



Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins

» Dossier p.22

Développement professionnel continu : ce qu'il faut savoir

» L'essentiel
**Observatoire
de la sécurité :**
le bilan 2011 p. 4

» Réflexion
**Comment faire face
à un refus
de soins ?** p. 10

» Courrier des lecteurs
**Publication
du courrier de la
CSMF et du SML** p. 28



➤ **L'essentiel** | 04

• Observatoire de la sécurité :
un bilan 2011 toujours aussi
inquiétant

• Droit au séjour pour
raison médicale :
le certificat médical est illégal

➤ **Sur le terrain** | 08

Nord-Pas-de-Calais :
l'AVC soigné à distance

➤ **Réflexion** | 10

Comment faire face à un refus
de soins ?

➤ **Ailleurs** | 21

Vers un partenariat
franco-allemand plus solide

➤ **Courrier
des lecteurs** | 28

➤ **La voix des
associations** | 30

La Fédération nationale
des aphasiques de France

➤ **Culture médicale** | 31

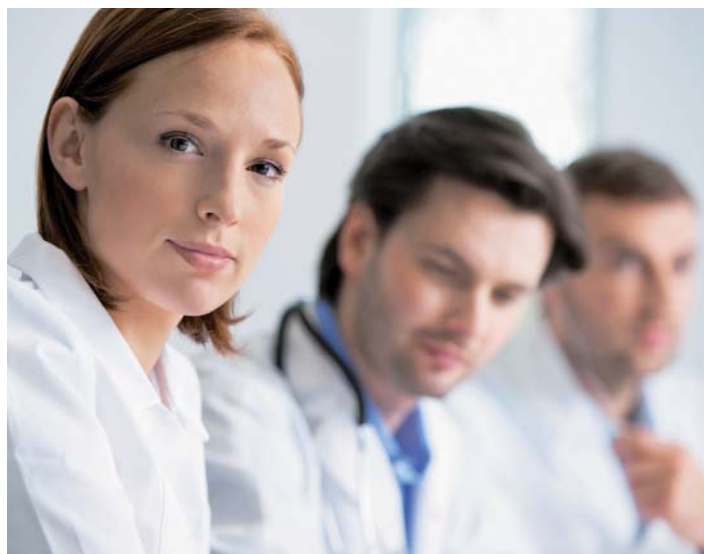
La sélection du mois

➤ **À vous la parole** | 32

D^r Émilie Bourges, généraliste
en Seine-Saint-Denis

➤ **Dossier** | 22

Développement professionnel continu : ce qu'il faut savoir



© GraphicObsession

Le ministère de la Santé met en œuvre cette année le développement professionnel continu (DPC) des professions de santé. La loi HPST et les décrets d'application publiés au Journal officiel en janvier 2012 prévoient la réunion de la FMC et de l'EPP ainsi qu'une nouvelle organisation de la profession autour des conseils professionnels de spécialité. Une période de transition d'un an doit permettre l'installation du nouveau dispositif.

Cahier jurispratique | 13

- LES NOUVELLES DISPOSITIONS
SUR LA MÉDECINE DU TRAVAIL | 14
- LA VALIDATION DES ACQUIS DE L'EXPÉRIENCE POUR
L'OBTENTION D'UN DESC DE GROUPE 1 NON QUALIFIANT | 17
- OBSERVATOIRE POUR LA SÉCURITÉ DES MÉDECINS :
DÉCLARER UN INCIDENT | 18
- REMPLACEMENTS PAR DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE | 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

La conciliation est une étape indispensable



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

“

**Je me refuse à ce
que des médecins
soient condamnés,
quelle qu'en
soit la cause,
sans qu'une phase
de concertation
préalable ait eu lieu.**

”

Refus de soins, dépassements d'honoraires... quel que soit le motif de la plainte, un médecin a droit à être entendu, à être mis en garde et averti si besoin, avant d'être condamné s'il le faut. C'est là l'une des règles fondamentales de notre démocratie et de notre système judiciaire, qui doit être appliquée dans le champ médical comme ailleurs. Je me refuse à ce que des médecins soient condamnés, quelle qu'en soit la cause, sans qu'une tentative de conciliation ait eu lieu auparavant. Si condamnation il doit y avoir, elle ne peut intervenir que si le médecin persiste dans son attitude fautive, sans tenir compte des avertissements qu'il aura reçus. Lors de l'élaboration de la loi dite Hôpital, patients, santé et territoires, je me suis impliqué, avec succès, pour que cette conciliation soit prévue par la réglementation.

Selon l'article 54 de la loi du 21 juillet 2009, elle doit être menée par une commission mixte composée, à parité, de représentants du conseil départemental de l'Ordre et de l'organisme local d'assurance maladie. Las ! À ce jour, la Caisse nationale d'assurance maladie s'oppose à la mise en place de ces commissions, malgré mes demandes régulièrement renouvelées. En outre, elle bloque la transmission aux conseils départementaux de l'Ordre des noms des médecins dont l'activité est susceptible de constituer un manquement à la déontologie. Or seule l'Assurance maladie détient ces informations, qu'elle doit communiquer à l'Ordre, selon la loi. Ce déficit permanent d'information prive l'Ordre de tout moyen d'agir, ce que nous déplorons vivement.

médecins

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

E-mail : conseil-national@cn.medicin.fr – RÉDACTEUR EN CHEF : Dr André Deseur – COORDINATION : Éveline Acchiardi

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

Marie-Laure Noel – SECRÉTARIAT DE RÉDACTION : Alexandra Roy – FABRICATION : Sylvie Esquer – COUVERTURE : DR – IMPRESSION : IGP

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



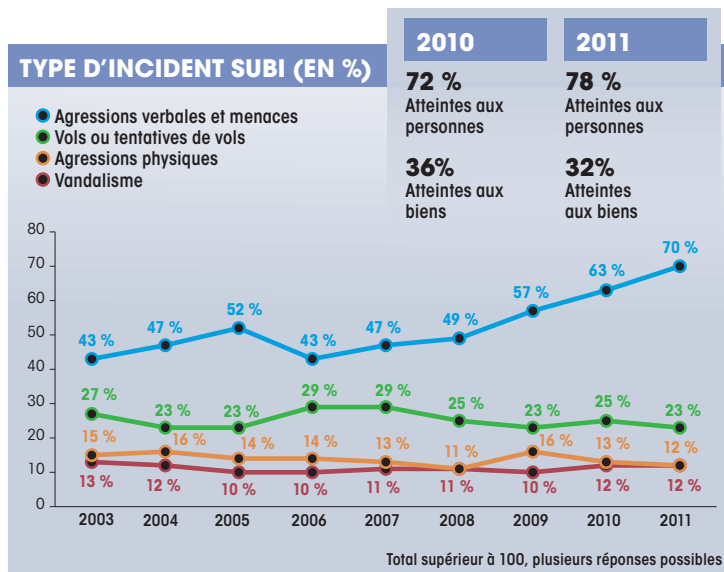
Ce document a été réalisé
selon des procédés
respectueux
de l'environnement.

➤ Observatoire de la sécurité

Un bilan 2011 toujours aussi

Créé par le conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) en 2002, l'observatoire de la sécurité des médecins a révélé, fin mars, ses résultats pour 2011. Ils montrent un très léger recul du nombre d'incidents par rapport à 2010. Une tendance qui doit toutefois être analysée avec beaucoup de prudence...

Basés sur les déclarations transmises par les médecins à leur conseil départemental de l'Ordre, les incidents recensés par l'observatoire ordinal de la sécurité sont en très léger recul par rapport à 2010 (822 contre 920). « Cette diminution doit toutefois être analysée avec recul. Nous sommes à la limite de la significativité. Surtout, le nombre d'incidents reste très largement supérieur à la moyenne de 651 déclarations par an constatée depuis la création de l'observatoire en 2002 », souligne le Dr Bernard Le Douarin, conseiller national de l'Ordre et coordonnateur de l'observatoire. « Cette insécurité est inacceptable. Elle est facteur de destruction des soins dans ces territoires sensibles. Elle pèse sur l'accès aux soins des patients, souvent les plus démunis », renchérit le Dr Michel Legmann, président du conseil national de l'Ordre des



médecins, qui déplore ces zones de « non-droit sanitaire ». Pour enrayer cette évolution, sept Ordres des professions de santé, dont le Cnom, ont signé, en avril 2011, un

protocole national avec les ministères de l'Intérieur, de la Justice et de la Santé. Il prévoit la mise en place, dans chaque département, d'un numéro dédié aux appels des

POINT DE VUE de l'Ordre



Dr Bernard Le Douarin, conseiller national, coordonnateur de l'observatoire de la sécurité des médecins

« Nous devons convaincre les médecins d'agir »

« Depuis la création de l'observatoire, nous incitons les médecins à porter plainte après une agression, une simple main courante étant inefficace. Mais aujourd'hui, nous constatons qu'à peine un tiers des incidents sont suivis d'une plainte, sans doute par peur des représailles. Nous devons donc redoubler nos efforts pour convaincre les médecins d'agir. Dans le cadre du protocole national contre l'insécurité, l'Ordre a obtenu la mise en place d'un numéro de secours dédié aux médecins en cas d'urgence et d'un

interlocuteur référent au commissariat ou à la gendarmerie pour faciliter le dépôt de plaintes... Depuis quelques années, les conseils départementaux de l'Ordre peuvent aussi se porter civile à la place des médecins pour leur éviter d'assister au procès. Des référents « sécurité » ont d'ailleurs été désignés dans la majorité des conseils. Enfin, l'Ordre travaille à la création de vidéos pour former les médecins à la gestion des conflits et souhaite développer la géolocalisation des professionnels de santé en nuit profonde. »

inquiétant

médecins victimes d'infractions et de procédures pour faciliter le dépôt de plainte. Soixante-deux conseils départementaux de l'Ordre l'ont déjà décliné sur le terrain (voir témoignage).

1 Quels sont les incidents ?

Si les atteintes aux biens sont en diminution (32 % contre 36 % en 2010), les atteintes aux personnes progressent (78 % contre 72 % en 2010). Il s'agit principalement d'agressions verbales ou de menaces (70 % contre 63 % en 2010) : elles augmentent régulièrement depuis la création de l'observatoire. Les autres incidents comme les vols et les agressions physiques sont, eux, stables ou en légère baisse. Quels sont les motifs supposés ou établis de ces incidents ? Les médecins citent principalement le reproche relatif à une prise en charge (26 %), le vol ou la tentative de vol (20 %), le refus de prescription (16 %) ou un temps d'attente excessif (9 %). Ces incidents ont entraîné une interruption de travail pour la victime dans 8 % des cas (contre 10 % en 2009).

2 Qui sont les auteurs de ces incidents ?

Ces incidents sont le plus souvent le fait du patient lui-même (53 % des cas). Il s'agit parfois d'une personne qui accompagne le patient (16 %) ou d'une tierce personne (13 %). Une arme a été utilisée dans 5 % des cas, le plus souvent un couteau ou un cutter.

3 Qui sont les victimes ?

La victime est le médecin dans 90 % des cas et un collaborateur dans 17 % : le total des réponses est supérieur à 100 %, plusieurs personnes pouvant être victimes lors d'une même agression. Comme



Dr Edgar Fellous, généraliste à Bobigny, président du conseil départemental de l'Ordre des médecins de Seine-Saint-Denis

“ Pour que l'agression ne reste pas sans suite ”

témoignage

« Le conseil départemental de l'Ordre a mis en place un certain nombre de mesures avec les forces de police et les services de l'État depuis le début des années 2000. Nous essayons d'agir avant, pendant et, malheureusement, après l'agression. En matière de prévention, nous avons d'abord publié un guide pratique sur la sécurité, qui a été distribué aux médecins par la police de proximité. En outre, les médecins qui le souhaitaient ont pu bénéficier d'un audit de leur cabinet. Nous avons également mis en place un numéro d'urgence dédié qui aboutit directement à la salle d'État-major et permet de dépêcher automatiquement une brigade anti-criminalité. Ce dispositif est particulièrement efficace. Enfin, en cas d'agression, le conseil départemental a réussi à mettre en place des mesures pour que l'agression ne reste pas sans suite. Ainsi, le dépôt de plainte se fait désormais sur rendez-vous au commissariat pour éviter au médecin de perdre trop de temps. Et au moment de l'audience au tribunal, le conseil départemental se porte partie civile au nom du médecin qui n'a pas besoin d'être présent. Ce dispositif doit beaucoup aux liens de proximité et de confiance que nous avons tissés avec les services de l'État, chacun restant dans son rôle. »

chaque année, les généralistes sont les médecins les plus exposés : ils forment 53 % du corps médical mais 60 % des victimes d'incidents. Viennent ensuite les ophtalmologistes (6 %), les gynécologues-obstétriciens (5 %), les psychiatres (4 %), les dermatologues et les médecins du travail. La victime est aussi plus souvent une femme : c'est une évolution inquiétante dans une profession qui se féminise très rapidement.

4 Où surviennent les incidents ?

Les agressions en centre-ville s'accroissent de manière significative depuis quatre ans : 55 % des incidents recensés en 2011 se déroulent en milieu urbain ou en centre-ville contre 44 % en 2008. En revanche, la proportion d'incidents en milieu rural et en banlieue décroît lente-

ment. Enfin, les départements qui ont le plus fort « taux de victimisation »¹ sont la Seine-Saint-Denis, les Hautes-Pyrénées, l'Aisne et la Loire.

1. Taux de victimisation : nombre de déclarations d'incidents par rapport au nombre de médecins inscrits.

+ D'INFOS :

www.conseil-national.medecin.fr

► Lire les résultats 2011 de l'observatoire de la sécurité des médecins.

► Pour déclarer un incident, le conseil national de l'Ordre des médecins a édité un modèle de signalement.

► Consulter le « Guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé », fruit d'une étroite coopération entre le ministère de l'Intérieur, l'observatoire des violences en milieu hospitalier et les sept Ordres des professions de santé.

Droit au séjour pour raison médicale : le certificat médical est illégal

De nombreux médecins de soins nous ont fait part des difficultés rencontrées par des personnes étrangères qui sollicitent un titre de séjour en France en raison de leur état de santé. Le conseil national de l'Ordre rappelle aux médecins qu'ils doivent refuser d'établir un certificat médical dans ce contexte.

Selon un arrêté du 9 novembre 2011, l'étranger qui a déposé une demande de délivrance ou de renouvellement de carte de séjour temporaire pour raison de santé est tenu de faire établir un rapport médical relatif à son état de santé par un médecin agréé ou par un médecin praticien hospitalier. Des préfectures, pour enregistrer la demande de titre de séjour pour soins, réclament à la personne malade un certificat médical « précis et circonstancié » du médecin

qui la soigne. Or l'article R. 313-4 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile précise que les personnes malades qui sollicitent la délivrance d'un titre de séjour en raison de leur état de santé n'ont pas à produire

le certificat médical, prévu à l'article R. 313-1, 4° du même code pour toute demande de carte de séjour temporaire. Cette pratique, outre le fait qu'elle ne respecte pas la réglementation en vigueur, est contraire au secret médical auquel toute personne malade a droit. Dans ces conditions, les médecins de soins ne peuvent que refuser d'établir un tel certificat.

➤ **D^r Pierrick Cressard, président de la section Éthique et déontologie**

+ D'INFOS :

Arrêté du 9 novembre 2011 relatif aux conditions d'établissement et de transmission des avis rendus par les agences régionales de santé en application de l'article R. 313-22 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile en vue de la délivrance d'un titre de séjour pour raison de santé publié au Journal officiel du 11 novembre 2011.



➤ COUVERTURE SUR LES DÉRIVES SECTAIRES

La couverture du *Bulletin de l'Ordre des médecins* n° 21 consacrée aux dérives sectaires a suscité des courriers de lecteurs indignés par cette représentation visuelle. Nous leur présentons nos excuses et leur assurons que ce visuel ne souhaitait pas mettre en cause le bouddhisme, le taoïsme ou les adeptes du yoga, mais des activités sectaires qui prennent souvent le masque de la méditation contemplative.

Programme personnalisé de l'après-cancer : une première version mise en ligne

Conduit avec et par les médecins traitants, le programme personnalisé de l'après-cancer (PPAC) prend le relais du programme personnalisé de soins (PPS) en fin de traitement pour acter l'entrée dans une nouvelle période de la prise en charge, celle de l'après-cancer (ou de l'après-traitement). Il est remis au patient à la fin des traitements, pour lui permettre d'intégrer dans sa vie quotidienne son suivi, adapté à ses besoins et révisable au fil du temps. Une première version du programme personnalisé

de l'après-cancer (PPAC) est à la disposition des professionnels de santé, qui pourront se l'approprier, utiliser le modèle de PPAC et le faire évoluer.



+ D'INFOS :

www.e-cancer.fr/toutes-les-actualites/360/6856-prise-en-charge-de-lapres-cancer-les-propositions-de-linca-pour-la-mise-en-place-du-ppac



© DR



40 ans de médecine humanitaire

« **D'un hôpital à l'autre, partageons nos pratiques** », c'est le nom de l'exposition itinérante présentée par l'organisation non gouvernementale Médecins sans frontières. L'exposition a été dévoilée au centre hospitalier Henri-Mondor de Créteil en mars dernier. Elle sera présentée au CHU de Lyon du 9 au 16 mai, au CHU de Grenoble du 21 au 25 mai 2012, au CHU de Montpellier du 18 au 22 juin 2012 et

à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière (Paris, AP-HP) du 10 au 30 septembre. L'occasion de découvrir les évolutions de la médecine humanitaire depuis la création de l'ONG, il y a 40 ans.

+ D'INFOS :

<http://www.msf.fr>

L'Ordre aux Entretiens de Bichat

Le conseil national de l'Ordre des médecins participe aux Entretiens de Bichat 2012. Une conférence sera animée par deux conseillers nationaux de l'Ordre le vendredi 14 septembre à 11 heures sur le thème des certificats médicaux. Le Cnom tiendra également un stand d'information le vendredi 14 septembre pour répondre aux questions des médecins.

+ D'INFOS :

Entretiens de Bichat, du 13 au 15 septembre 2012, Paris, Palais des congrès (Porte Maillot)
www.lesentretiensdebichat.com/

S'opposer à la diffusion de ses données sur la base Sirene

Les articles R. 123-220 à R.123-234 du code de commerce instituent un système national d'identification des personnes physiques et morales et de leurs établissements articulé autour du répertoire des entreprises et des établissements (Sirene). La gestion de ce répertoire est confiée à l'Insee. L'article R. 123-232 du code de commerce prévoit que l'Insee peut communiquer ces données aux personnes ou organismes qui en font la demande. Il est possible, toutefois, de s'opposer à la diffusion de ses données. Il faut, pour cela, envoyer un courrier recommandé avec accusé de réception à l'Insee :

INSEE - Directeur général Timbre E230
18, bd Adolphe-Pinard
75675 Paris cedex 14



© Thinkstock



Nord-Pas-de-Calais

L'AVC soigné à distance

Les centres hospitaliers de Cambrai, Lens, Maubeuge et Valenciennes misent sur la télé-médecine pour améliorer la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux. D'autres établissements rejoindront progressivement le dispositif, au profit des populations confrontées à un déficit de neurologues. Zoom sur un projet unique en Europe.

Au beau milieu de sa nuit de garde, le Dr François Mounier-Vehier, neurologue au centre hospitalier de Lens, est réveillé : un patient victime d'un accident vasculaire cérébral (AVC) a été admis quelques minutes plus tôt à... l'hôpital de Valenciennes. Pas besoin de sauter dans la voiture pour parcourir les 60 kilomètres qui séparent les deux villes. Le praticien s'installe dans un « box », face à trois écrans, casque et micro vissés sur la tête, un joystick à la main pour piloter une caméra haute définition installée aux urgences de Valenciennes. La (télé)consultation commence.

Toutes les informations nécessaires

Cette scène rythme désormais le quotidien des gardes (soir et week-end) de neurologie/radiologie neuro-vasculaire des hôpitaux de Lens, Valenciennes et Maubeuge. Depuis juin 2011, ces trois services déploient en effet la télé-médecine afin d'améliorer la prise en charge des AVC, première cause de handicap acquis chez l'adulte, et troisième cause de décès en France.

Baptisé « Télé-AVC Artois-Hainaut », ce dispositif permet aux urgentistes des trois hôpitaux de solliciter, à distance, l'avis d'un radiologue et d'un neurologue de garde pour traiter des patients victimes de la thrombose d'une artère

cérébrale, forme la plus courante d'AVC (80 % des cas).

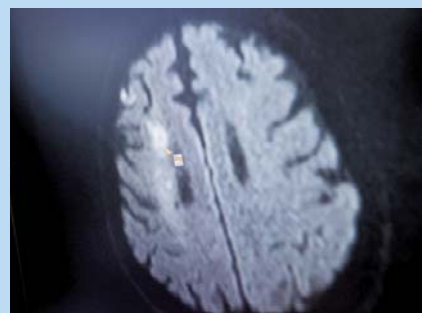
Le neurologue examine donc le patient grâce à la caméra, tandis que les résultats de l'IRM, préalablement analysés par le radiologue (lui aussi sur un site différent), s'affichent sur les écrans d'ordinateur. « À ce moment-là, je dispose de toutes les informations nécessaires pour prescrire, ou pas, une thrombolyse, et favoriser l'élimination des caillots sanguins pathologiques », explique le Dr Mounier-Vehier, instigateur du projet avec le Dr Isabelle Girard-Buttaz, neurologue au centre hospitalier de Valenciennes. Charge ensuite à l'urgentiste ou à l'infirmière neuro-vasculaire de réaliser l'acte médical. « Au début, on appréhendait de se retrouver sans le neurologue à nos côtés, ou qu'il y ait un bug informatique. Mais le dialogue avec le médecin reste le même », témoigne Agatha Rossi, infirmière neuro-vasculaire à Lens. « En cas de complication, nous assistons nos collègues, toujours à distance », poursuit le neurologue.

Gain de temps

En moyenne, 40 à 45 patients sont pris en charge chaque mois. Lorsqu'elle est prescrite, la thrombolyse est pratiquée en moyenne 1 h 15 après l'arrivée du patient aux urgences. Un délai presque équivalent à celui pratiqué pendant la journée (1 heure), lorsque les



Deuxième atout pour améliorer le traitement des AVC : les imageries par résonance magnétique. Dans le Nord-Pas-de-Calais, les radiologues réalisent des IRM plutôt que des scanners afin de repérer plus efficacement les cas de thrombose d'artère cérébrale.



équipes sont au complet. « Cette mutualisation des gardes est un gain de temps pour la prise en charge des patients admis la nuit et le week-end », confirme Yves Beauchamp, chargé de mission systèmes d'information et télé-médecine à l'agence régionale de santé (ARS) Nord-Pas-de-Calais. Pour les praticiens, c'est aussi moins contraignant que le régime d'astreinte. »

Neuf mois après son lancement, Télé-AVC Artois-Hainaut s'étend. Le centre hospitalier de Cambrai a rejoint le réseau en avril. Il devrait être bientôt imité par Arras ou Douai.

Ces établissements de santé ne disposent pas à ce jour d'unité



Dans son « box » médical, le neurologue de garde regarde trois écrans : le patient, filmé en direct, son dossier Télé-AVC et enfin ses résultats d'IRM.

Dr François Mounier-Vehier,
neurologue,
responsable du
service de neurologie
du Centre
hospitalier de Lens



“ On traite plus d'AVC ”

témoignage

Le projet Télé-AVC Artois-Hainaut est une nouvelle façon de soigner des patients victimes d'AVC, de décroquer les murs de l'hôpital en mutualisant les compétences existantes. Bien sûr, au début, nous avions quelques craintes, notamment de ne plus être au contact direct du patient, et de ne plus donner le rythme de l'intervention. Mais on se rend compte que la prise en charge ne perd ni en qualité, ni en sécurité. En neuf mois, une présence physique n'aurait peut-être facilité la prise de décision que dans moins de 5 % des cas. Le projet Télé-AVC Artois-Hainaut bénéficie avant tout aux patients, et comble le manque d'unités neuro-vasculaires sur le territoire. Par ailleurs, avec ce dispositif, nous informons les centres hospitaliers et acteurs de santé des nouvelles solutions pour traiter les AVC. Les chiffres le prouvent : en 2010, nous avons pratiqué 50 thrombolyse, 86 en 2011, et nous dépasserons la barre des 100 cette année. Autrement dit, on traite plus d'AVC, et on les traite mieux.



Le neurologue suit, à distance, l'examen du patient par l'urgentiste. Le dispositif Télé-AVC devrait être étendu aux avis neurologiques ou aux situations médicales complexes.

neuro-vasculaire (UNV), pourtant indispensable à la prise en charge des AVC. « À Cambrai, on ne pratiquait pas de thrombolyse, faute de neurologue pour la prescrire. Cet acte doit pourtant être réalisé au plus vite, moins de trois à quatre heures après l'accident vasculaire cérébral », rappelle Yves Beau-champ. À présent, les urgentistes de Cambrai contactent l'équipe de garde de Télé-AVC 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. L'avantage ? « Améliorer l'accès aux soins des populations du sud de la région, qui sont confrontées à un déficit de neurologues », répond François Mounier-Vehier. À l'horizon 2014, une quinzaine d'établissements de la région seront concernés.



Infirmières, urgentistes, neurologues et radiologues : au total, 85 praticiens hospitaliers et plus de 200 paramédicaux du Nord-Pas-de-Calais sont impliqués dans le projet Télé-AVC Artois-Hainaut. Le développement de la télémédecine fait partie des préconisations du plan national AVC 2010-2014.



Comment faire face à un refus de soins ?

Selon le code de déontologie, les médecins sont tenus de recueillir le consentement de leurs patients aux soins ou à la thérapeutique qu'ils leur proposent. Ils peuvent donc se voir opposer un refus. Dans cette situation, les praticiens restent désorientés. Comment interpréter ces refus et convaincre les patients de revenir sur leur choix ?

« **L**e médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables [...] », stipule l'article L. 1111-4 du code de la santé publique, rejoignant les termes de l'article 36 du code de déontologie médicale. En outre, « aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne, et ce consentement

peu être retiré à tout moment ». Entre assistance au patient et nécessité de respecter la volonté du malade, les praticiens sont parfois pris entre deux feux...

La problématique du refus de soins se pose souvent en gériatrie et en cancérologie : les patients, gravement malades, ne veulent pas poursuivre le traitement qui leur est prescrit. Le refus peut d'ailleurs déboucher sur une autre demande de soins, les soins palliatifs, en particulier. Des dérives sectaires sont aussi parfois en cause dans certaines attitudes : refus de la transfusion sanguine lié à des convictions personnelles...

D'autres cas complexes se présentent au personnel médical : un adolescent ancré dans des représentations erronées, un refus en situation d'urgence vitale... Plus fréquemment, lors de soins hospitaliers, les patients peuvent se sentir un peu bousculés, mal informés, ce qui peut susciter des blocages, des angoisses, et conduire au refus. Les causes du refus sont donc multiples, liées au vécu du malade, à ses origines, à sa culture, à l'environnement... Comment réagir ? Nous avons interrogé plusieurs experts sur ce sujet. Ils sont unanimes : il faut préserver un temps d'écoute et de dialogue avec le patient, pour discerner les causes du refus et le contourner.

Bon à savoir

CONSENTEMENT : LES CAS PARTICULIERS

Le médecin est autorisé à passer outre le consentement (article L 1111-4) :

- lorsque le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté (auquel cas la famille ou les proches doivent être consultés) ;
- dans le cas d'un mineur ou d'un majeur sous tutelle, lorsque le refus de soins par le tuteur ou le titulaire de l'autorité parentale risque d'entraîner des « conséquences graves » pour sa santé. Dans de très rares cas, le législateur autorise les médecins à contraindre les patients à se soigner (troubles mentaux).



DR

Dr Khadija Lahlou-Laforêt

Psychiatre dans le service de psychologie clinique et psychiatrie de liaison de l'Hôpital européen Georges Pompidou, à Paris, et référente du pôle cardio-vasculaire et du service de génétique. Elle a participé, fin 2011, à un colloque sur le refus de soins proposé par le collège de psychiatrie de l'AP-HP.



DR

Pr Jean-Louis Pourriat

PU-PH, chef de service des urgences des hôpitaux de l'Hôtel-Dieu et de Cochin, à Paris, qui reçoivent plus de 400 patients par jour. Il est le coauteur d'un article intitulé « Refus de soins en situation d'urgence », rédigé en 2009 lors du congrès de la Société française de médecine d'urgence.



DR

Dr Piernick Cressard

Neurologue et psychiatre libéral à Saint-Denis-en-Val (45) et président de la section Éthique et Déontologie au conseil national de l'Ordre des médecins. Auparavant, il a travaillé pendant trente-sept ans au centre hospitalier régional d'Orléans.

Les refus de soins sont-ils souvent dus à un défaut d'information du patient par le médecin ?

Dr Khadija Lahlou-Laforêt :

Ce n'est pas le cas le plus fréquent. La difficulté est plutôt de réussir à délivrer une information complète sans trop inquiéter le patient. Par ailleurs, l'émotion présente lors des consultations d'annonce peut moduler le message retenu par le patient.

Que dit le code de déontologie en matière d'information et de consentement du patient ?

Dr Piernick Cressard :

Depuis 1995, la nécessité d'apporter une information claire, loyale et appropriée est inscrite dans le code de déontologie (article 35). Cette information doit porter sur l'ensemble de l'acte médical et tenir compte de la personnalité du patient : son âge, ses origines, sa culture... Il faut

que le médecin prenne le temps nécessaire pour cette explication et choisisse un lieu adéquat (un bureau fermé).

Cela est d'autant plus vrai qu'une chirurgie lourde (amputation...) ou le diagnostic d'une maladie chronique sont annoncés. Si l'information a été diffusée de manière claire, complète et correcte, c'est l'article 36 qui s'applique. Le patient consent au traitement. Il doit le faire de manière libre, sans y être contraint.

Pr Jean-Louis Pourriat :

Je voudrais revenir sur la notion de temps, qui est essentielle. Un traitement bien expliqué a bien plus de chances d'être suivi à la lettre ; diverses études le montrent. Le terme « information » a quelque chose de froid, pour moi ; je parlerais plutôt d'attitude empathique, dans l'écoute et l'explication. Nous, médecins expérimentés, jouons un rôle pédagogique envers les jeunes générations – externes

et internes – ; nous devons montrer l'exemple dans ce domaine.

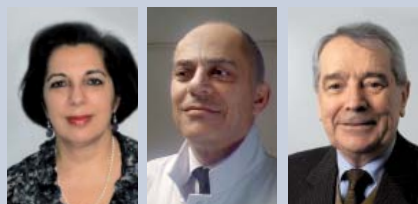
Comment réagissez-vous face à un refus de soin ?

Dr Khadija Lahlou-Laforêt :

L'équipe de psychiatrie de liaison est parfois appelée par les médecins somaticiens confrontés à un refus de soins. Un entretien avec le patient, qui a bien sûr été prévenu de notre visite, nous permet de rechercher les causes possibles du refus dans cette situation particulière. Notre rôle de tiers permet souvent de proposer une médiation entre le patient et le médecin. Nous devons dans l'immédiat respecter le « non » tout en proposant des alternatives : différer une intervention si cela est possible, envisager d'autres modalités de traitement tenant compte des difficultés subjectives du patient... En effet, l'histoire de chaque patient peut compter dans son acceptation de la ►►

Comment faire face à un refus de soins ?

Avec la participation de...



Dr Khadija Lahlou-Laforêt, psychiatre dans le service de psychologie clinique et psychiatrie de liaison de l'Hôpital européen Georges-Pompidou, à Paris.

Pr Jean-Louis Pourriat, PU-PH, chef de service des urgences des hôpitaux de l'Hôtel-Dieu et de Cochin, à Paris.

Dr Piernick Cressard, neurologue et psychiatre libéral à Saint-Denis-en-Val (45) et président de la section Éthique et Déontologie au conseil national de l'Ordre des médecins.

“ La permanence d’une relation très ouverte médecin-patient permet de prendre en compte au mieux l’inquiétude du malade, le vécu de sa maladie et de son traitement, sa qualité de vie, en respectant ainsi ses interrogations et sa capacité d’exercer sa volonté à tout moment ”

Pr Jean-José Bouquier – Rapport « Du droit au consentement au droit au refus », paru en janvier 2004.

►► décision médicale, parfois vécue comme trop autoritaire. Une décision thérapeutique à laquelle le patient n’a pas participé peut être vécue comme imposée. Une ou plusieurs consultations permettent souvent de dénouer des situations bloquées.

Qu’en est-il des refus de soin dans le contexte des urgences ?

Pr Jean-Louis Pourriat :

La difficulté supplémentaire que pose la médecine d’urgence, c’est le temps qui nous est compté, et la gravité potentielle de la pathologie. Pour autant, nous devons prendre le temps de parler, d’expliquer au patient les traitements proposés. Si le patient refuse, nous devons nous appuyer sur tous les

moyens humains pour le convaincre : bien présenter les avantages et les inconvénients de la thérapeutique proposée ; proposer une stratégie alternative ; passer le relais à un confrère hospitalier ; faire appel au médecin traitant ; échanger avec la famille, la personne de confiance...

Nous pouvons aussi appeler le psychiatre du service, qui a un rôle essentiel. En épuisant ces différentes solutions, en général, nous arrivons à convaincre le malade.

En cas d’échec, il est important de lui laisser la possibilité de changer d’avis et de rappeler l’équipe, pour assurer la continuité des soins.

Une autre situation à signaler : nous sommes parfois appelés en urgence au domicile de personnes atteintes d’un

Bon à savoir

QUAND LE MÉDECIN REFUSE LES SOINS

L’article 47 du code de déontologie prévoit que « hors le cas d’urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d’humanité, un médecin a le droit de refuser des soins pour des raisons professionnelles ou personnelles ». En revanche, il est interdit de refuser de soigner un malade par discrimination, ou pour des raisons financières, quand par exemple un malade bénéficie de la CMU. Quoi qu’il en soit, la continuité des soins doit être assurée, stipule l’article 47, et le patient doit être envoyé vers un confrère : « Si le médecin se dégage de sa mission, il doit alors en avvertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins ». Lorsqu’il travaille en équipe (article 64), il doit bien entendu informer ses collègues de son choix.

cancer. Il faut respecter la dignité de la fin de vie. Le temps de l’urgence n’est pas celui des soins palliatifs. Doivent être pris en compte l’histoire du patient, l’avis de sa famille et de ses amis et ses éventuelles directives anticipées.

CAHIER JURISPRATIQUE



N° 23 MAI - JUIN 2012

- 14** Analyse des nouvelles dispositions sur la médecine du travail
- 17** La validation des acquis de l'expérience pour l'obtention d'un DESC de groupe 1 non qualifiant
- 18** Observatoire pour la sécurité des médecins : recensement national des incidents
- 20** Remplacements par des étudiants en médecine



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

Analyse des nouvelles dispositions sur la médecine du travail

Les décrets 2012-135 et 2012-137 du 30 janvier 2012 réorganisent profondément la médecine du travail. Ils entreront en vigueur le 1^{er} juillet 2012.

Indépendance professionnelle des médecins du travail et compétence

► ARTICLE D. 4622-28 :

les commissions médico-techniques

Le conseil national de l'Ordre des médecins avait obtenu des parlementaires, à l'occasion de l'examen du projet de loi portant réforme de la médecine du travail, que le rôle de la commission médico-technique soit accru, afin de préserver l'indépendance professionnelle des médecins du travail. Ceux-ci doivent absolument conserver leurs capacités d'initiative et leur indépendance dans leur activité.

À notre grande surprise, dans une première mouture du projet de décret, la commission médico-technique était confinée dans un rôle purement consultatif et le Conseil national de l'Ordre des médecins a dû brandir la menace d'un recours en Conseil d'État. Dans le texte publié, la commission médico-technique retrouve le rôle que le législateur a voulu lui accorder même si on regrettera que ne soit pas reprise et précisée la formulation de la loi suivant laquelle la commission formule des propositions relatives aux priorités du service et aux actions à caractère multidisciplinaire.

Il conviendra de veiller à ce que les services de santé interentreprises permettent bien à la commission médico-technique d'exercer ses attributions.

► ARTICLE R. 4623-10 :

les effectifs de salariés pris en charge

Cet article supprime les cliquets du nombre maximal d'entreprises par médecin, de l'effectif maximal de travailleurs placés sous la surveillance médicale d'un médecin et du nombre maximal annuel d'examens médicaux.

Les médecins du travail pourront être soumis à des pressions de toute sorte, en particulier de rentabilité, pour examiner des patients dans des conditions contraires à leur déontologie et notamment aux impératifs de qualité et de sécurité imposés par l'article 71 du code de déontologie médicale. Il conviendra d'être très vigilant sur les contrats proposés aux médecins et, en particulier, sur les clauses de rendement anti-déontologique qui pourront comporter et exiger que la liste des entreprises avec les effectifs citée à l'article

R. 4623-10 soit annexée au contrat de travail.

Cette suppression introduit des disparités dans la prise en charge des salariés entre services et entre régions, puisque les effectifs pris en charge par le médecin du travail pourront varier du simple au double voire au triple.

À la différence de tous les autres médecins salariés, les médecins du travail seront les seuls à qui leur employeur pourra imposer des effectifs à prendre en charge. La réglementation prévoit (article D. 4622-48) que l'agrément du service fixe l'effectif maximal de salariés suivis par le médecin du travail ou dans les services de santé interentreprises par l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail. On a beaucoup de mal à voir, compte tenu des précédents en matière d'agrément des services, une garantie dans cette dernière notion bien floue.

► ARTICLE R. 4623-2 :

qualification des médecins du travail

La rédaction du décret prévoit que pour exercer la médecine du travail, il faut être qualifié en médecine du travail, avoir été autorisé à titre exceptionnel en référence aux lois de régularisation de 1998 et de 2002, être titulaire d'une capacité en médecine du travail et de prévention des risques professionnels (en référence à la loi de 2002 qui avait permis la reconversion en médecine du travail pour une période de 5 ans).

Cette rédaction est maladroite puisqu'elle ne fait plus état de l'obtention du CES ou, pour les nouveaux régimes, du DES de médecine du travail pour l'exercice de la médecine du travail même si bien entendu ces diplômes débouchent ou ont débouché sur la qualification en médecine du travail. Elle est en outre inopportune car aujourd'hui un certain nombre de médecins exercent la médecine générale, discipline dans laquelle ils sont inscrits, et cumulent cette activité avec la médecine du travail dès lors que la réglementation précédente prévoyait la possibilité d'exercer la médecine du travail sur la base du seul DES, sans nécessairement que le médecin soit tenu d'être inscrit comme spécialiste dans cette discipline.

Un certain nombre de praticiens ont bénéficié de cette possibilité, en particulier les médecins qui ont obtenu le DES au travers du concours européen. Elle est aujourd'hui remise en cause, de même qu'est remis en cause l'exercice de médecins du travail exerçant sur la base du CES et qui avaient négligé de demander leur qualification.

► ARTICLE R. 4623-25 :**les médecins collaborateurs**

Le décret prévoit que le service de santé au travail ou l'employeur peut recruter des collaborateurs médecins. Ces médecins s'engagent à suivre une formation en vue de l'obtention de la qualification en médecine du travail auprès de l'Ordre. Ils sont encadrés par un médecin qualifié en médecine du travail qu'ils assistent dans ses missions. Il convient également de relever qu'aux termes de l'article R.4623-15, ces collaborateurs médecins pourront remplacer les médecins du travail absents pour une durée inférieure à trois mois.

Cette nouveauté laisse place à nombre de questions. Tout d'abord, on peut voir une contradiction dans la possibilité pour un médecin collaborateur de remplacer pour une courte durée un médecin du travail et la nécessité de s'engager à suivre une formation en vue de l'obtention de la qualification en médecine du travail auprès de l'Ordre des médecins.

En suite, la réglementation n'apporte aucune précision sur la formation en question.

Par ailleurs, les médecins collaborateurs assistent les médecins dans leurs missions, mais la réglementation n'apporte aucune précision sur les limites de cette assistance. On peut simplement concevoir que ces médecins collaborateurs ne puissent pas prendre de décisions, par exemple en matière d'aptitude ou d'inaptitude à l'égard de salariés. Par définition, ils n'ont pas au moment de leur recrutement les compétences de médecin du travail.

On peut enfin s'inquiéter de la fragilité de la situation de ces médecins collaborateurs dès lors qu'il n'est pas prévu une limite de durée de recrutement. Rien n'interdirait à un médecin collaborateur de rester dans cette situation pendant toute son activité professionnelle alors que les collaborateurs médecins ne bénéficient pas de la protection accordée par le code du travail aux médecins du travail et qui est une garantie de leur indépendance professionnelle.

Coopération entre médecins du travail et autres intervenants en santé au travail**► ARTICLE R. 4623-38 :****les missions des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP)**

Cet article évoque les interventions des IPRP dans des termes qui sont en décalage avec la

loi, puisqu'ils omettent de préciser que le médecin du travail anime et coordonne l'équipe pluridisciplinaire conformément à la loi. Le conseil national de l'Ordre des médecins avait beaucoup œuvré en ce sens lors des débats parlementaires. Si le conseil national de l'Ordre des médecins a obtenu, dans le cadre de l'élaboration du décret, que l'intervenant soit tenu de communiquer les résultats de ses études au médecin du travail, cette formulation reste timide et l'intervenant ne devrait intervenir qu'à la demande du médecin du travail.

Les articles R. 4623-29 et suivants évoquent le rôle de l'infirmier en santé du travail et le renforcement de la coopération avec les médecins du travail dans un sens qui est tout à fait conforme aux préconisations formulées par le conseil national de l'Ordre des médecins (rapport sur les nouvelles coopérations en santé au travail, recommandations du Cnom du 17 juin 2011).

On regrettera cependant qu'il ne soit plus prévu expressément, comme c'était le cas auparavant, que l'infirmier a notamment pour mission d'assister le médecin du travail dans l'ensemble de ses activités et est mis à sa disposition.

La mention de la réglementation antérieure suivant laquelle son recrutement est subordonné à l'accord du médecin du travail n'est pas reprise dans les décrets publiés, qui évoquent simplement un avis du médecin du travail (article R.4623-35 du code du travail). Ces dispositions ne vont pas dans le sens du binôme médecin du travail-infirmier en santé au travail que le conseil national de l'Ordre des médecins a estimé être la pierre angulaire des coopérations en santé au travail, et le relâchement du lien entre médecin du travail et infirmier en santé au travail ne peut à cet égard qu'être contre-productif.

► ARTICLE R. 4623-40 :**les assistants de service de santé au travail**

C'est une bonne chose de consacrer ce métier dans le code du travail, mais il faut aller plus loin et préciser les prérequis de formation et la fiche de poste. Il faut également prévoir qu'ils sont recrutés avec l'accord du médecin du travail. Assez curieusement, la secrétaire médicale du médecin du travail disparaît du code du travail sans que l'on sache précisément si l'assistant du service de santé au travail la remplace.

suite page 16 ►►►

►►► De façon générale, les articles relatifs à la coopération et à l'équipe pluridisciplinaire ont été fortement amendés sous la pression du conseil national de l'Ordre des médecins, qui avait constaté que les projets de décrets faisaient du médecin du travail un simple membre de l'équipe pluridisciplinaire alors que la loi en a fait l'animateur et le coordonnateur de cette équipe. Les nouvelles rédactions sont plus satisfaisantes, même si elles maintiennent dans certains cas le flou.

C'est le cas par exemple de la fiche d'entreprise. L'article D.4624-37 prévoit que le médecin du travail ou, dans les services de santé au travail interentreprises, l'équipe pluridisciplinaire établit et met à jour une fiche d'entreprise. Il devrait être précisé « le médecin du travail avec l'équipe pluridisciplinaire établit et met à jour... »

Activités du médecin du travail

► ARTICLE R.4624-16 : l'examen périodique

Le décret prévoit une périodicité excédant 24 mois lorsque sont mis en place des entretiens infirmiers ainsi que des actions pluridisciplinaires annuelles. On pourrait estimer qu'il y a là un risque de dégradation de la prise en charge des salariés mais, dans les faits, nous sommes déjà dans une situation où les médecins du travail ne sont plus en mesure d'assurer un examen annuel. On doit d'ailleurs relever que le décret prévoit toujours la faculté pour le salarié d'obtenir, indépendamment des examens périodiques et sur sa demande, un examen médical.

Il est question d'augmenter la périodicité de 24 mois sans limite. Le conseil national de l'Ordre des médecins avait proposé de mettre une limite à 5 ans comme dans la fonction publique, mais sa demande n'a pas été retenue. Les mêmes questions se posent pour les surveillances médicales renforcées.

L'article R.4624-16 expose que le médecin du travail, au cours de la visite périodique, informe le salarié sur les conséquences médicales des expositions au poste du travail et le suivi nécessaire.

Le conseil national de l'Ordre des médecins avait demandé que soit rappelée l'obligation pour l'employeur d'informer également et préalablement le salarié de ces expositions. Cette demande n'a pas été retenue.

► ARTICLE R.4624-20 ET SUIVANTS :

examen de préreprise et de reprise du travail

Les salariés absents depuis au moins 21 jours pour cause de maladie ou accident non professionnel ne feront plus l'objet d'un examen de reprise par le médecin du travail, et pour les ac-

cidents du travail, l'examen n'est obligatoire qu'à compter de 30 jours (et non plus 8 jours).

Il y a là un risque de dégradation de la prise en charge de ces salariés, si on ne prévoit pas que le médecin traitant et le médecin prescripteur peuvent solliciter cette visite. Cette question se pose essentiellement pour les arrêts longs mais inférieurs à trois mois, dès lors qu'à compter de trois mois une visite de préreprise à l'initiative du médecin traitant ou du médecin-conseil est prévue. La réglementation fait état des préconisations que les médecins du travail peuvent formuler dans le cadre de leur examen. On doit ajouter que l'employeur dans ce cadre doit respecter les prescriptions de l'article L.4124-3-I du code du travail :

« L'employeur prend en considération ces propositions et, en cas de refus, fait connaître par écrit les motifs qui s'opposent à ce qu'il soit donné suite. » Les décrets évoquent, et c'est une bonne chose, une prescription d'examens complémentaires dans le cadre des examens de reprise et de préreprise.

Recherches, études et enquêtes

Le conseil national de l'Ordre des médecins avait demandé de façon pressante au ministre du Travail de rétablir, au nom de l'indépendance professionnelle des médecins, leur possibilité de participer à des recherches, études et enquêtes, et notamment à caractère épidémiologique. Il a été entendu et le médecin du travail a été rétabli dans cette mission, qu'il va pouvoir assumer en toute indépendance vis-à-vis de l'employeur.

Dossier médical en santé au travail

► ARTICLE D.4624-46 :

Il est renvoyé dans cet article aux exigences du code de la santé publique. Ce renvoi fait difficulté dans la mesure où le code de la santé publique ne fait pas mention des durées de conservation du dossier médical, ni même des conditions de conservation, si ce n'est la possibilité d'héberger les dossiers. De plus, l'article L.4624-2 du code du travail, applicable depuis le 1^{er} janvier 2012, prévoit la possibilité pour le médecin du travail de transmettre le dossier médical au médecin inspecteur du travail, ce qui constitue une dérogation aux règles de code de la santé publique. L'article aurait donc du être rédigé plus précisément.

► Section Exercice professionnel
D^r André Deseur

La validation des acquis de l'expérience pour l'obtention d'un DESC de groupe 1 non qualifiant

Le décret n° 2012-116 du 27 janvier 2012 relatif à l'obtention d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires en médecine de groupe I par validation de l'expérience professionnelle est paru au *Journal officiel* du 29 janvier 2012.

Le dossier de VAE

► Qui est concerné ?

Tous les médecins inscrits à l'Ordre sont concernés. Le décret fixe les conditions dans lesquelles un médecin ayant exercé pendant une durée équivalente à la durée de la formation conduisant au diplôme d'études spécialisées au titre duquel il exerce peut solliciter la délivrance d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de groupe I (cf. liste des DESC du groupe I).

► Où et quand déposer un dossier ?

Le médecin ne peut déposer sa demande qu'auprès de l'université de l'interrégion désignée pour la région où il exerce. La demande de délivrance d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires par validation de l'expérience professionnelle est déposée avant le 1^{er} mars de chaque année.

Un arrêté va déterminer chaque année, pour chaque région, et par spécialité, au vu des besoins de la population, le nombre maximum de diplômes d'études spécialisées complémentaires de groupe I susceptibles d'être délivrés par reconnaissance de l'expérience professionnelle.

L'Ordre : une place centrale dans le dispositif

La parution de ce décret est l'aboutissement des demandes réitérées par l'Ordre depuis 2004. Il prévoit la possibilité, pour un spécialiste, d'acquérir une spécialité complémentaire par une validation des acquis de l'expérience délivrée par une commission comprenant des représentants de l'Université et de l'Ordre des médecins, via les conseils régionaux de l'Ordre. Le rôle de l'Ordre des médecins est donc clairement indiqué et reconnu dans le décret. De même, le conseil national de l'Ordre des médecins pourra prochainement attribuer des habilitations qui reprendront les intitulés des DESC du groupe I et de la médecine du travail.

Les DESC non qualifiants concernés

Ce sont les DESC dits de groupe 1. Ils concernent les disciplines suivantes : addictologie, allergologie, immunologie clinique, andrologie, oncologie, dermatopathologie, fœtopathologie, hématologie, transfusion, médecine légale et expertises médicales, médecine de la douleur et médecine palliative, médecine de la reproduction, médecine d'urgence, médecine du sport, médecine vasculaire, néonatalogie, neuropathologie, nutrition, orthopédie dento-maxillo-faciale, pathologie infectieuse et tropicale, clinique et biologique, pharmacologie clinique et évaluation des thérapeutiques, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

L'examen du dossier de VAE

► Que contient ce dossier ?

Le dossier de demande de DESC I mentionne le diplôme dont la délivrance est sollicitée et, le cas échéant, l'option de ce diplôme, les compétences, les connaissances et les aptitudes du candidat. Il comprend tout document rendant compte de son expérience, du domaine et de la durée de son activité professionnelle, les attestations correspondant aux formations suivies ainsi que la copie des diplômes obtenus ou les attestations correspondantes. Les dossiers sont examinés par un jury *ad hoc*. Le jury, présidé par le coordonnateur interrégional, se réunit au vu des dossiers déposés. Il examine l'ensemble des dossiers reçus et arrête la liste des candidats qu'il auditionne. Dans la limite du nombre de diplômes susceptibles d'être délivrés, le jury arrête, au plus tard le 31 décembre de chaque année, la liste des candidats dont il valide l'expérience professionnelle. Les diplômes sont délivrés par le président de l'université.

► Comment sont composés les jurys ?

Les jurys sont nommés pour une durée de trois ans, pour chaque diplôme de formation médicale spécialisée, auprès de l'université désignée. Des arrêtés des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé doivent désigner les membres des jurys appelés à examiner les demandes.

► Adam Tornay, conseiller juridique

Observatoire pour la sécurité des médecins : recensement national des incidents

Événement survenu le :

L M M J V S D / / 20..... , à heures.

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

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

Qui est la victime de l'incident ?

Vous-même ☐

Un collaborateur ☐

Autre (à préciser) ☐
.....
.....

Qui est l'agresseur ?

Patient ☐

Personne accompagnant le patient ☐

Autre (à préciser) ☐
.....
.....

A-t-il utilisé une arme ? (préciser le type d'arme) ☐
.....
.....

Quel est le motif de l'incident ?

Un reproche relatif à un traitement ☐

Un temps d'attente jugé excessif ☐

Un refus de prescription (médicament, arrêt de travail...) ☐

Le vol ☐

Autre (à préciser) ☐
.....
.....

Pas de motif particulier ☐

Atteinte aux biens

Vol ☐

Objet du vol : ☐

Vol avec effraction ☐

Acte de vandalisme ☐

Autre (à préciser) ☐
.....
.....
.....

Atteinte aux personnes

Injures ou menaces ☐

Coups et blessures volontaires ☐

Intrusion dans le cabinet ☐

Autre (à préciser) ☐
.....
.....
.....

Les informations fournies ne feront l'objet d'aucune autre exploitation que celles permettant une meilleure connaissance des problèmes de sécurité liés à l'exercice de la médecine. Conformément à la loi, vous avez un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant que vous pouvez exercer en vous adressant à votre conseil départemental.

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

IDENTIFICATION DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL



Vous êtes médecin spécialiste en (à compléter)

Vous êtes une femme ☐ un homme ☐

Cet incident a eu lieu...

• Dans le cadre d'un exercice de médecine de ville

Au cabinet ☐

Ailleurs (à préciser) ☐

.....

.....

• Dans le cadre d'une activité en établissement de soins

Établissement public ☐ Établissement privé ☐

Dans un service d'urgence ☐

Ailleurs (à préciser) ☐

.....

.....

• Dans le cadre d'un service de médecine de prévention ou de contrôle

À préciser : ☐

.....

.....

À la suite de cet incident, vous avez :

Déposé une plainte ☐

Déposé une main courante ☐

Cet incident a-t-il occasionné une interruption de travail ?

Oui : ☐
(indiquer le nombre de jours)

Non ☐

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

Oui ☐

Non ☐

L'incident a eu lieu...

En milieu rural ☐

En milieu urbain, en centre-ville ☐

En milieu urbain, en banlieue ☐

Déclaration d'incident

remplie le / / 20

Je désire rencontrer un conseiller départemental ☐

Remplacements de médecins salariés par des étudiants en médecine

La loi 2011-940 du 10 août 2011 dite loi « Fourcade » permet désormais à un étudiant titulaire d'une licence de remplacement d'assurer le remplacement de médecins salariés quelle que soit la structure d'exercice.

La communication du contrat au conseil départemental de l'Ordre

- L'étudiant est tenu de communiquer son contrat au conseil départemental de l'Ordre. L'article R.4127-1 du code de la santé publique prévoit en effet que les dispositions du code de déontologie médicale s'appliquent aux étudiants en médecine effectuant un remplacement. L'article R.4127-83 du code de la santé publique prévoit l'obligation pour le médecin de communiquer le contrat qu'il conclut avec un organisme de droit privé.

- Le contrat doit être communiqué par l'étudiant au conseil départemental où est inscrit le médecin remplacé, dès lors qu'en vertu de la réglementation en vigueur, c'est ce Conseil qui autorise le remplacement. L'analyse du contrat proposé à l'étudiant sera d'ailleurs facilitée dans la mesure où ce conseil a dû recevoir et rendre un avis sur le contrat conclu entre le médecin remplacé et l'établissement où il exerce. La loi exige que le directeur de l'établisse-

ment respecte les obligations liées à la formation universitaire ainsi qu'à la formation pratique et théorique du remplaçant. Le contrat conclu devra en faire mention.

Le cas particulier de la médecine du travail

La situation des internes en médecine du travail est particulière puisqu'elle a été organisée par la loi 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail. Le dernier alinéa de l'article L.4623-1 du code du travail prévoit désormais que « par dérogation au premier alinéa, un décret fixe les conditions dans lesquelles les services de santé au travail peuvent recruter, après délivrance d'une licence de remplacement et autorisation par les conseils départementaux compétents de l'ordre des médecins, à titre temporaire, un interne de la spécialité qui exerce sous l'autorité d'un médecin du travail du service de santé au travail expérimenté. »

La situation est spécifique à deux égards : la loi ne fait pas mention explicitement d'un remplacement et envisage une activité sous l'autorité d'un médecin du travail expérimenté.

Malgré tout, il semble que les solutions générales dégagées pour les étudiants remplaçants doivent s'appliquer à ce cas particulier.

Remplacement : ce que dit la loi

Selon l'article L.4131-2 modifié par la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 (art. 6), certaines personnes peuvent être autorisées à exercer la médecine, soit à titre de remplaçant d'un médecin, soit comme adjoint d'un médecin en cas d'afflux exceptionnel de population, constaté par un arrêté du représentant de l'État dans le département, si elles remplissent les conditions suivantes :

- 1°. Avoir suivi et validé la totalité du deuxième cycle des études médicales en France ou être titulaires d'un titre sanctionnant une formation médicale de base équivalente, délivré par un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ;
- 2°. Avoir validé au titre du troisième cycle des études médicales en France un nombre de semestres déterminé, en fonction de la spécialité suivie, par le décret mentionné au dernier alinéa ;

Ces autorisations sont délivrées pour une durée limitée par le conseil départemental de l'Ordre des médecins, qui en informe les services de l'État.

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

Lorsque les besoins de la santé publique l'exigent, le ministre chargé de la Santé peut, par arrêté pris, sauf en cas d'extrême urgence, après avis des conseils de l'Ordre intéressés, habiliter pendant un délai déterminé les représentants de l'État dans le département à autoriser, pour une durée limitée, l'exercice de la médecine par des étudiants ayant validé le deuxième cycle des études médicales. [...] Un décret, pris après avis du Conseil national de l'ordre des médecins, fixe les conditions d'application des quatre premiers alinéas du présent article, notamment le niveau d'études exigé selon la qualification du praticien remplacé, la durée maximale des autorisations et les conditions de leur prorogation.



Vers un partenariat franco-allemand plus solide

Le conseil national de l'Ordre des médecins et l'ordre des médecins allemand (« Bundesärztekammer ») ont souhaité intensifier leurs échanges et leur collaboration. L'objectif : constituer un partenariat franco-allemand solide, facteur d'équilibre et de dialogue dans l'Europe de la santé. Les explications du D^r Xavier Deau, vice-président du conseil national de l'Ordre des médecins.

Les Ordres des médecins allemands et français ont-ils de nombreux points communs dans leur fonctionnement ?

Les attributions ordinales sont très différentes d'un pays à l'autre en Europe, mais celles de nos deux pays sont effectivement très proches ! Ainsi, nos deux institutions sont identifiées au niveau européen comme des autorités compétentes en matière de santé : toutes deux sont chargées de l'inscription des médecins, de la reconnaissance des qualifications, des autorisations d'exercice, de la mise en œuvre des procédures disciplinaires. De même, nos deux gouvernements nous consultent systématiquement pour élaborer les textes législatifs qui encadrent l'exercice de médecine. Ce n'est pas le cas partout en Europe, loin s'en faut.

Pourquoi favoriser le partenariat franco-allemand ?

Compte tenu de cette proximité et de notre histoire commune, il nous a semblé indispensable de solidifier les relations entre nos deux institutions. Un partenariat franco-allemand solide conforte l'idée européenne car nos



“ La directive 2005-36 classe la santé parmi d'autres professions dont le cœur d'activité n'est pas la sécurité du patient. C'est une absurdité. Nous aurions aimé avoir une directive spécifique. ”

voisins européens se sentent « correctement » représentés par nos deux pays : la France est très proche des pays du Sud (Italie, Espagne, Portugal) ; l'Allemagne des pays du Nord et de l'Est. Concrètement, lorsque les échanges entre nos deux pays s'intensifient, les politiques de santé européennes concernant la profession médicale sont plus concertées, mieux coordonnées.

Quels sont les sujets de réflexion sur lesquels vous travaillez ensemble ?

Au niveau du réseau européen des autorités compétentes médicales, nous défendons ensemble un certain nombre d'amendements à la directive 2005-36 relative aux qualifications professionnelles, qui est en cours de révision. Ces amendements portent, notamment, sur le recours aux actes délégués (délégations à la Commission européenne),

dont le cadre doit être beaucoup plus clair ; sur la mise en place d'un mécanisme d'alerte permettant de signaler aux autorités médicales l'identité d'un médecin mettant en danger la sécurité de ses patients ; sur un renforcement des exigences linguistiques indispensables pour exercer. Enfin, nous nous retrouvons aussi au sein du Conseil européen des ordres des médecins (CEOM), de l'Association médicale mondiale (AMM) et de nos représentations à Bruxelles. Nous y réfléchissons ensemble sur des problématiques éthiques et déontologiques majeures sur lesquelles nos points de vue sont très convergents : fin de vie, don d'organes, place des médecines dites complémentaires...

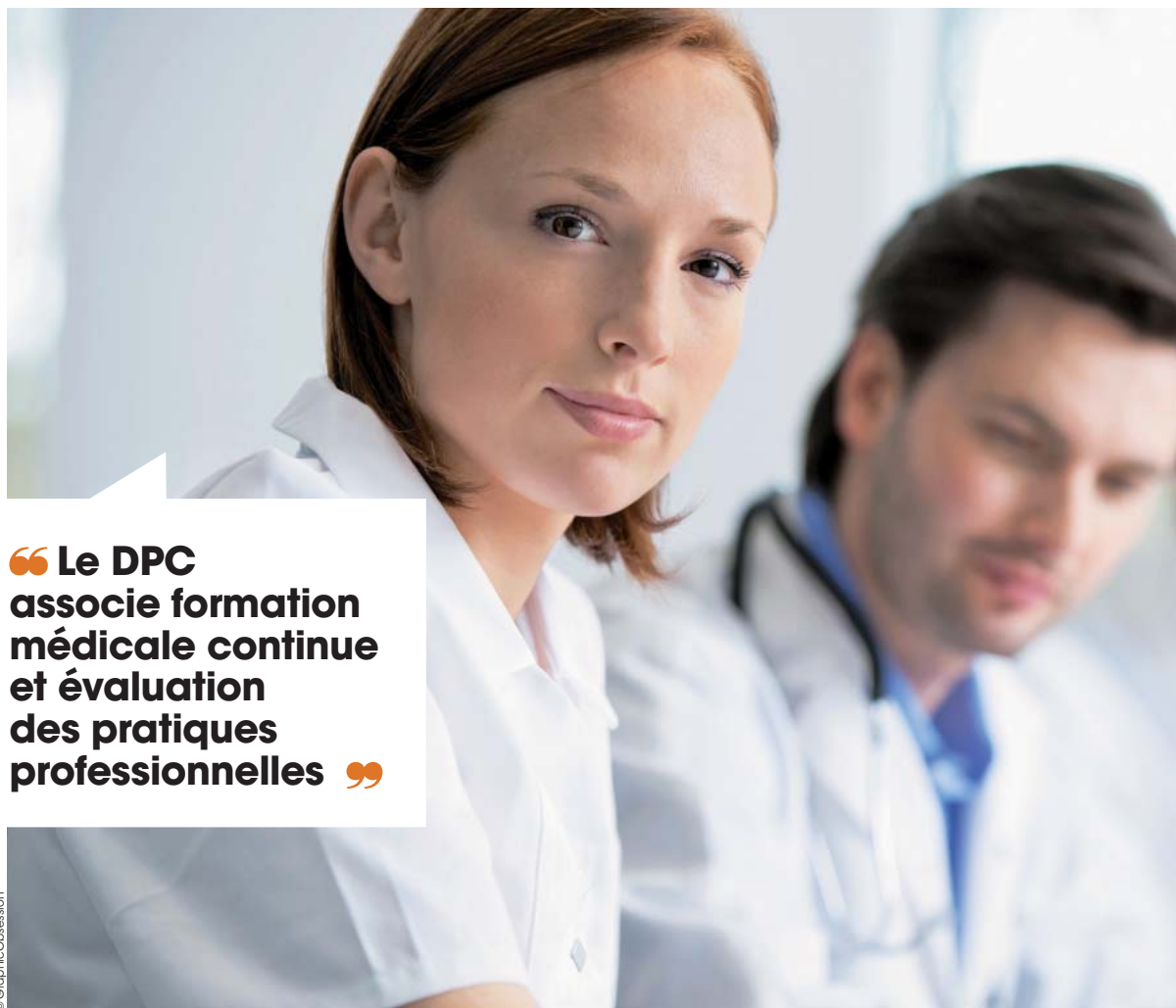
+ D'INFOS :

- www.conseil-national.medecin.fr
- www.bundesaeztekammer.de



Développement professionnel continu : ce qu'il faut savoir

Le ministère de la Santé met en œuvre cette année le développement professionnel continu (DPC) des professions de santé. La loi HPST et les décrets d'application publiés au *Journal officiel* en janvier 2012 prévoient la réunion de la FMC et de l'EPP ainsi qu'une nouvelle organisation de la profession autour des conseils professionnels de spécialité. Une période de transition d'un an doit permettre l'installation du nouveau dispositif.



“ Le DPC
associe formation
médicale continue
et évaluation
des pratiques
professionnelles ”

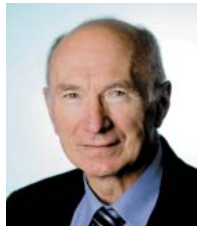
L'histoire de la formation médicale continue (FMC) en France a longtemps évolué dans le cadre général du code de déontologie médicale, dont l'article 11 prévoit l'obligation de formation continue pour tous les médecins. En 1996, l'ordonnance Juppé a transformé cette obligation déontologique en obligation légale, et créé trois filières séparées de FMC (libéraux, hospitaliers, salariés non hospitaliers), mais l'obligation est restée lettre morte. Entre-temps, la convention médicale signée

en 1990 a institué une formation professionnelle conventionnelle (FPC) des médecins libéraux validée, financée et indemnisée. La loi Kouchner de 2002 a relancé le dispositif en créant trois nouveaux conseils nationaux de la FMC (qui ont existé jusqu'en septembre 2010), tandis que la

loi du 13 août 2004 a introduit une obligation d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) pour les médecins, distincte du perfectionnement des connaissances. Dans son article 59, la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009 a prévu la substitution de la FMC

POINT DE VUE de l'Ordre

“ Le DPC est un programme continu, que chaque médecin doit intégrer à sa pratique habituelle, de son installation à la fin de son exercice ”



P^r Robert Nicodème, président de la section Formation et compétences médicales au conseil national de l'Ordre des médecins, membre de la Commission scientifique indépendante (CSI) des médecins.

Avec le DPC, chaque médecin doit considérer que l'évaluation de ses pratiques ainsi que la mise à jour de ses connaissances et de ses compétences constituent une évolution permanente tout au long de sa carrière. Désormais, il ne participera plus à des actions ponctuelles de formation mais à un programme continu dans le temps, qu'il conviendra d'intégrer à sa pratique habituelle. Dans les faits, beaucoup de médecins n'ont pas attendu la nouvelle réglementation pour se former efficacement, et leurs démarches seront simplement formalisées. Le DPC s'impose à tous les praticiens, libéraux, hospitaliers et salariés, mais chacun choisira librement son programme, parmi un grand nombre de thématiques et de modalités possibles.

Les conseils départementaux de l'Ordre contrôleront le respect de l'obligation de DPC de chaque praticien. Ils auront aussi une mission d'information, de conseil et un rôle confraternel à l'égard des confrères en difficulté, en leur proposant un plan personnalisé de DPC. Le refus de s'engager dans la démarche, en dépit de cette aide, pourra constituer un motif d'insuffisance professionnelle. Au-delà du maintien et du développement des compétences, le DPC est par ailleurs une occasion unique de renforcer la structuration de la profession par les conseils professionnels de spécialité, et d'assurer la cohérence du corps médical à l'heure où un nombre croissant de médecins formés à l'étranger exercent en France.

et de l'EPP par le développement professionnel continu (DPC), dispositif désormais en vigueur.

Une obligation, des garanties

Défini dans l'article L. 4133-1 du code de la santé publique, le DPC associe donc FMC et EPP, et remplace la FPC. Il 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, quel que soit leur statut, mais aussi pour les autres professionnels de santé, et ce tout au long de leur carrière.

Essentiel pour améliorer la prise en charge des patients, il doit permettre de décloisonner les différents modes d'exercice (entre ville et hôpital, entre médecins et paramédicaux) et de promouvoir les coopérations interprofessionnelles. Les programmes de DPC s'appuieront ainsi sur des méthodes pédagogiques éprouvées, définies par la Haute Autorité de santé (HAS). Ils seront adaptés à tous les professionnels et types d'exercice, et accompagneront les priorités de santé publique à la fois nationales (plans Alzheimer, Cancer ou Soins palliatifs) et régionales (projets régionaux de santé). Ils seront proposés par des organismes dont les compétences, la transparence et l'indépendance vis-à-vis des industries de santé auront été vérifiées en amont et régulièrement contrôlées.

Trois structures

Les décrets encadrant le DPC créent trois structures aux missions différentes :

– **L'Organisme gestionnaire du DPC (OGDPC).** Ce groupement



“ Le conseil départemental de l'Ordre répondra aux besoins du terrain ”

témoignage

Dr Jean Thévenot, président du conseil départemental de Haute-Garonne, chirurgien obstétricien.

Le conseil départemental (CD) est le bon échelon de gestion du DPC, car nous connaissons les médecins et leurs besoins. Le CD sera une des portes d'entrée dans le dispositif et aura une mission de conseil, en particulier pour les libéraux. Il assurera aussi le contrôle *a posteriori* de l'obligation de DPC, en gérant les attestations annuelles envoyées par les 6 500 médecins de Haute-Garonne. Ce qui représente un surcroît d'activité, un investissement en personnel et en formation des conseillers ordinaires dont il faut tenir compte ! En tant que chirurgien, je trouve très positif que nos démarches d'accréditation, de FMC et d'EPP soient enfin formalisées. Mais je souhaite vivement que les initiatives collectives des praticiens de terrain, via les groupes de pairs, subsistent dans le cadre du DPC.

d'intérêt public (GIP) composé de représentants de l'État et de l'Assurance maladie, de professionnels et d'employeurs doit assurer la maîtrise d'ouvrage du dispositif, organiser le financement du DPC pour les professionnels de santé libéraux et ceux travaillant en centres de santé, contrôler les organismes de DPC et proposer des orientations nationales de DPC. Sa création a été approuvée par voie de convention entre l'État et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (arrêté du 19 avril 2012).

– **Les Commissions scientifiques indépendantes (CSI)** pour les médecins, sages-femmes, pharmaciens, chirurgiens-dentistes et la Commission scientifique du Haut Comité pour les professions paramédicales (HCPP). Leurs

principales missions : évaluer les organismes de DPC, donner un avis sur les orientations et les méthodes de DPC, établir la liste des diplômes universitaires (DU) et interuniversitaires (DIU) permettant de valider le DPC.

La composition de la CSI des médecins a été définie par l'arrêté du 16 mars 2012. Vingt-sept membres titulaires en font partie : 22 représentants des conseils nationaux professionnels (dont cinq représentants de la médecine générale), trois personnalités qualifiées, un représentant du conseil national de l'Ordre des médecins et un représentant de la Conférence des doyens.

Les conseils nationaux professionnels (CNP) des spécialités

suite page 26 ►►►



En pratique

LE DPC...

► À quoi ça sert ?

Le développement professionnel continu a plusieurs objectifs, en particulier l'évaluation par les médecins de leurs pratiques professionnelles, et l'acquisition ou le perfectionnement de leurs connaissances. Le DPC est une obligation pour l'ensemble des médecins inscrits au tableau de l'Ordre, quel que soit leur statut.

► Comment satisfaire à cette obligation ?

À partir de 2013, le médecin devra participer, au cours de chaque année civile, à un programme de DPC collectif annuel ou pluriannuel, ou à un diplôme universitaire évalué favorablement par la commission scientifique indépendante (CSI) des médecins.

► À qui s'adresser ?

La liste des programmes de DPC sera rendue publique par l'organisme gestionnaire du DPC, l'OGDPC. D'autres structures renseigneront les médecins : les conseils départementaux de l'ordre, les conseils nationaux professionnels (CNP), les commissions et les conférences médicales d'établissement, les instances représentant les autres catégories de médecins salariés ainsi que les unions régionales des professionnels de santé (URPS).

► Quel programme choisir ?

Chaque médecin choisira librement son organisme de DPC et son programme, qui devra :

- être conforme à une orientation nationale ou à une orientation régionale de DPC ;
- comporter une des méthodes et des modalités validées par la Haute Autorité de santé après avis de la CSI des médecins ;
- être mis en œuvre par un organisme de DPC ou un diplôme universitaire, enregistré et validé par la CSI.

Par exemple, les formations continues de type présentiel (séminaires organisés par

les sociétés savantes ou les associations...) ou les staffs au sein de maisons de santé pluridisciplinaires devront s'inscrire dans un programme annuel de DPC, dans lequel l'action de formation est complétée par une analyse des pratiques.

► Quelle indemnisation ?

Les médecins salariés, hospitaliers, fonctionnaires ou contractuels auront un dispositif propre à chaque situation. Les médecins libéraux et ceux exerçant dans les centres de santé seront indemnisés de manière forfaitaire. Ce forfait couvrira les frais facturés aux praticiens par les organismes de DPC, les pertes de ressources des libéraux ainsi que les frais divers induits par leur participation à ces programmes.

► Quel contrôle ?

L'organisme de DPC délivrera une attestation annuelle au médecin justifiant de sa participation au programme, et la transmettra simultanément par voie électronique au conseil départemental de l'ordre. Celui-ci s'assurera, au moins une fois tous les cinq ans, que chaque médecin relevant de sa compétence a satisfait à son obligation annuelle de DPC. Si ce n'est pas le cas, il pourra proposer au médecin un plan personnalisé de DPC. L'absence de mise en œuvre de ce plan pourra donner lieu à une sanction.

► Et en attendant 2013 ?

Les décrets prévoient une période de transition jusqu'au 31 décembre 2012. Les médecins qui participent en 2012 à des actions de formation médicale continue (FMC), d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) ou de formation professionnelle conventionnelle (FPC) sont considérés avoir satisfait à l'obligation annuelle de DPC au titre de cette année.



ARNO MASSEE/SP/PHANE

l'accréditation des médecins devront être enregistrés auprès de l'OGDPC et évalués positivement par les CSI. Faute de quoi, leurs programmes ne permettront pas aux professionnels de valider leur obligation de DPC.

Contrôle de l'obligation

Les conseils de l'ordre de chaque profession s'assurent au moins une fois tous les cinq ans, sur la base des attestations transmises par les organismes de DPC (ou du diplôme universitaire obtenu), que les professionnels ont satisfait à leur obligation annuelle de DPC. En cas de non-respect de l'obligation de DPC, l'Ordre peut demander au professionnel de mettre en place un plan annuel personnalisé de DPC. Un refus est susceptible de constituer un cas d'insuffisance professionnelle. Les directeurs d'ARS ou les employeurs sont chargés de contrôler le respect de l'obligation de DPC pour les professionnels non inscrits à un ordre professionnel.

Financement

L'OGDPC est doté d'une contribution de l'Assurance maladie, d'une dotation de l'État, d'une fraction de la contribution de l'industrie pharmaceutique et de contributions volontaires publiques ou privées. Les fonds sont gérés par l'OGDPC pour les professionnels de santé libéraux et ceux exerçant en centres de santé, et par l'établissement de santé ou l'Organisme paritaire collecteur agréé (Opc) pour les autres professionnels de santé. Via la taxe prélevée sur le chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique, en application de la loi du 29 décembre 2011, « les ressources consacrées à la formation des médecins seront réévaluées et sécurisées », a assuré le gouvernement fin mars.

“ Le DPC est une obligation pour toutes les professions de santé, soit 1,7 million de personnes ”

REPÈRES

Loi HPST du 21 juillet 2009 - Article L. 4133-1 du code de la santé publique

Publications des textes réglementaires le 1^{er} janvier et 12 janvier 2012 :

► 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

Arrêté du 16 mars 2012 (paru au Journal officiel le 21), fixant la composition de la CSI des médecins.

►►► médicales, fédérés par la Fédération des spécialités médicales (FSM), représentent les différentes composantes de leur spécialité (syndicats, sociétés savantes, universitaires, etc.) et les différents modes d'exercice des médecins (salariés, hospitaliers, libéraux). Rappelons que 42 spécialités médicales sont reconnues par l'Ordre des médecins (voir site internet du Cnom).

– **Les organismes de DPC**, qui mettent en œuvre les programmes de DPC. Ils seront évalués par les CSI. Leur liste sera rendue publique par l'OGDPC. Les organismes déjà mis en place dans le cadre de la formation continue, l'évaluation des pratiques professionnelles ou encore

POINT DE VUE extérieur



DR

“ Promouvoir l'accréditation des spécialités à risque comme méthode pertinente de DPC ”

Pr Bertrand Millat, président de la Fédération de chirurgie viscérale et digestive (FCVD), président du conseil scientifique de la Cnamts, chef du département de chirurgie digestive et transplantation à l'hôpital Saint-Éloi (CHU de Montpellier).

interview

En quoi le DPC constitue-t-il une continuité pour votre spécialité ?

Bertrand Millat : En chirurgie viscérale et digestive, le mouvement fédératif qui a permis de rassembler

collège, sociétés savantes, associations, syndicat et praticiens quel que soit leur mode d'exercice, est né en 2006 des exigences de la Haute Autorité de santé (HAS) pour l'agrément des organismes d'accréditation individuelle et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Rappelons que cet agrément ne pouvait concerner qu'un seul organisme par spécialité ; laquelle s'est donc organisée autour de l'accréditation qui associe retour d'expérience, EPP et actualisation des connaissances. C'est dire qu'avec l'apparition du DPC, nous n'avons pas été pris au dépourvu ! La FCVD a dès lors inscrit la composante CNP (conseil national professionnel) dans ses statuts et ses représentants participent au conseil d'administration de la Fédération des spécialités médicales (FSM), ainsi qu'à sa commission DPC. La

HAS, qui sera garante des méthodes de DPC, devrait très probablement recommander l'accréditation comme méthode pertinente de DPC pour toutes les spécialités dites à risque.

Quel rôle le CNP de chirurgie viscérale et digestive entend-il jouer dans le DPC ?

B. M. : Beaucoup de professionnels sont déconcertés par la complexité apparente du dispositif et craignent la reproduction des conflits qui avaient conduit à l'échec de la formation médicale continue. Dans ce contexte, notre CNP s'est fixé comme objectifs de défendre l'authenticité et la loyauté du dispositif d'accréditation, opérationnel depuis quatre ans, comme méthode de DPC ; de favoriser l'agrément des sociétés savantes de la spécialité comme organismes de DPC (ODPC) ; d'expliquer le contenu du dispositif car beaucoup s'y perdent encore ; et de faire profiter tous ceux qui le souhaitent de l'expérience acquise dans le champ de l'accréditation, notamment quand il s'agit d'accompagner chaque praticien dans son programme annuel et d'en faire le bilan.

Je suis conscient de la responsabilité supplémentaire de l'Ordre pour assurer le suivi annuel.

Quelles sont vos attentes à l'égard de la commission scientifique indépendante (CSI) ?

B. M. : Si les contours et les missions de la CSI sont connus, les futurs critères qu'elle utilisera pour agréer les ODPC demeurent incertains. Tout le monde attend beaucoup de transparence dans ces agréments, notamment en ce qui concerne les éventuels conflits d'intérêts liés aux financements par l'industrie. L'autre rôle fondamental de la CSI sera d'être à l'interface entre CNP, ODPC et programmes prioritaires de DPC proposés par le ministère ou les ARS. L'un des succès de l'accréditation a été la responsabilité confiée aux professionnels d'analyser leurs risques (signalement des événements porteurs de risques) et de choisir leur EPP et leurs formations, en fonction de leurs besoins professionnels. Nous attendons de la CSI qu'elle permette cette même appropriation du DPC.



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

P4P: LA PAROLE À LA CSMF ET À LA SML



Les D^{rs} Chassang et Jeambrun ont demandé un droit de réponse suite à la publication de l'article intitulé « Le paiement à la performance est-il un jeu de dupes ? » dans le périodique *Médecins* n° 22, de mars-avril 2012, en pages 10, 11 et 12. L'article incriminé ne met nullement en cause personnellement et directement les syndicats CSMF et SML, non plus que la personne de leurs présidents, et ne constitue pas une attaque mais un débat d'idées. L'analyse du Cnom, rendant son avis selon les dispositions de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, n'a donc pas varié. Par conséquent, les conditions d'exercice du droit de réponse qui sont encadrées de manière précise par l'article 13 de la loi du 29 juillet 1881 sur la liberté de la presse, ne sont pas réunies, ce que confirment les avis de nos juristes et avocat. Cependant, notre attachement à la déontologie et à la confraternité nous conduit à publier, ci-après, l'intégralité du courrier du 29 mars 2012 des intéressés.

D^r Walter Vorhauer, directeur de la publication

RÉMUNÉRATION SUR OBJECTIFS DE SANTÉ PUBLIQUE : UNE AVANCÉE POUR TOUS LES MÉDECINS

Le dernier bulletin du conseil national de l'Ordre des médecins (n° 22 mars-avril 2012) rapporte dans un article intitulé « Le paiement à la performance est-il un jeu de dupes ? » des informations inexactes à travers les propos du D^r Legmann en sa qualité de président du CNOM, que la CSMF et le SML dénoncent. Ces deux syndicats ont conçu et porté le projet d'une rémunération sur objectifs de santé publique, qui figure dans la nouvelle convention médicale. Ils souhaitent rétablir la vérité sur ce sujet. Ils précisent que la FMF, qui s'exprime dans cet article, n'a pas participé à la négociation de ce nouveau dispositif et n'a pas signé la convention en juillet 2011, mais l'a rejointe par la suite pour la contester.

Il est inexact de prétendre, comme l'indique le D^r Legmann, que « 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 » et qu'il s'agit « avant tout [d']un marché de dupes consenti par les syndicats ». La CSMF et le SML estiment que cette affirmation déborde du champ de compétences de l'Ordre, et rappellent qu'il n'a jamais été question de troquer la valeur des actes contre le paiement à la performance. Contrairement à ce qui est suggéré, rien de tel n'est écrit dans la



convention médicale, qui constitue un accord très majoritaire signé par trois syndicats. La convention précise que le paiement à l'acte reste la base de la rémunération du médecin libéral. En revanche, elle comporte un certain nombre d'avancées tarifaires et de revalorisations de certains actes, dont une grande partie est applicable depuis le 22 mars. Il est bien dans les intentions des deux syndicats de poursuivre le combat pour la valeur de l'acte de base, mais ceci ne concerne en rien l'Ordre.

Autre contrevérité proférée par le D^r Legmann dans cet article: « *Le paiement à la performance induit un conflit d'intérêts entre le médecin et son patient.* » Cette affirmation est totalement fausse et d'ailleurs elle ne fait l'objet d'aucune démonstration de la part de son auteur, faute d'argument.

Le CAPI, auquel le SML et la CSMF s'étaient fortement opposés aux côtés du CNOM d'ailleurs, comportait uniquement des objectifs d'économies sur les prescriptions. Il était en dehors du champ conventionnel et ne faisait l'objet d'aucune négociation avec la profession. *A contrario*, la rémunération sur objectifs de santé publique est conventionnelle. Elle vise la qualité médicale et le respect des référentiels scientifiques internationaux en matière de prévention, de santé publique et de prise en charge des ALD et des maladies chroniques.

L'indicateur d'efficacité, dont la portée est symbolique, concerne en réalité l'application des accords de bonne pratique et des objectifs de maîtrise médicalisée. Il se contente de favoriser la prescription médicamenteuse dans le champ du répertoire générique. Quant à l'indicateur d'organisation du cabinet, c'est-à-dire l'informatisation des cabinets médicaux, la tenue d'un dossier médical informatisé et la télétransmission des feuilles de soins électroniques, il est difficile d'y voir un « conflit d'intérêts ». Le volet prévention se contente de développer la vaccination antigrippale et les dépistages organisés des cancers du col utérin et du sein. Le volet « suivi des maladies chroniques » vise à assurer une meilleure prise en charge du diabète de type 2 et de l'HTA. Où se situent les conflits d'intérêts du médecin avec son patient ?

De même, il est faux de suggérer que l'Assurance maladie pourrait s'immiscer dans la gestion du cabinet. Pour déclencher le paiement de la rémunération, le médecin n'a pas de justificatif particulier à fournir aux caisses. Le dispositif est déclaratif. Il suffit au médecin de renseigner le

formulaire que lui adresse sa caisse en fin d'année. En cas de contrôle, il devra fournir les justificatifs demandés, notamment ceux concernant les indicateurs d'organisation du cabinet. Seul le médecin-conseil de la caisse est habilité à consulter les informations contenues dans les dossiers médicaux des patients, ce qui n'est pas une nouveauté.

Ce dispositif a été soumis à l'évaluation de la Haute Autorité de santé, qui l'a validé. Enfin, il est juste de dire, comme le souligne l'économiste Claude Le Pen, que les associations de patients ont accepté ces critères de valorisation de la qualité médicale. D'autre part, les médecins ont très massivement adhéré à cette nouvelle rémunération, ce qui prouve qu'elle répond à une attente. Aucune obligation n'est faite aux médecins. Ils ont la possibilité de choisir parmi les indicateurs ceux qui les intéressent au regard de leurs objectifs personnels. Ceux qui ne souhaitent pas y adhérer peuvent toujours le faire. Il leur suffira de ne pas retourner le formulaire déclaratif que la caisse leur adressera.

En affirmant que les syndicats se sont livrés à un « marché de dupes », le président du CNOM intervient directement dans la vie syndicale pour alimenter les polémiques de toutes sortes, oubliant au passage que les signataires de la convention médicale sont largement majoritaires dans le corps médical, comme l'a prouvé le résultat des élections professionnelles aux URPS.

La CSMF et le SML précisent que cette nouvelle rémunération instaure une reconnaissance de la qualité de l'exercice médical. Son niveau est fonction de l'atteinte des objectifs, lesquels correspondent à la pratique moyenne de la profession. Il tient compte aussi de la progression entre le niveau constaté au départ et celui des objectifs. La rémunération maximum pour 800 patients peut atteindre jusqu'à 9 100 € pour les médecins traitants, 4 130 € pour les cardiologues et jusqu'à 1 750 € pour les autres spécialités par le volet « organisation du cabinet ».

Ce dispositif sera proposé à toutes les spécialités qui sont très demandeuses. Il est bientôt opérationnel pour les cardiologues et en cours de construction pour les gastro-entérologues, pédiatres et endocrinologues d'ici à la fin de l'année 2012.

**D^r Michel Chassang, président de la CSMF,
et D^r Christian Jeambrun, président du SML**

Fédération nationale des aphasiques de France



Aider à rompre l'isolement

1985

Création de la fédération après un premier colloque en 1983 regroupant plusieurs associations locales animées par des patients aphasiques.

2005

La loi handicap du 11 février permet aux personnes aphasiques de « se faire accompagner devant les juridictions par une personne de leur choix ou par un professionnel ».

Plan aphasie 2010-2011

Cette convention conclue avec les ministères chargés des affaires sociales a permis de financer les dépenses nécessaires pour sensibiliser les personnes aphasiques et leur entourage aux répercussions du handicap et pour former les aidants naturels et professionnels (en partenariat avec le Collège français d'orthophonie et la Société française de psychologie).

Conséquence clinique d'une lésion cérébrale circonscrite (aire de Broca, aire de Wernicke, gyrus angulaire...), l'aphasie entraîne d'importantes perturbations du langage et a un fort impact psycho-familial.

L'étiologie de la maladie

- AVC (75 % des aphasies)
- Post-traumatiques (5 %)
- Tumeurs
- Causes infectieuses ou inflammatoire: sida, encéphalite

• Démences vasculaires, maladie d'Alzheimer, aphasie de Mesulam...

Les principales formes cliniques

- Aphasies non fluentes avec « réduction du langage » de type Broca: troubles articulatoires, mutisme initial presque toujours réversible ou stéréotypies verbales, apraxie de la parole, prosodie altérée, alexie aphasique, agrammatisme... Tableau souvent dépressif, hémiplégié droite fréquente...

- Aphasies fluentes avec conservation du débit de parole de type Wernicke: logorrhée, paraphasie ou jargon aphasique, absence de dysarthrie, compréhension orale et écriture très perturbées, anosognosie, surdité verbale et comportement facilement irritable.

Diagnostic et suivi de la récupération

- Échelles de mesure de l'aphasie (échelles LAST, Aphasia Handicap Score...).
- Neuro-imagerie: enregistrement du débit sanguin cérébral, IRM fonctionnelle, MEG.

Prise en charge

- Pluridisciplinaire associant neurologue, rééducateur, généraliste, orthophoniste, diététicienne, psychologue...
- Une rééducation orthophonique précoce permet une régression des troubles (environ 25 à 30 % des patients récupèrent un bon niveau de langage en 6 à 18 mois). Les orthophonistes utilisent l'approche cognitive afin d'améliorer les déficiences de langage ainsi que l'approche pragmatique afin de favoriser la communication et l'échange.

Mieux faire connaître les différents formes d'aphasie

Dr Jean-Dominique Journet, président de la FNAF

interview

Quels sont les objectifs de l'association ?

Notre association, gérée par des aphasiques, a eu pour premier objectif de faire reconnaître ce handicap et de mieux faire connaître les différentes formes d'aphasie. Le Plan aphasie 2010-2011 a ensuite permis d'engager de véritables actions de sensibilisation et de formation. Nous avons édité des brochures comprenant des conseils pratiques et un livret sans paroles qui permet à l'aphasique de communiquer en montrant les images.

Quelles autres actions sont menées ?

Il s'agit d'aider les personnes aphasiques à rompre leur isolement et à communiquer. Chaque structure locale mène ses propres actions: des groupes de parole ou de théâtre, des chorales, de l'art-thérapie... La prochaine manifestation importante est la Semaine nationale de l'aphasie, du 15 au 20 octobre. À cette occasion, nous éditons une brochure sur la prévention de l'aphasie et de l'AVC. Nous y rappelons qu'en cas d'AVC la bonne réaction, c'est d'appeler le 15, car chaque minute compte.

+ D'INFOS:

Fédération nationale des aphasiques de France
Le Curtillard 38580 LA FERRIERE
Tél.: 055567 17 22
www.aphasie.fr

Les nouvelles chroniques d'un médecin légiste



Une petite vieille tuée avec un couteau par son neveu pour hériter de la maison, un crâne fracassé par une balle, une overdose de médicaments, etc. Suicide ou homicide ? Après ses *Chroniques d'un médecin légiste*, Michel Sapanet revient, avec de nouvelles chroniques des plus saisissantes. 40 nouvelles

chroniques, racontées avec un humour encore plus grinçant. Michel Sapanet nous propose cette fois-ci, dans un style plus personnel, une plongée dans la noirceur de la nature humaine, et accomplit mieux que jamais cet art insolite de faire parler les morts. Médecin légiste au CHU de Poitiers depuis 20 ans, expert judiciaire, maître de conférences des universités, Michel Sapanet pratique et enseigne depuis 20 ans une médecine légale de terrain.

» *Les nouvelles chroniques d'un médecin légiste*, de Michel Sapanet, éd. Pocket, mars 2012, 315 pages, 6,10 euros.

Pour un monde sans sida : un combat partagé



Seule Française vivante couronnée par un prix Nobel, Françoise Barré-Sinoussi relate dans ce livre d'entretiens avec François Bouvier ses débuts dans le monde captivant de la science ainsi que les étapes qui l'ont amenée, avec ses collègues, à prouver l'existence d'un virus, le LAV, devenu VIH, dans la maladie du SIDA. Avec

une grande vivacité, et sans langue de bois, elle nous parle également de son combat actuel pour faire régresser la maladie, de ses engagements, ses espoirs et ses inquiétudes pour l'avenir ainsi que de tous les obstacles qui se dressent encore aujourd'hui pour venir à bout de cette maladie.

» *Pour un monde sans sida : un combat partagé* de Françoise Barré-Sinoussi (avec François Bouvier), éd. Albin Michel, février 2012, 169 pages, 17,70 euros.

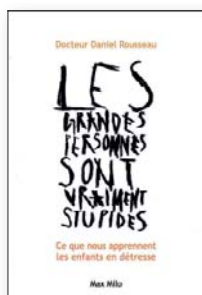
Une larme m'a sauvée



Transportée aux urgences de l'hôpital de Strasbourg pour un malaise, Angèle Lieby commence à avoir des difficultés à s'exprimer, puis perd connaissance. On la plonge dans un coma artificiel pour l'intuber. Le quatrième jour, elle ne se réveille pas. Or, Angèle est consciente et souffre sans pouvoir

réagir. Pour le personnel médical, elle est très vite considérée comme morte. Le 25 juillet, jour de l'anniversaire de son mariage, sa fille aperçoit une larme au coin de son œil. Commence alors une longue période de rééducation qui va durer presque un an. Un cas exceptionnel pour la science. La maladie d'Angèle est le syndrome de Bickerstaff. Il peut se déclencher après une infection aussi commune qu'une rhinopharyngite...

» *Une larme m'a sauvée* de Angèle Lieby et Hervé de Chalendar, éd. Les Arènes, mars 2012, 231 pages, 17 euros.



Ce que nous apprennent les enfants en détresse

Confronté à des parents incapables d'affection, dépressifs, absents ou exclus, l'enfant peut en arriver à se replier sur

lui-même, à manifester une peur panique de l'abandon, à être violent ou à ne plus pouvoir s'exprimer ni par les mots, ni par les gestes. En France, plus de 300 000 enfants bénéficient d'une mesure de protection. Le Dr Daniel Rousseau, pédopsychiatre, fort de son expérience dans une pouponnière de l'Aide sociale à l'enfance du Maine-et-Loire, nous explique à travers des cas concrets comment ces enfants malmenés inventent des solutions pour survivre et grandir.

» *Les grandes personnes sont vraiment stupides - Ce que nous apprennent les enfants en détresse*, de Daniel Rousseau, éd. Max Milo, février 2012, 256 pages, 18,25 euros.

“ J’exerce une médecine qu’on n’apprend pas dans les livres ”

Dr Emilie Bourges

Installée depuis un peu plus d’un an, elle a toujours souhaité exercer en Seine-Saint-Denis, le département où elle est née. Elle a consacré sa thèse au point de vue des médecins libéraux qui ont fait le même choix qu’elle.

témoignage

Lorsque j’ai commencé mes études de médecine, il était évident pour moi que je ferais le choix de la médecine générale. J’ai passé mon internat, j’aurais pu être gynécologue-obstétricienne mais non, décidément, je voulais devenir généraliste. Et je voulais m’installer en Seine-Saint-Denis, cela aussi c’était une évidence ! Parce que j’y suis née, j’y ai mes attaches familiales et j’aime bien cet environnement. J’ai toujours eu beaucoup de mal à comprendre pourquoi ce département, que l’on appelle le 9-3, a si mauvaise réputation. J’ai donc décidé de faire ma thèse sur l’exercice médical libéral en Seine-Saint-Denis. J’ai rassemblé des données démographiques, économiques, sociales et de morbi-mortalité.

Mais j’ai aussi rencontré 16 médecins avec qui j’ai mené des entretiens qualitatifs. Résultat : tous sont satisfaits d’exercer ici. Lorsqu’ils évoquent des difficultés, elles ne sont pas spécifiques au département mais concernent tous les médecins libéraux : la paperasse, les problèmes pour trouver un remplaçant, la charge de travail etc. Certains ont été victimes d’agressions mais cela reste rare, contrairement à une idée répandue. Ce qu’ils apprécient dans leur exercice professionnel ? La diversité ethnique et culturelle, la variété des pathologies rencontrées, le fait de se sentir utile auprès d’une population qui accorde toute sa confiance au médecin, ce qui n’est pas le cas partout. Je les rejoins complètement dans ce constat : je soigne des Africains, des Maghrébins, des Turcs, des Malgaches, de tous les niveaux sociaux. Bien sûr, je croise plutôt des personnes en situation de précarité. J’exerce une médecine que l’on n’apprend pas dans les livres. L’intérêt, c’est qu’il faut s’adapter au contexte culturel de chacun. Je vois beaucoup de personnes qui font des travaux très durs, comme ouvriers, maçons, caissières, qui ont mal partout mais qui ne veulent pas s’arrêter. J’ai aussi une fonction de conseil : auprès de femmes au foyer, par exemple, qui sont épuisées, à qui je demande de se reposer, de penser à elles... mais elles ne m’écoutent pas toujours !



© DR

PARCOURS

➤ 1981

Naissance à Tremblay-en-France, en Seine-Saint-Denis.

➤ 1998

Études de médecine à Paris 5.

➤ 2006

Premier stage en médecine générale auprès de son médecin de famille, en Seine-Saint-Denis.

➤ 2010

Soutenance de sa thèse de doctorat : « la médecine générale en Seine-Saint-Denis : état des lieux et enquête qualitative auprès des médecins du département. »

➤ 2011

Installation en cabinet de groupe à Sevran, dans le 93.