



Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins



► Dossier

Maladie d'Alzheimer : chronique d'une catastrophe annoncée p.22

► Informatique
L'Ordre présente une
plate-forme nationale
d'échanges sécurisés p.6

► Sur le terrain
Agir ensemble
contre la douleur p.8

► Réflexion
L'éducation
thérapeutique p.11

médecins n°3

Janvier 2009

ABONNEZ VOUS À NOTRE LETTRE
D'INFORMATION MENSUELLE

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

➤ L'essentiel | 04

Cotisation 2009 : 24 euros par mois, le prix de l'indépendance

➤ L'essentiel informatique | 06

L'Ordre présente une plate-forme nationale d'échanges sécurisés

➤ Sur le terrain | 08

Agir ensemble contre la douleur

➤ Ailleurs | 10

Vers une meilleure interopérabilité des systèmes d'information en Europe

➤ Réflexion | 11

Comment impliquer davantage les médecins dans l'éducation thérapeutique ?

➤ Courrier des lecteurs | 28

➤ La voix des associations | 29

Les Alcooliques anonymes

➤ Culture médicale | 30

Sûreté : le mot du mois par Alain Rey

➤ Les outils du mois | 31

Dépression sévère : des électrochocs à la stimulation magnétique transcrânienne

➤ À vous la parole | 32

D^r Lionel Charbit, chirurgien viscéral

➤ Dossier | 22

Maladie d'Alzheimer : chronique d'une catastrophe annoncée



© Valain/Phonax

La maladie d'Alzheimer et les démences neurodégénératives sont vécues de façon dramatique par les malades et les familles. Mais au-delà des drames individuels, elles constituent un problème majeur de santé publique qui nécessite une réorganisation de notre système de soins.

Cahier jurispratique | 13

- **EXERCICE PROFESSIONNEL** Un devis pour les dépassements d'honoraires | 13
- **CONTRATS** | 14
- **PRÉVENTION** Un guide sur l'éducation thérapeutique du patient | 16
- **DÉCRYPTAGE** Les règles de prescription des arrêts de travail (suite) | Le vaccin antigrippal peut être administré par les infirmières | 18
- **QUESTIONS/RÉPONSES** À qui confier la pratique de l'échographie obstétricale ? | Qui peut signer un certificat d'accouchement pour enfant né sans vie ? | 20

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

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



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

Des soignants de plus en plus vulnérables

Le 4 décembre dernier, le groupe Pasteur Mutualité a organisé un colloque sur la vulnérabilité et la souffrance du soignant, auquel l'Ordre des médecins a activement participé. Trop longtemps occulté, le « burn-out » prend aujourd'hui une importance particulière à l'heure où bon nombre de nos confrères, souvent isolés, connaissent des phases d'épuisement professionnel, sources de détresses et de désordres psychiques, voire comportementaux. L'évolution de notre métier, la pénurie de professionnels dans certaines spécialités, les nouvelles charges administratives comme le devis obligatoire ont alourdi notre charge de travail

au détriment du véritable temps médical. Face à ce phénomène d'ampleur, l'Ordre des médecins n'entend pas rester inerte. Après la publication d'un rapport de réflexion intitulé « Le médecin malade¹ », l'Ordre propose la mise en place d'un dispositif de soutien aux médecins au sein de chaque conseil départemental : une cellule de veille confraternelle, adossée à la commission d'entraide, aurait pour objectif de repérer les médecins qui « flanchent », tandis qu'une cellule de soutien serait chargée de leur porter assistance et de les accompagner. Une équipe de professionnels du secteur médico-social doit également être mise en place au sein du Conseil national de l'Ordre pour épauler ces médecins. Au-delà, l'institution doit repenser l'ensemble des articles du code de déontologie pour introduire plus de souplesse dans les modalités de l'exercice médical en les adaptant aux nouvelles conditions démographiques. Ce travail, déjà en cours, est une urgence : il s'agit d'éviter que beaucoup trop de médecins ne finissent épuisés et pour certains, heureusement peu nombreux, au bord de la rupture... Tout doit être entrepris, dans le sens confraternel, pour remédier à ces situations dramatiques, notamment par les conseils départementaux de l'Ordre qui ont, en la matière, un rôle prééminent. En espérant que l'horizon s'éclaircisse pour tous à l'occasion de cette nouvelle année, qu'il me soit permis d'exprimer, avec sincérité et chaleur, mes vœux les meilleurs à chacun de mes confrères et à ceux qui leur sont chers.

UNE MÉDAILLE D'HONNEUR

Le 25 octobre dernier, le Dr Michel Legmann a reçu la médaille d'honneur de la Société française de radiologie, au titre de ses quarante années d'exercice, tant hospitalier que libéral, et de son investissement dans la spécialité.

1. www.conseil-national.medecin.fr - Rubrique « Rapports et travaux ».

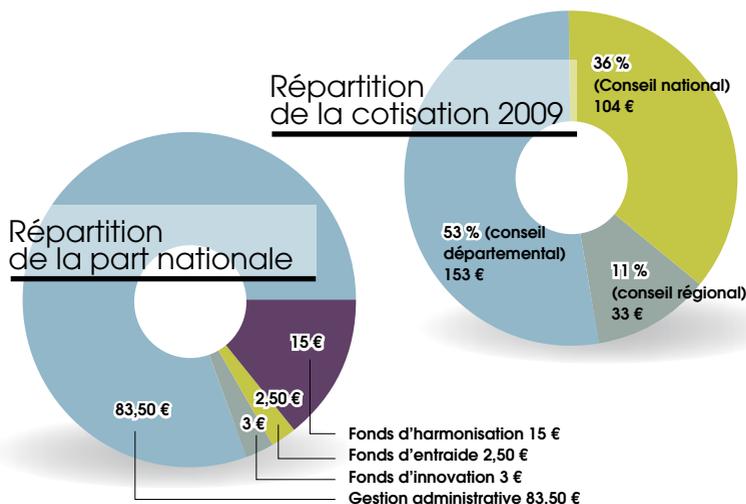
médecins

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : Dr Walter Vorhauer - ORDRE DES MÉDECINS, 180, bd Haussmann, 75389 Paris Cedex 08. Tél. : 01 53 89 32 00.
E-mail : conseil-national@cn.medecin.fr - RÉDACTEUR EN CHEF : Dr André Deseur - CONCEPTION ET RÉALISATION : CITIZEN PRESS 41, rue Greneta, 75002 Paris - RESPONSABLE D'ÉDITION : Claire Peltier - DIRECTION ARTISTIQUE : Marie-Laure Noel - SECÉTARIAT DE RÉDACTION : Élisabeth Castaing, Sophie Loubeyre - IMPRIMERIE : IGP - Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs - DÉPÔT LÉGAL : janvier 2009 - n° 16758 - ISSN : numéro en cours.

» Cotisation 2009

24 euros par mois, le prix de l'indépendance

Lors de sa session des 11 et 12 décembre 2008, le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) a voté le budget pour 2009 et fixé la cotisation annuelle à 290 euros. Les explications des D^{rs} Walter Vorhauer et Jean-Marie Colson, respectivement secrétaire général et trésorier du Cnom.



EN CHIFFRES

- La cotisation ordinaire a été fixée à 290 € pour 2009 par le Conseil national.
- La cotisation des médecins retraités n'ayant plus aucune activité médicale rémunérée est portée à 58 € (29 € pour le conseil départemental, 29 € pour le Conseil national).
- Les droits de qualification s'élèvent à 200 € (frais d'appel : 100 €).
- Pour les SCP et SEL, une demi-cotisation est exigée.
- Médecins inscrits sur la liste spéciale : 104 €.

Indépendance : tel est bien le maître mot du budget 2009 qui a été voté. « Réforme du système de santé avec le projet de loi "Hôpital, Patients, Santé, Territoires", encadrement des honoraires par les caisses, obligation d'information préalable pour les dépassements d'honoraires, bégaiements du DMP... En 2009, de nouvelles charges administratives vont encore peser sur notre exercice », analyse le D^r Vorhauer, secrétaire général de l'Ordre des médecins. Dans ce contexte difficile pour les médecins, l'Ordre doit être combatif et force de propositions pour que la profession ne soit pas administrée à l'avenir par la seule Assurance maladie. « Nous avons plus que jamais besoin d'un Ordre fort qui sache préserver l'autonomie des médecins », renchérit le D^r Jean-Marie Colson.

Les points forts de 2009

Pour préserver l'indépendance de l'exercice médical, l'Ordre entend maintenir le haut niveau d'expertise de ses conseils et renforcer son action internationale, au niveau européen en particulier. Au-delà, de nouvelles implications sont inscrites au budget 2009 :

- **l'extension de l'entraide nationale** à un fonds d'action sociale pour venir en aide aux médecins malades ou en grave difficulté ;
- **l'ouverture d'un fonds** destiné à des innovations technologiques au service des praticiens ;
- **le lancement du répertoire partagé des professionnels de santé** (RPPS) pour favoriser la coordination des soins et le partage d'informations ;

• **le développement du fonds d'harmonisation et de péréquation** entre conseils départementaux et régionaux pour soutenir les structures ordinaires de faible démographie.

La cotisation constitue la seule ressource de l'Ordre, garante de son autonomie. Une autonomie indispensable pour protéger l'indépendance professionnelle des médecins et, *in fine*, la qualité des soins...

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

Vous pouvez payer la cotisation en espèces, par chèque directement à votre conseil départemental ou par carte bancaire sur le site Internet du Conseil national de l'Ordre : www.conseil-national.medecin.fr Profitez-en pour vous inscrire à la newsletter!



UN NOUVEAU PORTAIL SUR LES MÉDICAMENTS

Mi-décembre, la ministre de la Santé Roselyne Bachelot-Narquin a signé une convention de partenariat avec le président du Collège de la Haute Autorité de santé, le directeur général de l'Afssaps,

le directeur général de l'Uncam et la présidente du GIE-Sips pour la création d'un portail Internet dédié à l'information publique sur les médicaments. Ce portail permettra un accès simplifié aux informations

publiques concernant le médicament, qui étaient jusque-là réparties sur plusieurs sites et difficiles d'accès. Sa mise en œuvre est prévue au premier trimestre 2009.

L'Académie de médecine contre une formation d'ostéopathie privée

L'Académie de médecine a vivement contesté l'accueil par la faculté de médecine de Dijon d'une formation d'ostéopathie privée, dispensée par des médecins à des étudiants de 2^e et 3^e année, parallèlement au cursus universitaire. L'Académie considère que proposer une formation non médicale à des étudiants dès la 2^e année de leur

cursus est prématuré et abusif. Elle souligne que la formation des médecins à l'ostéopathie ne devrait être envisagée qu'en fin d'études et seulement à titre complémentaire.

+ D'INFOS SUR LE SITE :

<http://www.academie-medicine.fr/>
Rubrique « Actualités et calendrier ».

EN CHIFFRES

65 %

des lecteurs

de notre newsletter pensent que c'est le Conseil national de l'Ordre qui doit sanctionner les dépassements abusifs d'honoraires des médecins. Pour 29 %, la sanction doit émaner de l'Assurance maladie.

Attention aux enquêtes!

Certains médecins sollicités par e-mail ou par téléphone pour participer à des «enquêtes» sont surpris de la caution ou de l'absence de réactions du Conseil de l'Ordre sur ces démarches qui soulèvent des questions éthiques ou déontologiques. L'Ordre tient à les informer que nombre de ces enquêtes n'ont jamais fait l'objet d'une demande d'avis auprès de l'Ordre. Nous recommandons à nos confrères de ne participer à ces enquêtes qu'après s'être assurés qu'elles ne soulèvent aucun problème éthique et que toutes les informations transmises par voie électronique font l'objet d'une anonymisation et/ou d'une sécurisation. En cas de doute, le mieux est de refuser d'y participer.

Deux publications ordinales pour vous informer

Le Conseil national de l'Ordre vient de repenser son dispositif de communication éditoriale pour mieux vous informer.

Le *Bulletin mensuel de l'Ordre des médecins* a disparu au profit d'un magazine de 32 pages intitulé *Médecins*, qui paraît désormais six fois par an. Tous les médecins inscrits au Tableau de l'Ordre en sont destinataires. Parallèlement, une lettre électronique mensuelle a été créée pour tout savoir du travail que mène l'Ordre au nom de l'ensemble de la profession médicale.

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

Pour vous abonner à notre newsletter :
Rubrique « Newsletter/s'inscrire ».

La lettre de l'Inserm

L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) publie une lettre électronique à destination

des médecins généralistes pour les informer des résultats des recherches menées dans ses laboratoires. Pour tout abonnement, l'Inserm peut délivrer une attestation de formation médicale continue.

+ D'INFOS SUR LE SITE :

<http://lettremedecinsgeneralistes.inserm.fr>



» L'Ordre présente

une plate-forme nationale d'échanges sécurisés

Après la publication d'un livre blanc pour l'informatisation de la santé en mai 2008, le groupe pilote¹ du Conseil national de l'Ordre présente une plate-forme nationale d'échanges sécurisés destinée à tous les médecins. Une plate-forme simple et évolutive pour une meilleure coordination des soins...

POINT DE VUE de l'Ordre



Dr Jacques Lucas,

vice-président du Cnom, chargé des systèmes d'information en santé

« Les médecins pourront s'approprier facilement cette solution informatique, car nous l'avons conçue pour être en phase avec leurs pratiques et leurs usages. Nous avons d'abord voulu coller aux réalités de l'exercice médical pour les faire évoluer si nécessaire. Ainsi, il nous a semblé primordial de commencer par cette phase d'échanges avant d'entrer dans une logique de partage d'un Dossier médical personnel à chaque patient. D'ailleurs, l'échec de la conception du DMP tient sans doute au fait que c'était une construction certainement très intéressante, mais extrêmement complexe. »

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

- Livre blanc pour l'informatisation de la santé,
- Médecins n°2, page 7.

Le Conseil national de l'Ordre (Cnom) a confirmé, début décembre, son engagement dans la construction d'une plate-forme nationale d'échanges sécurisés. Cet outil simple se propose de favoriser les échanges de données de santé entre professionnels de santé, avec l'accord des patients, pour améliorer leur prise en charge et l'efficacité des soins.

Le contenu de la plate-forme

Concrètement, la plate-forme comporterait dans un premier temps trois modules :

- des échanges électroniques sécurisés de correspondance entre professionnels de santé;
- la prescription sécurisée des médicaments;
- la prescription et la réception des éléments biologiques.

À court terme, la plate-forme pourrait être connectée avec le dossier pharmaceutique et un dispositif d'alerte sanitaire pourrait y être associé, si la Direction générale de la santé (DGS) souhaitait pouvoir contacter un plus grand nombre de médecins. Dès une deuxième phase, cette plate-forme serait interopérable après évaluation des dispositifs expérimentaux qui ont été mis sur pied au niveau régional, dans le cadre des appels à projets lancés par le GIP-DMP. Elle serait également connectée avec des serveurs de données d'imagerie ou de

1

Des échanges électroniques sécurisés de correspondance entre professionnels de santé.



résultats d'anatomopathologie et pourrait s'ouvrir à d'autres professions de santé.

Les choix techniques

Techniquement, le Conseil national a finalement fait le choix d'une plate-forme. Il va maintenant s'attacher à la conception d'un « dossier socle » pour chaque patient, comme il l'avait préconisé dans son livre blanc. « *Même si l'objectif de la ministre de la Santé de doter chaque patient de ce dossier socle dès la fin 2009 sera difficile à tenir, nous sommes évidemment prêts à contribuer activement à sa conception et à sa réalisation. Des contacts ont*



La plate-forme comporterait dans un premier temps trois modules

2

La prescription sécurisée des médicaments.



© Aliz/Phanie

3

La prescription et la réception des éléments biologiques.



© Gcor/Phanie

d'ailleurs été pris, et vont se poursuivre en ce sens, avec les sociétés savantes et les collègues de chaque discipline », indique le D^r Jacques Lucas. Au-delà de ce dossier socle, le Cnom continue de penser que le partage des données de santé, avec l'accord explicite du patient, doit se faire selon une architecture en mode « réparti » et non « centralisé ». Ainsi, les données de santé d'un patient ne seraient pas concentrées dans un « dossier cathédrale », mais réparties selon leurs sources. Cette architecture répartie permettra de mieux répondre à ces trois exigences fondamentales que sont la confidentialité des échan-

ges, l'accord explicite du patient comme préalable à toute action, la traçabilité vérifiable des accès qui suppose l'identification et l'authentification du médecin par la carte convergée Ordre/CPS. « D'ailleurs, le déploiement de cette carte dans les établissements de santé doit être fortement soutenu par les autorités sanitaires et ordinales, les associations de patients ou d'usagers et la gouvernance hospitalière nationale et régionale », précise le D^r Lucas.

Une phase bêta au printemps

Côté calendrier, une étude de faisabilité et de préfiguration comman-

dée par le Cnom lui a été remise début décembre. Sous réserve des modèles économiques et financiers, la construction technique et informatique s'étalera sur quelques mois début 2009, avant le démarrage, au printemps, d'une phase bêta sur cinq zones. Financièrement, le Cnom pourra y engager des fonds propres; cependant, il attend aussi un soutien fort de la puissance publique, car cette plate-forme constituera un véritable instrument de coordination des soins et non un simple dossier professionnel.

1. Groupe pilote. Coordination : J. Lucas. Membres du groupe : P. Biclet, P. Bouet, J.-J. Kennel, J.-F. Guyonnard, P. Jouan, R. Nicodeme, F. Stefani.



Interclud Vendée

Agir ensemble contre la douleur

L'Interclud Vendée a vu le jour en février 2008.

Cette association loi 1901 fédère les Clud¹ (comités de lutte contre la douleur) créés dans différents établissements du département.

Aujourd'hui, 19 établissements vendéens sont représentés au sein de l'Interclud : hôpitaux publics, cliniques privées, hôpital psychiatrique, centres de réadaptation fonctionnelle... Cette structure de coordination des Clud, qui est une des premières à voir le jour en France, est présidée par le Dr Laure Priou, médecin généraliste « algologue² » au centre hospitalier départemental (CHD), qui est aussi présidente du Clud du CHD : « *L'objectif est de créer du lien entre les Clud, de partager nos expériences. Les hôpitaux locaux, nombreux en Vendée, sont très demandeurs.* »

« *Nous avons tout intérêt à fédérer les forces entre secteurs public et privé* », ajoute le Dr Philippe Bonnaud, anesthésiste-réanimateur à la clinique Saint-Charles, à La Roche-sur-Yon, président du Clud de cet établissement et vice-président de l'Interclud. « Spécialiste » en algologie, le Dr Bonnaud implante des électrodes de stimulation médullaire qui permettent, dans certains cas particuliers, de traiter des patients confrontés à des douleurs chroniques et rebelles aux traitements. Les médecins de la consultation douleur du CHD, dont les Drs Pluchon et Bouron, lui envoient parfois des patients. Ces « transferts » sont facilités par l'Interclud. De même, le Dr Priou peut adresser des patients concernés par des douleurs à forte composante psychique au centre hospitalier spécialisé (CHS) Georges-

Mazurelle, lequel dispose d'un espace aquatique de détente-relaxation. Le CHS est un des rares hôpitaux psychiatriques à avoir créé son Clud, qui est très actif. De nombreuses affiches de sensibilisation à la prise en charge de la douleur ont été réalisées. Le Clud a aussi mis au point une vidéo montrant l'usage du Meopa (un gaz anesthésiant) pour les soins dentaires chez les malades mentaux : elle va être diffusée lors de la prochaine réunion de l'Interclud, au titre du partage d'expériences.

1. La loi n° 95-116 du 4 février 1995 incite les établissements de santé à créer leur propre Clud.
2. L'algologie est une branche de la médecine qui se consacre au traitement de la douleur.



Dr Laure Priou,
médecin généraliste
et « algologue »,
présidente de l'Interclud



Réglette douleur

Dans le service chirurgie postopératoire du CHD de Vendée : l'infirmier ressource douleur demande à une patiente d'évaluer sa douleur sur l'EVA (échelle visuelle analogique).

témoignage

Les membres de l'Interclud (une trentaine) se réunissent une fois tous les deux mois. Nous avons créé un site Internet, sur lequel les adhérents peuvent mettre en ligne des documents. Notre premier objectif actuel est de dresser un état des lieux des soignants formés (capacité ou DU de lutte contre la douleur). L'Interclud se charge aussi de coordonner la formation des étudiants de l'IFPS (Institut de formation des professionnels de santé), mais aussi des personnels du CH Georges-Mazurelle. Un groupe de travail de l'Interclud agit aussi pour développer un usage harmonisé du Meopa pour les douleurs induites (ponctions lombaires, biopsies...), ce qui permet d'éviter l'anesthésie générale. Un autre groupe travaille sur les résistances à l'évaluation de la douleur. Demander à un patient,



Affiches ↘

Au CHS Georges-Mazurelle, Catherine Pierre-Eugène, cadre supérieur de santé à la direction des soins, secrétaire de l'Interclud, et Michèle Hastoy, manipulatrice radio et assistante dentaire, montrent les affiches réalisées par leur Clud. Au centre : le Dr Laure Priou.



Salle de réveil ↘

Le Dr Philippe Bonnaud, anesthésiste et président du Clud, demande à une patiente si elle a mal. *« Dès la consultation d'anesthésie, nous prenons en compte la douleur; parfois, nous décidons que des antalgiques seront administrés pendant l'opération pour éviter la douleur au réveil. »*

quand il arrive aux urgences ou en postopératoire, s'il a mal, est indispensable, mais encore beaucoup de soignants ne le font pas... Il faut aussi que l'évaluation de la douleur (grâce à des outils comme l'EVA) devienne un réflexe, à l'entrée mais aussi à la sortie des patients. Enfin, l'association se charge de sensibiliser le grand public : la douleur n'est pas une fatalité et des consultations spécialisées existent. En décembre, nous avons animé une soirée sur les troubles musculo-squelettiques (TMS) à La Roche-sur-Yon. ☹

+ D'INFOS :

www.interclud-vendee.fr



Soins dentaires ↘

Séance de soins dentaires au CH Georges-Mazurelle avec l'utilisation du gaz anesthésiant Meopa, qui permet de détendre les patients de l'établissement psychiatrique, souvent angoissés, et évite une anesthésie générale.



LES INTERVENANTS DE LA TABLE RONDE

PRÉSIDENT : Michel Gagneux, inspecteur général des Affaires sociales

MODÉRATEUR : Jacques Lucas, vice-président du Cnom, chargé des systèmes d'information en santé

• **Thierry Baumier**, médecin urgentiste libéral

• **Jean-Luc Bernard**, président du Comité des normes d'informatique de la santé

• **Alain Folliet**, DSI de la Cnamts

• **Pierre Lesteven**, chargé des systèmes d'information de santé à la Fédération hospitalière de France

• **Henri Lewalle**, Mutualité belge

• **André Loth**, mission pour l'Information du système de santé au ministère de la Santé

• **Yannick Motel**, délégué général de Lessis (Les entreprises des systèmes d'information sanitaires et sociaux)

• **Jean-Yves Robin**, directeur du Groupement d'intérêt public Dossier médical personnel (GIP-DMP)

• **Marthe Wehrung**, directrice du Groupement d'intérêt public Carte de professionnel de santé (GIP-CPS)

• **Germain Zimmerlé**, DSI des hôpitaux universitaires de Strasbourg

Vers une meilleure interopérabilité des systèmes d'information en Europe

Le 5 décembre, à Paris, institutionnels et experts se sont réunis, à l'invitation du Conseil national de l'Ordre (Cnom) pour échanger sur l'interopérabilité médicale en Europe.

Placée sous le haut patronage de Roselyne Bachelot, et présidée par Michel Gagneux, la table ronde sur l'interopérabilité médicale organisée par le Cnom a rassemblé plus de 100 personnes. Son modérateur, le Dr Jacques Lucas, vice-président du Cnom, chargé des systèmes d'information en santé, a d'emblée souligné « la nécessité de disposer de langages communs et de systèmes compatibles, adaptés à l'usage de tous, patients comme professionnels. »

L'interopérabilité bénéficie depuis quelques années du soutien de la Commission européenne. « Un plan d'action pour un espace européen de la santé en ligne a été adopté en 2004, a rappelé Gérard Comyn, responsable du service NTIC de la santé à la Commission. Nous soutenons des travaux comme la carte européenne d'assurance maladie ou la carte européenne de profession-

nel de santé. » Grâce au projet européen Health Data Project, finalisé en 2003, une table de conversion a également été créée entre les différents systèmes d'enregistrement de données informatiques.

Deux exemples européens

« En réunissant des médecins français et belges, nous nous sommes vite rendu compte que nous ne parlions pas le même langage informatique, a témoigné Henri Lewalle, de la Mutualité belge. Nous avons alors utilisé le projet européen Health Data Project pour réaliser les conversions. Nous avons aussi construit des territoires de santé : le patient peut passer la frontière sans rencontrer d'obstacle administratif. »

En France, c'est l'Agence des services d'information partagés (ASIP), qui sera chargée de veiller à l'in-

teropérabilité et à la sécurité des systèmes (voir pages 6-7). Jean-Yves Robin, le nouveau directeur du GIP-DMP, a souligné que ce travail se fera dans un cadre renoué de concertation avec les Ordres, les patients, la Cnil et les industriels, avant les arbitrages de l'autorité publique. « L'objectif de l'informatisation est d'améliorer la coordination des soins et la qualité de la prise en charge, d'où l'implication de l'Ordre dans ce dossier », a rappelé le Dr Lucas. Avant de conclure : « Toute solution informatique en santé implique le respect de la confidentialité avec la création d'un identifiant national de santé et l'usage d'outils d'authentification forte pour les professionnels, le consentement explicite du patient, le cryptage dans la circulation et la conservation des données et une réflexion urgente sur les hébergeurs. »

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

Retrouvez l'intégralité des débats sur le site, rubrique Publications/colloques et rencontres



Avec la participation de...

Christian Saout, coauteur du rapport ministériel remis en septembre 2008

D^r Irène Kahn-Bensaude, présidente de la section Santé publique au Conseil national de l'Ordre des médecins

Jean Parrot, président du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens

L'éducation thérapeutique

Le 2 septembre, un rapport intitulé « Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient » a été remis à la ministre de la Santé. Ce texte propose une nouvelle organisation pour l'éducation thérapeutique. L'occasion de s'interroger sur le rôle et la place des médecins dans ces dispositifs.

Bon à savoir

LE RAPPORT MINISTÉRIEL

Ce rapport de 165 pages a été rédigé par Christian Saout, avec le Pr Bertrand Charbonnel, professeur de diabétologie à l'Hôtel-Dieu (Nantes), et le Pr Dominique Bertrand, professeur de santé publique à l'hôpital Fernand-Widal (Paris).

+ D'INFOS

www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/actualite-presse/presse-sante/communiqués/remise-officielle-du-rapport-pour-politique-nationale-education-therapeutique-du-patient.html

Le projet de loi « Hôpital, Patients, Territoires » devrait mentionner l'éducation thérapeutique et le droit de tout patient atteint par une maladie chronique à bénéficier d'un programme personnalisé. C'est ce qu'a annoncé la ministre de la Santé, Roselyne Bachelot, lors de la remise du rapport sur le sujet, le 2 septembre dernier. Ce serait une première. Et cela souligne l'engouement croissant que suscite l'éducation thérapeutique. Mise en place dans de nombreux programmes en France, elle a déjà montré son efficacité. La prévention, une bonne observance des traitements, une gestion adaptée des situations de crise permettent d'améliorer la qualité de vie des malades. En maîtrisant mieux sa maladie, le patient devient acteur de la prise en charge. Ce changement culturel s'avère d'autant plus nécessaire que la prévalence croissante des maladies chroniques (diabète, cholestérol, asthme, insuffisance rénale...) ne cesse de croître.

Les auteurs du rapport ministériel proposent les grands principes d'une politique nationale d'éducation thérapeutique. Car si de multiples initiatives ont été initiées, elles sont très hétérogènes et surtout développées à l'hôpital. Les auteurs préconisent la mise en place de programmes en ambulatoire ou au sein des établissements de santé, selon les besoins des patients. Ces programmes, qui devront répondre à un cahier des charges national élaboré par l'Inpes¹, seront mis en œuvre par des équipes labellisées par les agences régionales de santé (ARS). « L'hôpital local, les maisons de santé pourraient servir de base à la structuration d'équipes spécialisées », précise le rapport.

Comment les praticiens pourraient-ils se consacrer davantage à l'éducation thérapeutique ?

Comment ces programmes pourraient-ils concrètement se mettre en place en ville ? Quel serait le rôle des médecins traitants ?

1. Inpes : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.



Christian Saout, coauteur du rapport ministériel remis en septembre 2008

Président du Collectif interassociatif sur la santé (CISS), qui regroupe 25 associations, Christian Saout est aussi président de la Conférence nationale de santé depuis 2006. Il a présidé l'association Aides de 1998 à 2007.



Dr Irène Kahn-Bensaude, présidente de la section Santé publique au Conseil national de l'Ordre des médecins

Pédiatre, le Dr Kahn-Bensaude est également présidente du Conseil départemental de l'Ordre de Paris.

Quel rôle pourraient jouer les médecins traitants dans l'éducation thérapeutique ?

Christian Saout :

Un rôle simple mais essentiel : évaluer avec la personne le besoin d'éducation thérapeutique pour créer les conditions d'une pleine autonomie et faciliter les « agencements » de sa vie avec les traitements. Il s'agit de soigner et d'accompagner sur la durée une personne atteinte d'une maladie chronique.

Irène Kahn-Bensaude :

Pour nombre de maladies chroniques courantes – hypertension, diabète, cholestérol, maladies digestives... –, les généralistes font souvent de l'éducation thérapeutique dans

leur cabinet. Mais ce travail n'est pas suffisant, par manque de moyens. Des séances approfondies d'éducation thérapeutique par le médecin traitant seraient envisageables, mais en inventant un autre mode de rémunération que le paiement à l'acte...

Le rapport ministériel indique que les programmes d'éducation thérapeutique actuels sont surtout mis en œuvre à l'hôpital. Comment développer des projets en ville ?

Christian Saout :

C'est aux acteurs de l'ambulatoire de changer la donne. Il y a deux obstacles : l'exercice isolé de la médecine versus la pluridisciplinarité

Bon à savoir

• Définition

« L'éducation thérapeutique a pour objet de former le malade pour qu'il puisse acquérir un savoir-faire adéquat, afin d'arriver à un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de sa maladie. (Elle) est un processus continu qui fait partie intégrante des soins médicaux. (Elle) comprend la sensibilisation, l'information, l'apprentissage, le support psychosocial, tous liés à la maladie et au traitement. La formation doit aussi permettre au malade et à sa famille de mieux collaborer avec les soignants. » (Organisation mondiale de la santé)

• Diagnostic éducatif

Le rapport ministériel insiste sur la nécessité de mettre en place un « diagnostic éducatif », qui aurait pour objectif de définir un programme d'accompagnement personnalisés, adapté au patient, à ses compétences et à ses difficultés.

indispensable dans l'éducation thérapeutique; les locaux inexistantes versus la nécessité de réunir des groupes de patients. Que les acteurs se saisissent de leur chance : se regrouper dans des alliances de mission entre professionnels de santé pour déposer des projets devant les agences régionales de santé (ARS), qui pourront

alors les labelliser et les financer, puisque l'un ira avec l'autre. Tout est donc ouvert pour la ville!

Jean Parrot :

De nombreux pharmaciens participent d'ores et déjà à des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP). Citons le Réseau diabète, à Paris : une cinquantaine de pharmaciens y adhèrent, chargés du suivi des patients. Dans l'Isère,

CAHIER JURISPRATIQUE



n°3 sommaire :

- **CONTRATS** Médecin remplaçant : l'immatriculation à l'Urssaf est nécessaire
 - Offres commerciales : ne les signez pas à la légère!
 - Trois contrats types pour encadrer la collaboration salariée
 - Contrat type pour médecin du travail salarié d'un service interentreprises de santé au travail | 14
- **PRÉVENTION** Un guide sur l'éducation thérapeutique du patient | 16
- **DÉCRYPTAGE** Les règles de prescription des arrêts de travail (suite)
 - Le vaccin antigrippal peut être administré par les infirmières | 18
- **QUESTIONS/RÉPONSES** À qui confier la pratique de l'échographie obstétricale?
 - Qui peut signer un certificat d'accouchement pour enfant né sans vie? | 20

Un « devis » pour les dépassements d'honoraires

..... L'arrêté du 20 octobre 2008 fixe à 70 euros le seuil à compter duquel les honoraires des praticiens doivent faire l'objet d'une **information écrite préalable**, en cas de dépassement. L'Ordre a conçu un modèle de note d'information à remettre aux patients.

Cette obligation entre en vigueur au 1^{er} février 2009. Elle ne concerne que les actes pour lesquels un dépassement a été facturé. Cette obligation permet, certes, de renforcer l'information du patient même si le praticien est déjà tenu d'afficher ses honoraires et ses fourchettes d'honoraires dans la salle d'attente... mais elle va aussi créer une nouvelle charge administrative pour

des praticiens qui n'en manquent pas. Pour la limiter, le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) a établi un modèle d'information sur les honoraires qui a été soumis aux conseils départementaux, puis a fait l'objet d'une consultation publique sur son site Internet. Objectif : éviter au maximum, grâce à ce modèle, des incompréhensions, voire des contentieux

avec les patients. Le Cnom estime nécessaire, d'ailleurs, que cette notice d'information soit signée par le patient ou son représentant. L'information préalable sur les honoraires peut parfois s'avérer délicate dès lors qu'en vertu du code de déontologie médicale et pour garantir le respect du tact et de la mesure, le montant des honoraires doit tenir compte de l'acte effectué, du temps

consacré et du service rendu aux patients. Le Conseil national de l'Ordre des médecins l'avait signalé aux parlementaires à l'occasion du débat préalable à l'adoption de la loi.

+ D'INFOS :

- www.legifrance.gouv.fr
- L'arrêté du 20 octobre est paru au *Journal officiel* du 11 octobre 2008.
- www.conseil-national.medecin.fr, rubrique « Actualités ».

Médecin remplaçant : l'immatriculation à l'Urssaf est nécessaire

..... Si le médecin remplaçant n'est pas immatriculé à l'Urssaf, le médecin remplacé peut être sanctionné financièrement. Pour se protéger, les médecins remplacés doivent donc faire figurer l'obligation d'immatriculation à l'Urssaf dans le contrat de remplacement.

Le conseil départemental des Landes de l'Ordre des médecins a attiré l'attention du Conseil national sur la situation d'un médecin remplacé qui a été menacé de sanctions financières à l'occasion d'un contrôle Urssaf, au motif que le médecin remplaçant n'avait pas demandé son immatriculation à l'Urssaf... Contactée par le Conseil national, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos), qui assure la tutelle des Urssaf, a confirmé que les médecins remplacés ayant recours à des médecins ou des étudiants en médecine non immatriculés à l'Urssaf pourraient être poursuivis pour infraction à la réglementation sur le travail dissimulé. La loi prévoit même, dans ce cas, l'obligation pour « l'employeur » de s'acquitter de cotisations sociales calculées sur une base forfaitaire de près de 8000 euros.

Les infractions au travail dissimulé visent donc non seulement les personnes qui ont accompli

une prestation de services sans avoir fait une déclaration obligatoire auprès des organismes de sécurité sociale, mais aussi les personnes qui ont eu sciemment recours à leurs services. Ces obligations pèsent sur les cocontractants pour tout contrat au moins égal à 3000 euros annuels. L'Acos a précisé au Conseil national que ce seuil de 3000 euros renvoie au chiffre d'affaires généré par l'activité du remplaçant. Il peut aussi correspondre au chiffre d'affaires cumulé de contrats successifs, même si aucun d'entre eux n'est supérieur à 3000 euros. Il est donc recommandé que le numéro Urssaf du remplaçant figure dans le contrat de remplacement. Le modèle de contrat de remplacement élaboré par le Conseil national a d'ailleurs été complété en ce sens.

+ D'INFOS :

Le Conseil de l'Ordre met à la disposition des médecins des contrats types sur son site Internet : <http://www.conseil-national.medecin.fr>

Offres commerciales : ne les signez pas à la légère !

..... Assaillis de propositions commerciales, les médecins doivent lire attentivement les contrats qui leur sont soumis avant de les signer, en particulier lorsque cet engagement est financièrement important ou qu'il court sur le long terme.

Récemment, plusieurs médecins ont attiré l'attention de leur conseil départemental de l'Ordre sur des difficultés rencontrées avec la société LCC (Laboratoire Cardio Contact) qui commercialise une prestation de lecture d'ECG, plus connue sous le nom commercial Cardiatel. En particulier, une

offre verbale d'essai d'un mois aurait été faite par un agent commercial auprès d'un médecin qui n'a pas pu rompre le contrat, cette période d'essai n'étant pas prévue dans le contrat qu'il a signé. Rappelons que les délais légaux de renonciation de sept jours, prévus par la réglementation

du démarchage à domicile, ne s'appliquent pas aux professionnels pour les opérations en rapport direct avec leur activité. Les médecins doivent donc s'imposer un délai de réflexion et ne rien signer à la légère, même si leur emploi du temps est surchargé. N'oubliez pas en particulier de consulter

vos confrères et, le cas échéant, d'interroger votre conseil départemental avant de vous lier par des obligations que vous aurez ensuite beaucoup de difficultés à remettre en cause.

+ D'INFOS :

www.conseil-national@medecin.fr, rubrique « Actualités 2008 ».

Trois contrats types pour encadrer la collaboration salariée

..... La modification de l'article 95 du code de déontologie médicale (article R.4127-95 du code de la santé publique) autorise désormais le salariat d'un médecin par un autre. L'Ordre des médecins vient de publier trois contrats types de collaboration salariée.

Grâce à ces contrats types, l'Ordre des médecins entend faciliter le recours à cette nouvelle forme d'exercice et répondre aux interrogations qu'elle suscite dans la mesure où elles relèvent du champ de compétence et de la responsabilité de l'institution ordinale.

1/ Les contrats types

Trois contrats types, complétés de commentaires, sont disponibles sur le site Internet de l'Ordre :

- contrat de collaboration salariée à durée indéterminée à temps plein entre médecin employeur et médecin salarié;
- contrat de collaboration salariée à durée indéterminée à temps partiel entre médecin

employeur et médecin salarié;

- contrat de collaboration salariée à durée indéterminée à temps plein entre médecin salarié et société d'exercice (SCP-SEL). Indépendance professionnelle, secret médical, horaires, période d'essai, ouverture de droits à un régime d'assurance maladie, six semaines de congés payés, tous ces éléments sont précisés dans ces contrats types dont les clauses essentielles doivent être respectées. Un exemplaire doit être adressé au Conseil départemental.

+ D'INFOS :

Télécharger ces contrats types : www.conseil-national.medecin.fr, rubrique « Contrats ».

Contrat type pour médecin du travail salarié d'un service interentreprises de santé au travail

..... Le Conseil national de l'Ordre des médecins a adopté un nouveau contrat type de médecin du travail salarié d'un service interentreprises de santé au travail.

Ce document est le résultat d'une collaboration fructueuse avec le Centre d'information des services médicaux d'entreprises et interentreprises (Cisme), organisme représentant la quasi-totalité des associations interentreprises de santé au travail en France, qui le proposera à ses adhérents. Il comporte un certain nombre

de modifications par rapport à la version antérieure adoptée par le Cnom en 2003. À l'article 2, les conditions requises pour exercer la médecine du travail sont mieux détaillées, permettant ainsi de s'assurer de la conformité du contrat et de l'exercice du praticien avec les exigences légales. La question du tiers-temps et des obligations qui s'y

attachent est mieux prise en compte, de même que le caractère pluridisciplinaire de la santé au travail (article 4-2). Des garanties plus précises sont apportées sur la sécurité et la confidentialité des dossiers informatisés tenus par les médecins du travail (article 5). Enfin, l'article 9 conforte l'indépendance du médecin dans sa formation médicale continue tout en

garantissant les droits des employeurs, et distingue nettement l'évaluation des pratiques professionnelles prévues par la loi des pratiques d'évaluation qui peuvent avoir cours dans les entreprises. Il est à noter que cet article pourrait être révisé en fonction des évolutions dans l'organisation et le fonctionnement de la formation médicale continue.

Un guide sur l'éducation thérapeutique

..... La Haute Autorité de santé et l'Institut national de prévention et d'éducation en santé publient un guide sur l'éducation thérapeutique du patient (ETP) intitulé « **Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques** ». Ce guide méthodologique regroupe tout ce qu'il faut savoir sur l'ETP, de son objectif à sa mise en place.

Tous les professionnels de santé peuvent devenir acteurs de l'ETP, à condition d'acquiescer au moins ces 4 domaines de compétences :

• **Compétences relationnelles :**

Communiquer de manière empathique, recourir à l'écoute active, choisir des mots adaptés, reconnaître les ressources et les difficultés d'apprentissage, permettre au patient de prendre une place plus active au niveau

des décisions qui concernent sa santé, ses soins personnels et ses apprentissages. Soutenir la motivation du patient, tout au long de la prise en charge de la maladie chronique.

• **Compétences pédagogiques et d'animation :**

Choisir et utiliser de manière adéquate des techniques et des outils pédagogiques qui facilitent et soutiennent l'acquisition de compétences d'autosoins et d'adaptation, prendre en compte les besoins et la diversité des patients lors des séances d'ETP.

• **Compétences méthodologiques et organisationnelles :**

Planifier les étapes de la démarche d'ETP (conception et organisation d'un programme individuel d'ETP négocié avec le patient, mise en œuvre et évaluation), recourir à des modalités de coordination des actions entre les services et les professionnels de santé, de manière continue et dans la durée.

• **Compétences biomédicales et de soins :**

Avoir une connaissance de la maladie chronique et de la stratégie de prise en charge thérapeutique concernées par le programme d'ETP, reconnaître les troubles psychiques, les situations de vulnérabilité psychologique et sociale.

Pour mettre en place l'ETP, quatre étapes sont recommandées. Celles-ci s'inscrivent dans la continuité de la précédente et permettent une construction logique.

• **La première étape**

est l'identification des besoins de chaque patient dont ressortiront, au moyen d'un diagnostic éducatif, les composantes pédagogiques, psychosociales et biomédicales.

• **La seconde étape** consiste à formuler

POURQUOI CE GUIDE ?

L'ETP est une pratique et un domaine scientifique jeune, évolutif. De plus en plus, les professionnels de santé et leurs instances, les patients, leurs proches et leurs associations, ainsi que les institutionnels souhaitent le développement et la pérennisation de l'ETP en tant qu'élément indispensable de la prise en charge d'une maladie chronique. Ce développement et cette pérennisation nécessitent la définition de bonnes pratiques, une prise en charge financière, et dans

le même temps une évaluation en termes d'efficacité et d'efficience des interventions d'ETP. Or, l'organisation et les modalités pratiques de mise en œuvre de l'ETP ne font aujourd'hui l'objet d'un consensus ni dans la littérature ni dans les pratiques. Par conséquent, ce guide propose un cadre général structuré, transversal aux maladies chroniques, pour répondre aux besoins éducatifs des patients.

du patient

L'ETP EXPLIQUÉE

» Qu'est-ce que c'est ?

L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu, dont le but est d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle leur permet, ainsi qu'à leur famille, de comprendre leur maladie et leur traitement, de collaborer ensemble et d'assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, pour pouvoir les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. Contrairement aux idées reçues, l'ETP ne se résume pas à la délivrance d'une information, qui seule ne suffit pas à aider les patients à gérer leur maladie au quotidien.

» C'est pour qui ?

Toute personne ayant une maladie chronique, enfant, adolescent ou adulte, quels que soient le type, le stade et l'évolution de la maladie, peut bénéficier d'une offre d'ETP. Cette offre concerne également l'entourage s'il le souhaite et si le patient souhaite l'impliquer dans la gestion de sa maladie.

avec le patient les compétences à acquérir ou à mobiliser. Elle sert aussi à maintenir la stratégie thérapeutique et ses priorités au regard de son projet, à les négocier avec lui afin de planifier un programme personnalisé d'ETP, et à les communiquer sans équivoque au patient et aux professionnels de santé impliqués dans sa mise en œuvre et le suivi du patient.

• **La troisième étape** consiste à sélectionner les contenus à proposer lors des séances d'ETP, les méthodes et techniques participatives d'apprentissage qui facilitent les interactions et les médiations avec le

patient et ses proches pour l'acquisition de compétences, et à mettre en œuvre le programme d'ETP.

• **La quatrième étape** est celle de l'évaluation des compétences acquises par le patient (acquisition de compétences, adaptation, changements mis en œuvre dans la vie quotidienne), du déroulement et de la pertinence du programme. Ainsi, cette étape indique au patient et aux professionnels de santé ce que le patient sait, ce qu'il a compris, ce qu'il sait faire et appliquer, ce qu'il lui reste éventuellement à acquérir, la manière dont il s'adapte à ce qui lui arrive.

À ne pas oublier :

- **Tout professionnel de santé**, impliqué dans la prise en charge usuelle d'un patient ayant une maladie chronique, doit informer le patient de la possibilité de bénéficier d'une ETP, et doit la lui proposer en lui décrivant les ressources locales. Pour cela, il doit pouvoir identifier les situations conduisant à faire cette proposition.
- **Le dossier du patient doit porter la trace écrite des actions des professionnels de santé intervenant dans l'ETP**, en particulier des synthèses du diagnostic éducatif initial et actualisé, de l'évaluation individuelle de l'ETP et des décisions prises avec le patient, des interventions réalisées.

Les règles de prescription des arrêts de travail (suite)

..... Dans notre dernier numéro (daté novembre-décembre), nous vous avons présenté les règles de prescription des arrêts de travail pour les salariés du régime général. Voici maintenant les particularités qui concernent les patients relevant du régime social des indépendants (RSI) et de la fonction publique.

1/ Patients relevant du régime social des indépendants (RSI)

Le RSI couvre trois types de professions : artisans, commerçants et professions libérales. Les professions libérales n'ont droit à aucune indemnité journalière (IJ) en cas de maladie ou d'accident. Les artisans ou commerçants ont droit à 360 jours d'arrêt indemnisés sur une période de 3 ans. Le délai de carence est plus long pour les personnes relevant du RSI : 7 jours (3 pour le régime général), sauf en cas d'hospitalisation : le délai de carence se réduit alors à 3 jours. Autre différence : les personnes relevant du RSI ne bénéficient pas de la législation sur les accidents de travail. Il est donc inutile pour le médecin de remplir le volet bleu spécifique aux accidents de travail, qui vaut pour les assurés du régime général. Prenons l'exemple d'un artisan

couvreur qui se blesse sur un chantier : ce sont les règles d'indemnité maladie qui s'appliquent à lui. Seule mesure favorable à l'assuré : s'il est victime d'une rechute, aucun délai de carence ne s'appliquera avant le versement de ses IJ. Pour ce qui est des contrôles, il faut savoir que tous les arrêts de travail sont systématiquement étudiés par le service médical du RSI et que tous les arrêts de 120 jours en durée continue font l'objet d'un contrôle approfondi. L'enjeu est d'éviter de mettre en péril l'entreprise de l'indépendant concerné par un arrêt de travail prolongé. Enfin, pour les indépendants de plus de 59 ans présentant des arrêts de travail répétés de plus de 45 jours, une retraite pour inaptitude peut être proposée entre 60 et 65 ans. Il s'agit d'une retraite à taux plein, versée même s'il manque des trimestres de cotisation à la personne concernée. En revanche, pour

la durée de l'arrêt, sa prolongation et les heures de sorties, les conditions sont les mêmes que pour les assurés relevant du régime général.

2/ Pour les patients relevant de la fonction publique

La protection sociale maladie des fonctionnaires est un régime particulier. Sur le plan institutionnel, la gestion de leurs prestations en nature peut être confiée à leur mutuelle, qui a reçu une délégation de nature législative.

La fonction publique regroupe 34 mutuelles de taille différente, la plus importante étant la MGEN. Concernant les prestations en espèce, comme les arrêts de travail, les règles de prescription sont les mêmes que pour les salariés du régime général. Pour que la confidentialité des données médicales soit respectée, le Cnom a obtenu que le volet 1 ne soit pas envoyé par l'agent à son administration. Plus simple : le médecin peut ne pas mentionner le motif de l'arrêt.

BIEN CONNAÎTRE L'ARRÊT DE TRAVAIL DE LONGUE DURÉE

L'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale prévoit une extension de droits qui est souvent méconnue des médecins. Les personnes à qui l'on a prescrit un arrêt de travail de plus de six mois ou des soins sur une durée équivalente ont la possibilité de bénéficier d'un arrêt de travail de longue durée, soit trois ans d'indemnités journalières (période maximale à laquelle un assuré peut prétendre). Cet article L. 324-1 fait l'objet d'une case à cocher sur le formulaire d'arrêt de travail, tous régimes confondus. C'est un dispositif à connaître, dans l'intérêt d'un assuré relevant d'une pathologie lourde, comme un cancer par exemple.

Ce qui change en revanche, c'est le contenu même des prestations, qui est plus favorable aux fonctionnaires :

- **en cas de maladie**, les trois premiers mois sont garantis à plein traitement et, en cas de prolongation, un demi-traitement

est versé les neuf mois suivants ;

- **sur proposition du contrôle médical, le fonctionnaire** au titre de la longue maladie, peut avoir son traitement maintenu pendant un an, puis il en reçoit la moitié pendant deux années ;

- **le dispositif CLD (congé longue maladie) n'est applicable** qu'aux personnes relevant de la fonction publique. Il offre une couverture pendant 5 ans (3 années à plein traitement et 2 années à demi-traitement).

Enfin, pour ce qui concerne les contrôles, il faut savoir qu'ils sont très rares chez les fonctionnaires qui ne sont convoqués par le médecin-conseil qu'en cas d'arrêt de travail de longue durée (voir encadré p. 18).

Le vaccin antigrippal peut être administré par les infirmières

..... **Un premier pas vers la délégation de tâches... Depuis un décret paru le 2 septembre 2008¹, les infirmières sont autorisées à pratiquer la vaccination antigrippale sur certains patients, à condition qu'il ne s'agisse pas de la première injection.**

Les patients à risques

- **Les personnes âgées ou atteintes de maladies chroniques**, qui ont déjà bénéficié du vaccin l'an dernier, peuvent à nouveau se le procurer en pharmacie, sans ordonnance, et faire pratiquer l'injection par une infirmière libérale.

Sont donc concernées :

- **les personnes de plus de 65 ans ;**
- **les personnes adultes atteintes d'une des pathologies suivantes :** affections broncho-pulmonaires chroniques, dont asthme, dysplasie broncho-pulmonaire

et mucoviscidose ; cardiopathies congénitales mal tolérées, insuffisances cardiaques graves et valvulopathies graves ; néphropathies chroniques graves, syndromes néphrotiques purs et primitifs ; drépanocytoses, homozygotes et doubles hétérozygotes S/C, thalasso-drépanocytose ; diabète insulino-dépendant ou non insulino-dépendant ne pouvant être équilibré par le seul régime ; déficits immunitaires cellulaires (voir l'arrêté du 29 août 2008).

PRESCRIPTION DE DISPOSITIFS MÉDICAUX

Pour rappel, un arrêté paru le 14 avril 2007 autorise les infirmières à prescrire certains dispositifs médicaux pendant la durée d'une prescription d'une série d'actes infirmiers, sauf indication contraire du médecin, notamment :

- des articles pour pansement ;
- des cerceaux de lit pour malade ;
- des dispositifs médicaux pour le traitement de l'incontinence et pour l'appareil urogénital ;
- des accessoires pour les perfusions à domicile (notamment les chambres à cathéter implantable).

Par ailleurs, peuvent être prescrits, sous réserve d'une information du médecin traitant, des matelas ou coussins pour prévenir les escarres, des sondes pour nutrition entérale à domicile, et, dans le cadre d'un renouvellement à l'identique, des bas de contention et des accessoires pour des lecteurs de glycémie.

Attention, les femmes enceintes et les personnes atteintes du VIH sont exclues de cette liste. Ces patients doivent consulter leur

médecin pour juger si l'administration du vaccin est opportune.

1. Décret n° 2008-877 relatif aux conditions de réalisation de certains actes professionnels par les infirmières et infirmières.

À qui confier la pratique de l'échographie obstétricale ?

..... **Comment répondre aux difficultés que rencontrent les gynécologues-obstétriciens pour faire pratiquer, en leur absence, des échographies obstétricales ? Le Conseil national de l'Ordre fait part des différentes solutions possibles.**

Le remplacement des gynécologues-obstétriciens par des spécialistes en imagerie médicale ou par des généralistes formés à cette technique spécifique ne peut être envisagé puisqu'on ne saurait déroger à la règle selon laquelle un spécialiste ne peut être remplacé que par un spécialiste de la même discipline. Il existe néanmoins d'autres solutions :

- **Un contrat** de mise à disposition des locaux et du matériel du médecin installé à un confrère pour la période correspondant à son indisponibilité.
- **Une autorisation d'exercice** en site distinct de la résidence professionnelle habituelle du médecin qui apporte son concours, le deuxième site étant le lieu d'exercice (cabinet ou clinique) du médecin qui doit s'absenter.

- **Une collaboration libérale** justifiée par la réalisation d'un examen commun à des disciplines différentes (radiodiagnostic et imagerie médicale, gynécologie-obstétrique et médecine générale). Ainsi, un gynécologue-obstétricien pourrait s'attacher le concours d'un confrère qualifié dans une autre discipline pour la seule pratique des échographies

foetales. Le médecin collaborateur pourrait, quant à lui, en dehors de la collaboration, effectuer des remplacements ou conclure un autre contrat de collaboration, sous réserve d'informer le médecin avec lequel il collabore de ses autres activités.

+ D'INFOS :

Un modèle type de contrat de collaboration libérale sur www.conseil.national.medecin.fr

Qui peut signer un certificat d'accouchement pour enfant né sans vie ?

..... **Depuis le décret du 20 août 2008, tout enfant né sans vie peut être inscrit sur les registres de l'état civil dès lors qu'un certificat médical d'accouchement précise les jour, date et heure de l'acte.**

Cet acte d'enfant sans vie permettra aux parents de l'enfant mort-né de disposer d'une mention symbolique de cet enfant, par exemple celle d'un prénom, tant sur le registre d'état civil que sur le livret de famille. En outre, il autorise les parents à réclamer le corps de l'enfant afin d'organiser des obsèques suivies d'une inhumation ou d'une crémation. Le modèle de certificat médical d'accouchement en vue d'une demande d'établissement d'un acte d'enfant sans vie figure en annexe de ce décret. Le signataire du certificat est le praticien (médecin ou sage-femme) qui a effectué l'accouchement ou celui qui dispose des éléments cliniques permettant d'en affirmer l'existence.

+ D'INFOS :

- Décret n° 2008-800 du 20 août 2008 pris en application du second alinéa de l'article 79-1 du code civil.

- Arrêté du 20 août 2008 relatif au modèle de certificat médical d'accouchement en vue d'une demande d'établissement d'un acte d'enfant sans vie (JO du 22/08).



Jean Parrot,

président du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens depuis 1993. Il est membre de l'Académie nationale de pharmacie et vice-président du Conseil supérieur de la pharmacie. De 2002 à 2006, il a été président de la Fédération internationale pharmaceutique.

le réseau Resic 38 compte 70 pharmaciens qui contribuent à la prise en charge des insuffisants cardiaques. Il faudrait généraliser ce genre de programme.

Irène Kahn-Bensaude :

L'éducation thérapeutique pourrait être développée par le médecin traitant et une personne auxiliaire qui aurait été formée à la prise en charge des maladies chroniques, et qui prendrait le temps nécessaire pour expliquer au patient comment prendre son traitement, comment suivre son régime en cas de diabète ou de cholestérol, que faire en cas de problème... Cette personne serait rémunérée pour cela. En fonction des pathologies concernées, diététiciens, nutritionnistes, infirmiers, pharmaciens, pédicures pourraient être impliqués dans de tels réseaux. Ceux-ci devraient, à mon sens, être articulés par le

médecin de premier recours, donc le médecin traitant.

Jean Parrot :

Nous pouvons utilement opérer un partage des tâches entre le médecin prescripteur, l'infirmière, le pharmacien pour l'éducation thérapeutique. Je pense aussi qu'il serait plus logique que le pilote soit le médecin. Cela dit, en cas de soins à domicile, l'infirmière pourrait être le pilote, ou bien le pharmacien, pour des protocoles médicamenteux spécifiques.

Christian Saout :

L'éducation thérapeutique, c'est un projet collectif dans le cadre d'une équipe ambulatoire qui peut comporter des généralistes, des pharmaciens mais aussi des spécialistes, des infirmiers, des diététiciens, des hospitaliers, des kinésithérapeutes, des associations de patients... En bref,

tous les partenaires intéressés par un projet concret vers une population identifiée dans un territoire ou sur la base d'une pathologie donnée.

Jean Parrot : Je pense qu'il est important que ces programmes soient bâtis au niveau d'un bassin de population, en fonction des besoins locaux et du nombre de professionnels de santé. Un pilotage au niveau national serait trop rigide. Il faut laisser une certaine autonomie aux professionnels. Bien sûr, il est impératif que les différents professionnels qui interviendront se coordonnent et sachent qui fait quoi. Il n'est pas question de pratiquer des actes sauvages, ni d'outrepasser nos compétences! Pour empêcher toute dérive ou manque de cohérence, on pourrait délivrer au patient un livret personnel sur lequel chaque intervenant consignerait ses actes.

Le rapport préconise aussi la mise en place d'une formation initiale pour les professionnels de santé : pourquoi?

Christian Saout :

Faire le diagnostic d'une maladie, les médecins y sont accoutumés. Mais pratiquer un diagnostic éducatif, comme nous le préconisons dans le rapport, cela demande des compétences nouvelles et parfois une approche multidisciplinaire.

Quels sont les bénéfices d'une éducation thérapeutique réussie sur les relations entre professionnels de santé et patients?

Irène Kahn-Bensaude :

Nous pouvons en attendre une meilleure observance du traitement, la diminution des complications de la maladie et des effets secondaires des médicaments... Par conséquent, le patient a plus confiance dans le médecin, la relation s'en trouve améliorée.

Christian Saout :

Compléter le soin par l'éducation thérapeutique, c'est donner sa pleine expression à l'approche globale. C'est une nouvelle dimension du soin : un arbitrage mieux partagé dans les solutions thérapeutiques doit *a priori* éviter les relations thérapeutiques conflictuelles et dégradées.

Jean Parrot :

Tout le monde doit en tirer des bénéfices : les patients, les professionnels de santé, l'Assurance maladie... Les pharmaciens sont prêts à s'engager dans des programmes d'ETP. Mais se pose un problème de temps, de moyens, et aussi de reconnaissance et de codification de ces actes.

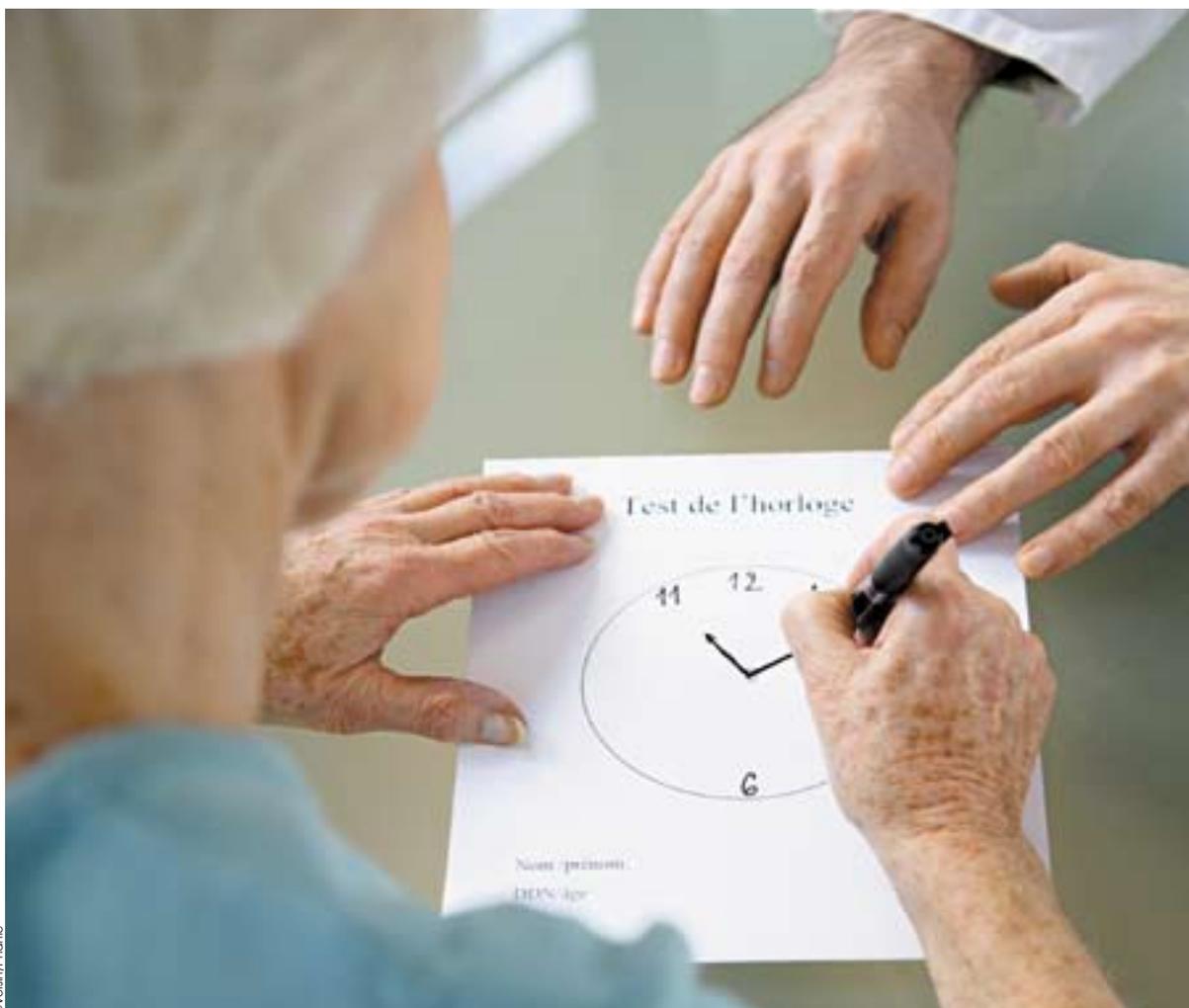
Christian Saout :

Justement, des financements sont prévus dans le rapport; ils seront attribués par les ARS après labellisation des projets.



Maladie d'Alzheimer : chronique d'une catastrophe annoncée

Perte progressive de la mémoire, détérioration des fonctions cognitives, troubles du comportement et finalement, perte de l'autonomie : la maladie d'Alzheimer et les démences neurodégénératives sont vécues de façon dramatique par les malades et les familles. Mais au-delà des drames individuels, elles constituent un problème majeur de santé publique qui nécessite une réorganisation de notre système de soins.



Pour la maladie d'Alzheimer aujourd'hui, comme pour le sida il y a vingt ans, tous les espoirs se portent sur la recherche. D'importants budgets sont actuellement investis – aux États-Unis, en Norvège, en Finlande, en Grande-Bretagne, en Allemagne, en France – pour tenter d'apporter des réponses thérapeutiques aux démences neuro-dégénératives. Car il y a urgence : elles touchent plus de 24 millions de personnes dans le monde... et leur nombre double tous les vingt ans ! En 2040, 80 millions

d'individus pourraient ainsi en être affectés (source : Alzheimer Disease International, *The Lancet*, 16/12/2005). Pour s'en tenir à la France, on comptait 400 000 personnes atteintes à la fin des années 1980 ; il y en a désormais plus de 850 000 et on en prévoit 1,2 million d'ici à 2020. Une telle perspective ressemble à un cauchemar. Mais c'est un fait : en l'absence d'un vaccin que l'on attend pour 2013-2015, sans la moindre certitude, la progression de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées est inéluctable, puisqu'elle est étroitement corrélée au vieillissement de la population. Non pas que

EN CHIFFRES

de 1,5 %
à 40 %

Selon l'étude Paquid menée à Bordeaux par une équipe mixte CNRS/Inserm, l'incidence de la maladie d'Alzheimer se situe autour de 1,5 % entre 60 et 70 ans, de 5 % entre 70 et 80 ans, de 15 % entre 80 et 90 ans et de 40 % au-delà de 90 ans !



“ Le diagnostic précoce de la maladie divise le monde médical ”

POINT DE VUE de l'Ordre



“ Non au dépistage systématique ”

Pr Claude-François Degos, vice-président du Conseil national

Au-delà du problème de santé publique majeur que représentent la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées et du drame que celles-ci constituent pour les patients et leurs familles, bien des questions se posent à notre société. D'ordre éthique en tout premier lieu : face à l'augmentation de la prévalence de ces pathologies neurodégénératives, faut-il envisager un dépistage systématique ? Pour l'Ordre des médecins, la réponse est non. Le dépistage est à exclure pour la simple et bonne raison qu'on ne sait pas guérir ces démences. Il serait d'autant plus vain de l'instaurer que, dans l'état actuel de la science, on n'a aucune certitude qu'une personne « à risque » développera la maladie. Alors, pourquoi l'affoler et lui gâcher des années pour rien ? En revanche, l'Ordre est favorable au diagnostic précoce dans la mesure où il laisse toutes leurs chances aux malades : si de nouveaux traitements arrivent, mieux vaut que leur état ne soit pas trop dégradé. Et l'on sait qu'une

bonne prise en charge permet de bloquer pour quelque temps le processus de dégradation. C'est pourquoi il nous semble important que les généralistes soient sensibilisés aux signes précurseurs de la maladie. Il faut améliorer leur information afin qu'ils puissent diriger sans attendre leurs patients vers des consultations spécialisées de neurologie ou de gériatrie, seules capables de poser le diagnostic. Cela, aussi, afin d'affiner le diagnostic de maladie d'Alzheimer et d'autres démences dégénératives cliniquement voisines ou pour déceler sans attendre des démences curables. Enfin, il nous semble essentiel d'insister sur la multidisciplinarité. La prise en charge de ces pathologies lourdes nécessite la mobilisation de plusieurs spécialités. Nous devons donc encourager les professionnels de santé à accélérer la réorganisation des soins pour faciliter cette multidisciplinarité, mais aussi pour favoriser la liaison entre les équipes sanitaires et médico-sociales.

EN CHIFFRES

24

millions de personnes

seraient touchées par la maladie d'Alzheimer dans le monde... et le nombre de malades double tous les vingt ans. En 2040, 80 millions d'individus pourraient ainsi être affectés. Source : Alzheimer Disease International, *The Lancet*, 16 décembre 2005.

ces pathologies soient un signe de vieillissement – on peut être atteint bien avant d'être vieux et, à l'inverse, vivre très vieux sans être touché – mais leur prévalence augmente fortement avec l'âge. Cela dit, face à la diversité de données et d'analyses sur l'Alzheimer, il n'est pas facile de cerner le sujet. Comme s'il était possible, sur ce thème, de dire tout et son contraire. Par exemple, affirmer que toutes les personnes, en prenant de l'âge, finissent par présenter des signes d'Alzheimer... mais aussi que seules les démences survenant avant 55 ou 60 ans méritent cette appellation ! Cette incertitude vient du fait qu'il existe deux types de pathologie. Aloïs Alzheimer a effectivement décrit une démence précoce. Mais, depuis, les Américains ont démontré que les démences séniles présentaient exactement les mêmes lésions du cerveau. D'où

un seul et même nom pour définir les démences précoces et les démences séniles, quitte à préciser que les premières ont un caractère génétique plus marqué que les secondes.

De même, si tout le monde admet qu'il n'existe pour l'heure aucun médicament capable de guérir les malades, les avis divergent sur l'intérêt des molécules prescrites pour améliorer leur état. « *En freinant l'évolution des lésions, les traitements retardent le développement de la maladie. Mais leur efficacité est limitée dans le temps – en général un ou deux ans, estime le Pr Claude-François Degos. Ensuite, la courbe d'évolution de la maladie rejoint celle des malades non traités. Reste que tous les malades ne supportent pas leur traitement, en raison d'effets secondaires particulièrement lourds.* »

Le diagnostic précoce divise lui

Initiative



Dr Bénédicte Défontaines, neurologue

Sous l'impulsion du Dr Bénédicte Défontaines et de quelques autres médecins libéraux neurologues (comme elle), généralistes, psychiatres et gériatres, le Réseau mémoire Aloïs est né en 2004 avec une ambition bien précise : offrir aux patients Alzheimer et apparentés un accès rapide au diagnostic grâce à la médecine de ville. « *Le diagnostic précoce est notre cheval de bataille, explique le Dr Défontaines. Les traitements actuels ne permettent pas de récupérer les fonctions perdues, mais seulement de stabiliser l'état du malade. Il est donc essentiel d'intervenir le plus tôt possible.*

“ Notre cheval de bataille : le diagnostic précoce ”

Or, aujourd'hui, en France, entre les premières plaintes et le diagnostic, il s'écoule en moyenne 24 mois. C'est beaucoup trop ! L'attente pour une consultation à l'hôpital tourne souvent autour de 6 à 12 mois... »

Le Réseau Aloïs s'est organisé pour mettre à disposition des médecins les techniques diagnostiques jusqu'ici cantonnées à l'hôpital pour des raisons financières. « *Grâce aux fonds publics qui nous sont attribués, nous salarions trois neuropsychologues. Postés dans cinq lieux à Paris, ils peuvent réaliser, à la demande des spécialistes, des bilans cognitifs complets. Les patients paient 25 €, alors que le coût serait de 200 € s'ils faisaient appel à des*

psychologues libéraux. » La mission du réseau ne s'arrête pas au diagnostic précoce : il organise la prise en charge des patients atteints. Une équipe composée d'une infirmière, d'un gériatre et d'un généraliste assure la coordination entre les différents intervenants (médecins, paramédicaux, auxiliaires de vie, institutions, conseils juridiques, etc.). « *Nous essayons de décharger les médecins traitants qui n'ont ni le temps ni la vocation de régler les nombreux problèmes non médicaux indispensables au maintien à domicile des malades* », précise le Dr Défontaines. Pour les patients polypathologiques et très dépendants, un partenariat étroit

aussi le monde médical. Certes, la Haute Autorité de santé, s'appuyant sur le Plan Alzheimer, l'a intégré dans ses recommandations, et les neurologues le jugent indispensable pour bloquer le plus tôt possible le processus de dégradation des malades et faciliter ainsi leur prise en charge. Mais on note de sérieuses réserves sur sa pertinence, notamment chez les gériatres, faute de réponses thérapeutique et sociale très convaincantes...

Il y a toutefois unanimité sur un point : la prise en charge ! Chacun s'accorde à reconnaître que, dans l'état actuel de la science, le problème dépasse très largement le champ médical. Les démences neurodégénératives, outre le fait qu'elles entraînent le désarroi du malade, désorganisent durablement le quotidien de tout l'entourage familial. Car 80 % des personnes atteintes d'une maladie



Médecin et neuropsychologue analysant des tests d'évaluation MMSE. Hôpital de jour, service gériatrie de l'hôpital Paul-Brousse à Villejuif.

© APHP-Brousse/Phanie

“ Les médecins se sentent souvent démunis face aux situations dramatiques qu'entraîne la maladie ”

a été établi avec des réseaux gérontologiques ou gériatriques. Enfin, outre des formations trimestrielles spécialisées pour les médecins adhérents, le Réseau Aloïs s'investit dans la recherche : « *Nous intégrons dans les protocoles des malades relativement jeunes et encore peu atteints, que l'on ne trouve guère dans les services hospitaliers où les patients sont plus dégradés ou plus âgés.* » Son champ d'action, limité à Paris et à une partie des Hauts-de-Seine, devrait s'étendre à toute l'Île-de-France. Il vient par ailleurs de prendre la présidence de la toute nouvelle Association nationale des réseaux mémoire.

+ D'INFOS :

• www.reseau-memoire-alois.fr
 • www.anrem.fr
 Tél. : 01 40 29 90 41 (secr.)
 ou 01 49 12 51 07 (aides et conseils)

D^r Patrick Bouet, praticien en Seine-Saint-Denis, conseiller national de l'Ordre

témoignage



“

Il faut que l'on arrête de demander aux médecins de mieux se former à dépister de façon précoce les personnes atteintes d'Alzheimer... comme si le problème était là ! À quoi bon mieux former si ensuite on n'a rien à offrir au malade, sinon la perspective d'une dégradation inéluctable sans réelle solution collective ? Car on est désarmé : où

sont les médicaments efficaces à proposer ? Où sont les solutions pour une véritable prise en charge, faute de psychologues, d'ergothérapeutes, d'infirmières, etc. pour assurer un suivi correct de la personne, à domicile ou en établissement de santé ?

En tant que praticien de terrain, je suis confronté en permanence à ce drame et à la difficulté de prendre en charge mes patients. À part traiter les angoisses et la dépression pour les aider à supporter la situation, je n'ai guère d'autre solution que de leur donner les coordonnées des associations et, dans certains cas, suggérer des solutions extraterritoriales ! Aujourd'hui, l'État expérimente en reportant à plus tard ses prises de décisions. Et le pire est devant nous ! Comme pour l'obésité, il faut parler d'épidémie – et de la plus extrême gravité. Il y a le feu... et je ne suis pas sûr que, collectivement, nous en ayons pris la mesure.

”

» CE QUE PRÉVOIT LE PLAN ALZHEIMER

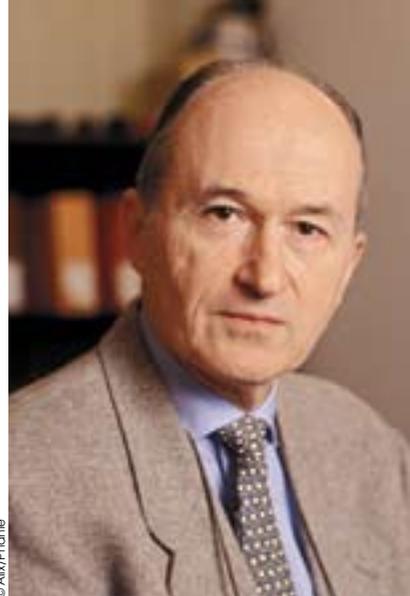
Troisième du genre, de loin le plus ambitieux, le Plan Alzheimer 2008-2012 a été élaboré sur la base des travaux de la commission présidée par le Pr Joël Ménard, présentés fin 2007 au président Sarkozy. Doté de 1,6 milliard d'euros sur cinq ans - 1,2 milliard pour le médico-social, 200 millions pour la santé et 200 pour la recherche -, ce plan vise tout à la fois à améliorer la qualité de vie des malades et de leur famille, à mieux connaître la maladie et à mobiliser la société. Parmi les nombreuses actions retenues, citons l'augmentation des capacités hospitalières de diagnostic (pour réduire les délais d'attente), l'élaboration d'un référentiel pour annoncer le diagnostic et informer le malade sur l'accompagnement médical, psychologique et social dont il pourra bénéficier, la création d'équipes spécialisées et de structures de répit pour permettre le maintien à domicile, ainsi que d'unités d'hébergement adaptées, le projet des « Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer » (Maia) destinées à offrir aux patients et aux familles une porte d'entrée unique dans le système de prise en charge... Au chapitre « Recherche », signalons la création, en juin dernier, de la Fondation de coopération scientifique (FCS) et la sélection de 13 projets de recherche clinique et de 7 projets de recherche multidisciplinaire.

d'Alzheimer ou apparentée vivent chez elles, et ce sont les conjoints, les enfants, les proches qui, avec plus ou moins d'aides extérieures, en assument la charge. « *Dans les premiers temps, nous confie un généraliste, lorsque la personne est encore valide et autonome, on peut diminuer son angoisse et son agressivité avec des psychotropes, soulager matériellement les proches avec des aides - infirmières, auxiliaires de vie, centres d'accueil de jour. Mais lorsque la personne devient incohérente et très dépendante, cela devient carrément ingérable.* »

C'est la raison pour laquelle le soutien à l'entourage est si important. « *Si l'on veut que les aidants familiaux restent assez vaillants et performants pour tenir plusieurs années, il faut leur permettre de "souffler" de temps à autre* », affirme le Pr Claude-François Degos pour qui cette question sociale est au cœur de la prise en charge. Aujourd'hui, de nombreux centres de la mémoire et autres structures de prise en charge de la maladie d'Alzheimer en ont pris conscience et s'en préoccupent. Reste que les besoins dépassent largement l'offre des structures d'accueil. Et les médecins le recon-

naissent : ils sont souvent démunis face à ces situations. Les places en établissements spécialisés manquent cruellement et l'offre de soins et d'aides pour le maintien à domicile reste très insuffisante. On estime que le coût mensuel d'une telle prise en charge varie de 1750 euros en début de maladie à 4000 euros au moins dans les phases avancées. Dans ces conditions, on comprend que tous les regards, aujourd'hui, se tournent vers la recherche. Jamais les espoirs d'échapper à une catastrophe annoncée n'auront autant été entre les mains des chercheurs !

POINT DE VUE extérieur



© Alix/Phanie

Pr Joël Ménard,
président du conseil
scientifique de la Fondation
de coopération pour la
maladie d'Alzheimer

Pour en savoir plus

- www.plan-alzheimer.gouv.fr (pour consulter les détails de la politique gouvernementale, obtenir des informations sur les pathologies, sur les consultations hospitalières, les dispositifs d'aides, les associations, les liens utiles).
- www.francealzheimer.org ou 0 811 112 112. L'association France Alzheimer a publié 100 000 cartes d'information « maladie d'Alzheimer » pour les malades et a diffusé 7 300 cartes pour l'information des médecins.
- www.has-sante.fr (pour consulter les recommandations de la Haute Autorité de santé).
- www.alzheimer-bottin.com (site de référence sur la maladie : il recense les sites en France et dans le monde, les instituts de recherche et les revues scientifiques).

“ Le plan de lutte contre la maladie a l'avantage de dire où nous allons ”

interview

En 2007, vous avez présidé la commission chargée de proposer des pistes pour élaborer un plan de lutte contre la maladie d'Alzheimer. Un an plus tard, où en est-on ?

Pr Joël Ménard : Nous sommes face à un énorme problème de santé publique, et ce n'est pas en une année qu'on peut prétendre le résoudre ! Le Plan Alzheimer a l'avantage de dire où nous allons. Il fixe des objectifs précis à cinq ans. Par exemple, connaître le nombre de personnes qui, en France, sont touchées par cette pathologie. Pour l'heure, entre les 400 000 cas mesurés (chiffre avancé par l'Assurance maladie à partir des patients en ALD 15 ou recevant un traitement spécifique de l'Alzheimer) et les 860 000 cas calculés avec une projection faite à partir de l'étude Paquid, on est dans le flou. Or, nous avons besoin de chiffres précis pour évaluer nos besoins financiers, mais aussi en formations de personnels médicaux spécialisés, de personnels paramédicaux, d'auxiliaires de vie, d'établissements (et de quel type), etc.

Le plan ambitieux d'améliorer le diagnostic... mais à quoi bon si la médecine est impuissante

à guérir les malades ?

Pr J. M. : C'est là un débat qu'on retrouve à chaque fois qu'une pathologie répertoriée n'a pas encore de réponse thérapeutique. Lorsqu'on évoque l'utilité d'un diagnostic précoce, il y a deux types de réponse : « Laissez-moi en paix puisque vous ne pouvez rien faire pour moi ! », ou au contraire : « Dites-le moi le plus tôt possible pour que je m'organise ». Ces deux attitudes se retrouvent aussi chez les médecins : les uns cherchent à cacher le plus longtemps possible la vérité au malade ; les autres ont tendance à aller plus vite pour comprendre la maladie à son tout début... Mais il y a consensus sur un point : on n'organise pas de dépistage car sur le plan éthique, ce serait indéfendable. Par ailleurs, tout le monde admet qu'il faut mobiliser le maximum d'efforts lorsque des jeunes (moins de 60 ou 65 ans) développent la maladie. En France, ils sont environ 10 000 !

La recherche permet-elle d'espérer des réponses thérapeutiques à court terme ?

Pr J. M. : Il y a dans le monde une énorme mobilisation de la recherche sur les maladies neurodégénératives, notamment en Europe. Avec une voie de recherche dominante pour la maladie d'Alzheimer : empêcher le dépôt dans le cerveau

des peptides issus d'un précurseur amyloïde, soit par la vaccination, soit par des médicaments bloquant le processus de dégradation du précurseur. Mais on n'est pas encore certain que cette voie-là soit la bonne, et il y a d'autres voies... En attendant, nous pouvons être plus performants sur la prévention vasculaire : si les patients vieillissent en conservant une bonne qualité vasculaire, l'âge de survenue des manifestations cliniques peut être différé et la dégradation, plus lente.

Faudra-t-il former les généralistes pour les préparer à un meilleur repérage et une meilleure prise en charge de ces patients ?

Pr J. M. : Ne chargeons pas une fois de plus les généralistes par des incantations : ils ne peuvent pas tout assurer dans les maladies chroniques et les polyopathologies ! C'est l'ensemble de notre système de soins qui est devenu inadapté à ces prises en charge, que ce soit au domicile ou dans les Ehpad. Il faut donc mettre en place ce que tout le monde dit sur l'organisation de notre système de soins de première ligne... car une bonne prise en charge améliore beaucoup la situation des malades et de leurs familles, même en l'absence de traitement curateur.



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



« J'aimerais voir un jour notre institution ordinale encourager la diversification par l'instauration de passerelles entre les spécialités et les sous-spécialités. »

D^r Taleb, Cavailon (84)

« Le Conseil national en est à ce point convaincu qu'il y a bien longtemps qu'il réclame le rétablissement des compétences et l'établissement de passerelles entre les disciplines (...). C'est pourquoi votre souhait, exprimé au futur, de voir un jour l'institution ordinale encourager la diversification par l'instauration de passerelles ou sous-passerelles est déjà exaucé. Lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale 2009, le Sénat avait d'ailleurs rétabli le dispositif de reconnaissance des compétences médicales qui avait disparu avec le nouveau régime des études médicales. Le Conseil constitutionnel a invalidé cette disposition. »



« À la lecture du numéro de juin du Bulletin de l'Ordre des médecins qui traitait du dossier "Urgences", je me permets de réagir à l'une des formulations dont vous usez et abusez. Par deux fois, vous qualifiez les médecins libéraux qui effectuent une consultation à domicile (sur le mode "SOS") d'urgentistes libéraux. Le terme d'"urgentiste" doit être réservé aux médecins qui exercent la médecine d'urgence, c'est-à-dire aux détenteurs du DESC,

d'une capacité de médecine d'urgence ou d'une activité quasi exclusive au sein d'une structure hospitalière ou du Samu. Un médecin libéral qui se déplace à domicile pour répondre à une "urgence" n'est pas à mes yeux, ni à ceux de mes confrères urgentistes, un "urgentiste"... D'ailleurs, en cas de difficulté, il s'adresse à un urgentiste, soit du Samu, soit d'une structure hospitalière... »

**D^r P. Taboulet,
Hôpital Saint-Louis (Paris)**



« J'ai lu avec attention l'éditorial du n° 1 de Médecins intitulé "La délégation des tâches, une solution appropriée, mais...". Il évoque clairement qu'une réflexion est en cours dans notre pays concernant la délégation de certaines de nos tâches médicales avec des "professionnels paramédicaux". J'aimerais poser à ce sujet deux questions. Première question : Comment définir le "cœur de notre métier"? Nos métiers médicaux sont devenus extrêmement variés. (...) À mon sens, nos points communs restent d'abord les êtres humains qui sollicitent nos soins, ainsi que nos titres de docteurs en médecine, attestant notre parcours universitaire, le respect du serment d'Hippocrate et notre cotisation obligatoire à l'Ordre des médecins. (...) Deuxième question : Qui est mandaté dans notre pays pour considérer que la "délégation de tâches est une solution appropriée"? (...) Le choix entre "plus de médecins" ou "moins de médecins entourés de plus de sous-traitants", lié évidemment au choix de "quelles médecines et à quels prix" mériterait à mon avis un débat national avec tous les citoyens concernés, c'est-à-dire l'ensemble des assurés sociaux. (...) Pour son domaine de compétences, l'Ordre des médecins ne pourrait-il pas organiser une consultation de l'ensemble de ses cotisants pour connaître leurs sentiments concernant cette mutation profonde de nos métiers si différents ? »

D^r J.-M. Halna, Thann (68)

Alcooliques anonymes France

Bientôt cinquante ans d'action contre l'alcoolisme



1935

Création des Alcooliques anonymes aux États-Unis.

1960

Les premiers groupes des « AA » voient le jour en France. Aujourd'hui, il en existe 576 répartis sur tout le territoire,

auxquels il faut ajouter 60 groupes qui travaillent en langue étrangère (anglais ou polonais).

1984

Création du bureau des relations médicales, devenu le bureau santé national. Il mène actuellement

plus de 300 actions dans les hôpitaux et les services ambulatoires d'addictologie.

2002

Les Alcooliques anonymes reçoivent la médaille de vermeil de l'Académie nationale de médecine. Cette

distinction confère à l'association une reconnaissance officielle et nationale.

2010

Les AA vont fêter leurs 50 ans en France lors du congrès annuel qui se tiendra à Paris.

L'entraide, l'amitié et la volonté sont des facteurs de réussite essentiels dans le sevrage de l'alcoolisme. C'est en partant de ce constat que deux Américains ont jeté les bases des Alcooliques anonymes, en 1960. Depuis, l'association a gagné une reconnaissance internationale. Son programme de rétablissement a permis à de nombreux alcooliques de trouver la voie du rétablissement. En France, on compte 10000 membres participant à des groupes d'entraide répartis sur tout le territoire. Les familles, conjoints, épouses, parents peuvent aussi se rencontrer dans les groupes familiaux « Al-Anon » et les enfants dans les groupes « Alateen ». L'association a trois maîtres mots : anonymat, indépendance et autofinancement. Elle ne perçoit aucune subvention et s'autofinance intégralement par les contributions volontaires de ses membres à la fin de chaque réunion. Son activité est toujours aussi importante. On compte environ deux millions d'alcoolodépendants en France : l'alcoolisme reste un problème majeur de santé publique, pour lequel le monde associatif est un allié incontournable du milieu médical.

“ Les associations doivent être encore plus présentes dans les lieux de prise en charge ”

Bernard B., responsable du bureau santé national

interview

Quel rôle jouez-vous dans la prise en charge des patients alcooliques ?

Bernard B. : Nous sommes là pour encourager les alcooliques et les aider à gérer le quotidien. Si nous sommes parvenus à devenir abstinentes, alors pourquoi pas eux ? Nous ne sommes pas

des soignants et ne faisons la promotion d'aucune forme de thérapie. Pour certains, un sevrage de trois semaines sera indispensable ; pour d'autres, une brusque prise de conscience peut suffire, sans assistance médicale. Mais nous tentons le plus possible de collaborer avec le milieu médical, d'être présents dans les hôpitaux et les services ambulatoires d'addictologie. Lorsque c'est possible, nous montons des antennes, des permanences, des réunions. Les patients hospitalisés peuvent nous rendre visite : ils apprennent ainsi à nous connaître et cela peut les aider à gérer l'après-sevrage.

Quel message souhaiteriez-vous faire passer aux médecins généralistes ?

Bernard B. : Que nous existons ! Nous pouvons leur transmettre les

listes des groupes de leur région, déposer des cartes de visite et des affiches, leur laisser les numéros de téléphone de membres des AA ou même les rencontrer pour nous présenter. Nous travaillons actuellement, avec les autres associations d'entraide, au sein de la Société française d'alcoologie (SFA), à la réalisation d'une plaquette destinée aux médecins généralistes, sur les valeurs et les compétences du monde associatif.

Quelles sont vos priorités pour l'avenir ?

Bernard B. : Nous souhaitons que le plus grand nombre possible de malades alcooliques s'en sorte ! Il faut une prise en charge globale, avec une présence plus importante des associations dans les structures de soins. Lors de notre dernier congrès qui s'est tenu à Angers en novembre 2008, le bureau santé national a évoqué la prise en charge en ambulatoire, qui se développe de plus en plus dans les centres de consultation en addictologie (CCAA, réseaux, etc.). Pour nous, il est plus difficile d'agir dans la mesure où les patients ne sont que de passage. Nous réfléchissons aux moyens de renforcer notre présence dans ces structures.

+ D'INFOS :

www.alcooliques-anonymes.fr
En cas d'urgence : 0 820 32 68 83 (permanence 24 heures/24).
Un médecin peut contacter le bureau des services généraux pour des renseignements au 01 48 06 43 68.

Sûreté

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



Si le mot latin *securus* a donné, par usure de ses consonnes, l'ancien français «sé-ür», devenu «sûr», son dérivé *securitas* est passé tout entier dans notre langue, tandis que *sûr* recevait un dérivé, «sûreté».

La sécurité s'est spécialisée : en latin, c'était l'absence de soucis, la tranquillité. Il en est resté quelque chose : l'esprit sécuritaire veut devenir tranquille. La « sécurité sociale » n'est pas en cause : c'est un anglicisme, et *social security*, pour les anglophones, fait penser à l'adjectif *secure*, que nous n'avons pas. La sûreté, de son côté, fut d'abord une garantie, une assurance et « sûreté sociale » eût été mieux, en bon français. La sûreté est aussi la situation où l'on est à l'abri du danger. Mais, au nom de cette lutte contre certains dangers, sûreté a pu acquérir une valeur policière et la Sûreté nationale devenir une institution.

Pas plus que le risque zéro, la sûreté absolue n'existe pas. Sûreté ne peut concerner que la recherche d'une sécurité. On voit bien que la sécurité est un idéal, la sûreté un combat pour s'en rapprocher – ce qui concerne à la fois la médecine et la navigation aérienne.

Et si c'était une allergie ?

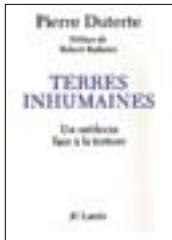


L'auteur répond aux questions pratiques et aborde l'allergie sous l'angle thérapeutique mais dans une démarche surtout préventive : les erreurs à ne pas commettre, les aménagements domestiques à respecter et à prévoir. Risquant de mettre en péril la vie de chacun, l'allergie demeure une préoccupation de santé publique qu'il convient de

prendre en compte dans le diagnostic étiologique et dans l'espace environnemental des sujets atteints. Les professionnels et les décideurs de santé publique sont particulièrement concernés par cet aspect médico-social. » **Jean Pouillard**

» *Et si c'était une allergie?*, Dominique Château-Waquet, Presse du Châtelet, 2008, 331 pages, 18,95 euros.

Un médecin face à la torture



Médecin généraliste, l'auteur a choisi de s'occuper pendant treize ans de patients ayant été torturés en dépit de la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948. Son ouvrage a pour but « d'exposer au grand jour le conflit entre l'humanité des victimes et

l'impensable barbarie, la basse sauvagerie de certains humains ». L'indescriptible horreur des faits rapportés conduit néanmoins à des entretiens thérapeutiques. Dans la préface, Robert Badinter – à qui nous devons l'abolition de la peine de mort en France – pense que « le livre nous invite à la lutte et non à la résignation... Il nous appartient de dénoncer cet outrage majeur à la personne humaine et de combattre sans répit et sans faiblesse cette pratique immonde... qui déshonore l'humanité. » C'est ce que fait notre confrère avec cet ouvrage que je vous invite vivement à lire. Pour ceux qui s'intéresseraient à ce sujet, se connecter sur la Toile à « Association Parcours d'exil ».

» **Maurice Hodara**

» *Terres inhumaines - Un médecin face à la torture*, de Pierre Duterte, J.-C. Lattès édit., 264 p., 17 euros.

Vivre longtemps et rester jeune



Avec humour et d'une plume alerte, l'auteur nous conte les multiples tentatives, faites depuis la nuit des temps, pour augmenter la longévité des hommes et pour leur rajeunissement. Certaines annonçaient des thérapeutiques actuelles : thermalisme, hormonothérapie, etc. Gastro-entérologue

exerçant à Toulouse, J. Freixinos est un historien de la médecine, c'est dire la qualité de l'information contenue dans cet ouvrage. Sa conclusion ? « Pour bien vieillir : trois non, trois oui et beaucoup de chance. »

» **M. H.**

» *Vivre longtemps et rester jeune - Science ou charlatanisme?*, de Jacques Freixinos, édit. Privat, 280 p., 17 euros.

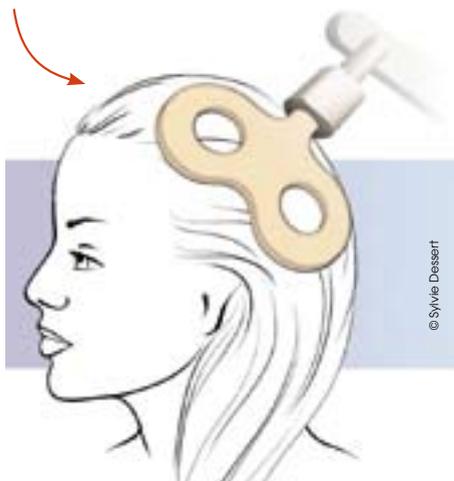
Les outils d'hier et de demain



La stimulation magnétique transcrânienne

Cette technique consiste à stimuler le cerveau à l'aide d'un puissant électroaimant placé à l'extérieur du crâne pour provoquer une courte décharge électrique dans une zone précise du cerveau.

(Source : Recherche et Santé n°108 - Fondation pour la Recherche médicale)



Le principe des électrochocs

Un courant électrique de très courte durée est délivré grâce à des électrodes placées sur le crâne. Il provoque une hyperactivité dans tout le cerveau. La sismothérapie est pratiquée sous anesthésie générale et curarisation.

(Source : Recherche et Santé n°108 - Fondation pour la Recherche médicale)

➤ Dépression sévère :

Des électrochocs à la stimulation magnétique transcrânienne...

Pour traiter la dépression, les médecins ont recours aux médicaments, à la psychothérapie et en dernière instance, à la sismothérapie, le nom médical des électrochocs. Même si elle est désormais pratiquée sous anesthésie générale, sous réserve du consentement du patient et de l'information des proches, cette technique garde une mauvaise image dans l'opinion publique. Surtout, les électrochocs restent une technique lourde qui nécessite des hospitalisations prolongées et

leurs effets secondaires ne sont pas toujours bien maîtrisés. Pour réduire ces inconvénients, une nouvelle technique a fait son apparition depuis environ dix ans : la stimulation magnétique transcrânienne. Contrairement aux électrochocs, cette méthode indolore peut cibler une zone particulière du cerveau. Elle commence à être utilisée en psychiatrie, par des équipes hospitalières spécialisées, pour traiter des dépressions sévères et résistantes. Mais le traitement reste complexe et son efficacité est variable selon

les symptômes et les patients... Demain sans doute, des techniques neurochirurgicales innovantes, basées sur l'implantation d'électrodes dans le cerveau, verront le jour pour soulager les symptômes des personnes souffrant de dépressions très résistantes.

+ D'INFOS :

- Recherche et Santé n°108, magazine scientifique de la Fondation pour la Recherche médicale
- Journal de la santé, La Cinquième.

“ Il y a une méfiance du public envers les médecins...” ”

Dr Lionel Charbit,
chirurgien viscéral

Témoignage

« J'ai choisi la chirurgie viscérale, l'une des plus difficiles sur le plan technique, parce qu'elle recouvre un nombre incalculable de maladies et de gestes opératoires possibles. » C'est ce défi permanent qui a attiré Lionel Charbit vers sa spécialité.

Le fait qu'il s'agisse d'une « chirurgie vitale » donne à son activité tout son sens, générant une relation médecin-patient très forte, très gratifiante. Toutefois, ce jeune chirurgien au regard turquoise reconnaît que cela se paie cher. D'abord parce que l'aléa thérapeutique est extrêmement élevé. « Tous les chirurgiens viscéraux y sont confrontés, quelle que soit leur expérience... » Les jeunes, conscients de cette pénibilité et de ces risques, désertent d'ailleurs la spécialité. « Dans dix ans,

on ne trouvera plus personne pour opérer la population française. » D'autant plus que l'énergie physique et psychique considérable requise pour exercer ce métier est loin d'être rétribuée à sa juste valeur, estime-t-il. « On nous voit souvent comme des nantis. Pourtant, dans le secteur privé, beaucoup de chirurgiens ont du mal à joindre les deux bouts, sans parler des chirurgiens exerçant en public... » Le Dr Charbit regrette cette absence de reconnaissance, voire cette « méfiance du grand public et du monde politique à l'égard du corps médical ». Et, malgré la passion qui l'anime, il l'avoue : « Je ne sais pas si le métier a de l'avenir. » Pourtant pas de doute : l'envie d'apprendre reste intacte. Il est notamment devenu responsable qualité et expert-visiteur de la HAS pour des visites de certification, a suivi une formation à Sciences-Po dans la santé et vient de publier un ouvrage consacré à l'information médicale.

Lionel Charbit est aussi un idéaliste : depuis quelques années, il participe en tant que bénévole à des missions médicales dans le nord du Togo, à la fois pour soigner la population et pour former les personnels. Il prend sur son temps de travail et paie son billet d'avion pour alléger les charges de la mission... mais pour rien au monde il n'y renoncerait : lorsqu'il opère à l'hôpital de Kara, il sait qu'il est utile, qu'il entre dans le vif du sujet, loin de la médecine protocolaire.



PARCOURS

» 1969

Naissance à Limoges.

» 1993

Internat de Paris.

» 2000

Clinicat à l'hôpital Cochin (Paris) avant Ambroise-Paré (Boulogne).

» 2003

Première mission humanitaire au Togo.

» 2004

Publication d'un bref récit-témoignage : *Commun des mortels*, L'Harmattan.

» 2005

Installation en libéral

» 2009

Sortie de *L'Information médicale - Informer le patient et le grand public : de l'obligation légale à la pratique*, L'Harmattan.