



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

# RESPONSABILITES

## CONVENTIONNELLE

### JURIDIQUE

#### CIVILE ET PÉNALE

➤ Dossier p.22

# PRESCRIPTION: les responsabilités du médecin



➤ Sur le terrain  
**En Seine-Saint-Denis,  
un pacte pour la santé  
publique** p. 8

➤ Réflexion  
**Quelle place donner  
aux médecines  
complémentaires?** p. 10

➤ Jurispratique  
**Les sociétés interprofes-  
sionnelles de soins  
ambulatoires (Sisa)** p. 17

☛ **L'essentiel** | 05

• Un programme de recherche pour prévenir le diabète de type 2

• MAIA – le Cnom demande une loi : limites du partage des informations à caractère secret

☛ **Sur le terrain** | 08

Seine-Saint-Denis : un pacte pour améliorer l'offre de soins

☛ **Réflexion** | 10

Quelle place donner aux médecines complémentaires ?

☛ **Ailleurs** | 21

Les priorités santé de la présidence chypriote

☛ **Courrier des lecteurs** | 28

☛ **La voix des associations** | 30

L'association Vaincre la mucoviscidose

☛ **Culture médicale** | 31

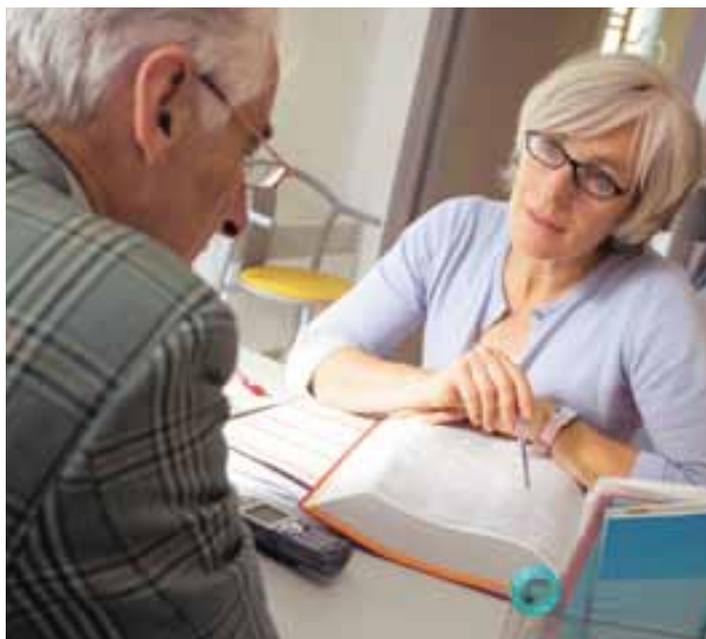
La sélection du mois

☛ **À vous la parole** | 32

D<sup>r</sup> Pierre Daverat, responsable de l'unité de médecine physique et réadaptation de l'hôpital Saint-André au CHU de Bordeaux

☛ **Dossier** | 22

## Prescription : les responsabilités du médecin



©BURGER/PHANIE

**La prescription médicamenteuse occupe une part majeure dans l'exercice médical. Quelle responsabilité déontologique et juridique en découle pour les médecins ? Un récent rapport du conseil national de l'Ordre des médecins permet de mieux en prendre la mesure.**

### Cahier jurispratique | 13

- ☛ INFORMATION DESTINÉE AUX FEMMES ENCEINTES SUR LA POSSIBILITÉ DE RECOURIR, À LEUR DEMANDE, AU DÉPISTAGE PRÉNATAL DE LA TRISOMIE 21 | 14
- ☛ LE POINT SUR LES SOCIÉTÉS INTERPROFESSIONNELLES DE SOINS AMBULATOIRES | 17
- ☛ LA TRANSMISSION D'INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME DE DÉPISTAGE ORGANISÉ DES CANCERS | 19
- ☛ CERTIFICATS MÉDICAUX ET ITT PÉNALE | 20

### Vos réactions nous intéressent

Envoyez vos messages à l'Ordre des médecins :  
180, bd Hausmann  
75389 Paris Cedex 08  
ou par courriel :  
[conseil-national@cn.medecin.fr](mailto:conseil-national@cn.medecin.fr)



**D<sup>r</sup> Michel Legmann,**  
président du conseil  
national de l'Ordre  
des médecins

## Vous accompagner, vous conseiller...

**D**ans un environnement réglementaire de plus en plus lourd et complexe, l'Ordre a pour mission d'aider les médecins à choisir le statut le plus adapté à leur mode d'exercice, à s'installer s'ils le souhaitent et à exercer sereinement leur activité tout au long de leur carrière. L'Ordre soutient également les médecins sur le plan juridique, en les accompagnant notamment dans la rédaction de leurs contrats et de leurs statuts.

Cette mission d'accompagnement et de conseil, l'Ordre la mène avec rigueur et avec le souci constant de l'équité. Dans ce contexte, l'Ordre s'est mobilisé pour que les lieux d'exercice des praticiens soient harmonisés, qu'ils exercent

à titre individuel, en société d'exercice libéral (SEL) ou en société civile professionnelle (SCP). Jusqu'à maintenant, 10 médecins regroupés en SEL ne pouvaient disposer que de 5 lieux d'exercice, alors qu'un médecin exerçant à titre individuel pouvait (en théorie) exercer sur 10 sites...

Le décret 2012-884 du 17 juillet 2012<sup>1</sup> a supprimé cette disposition, et cela a été obtenu par l'Ordre après des années de négociation avec les pouvoirs publics. Désormais, le nombre de sites d'exercice d'une SEL n'est plus limité et la société peut être autorisée à exercer sur plusieurs sites distincts lorsqu'il existe une carence dans l'offre de soins ou lorsque les soins nécessitent un environnement adapté, un équipement particulier, des techniques ou des intervenants spécifiques...

Toujours sur le plan juridique, le conseil national de l'Ordre vient de finaliser, avec les autres Ordres, un modèle de statut des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (Sisa). Il sera utile aux médecins qui désirent s'associer avec d'autres professionnels de santé, au sein de maisons de santé pluriprofessionnelles. Nous avons souhaité que ces statuts soient les plus simples possible, bien que les Sisa soient corsetées par le code civil et par le code de la santé publique. Nous avons veillé également à ce que ces statuts permettent d'éviter les conflits entre associés, en insistant, par exemple, sur le respect de la déontologie et sur l'indépendance de chaque professionnel. Faciliter l'exercice tout en garantissant le respect des principes fondamentaux, c'est la mission de l'Ordre au quotidien et il l'assume !

1. Paru au *Journal officiel* du 19 juillet 2012.

**médecins**

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

E-mail : conseil-national@cn.medecin.fr - RÉDACTEUR EN CHEF : D<sup>r</sup> André Deseur - COORDINATION : Évelyne Acchiardi

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

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

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

Ce numéro s'accompagne d'un dépliant édité par la Délégation à la sécurité et à la circulation routières.



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

# Les comptes 2011 certifiés sans réserve

**En application de l'article L. 4122-2 du code de la santé publique, lors de sa 304<sup>e</sup> session du 22 juin 2012,** le conseil national de l'Ordre des médecins a été informé par le commissaire aux comptes que les comptes pour l'année 2011 avaient été certifiés sans réserve.



## L'AVIS DU

**Dr Pierre Maurice,** président de la commission de contrôle des comptes et placements financiers placée auprès du conseil national de l'Ordre des médecins

En application des articles L. 4122-2 et L. 4132-6 du code de la santé publique modifiés par la loi Hôpital, patients, santé et territoires du 21 juillet 2009, la commission de contrôle des comptes et placements financiers placée auprès du conseil national doit se faire communiquer chaque année l'ensemble des comptes et le budget prévisionnel du conseil national de l'Ordre, des conseils départementaux, régionaux et interrégionaux.

Lors de la réunion du 6 juin 2012 qui s'est tenue au siège du Cnom, la commission de contrôle des comptes a reçu des trésoriers toutes les informations et précisions qu'elle désirait, et de l'expert-comptable son rapport comptable de l'année 2011. La commission a conclu à l'intégrité et à la sincérité des comptes du conseil national et de l'ensemble des structures ordinales examinées.

## BILAN / 31.12.2011

### ACTIF

IMMOBILISATIONS INCORPORELLES	74662,27
IMMOBILISATIONS CORPORELLES	16913024,98
IMMOBILISATIONS FINANCIÈRES	15224157,67
CRÉANCES	2196618,38
DISPONIBILITÉS	8137556,53
FRAIS PAYÉS D'AVANCE	240390,81
<b>TOTAL GÉNÉRAL</b>	<b>42786410,64</b>

### PASSIF

CAPITAL dont:		32853586,52
• Réserve générale	28694600,36	
• Fonds d'harmonisation	2414623,01	
• Fonds d'entraide	1733924,96	
GESTION ADMINISTRATIVE		971051,38
PROVISIONS POUR RISQUES & PENSIONS		3322259,52
DETTES		5639513,22
<b>TOTAL GÉNÉRAL</b>		<b>42786410,64</b>

## GESTION ADMINISTRATIVE / 31.12.2011

### CHARGES

#### ACHATS

Bulletins	794941,29
Impressions	361279,53
Fournitures	250112,29

### AUTRES CHARGES EXTERNES

Loyers et charges locatives	374244,66
Location, entretien et réparations	555984,27
Assurances	86827,78
Documentation et colloques	170039,44
Personnel extérieur	21136,66
Honoraires	620081,24
Indemnités des conseillers	2006153,39
Communication, annonces	213200,17
Déplacements et missions	1715175,05
Frais du conseil	522918,85
Frais postaux	889872,53
Cotisations, pourboires et dons	2186,00
Informatique	1445077,45

### IMPÔTS, TAXES ET VERSEMENTS ASSIMILÉS

	1088031,74
--	------------

### CHARGES DE PERSONNEL

	7027536,61
--	------------

### AUTRES CHARGES DE GESTION

	2019936,56
--	------------

### CHARGES FINANCIÈRES

	151367,67
--	-----------

### CHARGES EXCEPTIONNELLES

	21679,30
--	----------

<b>TOTAL</b>	<b>20337782,48</b>
--------------	--------------------

<b>TOTAL</b>	<b>21308833,86</b>
--------------	--------------------

## RÉSULTAT DE L'EXERCICE

**971051,38**

# Un programme de recherche pour prévenir le diabète de type 2

**Le diabète de type 2 est en expansion mondiale, à un rythme d'allure « épidémique ».** La prévention est donc plus que jamais la priorité. Pour l'améliorer, le Cerid (Centre d'études et de recherche pour l'intensification du traitement du diabète) lance le programme de recherche « Descendance » et recrute 500 familles.



©GARO/PHANIE

**Le risque de développer un diabète de type 2 à la cinquantaine est de 30 % si l'un de ses parents est diabétique.**

La France, pourtant peu exposée au diabète de type 2 avec « seulement » 4 % environ de la population adulte touchée, connaît elle aussi une expansion régulière: on prévoit 26 % de diabétiques en plus à l'horizon 2020. Cette progression est directement liée aux modifications de notre mode de vie. Des programmes visant à réduire la ration lipido-calorique et à augmenter l'activité physique chez des adultes à haut risque ont donné des résultats mitigés: réduction de 58 % du taux de conversion en diabète au bout de trois ans, mais en fait simple décalage dans le temps de

la survenue de la maladie. On intervient trop tard, alors que le processus pathogène altérant le pancréas endocrine est lancé depuis trop longtemps. Il faut donc intervenir beaucoup plus tôt chez des sujets à haut risque mais encore jeunes et minces. Ces sujets sont connus: il s'agit des enfants de diabétiques de type 2. Leur risque de développer un diabète de type 2 à la cinquantaine serait de 30 % et il double si les deux parents sont atteints. Ce projet a pour but de créer une équation de risque, prenant en compte les gènes hérités des deux parents, le mode de vie et l'existence

éventuelle d'un diabète gestationnel lors de la conception. Ce projet devrait permettre à terme de disposer d'un outil simple, utilisable en routine clinique, apte à quantifier le risque ultérieur de diabète chez des descendants de diabétique. Il suffirait pour cela d'une simple prise de sang de l'enfant et de ses parents et de données d'interrogatoire.

## Une prévention familiale ciblée

Une telle connaissance précoce et personnalisée du risque pourra aider le praticien, mais aussi la famille concernée, afin de mettre en place une prévention familiale ciblée précoce du diabète, centrée sur les modifications alimentaires et la pratique de l'exercice physique. Il sera nécessaire de recruter 500 familles avec au moins un grand-parent et un parent atteints de diabète de type 2, ce dernier devant avoir des frères ou sœurs âgés d'au moins 35 ans et indemnes de diabète.

**Les personnes qui souhaiteraient participer à ce projet peuvent contacter le Cerid au 0800300341 (n° vert gratuit depuis un poste fixe).**

## Diagnostiquer le tremblement essentiel

**Le tremblement essentiel, maladie génétique et neurologique,** est la cause la plus fréquente de tremblements. Elle touche 1 personne sur 200. Cette maladie se manifeste par un tremblement d'action et de posture. En raison du

handicap moteur qu'elle induit, elle est difficile à vivre pour les personnes atteintes. Ce handicap est d'autant plus impactant au quotidien qu'il est souvent mal interprété et parfois attribué à tort au stress, à l'alcool ou plus généralement à la maladie de Parkinson.

### + D'INFOS:

- ▶ [www.aptes.org](http://www.aptes.org)
- ▶ Aptes info service: n° 0970 407536 (prix d'un appel local)

## JOURNÉE « ÉTHIQUE DANS LES USAGES DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ »

organisée par le conseil national de l'Ordre des médecins sous le haut patronage de madame Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé  
LE MARDI 14 NOVEMBRE 2012 de 9h à 17h,  
à l'espace Eurosites : 28, avenue George V, 75008 Paris -

Cette journée de réflexion s'inscrit dans le prolongement des publications du Cnom relatives à la e-santé (livre blanc « Déontologie médicale sur le Web », par exemple).

► Inscription en ligne gratuite mais obligatoire

► Programme détaillé

[www.conseil-national.medecin.fr/e-sante/l-agenda-e-sante-du-cnom-1163](http://www.conseil-national.medecin.fr/e-sante/l-agenda-e-sante-du-cnom-1163)

# Médicaments sur Internet: attention danger!



### Bon à savoir

#### LES PRODUITS DE SANTÉ MIS EN CAUSE

Entre 2001 et 2011, une soixantaine de cas de pharmacovigilance liés à la prise de médicaments achetés sur Internet ont été déclarés à l'Ansm. Sur 60 cas, 20 concernent des achats de produits amaigrissants, 10 des anabolisants stéroïdiens utilisés en milieu sportif pour accroître les performances... Les autres cas concernent diverses pathologies: produits de l'érection, produits stimulants et défatigants, notamment à base d'hormone (DEA, mélatonine, régnénone...), produits indiqués dans la dépression... Deux cas sur les soixante recensés sont liés à des achats électroniques de produits en vue d'un suicide.

**Le conseil national de l'Ordre des médecins** et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé souhaitent informer les médecins sur les dangers pour la santé que représente la consommation de médicaments commandés sur Internet.

**D**ans un contexte de développement des technologies de l'information et de la communication, les sites proposant des médicaments sur Internet en toute illégalité sont légions. Ce commerce électronique de médicaments en dehors de tout contrôle par les autorités sanitaires présente de nombreux risques pour la santé publique et peut favoriser le mauvais usage des médicaments. En conséquence, l'Agence nationale pour la sécurité du médicament et des produits de santé (Ansm) déconseille vivement ce mode d'achat. Seul le circuit pharmaceutique, qui implique une vente directe des médicaments dans les pharmacies, est régulièrement contrôlé par les autorités sanitaires. Depuis 2006, l'Ansm met en place des campagnes

d'information et, dans la continuité de ces actions, elle participe à une opération annuelle internationale baptisée Pangea, coordonnée par Interpol et l'Organisation mondiale de la santé pour lutter contre l'achat de médicaments sur Internet. L'Ansm procède également, depuis 2009, à des achats de produits de santé sur Internet pour en évaluer la qualité et collabore avec les services compétents spécialisés dans la cyberdélinquance. L'analyse en laboratoire de ces produits a permis de mettre en évidence des non-conformités majeures qui peuvent mettre la santé des patients en danger.

#### + D'INFOS:

En savoir plus: [www.anism.fr](http://www.anism.fr)

# MAIA - le Cnom demande une loi : limites du partage des informations à caractère secret

**Dans un avis rédigé par le D<sup>r</sup> Bernard Le Douarin,** conseiller national de l'Ordre, le conseil national (Cnom) considère que la multiplicité des acteurs à l'œuvre dans le secteur médico-social nécessite un outil législatif adapté au partage d'informations entre les différents intervenants.

## 1 Le contexte

En juin dernier, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (Cnsa) a sollicité l'avis du conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) pour la diffusion du Guide d'évaluation des besoins de compensation version aînés (Geva-A) et du Plan de service individualisé (PSI). Ces deux outils sont utilisés pour prendre en charge les patients atteints de la maladie d'Alzheimer, dans le cadre des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (Maia). L'avis du Cnom était également sollicité sur le partage des informations entre les professionnels assurant la prise en charge des personnes en perte d'autonomie, dans toutes les dimensions médicales et médico-sociales...

## 2 La position du Cnom

Un grand nombre d'acteurs (médical, social, médico-social)

sont impliqués dans la prise en charge des malades au sein des Maia. Tous, qu'ils soient médecins ou non, vont devoir accéder aux données personnelles de santé du patient. Or il n'existe pas de dérogation légale permettant un secret médical partagé au sein des Maia. Dans ce contexte, le Cnom plaide « *dans le cadre du principe de bienveillance* », pour un outil législatif adapté afin de partager les informations entre professionnels de santé et professionnels du secteur social. Le Cnom préconise aussi que « *les professionnels en charge de la personne [n'aient] accès qu'aux données pertinentes nécessaires et utiles à leur mission* ».

## 3 Des propositions complémentaires

Au-delà, l'ordre préconise d'ouvrir la réflexion sur « la création d'un répertoire des acteurs sanitaires et sociaux » (personnes habilitées). Il recommande également la définition d'un outil législatif global adapté au traitement des données personnelles, pouvant s'appliquer à toutes les structures amenées à recourir à des équipes multidisciplinaires. Enfin, le Cnom suggère que le gestionnaire des cas, qui organise le parcours de soins de la personne malade au sein des Maia, présente un profil issu des professions de santé. Il exerce en effet des missions et un rôle centraux dans le dispositif.

Cet avis du Cnom est conforté par la récente note juridique publiée par l'Agence des systèmes d'information partagés en santé (Asip Santé), qui plaide, elle aussi, pour une loi sur le secret professionnel et le partage d'informations dans le secteur médico-social.

### + D'INFOS:

- [www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr) rubrique actualités
- Le dispositif d'intégration Maia, ses acteurs, ses outils. Aspects éthiques et déontologiques. Rapporteur: D<sup>r</sup> Bernard Le Douarin**
- <http://esante.gouv.fr/services/reperes-juridiques/le-cadre-juridique-du-partage-d-informations-dans-les-domaines-sanitaire>



### ► MÉMO SUR LES CERTIFICATS MÉDICAUX

Le conseil de l'Ordre des médecins était présent aux Entretiens de Bichat où le D<sup>r</sup> Philippe Garat, vice-président du conseil départemental de Seine-et-Marne et le D<sup>r</sup> Jean-Marie Faroudja, conseiller national et président du conseil départemental de l'Ordre de la Dordogne ont animé un atelier consacré aux certificats médicaux et à l'ITT pénale.

► Retrouvez, page 20, la fiche « mémo » qui récapitule les principes à retenir pour remplir ces obligations légales.



Seine-Saint-Denis

# Un pacte pour améliorer l'offre de soins

**La Seine-Saint-Denis possède l'une des densités médicales les plus faibles de France.** Pour éviter la formation de « déserts médicaux », le conseil général a élaboré, fin 2011, un « pacte pour la santé publique ». Au cœur de ce plan: un programme de recrutement ambitieux qui concerne notamment les centres de protection maternelle et infantile (PMI) du département.

**S**elon l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France, 36 % de la population francilienne qui a des difficultés d'accès aux soins résideraient en Seine-Saint-Denis. La mortalité périnatale et infantile y est aussi la plus forte de la région. En parallèle, le « 93 » souffre de sa mauvaise réputation et n'attire pas les jeunes médecins. Selon les prévisions, 20 % des praticiens du département auront plus de 65 ans en 2017. « En résumé, le département a d'importants besoins en santé publique et peu de moyens », souligne le Dr Christophe Debeugny, chef de service de la prévention et des actions sanitaires du conseil général.

### Cibler les PMI

Avec 117 centres, le 93 a le réseau PMI le plus important de France. « 70 % des enfants âgés de moins de 6 ans et 30 % des grossesses y sont suivis », précise Jeanne Cuesta, médecin chef du service départemental de PMI. Du maintien de ce réseau dépend en partie la qualité de l'offre de soins préventifs. Mais méconnu et insuffisamment rémunéré, l'exercice en PMI attire peu les jeunes médecins: 20 postes sont vacants en Seine-Saint-Denis. L'un des objectifs du « pacte pour la santé publique » lancé par le conseil général vise à attirer durablement de nouveaux

médecins. Dès octobre, 5 étudiants en fin de cursus se verront allouer une bourse de 12000 euros par an sur deux ans. En contrepartie, ils s'engageront à exercer pendant au moins quatre ans dans un centre de PMI départemental. Grâce à la bourse, le médecin « *découvrira une médecine pluripartenariale et variée. Nous faisons le pari qu'il aura ensuite envie de rester au-delà de la durée de son engagement* », note le Dr Cuesta.

### Un plan global

Une préparation publique aux concours des études de santé sera également créée pour les étudiants, en alternative aux onéreuses « prépas » privées. Car un médecin qui étudie dans le 93 s'y installera plus volontiers. En outre, le conseil général doit procéder à une analyse géographique de l'offre de soins pour cibler les zones où il est prioritaire que des professionnels de santé s'installent, dans les années à venir. Enfin, un site Internet a été créé pour faciliter le recrutement des professions médicales et paramédicales (voir adresse ci-dessous).



Avec un poste d'auxiliaire de puéricultrice non pourvu, il arrive que le centre doive fermer alors que des permanences sont prévues.



24 rendez-vous par jour, sans compter les pesées et les urgences, le centre PMI des Lilas ne chôme pas.

#### + D'INFOS:

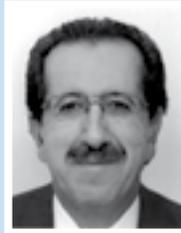
• [www.seine-saint-denis.fr/Filiere-medicale-et-paramedicale-.html](http://www.seine-saint-denis.fr/Filiere-medicale-et-paramedicale-.html)



Être pédiatre en PMI, pour Josseline Labeau-Baspin, c'est être à la croisée du social.  
« Nous écoutons les gens. Issus de milieux sociaux difficiles, ils se confient facilement à nous. »



Habités des lieux, les enfants jouent pendant que leurs parents sont en consultation. L'éducatrice de jeunes enfants les surveille et discute avec eux.



**Dr Edgard Fellous, président du conseil départemental de l'Ordre des médecins de la Seine-Saint-Denis**

## “ Regrouper l'exercice de la médecine pour attirer de jeunes médecins ”

### Témoignage

#### Que pensez-vous du pacte de santé publique lancé par le conseil général?

C'est une initiative utile, dont il faut connaître les modalités... La situation est compliquée, dans le département. En 2012, l'ARS a dénombré neuf agglomérations déficitaires en médecins par rapport au nombre d'habitants, contre quatre en 2006 lors du précédent découpage des territoires de santé. Subventionner des médecins, c'est bien, mais l'enjeu financier n'est pas au cœur du problème. Les enquêtes d'opinion effectuées auprès des jeunes praticiens le montrent bien. Le manque de médecins est multifactoriel : environnement familial,

situation professionnelle du conjoint, réputation injustifiée mais tenace du 93...

#### Que propose l'Ordre des médecins de la Seine-Saint-Denis?

Nous encourageons le regroupement de médecins, qu'ils soient issus ou non d'un même secteur géographique. En exerçant en groupe dans une même structure, les praticiens proches de la retraite ont plus de chance d'attirer des jeunes médecins qui, eux, seront rassurés d'être encadrés dans un groupe fonctionnel, avec un environnement sécurisé et une patientèle déjà constituée. Des expériences sont en train de se mettre en place dans notre département, nous les suivons avec intérêt.



# Quelle place donner aux médecines complémentaires ?

**Les médecines alternatives et complémentaires (MAC) sont de plus en plus plébiscitées par les patients. Mais comment sécuriser la prise en charge ? Et à quelles conditions les médecins peuvent-ils se tourner vers ces nouvelles pratiques ?**

**L**e sujet suscite la polémique depuis des années dans le corps médical. Quelle place donner aux médecines alternatives et complémentaires (MAC), qui recouvrent toutes les pratiques dites « douces », allant de l'acupuncture à la phytothérapie en passant par l'hypnose ou la chiropraxie, dans le système de soins ? Même si des études internationales validées sont régulièrement publiées, la recherche sur le sujet est encore insuffisante. Et le risque de dérives sectaires incite à la prudence. La demande des patients en la matière est croissante. Selon une étude Ipsos réalisée en 2010, 53 % des foyers français ont recours à l'homéopathie. En outre, de 30 à 60 % des personnes atteintes

de cancer utiliseraient les médecines complémentaires en plus du traitement spécifique à leur affection<sup>1</sup>. Les patients sont de plus en plus demandeurs d'une prise en charge « globale ». Malgré les freins, les MAC se font donc une place dans notre système de santé. De plus en plus de services hospitaliers les proposent, en complément, pour réduire l'anxiété, les douleurs ou éviter le recours à l'anesthésie (hypnose). Le sujet était aussi à l'ordre du jour de la dernière conférence européenne des Ordres des médecins, en juin. Lors de ces échanges, les participants se sont accordés sur la possibilité, pour un médecin, d'offrir des thérapeutiques complémentaires à son patient – étant entendu que celles-ci viennent s'associer, et non se substituer, aux traitements conventionnels. L'importance d'une réflexion sur l'enseignement académique et/ou universitaire de ces médecines a également été soulignée. Car, si certains services hospitaliers proposent des formations courtes à leurs personnels, il n'existe pas – à part pour l'acupuncture – de cursus universitaire reconnu sur ces pratiques. Enfin, le D<sup>r</sup> Irène Kahn-Bensaude, vice-présidente du conseil national de l'Ordre, participe, au nom du Cnom, à un groupe de travail coordonné par le ministère de la Santé pour encadrer ces pratiques.

1. Simon L., Prebay D., Beretz A., et al; Association d'enseignement et de recherche des internes en oncologie.

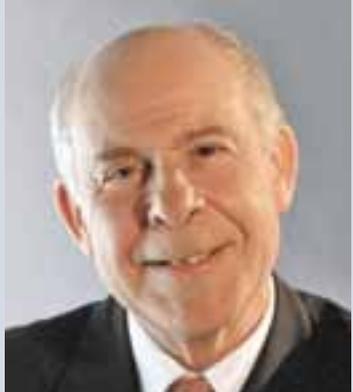
## Bon à savoir

- L'université a mis en place un DIU d'acupuncture autorisé par le conseil national de l'Ordre des médecins en tant que titre sur les plaques et ordonnances des médecins depuis plus de dix ans.
- L'article 75 de la loi du 4 mars 2002 fixe le cadre législatif de l'exercice de la chiropraxie. Ont été publiés par la suite un décret et un arrêté datés du 20 septembre 2011 sur la formation des chiropracteurs et l'agrément des établissements de formation en chiropraxie.
- La loi du 4 mars 2002 a créé le titre d'ostéopathe, qui n'est plus réservé exclusivement aux médecins.
- Depuis 1974, le médecin est autorisé à faire état du titre « orientation en homéopathie », quelle que soit la formation reçue pour la mise en application de ce procédé thérapeutique.



## Dr Xavier Deau

**Médecin généraliste libéral dans les Vosges**, vice-président du conseil national de l'Ordre des médecins, en charge des relations internationales.



## Pr Simon Schraub

**Directeur honoraire du centre de lutte contre le cancer de Strasbourg**, professeur émérite à la faculté de médecine de Strasbourg, administrateur de la Ligue nationale contre le cancer.



## Pr Alain Baumelou

**Néphrologue à l'AP-HP (Paris)**, professeur de néphrologie, responsable de l'enseignement de MAC à l'université Paris-VI.

### Comment la question des médecines complémentaires est-elle accueillie par les médecins ?

**Dr Xavier Deau :** Il y a eu beaucoup de débats à ce sujet au sein du conseil de l'Ordre, et il faut reconnaître que les avis divergent. Il existe encore des médecins opposés aux thérapies complémentaires. Mais globalement, les professionnels sont beaucoup plus attentifs à la question qu'il y a cinquante ans, parce qu'ils se rendent compte que la demande des patients est importante, surtout en cas d'échec de la médecine dite « traditionnelle ».

**Pr Alain Baumelou :** Il y a encore, aujourd'hui, une grande barrière de langage entre soignants et soignés. Généralement, les patients n'osent pas parler du sujet à leur médecin, et lorsqu'ils le font, ils se font souvent rabrouer. De leur côté, les médecins demandent rarement à leurs patients s'ils se soignent avec de telles médecines. Cette incompréhension mutuelle nuit à la prise en charge des patients.

### Quelle est votre position ?

**Dr Xavier Deau :** Nous pensons

qu'un médecin ne peut en aucun cas abandonner son patient, *a fortiori* quand les traitements traditionnels sont en échec.

Donc, si les pratiques thérapeutiques peuvent apporter un plus, elles sont intéressantes. Mais attention, c'est aux médecins de les prescrire, afin d'éviter que les patients aient affaire à des charlatans. Cette prescription doit être précédée d'un interrogatoire du patient et de son examen clinique. Il ne faut pas s'éloigner de la démarche scientifique qui nous semble essentielle, afin de garantir la qualité et la sécurité des soins. Enfin, ces thérapies doivent intervenir en complément, et jamais en substitution des traitements conventionnels.

**Pr Simon Schraub :** La Ligue contre le cancer cherche d'abord à informer les malades, pour qu'ils fassent leur choix en connaissance de cause. Nous leur disons de se méfier des médecines complémentaires à visée thérapeutique : de l'homéopathie capable de guérir le cancer, cela n'existe pas ! Cependant, les patients ayant recours à ces pratiques n'arrêtent que très rarement leur traitement anticancéreux. Nous mettons

aussi en garde les malades contre les thérapies psychologiques culpabilisantes et contre toutes les dérives sectaires.

**Pr Alain Baumelou :** Ma position est pragmatique. Ces médecines existent et elles sont largement utilisées par les patients. Il y a nécessité d'une évaluation et d'un enseignement universitaire précoce. Le médecin ne peut avoir d'opinion personnelle que s'il en connaît les grandes lignes. Nous ne pouvons plus négliger le fait que dans les maladies chroniques la moitié de nos patients ont recours à ces pratiques.

### Quels sont les atouts de ces thérapies ? Leurs limites ?

**Dr Xavier Deau :** Elles peuvent aussi trouver leur place dans la prise en charge de pathologies fonctionnelles pour lesquelles il n'y a pas de substratum organique : colique spasmodique, spasmophilie, angoisses répétées... De même, dans certaines maladies chroniques dépourvues de thérapies actives, comme la sclérose en plaques, les MAC peuvent apporter du confort au patient et l'aider à vivre le mieux ▶▶

## Quelle place donner aux médecines complémentaires ?

Avec la participation de...



**Dr' Xavier Deau**, médecin généraliste libéral dans les Vosges, vice-président du conseil national de l'Ordre des médecins, en charge des relations internationales.

**Dr' Simon Schraub**, directeur honoraire du Centre de lutte contre le cancer de Strasbourg, professeur émérite à la faculté de médecine de Strasbourg, administrateur de la Ligue nationale contre le cancer.

**Dr' Alain Baumelou**, néphrologue à l'AP-HP (Paris), professeur de néphrologie, responsable de l'enseignement de MAC à l'université Paris-VI.

▶▶▶ possible. De nombreuses pratiques nous semblent intéressantes, à condition d'être passées au filtre scientifique. L'hypnose, par exemple, est validée par des référentiels solides pour son utilisation dans l'anesthésie. Néanmoins, certaines pratiques nous semblent dangereuses, comme l'herboristerie, qui met en jeu des produits très actifs, ou la médecine dite chinoise pratiquée en France par des personnes qui ne sont pas médecins...

**Dr' Simon Schraub** : Pour les petits bobos, on peut se tourner vers une médecine complémentaire, qui présente peu ou pas d'effets secondaires. Par ailleurs, certaines pratiques peuvent être efficaces pour diminuer les effets secondaires indésirables des chimiothérapies : l'acupuncture diminue les nausées et vomissements. De plus, avec ces médecines, les patients ont davantage la sensation que l'on s'occupe d'eux, se sentent plus actifs en prenant ces thérapeutiques et, par là même, ils se sentent mieux. Cependant, il faut poser des limites. Il ne faut pas institutionnaliser des pratiques non prouvées scientifiquement. Or on voit arriver dans certains services hospitaliers des

médecins homéopathes, et je trouve cela dangereux...

**Dr' Alain Baumelou** : Quelques études de bonne qualité publiées dans de grandes revues internationales établissent que certaines pratiques améliorent la qualité de vie : ainsi, concernant la médecine traditionnelle chinoise, des effets positifs ont été récemment rapportés concernant la maladie de Parkinson, la fibromyalgie, et même dans l'insuffisance cardiaque. Des grands centres d'évaluation comme le NICE, en Grande-Bretagne, ont reconnu l'indication « douleur lombaire basse » pour l'acupuncture... Mais, globalement, nous manquons de résultats clairs sur l'efficacité de ces pratiques. Le but du Centre intégré de médecine chinoise, développé par l'AP-HP, est de contribuer à cette évaluation par des protocoles de recherche clinique. Actuellement, nous étudions notamment l'impact de l'acupuncture dans les douleurs lombo-pelviennes de la grossesse et les effets d'une plante chinoise sur la protéinurie de la maladie rénale du diabète.

### Faut-il faire évoluer la formation des médecins ?

**Dr' Xavier Deau** : Oui, c'est le combat de l'Ordre ! Nous préconisons que les médecins valident, en sus de leur formation générale, un enseignement théorique et pratique dans le domaine des médecines

complémentaires. Pour nous, cet enseignement doit être réservé à l'université et validé par un diplôme d'État. En France, aujourd'hui, c'est le flou artistique... Pour se former, les ostéopathes, par exemple, peuvent choisir entre un diplôme interuniversitaire (DIU) – qui est très bien – et environ 70 écoles qui ne sont pas toutes reconnues, et dont certaines sont à but lucratif. Dès lors, les diplômes ne sont pas représentatifs des savoirs et des compétences de l'individu.

**Dr' Alain Baumelou** : Notre pays est en retard, sur ce point. Or, si nous voulons améliorer la visibilité et la légitimité de ces techniques quand elles sont efficaces, il nous faut définir de nouveaux cursus. Nous avons créé un enseignement obligatoire sur les MAC en 2<sup>e</sup> cycle des études médicales. L'objet n'est pas d'enseigner ces médecines mais d'ouvrir l'esprit de nos étudiants à l'existence d'autres formes de prise en charge, aux résultats de leur évaluation et à la connaissance de possibles interactions avec nos pratiques usuelles. Nous nous rapprochons également du diplôme universitaire (DU) de médecine chinoise de Paris-XIII et du DU d'acupuncture de Paris-V. Nous espérons ainsi montrer aux étudiants que de nombreux patients ont recours à d'autres voies que la médecine classique, favoriser l'encadrement de ces pratiques, voire leur insertion dans des réseaux de soins.



N° 25 SEPTEMBRE - OCTOBRE 2012

# CAHIER JURISPRATIQUE

- 14** Information destinée aux femmes enceintes sur la possibilité de recourir, à leur demande, au dépistage prénatal de la trisomie 21
- 17** Le point sur les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (Sisa)
- 19** La transmission d'informations sur le programme de dépistage organisé des cancers
- 20** Certificats médicaux et ITT pénale



[www.conseil-national.medecin.fr](http://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

# Information destinée aux femmes enceintes sur la possibilité de recourir, à leur demande, au dépistage prénatal de la trisomie 21

Ce document, destiné à toutes les femmes enceintes, a été élaboré sous l'égide de la DGS dans le but d'expliquer le dépistage individuel de la trisomie 21 tel qu'il est actuellement possible de le réaliser. Le dépistage individuel de la trisomie 21 consiste à mesurer le risque « faible » ou « élevé » que le fœtus soit porteur de trisomie 21 pour la grossesse en cours.

## Deux examens peuvent être réalisés :

- une prise de sang de la femme enceinte ;
- une échographie du fœtus.

Ces deux examens sont sans risque pour la grossesse.

Le dépistage de la trisomie 21 nécessite un consentement écrit de la femme enceinte et n'est pas obligatoire. En effet, dans tous les cas, la femme enceinte a le choix :

- de demander la réalisation ou non du dépistage de la trisomie 21 ;
- de demander ou non la réalisation d'une amniocentèse ou d'un prélèvement du placenta si ce dépistage montrait un risque élevé de trisomie 21 ;
- de changer d'avis à tout moment.

## Qu'est-ce que la trisomie 21 ?

La trisomie 21, ou syndrome de Down, improprement appelée « mongolisme », est due à la présence d'un chromosome supplémentaire dans les cellules de celui qui en est atteint.

Habituellement, chaque cellule du corps humain comporte 46 chromosomes répartis par paires. Dans la trisomie 21, il y a un chromosome excédentaire à la paire 21. La personne a alors 47 chromosomes. Dans la grande majorité des cas, il n'y a pas d'autre personne atteinte dans la famille.

## Ce chromosome « en plus » entraîne plusieurs conséquences, les plus fréquentes étant :

- une déficience intellectuelle variable, avec des possibilités d'intégration sociale différentes selon les enfants, qui n'excluent pas une part d'auto-

nomie relative. Ces difficultés ne sont pas les mêmes d'un enfant porteur de trisomie 21 à l'autre ; l'éducation et l'accompagnement sont des facteurs importants pour le développement et l'épanouissement de ces enfants, puis de ces adultes ; un aspect caractéristique du visage (qui n'empêche pas l'enfant d'avoir des traits de ressemblance avec ses parents) ; une taille dépassant rarement 1,60 m à l'âge adulte ; une diminution du tonus musculaire appelée « hypotonie » ;

- des malformations d'importance variable, le plus souvent du cœur ou de l'appareil digestif, pouvant bénéficier éventuellement de soins spécifiques ;
- dans certains cas, d'autres problèmes de santé comme une prédisposition à des maladies du sang.

## Comment fait-on le diagnostic ?

**Avant la naissance**, seul un prélèvement des cellules du fœtus permet de réaliser le caryotype de celui-ci, c'est-à-dire un examen permettant l'étude de ses chromosomes. Cet examen mettra ou non en évidence l'existence d'un chromosome supplémentaire. Ces cellules sont contenues dans le liquide amniotique (dans lequel baigne le fœtus) ou dans le placenta. Le prélèvement, appelé selon le cas amniocentèse ou biopsie de trophoblaste, n'est pas dénué de risque (fausse couche). C'est pourquoi, il n'est proposé que lorsqu'il existe un risque élevé que le fœtus soit atteint de trisomie 21.

**Après la naissance**, l'existence d'une trisomie 21 peut être suspectée par exemple sur l'aspect caractéristique du visage ou sur la constatation d'une malformation. La certitude de la maladie ne peut être acquise que par la réalisation du caryotype de l'enfant, c'est-à-dire d'un examen permettant l'étude de ses chromosomes. Cet examen mettra ou non en évidence l'existence d'un chromosome supplémentaire.

## Comment savoir s'il existe un risque élevé ?

Le risque, « faible » ou « élevé », est évalué au moyen d'un « calcul de risque » qui peut être réalisé à la demande de chaque femme enceinte.

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

(recommandations de la Direction générale de santé)

Selon des publications scientifiques référencées<sup>1</sup>, l'origine géographique de la femme enceinte apparaît comme un élément indispensable au calcul du risque de la trisomie 21 pour l'enfant à naître.

1. C'est le recueil de l'« origine géographique » qui doit être retenu et non celui de l'« origine ethnique ». Le médecin interroge la femme enceinte sur ce point avant de renseigner le formulaire. L'origine géographique de la femme enceinte ne peut être recueillie en se fondant sur son apparence physique ou sur la consonance de son nom.

2. Le thésaurus retenu distingue quatre origines géographiques différentes: Europe et Afrique du Nord, Afrique subsaharienne et Antilles, Asie, autres. La rubrique « autres » inclut les personnes métisses. Il s'agit donc de recueillir l'origine géographique de la femme enceinte par la précision sur son pays d'origine (là où elle est née et, le cas échéant, où elle a vécu avant d'arriver en France métropolitaine) et ce quelle que soit sa nationalité.

Ce thésaurus apparaît, sous forme de case à cocher, dans les documents types établis par les laboratoires de biochimie autorisés pour le dosage des marqueurs sériques maternels. Une information sur l'intérêt de recueillir cette donnée est délivrée à la femme enceinte au cours de la consultation médicale prévue à l'article R. 2131-2 du code de la santé publique. Il lui est notamment précisé que cette donnée influence le calcul de risque et que sa non-prise en compte peut modifier le risque pour l'enfant à naître d'être atteint de trisomie 21 (le plus souvent en plaçant par excès la femme enceinte dans le groupe à risque). La femme enceinte peut s'opposer à préciser son origine géographique.

3. La note d'information habituellement délivrée à la femme enceinte à la suite de cette consultation médicale individuelle reprend l'information délivrée oralement. Les documents mentionnant cette information sont conservés de manière à garantir strictement leur confidentialité.

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

Section santé publique et  
démographie médicale du Cnom

**Au premier trimestre de la grossesse**, le calcul de risque tient compte de trois éléments:

- **l'âge de la femme**: plus il est élevé, plus le risque de trisomie 21 est important;
- **la mesure de la nuque** du fœtus, appelée clarté nucale: lors de l'échographie du premier trimestre, plus la nuque est épaisse, plus le risque de trisomie 21 est élevé. La mesure de la clarté nucale est faite par un échographiste dont la pratique est encadrée (il est identifié par le réseau périnatal de la région);
- une **prise de sang**, réalisée en général après l'échographie, pour doser chez la femme des « **marqueurs sériques** » (protéines du sang), dans un laboratoire autorisé par l'Agence régionale de santé de la région.

La combinaison de ces trois données permet d'évaluer le risque de trisomie 21 du fœtus.

**Au deuxième trimestre de la grossesse**

Si le dépistage n'a pas pu être fait au premier trimestre de la grossesse, il reste possible jusqu'à 18 semaines d'aménorrhée (semaines sans règles).

Le calcul de risque repose alors sur:

- l'âge de la femme enceinte;
- la mesure de la clarté nucale, si cet examen a pu être réalisé au premier trimestre de la grossesse par un échographiste dont la pratique est encadrée;
- le dosage de « marqueurs sériques » du deuxième trimestre qui sont différents de ceux du premier trimestre (prise de sang).

**À savoir également:** toute échographie de dépistage du premier, deuxième ou troisième trimestre de la grossesse peut mettre en évidence une malformation du fœtus. Cette circonstance peut constituer une situation à risque élevé de trisomie 21.

**Comment est interprété le résultat du calcul de risque?**

Le résultat est rendu et expliqué par le praticien qui a prescrit l'examen. Ce résultat mesure le risque, pour le fœtus, d'être atteint de trisomie 21. Il ne s'agit donc pas d'une certitude.

Si le risque est au-dessus de 1/250 (1 sur 250), il est considéré comme « élevé ».

**Exemple de risque « élevé » : 1/50 (1 sur 50).** Cela signifie que le fœtus a 1 risque sur 50 (soit 2 % de risque) d'être atteint de trisomie 21; donc, dans 49 cas sur 50 (soit 98 % des cas), ce fœtus n'est pas porteur de trisomie 21.

Si le risque est au-dessous de 1/250, il est considéré comme « faible ».

**Exemple de risque « faible » : 1/1 000.** Cela signifie que le fœtus a 1 risque sur 1 000 (soit 0,1 %) d'être atteint de trisomie 21; donc, dans 999 cas sur 1 000 (99,9 % des cas), il n'est pas atteint de trisomie 21.

Au final, ce calcul de risque n'est pas parfait: il inquiète environ 5 % des femmes enceintes pour lesquelles le risque est dit « élevé » mais dont la grande majorité porte en réalité un fœtus qui n'est pas atteint de trisomie 21. À l'inverse, et dans de rares situations, il est possible que le risque ait été jugé « faible » (inférieur à 1 sur 250) mais que l'enfant naisse atteint de trisomie 21.

### Que faire si le risque de trisomie 21 est élevé (supérieur à 1 sur 250) ?

La constatation d'un risque « élevé » ne signifie pas que le fœtus soit forcément atteint de trisomie 21. Pour en avoir la certitude, le caryotype du fœtus peut être réalisé. Une information sur la possibilité de réaliser ce caryotype est délivrée à la femme enceinte. Cet examen permet de compter le nombre exact de chromosomes 21 du fœtus et d'établir ainsi avec certitude s'il est atteint de trisomie 21 ou non.

Selon les cas, il sera proposé une biopsie de trophoblaste (prélèvement de cellules du placenta à partir de 11 semaines d'aménorrhée) ou une amniocentèse (prélèvement de cellules du liquide amniotique à partir de 15 semaines). Ces examens sont réalisés par ponction – sous contrôle échographique – au moyen d'une aiguille au travers de la peau de l'abdomen.

Le risque de fausse couche ou d'accouchement prématuré lié à ces prélèvements est de l'ordre de 1 %. Entre le prélèvement et le résultat, il peut se passer quelques jours à trois ou quatre semaines selon la technique utilisée.

**La femme enceinte est libre de demander ou non la réalisation de ce prélèvement, qui est pris en charge par l'Assurance maladie. Elle doit consentir à sa réalisation par écrit.**

### Que faire si le comptage de chromosomes montre l'existence d'un fœtus porteur de trisomie 21 ?

Cette situation nécessite de se faire accompagner, de prendre le temps de la réflexion, de s'informer sur la trisomie 21 et sur les possibilités de prise en charge des personnes qui en sont atteintes.

Il existe plusieurs possibilités :

- poursuivre la grossesse et accueillir l'enfant ;
- poursuivre la grossesse et confier le bébé aux services de l'Aide sociale à l'enfance du conseil général ;
- demander une interruption de la grossesse dite interruption médicale de la grossesse (IMG) après avis d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN).

Pour aider à construire leur choix, la femme enceinte et le couple ont la possibilité de rencontrer :

- les professionnels de santé qui les entourent (gynécologue-obstétricien, radiologue, sage-femme, médecin généraliste, pédiatre, généticien, psychologue...);
- les membres du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal qui existe dans chaque région et au sein duquel tous les professionnels cités ci-dessus travaillent en équipe ;
- des associations spécialisées et agréées dans l'accompagnement des patients atteints de trisomie 21 et de leur famille, dont la liste est proposée par le praticien.

### Quelques contacts utiles

- ▶ Unapei (Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis) : [www.unapei.org](http://www.unapei.org)
- ▶ Trisomie 21 France : [www.trisomie21-france.org](http://www.trisomie21-france.org)
- ▶ Fondation Jérôme Lejeune : [www.fondationlejeune.org](http://www.fondationlejeune.org)
- ▶ Regards sur la trisomie 21 : [www.regardsurlatrisomie21.org](http://www.regardsurlatrisomie21.org)
- ▶ Collectif Les amis d'Eléonore : [www.lesamisdeleonore.com](http://www.lesamisdeleonore.com)
- ▶ Association française pour la recherche sur la trisomie 21 : [www.afrt.fr](http://www.afrt.fr)
- ▶ Lien vers les sites d'autres associations sur [www.agence-biomedecine.fr](http://www.agence-biomedecine.fr)

# Le point sur les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires

Les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (Sisa) ont été créées dans le cadre de la loi du 10 août 2011, modifiant certaines dispositions de la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST). Ces sociétés sont constituées entre personnes physiques exerçant une profession médicale, d'auxiliaire médical ou de pharmacien.

La Sisa est le support juridique des maisons de santé prévu par les pouvoirs publics lorsqu'elles sont engagées dans l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération. Les Sisa présentent l'originalité d'être à la fois des structures d'exercice (avec des activités communes à ses membres et des rémunérations versées à la société) et des sociétés de moyens.

Elles seront à ce titre dotées d'un numéro Finess (Fichier national des établissements sanitaires et sociaux). En dehors du cadre de cette expérimentation, les maisons de santé peuvent se poursuivre sous la forme juridique déjà adoptée (société civile de moyens, association...). Ces sociétés, malgré la demande formulée par le conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom), n'ont pas à être inscrites à l'Ordre, même si leurs statuts doivent être communiqués au conseil départemental.

Aucune Sisa n'a pu voir le jour jusqu'en mars 2012, dans la mesure où la loi a prévu la nécessité de déterminer par décret les activités que pourront exercer en commun les associés et les mentions devant figurer obligatoirement dans les statuts.

## Les activités de la Sisa

Le décret n° 2012-407 du 23 mars 2012 précise les activités que les associés peuvent exercer en commun au sein de la Sisa :

- la coordination thérapeutique, entendue comme les procédures mises en place au sein de la société ou entre la société et des partenaires, visant à améliorer la qualité de la prise en charge et la cohérence du parcours de soin ;
- l'éducation thérapeutique du patient telle que définie à l'article L. 1161-1 ;

## Des statuts types à votre disposition

Le conseil national de l'Ordre des médecins a travaillé avec ses homologues des autres ordres de professions de santé à l'élaboration de statuts types pour les Sisa qui sont désormais disponibles. Le décret du 23 mars 2012 dispose que les statuts ne peuvent comporter aucune disposition tendant à obtenir d'un associé un rendement minimum ou de porter atteinte à l'indépendance professionnelle de chacun d'entre eux et au libre choix du médecin par le malade.

En outre, une attention toute particulière doit être apportée aux modalités de retrait d'un associé qui entend cesser son activité professionnelle au sein de la société, aux règles de majorité ainsi qu'aux modalités de la répartition des bénéfices et des charges. Ce dernier point est particulièrement délicat puisque la Sisa va recevoir des forfaits de prise en charge, au titre des nouveaux modes de rémunération, et il appartiendra aux associés de fixer la clé de répartition de ces forfaits.

- la coopération entre les professionnels de santé telle que définie à l'article L. 4011-1.

À côté de ces activités exercées en commun au sein de la Sisa, la société a également pour objet, comme une société civile de moyens, la mise en commun de moyens afin de faciliter l'exercice de l'activité professionnelle propre à chacun de ses membres, indépendamment de l'exercice interprofessionnel.

## Les mentions obligatoires des statuts

Conformément à la loi, le décret précise également les mentions obligatoires que doivent comporter les statuts :

- les nom, prénom et domicile de chaque personne physique associée de la société ;
- la forme, l'objet et l'appellation de la société ainsi que la durée pour laquelle elle est constituée ;
- l'adresse du siège social ;
- selon le cas, le numéro d'inscription à l'Ordre pour tout associé relevant d'un ordre professionnel, ou la justification d'autorisation d'exercer pour les autres associés ;
- la profession exercée par chaque personne physique associée de la société et, le cas échéant, ses différents titres et spécialité ;

## Le statut d'associé au centre des préoccupations de l'ordre

Les Sisa sont uniquement constituées par des personnes physiques exerçant une profession de médecin, d'auxiliaire médical ou de pharmacien. Elles doivent comporter en leur sein au moins deux médecins et un auxiliaire médical. Cette règle a pour effet d'interdire aux sociétés d'exercice d'être membres des Sisa. En revanche, la loi a prévu que les associés de sociétés d'exercice (SEL ou SCP) pouvaient également être associés d'une Sisa, nonobstant toute disposition législative ou réglementaire contraire. Les règles de l'article R. 4113-3 du code de la santé publique ne seront donc pas opposables à un associé de SEL souhaitant exercer en Sisa, si les autres associés de la SEL/SCP ne s'y opposent pas en vertu des statuts de leur société.

- la nature et l'évaluation distincte de chacun des apports effectués par les associés ;
- le montant du capital social, le nombre, le montant nominal et la répartition des parts sociales représentatives de ce capital ;
- l'affirmation de la libération totale ou partielle, suivant le cas, des apports concourant à la formation du capital social ;
- le cas échéant, le nombre de parts d'intérêt attribuées à chaque apporteur en industrie ;
- les modalités de fonctionnement de la société, notamment les règles de désignation du ou des gérants et le mode d'organisation de la gérance ;
- les conditions dans lesquelles un associé peut exercer à titre personnel une activité dont ils prévoient l'exercice en commun.

À côté de ces mentions rendues obligatoires par le décret susvisé, la loi avait déjà prévu l'obligation pour les statuts de décrire les activités exercées en commun et les modalités suivant lesquelles un associé ou la société sont tenus de racheter les parts d'un associé qui, en raison d'une interdiction définitive d'exercer sa profession, a perdu la qualité d'associé.

Si la société permet à un de ses associés d'exercer à titre personnel une des activités exercées en commun par la société, les statuts devront en déterminer les conditions.

### La communication des statuts à l'Ordre

La loi a prévu que les statuts de la Sisa et ses avenants sont transmis un mois avant leur enregistrement aux ordres professionnels aux tableaux desquels sont inscrits les associés ainsi qu'à l'Agence régionale de santé. Rappelons que l'enregistrement des statuts est une condition préalable à l'immatri-culation de toute société et que cette formalité doit être, en principe, accomplie au service des impôts du domicile de l'un des associés ou du siège social de la société.

Dans la mesure où la Sisa est le support juridique d'une maison de santé, les associés médecins doivent également communiquer le projet de santé au conseil départemental de l'Ordre.

### Sisa et nouveaux modes de rémunération

Comme le rappelle l'instruction ministérielle du 28 mars 2012, les Sisa ont été créées afin de sécuriser, sur le plan juridique et fiscal, la perception par les maisons de santé de nouveaux modes de rémunération complémentaires ou alternatifs au paiement à l'acte favorisant la qualité et l'efficacité des soins de premiers recours. Au-delà de cette situation, rien n'interdit à des professionnels de santé de créer *ex nihilo* une société interprofessionnelle de soins ambulatoires.

#### RÉFÉRENCES

- ▶ Décret n° 2012-407 du 23 mars 2012 relatif aux sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires
- ▶ Articles L. 4041-1 à L. 4043-2 du code de la santé publique

# La transmission d'informations sur le programme de dépistage organisé des cancers

Les médecins coordonnateurs des structures départementales de gestion du programme de dépistage des cancers rencontrent des difficultés pour obtenir des médecins la transmission des résultats des examens de prévention sur leurs patients et des investigations ou interventions complémentaires.

Le dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et du côlon fait l'objet d'un programme national organisé par les pouvoirs publics.

› Dépistage du cancer du sein: les femmes âgées de 50 à 74 ans sont invitées, tous les deux ans, par courrier, ou à l'initiative de leur médecin, à faire pratiquer une mammographie associée à un examen clinique des seins. Les mammographies jugées normales sont revues par un second radiologue pour plus de sécurité.

› Dépistage du cancer du col de l'utérus: des expériences pilotes ont été lancées dans 13 départements.

Ce programme associe des actions de dépistage (invitation par courrier des femmes n'ayant pas fait de frottis depuis trois ans, relance des femmes ne donnant pas de suite à l'annonce d'une anomalie sur leur frottis...), des actions de prévention (campagne en faveur de la vaccination...) et d'éducation à la santé (informations des jeunes filles, travail avec des groupes de femmes précaires...).

› Dépistage du cancer colorectal: les hommes et les femmes de 50 à 74 ans sont invités, tous les deux ans, par courrier, à retirer un test de dépistage chez leur médecin traitant. Compte tenu de l'histoire personnelle et/ou familiale de chacun, le médecin traitant détermine si ce test est approprié. Si tel est le cas, il le remet au patient et lui explique comment le réaliser.

Ce dispositif de dépistage repose sur une stratégie en deux temps pour la population à risque moyen de cancer colorectal: le test de recherche de sang

occulte dans les selles et, en cas de positivité, la réalisation d'une coloscopie.

Conformément à l'article 12 du code de déontologie médicale (article R. 4127-12 du code de la santé publique): « *Le médecin doit apporter son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé et de l'éducation sanitaire. Il participe aux actions de vigilance sanitaire.*

*La collecte, l'enregistrement, le traitement et la transmission d'informations nominatives ou indirectement nominatives sont autorisés dans les conditions prévues par la loi. »*

Il est donc important que les médecins, qui seraient sollicités, puissent communiquer au médecin coordonnateur de la structure départementale de dépistage les informations nécessaires.

## Toutefois, deux situations sont à distinguer:

### 1. le patient se soumet à des examens dans le cadre de la campagne de dépistage organisé.

La note d'information l'incitant et lui expliquant les conditions du dépistage organisé doit en principe l'avertir de la transmission des résultats – sauf opposition de sa part – au médecin coordonnateur de la structure départementale de gestion du programme de dépistage.

Dans ce cas, les résultats le concernant, leurs suites, de même que ceux relatifs à un cancer d'intervalle, seront communiqués au médecin de la structure de gestion.

Dès lors que le patient en a accepté le principe, la communication d'informations par le médecin qui prend en charge le patient (radiologue, gastro-entérologue, gynécologue, oncologue...) ne soulève pas de difficultés.

### 2. les examens sont réalisés sur prescription d'un médecin dans le cadre de la prise en charge habituelle du patient.

Ce médecin ne peut pas transmettre les résultats au médecin coordonnateur de la structure de gestion du programme de dépistage sans l'accord exprès du patient.

Le **D<sup>r</sup> Jean-Marie Faroudja**, conseiller national de l'Ordre et président du conseil départemental de la Dordogne, et le **D<sup>r</sup> Philippe Garat**, vice-président du conseil départemental de Seine-et-Marne, ont animé un atelier consacré aux certificats médicaux et à l'ITT lors des Entretiens de Bichat 2012. Voici leurs conseils à retenir.

## Certificats médicaux

### 12 conseils pour la délivrance d'un certificat médical

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

#### + D'INFOS:

› **Simplification administrative de l'exercice libéral, rationalisation des certificats médicaux:**  
[www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/331\\_annexe\\_certifs\\_medicaux.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/331_annexe_certifs_medicaux.pdf)

### Les principaux certificats obligatoires (prévus par la loi et les règlements)

- Naissance et certificats de santé de l'enfant
- Vaccinations
- Certificats destinés à obtenir des avantages sociaux (maternité, maladie...)
- Accident de travail
- Maladie professionnelle
- Demandes de pensions militaire et invalidité
- Protection juridique
- Certificats pour soins psychiatriques
- Coups et blessures, sévices
- Réquisition sauf récusation
- Décès

Certificats non obligatoires (à l'appréciation du médecin):

- Certificats autres, susceptibles de donner droit
- Non-contre-indication à la pratique d'un sport

#### ► Ce qui n'est pas un certificat:

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

#### ► Les certificats qu'il faut refuser:

- manifestement abusifs (simple absence scolaire...)
- réclamés par un tiers, sauf exception légale
- illicites (complaisance, faux certificats...)

## ITT Pénale

Victime de coups et blessures volontaires, quels que soient l'âge ou le statut.

### À DISTINGUER

- › ITT pénale: Incapacité totale de travail
- › ITT civile: Incapacité temporaire totale

### Règles générales de la rédaction des certificats:

Faits médicaux personnellement constatés

ITT: durée de la gêne réelle et globale éprouvée par la victime pour effectuer certains gestes de la vie courante, mais pas forcément tous ces gestes.

### À RETENIR

La victime de coups et blessures volontaires a-t-elle besoin de quelqu'un pour accomplir des gestes qu'elle effectuait seule jusqu'alors? Si oui, elle est en ITT. La victime de coups et blessures volontaires est-elle hospitalisée? Si oui, elle est en ITT. Reste, dans les deux cas, à déterminer la durée de l'ITT sans en méconnaître les conséquences...

### LA DURÉE DE L'ITT PÉNALE

**une responsabilité écrasante confiée au médecin**

- › Inférieure à 8 jours: contravention, amende, sauf circonstances aggravantes
- › Supérieure à 8 jours: délit, prison et amende

# Les priorités santé de la présidence chypriote

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet, Chypre a pris la présidence du Conseil de l'Union européenne pour six mois. Son programme santé s'inscrit dans la continuité de ceux instaurés par la Pologne et le Danemark, les deux présidences précédentes.

Quatre grands thèmes figurent à l'ordre du jour de la présidence chypriote.

**1. Les menaces sanitaires transfrontières.** L'objectif est de mettre en place un cadre juridique afin d'établir un système de prévention en cas d'épidémie au sein d'un pays.

**2. Les dons d'organes et les transplantations.** Des actions coordonnées doivent être lancées au niveau européen pour mobiliser les populations.

**3. Le vieillissement.** Il s'agit de faire la promotion de la santé

afin de garantir un vieillissement en bonne santé toute la vie.

**4. L'innovation pour la recherche européenne,** les médicaments, le matériel médical... Il est aussi prévu d'engager la révision de la directive 2001/20/CE sur les essais cliniques, de poursuivre l'examen de la proposition de la Commission européenne sur la révision de la directive dite « transparence » établissant les conditions de fixation des prix des médicaments et leur remboursement et de revoir le cadre juridique des dispositifs médicaux afin de le simplifier et de le renforcer.

» D<sup>r</sup> Xavier Deau, vice-président du Cnom, en charge des relations internationales

+ D'INFOS:

[www.cy2012.eu/fr/page/health](http://www.cy2012.eu/fr/page/health)

## » UN NOUVEAU SITE EUROPÉEN

Un nouveau site Internet regroupe les informations des 9 Associations médicales européennes : l'AMH : les médecins hospitaliers seniors ; le CEOM : les ordres européens ; le CPME : les associations médicales nationales ; l'EANA : les médecins libéraux ; l'EJD : les jeunes médecins ; l'EMSA : les étudiants en médecine ; la FEMS : les médecins salariés ; l'UEMO : les médecins généralistes ; l'UEMS : les médecins spécialistes.

► Pour découvrir ce site : <http://edomusmedica.eu/european-medical-organisations>

## Conseil européen des Ordres des médecins

► **Les médecines complémentaires et alternatives.** L'objectif de ce travail est de faire un état des lieux de la réglementation et de trouver un consensus sur ce thème sensible. Le D<sup>r</sup> Luigi, conseiller national, et le D<sup>r</sup> Deau, vice-président du Cnom, y participent au nom du conseil national de l'Ordre.

► **La démographie médicale européenne.** Le D<sup>r</sup> Patrick Romestaing, président de la section santé publique et démographie médicale, a présenté l'étude 2011-2012 de l'Observatoire européen de la démographie, avec des données récoltées auprès des principaux Ordres européens.

► **Les recommandations déontologiques européennes.** Le D<sup>r</sup> Alberti (Ordre italien)

et le D<sup>r</sup> Hecquard, conseiller national, ont présenté un état des lieux des réflexions qui se concentrent sur les thèmes suivants : le consentement éclairé, la formation médicale continue, la médecine non conventionnelle, le secret professionnel, le dopage, les relations entre collègues et le conflit d'intérêt.

► **L'échange d'informations disciplinaires entre les autorités de régulation.** Le D<sup>r</sup> Kerzmann (Belgique), président du CEOM, a présenté les résultats d'un questionnaire sur ce sujet.

+ D'INFOS:

[www.ceom-ecmo.eu](http://www.ceom-ecmo.eu)

# Prescription: les responsabilités du médecin

**La prescription médicamenteuse occupe une part majeure dans l'exercice médical.** Quelle responsabilité déontologique et juridique en découle pour les médecins? Un récent rapport du conseil national de l'Ordre des médecins permet de mieux en prendre la mesure.



## EN CHIFFRES

2,5%

Sur 281 dossiers, seuls 7 se rapportant explicitement à la prescription médicamenteuse ont été traités en 2010 par la chambre disciplinaire nationale, soit 2,5 %.

**E**n France, plus des trois quarts des consultations des généralistes donnent lieu à la prescription d'un médicament au moins. C'est dire l'importance de la prescription médicale dans l'exercice et son impact sur la relation patient-médecin. Quelles responsabilités en découlent pour le médecin? Cette question est au cœur d'un récent rapport de la commission nationale permanente, véritable tête chercheuse

du conseil national de l'Ordre des médecins.

### Responsabilité déontologique

« Cette responsabilité est d'abord d'ordre déontologique, souligne le Dr Jean-Marie Faroudja, rapporteur de la commission nationale. Elle résulte de la prise en charge du patient dans le cadre du "contrat de soins", entente tacite entre un malade qui se confie et un médecin qui s'engage, quel que soit le

### POINT DE VUE de l'Ordre



“ Il y a un interventionnisme croissant dans la liberté de prescription ”

**Dr Jean-Marie Faroudja, conseiller national, membre de la commission nationale permanente, membre de la chambre disciplinaire nationale et président du conseil départemental de la Dordogne.**

#### Que reste-t-il de « l'art de prescrire » ?

La liberté de prescrire est encadrée par le code de déontologie et le code de la santé publique. L'article 8 du code de déontologie (article R. 4127-8 du code de la santé publique) précise : « Dans les limites fixées par la loi, le médecin [...] doit [...] limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. » Dans les années 70, avec les progrès fulgurants de la thérapeutique et l'industrialisation de la fabrication des médicaments, les possibilités de prescription du médecin ont augmenté considérablement.

#### Que reste-t-il aujourd'hui de cette liberté de prescription ?

Le médecin se trouve de plus en plus contraint par les recommandations édictées par les agences sanitaires ou

les sociétés savantes. Il ne peut pas non plus faire abstraction des conditions de remboursement des médicaments, des règles économiques fixées par l'Assurance maladie, des ressources de ses patients et du niveau de leur couverture santé... De même, le médecin doit désormais composer avec tous les acteurs de santé, et tout particulièrement le patient et le pharmacien dont le rôle de conseil s'accroît. Signalons enfin que les Caisses pratiquent actuellement un contrôle *a priori* et comparatif des prescriptions, pouvant aboutir à un véritable « délit statistique » du médecin et un contrôle *a posteriori* personnalisé. À l'évidence, il y a bien, de toute part, un interventionnisme croissant dans la liberté de prescription que le médecin devra désormais intégrer à sa pratique.

“ La responsabilité conventionnelle du médecin s'appuie sur un ensemble juridique complexe ”

**Focus**

# Médecins-pharmaciens : de nouvelles formes de coopération

**La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) donne de nouvelles perspectives aux missions et au rôle du pharmacien d'officine, qu'elle consacre comme acteur à part entière du système de soins. La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2012 a concrétisé ces mesures.**



## • La participation du pharmacien d'officine aux coopérations entre professionnels de santé

L'exercice isolé ne répondant plus aux aspirations des étudiants et des jeunes médecins, les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) se développent en France. Pour permettre le regroupement de différents professionnels de santé au sein de ces MSP, la loi<sup>1</sup> a créé la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (Sisa). Les textes prévoient que des médecins, des auxiliaires médicaux et des pharmaciens peuvent

s'associer au sein de ces Sisa (voir cahier jurispratique, pages 17 et 18).

## • La mise en place du pharmacien correspondant

Le décret 2011-375 du 5 avril 2011 a fixé les nouvelles missions des pharmaciens d'officine correspondants. Celles-ci s'inscrivent dans le cadre d'un protocole portant sur un traitement chronique. Le pharmacien correspondant peut, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement le traitement concerné, ajuster au besoin la posologie au vu du bilan de médication qu'il a effectué, selon un rythme et des modalités définis dans le protocole. Le protocole détermine le nombre de renouvellements autorisés et leur durée, sachant que la durée totale de la prescription et des

*statut de ce médecin.* » L'article 8 du code de déontologie le rappelle: assumer cette responsabilité procure au médecin une grande liberté. « Dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions, qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. » Mais cette liberté est aussitôt limitée par le dernier alinéa de cet article. « Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles ». Dans l'exercice de cette responsa-

bilité, l'intérêt du patient, tel que le médecin le conçoit, prend le pas sur toute autre considération. « Durant la plus grande partie de ma carrière, j'ai redouté l'erreur de prescription, non par peur du juge ou d'une sanction, mais par l'angoisse de m'être trompé, d'avoir été inefficace et, pire, d'avoir provoqué des effets secondaires importants », affirme le D<sup>r</sup> Gicquel, coauteur de ce rapport.

## Responsabilité juridique

Le médecin, il faut le répéter, n'a qu'une obligation de moyens.

« Le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage, et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution », rappelle l'article 34 du code de déontologie (article R. 4127-34 du code de santé publique). Plusieurs articles du code de la santé publique précisent par ailleurs ces règles de prescription. Mais celles-ci évoluent rapidement: l'article R. 6315-5 du code de la santé publique introduit désormais le droit à la prescription télépho-

renouvellements ne peut excéder 12 mois. Il peut prévoir des bilans de médication à effectuer par le pharmacien correspondant.

#### • Un rôle accru en matière de conseil et d'éducation thérapeutique

L'arrêté qui approuve la nouvelle convention organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'Assurance maladie a été publié le 6 mai 2012. Il officialise notamment l'entretien pharmaceutique qui peut être proposé à certains patients atteints d'affections chroniques. Cet entretien devra se dérouler dans un espace de confidentialité isolé phonétiquement et visuellement. Il est prévu, pour l'instant, de rémunérer le pharmacien pour le suivi des patients sous AVK. D'autres pathologies chroniques, comme l'asthme, devraient suivre dès 2013.

1. Les Sisa ont été créées par la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) de 2009. Le décret n° 2012-407 publié au *Journal officiel* le 25 mars 2012 en précise les modalités d'application.

nique par le médecin régulateur dans le cadre de la permanence des soins.

#### Responsabilité conventionnelle

Fait nouveau : cette responsabilité est également conventionnelle et s'appuie, là aussi, sur un ensemble législatif complexe et très évolutif. Il s'agit, pour l'essentiel, d'articles contenus dans le code de la sécurité sociale, superposables, pour la plupart, aux obligations du code de déontologie médicale. Cette respon-

## L'IMPACT DE L'E-SANTÉ SUR LA PRESCRIPTION

### LA PRESCRIPTION ÉLECTRONIQUE

Qu'est-ce que la prescription électronique, ou e-prescription ? C'est un service sécurisé qui comprend, notamment, la prescription dématérialisée de médicaments, de dispositifs médicaux, d'actes de soins ou de rééducation, d'examen biologiques ou d'imagerie, par un professionnel de santé légalement autorisé à exercer, en ville ou en établissement de santé. L'enjeu en est l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prescription au bénéfice des patients ainsi qu'une meilleure coordination entre les acteurs de santé. Réunis au sein du Clio (comité de liaison des institutions ordinaires), les Ordres des professions de santé ont proposé un plan d'action pour développer ce dispositif, avec une phase pilote sur une centaine de pharmacies et de praticiens. La prescription électronique est déjà nettement plus avancée dans certains pays européens, dont l'Espagne.

► **En savoir plus :** [www.conseil-national.medecin.fr/article/note-d-orientation-pour-la-prescription-electronique-1139](http://www.conseil-national.medecin.fr/article/note-d-orientation-pour-la-prescription-electronique-1139)

### LES LOGICIELS D'AIDE À LA PRESCRIPTION

Les logiciels d'aide à la prescription médicale (LAP) respectant un ensemble de règles de bonne pratique peuvent désormais être certifiés selon un référentiel établi par la Haute Autorité de santé. Les objectifs de cette procédure : contribuer à l'amélioration de la sécurité de la prescription médicamenteuse ; faciliter le travail du prescripteur et diminuer le coût du traitement, à qualité égale. Les premières versions des certifications (pour les LAP hospitaliers et pour les LAP de médecine ambulatoire) sont centrées sur la prescription des médicaments.

► **Pour connaître les LAP déjà certifiés :** [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

sabilité résulte des engagements conventionnels négociés entre les syndicats des médecins et l'Assurance maladie. Ces engagements prévoient de mieux contrôler les remboursements d'actes et de prescriptions, de protéger les assurés sociaux contre les abus et les mésusages et de promouvoir la prévention des pathologies par des thérapeutiques appropriées. Derrière les Caisses, seules habilitées en France, pour l'instant, à contracter avec les médecins, se profile l'ombre tutélaire des mutuelles et assurances privées,

dont l'influence pèse aussi sur la responsabilité conventionnelle des médecins.

Il faut souligner le rôle des médecins conseils et celui des délégués de l'Assurance maladie dans ces actions de maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Ils sont chargés d'établir et d'entretenir le contact avec les prescripteurs, de les préparer aux « inévitables changements », et de promouvoir un certain nombre de thèmes nationaux touchant à la prescription. La finalité « économique » est indiscutable. La signature





de la convention a conduit les médecins à accepter ces règles du jeu en contrepartie d'avantages financiers. Il y a bien obligation comptable et obligation de résultats. Un écart tend donc à se creuser entre l'exercice de la responsabilité déontologique et celle d'une responsabilité conventionnelle légale.

### Responsabilités civile et pénale

La responsabilité civile résulte de la notion de dommage, et donc de réparation. Si le dommage doit être prouvé par celui qui s'estime victime, le médecin, lui, doit apporter la preuve qu'il a bien informé son patient des risques de telle ou telle prescription. En créant l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux et les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation, la loi du 4 mars 2002 a permis de trouver une solution à de nombreux litiges en matière de dommage sans faute et d'aléa thérapeutique suite à une prescription considérée comme « malheureuse ». La responsabilité civile des médecins du fait de leurs prescriptions médicamenteuses est, en réalité, assez peu recherchée devant les tribunaux et les mises en cause moins fréquentes que prévu.

Quant à la responsabilité pénale, les comparaisons des médecins devant les juridictions sont peu fréquentes (une vingtaine par

### POINT DE VUE extérieur



**Pr Isabelle Adenot,**  
présidente de l'Ordre  
des pharmaciens

an). Celles qui sont liées à une prescription médicamenteuse sont encore plus rares. En conséquence, la peur de la responsabilité ne doit pas faire obstacle à la prescription, dès lors que l'intérêt du patient le commande. Le simple respect des règles déontologiques est déjà un rempart contre la plupart des poursuites envisagées.

## “ Les patients coopération

### Interview

#### Quelles sont les responsabilités du pharmacien en matière de dispensation des médicaments ?

**Isabelle Adenot :**

Le code de la santé publique prévoit que le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance « l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale, la préparation éventuelle des doses à administrer et la mise à disposition des informations et conseils nécessaires au bon usage du médicament ». Le pharmacien doit refuser de dispenser un médicament s'il estime que cela est nécessaire dans l'intérêt du patient, et doit en ce cas, si le médicament est prescrit, informer immédiatement le prescripteur. Il a également un devoir particulier de conseil pour les médicaments non prescrits et doit de manière générale, par des conseils appropriés et dans le domaine de ses compétences, contribuer à la préservation de la santé publique.

**La convention pharmaceutique signée en mars 2012 renforce le rôle du pharmacien dans l'accompagnement des patients et valorise**

#### + D'INFOS :

Rapport sur « La prescription et la place du médicament dans la relation médecin-patient-pharmacien. Aspects réglementaires, éthiques et déontologiques ».

Rapporteur: D<sup>r</sup> Jean-Marie Faroudja.

Coauteurs de ce rapport: D<sup>r</sup> Jean-Yves Bureau, D<sup>r</sup> Marie-Élisabeth Delga, D<sup>r</sup> Albert Dezetter, D<sup>r</sup> Virginio Ellena, D<sup>r</sup> Jean-Pierre Gicquel, D<sup>r</sup> Gérard Lagarde, D<sup>r</sup> Alain Moreau, D<sup>r</sup> François Wilmet.

Pour le consulter: [www.conseil-national.medecin.fr/](http://www.conseil-national.medecin.fr/)

Espace Presse / Rubrique Les rapports

# sont aujourd'hui en demande de entre professionnels de santé ”

## sa mission de santé publique. Que pensez-vous de ces évolutions ?

**I. Adenot:** Cette nouvelle convention, signée par les syndicats représentatifs de la profession, se place dans la continuité de la loi HPST qui a précisé les missions des pharmaciens d'officine. Elle invite les pharmaciens à formaliser leur démarche d'accompagnement des patients, indiquant notamment que: « *Les parties signataires considèrent que l'implication des pharmaciens d'officine, en lien avec les médecins traitants, est de nature à améliorer l'observance des patients et à mieux prévenir les risques iatrogéniques.* » L'observance des traitements prescrits est, on le sait, essentielle. Tous les professionnels de santé doivent unir leurs efforts pour favoriser l'adhésion aux traitements, pour les pathologies chroniques tout comme pour les traitements « aigus ». Les pharmaciens ont un rôle important à jouer dans ce domaine. Cette convention ouvre donc des perspectives pour améliorer le suivi du patient. L'avenir dira comment les pharmaciens, en lien avec les prescripteurs, se l'approprient et quel en sera l'impact sur le terrain.

## Comment envisagez-vous la participation du pharmacien dans

## les nouvelles formes de coopération professionnelle (via les structures juridiques de type Sisa) ?

**I. Adenot:** Les patients sont aujourd'hui en demande de coopération entre professionnels de santé. Pour fluidifier leur parcours de soins, ils souhaitent que nos professions exercent de manière moins cloisonnée. Je suis intimement convaincue que l'interprofessionnalité apporte un bénéfice à tous: au patient, bien entendu, mais aussi aux professionnels, qui enrichissent leur exercice au contact les uns des autres. Au-delà de ce constat se pose ensuite la question du « comment ». Les maisons de santé sont une des modalités possibles. Les pharmaciens ont toute leur place au sein des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (Sisa). J'espère que le modèle de statuts élaboré conjointement par les sept Ordres de santé aidera les professionnels à se lancer dans cette nouvelle forme de coopération professionnelle.

## Sur quels principes repose la prescription électronique ? Quelles sont les conditions de réussite de ce nouveau dispositif ?

**I. Adenot:** Partout en Europe, la prescription électronique se développe. Les modalités peuvent légèrement diverger,

mais le concept général reste invariable: le médecin « dépose » la prescription dans un hébergeur central. Le patient peut ensuite se rendre dans la pharmacie de son choix, où le pharmacien accède à l'ordonnance par l'interrogation de l'hébergeur puis dispense les médicaments prescrits. Tout le système doit être entièrement sécurisé, notamment, les fonctions d'authentification des professionnels et d'identification des patients ne peuvent supporter aucune faille. L'ensemble des Ordres des professions de santé a rédigé à cet effet une note d'orientation commune publiée en janvier 2012. Les clefs de la réussite sont celles de toutes les avancées utilisant les technologies d'information et de communication: il faut que les professionnels soient complètement impliqués dans la construction du dispositif pour que celui-ci soit adapté aux pratiques professionnelles (à défaut, les professionnels ne l'utiliseront pas). Le dispositif doit être performant, aucun professionnel n'acceptant des contraintes supplémentaires. Enfin, il doit être sécurisé afin que tous, professionnels comme patients, aient confiance. Les expérimentations « pilotes » permettront de veiller à ce que ces conditions préalables soient remplies avant toute généralisation.



## **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](mailto:contact@cn.medecin.fr)

## **POUR UN CONCOURS D'ACCÈS MOINS SCIENTIFIQUE**

**D**ans le bulletin daté de juillet-août 2012, j'ai lu avec intérêt la lettre du D<sup>r</sup> F. F. (50), intitulée « **Former des humanistes plutôt que des scientifiques** ».

Je partage totalement son avis pour avoir suivi un cursus qui, aujourd'hui, serait impossible. J'ai passé un Bac philosophie avant de m'orienter vers des études de médecine. J'ai ensuite exclusivement travaillé à l'hôpital, devenant professeur des universités praticien hospitalier, titre qui implique

une triple mission de soins, de recherche et d'enseignement. J'ai donc fait la preuve de mes capacités de recherche, reconnues par une habilitation à la direction de recherche et une thèse de doctorat d'État ès sciences. Je pense avoir exercé le métier de médecin avec honnêteté, compétence et passion. Je pense aussi avoir réussi à intéresser la plupart de mes étudiants, ainsi qu'à faire de certains des passionnés, qu'il s'agisse de généralistes

ou de spécialistes. Je suis persuadée que beaucoup de jeunes bacheliers pourraient devenir d'excellents médecins humanistes et pourquoi pas scientifiques, sous réserve que le concours d'accès ne soit pas entièrement scientifique, comme c'est le cas de nos jours. Les sciences peuvent en effet s'apprendre après le baccalauréat, il suffit simplement de le vouloir! Avec mes salutations confraternelles.

**D<sup>r</sup> A.-M. L. F. (par mail)**

## **LA MÉDECINE DOIT RESTER HUMANISTE**

**P**uisque « nos réactions nous intéressent », je me permets ce courrier qui partage le sentiment du D<sup>r</sup> F. F. (50), publié dans le bulletin d'information de l'Ordre n° 24 de juillet-août. J'ai la même spécialité que lui, et surtout la même formation initiale, avec un Bac lettres classiques qui n'a plus de mise au XXI<sup>e</sup> siècle. Et pourtant, la médecine ne reste-t-elle pas un humanisme? Ancien interne et attaché, je suis de cette génération qui peut multiplier les 35 heures par deux pour les besoins des patients ou des établissements de santé. Jeune médecin, je n'aurais jamais imaginé que l'on puisse « codifier » la PDS! Et pourtant! À 62 ans, j'en connais encore bien assez des « nuits profondes » sans sommeil... Bien confraternellement.

**D<sup>r</sup> E. B. (38)**



## LA MÉDECINE D'AUJOURD'HUI ALLIE SCIENCE ET HUMANISME

**J**e viens prendre le contre-pied de notre confrère, le Dr F. F. (50), et de son courrier « Former des humanistes plutôt que des scientifiques », publié dans le bulletin de juillet-août. Tant mieux si le grec lui a permis de comprendre ce qu'est une « amnésie noétique » sans ouvrir un dictionnaire, et le latin de saisir d'emblée le sens de *primum non nocere*. De mon temps, il fallait d'abord obtenir le certificat PCB auprès de la faculté des sciences. La génération du Dr F. F. a peut-être vu les années de propédeutique remplacer ce diplôme, mais pas son contenu. Et même l'enseignement de ce qu'il appelle le « raisonnement mathématique » comprenait-il déjà quelques considérations rationnelles relatives aux applications des données de la statistique mathématique à la médecine. Applications sans lesquelles, on ne comprendrait pas la conduite d'un essai thérapeutique, par exemple, ou les notions de démarche rétrospective ou prospective. Quant à l'humanisme, il s'apprend par l'exemple donné par nos maîtres dans les hôpitaux. Plus particulièrement cette maîtrise des émotions dans les activités pédiatriques ou gériatriques. L'ère des recettes laisse progressivement la place à l'ère des thérapeutiques prouvées. Pour le bien des patients.

D' M. C. (02)

## POUR UNE REFONTE COMPLÈTE DU SYSTÈME DE SÉCURITÉ DES MÉDICAMENTS



**J**'ai lu avec beaucoup d'intérêt votre article sur la sécurité du médicament, dans le bulletin n° 24, mais j'ai été très déçu car le conseil de l'Ordre se satisfait de bien peu de choses.

À savoir : un tout petit « plus » en matière de sécurité du médicament, alors que la totalité du système est

à refondre complètement. Les professionnels du médicament ont bien défendu leurs intérêts et ont réussi, par une multitude de pirouettes, à détourner les juristes du droit primordial du patient : celui d'être bien soigné. Ce droit impose aux professionnels du médicament de fabriquer des produits nouveaux qui apportent quelque chose de plus que les anciens. Cette obligation devrait passer par trois impératifs pour obtenir l'AMM.

1. Ne plus se contenter de la « non-infériorité », mais devoir apporter un « plus » par rapport au produit de référence.
2. Ne plus avoir le droit de tester un produit nouveau contre placebo. Il faudrait être tenu de le tester contre produit de référence. [...]
3. Il faut ensuite que les effets indésirables soient acceptables, compte tenu du « plus » apporté par rapport au médicament de référence et de la gravité de l'affection. Tout le monde sait (mais personne ne dit) que c'est parce que l'on a accordé l'AMM beaucoup trop précipitamment à des hypoglycémiantes de la famille des glitazones que des catastrophes sont en cours...

Voilà, à mon avis, ce qu'il faudrait. Mais je ne suis qu'un médecin généraliste de base qui écrit des choses « politiquement incorrectes » dictées par l'expérience, et qui vous prie de croire à ses meilleurs sentiments.

D' D. C. (44)



Vaincre la mucoviscidose

# Guérir la mucoviscidose



© Photo: Vaincre la mucoviscidose

## 1965

Quelques médecins et parents fondent l'Association française de lutte contre la mucoviscidose (AFLM). Elle deviendra plus tard : Vaincre la mucoviscidose. Le nom reflète alors le véritable objectif de l'association.

## 1989

Découverte, par quatre chercheurs, du gène CFTR responsable de la maladie. L'espoir naît pour les malades et leurs proches qu'un traitement soit rapidement découvert. Cependant, il existe plus de 2000 mutations du gène CFTR.

## 2002

Officialisation et labellisation, par l'État, des 49 centres de ressources et de compétences de la mucoviscidose (CRCM) au sein des hôpitaux. Parallèlement, le dépistage néonatal de la maladie se généralise.

Quatre missions ont présidé à la création de Vaincre la mucoviscidose en 1965: guérir, soigner, aider et informer. Depuis, les objectifs n'ont pas changé mais ont pris de l'ampleur. Alors que l'espérance de vie était de sept ans dans les années soixante, en 2012, la moitié des 6400 malades français ont plus de 18 ans. Avec l'allongement de la vie, de nouvelles complications médicales et sociales sont apparues. Pour y faire face, Vaincre la mucoviscidose emploie 40 salariés, compte

6 712 adhérents et dispose de 90 000 bénévoles sur le terrain. En presque un demi-siècle, l'association a réussi à mettre la pathologie sur le devant de la scène. Illustration la plus flagrante de cette exposition, la labellisation par le gouvernement des CRCM, en 2002, et la généralisation des diagnostics néonataux. Toutefois, l'association ne compte pas en rester là. Avec le plan d'actions prioritaires 2011-2015, Vaincre la mucoviscidose cible son action sur trois points particuliers. La recherche, d'abord, à laquelle elle consacre 4 millions

d'euros sur 11 millions de budget global. La greffe du poumon se situe au cœur du programme quadriennal. Ensuite, l'association veut mettre l'accent sur l'amélioration de la qualité de vie de tous les patients pour mieux gérer l'allongement de la durée de vie: aide à la scolarisation, à l'insertion professionnelle. Enfin, Vaincre la mucoviscidose entend développer ses ressources financières, alors qu'elle redoute la réduction de l'abattement fiscal concernant les dons. Cela d'autant plus qu'elle aide tous les malades, adhérents ou non.



“ On a découvert que le gène CFTR peut fonctionner correctement ”

Jean Lafond, président de Vaincre la mucoviscidose

## Témoignage

### Quelles sont les dernières nouveautés en matière de traitement ?

Pour la première fois, en 2011, des chercheurs ont réussi à s'attaquer à la cause de la maladie. Ils ont forcé la protéine défectueuse à fonctionner correctement. Cela a permis d'améliorer la fonction respiratoire. Actuellement, cette avancée ne concerne qu'une mutation sur les 2000 existantes. Le médicament, Kalydeco®,

permet de traiter 3 % des patients, soit une centaine de personnes en France.

### Quelles sont les conséquences de cette découverte ?

Elle est très importante. Elle ouvre la voie à d'autres recherches pour d'autres mutations. On pense que ce traitement va se développer dans les années à venir, même s'il ne constituera pas une solution complète. De fait, le patient devra prendre des médicaments à vie. Cependant,

cette découverte améliore considérablement sa qualité de vie et sa survie.

### Sur le plan de la recherche, quelle est votre priorité ?

Le plan d'actions prioritaires 2011-2015 se focalise notamment sur la transplantation pulmonaire. Aujourd'hui, 450 patients vivent avec un greffon. Nous axons notamment nos efforts sur l'augmentation des chances de survie et sur l'amélioration de la qualité de vie après la greffe.

## Rester chez soi ou s'installer en institution ?



Ce livre de Stefano Cavalli examine les trajectoires de vie dans la vieillesse avancée, se concentrant sur la période de transition entre vie à domicile et intégration dans un établissement spécialisé, qui peut rompre

l'équilibre de la vie quotidienne. À quel type de transition a-t-on affaire au moment de l'entrée en institution ? Quelles sont ses caractéristiques ? Comment cette rupture biographique s'insère-t-elle dans le modèle de parcours de vie en vigueur ? Partie intégrante du programme de recherche Swiss Interdisciplinary Longitudinal Study on the Oldest Old, piloté par le Centre interfacultaire de gérontologie (CIG) de l'université de Genève, l'étude menée par l'auteur permet, aussi bien aux professionnels du grand âge qu'aux personnes concernées et à leur famille, de mieux comprendre et affronter une transition parfois inévitable.

► **Trajectoires de vie dans la grande vieillesse. Rester chez soi ou s'installer en institution ?** de Stefano Cavalli. Georg éditeur, coll. « Médecine société », mai 2012, 247 pages, 21 euros.

## Chroniques d'un médecin malade



La traversée de la maladie grave interpelle profondément, tant les menaces s'insinuent dans l'intimité et suscitent des questionnements intérieurs sans vraies réponses. Les proches comme les professionnels de santé s'efforcent, avec leurs moyens, de soutenir le malade autant que faire se peut. Mais l'expérience demeure bien

souvent solitaire et difficile à assumer. Pourtant, le temps du cancer est fait aussi de moments d'ouverture, de reconstruction personnelle, quelles que soient les entraves et les souffrances d'un cheminement hasardeux. Sylvie Froucht-Hirsch livre ici un témoignage juste, fort et d'une extrême lucidité sur son parcours de femme, médecin et malade du cancer du sein. Ses chroniques d'un quotidien incertain et

parfois bouleversant, sa vérité même dans les confrontations sans complaisance aux défis des traitements et de la relation de soin, expliquent le succès de sa première édition auprès des malades, qui se sont retrouvés dans ce récit, et des professionnels en exercice et en formation.

► **Le Temps d'un cancer. Chroniques d'un médecin malade**, de Sylvie Froucht-Hirsch. Éditions Érès, collection « Espace éthique », 141 pages, 11 euros.

## Cancer du sein : un médecin à l'épreuve de l'annonce



Laurent Puyuelo est médecin, chirurgien spécialisé depuis presque vingt ans en chirurgie cancérologique mammaire et gynécologique. Un jour, l'histoire de l'une de ses patientes atteinte d'un cancer de l'ovaire l'a obligé à se retourner sur sa vie de médecin annonceur. Rien ne l'avait préparé à annoncer tous ces cancers à tous ces patients. Avec sensibilité et humour, il plaide pour qu'on reconnaisse au médecin annonceur un rôle au sein de l'équipe de soin, que ses éventuelles difficultés soient prises en compte, qu'on lui donne les moyens de réaliser une « bonne annonce », même si celle-ci n'existe pas.

► **Cancer du sein. Un médecin à l'épreuve de l'annonce**, de Laurent Puyuelo. Éditions Érès, collection « L'Ailleurs du corps », 195 pages, 13,50 euros.

## L'Automne de la vie

Celui qui quitte son travail pour partir à la retraite est aujourd'hui, le plus souvent, en bonne santé. Ce constat ne saurait cependant masquer ni les nombreuses inégalités entre les catégories socioprofessionnelles ou les lieux de résidence, ni les disparités à l'intérieur même du groupe des retraités, ni l'augmentation croissante du nombre des personnes âgées en situation de « perte d'autonomie », ni les questions redoutables autour de la prise en charge, de la discrimination fondée sur l'âge, de la dignité... Les études ici réunies relèvent ces défis et invitent à une réflexion commune, dont l'un des enjeux majeurs est la vie en société.

► **L'Automne de la vie. Enjeux éthiques du vieillissement**, sous la direction de Marie-Jo Thiel. PU de Strasbourg, coll. « Chemins d'éthique », 2012, 414 pages, 24 euros.

# « Le patient n'est pas seulement un malade, mais aussi un être humain, un citoyen »

**Dr Pierre Daverat,**

Responsable de l'unité de médecine physique et réadaptation de l'hôpital Saint-André au CHU de Bordeaux, il réalise également des expertises pour des victimes de grand handicap. L'alliance de ses deux activités lui permet d'accompagner ses patients dans leur projet de vie, bien au-delà des murs de l'hôpital.

## Témoignage

« Je me suis spécialisé en neurologie mais, au fil du temps, je me suis rendu compte que je voulais aider les patients plus concrètement. Les neurologues font de brillants diagnostics, sans forcément pouvoir traiter les pathologies. Ils se trouvent alors dans une impasse. En rééducation, on travaille avec les capacités restantes du patient pour lui apprendre à vivre, à devenir autonome. Là encore, la science a ses limites, les médecins ne peuvent pas rendre l'usage de ses jambes à un paraplégique. Petit à petit, j'ai évolué dans mon approche du patient, notamment lorsque j'ai commencé les expertises. Pour moi, le patient n'est pas seulement un malade, mais aussi un homme, un citoyen avec une vie, un travail, une maison.

Or, grâce à l'expertise, je peux accompagner les personnes que je soigne au-delà des murs de l'hôpital. Cet exercice m'a permis de m'ouvrir au monde extérieur. Il m'arrive de collaborer avec les assureurs, bien sûr, mais aussi des architectes pour travailler à l'aménagement des maisons. Par exemple, repenser une salle de bains pour permettre à un tétraplégique de se laver seul. L'expertise me permet de sortir du cadre médical et d'accompagner les personnes dans la définition de leur nouveau projet de vie. Cette approche du patient implique également une conception pluridisciplinaire de la médecine. Je travaille en équipe avec un ergothérapeute, un kinésithérapeute ou encore un ostéopathe. Par ailleurs, je crois qu'il faut tenir compte du malade dans son ensemble, avec d'un côté l'exploration scientifique, indispensable, et de l'autre l'écoute de la personne. Son histoire est tout aussi importante. Il y a le symptôme, l'affection, et la manière de vivre avec. Un paraplégique peut vivre presque normalement parce qu'il est entouré, qu'on lui a appris à vivre avec son handicap. À l'opposé, une personne souffrant de troubles musculo-squelettiques pourra être constamment en arrêt maladie. Si je devais résumer cette approche, je parlerais d'humanisme scientifique. On part de la science, de la médecine, pour aider le patient, tout en tenant compte de son histoire. »



©Baptiste FENOUIL/REA

## PARCOURS

↳ **1975**

Études de médecine à Bordeaux

↳ **1981**

Commence son internat à Bordeaux, où il se spécialise en neurologie

↳ **1987-1991**

Effectue son clinat en médecine physique et réadaptation

↳ **1989**

Se rend en Arménie, suite au tremblement de terre, pour mettre en place une unité de soins pour handicapés

↳ **1990**

Se rend en Roumanie, après la chute de Ceausescu, pour créer une unité de soins pour handicapés dans un hôpital de Bucarest

↳ **1992**

Deviens praticien hospitalier au CHU de Bordeaux. En parallèle, commence à s'intéresser au milieu de l'expertise pour agir plus directement sur le devenir et le projet de vie des patients