un nombre en diminution de plus d'un tiers depuis 8 ans. La baisse est de 3 % sur 2011.

EN CHIFFRES

+ de 60 %

Le nombre de médecins volontaires reste supérieur à 60 % dans 71 % des départements. Mais 28 % des conseils départementaux signalent un « déclin » du volontariat.

3 **La sursectorisation en nuit profonde (de minuit à 8 heures du matin).** Elle permet de regrouper deux ou plusieurs secteurs après minuit. Là où elle est pratiquée, elle est souvent liée à des regroupements de secteurs urbains, en seconde partie de nuit (par exemple, dans les Bouches-du-Rhône, la Meurthe-et-Moselle ou le Rhône). Ailleurs, elle ne donne pas toujours satisfaction car dans de nombreuses zones les médecins comme les patients éprouvent des réticences à se déplacer au-delà des limites des secteurs actuels.

4 **L'arrêt de la permanence des soins à minuit.** Ce phénomène concerne presque la moitié des secteurs. Il correspond le plus souvent à une attente des praticiens à condition que la prise en charge des appels de nuit soit convenablement assurée. Actuellement, la question du relais par les services hospitaliers reste délicate.

1. Cf. recommandations de la Haute Autorité de santé sur la régulation médicale.

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

POINT DE VUE de l'Ordre

Dr François Simon,
président de la commission nationale sur la permanence des soins (Cnom)

« Au moment de l'enquête, trois cahiers des charges avaient été signés par des agences régionales de santé ; quatorze autres étaient en cours de finalisation. Il est difficile de porter un jugement sur leur contenu car ils sont très hétérogènes. Mais ce qui est certain, c'est que l'organisation de la permanence des soins doit tenir compte des bassins de vie effectifs, des territoires, des moyens humains engagés et des deniers publics. À cet égard, on peut s'interroger sur les fortes disparités entre les enveloppes régionales pour le financement de la permanence des soins, rapportées à la population de chaque région. Le ratio varie de 0,59 euro par habitant pour l'Île-de-France à 6,24 euros/hab. pour le Limousin. »

© Burger/Phanie

Le don de gamètes est gratuit

L'Agence de la biomédecine rappelle que, selon la loi française, le don de gamètes est un acte qui repose sur l'anonymat, la gratuité et le volontariat. En outre, l'importation et l'exportation de gamètes ou de tissus germinaux issus du corps humain sont soumises à l'autorisation de l'agence. Le fait d'importer ou d'exporter des gamètes ou des tissus germinaux sans avoir obtenu cette autorisation est passible d'une peine de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende, conformément à l'article 511-25-1 du code pénal. L'Agence met en garde contre une banque de sperme privée, située en Allemagne, qui propose aux médecins pratiquant des actes d'assistance médicale à la procréation d'acheter des gamètes. Les médecins qui participeraient aux activités de cette société, en important des gamètes sans autorisation, s'exposent à des poursuites pénales et disciplinaires.

Explantations des prothèses PIP : du tact et de la mesure !

Les praticiens qui ont implanté des implants mammaires PIP sur leurs patientes ont le devoir de prendre en charge l'explantation et le suivi médical de ces patientes, si elles en sont d'accord (y compris les biopsies capsulaires, en concertation avec l'Institut national du cancer). Le Dr Michel Legmann, président du conseil national de l'Ordre des médecins, recommande à tous les confrères concernés de bien vouloir pratiquer des honoraires en rapport avec les tarifs de l'Assurance maladie et dans le respect du tact et de la mesure, compte tenu du caractère exceptionnel de ces situations. En outre, l'Ordre rappelle le caractère obligatoire du signalement des explantations de prothèses mammaires auprès de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

© Burger/Phanie

+ D'INFOS:

Le signalement s'effectue par mail à l'adresse suivante dedim.ugsv@afssaps.sante.fr ou par fax au 01 55873702.

Guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé

Le conseil national de l'Ordre des médecins a largement contribué à la publication d'un guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé, édité et diffusé par le ministère de l'Intérieur. Il livre de nombreux conseils aux médecins pour limiter les actes de malveillance dont ils pourraient être victimes ou pour savoir comment réagir face à une agression.

+ D'INFOS:

http://www.conseil-national.medecin.fr/article/guide-pratique-pour-la-securite-des-professionnels-de-sante-1140

Attention aux arnaques

Le conseil national souhaite attirer une nouvelle fois l'attention des médecins sur les formulaires qui leur sont adressés par des sociétés proposant d'enregistrer leurs coordonnées professionnelles. Ainsi, le document « Infos Siret, l'information sur les entreprises du registre de commerce et des sociétés – fiche d'enregistrement » ne provient pas de l'organisme officiel gérant les numéros Siret. Il s'agit d'un bulletin d'adhésion pour une prestation publicitaire payante.

CHARTE DE TÉLÉCARDIOLOGIE

Le conseil national de l'Ordre des médecins et le conseil national professionnel de cardiologie (structure représentative commune à la Société française de cardiologie et au Syndicat national des spécialistes des maladies du cœur et des vaisseaux) ont mis au point une charte sur le bon usage professionnel et déontologique de la télésurveillance des prothèses électroniques implantées en rythmologie, avec le concours de la commission de télémédecine de la société française de cardiologie.

+ D'INFOS:

www.conseil-national.medecin.fr

Observatoire des usages numériques en santé

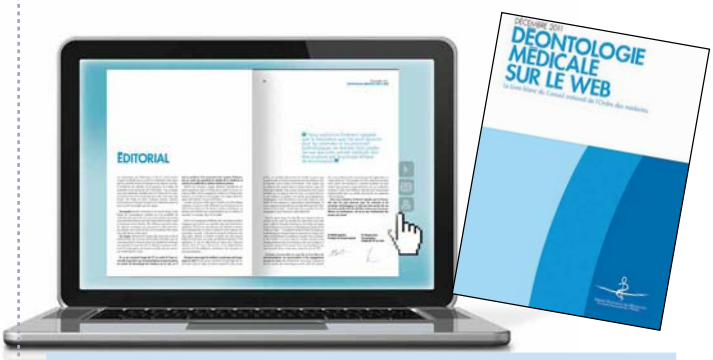
L'observatoire des usages numériques en santé est un baromètre lancé par la société Vidal en partenariat avec le conseil national de l'Ordre des médecins. Il porte sur l'usage des smartphones par les médecins (en ville et à l'hôpital). Certains médecins ont été sélectionnés pour répondre à une enquête, et nous les remercions de l'accueil qu'ils lui réserveront.

+ D'INFOS:

Si vous souhaitez y participer: http://www.vidal.fr/questionnaire/index.php?sid=31442&lang=fr

Faire respecter la déontologie médicale sur le Web

Rédigé sous la responsabilité du Dr Jacques Lucas, vice-président du conseil national de l'Ordre des médecins chargé des systèmes d'information en santé, le livre blanc *Déontologie médicale sur le Web,* est désormais paru. Tout en invitant les médecins à investir plus largement le Web, le conseil national de l'Ordre des médecins souligne dans cet ouvrage quelles sont leurs responsabilités, professionnelles et humanistes, dès lors qu'ils participent à des médias en ligne. Ce livre blanc s'adresse également aux organisations qui ont vocation à développer et à faciliter l'accès à l'information en santé.



+ D'INFOS:

À signaler également, sur le site du conseil national, un nouvel espace qui réunit toutes les informations ordinales sur la e-santé: http://www.conseil-national.medecin.fr/e-sante/e-sante-1138

Avant de commencer un traitement par isotrétinoïne orale

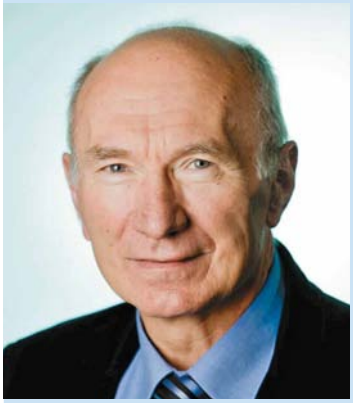
L'isotrétinoïne est indiquée dans le traitement des acnés sévères qui résistent aux traitements classiques (antibiotiques par voie orale et traitement local). L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) met à la disposition des médecins prescripteurs un document d'information à remettre aux patients avant d'initier un traitement par isotrétinoïne orale. Il permet d'alerter les patients et leur entourage sur certains effets indésirables qui nécessitent une attention particulière pendant le traitement, comme le risque de malformations graves du fœtus ou le risque de dépression.

+ D'INFOS:

Pour télécharger le document: http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Points-d-information/Feuillet-patient-Ce-qu-il-faut-savoir-avant-de-commencer-un-traitement-par-isotretinoine-orale-Point-d-information

Point de vue

L'Ordre est la porte d'entrée du développement professionnel continu pour tous les médecins



Pr Robert Nicodème,
président de la section Formation et Compétences médicales au conseil national de l'Ordre des médecins

Les décrets sur le développement professionnel continu sont enfin parus. Que changent-ils pour les médecins ?

Ces décrets d'application de la loi Hôpital, patients, santé et territoires réunissent la formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles, qui deviennent le développement professionnel continu (DPC). Désormais, le médecin satisfait à son obligation de DPC dès lors qu'il participe, au cours de chaque année civile, à un programme de développement professionnel continu validé, annuel ou pluriannuel.
Ces programmes peuvent associer des médecins de même spécialité ou de spécialités différentes, mais aussi d'autres professionnels de santé. Il s'agit « d'une obligation individuelle qui s'inscrit dans une démarche permanente ».
Il n'est plus question de points, de crédits, d'actions de formation : le DPC s'inscrit dans une démarche collective et continue. Il s'impose à tous les médecins inscrits au Tableau de l'Ordre, mais des mesures transitoires sont prévues. On considère ainsi que les médecins qui participeront en 2012 à des actions de formation médicale continue, de formation professionnelle conventionnelle ou d'évaluation des pratiques professionnelles auront satisfait à leur obligation de DPC pour cette année.

Quel est le rôle de l'Ordre dans le dispositif ?

Le texte de loi prévoit que les conseils départementaux de l'Ordre assurent la promotion des programmes de DPC auprès de tous les médecins, quel que soit leur statut : libéraux, hospitaliers, salariés…
Les conseils départementaux constituent désormais une des portes d'entrée dans le dispositif. Ils informent le médecin sur le DPC dès le début de sa carrière, l'accompagnent ensuite tout au long de sa vie professionnelle. Nous regrettons d'ailleurs que la loi n'ait pas impliqué les conseils régionaux de l'Ordre, interlocuteurs des agences régionales de santé qui interviennent dans le DPC.
Les conseils départementaux de l'Ordre ont également une mission de contrôle du DPC. Ils s'assurent, au moins une fois tous les cinq ans, que les médecins ont satisfait à leur obligation annuelle de DPC, sur la base des attestations que leur transmettent les organismes de DPC. Si l'obligation de DPC n'est pas satisfaite, l'Ordre doit proposer au médecin un plan personnalisé d'accompagnement. Un médecin qui ne suivrait pas le plan proposé serait en situation d'insuffisance professionnelle (décrets en attente).

> Pour compléter cette interview, retrouvez toutes les informations pratiques sur le DPC pages 18 et 19 de ce magazine.

+ D'INFOS :

- **Décret n° 2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des médecins**
- **Décret n° 2011-2113 du 30 décembre 2011 relatif à l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu**
- **Décret n° 2012-26 du 9 janvier 2012 relatif à la commission scientifique indépendante des médecins**

Texte : **Cécile Couturier** Photos : **Julian Renard**

Autisme

Un réseau de santé pour les familles et les soignants

L'autisme a été déclaré Grande Cause nationale 2012. Un coup de projecteur bienvenu autour de ce handicap qui touche un enfant sur 156 en France, selon l'Inserm. Visite du seul réseau de santé spécialisé sur l'autisme dans notre pays : Aura 77.

À Lognes, en Seine-et-Marne (77), dans une petite rue derrière la mairie. Ils sont six – un directeur, une assistante, une infirmière, une psychiatre et deux psychologues – à accompagner les familles et les professionnels concernés par l'autisme dans tout le département.

« *En 2003, nous avons fait le constat qu'en Seine-et-Marne, comme partout en France, il y avait un manque de places en établissement ou en services d'accompagnement pour accueillir les enfants avec autisme*, raconte Saïd Acef, le directeur d'Aura 77. *Il y avait aussi un problème de cohérence et de coordination entre partenaires, pour que la prise en charge de ces enfants puisse se renforcer et s'améliorer durablement. Nous avons donc mis en place un groupe de travail, puis créé l'association, début 2006.* »

À toutes les étapes

Depuis six ans, Aura 77 coordonne les parcours de soins et d'inclusion des personnes et leur suivi. Il accueille les parents d'enfants atteints d'autisme ou pour lesquels se pose la question d'un trouble envahissant du développement (TED). L'objectif est de les aider à accéder à une évaluation diagnostique, de définir un parcours de soins, de soutenir la scolarisation et l'inclusion sociale, de favoriser l'insertion professionnelle… Le réseau écoute les familles et les oriente, à toutes les étapes et quel que soit l'âge de la personne : tout-petit, adolescent ou adulte.

« *Nous avons aussi une mission d'information, de sensibilisation et de formation de nos partenaires. Nous fournissons par exemple des outils aux établissements sanitaires et médico-sociaux, aux écoles ou aux services de la petite enfance, pour leur permettre d'améliorer les soins. Nous informons également les médecins généralistes sur l'état des connaissances…* » Sylvie Santoni, l'infirmière du réseau Aura 77, est ainsi allée rencontrer plus de 200 médecins pour leur présenter la recommandation de la Haute Autorité de santé (HAS) sur le repérage précoce des signes d'alerte chez l'enfant. Ces entretiens ont permis de développer la collaboration réseau de santé/médecine de ville : depuis, une dizaine de très jeunes enfants ont bénéficié d'une observation conjointe entre un médecin généraliste et Sylvie Santoni.

Françoise Froment, psychiatre, Stéphanie Kéraven-Marie, assistante de direction, Saïd Acef, directeur, Claire Degenne, psychologue, et deux autres personnes, suivent au total près de 200 familles.

Soirées de formation médicale continue, consultations avancées chez les généralistes… Aura 77, sensibilise aussi les professionnels (ci-dessus, Sylvie Santoni, infirmière).

Programme somatique

Aura 77 s'efforce aussi de stimuler la coopération et l'innovation. Dernier projet en date : favoriser la mutualisation des compétences des différents partenaires du département, et créer une équipe dédiée, pour améliorer l'accès aux soins somatiques des personnes atteintes d'autisme. Un enjeu réel, car les problèmes de santé sont fréquents chez les personnes avec autisme mais trop souvent sous-diagnostiqués.

Un salon dédié à l'accueil des petits. Il s'agit de mettre l'enfant à l'aise, tout en étant à l'écoute de la famille et de ses problèmes.

« Nous nous concertons avec tous les professionnels autour d'un patient »

Dr Françoise Froment, médecin psychiatre coordinatrice, et **Claire Degenne,** psychologue

témoignage

De nombreuses familles viennent vers nous parce qu'elles craignent un autisme ou autre TED chez leur enfant. D'autres nous consultent pour mettre en place ou réévaluer la prise en charge de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adulte avec autisme. Après un entretien téléphonique avec la famille, nous la recevons en présence de l'enfant ou de l'adulte. Nous sommes en binôme : c'est très important, car nous voulons partager notre évaluation clinique. Lors de cet échange, la famille retrace le parcours de la personne. Il nous faut recueillir les informations utiles pour définir ensemble la prise en charge la mieux adaptée. Nous devons faire preuve de délicatesse pendant cet échange, toujours difficile pour la famille. Ensuite, nous nous concertons avec tous les professionnels qui suivent l'enfant ou l'adulte, afin de proposer à la famille un projet de prise en charge : évaluation diagnostique dans un centre expert, scolarisation dans une classe ordinaire ou spécialisée, accueil dans un établissement adapté, suivi médical, psychologique ou orthophonique… Les situations sont parfois complexes, mais nous nous efforçons toujours de proposer une solution, et nous restons en lien avec la famille et les professionnels concernés.

Propos recueillis par **Catherine Holué**

Le paiement à la performance est-il un jeu de dupes ?

Depuis le 1er janvier, les médecins qui ne l'ont pas refusée adhèrent à l'option conventionnelle du paiement à la performance (P4P). Ils bénéficient d'une rémunération supplémentaire s'ils atteignent des objectifs de santé publique. Un dispositif qui ne fait pas l'unanimité.

Le paiement à la performance a été instauré par la nouvelle convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie, signée en juillet 2011 (*Journal officiel* du 22 septembre). Ce dispositif remplace et amplifie le contrat pour l'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), qui s'adressait aux seuls médecins généralistes. Il s'applique à tous les médecins qui ne l'ont pas refusé par lettre recommandée à leur caisse primaire d'assurance maladie avant le 26 décembre 2011, c'est-à-dire à l'immense majorité d'entre eux.

Le déploiement du P4P se déroule en deux temps. Il concerne d'abord les médecins traitants avec une rémunération maximale annuelle de 9 100 € sur la base de 800 patients, mais le volet « organisation du cabinet » (1 750 €) s'adresse dès maintenant à toutes les spécialités[1]. Il sera ensuite adapté aux cardiologues, aux endocrinologues, aux pédiatres et aux gastro-entérologues, puis progressivement aux autres spécialités.

Quatre types d'indicateurs sont proposés :

- 9 indicateurs cliniques (250 points) pour 2 pathologies : le diabète de type 2 et l'HTA ;
- 8 indicateurs de prévention et de santé publique (250 points) : dépistage des cancers, vaccination antigrippale…
- 5 indicateurs d'organisation du cabinet (400 points) : tenue d'un dossier médical informatisé, utilisation de logiciels d'aide à la prescription certifiés, élaboration d'une synthèse annuelle…
- 7 indicateurs d'efficience (400 points) : prescription dans le répertoire générique, prescription des IEC et Sartans…

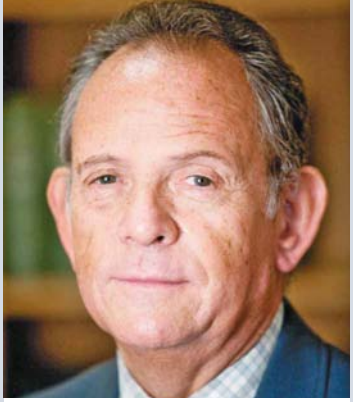
Ces critères décrivant la « performance » médicale sont-ils pertinents, ce dispositif peut-il influer sur la relation médecin/patient, et les médecins y adhèrent-ils vraiment ? Tandis que le conseil national de l'Ordre des médecins et la Fédération des médecins de France (FMF), pourtant signataire de la convention, dénoncent une logique visant d'abord à faire des économies, l'économiste Claude Le Pen juge le système conforme à l'évolution de la médecine libérale.

1. Sauf pour la synthèse annuelle.

Bon à savoir

UNE RÉMUNÉRATION PAR POINTS

Parmi les 4 types d'indicateurs, chaque objectif correspond à un total de points et chaque point vaut 7 euros. La première rémunération annuelle interviendra en mars 2013. Elle est basée sur le calcul suivant : (nombre de points acquis x valeur du point x nombre de patients)/800. Le dispositif est déclaratif : le médecin devra renseigner le formulaire que lui adressera sa caisse en fin d'année. En cas de contrôle, il devra fournir les justificatifs demandés.



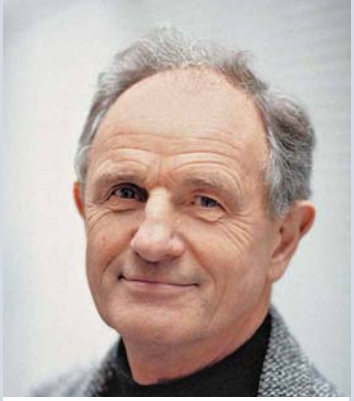
Dr Michel Legmann

Radiologue, il est président du conseil national de l'Ordre des médecins.

© GARO/PHANIE

Pr Claude Le Pen

Économiste, il enseigne à l'université Paris-Dauphine où il dirige le master d'économie de la santé.
Il est aussi président du Collège des économistes de la santé.



© GARO/PHANIE

Dr Jean-Paul Hamon

Médecin généraliste à Clamart (92), il est président de la Fédération des médecins de France (FMF). Ce syndicat a finalement ratifié la convention médicale, *« pour avoir les moyens de la faire évoluer »*.

Plus de 97 % des généralistes ont opté pour le paiement à la performance, en ne signifiant pas leur refus. S'agit-il d'un plébiscite ?

Dr Michel Legmann : Dans la nouvelle convention, la revalorisation de l'acte de base – le C ou le CS – est remplacée par cette rémunération individuelle, calculée en fonction des soi-disant performances de chacun. Autrement dit, le P4P est le seul espoir de revalorisation pour les médecins : ils n'ont pas le choix ! Si tout n'est pas négatif dans ce système, c'est avant tout un marché de dupes consenti par les syndicats signataires. Comme c'était le cas avec le CAPI (et les mêmes syndicats étaient à l'époque opposés au CAPI), les médecins qui atteindront l'ensemble des objectifs et toucheront la prime maximale annuelle de 9 000 euros seront très peu nombreux. La majorité percevra entre un quart et la moitié de cette somme. Quant aux critères, qui ne paraissent pas insurmontables aujourd'hui, ils vont bien sûr se durcir par la suite… L'Assurance maladie est largement gagnante par rapport à la revalorisation de la lettre clé de base, qui concernerait tous les médecins !

Dr Jean-Paul Hamon : Les sondages réalisés l'an dernier montrent que 70 % des médecins sont en fait défavorables au P4P, mais ils ne se font plus d'illusions quant à la revalorisation des actes… Malheureusement, l'avenir de ce dispositif est à comparer à l'utilisation de la carte Vitale : d'abord volontaire et rémunérée, même faiblement, elle fait aujourd'hui l'objet de sanctions. Il en sera de même du P4P, pour le moment peu contraignant dans le but d'appâter les médecins !

Pr Claude Le Pen : Le succès du CAPI a étonné les syndicats, qui s'y sont ralliés en le ramenant dans le champ collectif et conventionnel. L'adhésion au P4P témoigne d'une évolution profonde de la médecine libérale, autrefois farouchement indépendante et suspicieuse du payeur. Cette médecine libre a pratiquement disparu en même temps que le paiement direct, le paiement à l'acte, la liberté de prescription, voire la liberté d'installation… Et pour les jeunes médecins élevés dans l'ambiance « Sécurité sociale », le montant de la rémunération est plus important que sa forme.

En quoi le paiement à la performance peut-il influer sur la relation médecin/patient ?

Dr Legmann : Le P4P induit un conflit d'intérêt entre le médecin et son patient. Ce dernier peut penser que le médecin n'a pas prescrit tel examen ou telle molécule récente en raison de son intérêt personnel à toucher sa prime !

Dr Hamon : Il est évident que cela peut nuire à la relation de confiance : le patient va imaginer que l'on veut « faire des économies sur son dos ». Ce n'est pas sain, et c'est en plus à nous de faire de la pédagogie !

Pr Le Pen : Ce système n'a aucune conséquence pour les ▪▪▪

Le paiement à la performance est-il un jeu de dupes ?

Avec la participation de…

Dr Michel Legmann, radiologue. Il est président du conseil national de l'Ordre des médecins.
Pr Claude Le Pen, économiste. Il enseigne à l'université Paris-Dauphine où il dirige le master d'économie de la santé.
Dr Jean-Paul Hamon, médecin généraliste à Clamart (92). Il est président de la Fédération des médecins de France (FMF).

…
patients, et les associations n'ont d'ailleurs pas réagi. Invoquer un problème de confiance pour critiquer la maîtrise des dépenses n'a pas de sens : c'est à l'époque où le médecin faisait revenir souvent son patient et multipliait les actes qu'il y avait un problème, car le patient pensait qu'on gagnait de l'argent sur son dos ! La confiance n'est pas liée au fait de dépenser beaucoup chez son médecin…

Les critères de performance retenus dans le P4P vous paraissent-ils pertinents ?

Pr Le Pen : Contrairement à la Grande-Bretagne, qui avait choisi des indicateurs de résultat et a dû faire marche arrière, la France a privilégié des indicateurs de moyens conformes à la déontologie : on incite le médecin à vacciner et à prescrire des fonds d'œil, mais on ne prétend pas l'obliger à guérir ses patients. De plus, en fixant des objectifs intermédiaires, le système tient compte de la progression du médecin, ce qui est positif. Le fait que l'immense majorité des médecins ait accepté ces critères prouve leur pertinence.

Dr Hamon : Plusieurs critères posent problème. La synthèse annuelle du dossier patient par le médecin traitant n'est payée que 1,30 euro (1 050 euros pour 800 patients), somme méprisante pour le travail effectué. Seule l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription (LAP) agréé par la HAS donne droit à une prime, mais la procédure d'agrément est très en retard (2 logiciels sont agréés à ce jour). Pourquoi accorder une prétendue performance pour la vaccination grippale, alors que désormais les seuls interlocuteurs sont le pharmacien et l'infirmière ? Quant aux seuils de génériques à atteindre, il faut savoir qu'à ce jour, si un spécialiste prescrit une molécule de dernière génération à un patient, cette prescription est décomptée des chiffres du médecin traitant dudit patient !

Dr Legmann : Il faut rester prudent quant à la prescription des génériques, notamment quand la question de leur efficacité a été soulevée (c'est le cas en cardiologie) ou si le médicament princeps est mieux toléré, ou accepté par un patient âgé par exemple. J'émets aussi une réserve sur les critères d'organisation du cabinet : il ne faudrait pas que l'Assurance maladie s'immisce dans la façon dont le médecin reçoit ses patients, gère son secrétariat, etc.

Quelles améliorations pourraient selon vous être apportées aux critères actuels ?

Dr Legmann : Je crains malheureusement que ces critères deviennent de plus en plus dirigistes, et basés uniquement sur une recherche d'économies. Un champ intéressant à développer serait celui de la délégation d'actes : des critères relatifs au suivi de routine des pathologies chroniques par l'infirmière, par exemple, pourraient être inclus au P4P. Dans le respect, bien entendu, de protocoles élaborés en amont par les professionnels.

Dr Hamon : Une convention intelligente aurait valorisé la coordination des soins via une messagerie sécurisée, bien moins coûteuse que le dispendieux DMP. Simplification et intelligence, quels bons critères !

Pr Le Pen : Les conditions d'exercice astreignantes pourraient être valorisées dans le P4P : exercice en zone rurale, participation à la permanence des soins, etc. On pourrait aussi rémunérer la coordination des soins, mais la difficulté est de la mesurer et de la transformer en indicateurs. De mon point de vue, l'avenir est à l'entreprise libérale de santé rémunérée collectivement.

CAHIER JURISPRATIQUE

N° 22 MARS - AVRIL 2012

14 L'impact de la loi de financement de la Sécurité sociale 2012 sur votre exercice professionnel

16 Les conditions requises pour l'exercice en médecine du travail

18 Questions-réponses sur le développement professionnel continu

20 Régulation médicale : les règles de traçabilité des appels

www.conseil-national.medecin.fr

Retrouvez votre information de référence sur le site de l'Ordre des médecins

- Vos informations réglementaires, juridiques et pratiques sur l'espace "médecin".
- Les rapports et les publications de l'Ordre.
- Les articles du code de déontologie et ses commentaires.

L'impact de la loi de financement de la Sécurité sociale 2012 sur votre exercice professionnel

La loi n° 2011-1906 de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2012 a été publiée au *Journal officiel* du 22 décembre 2011. Elle vise une forte réduction du déficit du régime général, à hauteur de 13,9 milliards d'euros (dont 5,9 milliards d'euros pour la branche maladie) contre 18,2 milliards d'euros en 2011. Récapitulatif des principales mesures qui intéressent votre exercice professionnel.

Renforcement de l'analyse médico-économique dans les travaux de la Haute Autorité de santé et introduction d'une évaluation médico-économique pour les produits de santé (article 47)

La loi vise à renforcer la mission médico-économique de la HAS et à prendre en compte les résultats des évaluations qu'elle mène lors de la fixation des prix des médicaments et des dispositifs médicaux.

Secteur optionnel (article 56)

La loi prévoit que si, un mois après sa parution, un avenant conventionnel n'a pas été adopté pour permettre aux chirurgiens, obstétriciens et anesthésistes de secteur 2 d'opter pour un secteur aux dépassements encadrés, le ministre de la Santé pourra unilatéralement modifier la convention nationale des médecins libéraux, et plus particulièrement l'option de coordination en portant notamment à 50 % le taux d'encadrement des dépassements d'honoraires.

Ristournes en biologie médicale (article 48)

La loi rétablit la possibilité pour les établissements de santé, les groupements de coopération sanitaire et les organismes d'assurance maladie de passer des accords avec des laboratoires de biologie médicale pour obtenir des rabais sur le tarif de la nomenclature des actes de biologie médicale.

Autorisation par dérogation aux règles de calcul en vigueur et dans le cadre d'une expérimentation avec des établissements volontaires de moduler les forfaits globaux relatifs aux soins attribués aux EHPAD en fonction d'indicateurs de qualité et d'efficience (article 67)

La loi permet d'expérimenter pendant une durée de cinq ans de nouveaux modes d'organisation des soins afin d'optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, en prévenant leur hospitalisation, en gérant leur sortie d'hôpital et en favorisant la continuité des différents modes de prises en charge sanitaires et médico-sociales.

À cette fin, il peut être dérogé à certaines règles de facturation et de tarification prévues par le code de la Sécurité sociale.

Ces expérimentations seront mises en œuvre par convention entre l'ARS concernée, les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les établissements hospitaliers et les établissements sociaux et médico-sociaux volontaires, sur la base d'un cahier des charges arrêté par le ministre de la Santé.

Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (article 57)

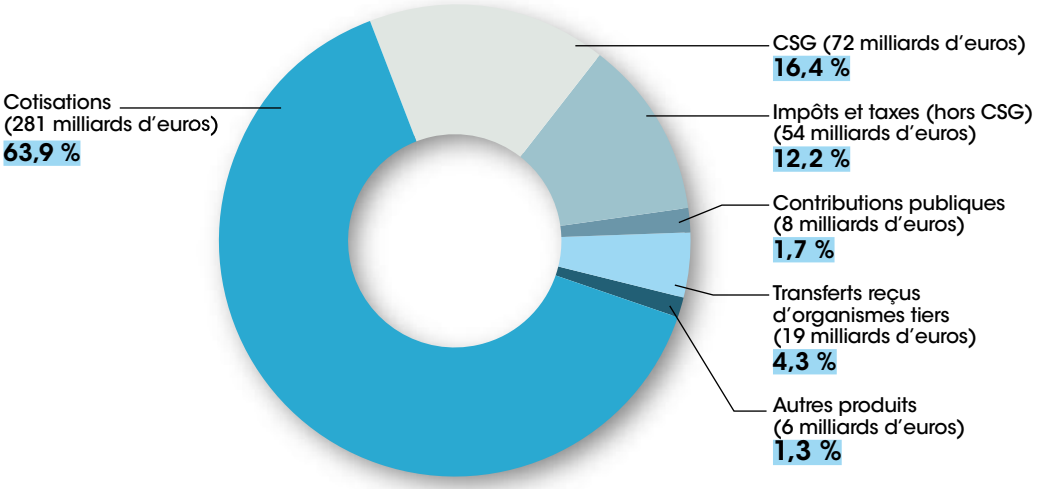
La loi prévoit que les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés entre les établissements et les ARS pourront fixer des objectifs qui pourront porter notamment sur la prise en charge des patients.

Après l'intervention du conseil national de l'Ordre des médecins, il a été ajouté que ces objectifs devaient être fixés dans le respect de la déontologie des professionnels de santé.

Pénalités financières (article 114)

Les faits pouvant donner lieu à une pénalité financière seront prescrits après cinq ans. L'action en recouvrement de la pénalité sera, elle, prescrite au bout de deux ans.

Recettes des régimes de base en 2012
(recettes totales consolidées : 440,2 milliards d'euros)



Radiation et RSI (article 123)

Le Régime social des indépendants (RSI) peut procéder à la radiation d'un professionnel de santé pour absence d'activité. Il sera tenu d'en informer l'Ordre dont relève le professionnel.

Expérimentation du contrôle des arrêts de travail des fonctionnaires (article 76)

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2010 a permis d'expérimenter le contrôle des arrêts de travail des fonctionnaires par les Caisses primaires d'assurance maladie et les services du contrôle médical placés près d'elles. L'expérimentation n'a pas eu le succès escompté et a donc été prolongée… Par ailleurs, son cadre légal est complété.

En cas de contestation par le fonctionnaire, il est prévu que le service médical de la caisse adressera au comité médical l'avis du médecin désigné par le fonctionnaire, l'avis du médecin conseil accompagné des pièces justificatives et les motifs invoqués par le fonctionnaire à l'appui de sa demande.

Le conseil national de l'Ordre des médecins avait estimé que cette nouvelle dérogation au secret médical n'était pas nécessaire. En effet, rien ne fait obstacle à ce que le fonctionnaire reçoive du service de contrôle médical les éléments médicaux qui ont fondé l'avis et les joigne sous peine de recevabilité de sa saisine du comité médical. Ces éléments sont en effet des données communicables au sens de la loi du 4 mars 2002, dont la connaissance peut d'ailleurs éclairer le fonctionnaire sur la pertinence de son recours.

Ce dispositif posait d'autant moins de problème que seul l'agent peut contester l'avis du service de contrôle médical.

Il est regrettable que l'avis de l'Ordre n'ait pas été suivi, et ce d'autant qu'il n'est pas prévu que le comité médical adresse au fonctionnaire les pièces établies par le médecin conseil.

Assurance des médecins participant à la permanence des soins

Le gouvernement n'a pas repris, dans le cadre de l'examen de ce projet de loi de financement de la Sécurité sociale, l'amendement suggéré par le conseil national de l'Ordre des médecins permettant aux médecins effecteurs de la permanence des soins d'être pris en charge pour les dommages qu'ils pourraient subir en accomplissant leur mission de service public.

↘ Francisco Jornet, conseiller juridique

+ D'INFOS:

http://www.securite-sociale.fr/-2012
Vous trouverez à cette adresse l'ensemble des documents préparatoires à la loi de financement de la Sécurité sociale 2012, ainsi que le texte définitif de la loi publié *au Journal officiel*.
À consulter également:
la plaquette « La LFSS en chiffres ».

Les conditions requises pour l'exercice en médecine du travail

Un certain nombre de contrats de médecins du travail communiqués aux conseils départementaux de l'Ordre ne justifient pas des titres, diplômes ou formations exigés par la réglementation. L'Ordre entend rappeler ici les titres, diplômes et formations requis pour exercer la profession de médecin du travail.

Les diplômes, titres et formations permettant l'exercice de la médecine du travail

L'article R. 4623-2 du code du travail précise que les fonctions de médecin du travail sont ouvertes aux médecins justifiant :

- d'une qualification ordinale en médecine du travail dans les conditions prévues à l'article 9 de la loi du 18 janvier 1991 ;
- d'un DES de médecine du travail ou d'un diplôme reconnu équivalent en vertu de la réglementation communautaire ;
- d'un CES de médecine du travail ;
- de la capacité en médecine de santé au travail et de prévention des risques professionnels (reconversion prévue par l'article 194 de la loi de modernisation sociale) ;
- de l'attestation, par le ministère de l'Enseignement supérieur, de la validation des obligations de la formation exceptionnelle mise en œuvre par l'article 28 de la loi du 1er juillet 1998 ou de l'article 189 de la loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale (régularisation).

Les mêmes diplômes, titres et formations sont requis pour exercer les fonctions de médecin de prévention dans la fonction publique. Ceci a été très clairement et fermement rappelé dans une circulaire de la Direction générale de l'administration et de la fonction publique, datée du 28 avril 2011.

Le cas particulier du diplôme de Louvain

La formation en médecine du travail dispensée par l'université de Louvain (master complémentaire en médecine du travail) ne répond à aucune des conditions évoquées ci-dessus. L'obtention de ce diplôme n'emporte pas qualification en médecine du travail en Belgique. Celle-ci n'est délivrée par le ministre chargé de la Santé qu'après justification d'une certaine durée de stage. Il ne s'agit donc pas d'un diplôme dont l'équivalence peut être reconnue de façon automatique en vertu de la réglementation communautaire relative au DES de médecine du travail.

Faciliter le recrutement de médecins du travail

Le Conseil national ne se désintéresse pas des difficultés de recrutement en médecine du travail, et de ses conséquences sur la santé au travail de nos concitoyens.
À son initiative, la loi du 20 juillet 2011 relative à la médecine du travail autorise les services de santé au travail à recruter, de façon temporaire, des internes en médecine du travail titulaires d'une licence de remplacement (article 12).
De même, et toujours à son initiative, la loi du 20 juillet 2011 permet que le suivi médical de certaines catégories de salariés (artistes et intermittents du spectacle, mannequins, salariés du particulier employeur, voyageurs, représentants et placiers) soit effectué par des médecins non spécialisés en médecine du travail qui signeront un protocole avec un service interentreprises de santé au travail. Ce protocole devra définir les garanties de formation et les modalités d'intervention de ces confrères au sein du service (article 10).
Cette disposition est toutefois subordonnée à un accord de branche, dont nous attendons la rédaction et qui devra nous être soumis pour avis. Enfin, le Conseil national a sollicité auprès des pouvoirs publics la création d'habilitations qui permettraient l'exercice d'une activité spécifique réglementée. Ainsi, des médecins généralistes titulaires d'une habilitation en médecine du travail pourraient exercer, simultanément à leur activité de médecine générale, les fonctions de médecin du travail. Un décret en Conseil d'État devrait prochainement être publié.

Indépendance et responsabilité

Si un contrat conclu entre un médecin et un service de santé au travail ne répondant pas aux conditions de l'article R. 4623-2 du code du travail lui est soumis, le conseil départemental de l'Ordre rappelle le caractère irrégulier du recrutement conclu sur la base de ce contrat : le médecin ne peut exercer régulièrement la fonction de médecin du travail.
En ce sens, le rôle du conseil départemental est primordial, d'une part parce que les exigences fixées par les différents textes relatifs aux conditions d'exercice de la médecine du travail sont d'ordre public, d'autre part parce que l'irrégularité de l'exercice a des conséquences importantes en matière d'indépendance et de responsabilité.
Un médecin ne remplissant pas les conditions d'ordre public posées par la réglementation est à la merci de l'organisme qui l'emploie : celui-ci peut le licencier à tout moment en invoquant l'irrégularité du recrutement alors même qu'il aurait été effectué en toute connaissance de cause. Cette situation n'est pas acceptable alors que précisément la loi a prévu des garanties particulières en matière de licenciement, afin de garantir l'indépendance des médecins du travail.
Ensuite, si une action en responsabilité est intentée contre le médecin en raison de son activité, il n'est pas interdit de penser que le juge tiendra compte du caractère irrégulier de son exercice. La prise en charge du dommage par un assureur en responsabilité civile professionnelle fait également difficulté.
Pour toutes ces raisons, les conseils départementaux ne peuvent donner qu'un avis défavorable à des contrats ne remplissant pas les conditions légales pour exercer la médecine du travail.
Il n'appartient ni au conseil national de l'Ordre, ni aux conseils départementaux, d'autoriser ou d'encadrer une dérogation à une réglementation ne relevant pas du champ de compétence ordinal, quelles que soient les pressions subies.
Il appartient à l'administration du travail de tirer les conséquences de cet exercice irrégulier, au regard de la réglementation en vigueur.

L'exercice des fonctions de médecin du travail en France n'est donc envisageable, ni du seul fait de l'obtention de ce diplôme, ni dans le cadre des stages prévus au cours de cette formation puisque ce n'est qu'à l'issue de ceux-ci que la qualification en médecine du travail peut être accordée par le ministère belge chargé de la Santé.

Le cas du diplôme de l'Institut national de médecine agricole

En application de l'article R. 717-51 du code rural, les médecins qui souhaitent pratiquer la médecine du travail en agriculture doivent être titulaires du CES, du DES ou encore du diplôme délivré par l'Institut national de médecine agricole.
La notion de médecine du travail en agriculture renvoie à la surveillance médicale des exploitations agricoles, mais aussi, plus généralement, des entreprises du secteur agricole, parmi lesquelles il faut mentionner les sociétés coopératives, les organismes de mutualité agricole, les caisses de crédit agricole mutuelles et les chambres d'agriculture, en application de l'article L. 717-1 du code rural.
Le diplôme de l'Institut national de médecine agricole de Tours ne permet pas à son titulaire d'exercer en dehors des entreprises susmentionnées : il n'est pas qualifiant.

↘ Isabelle Jouannet, conseillère juridique

RÉFÉRENCES

- **Code du travail : articles L. 241-1 à L. 241-11, articles R. 241-29 à R. 241-34.**
- **Décret 82-430 du 28 mai 1982 (médecine de prévention des administrations de l'État).**
- **Décret 85-603 du 10 juin 1985 (médecine de prévention des collectivités territoriales).**
- **Décret 2002-1082 du 7 août 2002 (pris pour l'application de l'article 189 de la loi de modernisation sociale).**
- **Décret 2003-958 du 30 octobre 2003 relatif à la reconversion des médecins vers la médecine du travail et la médecine de prévention.**
- **Loi du 20 juillet 2011 relative à la médecine du travail (article 12).**

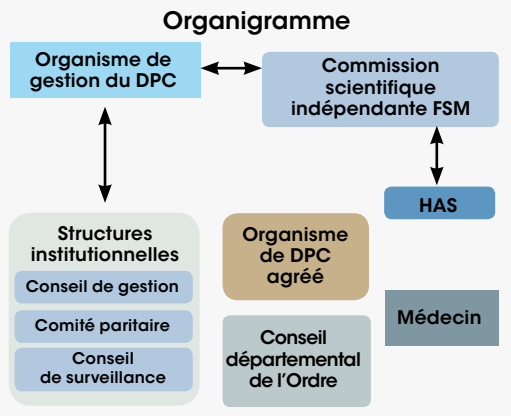
Questions-réponses sur le développement professionnel continu

Plusieurs décrets concernant le développement professionnel continu (DPC) sont parus au *Journal officiel* les 1er et 12 janvier 2012. Conformément à l'article L. 4133-1 du code de la santé publique (article 59 de la loi HPST), la démarche du DPC inclut l'analyse, par les médecins, de leurs pratiques professionnelles, ainsi que l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances ou de compétences. Les précisions de la Section formation et compétences médicales du conseil national de l'Ordre des médecins, et de son président le Pr R. Nicodème.

› Qui est concerné par le DPC ?
Le DPC s'impose à l'ensemble des médecins inscrits au tableau de l'ordre, quel que soit leur statut : hospitalier, libéral ou salarié. Le DPC constitue une obligation individuelle qui s'inscrit dans une démarche permanente.

› Comment le médecin peut-il satisfaire à son obligation de DPC ?
Un médecin satisfait à son obligation de développement professionnel continu dès lors qu'il participe, au cours de chaque année civile, à un programme de DPC collectif annuel ou pluriannuel qui a été évalué favorablement. Il est également réputé avoir satisfait à son obligation si, au cours de l'année civile écoulée, il a obtenu un diplôme universitaire évalué favorablement par la commission scientifique indépendante (CSI) des médecins en tant que programme de DPC. Les médecins sont libres de choisir personnellement leur organisme de DPC ou le programme évalué favorablement pour leur spécialité.

La gouvernance du développement professionnel continu



› Comment les programmes de DPC sont-ils élaborés ?
Les programmes de DPC doivent être conformes aux orientations nationales ou régionales. Ils doivent reposer sur une méthode et être effectués selon des modalités validées par la Haute Autorité de santé après avis de la CSI des médecins. Ces programmes

Le financement du dispositif

▸ **Médecins libéraux et médecins exerçant dans les centres de santé conventionnés**
L'organisme gestionnaire du DPC finance le développement professionnel continu de ces médecins, dans la limite des forfaits individuels. Sont pris en charge, dans la limite de ces forfaits, les frais facturés aux professionnels de santé par les organismes de développement professionnel continu, les pertes de ressources des professionnels libéraux, ainsi que les frais divers induits par leur participation à ces programmes.

▸ **Médecins des hôpitaux publics et privés**
Les centres hospitaliers universitaires consacrent un pourcentage minimum de 0,50 % du montant des rémunérations de leurs médecins au financement des actions de développement professionnel continu des médecins qu'ils emploient. Les autres établissements publics de santé consacrent au financement des actions de développement professionnel continu des médecins qu'ils emploient un pourcentage minimum de 0,75 % du montant des rémunérations de leurs médecins.

▸ **Médecins fonctionnaires et contractuels de l'État et des collectivités locales**
Les actions de développement professionnel continu des médecins fonctionnaires et contractuels, dont les employeurs sont l'État et les collectivités locales, sont financées dans le cadre des crédits prévus par la législation.

▸ **Médecins salariés du secteur privé**
Les actions de développement professionnel continu des médecins salariés du secteur privé sont financées dans les conditions prévues par le code du travail.

« Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les médecins. »

Article L. 4133-1 du code de la santé publique

doivent être mis en œuvre par un organisme de DPC enregistré et validé par la CSI. Ils peuvent associer des médecins de même spécialité ou de spécialités différentes, ainsi que d'autres professionnels de santé. Le DPC prévoit la mise en place de conseils nationaux professionnels de spécialités qui regroupent collèges, sociétés savantes et les différentes structures existant dans chaque spécialité.

› Comment le médecin peut-il prouver sa participation à une action de DPC ?

L'organisme de développement professionnel continu délivre une attestation au médecin justifiant de sa participation, au cours de l'année civile, à un programme de développement professionnel continu. Simultanément, il transmet par voie électronique les attestations correspondantes au conseil départemental de l'Ordre des médecins dont chaque médecin relève. Le modèle de l'attestation sera défini par arrêté du ministre de la Santé (non encore publié).

› Comment l'Ordre contrôle-t-il que le médecin a rempli son obligation de DPC ?

Le conseil départemental de l'Ordre des médecins s'assure, au moins une fois tous les cinq ans, que les médecins relevant de sa compétence ont satisfait à leur obligation annuelle de développement professionnel continu, sur la base des attestations transmises par les organismes de développement professionnel continu ou du diplôme universitaire.

› Que se passe-t-il si le médecin ne remplit pas son obligation de DPC ?

Dans ce cas, le conseil départemental de l'Ordre des médecins demande au médecin pour quelles raisons il n'a pas respecté cette obligation. Au vu des éléments de réponse communiqués, le conseil départemental de l'Ordre apprécie la nécessité de mettre en place un plan annuel personnalisé de développement professionnel continu et notifie à l'intéressé qu'il devra suivre ce plan. L'absence de mise en œuvre de ce plan par le médecin peut constituer un cas d'insuffisance professionnelle au sens de l'article L. 4113-14.

› Le DPC est-il opérationnel dès 2012 ?

Les décrets ont mis en place des dispositions transitoires. Elles prévoient que les médecins qui ont participé en 2011 ou qui participent en 2012 à des actions de formation médicale continue, d'évaluation des pratiques professionnelles ou à des actions de formation professionnelle conventionnelle, sont réputés avoir satisfait à l'obligation annuelle prévue par le décret au titre des années 2011 et 2012. Les médecins qui souhaitent faire valoir ces actions adressent leurs justificatifs de formation ou d'évaluation des pratiques professionnelles au conseil départemental de l'Ordre dont ils dépendent. Par dérogation, les médecins qui participent à un seul programme de DPC en 2011 ou en 2012 satisfont à leur obligation au titre de ces deux années.

Les organismes agréés au 30 décembre 2011 au titre de la formation médicale continue et de l'évaluation des pratiques professionnelles sont réputés enregistrés et évalués favorablement jusqu'au 30 juin 2013.

L'Ordre, porte d'entrée du dispositif

Le conseil de l'Ordre, par son rôle de promotion du dispositif, doit permettre aux médecins de participer à un programme et de satisfaire à son obligation de DPC. Les conseils départementaux de l'Ordre des médecins assurent la promotion des programmes de DPC qui peuvent être suivis par des médecins libéraux, des médecins hospitaliers et des médecins salariés. Il assure ce rôle aux côtés des conseils nationaux professionnels, des commissions et des conférences médicales d'établissement, des instances représentant les autres catégories de médecins salariés, ainsi que des unions régionales des professionnels de santé représentant les médecins libéraux.

RÉFÉRENCES

- **Articles L. 4133-1 et suivants du code de la santé publique.**
- **Décret n° 2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des médecins.**
- **Décret n° 2011-2113 du 30 décembre 2011 relatif à l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu.**
- **Décret n° 2012-26 du 9 janvier 2012 relatif à la commission scientifique indépendante des médecins.**

Régulation médicale : les règles de traçabilité des appels

L'arrêté fixant les règles de traçabilité des appels dans le cadre de la permanence des soins en médecine ambulatoire (PDSA) a été publié le 20 octobre 2011.

L'article R. 6315-3 du code de la santé publique (issu du décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins) prévoit que « *les appels traités dans le cadre de la permanence des soins ainsi que les réponses apportées par le médecin régulateur, y compris les prescriptions mentionnées au troisième alinéa de l'article R. 6315-3, sont soumis à une exigence de traçabilité selon des modalités fixées par arrêté du ministre de la Santé.* »
L'arrêté du 20 octobre paru en application de cette disposition s'applique aussi bien aux SAMU qu'aux structures libérales effectuant, à titre exclusif ou non, une activité de régulation médicale. Il a fait l'objet d'une concertation avec l'ensemble des acteurs concernés, en particulier l'Ordre des médecins.

Un délai de conservation fixé à cinq ans

La durée de conservation des enregistrements sonores a été limitée à cinq ans, ce délai étant suspendu en cas de recours. Bien inférieur au délai de vingt ans de conservation des données médicales de santé dans les établissements de santé s'agissant des enregistrements aux Centres 15, ce délai de cinq ans s'est imposé à la suite d'un avis donné par la Commission nationale informatique et libertés (Cnil).
Au regard de la loi Informatique et Libertés, la Cnil a rappelé que la durée de conservation devait être en rapport avec l'utilité de l'enregistrement.

Le dossier de régulation médicale

Tout appel reçu dans un Centre 15 ou dans un centre de régulation libérale des appels interconnectés au 15 donne lieu à l'ouverture d'un dossier de régulation médicale conforme aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles édictées par la Haute Autorité de santé. Ce dossier mentionne l'identité du patient, le motif, l'heure et le jour de l'appel, l'identité du médecin régulateur et celle du médecin effecteur de permanence, s'il est mobilisé. Il fait partie intégrante du dossier médical du patient. On notera aussi que la prescription téléphonique médicamenteuse sera consignée dans le dossier de régulation ouvert. Cet arrêté fait suite à la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires, à son décret d'application du 13 juillet 2010 et aux recommandations de la HAS. Il consolide le caractère médical de la régulation que le conseil national de l'Ordre des médecins a revendiqué avec succès auprès des parlementaires et des pouvoirs publics. Il résulte notamment de ces recommandations que l'intervention du médecin effecteur dans les heures de permanence des soins ne peut être déclenchée qu'après décision d'un médecin régulateur.
Ces textes prévoient la présence effective de médecins régulateurs exclusivement dédiés à cette activité conformément à la réglementation et aux recommandations de la HAS.

↘ Dr François Simon,
président de la Commission nationale de la permanence des soins

RÉFÉRENCES

- **Arrêté du 20 octobre 2011 fixant les règles de traçabilité des appels traités dans le cadre de la permanence des soins en médecine ambulatoire, pris en application de l'article R. 6315-3 du code de la santé publique.**
- **Recommandations de bonne pratique « Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale » – Haute Autorité de santé – mars 2011.**

DES DÉCLARATIONS MAJEURES

De nombreux textes adoptés par l'Association médicale mondiale ont pris une envergure considérable. Parmi eux :
→ la déclaration de Genève (1948) constitue une sorte de code d'éthique médicale. Elle a été adoptée en réaction face aux crimes contre l'humanité perpétrés pendant la Seconde Guerre mondiale par les médecins nazis au nom de la recherche biomédicale ;
→ la déclaration d'Helsinki (1964) pose les principes éthiques fondamentaux de la recherche médicale sur des êtres humains.

Défendre l'universalité de l'éthique médicale

Fondée en 1947 par des médecins français, l'Association médicale mondiale (AMM) entend établir et promouvoir auprès des médecins les plus hautes normes d'éthique et de soins.

Elle élabore des recommandations et des prises de position politiques au nom des 112 associations médicales nationales qui la composent. Illustration avec quatre résolutions adoptées lors de sa dernière assemblée générale, à Montevideo (Uruguay), en octobre 2011, où siégeaient les Drs Walter Vorhauer et Xavier Deau, respectivement secrétaire général et vice-président du conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom), au nom du Cnom et de l'Association médicale française.

LUTTER CONTRE LA DOULEUR

Cette résolution de l'AMM stipule que les personnes confrontées à la douleur ont le droit à une prise en charge de la douleur appropriée, avec une médication efficace, basée sur la morphine par exemple. Refuser d'administrer un traitement antidouleur constitue une violation du droit à la santé.

PROTÉGER LES ENFANTS DU TABAC

L'AMM appelle à des actions plus concertées pour protéger les enfants des effets du tabac : interdiction de la vente, de la distribution et de l'accès aux cigarettes et aux autres produits dérivés du tabac pour les enfants et les adolescents ; interdiction de la production, de la distribution et de la vente de sucreries dont l'aspect ressemble à celui du tabac.

SE MOBILISER CONTRE LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE SANTÉ

L'AMM demande aux associations médicales nationales de mettre davantage la pression sur les gouvernements pour qu'ils prennent des mesures décisives afin de réduire les facteurs sociaux, culturels, environnementaux et économiques, principales causes des inégalités en matière de santé.

RESPECTER LA NEUTRALITÉ DES MÉDECINS LORS DES CONFLITS ARMÉS

Les médecins, et les personnels de santé en général, doivent être considérés comme neutres lors des conflits armés et des troubles civils accompagnés de violence. Ils doivent pouvoir accomplir sans entrave leur devoir éthique, moral et professionnel.

POINT DE VUE de l'Ordre

Dr Xavier Deau,

vice-président du Cnom, secrétaire général de l'association médicale française et de la conférence francophone des Ordres des médecins.

Depuis 2012, le conseil national de l'Ordre des médecins est directement représenté au sein de l'Association médicale mondiale, en lien étroit avec l'Association médicale française. Les sections du Cnom sont donc mises à contribution afin de préparer les positions qui sont défendues au nom du Cnom et de la France au sein de l'assemblée générale de l'AMM. Nous sommes tous conscients que la déontologie dépend des législations de chaque État, mais le rôle de la France est de rappeler qu'il existe, depuis Hippocrate, une éthique universelle à laquelle sont soumis tous les médecins, quel que soit leur pays. Chaque pays doit respecter l'indépendance des médecins et leurs droits éthiques, tes qu'ils ont été définis en juin 2011 dans la charte adoptée à Kos (Grèce) par le conseil européen des Ordres des médecins.
On le voit : la politique du Cnom est résolument mondiale, européenne avec notre bureau permanent à Bruxelles, mais aussi francophone, pour aider des pays, dont la législation est inspirée du droit français, à continuer à progresser vers une éthique universelle.

Texte : Nathalie Da Cruz

Enfants et adolescents, les oubliés des plans de santé publique

La prise en charge des enfants et des adolescents reste aujourd'hui principalement orientée vers les périodes dites de vulnérabilité : grossesse, naissance et petite enfance. Entre six et seize ans, il n'y a pas de visite médicale obligatoire.
Or plusieurs indicateurs pointent un mal-être croissant des enfants et des adolescents. Pourquoi ce constat ? Comment agir ?

© CHASSENET/BSIP

Avec 800 000 naissances par an, la France reste le chef de file des pays européens en matière de natalité. Mais ces enfants vont-ils bien ? Plusieurs tendances alarmantes mettent le doigt sur les difficultés rencontrées par les adolescents : pratiques addictives, suicides, nombre d'IVG chez les mineures, obésité… Aussi, en octobre 2011, le Dr Isabelle Bohl, conseillère nationale de l'Ordre des médecins, a

POINT DE VUE de l'Ordre

« Replacer le médecin au centre de la prise en charge »

Dr Isabelle Bohl, gynécologue-obstétricien, conseillère nationale, de l'Ordre des médecins

Entre la naissance et la sixième année de la vie, l'enfant bénéficie en moyenne de près de vingt consultations médicales. Par la suite, en l'absence de visites médicales scolaires, il n'y a pas de visite obligatoire avant 16 ans, lorsque le passeport pour la santé est remis à l'adolescent. Autre constat qui doit retenir notre attention : la France est très mal classée en matière de vaccination. À l'âge de 2 ans, seulement 41 % des enfants sont vaccinés contre la rubéole, les oreillons et la rougeole ; ce taux est de 44 % à l'âge de 6 ans (DGS). De plus, les tendances addictives sont de plus en plus précoces et le nombre d'IVG chez les mineures reste élevé. Face à cet état des lieux préoccupant, la démographie des spécialités qui interviennent dans la prise en charge de la santé des enfants et des adolescents – médecins généralistes, médecins scolaires, pédiatres, pédopsychiatres – connaît de manière globale un déficit important. Au cours des cinq dernières années, plusieurs plans de santé publique se sont succédé en France. Mais sur onze plans, un seul était spécifiquement destiné aux jeunes : le plan Santé-jeunes 2008-2010. Et certains thèmes qui touchent de près les adolescents ont été totalement oubliés de ces plans : le suicide, l'IVG et la contraception. La mise en place des agences régionales de santé devrait favoriser une approche transversale et permettre la mise en place d'une politique de santé de proximité dans tous les domaines médicaux, sanitaires et sociaux. En pratique, elle aboutit à des inégalités entre les régions en fonction de leurs ressources et des choix politiques en matière de santé… Les jeunes ne sont pas toujours la priorité des Projets régionaux de santé, qui ciblent souvent en premier lieu les personnes âgées dépendantes. Nous sommes très attachés à la revalorisation du statut du médecin scolaire. Il est important de replacer le médecin au centre de la prise en charge, tout en améliorant la coordination de la prévention et des soins à partir d'un DMP (dossier médical personnel) mis en place dès la naissance. Nous suggérons aussi la création d'une visite obligatoire entre 12 et 14 ans, remboursée à 100 %. Par ailleurs, il serait bon de profiter de la consultation destinée à vérifier l'aptitude au sport pour faire le point sur la vaccination et la prévention des addictions.

présenté, avec les membres de la section Santé publique et Démographie médicale, un rapport intitulé « Santé de l'enfant et de l'adolescent : prises en charge ». Un document qui dresse un état des lieux et fait plusieurs propositions.

Une médecine scolaire en déshérence

Jusqu'aux 6 ans de l'enfant, la prise en charge est effective. C'est un point positif relevé dans le rapport : la France mène de longue date une politique de périnatalité, avec notamment le réseau des structures de la Protection maternelle et infantile (PMI). À partir de seize ans, le plan Santé-jeunes 2008-2010 a institué une consultation remboursée à 100 % par l'Assurance maladie, au cours de laquelle le médecin remet à l'adolescent son « passeport pour la santé ». Mais qu'advient-il entre 6 et 16 ans?

EN CHIFFRES

20 %

des lycéens songent au suicide au moins une fois, chaque année. Entre 600 et 800 jeunes de 14 à 24 ans en meurent.

La loi de protection de l'enfance de 2007 prévoit des bilans de santé par le médecin scolaire à 9, 12 et 15 ans… Malheureusement, ces bilans ne sont pas faits, faute de ressources… En nombre largement insuffisant, les médecins scolaires se répartissent entre plusieurs établissements – écoles primaires et collèges – et sont peu disponibles. En cause : un important déficit démographique, dû à un manque d'attractivité et à une rémunération insuffisante. En 2010, un seul médecin scolaire s'est inscrit à l'Ordre…

Ce n'est pas tout. Les autres professions de santé qui interviennent dans la prise en charge des enfants et des adolescents accusent elles aussi un déficit démographique : médecins généralistes, pédiatres, pédopsychiatres. À une répartition territoriale très inégale s'ajoute une pyramide des âges inquiétante pour ces différentes spécialités. Précarité et pauvreté ne font qu'aggraver la situation des jeunes. Or les besoins de santé augmentent, depuis plusieurs années, en lien avec les difficultés socio-économiques croissantes.

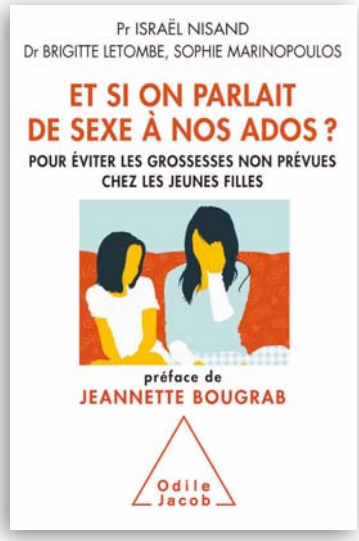
Pour le Dr Jean Gautier, médecin généraliste en milieu semi-rural, dans les Deux-Sèvres, « *certains adolescents sont en danger en raison d'une précarité familiale : je songe aux parents séparés ou sans emploi. Les carences dans l'envi-*

Initiative

« Info Ado », pour faciliter l'accès des jeunes à la contraception

Chaque année, on dénombre plus de 14 500 IVG chez les mineures. Gynécologue-obstétricien au CHU de Strasbourg, le Pr Israël Nisand a remis fin 2011 un rapport sur ce sujet à Jeannette Bougrab, secrétaire d'État à la Jeunesse. Il propose de mettre en place un système d'accès à la contraception pour les mineures, gratuit et anonyme, sur tout le territoire. Un exemple d'initiative qui a fait ses preuves : le dispositif « Info Ado », qui a vu le jour en 1998 à Strasbourg. Mis en place autour du Pr Nisand, Info Ado fédère une quarantaine de professionnels de santé. Les jeunes peuvent se rendre dans un des trois sites partenaires – dont la Maison des ados –, y rencontrer un médecin et une sage-femme et bénéficier d'une consultation gratuite et anonyme, sans examen obligatoire. Ils obtiennent gratuitement préservatifs et contraceptifs oraux.

En 2003, le même type de dispositif a été mis en place dans la vallée de la Bruche, une zone rurale d'Alsace où le nombre



ronnement familial sont davantage marquées depuis quelques années. En parallèle, les médecins scolaires, en nombre largement insuffisant, n'ont pas la disponibilité pour repérer les enfants et les adolescents à risque. Mais ce repérage relève-t-il uniquement des médecins scolaires ? C'est aussi la tâche des éducateurs : parents, enseignants, éducateurs sociaux. À vrai dire, nous sommes parfois démunis pour trouver des interlocuteurs aptes à prendre en charge ces jeunes… »

La régionalisation pour limiter les inégalités ?

La loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) a créé un nouveau découpage territorial à travers les agences régionales de santé (ARS). Celles-ci, dont la mission est de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, peuvent-elles introduire

témoignage

« Il faut sauver la médecine scolaire ! »

Dr Irène Kahn-Bensaude,
vice-présidente de l'Ordre des médecins

La médecine scolaire est dans un état plus que préoccupant. Actuellement, les rares médecins scolaires travaillent pour plusieurs établissements et sont peu disponibles. C'est bien dommage, car ils ont « sous la main » un grand nombre d'enfants et d'adolescents qui auraient besoin d'un suivi. On sait bien qu'après l'âge de 10 ans les médecins de ville ne voient presque plus les enfants… Les médecins scolaires ont un rôle primordial d'éducation à la santé, et ce de 6 à 18 ans. Ils assurent un rôle de dépistage des troubles de la vue, de l'ouïe, des troubles des acquisitions scolaires tels que la dyslexie, la dyspraxie… Ils peuvent aussi être à l'écoute des adolescents en difficulté, prévenir et lutter contre la maltraitance. Des mesures urgentes s'imposent pour revaloriser cette profession, comme le souligne le rapport de l'Assemblée nationale paru en novembre dernier. La balle est dans le camp de l'Éducation nationale…

d'IVG chez les mineures était particulièrement élevé. Aujourd'hui, ce chiffre est proche de zéro. Douze pharmaciens et une dizaine de médecins, ainsi que des infirmières scolaires et des sages-femmes, participent à ce réseau local d'orthogénie. Comme à Strasbourg, pour faire connaître Info Ado, les professionnels de santé partenaires vont à la rencontre des élèves de 3e dans les collèges.

Éducation, confidentialité et gratuité

« Et si on parlait de sexe à nos ados ? » : c'est le titre d'un ouvrage cosigné du Pr Nisand, de Brigitte Letombe, gynécologue médicale, et de Sophie Marinopoulos, psychanalyste, sorti le 16 février dernier[1].
Les auteurs y préconisent de mettre fin au « tout-pilule » pour les jeunes et de rendre accessibles les autres modes de contraception qui peuvent s'avérer plus fiables, comme l'implant, le dispositif intra-utérin, le patch et l'anneau. Ils suggèrent aussi d'instaurer la gratuité et la confidentialité jusqu'à 18 ans pour tout le monde, quel que soit le type de contraception choisi.
La première consultation de contraception devrait être revalorisée au travers d'un C2, et réalisée par les médecins généralistes ayant suivi une formation ad hoc (une journée dans le cadre de l'EPP). *« Nous souhaitons que s'instaure un forfait contraception, dont le coût, pris en charge par l'État, serait de l'ordre du prix coûtant pour les laboratoires,* ajoute le Pr Nisand. *La contraception orale de dernière génération serait commercialisée aux alentours de 7 euros – au lieu de 15 euros par mois en moyenne. Cela reviendrait à 70-80 euros par an pour une jeune fille – contre un coût pour une IVG s'élevant à 250-350 euros…* » Enfin, les trois auteurs insistent sur l'importance de l'information et de l'éducation sexuelle, qui devraient être mises en œuvre conformément à la loi du 4 juillet 2001.

1. Éditions Odile Jacob.

+ POUR EN SAVOIR PLUS :
- **http://info-ado.u-strasbg.fr**

© B. BOISSONNET/BSIP

Bon à savoir

DES CHIFFRES ALARMANTS

• Publié par le centre de recherche de l'Unicef, le bilan Innocenti établit un classement des 26 pays les plus riches de l'OCDE se basant sur les déterminants du bien-être des enfants âgés de 0 à 18 ans. En 2010, la France est classée 15e en matière de santé, ce qui n'est pas un très bon score.

• À l'âge de deux ans, seuls **41 %** des enfants sont vaccinés contre la rubéole, les oreillons et la rougeole ; ce taux est de **44 %** à l'âge de 6 ans (DGS).

• Selon l'association Alcool Assistance, entre 2004 et 2007, le nombre d'hospitalisations des moins de 15 ans dues au « binge drinking » a augmenté de plus de **50 %**.

• Un quart des adolescents de 17 ans déclarent avoir consommé du cannabis au cours du dernier mois. **71 %** en consomment au quotidien. (Baromètre santé 2010).

• On a observé une augmentation de **22 %** du nombre d'IVG (interruptions volontaires de grossesse) chez les mineures entre 2002 et 2007 (IGAS, 2009).

• **Deux millions d'enfants pauvres** vivent en France (rapport de la défenseure des enfants, novembre 2011).

une nouvelle donne ? Exemple en Poitou-Charentes, dont l'ARS est la première à avoir adopté son projet régional de santé (PRS), le 15 décembre 2011. « *Celui-ci consacre un axe important à la préadolescence et l'adolescence, en insistant sur l'éducation à la santé,* explique le Dr Martine Vivier-Darrigol, responsable de la prévention à la direction de la santé publique. *Dans notre région, 2 élèves sur 3 ont déjà expérimenté l'alcool à 11 ans. Les suicides sont la deuxième cause de mortalité des 15-24 ans. Surpoids, obésité et handicap font aussi partie de nos priorités. Au sein du PRS, le schéma régional de prévention (SRP) prend en compte les addictions, les difficultés de santé mentale et la prévention des grossesses non désirées ; un effort important est fait sur l'éducation à la sexualité via un partenariat signé avec le rectorat en 2011.* »

Prévenir, informer, coordonner

Quelles stratégies mettre en œuvre pour inverser la tendance ? **Prévention, coordination et information** peuvent participer à réduire les inégalités socio-économiques, estime la section Santé publique et Démographie médicale, qui insiste sur le rôle fondamental de prévention du médecin. « *Revaloriser le statut du médecin scolaire est une urgence de santé publique* », estime le rapport. Il est aussi suggéré de convertir la consultation effectuée par le médecin généraliste, chaque année, à la rentrée, pour rédiger le certificat d'aptitude au sport, en une véritable consultation de prévention. Généraliste à Châtillon-sur-Thouet, le Dr Jean Gautier se dit favorable à cette proposition : « *Cela me semble une bonne idée que d'inciter les praticiens à profiter de la consultation pour l'aptitude au sport pour vérifier différents points tels que la vaccination, et aussi réaliser le repérage des risques d'addiction liés au tabac, au cannabis et à l'alcool. C'est ce que j'essaie de faire dès que cela est possible.* » Il faudrait aussi instituer une visite obligatoire entre 12 et 14 ans, remboursée à 100 %, comme cela est pratiqué dans le dépistage des pathologies buccodentaires.

Autre piste à développer : la création du DMP (dossier médical personnel) dès la naissance, afin de faciliter la coordination des soins entre les différents acteurs, médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et scolaires, hospitaliers et libéraux, professionnels médico-sociaux. La section Santé publique propose que dans la région pilote où sera mis en place le DMP sur clé USB, celui-ci intègre dans ses essais les enfants dès la naissance.

Enfin, il paraît essentiel d'informer les jeunes et de faire appliquer les réglementations utiles à la prévention, comme l'information sexuelle à l'école, dans les collèges et les lycées. La loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001, qui impose trois séances annuelles par classe d'âge sur ce sujet, n'est toujours pas appliquée dans tous les établissements scolaires…

+ POUR EN SAVOIR PLUS :

• Le rapport du Dr Isabelle Bohl est téléchargeable à l'adresse : www.conseil-national.medecin.fr/article/sante-de-l-enfant-et-de-l-adolescent-prises-en-charge-1126

• « Pour une médecine scolaire renforcée et rénovée au service de l'enfant » - Rapport d'information de l'Assemblée nationale n° 3968, novembre 2011.

POINT DE VUE extérieur

« De 0 à 18 ans, c'est toute une politique de santé publique qui n'a pas été mise en place »

DR

Pr Danièle Sommelet, professeur émérite de pédiatrie, (CHU de Nancy). En septembre 2007, le Pr Danièle Sommelet a présenté un rapport de 600 pages qui fait toujours référence : « L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé » (La Documentation française).

interview

Quel constat faites-vous, cinq ans après la publication de votre rapport, sur la prise en charge des enfants et des adolescents ?

Pr Danièle Sommelet : Rien n'a changé. L'état de santé des enfants est considéré comme satisfaisant. Mais les inégalités d'accès aux mesures de prise en charge individuelle et collective perdurent. De même persistent des inégalités dans la prise en charge des situations de vulnérabilité (certaines maladies chroniques, situations de handicap, environnement sociofamilial difficile…).
Les problèmes de santé mentale (addictions, tentatives de suicide, accidents, conduites à risque) touchent près de 15 % des adolescents. Certes, un plan Santé des jeunes a été mis en œuvre en 2008. Mais il concerne les 16-25 ans. Ce plan commence beaucoup trop tard. Il oublie qu'un adolescent a été un enfant et il ne permet pas de repérer les problèmes survenus dans la période précédente. Par ailleurs, l'approche des adolescents par les médecins n'est pas parfaite. Il faudrait une formation pour apprendre à parler à un adolescent et à l'examiner. L'une des 12 propositions listées dans mon rapport va dans ce sens.

Quelles sont vos autres propositions ?

D. S. : Je préconise une action nationale cohérente, qui se décline au plan local, pour la promotion de la santé, avec des documents, des actes de sensibilisation, qui soient le fruit d'un travail partagé entre médecins généralistes, pédiatres, PMI, psychiatres de l'enfant et de l'adolescent, enseignants, médecins et infirmières scolaires…
Il faudrait homogénéiser le repérage des troubles des apprentissages (langage, lecture, écriture, calcul…) et orienter correctement les enfants vers les centres de ressources. Il y a aussi des efforts à faire en matière de coordination des différents intervenants. En effet, les consultations prévues sont réalisées par une multitude d'acteurs qui ne se concertent pas systématiquement. Autre point important : il faut limiter les inégalités liées à l'environnement psychosocial, et pour cela repérer – sans les stigmatiser – les familles en situation de vulnérabilité. Cela nécessite une articulation avec les acteurs sociaux, surtout avec ceux qui peuvent se rendre au domicile des familles. Tous les acteurs médicaux et sociaux concernés devraient se réunir autour d'une table pour définir les rôles de chacun.

Quels progrès ont été faits ?

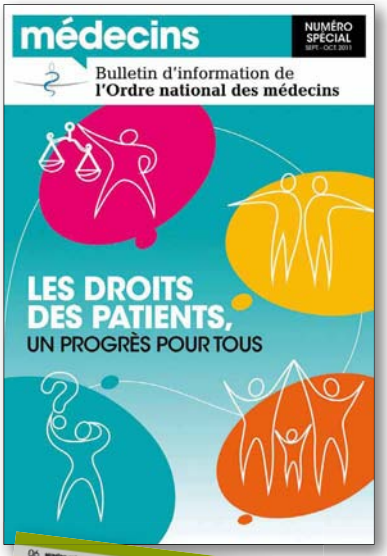
D. S. : Des progrès ont été effectués en matière de recherche et de prise en charge médicale (notamment pour le cancer des enfants). Mais dès qu'il s'agit d'assurer des soins autres que physiques, en particulier dans les domaines du handicap et des maladies chroniques, la coordination des acteurs n'est pas effective. Une politique globale de santé publique de 0 à 18 ans n'a pas été mise en place. La raison ? Les ministres préfèrent engager des programmes ciblés sur une situation ponctuelle permettant d'obtenir des résultats rapidement tangibles, ceci plutôt que de mener des chantiers de long terme. Les droits de l'enfant doivent être respectés ; la santé est un droit pour ceux qui, de 0 à 18 ans, représentent 23 % de la population et sont les adultes de demain. Seule la mise en place d'un plan interministériel sous la responsabilité du président de la République devrait permettre, grâce à une volonté politique forte, de répondre à leurs besoins.

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

DROITS DES MÉDECINS

Après le numéro spécial du Bulletin de l'Ordre des médecins sur les droits des patients, j'attends avec beaucoup d'impatience son corollaire, le numéro spécial sur les droits des médecins : l'un ne peut aller sans l'autre. Comment voulez-vous attirer des jeunes praticiens si l'exercice libéral implique de telles contraintes ?

Dr B. D (94)



ET LE MÉDIATEUR ?

La lecture de votre numéro spécial daté septembre-octobre 2011 sur les droits des patients m'a vivement intéressé. Certains articles sont d'une criante vérité, ainsi que quelques mises au point. Assurant depuis une dizaine d'années le rôle de médiateur au sein du centre hospitalier Belfort-Montbéliard, chirurgien en retraite depuis trois ans, j'ai été étonné de l'absence d'article sur le rôle du médiateur, qui me paraît être également un intermédiaire et, du moins en ce qui me concerne, un défenseur des droits du patient. Cette fonction m'a permis d'éviter souvent aux usagers d'errer dans les méandres de la justice, et de redresser certaines situations. Cette remarque n'est bien entendu pas une critique.

Dr Claude Runser (90)

Vous avez raison ! Vous voudrez bien nous pardonner de ne pas avoir pu être exhaustif, et nous traiterons du rôle du médiateur dans les hôpitaux dans un prochain magazine.

***Dr André Deseur, rédacteur en chef de* Médecins**

LES MÉDECINS QUI ÉVALUENT LE DOMMAGE CORPOREL

La lecture de l'article du Dr Rossant-Lumbroso sur les médecins qui évaluent le dommage corporel (*Médecins* n° 21) m'inspire deux réflexions complémentaires.

- Il existe une 4e catégorie de médecins concernés par l'expertise en évaluation du dommage corporel, celle des médecins conseils de l'Assurance maladie (régime général, MSA, RSI et autres…). Une grande partie de leur temps consiste à examiner et à quantifier les séquelles résultant d'un accident du travail. Un certain nombre d'entre eux est titulaire d'un DU de réparation juridique du dommage corporel.
- Dans le cadre de l'expertise L. 141-1, le médecin désigné comme expert ne doit pas être obligatoirement inscrit sur une liste. Ce n'est qu'en cas de désaccord entre le médecin traitant et le médecin conseil que la désignation par le directeur de l'ARS se fait à partir d'une liste de médecins agréés auprès de la cour d'appel.

Dr Jean-Luc Prat

CAHIER JURISPRATIQUE 17

Focus sur les médecins qui évaluent le dommage corporel

Un rapport du Dr Jacqueline Rossant-Lumbroso, conseillère national de l'Ordre, s'est penché sur l'expertise médicale en évaluation du dommage corporel. Le domaine pénal est exclu de cette analyse qui détaille trois catégories de médecins concernés par cette expertise.

L'objectif de l'expertise médicale en évaluation du dommage corporel est de déterminer, chez une victime, les séquelles imputables à un fait générateur de dommage corporel quel qu'il soit. Pour exercer ce rôle, le médecin doit connaître parfaitement les règles du raisonnement médico-légal, les différentes procédures et le cadre juridique d'intervention (pénal, civil, administratif, CRCI, contractuel, droit de la CPAM, etc.). Il s'agit donc d'un exercice spécialisé.

1. L'expert judiciaire

C'est le seul qui puisse se prévaloir du titre d' « expert ». L'expert judiciaire exerce la médecine et réalise de temps en temps des expertises judiciaires. En général, l'expert judiciaire exerce l'activité d'expertise de manière occasionnelle.

Comment devient-on expert judiciaire ?

Les critères d'inscription sur la liste des experts judiciaires ont été précisés par le décret n°2004-1463 du 23 décembre 2004. Le médecin intéressé doit faire une demande au Procureur de la République près le Tribunal de Grande Instance dans le ressort duquel il exerce son activité professionnelle, ou il a sa résidence. S'il est retenu, le médecin est inscrit sur la liste pour une durée de 3 ans, après avoir prêté serment. Il doit pendant ce temps faire une formation continue dans le domaine médico-légal, qui conditionne sa réinscription, valable pour 5 ans.

Quelles sont les compétences attendues d'un expert judiciaire ?

- une compétence dans son domaine de spécialité
- la parfaite connaissance des règles de l'évaluation médico-légale, et en particulier des critères d'imputabilité
- le respect du principe du contradictoire
- la possibilité de faire appel éventuellement à un confrère spécialiste d'un domaine donné pour un avis technique (sapiteur)
- une organisation permettant des conditions d'accueil et de réalisation de l'expertise optimales, qui donnent à la victime la certitude d'avoir été entendue et comprise, quelles que soient les conclusions.
- la rédaction d'un rapport clair, précis, argumenté, répondant précisément aux questions de la mission et uniquement à ces questions, ainsi qu'aux dires des parties.

Le Code de déontologie médicale traite spécifiquement de cet exercice dans ses articles 105 à 108 (articles R. 4127-105 à R. 4127-108 du Code de la Santé Publique.)

Quel est le rôle de l'expert judiciaire ?

Son action doit permettre l'indemnisation d'un dommage corporel par le magistrat, qui va établir et chiffrer la totalité des préjudices au vu du rapport d'expertise.

Son rôle est de fournir une réponse argumentée sur le plan médico-légal, qui éclairera le juge. Celui-ci n'est cependant pas tenu par l'avis de l'expert.

suite page 18

médecins n° 22 mars - avril 2010

•Les «experts en accidents médicaux»

• Ils interviennent dans le cadre des dossiers de responsabilité médicale, la liste en est établie par la CNAMed (commission nationale des accidents médicaux), créée par la loi du 4 mars 2002. Ils sont missionnés par les présidents de Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI). Ils ont le même rôle que les experts judiciaires, et sont généralement aussi inscrits sur les listes d'experts près les Cours d'Appel.

• Les «experts» dans le cadre du code de la sécurité sociale

• Ils réalisent par exemple les expertises L141-1. Ces médecins sont inscrits sur une liste spécifique, arrêtée à la liste des experts près les Cours d'Appel. Ils sont souvent inscrits aussi dans une autre rubrique de la liste selon leur spécialité. Ces expertises n'obéissent pas aux mêmes règles (principe du contradictoire, délai de remise du rapport, honoraires d'expert…).

ERRATUM À PROPOS DU CERTIFICAT MÉDICAL POUR MAJEURS PROTÉGÉS

J'attire votre attention sur une information erronée parue dans *Médecins* n° 11 de mai-juin 2010, concernant la rédaction des certificats médicaux pour les majeurs protégés.
En effet sur les bases de cette information, un médecin du département a facturé, en toute bonne foi, ce certificat 160 euros. Nous avons été saisis à son encontre d'une doléance émanant du juge des tutelles, au motif que le dit médecin, n'étant pas médecin agréé par le juge des tutelles, ne pouvait facturer 160 euros.
Il s'avère que l'article fait certes référence à un décret, mais son résumé explique que ce tarif de 160 euros *« s'applique à tous les médecins quels que soient leur secteur conventionnel et leur statut, que le médecin soit requis pour rédiger ce certificat ou le rédige à la demande d'un tiers »*.

À mon sens, ce résumé sème la confusion dans l'esprit des médecins qui le lisent et risquent de confondre le certificat « circonstancié », que demandent les juges des tutelles pour l'instauration d'une mesure de protection, la dispense d'audition du juge ou l'instauration d'une procédure à titre définitif (certificat qui est en fait une expertise et ne peut être rédigé que par un médecin habilité et inscrit sur la liste des médecins agréés par le juge des tutelles), avec le certificat « standard » de renouvellement de mesure de protection (qui n'est pas une expertise) qui, lui, peut être rédigé par n'importe quel médecin. En tout état de cause, ce certificat « standard » ne peut être tarifé 160 euros.

Dr P. Puygrenier,
vice-président du conseil départemental du Loiret

Texte : Claire Peltier

Association française des malades du myélome multiple (AF3M)

Pour un diagnostic plus précoce

2007
Création de l'Association française des malades du myélome multiple (AF3M) par des personnes atteintes de cette maladie et leurs proches.

2012
L'association regroupe environ 1 000 adhérents, malades ou proches, et de nombreux membres donateurs.

Prix AF3M
Le Prix « AF3M, le myélome et ses malades » récompense un travail de recherche qui contribue à améliorer la qualité de vie des malades. En 2011, il a été décerné au Pr Philippe Moreau, chef du service d'hématologie clinique au CHU de Nantes.

Le myélome multiple reste une maladie grave mais les thérapies découvertes récemment sont porteuses d'espoir pour les malades. Elles diminuent efficacement les symptômes et permettent de prolonger la survie de façon très significative. Ces thérapies peuvent être introduites dès le premier traitement. Mais, un diagnostic trop tardif peut diminuer l'efficacité du traitement et les chances du patient. L'AF3M a donc édité une brochure à l'attention des généralistes, qui rappelle quels sont les symptômes devant alerter.

Les symptômes cliniques

- Une asthénie et/ou un amaigrissement importants.
- Des douleurs osseuses persistantes qui cèdent mal aux antalgiques habituels, particulièrement les lombalgies.
- Des vomissements, des vertiges, des céphalées, une somnolence anormale (hypercalcémie et hyperviscosité).

Les symptômes biologiques

- Une augmentation de la vitesse de sédimentation.
- Une anémie (normocytaire : VGM normal).
- Une insuffisance rénale.
- Une sensibilité anormale aux infections (bactéries).
- Une radiculalgie, une sciatalgie, voire un début de déficit moteur (compression médullaire).

L'existence d'un ou plusieurs de ces symptômes doit conduire à réaliser une électrophorèse des protides du sang.

Poser le diagnostic

- Par une électrophorèse des protéines sériques.
- Une protéinurie des 24 heures avec électrophorèse des protéines urinaires.
- Des radiographies osseuses (lacune, fracture pathologique, tassement vertébral).

Confirmer le diagnostic

- Le patient sera orienté vers un hématologue pour un bilan complet (myélogramme, immunofixation, facteurs pronostiques).
- La prise en charge du patient peut être élaborée à cette étape.

©DR

« Développer l'information sur les essais cliniques »

Claude Jobert, président de l'AF3M

interview

Quelles sont les activités de l'association ?
Chaque année, nous organisons une journée nationale d'information, en partenariat avec l'Intergroupe francophone du myélome. La prochaine aura lieu le 20 octobre. Il s'agit de rencontres entre les malades, leurs proches, des personnels soignants et des médecins spécialistes dans le traitement du myélome qui ont lieu dans une quinzaine de villes. Elles permettent de faire le point sur les avancées de la recherche et de répondre aux questions des malades. Par ailleurs, nos correspondants régionaux sont en contact de nos adhérents, tout au long de l'année, pour les aider à mieux vivre la maladie.

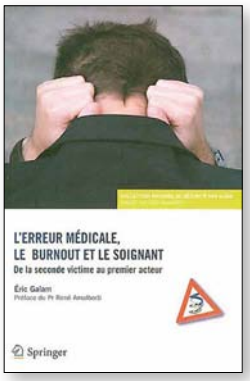
Quels sont vos projets pour 2012 ?
Nous souhaitons développer l'information sur les essais cliniques, qui sont très nombreux en ce moment. L'objectif est d'améliorer l'information des malades inclus dans les essais cliniques en leur apportant une information complète, de qualité et pédagogique. Nous allons commencer ce travail avec la publication, au 1er semestre 2012, d'un dossier pour cinq essais cliniques de phase III en cours. Enfin, l'association souhaite être davantage associée à la mise en œuvre des protocoles de recherche clinique, en lien notamment avec l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps).

Sida 2.0 : 30 ans de regards croisés

En trente ans, le sida a su provoquer une révolution médicale sans précédent dans les relations entre la recherche et les malades, entre les médecins et les patients, entre les médias et le bénévolat associatif. Il est temps de raconter son histoire. Ses histoires. À travers leurs témoignages croisés, les auteurs questionnent notre responsabilité, individuelle et étatique, et nous invitent à nous servir au mieux des nouveaux outils mis à notre disposition pour enrayer la maladie.

↘ *Sida 2.0: 1981-2011: 30 ans de regards croisés,* **de Didier Lestrade et Gilles Pialoux, postface d'Odon Vallet, préface de Michel Kazatchkine. Fleuve noir, janvier 2012, 461 pages, 19,20 euros.**

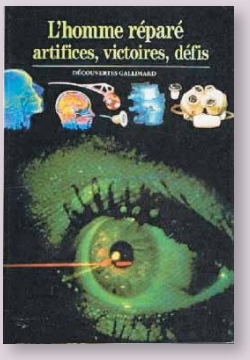
L'erreur médicale, le burnout et le soignant



Si les soignants sont compétents, fiables et utilisables, ils n'en restent pas moins humains, faillibles, perfectibles et respectables et, enfin, vulnérables et précieux. Lorsqu'ils sont impliqués à tort ou à raison dans une erreur médicale ou un événement indésirable associé aux soins, ils sont aussi, souvent, en souffrance, confrontés à un véritable « accident du travail » qui doit être accompagné et traité comme tel. Or s'intéresser au vécu des soignants relève d'un véritable tabou. À l'ère de la prévention, de l'autonomie et de la responsabilité, une approche proactive et lucide est nécessaire et il faut aider les patients à (re)devenir acteurs de leurs soins et les soignants à aborder, « sans peur et sans reproches », leurs fragilités et difficultés.

↘ *L'erreur médicale, le burnout et le soignant: de la seconde victime au premier acteur,* **du Dr Éric Galam, préface de René Amalberti, Springer Verlag France, 327 pages, 40 euros.**

L'homme réparé



Vivre plus longtemps, plus beau, plus fort et plus intelligent. Qui pourrait refuser cette proposition dans un monde où l'obligation de performance se fait de plus en plus pressante ? Mais à quel prix et au bénéfice de qui ? Hervé Chneiweiss explore les résultats réels ou escomptés, les limites techniques et les implications éthiques des moyens développés pour régénérer l'homme. En tant que médecin et directeur de recherche au CNRS, il ne s'agit pas pour lui d'inciter son lecteur à refuser toute forme de progrès scientifique, ni même certains aspects de l'homme augmenté, mais de lui donner les moyens de choisir. En prenant garde à l'idéologie de la promesse, il convient d'ouvrir les yeux sur le monde qui vient.

↘ *L'homme réparé: espoirs, limites et enjeux de la médecine régénératrice,* **d'Hervé Chneiweiss. Éditions Plon, 214 pages, 19 euros.**

Chaque visage a une histoire

Changer de visage pour changer de vie, c'est ce à quoi aspirent des dizaines de patients qui n'ont plus qu'un espoir : la greffe. Chaque visage a une histoire, que le professeur Lantieri, l'un des plus éminents spécialistes mondiaux de chirurgie reconstructrice, nous raconte dans ce livre en forme de mémoires. C'est aussi le récit du véritable parcours du combattant mené au jour le jour par un chirurgien passionné et par son équipe.

↘ *Chaque visage a une histoire,* **du Pr Laurent Lantiéri, avec Alexandre Duyck. Flammarion, janvier 2012, 288 pages, 18 euros.**

Propos recueillis par **Cécile Couturier**

“L’une des fonctions les plus passionnantes de la médecine”

Dr François Arnault

ORL en libéral et à l’hôpital, il est aussi maire d’une commune rurale de 1600 habitants (Availles en Chatellerault) et président du conseil départemental de l’Ordre des médecins de la Vienne.

©DR

PARCOURS

1952
Naissance à Poitiers

1972
Études de médecine à Poitiers

1981
Certificat d’études spécialisées en ORL à l’hôpital Lariboisière, à Paris, et au CHU de Poitiers

1982
Installation en libéral à Châtellerault (86)

1987
Élu conseiller départemental de l’Ordre des médecins de la Vienne

2005
Élu président du conseil départemental de l’Ordre des médecins de la Vienne

témoignage

L’engagement dans l’exercice professionnel m’a toujours intéressé et je me suis rapidement tourné vers l’Ordre, dont les missions sont à mon sens indispensables : il contribue à organiser la profession médicale et à garantir une meilleure qualité de soins à la population. Dès 35 ans, je me suis donc présenté au conseil départemental de l’Ordre de la Vienne.

Cela fait aujourd’hui sept ans que je suis président de cette instance. J’anime une équipe de 18 conseillers ordinaux, tous très investis dans leur rôle. C’est ce travail en équipe qui me passionne. J’apprécie la confiance que nous accordent les médecins et je souhaite postuler à un nouveau mandat de trois ans.

Ma tâche au quotidien consiste à lire tout le courrier qui parvient au conseil, ainsi que les circulaires et autres textes, et à répartir les dossiers auprès des membres du conseil. Mais, les affaires liées directement au judiciaire, aux relations avec l’Agence régionale de santé, avec les services de l’État, et tout ce qui concerne la gestion et l’organisation de la permanence des soins, me reviennent tout particulièrement.

Les principaux dossiers qui nous occupent en ce moment ?

En premier lieu, la démographie médicale. Depuis le début de l’année, nous avons enregistré un certain nombre de départs en retraite, et nous essayons de trouver des solutions pour inciter les jeunes confrères à s’installer. C’est un gros travail, notamment dans le monde rural, et depuis des années, avec nos partenaires, nous favorisons le développement de maisons pluridisciplinaires de santé. Plusieurs structures sont sur le point d’ouvrir dans le département. Mes missions de président occupent la plupart de mes soirées. Mes journées sont consacrées à l’ORL en libéral et à l’hôpital , et les samedis à la mairie. Mon activité médicale me permet de garder un lien avec les patients, me donne un réel équilibre… et beaucoup de travail !