médecins
N°30 JUILLET - AOÛT 2013

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

Bulletin d'information de
l'Ordre national des médecins

↘ Dossier p. 22

LES MÉDECINS DE PRÉVENTION,
en quête de reconnaissance et d'attractivité

↘ Édito du **Dr Patrick Bouet**, nouveau président du conseil national de l'Ordre des médecins :

« Un nouveau souffle, une vision forte de notre profession »

médecins n° 30
Juillet 2013

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

L'essentiel | 04
• L'« Atlas de la démographie médicale » 2013 bat en brèche les idées reçues !

• Les comptes 2012 certifiés sans réserve

Sur le terrain | 08
Loire : à l'écoute des médecins

Réflexion | 10
Le principe de précaution peut-il s'appliquer à la médecine ?

Ailleurs | 21
Défendre les intérêts des médecins et de leurs patients en Europe

La voix des associations | 30
Fondation maladies rares : accélérer la recherche

Élections | 31
Appel à candidatures pour l'élection de la chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins

À vous la parole | 32
Bertrand Michelin, coordinateur des dispositifs de sécurité des professions exposées au ministère de l'Intérieur

Dossier | 22

Les médecins de prévention,

en quête de reconnaissance et d'attractivité

© AJ PHOTO / BSIP

Médecin du travail, de prévention dans l'administration, de PMI ou de l'Éducation nationale : ces spécialités ont en commun une approche globale du patient, des champs d'intervention très variés, le souci de conjuguer la déontologie médicale et les devoirs à l'égard de l'institution qui les emploie. Regards croisés.

Cahier jurispratique | 13

- LES VOIES DE QUALIFICATION EN FRANCE | 14
- LES COMMISSIONS NATIONALES DE QUALIFICATION | 15
- LA PROCÉDURE DE QUALIFICATION PAR LA VOIE DES COMMISSIONS DE QUALIFICATION ORDINALES | 17
- LES RÉFÉRENTIELS, SOCLES DE LA COMPÉTENCE MÉDICALE | 18
- LA PROCÉDURE D'AUTORISATION D'EXERCICE | 19

Vos réactions nous intéressent

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

Dr Patrick Bouet, président du conseil national de l'Ordre des médecins

Un nouveau souffle, une vision forte de notre profession

Le Conseil national m'a élu président. Conscient de l'espoir que fait naître l'élection d'un médecin en activité, je l'assume. Forts de nos expériences et de nos compétences réunies, nous allons donner, ensemble, un nouveau souffle à notre Ordre. À cet instant, je veux remercier le président Michel Legmann pour l'action qu'il a menée pendant les six années qui viennent de s'écouler. Il a jeté les bases de la modernisation de notre Ordre.

Notre déontologie est vivante. Elle est garante de l'action que chacun d'entre nous mène au quotidien, pour défendre les intérêts de ses patients. Cette déontologie, elle est portée en tout point du territoire par les conseils départementaux et régionaux de l'Ordre. Aujourd'hui, quels que soient vos modes d'exercice et votre spécialité, vous devez pouvoir compter sur votre Ordre pour défendre une vision forte de notre profession, de ses engagements aux côtés des patients, de la compétence de ses acteurs, au-delà de toute représentation partisane.

Vous attendez de vos élus rassemblement, cohésion, cohérence, concertation, indépendance : nous vous avons entendus. Je serai intransigeant vis-à-vis de nos partenaires politiques et administratifs, au nom des médecins, mais aussi des patients : nous sommes à vos côtés car nous, médecins, n'avons pas à recevoir de leçon d'humanité ou de citoyenneté. Nous constituons, tous modes et lieux d'exercice confondus, une richesse pour notre pays. Je n'aurai de cesse de le répéter.

Je présiderai avec constance notre institution. L'Ordre garantira l'exercice des médecins, fera entendre leur voix, laissant aux représentations syndicales le soin de défendre l'intérêt des professionnels. Nous travaillerons pour les médecins d'aujourd'hui et pour ceux de demain, nous travaillerons pour la sécurité des patients.

Cet instant, je veux le partager avec vous et vous dire que l'Ordre est là : vous pouvez compter sur ma volonté de le rendre encore plus présent, sans faiblesse ni collusion, « au service des médecins, dans l'intérêt des patients ». Soyez certains que ce que vous avez aujourd'hui exprimé par la voix de vos élus sera demain déployé au niveau national. J'y suis prêt, car vous l'avez décidé.

Merci de votre confiance.

médecins

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : Dr **Walter Vorhauer - ORDRE DES MÉDECINS, 180, bd Haussmann, 75389 Paris Cedex 08. Tél. : 01 53893200.** **E-mail : conseil-national@cn.medecin.fr** – RÉDACTEUR EN CHEF : Dr **André Deseur** – COORDINATION : **Évelyne Acchiardi** – CONCEPTION ET RÉALISATION : **CITIZEN**PRESS **48, rue Vivienne, 75002 Paris** – RESPONSABLE D'ÉDITION : **Claire Peltier** – DIRECTION ARTISTIQUE : **Marie-Laure Noel** – SECRÉTARIAT DE RÉDACTION : **Alexandra Roy** – FABRICATION : **Sylvie Esquer** – COUVERTURE : **Thinckstock** – IMPRESSION : **Imprimerie Vincent** – **Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs** – DÉPÔT LÉGAL : **à parution** – **n° 16758** – **ISSN : 1967-2845.**

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

L' Atlas de la démographie médicale 2013 bat en brèche les idées reçues!

Le conseil national de l'Ordre des médecins vient de publier la septième édition de son Atlas national de la démographie médicale, réalisé à partir des chiffres du tableau de l'Ordre au 1er janvier 2013. Il remet en cause bien des idées reçues.

Si la France n'a jamais recensé autant de médecins inscrits, c'est essentiellement la progression du nombre de retraités actifs et l'arrivée des médecins à diplômes européens et extra-européens qui contribuent à cette tendance. En un an, le nombre des médecins inscrits en activité a légèrement diminué (– 0,12 %) tandis que le nombre de médecins retraités a augmenté de 8 % sur la même période.

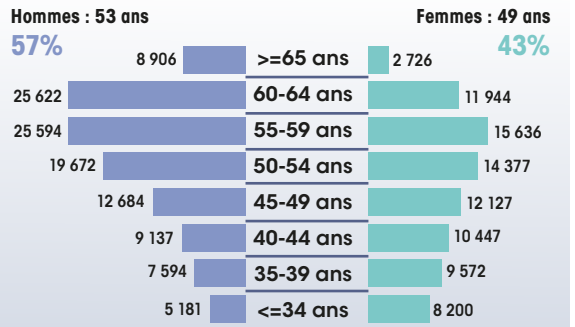
Idée reçue n° 1 : **les jeunes générations ne s'intéressent pas à l'exercice libéral**

FAUX! Certes, la part des médecins choisissant l'exercice libéral lors de leur première inscription au tableau de l'Ordre reste modeste : seuls 9,8 % des jeunes médecins inscrits choisissaient en 2007 l'exercice en libéral. Pour autant, après cinq années de pratique, ils sont 35 % à exercer en libéral/mixte.

Idée reçue n° 2 : **on ne peut pas compter sur les retraités!**

FAUX! Au 1er janvier 2013, 10952 médecins retraités sont actifs, dont une majorité exerce en secteur libéral (64 %). Selon les projections du Cnom, ce nombre s'établira à 29389 en 2018. C'est pourquoi le conseil national de l'Ordre des médecins ne cesse d'encourager la retraite active des médecins afin de pallier les problèmes d'accès aux soins.

Pyramide des âges des médecins en activité régulière France entière



Source : Atlas de la démographie médicale 2013

Idée reçue n° 3 : **les médecins sont diplômés en France**.

VRAI ET FAUX Car les diplômés européens et extra-européens sont de plus en plus nombreux ! Au nombre de 17 835, les médecins titulaires d'un diplôme européen ou extra-européen représentent 9 % des médecins inscrits en activité régulière au tableau de l'Ordre. Cette proportion s'est accentuée ces dernières années. Sur l'ensemble des médecins nouvellement inscrits au 1er janvier 2013, 24,1 % sont titulaires d'un diplôme obtenu hors de France.

+ D'INFOS :

Lire la synthèse de l'atlas sur : http://www.conseil-national.medecin.fr/article/atlas-de-la-demographie-medicale-francaise-2013-1327

Relations médecins-industries : publication des avantages

La réglementation a prévu qu'au plus tard le 1er octobre 2013, les entreprises des secteurs sanitaire et cosmétique, les entreprises qui leur sont associées et le conseil national de l'Ordre des médecins publient sur leur site Internet les informations relatives aux conventions conclues et aux avantages procurés aux médecins, étudiants en médecine et associations de médecins au cours de l'année 2012 et du 1er semestre 2013. Soyez vigilant sur l'exactitude des données fournies par les entreprises et n'hésitez pas, le cas échéant, à exercer votre droit de rectification.

L'Ordre aux Entretiens de Bichat 2013

Le conseil national de l'Ordre des médecins sera présent lors de la prochaine édition des Entretiens de Bichat, qui se déroulera du 26 au 28 septembre 2013, à Paris (Palais des congrès). Trois rendez-vous vous sont proposés.

CONFÉRENCE DU VENDREDI 27 SEPTEMBRE DE 11 H 30 À 12 H 30

THÈME :

Pour les enfants : quels écrits médicaux ?

Les écrits médicaux consacrés aux enfants comportent des particularités et des risques spécifiques qu'il convient de ne pas méconnaître. Au cours de cette conférence seront abordés trois types d'écrits :
• Le certificat proprement dit, qui atteste de la santé de l'enfant et/ou de ses conséquences ;
• L'attestation écrite au propos non médical, donc non spécifique au médecin, qui a pour but de décrire une situation donnée ;
• Le signalement (au procureur) et l'information préoccupante (à la cellule de recueil des informations préoccupantes mise en place par le conseil général) : leur rédaction est effectuée dans le seul but de protéger l'intérêt de l'enfant.

Intervenants : *Dr Philippe Garat, trésorier du conseil régional d'Île-de-France, vice-président du conseil départemental de Seine-et-Marne, et Dr Pierre-Yves Devys, secrétaire général du conseil régional de l'Ordre des médecins d'Île-de-France, vice-président du conseil départemental des Yvelines.*

ENTRETIEN DU SAMEDI 28 SEPTEMBRE DE 11 HEURES 50 À 12 HEURES 10

THÈME :

« Le point sur le développement professionnel continu »

Cet entretien permettra de faire le point sur les textes législatifs et réglementaires ; de rappeler les obligations, les méthodes, les orientations et le financement du DPC et, enfin, de préciser le rôle attribué par le législateur aux conseils départementaux de l'Ordre des médecins.

Intervenant : *Dr Gérard Compain, secrétaire général adjoint du conseil régional de l'Ordre des médecins d'Île-de-France.*

ENTRETIEN DU SAMEDI 28 SEPTEMBRE DE 12 H 10 À 12 H 30

THÈME :

L'accueil du patient : comment rendre son cabinet accessible ?

En application de la loi du 11 février 2005, tous les établissements recevant du public devront être accessibles aux personnes handicapées d'ici à 2015, mais ces obligations ont été judicieusement différées dans le temps.
En effet, s'il est aisé pour des constructions récentes ou futures de se conformer à la législation, il n'en n'est pas de même pour les établissements anciens ou les cabinets médicaux situés au cœur de nos villes. De multiples dérogations ont donc été prévues par le législateur.

Intervenants : *Dr Philippe Garat, trésorier du conseil régional d'Ile de France, vice président du conseil départemental de Seine-et-Marne et Dr Pierre Yves Devys, secrétaire général du conseil régional de l'Ordre des médecins d'Île-de-France, vice-président du conseil départemental des Yvelines.*

L'Ordre vous accueillera également sur son stand les 26 et 27 septembre.

+ D'INFOS :
www.lesentretiensdebichat.com

Messagerie sécurisées : c'est parti !

MSSanté est la nouvelle messagerie sécurisée réservée aux professionnels de santé. Proposée gratuitement par les Ordres de santé, elle est mise en œuvre par l'Asip Santé. L'objectif : protéger les données de santé de vos patients et faciliter les échanges entre professionnels. MSSanté est actuellement proposé en version « betatest » : vous pourrez ainsi faire vos remarques et suggestions afin que ce nouvel outil professionnel s'adapte parfaitement à vos pratiques.

Inscrivez-vous dès maintenant sur www.mssante.fr et activez votre adresse sécurisée en quelques clics!

Pour toute question : 36 57 (prix d'un appel local).

Fin de vie : une affiche pour vos patients

Avez-vous reçu l'affiche réalisée par le conseil national de l'Ordre des médecins qui a été diffusée en supplément de notre magazine daté de mai-juin ? Elle est destinée à informer vos patients sur les directives anticipées et la personne de confiance.

+ D'INFOS :

Vous pouvez aussi la télécharger sur le site du Cnom à l'adresse suivante : http://www.conseil-national.medecin.fr/soigner-un-patient-en-fin-de-vie-1253

Les TIC renforcent le lien patient-médecin

Le conseil national de l'Ordre des médecins, en association avec l'Observatoire des usages numériques en santé, a publié le 2e baromètre consacré aux médecins utilisateurs de smartphone. Selon cette étude, 94% des médecins interrogés utilisent leur smartphone à des fins professionnelles ou mixtes, et plus d'un médecin sur deux communique son numéro à ses patients. *« Cette étude montre que les TIC viennent renforcer le lien de confiance entre médecin et patient et non l'affaiblir »,* souligne le Dr Jacques Lucas, vice-président du Cnom, délégué général aux systèmes d'information en santé.

+ D'INFOS

www.conseil-national.medecin.fr /article/2eme-barometre-sur-les-medecins-utilisateurs-de-smartphone-en-france-1324

Des messages de sécurité sanitaire plus clairs

INFORMATIONS SÉCURITÉ PATIENTS

Depuis le 21 mai dernier, les messages importants de sécurité sanitaire concernant les médicaments parviennent aux professionnels de santé (médecin, pharmacien, infirmier) sous la mention « Information sécurité patients ». Ce nouveau dispositif s'inscrit dans le cadre du renforcement de la sécurité sanitaire des médicaments. Les messages sont adressés aux professionnels par mail, fax ou courrier et sont dotés d'une identité visuelle unique, de manière à être identifiés immédiatement. Enfin, les messages envoyés sont plus courts, pour une lecture plus facile. Des informations complémentaires restent accessibles sur le site de l'Agence nationale de sécurité des médicaments (ANSM).

+ D'INFOS :

http://ansm.sante.fr/S-informer/Presse-Communiques-Points-presse/Medicaments-et-securite-sanitaire-nouvelles-modalites-de-diffusion-d-informations-Communique

Les comptes 2012 certifiés sans réserve

En application de l'article L. 4122-2 du Code de la santé publique, lors de sa 309e session du 12 avril 2013, le conseil national de l'Ordre des médecins a été informé par le commissaire aux comptes que les comptes pour l'année 2012 avaient été certifiés sans réserve.

L'AVIS DU

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

En application des articles L. 4122-2 et L. 4132-6 du Code de la santé publique modifiés par la loi Hôpital, patients, santé et territoires du 21 juillet 2009, la commission de contrôle des comptes et placements financiers placée auprès du conseil national doit se faire communiquer chaque année l'ensemble des comptes et le budget prévisionnel du conseil national de l'Ordre, des conseils départementaux, régionaux et interrégionaux.
Lors de la réunion du 10 avril 2013 qui s'est tenue au siège du Cnom, la commission de contrôle des comptes a reçu des trésoriers toutes les informations et précisions qu'elle désirait, et de l'expert-comptable son rapport comptable de l'année 2012.
La commission a conclu à l'intégrité et à la sincérité des comptes du conseil national et de l'ensemble des structures ordinales examinées.

BILAN / 31.12.2012

ACTIF		
IMMOBILISATIONS INCORPORELLES		93 992,51
IMMOBILISATIONS CORPORELLES		18 135 627,49
IMMOBILISATIONS FINANCIÈRES		15 245 804,08
CRÉANCES		1 924 953,33
DISPONIBILITÉS		7 074 475,14
FRAIS PAYÉS D'AVANCE		189 263,82
TOTAL GÉNÉRAL		**42 664 116,37**
PASSIF		
CAPITAL dont :		33 864 972,66
• Réserve générale	29 665 651,74	
• Fonds d'harmonisation	2 248 947,27	
• Fonds d'entraide	1 939 935,46	
RÉSULTAT DE L'EXERCICE		747 342,94
PROVISIONS POUR RISQUES & PENSIONS		3 305 757,21
DETTES		4 746 043,56
TOTAL GÉNÉRAL		**42 664 116,37**

GESTION ADMINISTRATIVE / 31.12.2012

CHARGES	
ACHATS	
Bulletins	842 392,44
Impressions	377 937,84
Fournitures	256 649,75
AUTRES CHARGES EXTERNES	
Loyers et charges locatives	310 425,15
Location, entretien et réparations	819 398,74
Assurances	106 415,42
Documentation et colloques	145 071,86
Personnel extérieur	14 220,41
Honoraires	715 305,04
Indemnisations des conseillers	2 056 417,76
Communication, annonces	261 967,09
Déplacements et missions	1 744 249,14
Frais du conseil	495 047,12
Frais postaux	1 000 350,53
Cotisations, pourboires et dons	2 325,41
Informatique	1 582 018,56
IMPÔTS, TAXES ET VERSEMENTS ASSIMILÉS	1 263 700,80
CHARGES DE PERSONNEL	7 707 128,55
AUTRES CHARGES DE GESTION	2 074 461,93
CHARGES FINANCIÈRES	112 377,29
CHARGES EXCEPTIONNELLES	22 084,08
TOTAL	**21 909 944,91**
PRODUITS	
PRODUITS DE GESTION COURANTE	21 895 771,78
PRODUITS FINANCIERS	110 625,98
PRODUITS EXCEPTIONNELS	650 890,09
TOTAL	**22 657 287,85**
RÉSULTAT DE L'EXERCICE	**747 342,94**

Texte : **Vincent Charbonnier** Photos : **Jean-Paul Bajard**

Loire

À l'écoute des médecins

Le conseil de l'Ordre de la Loire est à la disposition et au service des médecins du département pour les informer et les conseiller. Dans ses nouveaux locaux, il met à leur disposition une salle de réunion pour leur permettre de remplir leur obligation de DPC (développement professionnel continu).

Comme il le fait tous les deux mois, le conseil de l'Ordre des médecins de la Loire accueille en ce mardi de juin les médecins qui viennent de s'inscrire à l'Ordre. Ils sont sept aujourd'hui à se présenter devant les seize conseillers ordinaux présents. Avant de demander à l'un de ces jeunes médecins de prononcer le serment d'Hippocrate, le Dr Jean-Louis Blanc, président du conseil départemental, en profite pour rappeler les missions de l'Ordre, « *un organisme privé avec une mission de service public* ». Il lui revient notamment de vérifier les compétences et les qualifications des nouveaux médecins avant leur inscription au tableau. Le conseil départemental est également chargé de vérifier tous les contrats concernant l'exercice professionnel.

Favoriser le dialogue

L'Ordre organise également la permanence des soins et transmet les tableaux de gardes à l'Agence régionale de santé (ARS). Autre mission de nature juridictionnelle, l'ordre instruit une cinquantaine de plaintes de malades ou de médecins par an et mène auparavant un travail de conciliation. « *La plupart du temps, ces plaintes ne font pas suite à un problème d'ordre médical : elles relèvent davantage d'un déficit de communication. Notre rôle est d'essayer de rétablir ce dialogue. Le fait de recevoir et d'écouter les différentes parties est essentiel* », observe le Dr Jean-François Janowiak, secrétaire général, qui, avec le président de l'Ordre, assure l'essentiel de ces conciliations. Au final, une vingtaine de plaintes sont transmises chaque année à la chambre disciplinaire régionale pour un jugement.

Informer et former

La trésorière du conseil départemental, le Dr Colette Guillaubey, lit ensuite les principaux articles du code de déontologie. L'accent est mis sur les certificats médicaux : les certificats dits de complaisance sont à l'origine de la moitié des plaintes et doléances. « *Il faut toujours s'en tenir à ce que vous constatez*, conseille le Dr Blanc, *ne pas écrire par exemple que M. X ne peut pas travailler le samedi matin ou qu'un état dépressif est lié à son stress au travail* », sous peine de possibles plaintes. « *De toute façon, notre rôle est avant tout d'informer* », souligne le secrétaire général de l'Ordre de la Loire, qui a ouvert récemment un compte Twitter en complément de son site Internet (@CDOM42 et www.ordre-medecins-loire.com). Autre outil innovant mis gracieusement à la disposition des médecins ligériens : une salle de réunion, située dans les nouveaux

Témoignages

Dr Aurélie Cussac, jeune généraliste remplaçante

« Des conseils bienvenus »

« Je viens de m'inscrire au tableau départemental de l'Ordre, je ne connaissais pas bien les missions de l'Ordre des médecins avant la réunion de ce soir. On nous en parle très peu pendant nos études. Je n'avais pas pour autant une mauvaise image de l'Ordre, que je considère comme d'autres médecins de ma génération plutôt comme un conseiller. C'est rassurant de savoir qu'on peut consulter le conseil de l'Ordre pour l'élaboration de certificats. Je n'y aurai pas pensé auparavant. Je projette de créer une maison médicale à orientation pédiatrique avec des consœurs, je pourrai donc avoir besoin de conseils juridiques. Plus tard, je ne rejette pas l'idée de devenir conseillère de l'Ordre. Ce n'est pas quelque chose qui me déplairait. »

Les conseillers départementaux de l'Ordre accueillent régulièrement les médecins qui viennent de s'inscire au tableau de l'Ordre afin d'évoquer avec eux les principes fondamentaux de la déontologie médicale.

Le conseil départemental met gracieusement ses locaux à la disposition des confrères pour des sessions de formation continue ou des réunions. Les bâtiments viennent tout juste d'être rénovés.

Le Dr Jean-François Janowiak, secrétaire général du conseil départemental, participe aux conciliations mises en place par le conseil départemental pour régler les conflits qui concernent les médecins du département.

locaux de l'ordre. Avec cette salle équipée d'un vidéoprojecteur, qui peut accueillir 90 personnes, « *les médecins peuvent se former de manière indépendante et ainsi éviter les conflits d'intérêts avec les laboratoires pharmaceutiques* », insiste le président, le Dr Jean-Louis Blanc. Ce que confirme le Dr Jean-François Brulet, qui organise des sessions de formation continue avec son association (Association départementale d'enseignement post-universitaire de la Loire – ADEPUL). Il apprécie cet « *environnement propice à l'éthique médicale, à la formation scientifique pour des médecins par des médecins* ».

Témoignages

« Donner une autre image de l'Ordre »

Dr Jean-Louis Blanc, président du conseil départemental de l'Ordre de la Loire

« Je suis président du conseil départemental de la Loire depuis treize ans. À ce poste, je m'efforce de donner une autre image de cette institution. Avec un mot d'ordre : rendre service. Je cherche avant tout à positionner l'Ordre dans son rôle de conseil, à établir une relation de confiance avec nos confrères, à les informer le mieux possible pour faciliter l'exercice de la profession. Notre commission d'entraide départementale, présidée par le Dr Christian Cotrait, se préoccupe aussi beaucoup de l'aide que l'Ordre peut apporter à des médecins en difficulté, en plein burn out (une dizaine par an) ou aux familles de médecins en activité brutalement décédés. »

Propos recueillis par Catherine Holué

Le principe de précaution peut-il s'appliquer à la médecine ?

Régulièrement invoqué dans le champ de l'environnement et de la santé publique depuis une quinzaine d'années, le principe de précaution demeure un concept à l'interprétation difficile et controversée. Dans le domaine médical, il peut se heurter à la notion de prise de risque.

Contrairement à la prudence et à la prévention, qui visent des risques avérés, la notion de précaution a trait aux risques incertains, compte tenu des connaissances du moment. Les organismes génétiquement modifiés, les émissions des téléphones portables, le génie génétique ou les nanotechnologies sont des exemples de ces risques non (encore) avérés.

Introduit dans le droit français par la loi Barnier de 1995, le principe de précaution a été inscrit dans la Constitution en 2005 : « *Lorsque la réalisation d'un dommage, bien qu'incertaine en l'état des connaissances scientifiques, pourrait affecter de manière grave et irréversible l'environnement, les autorités publiques veilleront, par application du principe de précaution, et dans leurs domaines d'attribution, à la mise en œuvre de procédures d'évaluation des risques et à l'adoption de mesures provisoires et proportionnées afin de parer à la réalisation du dommage.* »

Les affaires du sang contaminé et de la vache folle ont marqué l'extension de ce principe à la santé publique. Depuis, il a notamment été évoqué dans les jugements à propos de démontage d'antennes relais, ou encore dans la loi du 13 décembre 2012 interdisant la fabrication, l'importation et la mise sur le marché de tout conditionnement alimentaire comportant du bisphénol A, à l'échéance 2015.

Dans le domaine médical, ses conséquences sur la pratique du médecin font débat. En 1998, le Conseil d'État estimait que « *l'introduction du principe de précaution dans le droit de la responsabilité médicale comporterait plus de risques de déséquilibre que de facteurs favorables à une évolution harmonieuse du partage entre le risque et la faute* ».

Bon à savoir

DIANE 35 : DES INTERPRÉTATIONS VARIABLES

Anti-acnéique largement prescrit comme pilule contraceptive, Diane 35 a vu sa commercialisation suspendue en France par l'ANSM en janvier dernier, en raison de risques thromboemboliques jugés élevés. L'agence a répertorié quatre morts « imputables à une thrombose veineuse liée à Diane 35 » au cours des vingt-cinq dernières années. Mais en mai, l'Agence européenne du médicament (EMA), puis l'organisme européen regroupant les agences nationales du médicament des différents pays européens (CMDH) ont émis un avis contraire à la France, estimant la balance bénéfice/risque de ce médicament positive. Un avis partagé par les principaux syndicats de gynécologues et dermatologues français… La Commission européenne aura le dernier mot.

DR

Dr Jean-Marie Faroudja

est médecin généraliste. Président du conseil départemental de l'Ordre de la Dordogne, il est conseiller national de l'Ordre et président de la section éthique et déontologie du Cnom.

DR

Pr Michaël Peyromaure

est chirurgien urologue et professeur d'urologie à l'hôpital Cochin (Assistance publique – Hôpitaux de Paris).

DR

Pr Dominique Maraninchi

est directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Professeur de cancérologie, il a notamment présidé le conseil d'administration de l'Institut national du cancer (2006–2011), puis a dirigé l'Afssaps.

Le principe de précaution est-il compatible avec la notion de risque inhérente à l'acte médical ?

Pr Dominique Maraninchi : Aux niveaux national et européen, ce principe consiste à arbitrer le rapport bénéfice/risque de chaque produit de santé pour l'ensemble de la population, le doute devant bénéficier aux patients. À l'échelle individuelle, le médecin doit choisir en toute indépendance le meilleur produit pour un patient précis, à un moment donné. Mais il n'a pas la vision de tous les risques : durant sa carrière, il ne verra peut-être pas d'embolie pulmonaire mortelle causée par une pilule de 3e ou 4e génération. Le rôle de l'ANSM est alors de donner l'alerte sur un risque plus important avec ces pilules.

Dr Jean-Marie Faroudja : Il y a une certaine incompatibilité entre ce principe de précaution relatif à des risques imprévisibles et non avérés, et l'acte médical toujours susceptible d'entraîner un risque, qui doit, bien sûr, être mesuré. Au niveau déontologique, c'est plus un principe de prudence qui s'impose au médecin, dans le respect des « données acquises de la science » (article 32 du code déontologie).
Prenons l'exemple des vaccinations non obligatoires. Le médecin peut vacciner pour éviter une maladie, c'est de la prévention face à un risque connu et certain. Il peut refuser au motif que certains effets secondaires, non encore décrits, pourraient survenir… C'est de la précaution et là, la porte est ouverte à des dérives. Mais il est vrai que la société pousse à une obligation de résultat. Devant une situation devenue critiquable, on pourra toujours reprocher au médecin le non-respect du principe de précaution…

Pr Michaël Peyromaure : Ce principe a été inscrit dans la loi Barnier de 1995 afin d'instaurer des mesures préventives pour protéger les citoyens de possibles risques environnementaux, dans une logique d'acceptation de risques calculés. Mais il a été galvaudé à partir de 2005 et est devenu synonyme de rejet de tout risque. Il a envahi les médias et notre société hypocondriaque, puis l'exercice médical. C'est aujourd'hui un obstacle plus qu'une aide pour la prise en charge des patients.

Affaires du Mediator, des pilules, des prothèses PIP, des prothèses Ceraver, etc. : faut-il renforcer le principe de précaution ?

Dr Jean-Marie Faroudja : Ce principe se réactive en médecine à la faveur de ces affaires. Mais si on prend le problème des PIP, on est plutôt dans un domaine particulier de « tromperie sur la marchandise ». Pour le Mediator ou la pilule de 3e génération, si les médecins ont prescrit hors AMM, ils ont pris une part de responsabilité qu'ils assumeront ; on peut parler ici d'imprudence à prescrire. Ils ont pu aussi être abusés par une information insuffisante ou tronquée. L'information des médecins est ▸▸▸

Le principe de précaution peut-il s'appliquer à la médecine ?

Avec la participation de…

Dr Jean-Marie Faroudja, président de la section éthique et déontologie du Cnom
Pr Michaël Peyromaure, chirurgien urologue et professeur d'urologie à l'hôpital Cochin
Pr Dominique Maraninchi, directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

►►► capitale et doit être immédiate dès la survenue d'un risque identifié en tant que tel. Qui aurait pu imaginer le problème des biberons au bisphénol il y a cinq ans ?

Pr Dominique Maraninchi : L'ANSM assume son rôle de police sanitaire en faisant des rappels à l'AMM pour des médicaments détournés de leur usage premier, par exemple, ou en supprimant certaines AMM après avoir réévalué le bénéfice/risque (ex. AMM du Vastarel dans le traitement des vertiges). Les médecins doivent être informés les premiers, avant la presse. Nous leur avions écrit directement au sujet de l'antidiabétique pioglitazone, suspecté d'avoir causé une dizaine de cancers de la vessie, et les prescriptions avaient ensuite diminué de 70 % en trois semaines. Améliorer notre connaissance du risque passe aussi par le développement des déclarations des effets secondaires.

Quels peuvent être les effets pervers du principe de précaution appliqué à l'exercice médical ?

Pr Michaël Peyromaure : Les initiatives personnelles sont réprimées au profit des procédures collectives et standardisées, élaborées par des médecins devenus technocrates. La « check-list » par exemple : alors que l'identité du futur opéré et les données nécessaires sont relevées maintes fois en amont, le remplissage d'une liste est désormais imposé en salle d'opération, dans un rituel collectif visant à diluer les responsabilités. Une mesurette censée pallier les risques d'un hôpital déshumanisé, avec blocs communs et course au rendement !
Les jeunes appliquent le principe de précaution pour se protéger. Quand on leur soumet un cas simple de cancer à la faculté, tous invoquent la « réunion de concertation pluridisciplinaire » et la moitié ne savent pas quoi faire dans l'attente d'une décision collective. Le rapport entre le médecin et son malade est en train de sombrer. Et si à l'hôpital un patient hurle car il fait une rétention d'urine, l'externe ne prendra pas le risque de poser une sonde vésicale et le laissera souffrir ! Il n'y aura bientôt plus de progrès médical possible.
À Cochin, nous essayons de développer une technique pour traiter l'hypertrophie bénigne de la prostate sans ablation, mais nos programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) sont rejetés au motif du principe de précaution…

Dr Jean-Marie Faroudja : Le principe de précaution pourrait être une atteinte à l'exercice de l'art médical si, en l'appliquant *stricto sensu*, il devait empêcher tout progrès. Ce pourrait être quelque part une déresponsabilisation du médecin, qui appliquerait uniquement des conduites à tenir, des protocoles standards pour des patients différents. Il pourrait aussi le conduire à des attitudes coupables par omission (traitements à risques potentiels) ou à s'entourer de nombreux examens inutiles pour réaffirmer un diagnostic et se prémunir contre les reproches ou poursuites…
Il convient de dire aux médecins en formation que l'exercice de la médecine est un art et qu'il doit s'exercer comme tel, avec responsabilité et parfois prise de risques… Et de se conformer à notre code de déontologie, parfaitement opposable, lequel parle déjà de « précaution, circonspection, risque injustifié, sécurité, efficacité, responsabilité… ».

CAHIER JURISPRATIQUE

N° 30 JUILLET - AOÛT 2013

SPÉCIAL QUALIFICATION

(Travail de la section formation et compétences médicales sous la coordination du Pr Robert Nicodème)

14 Les voies de qualification en France

15 Les commissions nationales de qualification

17 La procédure de qualification par la voie des commissions de qualification ordinales

18 Les référentiels, socles de la compétence médicale

19 La procédure d'autorisation d'exercice

www.conseil-national.medecin.fr

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

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

Les voies de qualification en France

L'Ordre des médecins est le garant de la compétence médicale en France. Il joue un rôle de guichet unique pour la reconnaissance des qualifications des médecins exerçant en France, diplômés en France, en Europe ou ailleurs.

Conformément au Code de la santé publique (article L. 4121-2), l'Ordre des médecins « *veille au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine et à l'observation, par tous ses membres, des devoirs professionnels, ainsi que des règles édictées par le code de déontologie* ». À ce titre, l'Ordre des médecins établit et actualise le tableau des médecins qui remplissent les conditions légales pour exercer en France.
Toutefois, l'évaluation exhaustive et objective des compétences médicales se heurte à certaines difficultés : le champ de compétence ou d'activité est très différent d'un pays à l'autre avec une définition des spécialités propre à chaque État (42 en France, 60 au Royaume-Uni). De plus, le contenu des formations n'est pas toujours facile à évaluer. Pour y remédier, la France a mis en place différents parcours afin de s'assurer des compétences des médecins qui s'installent en France.

Trois voies pour obtenir une qualification en France

▸ La reconnaissance automatique d'un titre de formation de spécialiste délivré par l'université ou par une autorité compétente en France, dans un État membre de l'Union européenne ou dans un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen conforme à la Directive 2005/36/EC (Ordre, ministère de la Santé, de l'Education nationale ou équivalent). Les professionnels sont alors directement enregistrés par l'Ordre des médecins.

▸ Les commissions de qualification placées auprès de l'Ordre (commission nationale de première instance de qualification par spécialité et commission nationale d'appel de qualification par spécialité). Via les commissions de qualification, les médecins peuvent obtenir une qualification de spécialiste différente de celle qui leur a été reconnue à l'issue de leur formation initiale.

▸ Les procédures d'autorisation ministérielle : procédure d'autorisation d'exercice (PAE) et régime général européen (RGE).

• La PAE concerne les médecins, quelle que soit leur nationalité, dont le diplôme a été obtenu hors un État membre de l'Union européenne ou dans un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen mais leur permet d'exercer la médecine dans le pays où ils l'ont obtenu.

• Le RGE s'adresse aux médecins de nationalité européenne :
- titulaires de titres de formation délivrés par un État tiers et reconnus dans un État de l'Union européenne ou dans un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen permettant d'y exercer légalement la profession ;
- ou titulaires de titres de formation délivrés par l'un des États de l'Union européenne ou par un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ne répondant pas aux conditions de reconnaissance automatique, mais permettant d'exercer légalement la profession de médecin dans cet État.

Étude comparative des voies de qualification des spécialités médicales en 2012, évolution entre 2009 et 2012 (Pour télécharger cette étude : www.conseil-national.medecin.fr)

Dans le cadre de ce travail original, l'Ordre des médecins s'est intéressé à la formation suivie par les médecins qui exercent en France en 2012. L'évolution du nombre de médecins titulaires d'un diplôme délivré par les universités françaises a été comparée à l'évolution du nombre de médecins inscrits par les autres voies de qualification.

Actuellement, il n'existe pas de données nationales pour chiffrer précisément le nombre de diplômes délivrés chaque année par l'université. Le conseil national de l'Ordre des médecins a donc travaillé à partir de modélisations élaborées sur la base du nombre de postes ouverts aux épreuves classantes nationales (ECN) et sur la durée de la spécialisation entre 2009 et 2012. L'étendue de la recherche donne à l'étude une valeur de référence.

PLUSIEURS CONSTATS SONT RESSORTIS DE CE TRAVAIL :

1. Le nombre de postes ouverts aux ECN est cohérent avec le nombre de médecins inscrits, sauf en médecine générale.

2. Lorsque les autres voies de qualification viennent s'ajouter aux diplômes délivrés par l'université en France, le nombre de médecins en exercice entre 2009 et 2012 augmente de 30 à 50 % selon les filières.

3. Plus de 50 % du travail des commissions de qualifications concerne la procédure d'autorisation ministérielle d'exercice (à savoir la PAE et le RGE).

Selon le Pr Robert Nicodème, président de la section formation et compétences médicales du conseil national de l'Ordre des médecins, l'éclatement des formations de base du corps médical avec, parfois, une minorité de médecins formés par les universités françaises, va modifier la « pensée médicale globale », l'image des médecins, ainsi que leur exercice.

Les commissions nationales de qualifications

Les praticiens inscrits au tableau de l'Ordre des médecins peuvent obtenir une qualification de spécialiste différente de celle qui leur a été reconnue initialement. Pour cela, ils doivent attester d'une formation, d'une expérience équivalente au DES (diplôme d'études spécialisées) ou au DES complémentaire du groupe II de la spécialité sollicitée. Les médecins doivent également justifier d'un exercice correspondant au référentiel de la spécialité approuvé par le conseil national de l'Ordre des médecins.

Pour entamer une procédure de changement de qualification, le médecin doit retirer un dossier auprès du conseil départemental dont il dépend. Parmi les éléments constitutifs de sa demande, le professionnel devra répondre au questionnaire créé par la section formation et compétences médicales et rassembler de nombreux éléments parmi lesquels :

- le CV, les photocopies des diplômes ;
- les attestations d'exercice dans la discipline concernée (employeur ou confrères) ;
- le récapitulatif détaillé du cursus avec dates et nom des services hospitaliers ;
- éventuellement, la liste des interventions chirurgicales réalisées les trois dernières années ;

La spécialité de médecine générale

Depuis 2007, les médecins désirant obtenir la qualification de spécialiste en médecine générale doivent déposer un dossier auprès du conseil départemental de l'Ordre. La date limite de dépôt des demandes de qualification est le 1er octobre 2014, fixée par arrêté du 8 juin 2012.
Chaque conseil départemental de l'Ordre des médecins possède une commission départementale de qualification de première instance en médecine générale, qui doit convoquer les médecins.
Elle a pour mission d'examiner les demandes, d'auditionner les médecins et de rendre un avis.
En séance plénière, le conseil départemental examine cet avis avant de qualifier spécialiste en médecine générale, ou non, le médecin concerné.
En cas d'avis contraire entre les deux instances ou d'une décision de rejet de la demande, le conseil départemetal ou le médecin peut interjeter appel devant la commission nationale d'appel du conseil national.

- les publications éventuelles concernant la spécialité envisagée.

Le médecin atteste sur l'honneur de la véracité des informations qu'il produit.
Une fois complété, le dossier est transmis à la commission nationale de première instance de qualification, qui rend son avis.

1. LE RÔLE DÉCISIF DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL :

▸ Orientation du médecin

Outre la vérification des dossiers, le conseil départemental de l'Ordre peut remettre au candidat un exemplaire de la grille de référence, établie par la commission de la spécialité et approuvée par le conseil national. Ainsi, le médecin peut prendre connaissance des compétences requises pour prétendre à la spécialité de son choix.

▸ Validation ou non de l'avis de la commission nationale de première instance

L'avis de la commission nationale de première instance est transmis au conseil départemental, qui peut :

Valider l'avis de la commission.
S'il est favorable, la qualification du médecin est prononcée.
S'il est défavorable, le médecin peut faire appel auprès de la commission nationale d'appel de spécialité dans un délai de deux mois.

Contester l'avis de la commission.
Le conseil départemental saisit alors la commission nationale d'appel de la spécialité dans un délai de deux mois.

2. L'APPEL

L'avis de la commission nationale d'appel est transmis directement au conseil national de l'Ordre des médecins, qui le valide, ou non.

S'il valide un avis favorable, la qualification du médecin est prononcée. Le conseil national notifie la décision au conseil départemental et au médecin.

Si l'avis final est défavorable, le médecin possède encore deux recours : un recours gracieux auprès du président du conseil national de l'Ordre ou un recours contentieux auprès du tribunal administratif du lieu d'exercice du médecin.

Lorsque le conseil national de l'Ordre conteste l'avis qu'elle a rendu (positif ou négatif), la commission nationale d'appel de spécialité doit réexaminer le dossier.

La procédure de qualification par la voie des commissions de qualification ordinales

1 Vous souhaitez changer de spécialité

2 Le dossier de qualification
Vous devez d'abord retirer un dossier de qualification auprès de votre Conseil départemental de l'Ordre qui peut vous aider à le remplir et vérifiera qu'il est complet

3 La commission nationale de première instance de spécialité
Une fois rempli, votre dossier est examiné devant la commission nationale de première instance de spécialité. Vous serez convoqué auprès de la commission

NIVEAU DÉPARTEMENTAL

AVIS FAVORABLE

Le Conseil départemental suit cet avis et vous qualifie. Il en notifie le conseil national et le médecin.

Le Conseil départemental décide de ne pas vous qualifier et interjette appel.

Sursis à statuer pour complément de formation ou dans l'attente de renseignements

AVIS DÉFAVORABLE

Le Conseil départemental suit cet avis et ne vous qualifie pas.

Le Conseil départemental fait appel de cet avis

Appel

Vous pouvez faire appel de cette décision.

Appel

Appel

La commission nationale d'appel de spécialité

4 En appel, votre dossier est examiné devant la Commission nationale d'appel de spécialité. Elle transmet son avis au Conseil national de l'Ordre.

NIVEAU NATIONAL

AVIS FAVORABLE

Le Conseil national suit cet avis et vous qualifie. Il en notifie le Conseil départemental et le médecin

Le Conseil national ne suit pas cet avis et votre dossier est renvoyé devant la Commission d'appel.

Renvoi

Sursis à statuer pour complément de formation ou dans l'attente de renseignements

AVIS DÉFAVORABLE

Le Conseil national ne vous qualifie pas.

Renvoi

Le Conseil national ne suit pas cet avis et votre dossier est renvoyé devant la Commission d'appel.

Un recours gracieux est possible auprès du président du Cnom
Un recours contentieux est possible devant le Tribunal administratif de Paris

Les référentiels de spécialité, socles de l'évaluation de la compétence médicale

Les commissions de qualification ont adopté un certain nombre de référentiels pour pouvoir évaluer de façon objective les demandes de qualification qui leur sont soumises.

Le référentiel de spécialité permet aux membres des commissions de qualification ordinale d'évaluer de manière objective les compétences et les savoir-faire des médecins qui souhaitent changer de spécialité. Le référentiel permet d'avoir une vue objective des capacités nécessaires pour exercer une spécialité et d'assurer la qualité des soins. Chaque référentiel se compose de quatre grandes parties : métier, compétences, formation et évaluation des pratiques professionnelles.

Les référentiels : les objectifs

Ce document sert de référence pour la qualification du spécialiste.

1. Il définit le champ de compétence ainsi que la formation initiale et professionnelle requise.

2. Il donne des outils :

- aux candidats (pour se présenter devant les commissions de qualification) ;
- aux conseillers départementaux (pour évaluer les candidats lors des entretiens) ;
- aux membres de la commission nationale de qualification (pour harmoniser les arguments des avis).

Les référentiels : les principes de base

1. Avoir les connaissances théoriques acquises lors de la formation initiale et entretenues par la suite (développement professionnel continu, diplôme universitaire ou interuniversitaire, capacité, formation ETP, etc.).

2. Posséder un savoir-faire et notamment maîtriser les techniques propres à la spécialité choisie. Faire valoir les acquis de l'expérience : nombres de stages, durée, lieux, actes réalisés en nom propre…

3. Retenir certaines situations pathologiques « types » fréquemment rencontrées pour tester les connaissances théoriques (les symptômes, la pathologie, son environnement) du candidat et sa capacité de prise en charge pratique (sur le plan médical et/ou chirurgical).

4. Évaluer les qualités humaines et relationnelles : travail en équipe, relation avec le patient…

5. Tester les capacités d'adaptation, un médecin pouvant être amené à remplir des tâches plus générales : administration, enseignement, management…

6. Constater l'intérêt pour la spécialité : participation à des congrès, publications…

Les référentiels : les perspectives

Le référentiel définit :

- les champs de compétence de la spécialité ;
- la formation scientifique et technique exigée ;
- les modalités d'évaluation ;
- le niveau d'exigence équivalent à celui demandé pour les diplômes de spécialité des universités françaises ;
- le niveau de culture générale médicale (langue, déontologie, nouvelles techniques de communication et de travail en équipe).

Enfin, le référentiel doit servir de base à l'élaboration des référentiels de validation des acquis de l'expérience.

Les référentiels adoptés par le conseil national de l'Ordre des médecins

Onze référentiels ont été adoptés à ce jour :

- **Anesthésie-réanimation**
- **Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale**
- **Dermatologie et vénéréologie**
- **Génétique médicale**
- **Gériatrie**
- **Gynécologie obstétrique**
- **Médecine générale**
- **Médecine du travail**
- **Oncologie**
- **Pédiatrie**
- **Santé publique et médecine sociale**

Vous pouvez les consulter sur le site du conseil national de l'Ordre des médecins : **www.conseil-national.medecin.fr/demander-une-qualification-1240**

La procédure d'autorisation d'exercice

Sur l'ensemble des médecins nouvellement inscrits au 1er janvier 2013, 24,1% sont titulaires d'un diplôme obtenu hors de France. Venant d'Algérie, de Roumanie, de Belgique… ces médecins augmentent, voire doublent, les effectifs de certaines spécialités.

Trois raisons à cette augmentation du nombre de médecins à diplômes hors France :

▸ Le numerus clausus de la France pour la médecine est très bas, même s'il augmente continuellement depuis 1993.

▸ Le nombre des internes de spécialités sortant des ECN a également beaucoup diminué ces dernières années.

▸ Les postes d'internes diminuent dans les centres hospitaliers qui recourent à des praticiens associés pour combler le manque d'effectif.

Pour être inscrit au tableau de l'Ordre et pouvoir exercer en France, les médecins à diplôme hors France doivent faire reconnaître leur formation grâce à une procédure d'autorisation d'exercice ministérielle.

▸ La procédure d'autorisation d'exercice concerne l'ensemble des médecins diplômés hors États de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen dont le diplôme permet l'exercice de la médecine dans le pays d'origine.

▸ Les citoyens hors d'un État de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen titulaire d'un cursus complet (diplôme de base et de spécialité) obtenu dans un des États de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

Le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG) est chargé d'assurer la recevabilité du dossier et d'organiser les épreuves.

Une procédure spéciale pour les ressortissants européens ayant un diplôme non conforme aux exigences de la Directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications

Le régime général européen (RGE) concerne les citoyens de l'Union européenne ou assimilés. Il est régi par la Directive 2005/36/CE suite à deux jurisprudences de la Cour de justice de l'Union européenne :

▸ **Arrêt Hocsman.** Sont soumis au RGE les médecins n'ayant pas suivi de cursus médical en Europe mais dont le diplôme est reconnu par un État membre l'Union européenne ou par un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen. Ils peuvent donc exercer dans ledit pays de reconnaissance. En Espagne, au Portugal ou en Lettonie, des accords bilatéraux facilitent la reconnaissance des diplômes obtenus en Amérique du Sud, ex-URSS… De nombreux médecins ayant échoué à la PAE, mais ayant obtenu la nationalité française, passent par cette voie pour obtenir une autorisation d'exercice.

▸ **Arrêt Dreessen.** Les médecins formés en Europe, mais dont le diplôme de spécialité n'est pas conforme à la Directive 2005/36/CE ou n'a pas d'équivalent en France, sont soumis au Régime Général Européen : par exemple les médecins urgentistes anglais ou les pédopsychiatres italiens. Ils sont alors réorientés vers la spécialité la plus adéquate pour la reconnaissance de leurs qualifications.

Les places ne sont pas limitées et aucune expérience n'est requise, contrairement à beaucoup d'autres pays européens. La commission RGE évalue le dossier des candidats sur l'ensemble de la formation et de l'expérience professionnelle de l'intéressé. Lorsque la formation est inférieure d'au moins un an à celle nécessaire en France, ou lorsqu'elle porte sur des matières substantiellement différentes, ou encore lorsqu'une ou plusieurs composantes de l'activité professionnelle dont l'exercice est subordonné au diplôme précité n'existent pas dans la profession correspondante dans l'État membre d'origine ou n'ont pas fait l'objet d'un enseignement dans cet État, la commission vérifie l'ensemble de la formation et de l'expérience professionnelle de l'intéressé. Si celles-ci ne sont pas de nature à couvrir, en tout ou en partie, ces différences, la commission propose une mesure de compensation consistant en une épreuve d'aptitude ou un stage d'adaptation.

- Soit un stage d'adaptation de trois ans maximum à l'hôpital en tant que médecin associé assorti d'une formation théorique complémentaire.
- Soit une épreuve d'aptitude portant sur la maquette de formation.

Le concours se déroule en trois parties :

1. Un contrôle de connaissances :
- une épreuve théorique ;
- une épreuve pratique ;
- une preuve du niveau suffisant de maîtrise de la langue française.

2. Des fonctions hospitalières
Il dure trois ans. Les médecins exercent durant trois années des fonctions hospitalières dans l'un des statuts visés du Code de la santé publique (« praticiens associés ») dans un service agréé pour la formation des internes. En théorie, ils ne doivent exercer leurs fonctions que sous la responsabilité directe du responsable de la structure.

3. La commission d'autorisation d'exercice
Après trois ans de fonctions hospitalières, les candidats peuvent se présenter devant la commission d'autorisation d'exercice, qui évalue leur activité professionnelle ainsi que leur formation.

Depuis 2007, les candidats à la PAE sont répartis en trois catégories selon leur profil.

Les listes A, B et C

La liste A n'exige aucune expérience en France. Ce concours annuel offre un nombre limité de places et ne concerne pas toutes les spécialités.

La liste B. Les candidats inscrits en qualité de réfugié, apatride, bénéficiaire de l'asile territorial, bénéficiaire de la protection subsidiaire ou de Français ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises ne sont pas soumis au nombre maximum.

La Liste C (modalités modifiées par la loi du 1er février 2012).

Le sixième alinéa du I de l'article 60 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 dispose qu'à « *compter de la publication de la présente loi, et sous réserve des dispositions qui précèdent, les établissements publics de santé ne peuvent plus recruter de nouveaux médecins titulaires de diplômes, titres ou certificats délivrés dans des pays autres que ceux faisant partie de la Communauté européenne et que les Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen et Andorre qu'en application des dispositions prévues au 2° de l'article L. 356 du code de la santé publique, sauf s'ils justifient avoir exercé des fonctions dans un établissement public de santé avant la publication de la présente loi* ».

Cependant, le législateur a prévu des mesures dérogatoires pour des médecins exerçant en France, malgré l'interdiction expresse, prévue par la loi précitée. À l'origine temporaire, la liste C avait pour objectif de régulariser la situation des médecins qui ne sont pas ressortissants de l'Espace économique européen mais recrutés directement par les centres hospitaliers. Les lois successives ont repoussé cette limite à 2016. Cet examen est ouvert à toutes les spécialités, sans quota, mais dans la limite de trois tentatives. 10/20 de moyenne suffisent pour être lauréat de l'examen.

Comparaison avec le système britannique

Pour les ressortissants étrangers, le système britannique est beaucoup plus encadré qu'en France. Ils doivent passer un premier test de connaissances médicales et de langue. Ensuite, les candidats reçus intègrent le système universitaire britannique.
- Ils suivent deux ans de formation que l'on appelle « foundation years ».
- Ils postulent ensuite à des programmes de spécialisation ou de General Practitioner (médecin généraliste), ce qui déterminera le reste de leur enseignement. La compétition avec les étudiants britanniques, largement favorisés, est sévère.
- A la fin de ce cursus, ils peuvent prétendre au « Certificates of completion of training » CCT, qui permet d'exercer au Royaume-Uni. Peu de médecins non britanniques accèdent au CCT. Ils deviennent soit des Locum doctors et font des remplacements, soit ils sont Associate staff specialist, c'est-à-dire l'équivalent des praticiens adjoints contractuels.

La loi du 1er février 2012 a introduit trois changements majeurs dans la procédure pour les candidats de la liste C.

▸ Pour se présenter à la PAE, les candidats doivent justifier de trois ans de fonctions hospitalières en France. Cependant, ils ne sont pas obligés d'exercer dans la spécialité pour se présenter à l'épreuve.

▸ L'épreuve théorique du contrôle de connaissances a été remplacée par une épreuve qui retrace le parcours professionnel du candidat. Le dossier est complété par le tuteur responsable de celui-ci.

▸ Après les épreuves écrites, les candidats lauréats peuvent se présenter devant la commission d'autorisation d'exercice, après une quatrième année probatoire, cette fois-ci dans la spécialité envisagée à l'autorisation ministérielle.

Les exceptions :

Certains professionnels peuvent passer directement devant la commission d'autorisation d'exercice.

▸ Les médecins non citoyens d'un pays membre d'un des États de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, mais diplômés au sein d'un État de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen (ayant effectué l'ensemble du cursus des études médicales – diplôme de base et spécialité).

Défendre les intérêts des médecins et de leurs patients en Europe

Trente-cinq conseillers nationaux de l'Ordre des médecins ont participé, le jeudi 21 mars dernier, à une journée d'étude européenne organisée par le bureau de Bruxelles du Cnom.

L'ensemble des conseillers nationaux de l'Ordre rencontrent leurs principaux interlocuteurs au Parlement et à la Commission européenne pour échanger sur les sujets liés à la santé en Europe.

Objectif de cette journée d'étude : renforcer l'expertise européenne des élus de l'Ordre, dont les grands dossiers (e-santé, démographie médicale, formation et compétences médicales, statuts et règles d'exercice) se traitent de plus en plus au niveau européen.

Pendant la matinée, Caroline Hager, de la Direction Générale santé et consommateurs, a présenté le Plan d'action en faveur du personnel de santé dans l'Union européenne, puis Konstantinos Tomaras, de la Direction Générale marché intérieur et services, a fait une mise au point sur la révision de la Directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles. Les 35 conseillers nationaux de l'Ordre ont ensuite pu rencontrer Bernadette Vergnaud et Philippe Juvin, députés européens ; Vincent Houdry, conseiller santé à la Représentation permanente de la France auprès de l'Union européenne, et enfin Juraj Sykora, chef d'unité à la direction santé du Conseil de l'Union européenne. Ces rencontres permettent à l'Ordre de renforcer son expertise sur la gestion des dossiers santé à l'échelle européenne et de mieux défendre l'intérêt des médecins et de leurs patients dans la réglementation européenne.

en bref

QUEL DÉPLOIEMENT POUR LA M-SANTÉ ?

En septembre prochain, la commission européenne doit publier un livre vert (une consultation pour initier un débat européen) sur la m-santé, segment important de la e-santé qui consiste à fournir des services médicaux et des informations relatives à la santé par le biais des applications mobiles pour smartphones. Lors d'une conférence sur ce sujet en avril dernier, les différentes parties prenantes ont mis en avant les potentiels de la m-santé tout en reconnaissant que les obstacles à son déploiement restent importants (absence de cadre juridique, manque de clarté des règles de protection des données, manque de confiance des utilisateurs…).

+ D'INFOS

http://esante.gouv.fr/asip-sante/agenda/conference-m-sante-quel-modele-economique

SOUTIEN AUX MÉDECINS SYRIENS

Dans un communiqué rendu public en avril, le conseil national de l'Ordre des médecins a réaffirmé son soutien aux médecins syriens qui accomplissent leur devoir au péril de leur vie.

+ D'INFOS

Pour lire le communiqué : www.conseil-national.medecin.fr

Texte : **Catherine Holué**

Les médecins de prévention

en quête de reconnaissance et d'attractivité

Médecin du travail, de prévention dans l'administration, de PMI ou de l'Éducation nationale : ces spécialités ont en commun une approche globale du patient, des champs d'intervention très variés, le souci de conjuguer la déontologie médicale et les devoirs à l'égard de l'institution qui les emploie. Regards croisés.

© AJ PHOTO / BSIP

Dans l'univers de la médecine salariée, les médecins de prévention bénéficient de moins de visibilité et sont nettement moins nombreux que leurs confrères hospitaliers. Leur mission est pourtant d'importance : veiller à la préservation de la santé des travailleurs, des enfants ou des élèves dont ils ont la charge, et faciliter l'insertion professionnelle et scolaire des personnes malades ou handicapées.
D'une manière générale, l'exercice salarié des médecins de prévention implique :

- une situation de subordination administrative par rapport à l'organisme employeur, qui définit ses obligations de service (lieu et horaires de travail, moyens fournis en matériel et en personnel) ;
- une indépendance professionnelle conservée en ce qui concerne les décisions de nature médicale, notamment le respect du secret professionnel ;
- l'absence de patientèle personnelle ;
- pour les médecins du secteur privé et pour les contractuels du service public, un contrat est obligatoire de par la loi.

La pénurie de praticiens et les difficultés de recrutement constituent une constante dans les trois fonctions publiques (d'État, territoriale et hospitalière). Enfin, leur positionnement peut être parfois délicat par rapport à leurs collègues paramédicaux.

▸▸▸ suite page 24

DÉONTOLOGIE ET MÉDECINE SALARIÉE

Les articles 95 à 99 du code de déontologie (articles R. 4127-95 à R. 4127-99 du Code de la santé publique) concernent la médecine salariée. Parmi les obligations du médecin :

- L'indépendance de sa décision médicale : le médecin salarié ne peut accepter que ses avis, ses actes, ses prescriptions, y compris la rédaction de ses certificats, soient limités par des directives. Il en est le seul responsable. Il doit refuser une rémunération fondée sur des normes de productivité, de rendement horaire ou toute autre disposition qui limiterait son indépendance, ou porterait atteinte à la qualité des soins.

- Le respect du secret professionnel : le médecin salarié est tenu au secret professionnel, notamment vis-à-vis de l'employeur ou de l'administration. Il doit veiller à ce qu'aucune atteinte n'y soit portée. L'employeur doit mettre à sa disposition les moyens de respecter cette obligation : isolation phonique des locaux, armoires fermant à clef, système informatique indépendant, habilitation par le médecin et sous sa responsabilité de l'accès des tiers aux éléments confidentiels…

- La soumission au conseil départemental de l'Ordre du contrat le liant à son employeur. L'Ordre peut être sollicité pour donner son avis avant la signature, et intervenir en soutien au médecin en cas de violation du contrat.
Par ailleurs, le médecin salarié est amené à conjuguer sa liberté d'expression avec le devoir de réserve du fonctionnaire, par exemple si son avis concerne une politique sanitaire et peut mettre en difficulté son administration…

Le médecin du travail voit son exercice se transformer. Cette évolution est liée à la pénurie de praticiens, à la nécessité de coopérer avec d'autres intervenants, mais aussi au contexte de crise économique.

« La grande préoccupation des médecins du travail, c'est la sauvegarde de leur indépendance professionnelle »

Dr François-Xavier Ley, président du conseil régional de l'Ordre des médecins d'Alsace, consultant pour le Cnom sur la médecine du travail.

À 67 ans, le Dr François-Xavier Ley a dédié sa carrière à la médecine du travail et à son fief alsacien : en service autonome dans les mines de potasse, dans un service interentreprises à Mulhouse, en tant que médecin de prévention auprès des fonctionnaires de la police et de la justice… Désormais, il cumule sa retraite et un emploi à temps partiel dans un groupement de quatre médecins et deux infirmières basé à Saint-Louis, à la frontière entre la France, la Suisse et l'Allemagne, lequel est en charge de 16 000 salariés dans plusieurs entreprises chimiques et pharmaceutiques. *« Les collègues m'ont sollicité pour continuer car il y a un problème de relève »*, souligne-t-il.

Avec une moyenne nationale de 7,2 médecins du travail pour 100 000 habitants, le suivi régulier des travailleurs devient en effet de plus en plus compliqué. Entrée en vigueur au 1er juillet 2012 [1], la réforme de la médecine du travail prévoit notamment un espacement des visites tous les deux ans, voire tous les quatre ans. *« La visite d'embauche, de reprise du travail après une maladie et les urgences sont désormais nos priorités en tant que médecins »*, précise le Dr Ley. Un exercice également dépendant du contexte de crise économique : *« Les visites spontanées de salariés augmentent en même temps que les risques psychosociaux, et représentent désormais un quart de mon temps de travail. L'an dernier, j'ai rendu vingt-six décisions d'inaptitude totale et définitive, contre une ou deux par an il y a trente ans ! »*

Transfert de tâches

Malgré la perspective de salaires « corrects » et la possibilité de gérer son temps de travail, un tiers des postes d'internes en médecine du travail sont restés vacants en 2012. Les praticiens en exercice espèrent donc le renfort de futurs « médecins collaborateurs », issus d'autres spécialités et s'engageant à suivre une formation *ad hoc*. Mais la réalité du terrain *« plaide davantage pour le développement des infirmiers en santé au travail et d'un transfert de tâches via des protocoles bien définis »*, estime le Dr Ley. De niveau licence et après une année de formation à l'« entretien santé travail », l'infirmier peut recevoir périodiquement des salariés en bonne santé, n'exerçant pas une profession à risque. *« Les médecins doivent continuer de suivre eux-mêmes les postes à risque sécuritaire, comportant une pénibilité physique ou organisationnelle,* détaille le Dr Ley. *Mais l'infirmier est apte à faire le point sur les troubles circulatoires veineux et la colonne vertébrale d'une coiffeuse, par exemple. »*

Autre grande préoccupation des médecins du travail : la sauvegarde de leur indépendance professionnelle vis-à-vis de leurs employeurs. Laquelle nécessite parfois une certaine force de caractère : *« Dans un service autonome, le médecin est directement payé par l'entreprise et doit affirmer son indépendance en exigeant un minimum d'équipement, en organisant son planning et en refusant le travail au rendement. Son contrat de travail est soumis à l'Ordre départemental des médecins. Dans un service interentreprises, la pression des employeurs sur les médecins est moindre, mais le directeur du service peut y être soumis… »* confie le médecin alsacien.

REPÈRES

- **5480 médecins du travail recensés au 1er janvier 2013**
- **71 % de femmes, 29 % d'hommes**
- **Âge moyen : 54 ans pour les femmes, 56 ans pour les hommes**

1. Décrets n° 2012-135 et n° 2012-137 du 30 janvier 2012 : http://www.conseil-national.medecin.fr/article/les-decrets-de-janvier-2012-reorganisent-profondement-la-medecine-du-travail-1169

Le médecin de prévention est l'homologue du médecin du travail. Il veille sur la santé au travail des agents de la fonction publique.

> **« Travail de nuit, port d'armes de service, toxicologie ou risques psychosociaux sont des thèmes que nous abordons au quotidien »**

Dr Florence Foullon, médecin chef coordonnateur national pour la médecine de prévention du ministère de l'Intérieur.

C'est en tant qu'urgentiste intervenant à l'usine Renault de Flins que le Dr Florence Foullon a découvert la médecine du travail. *« Je me suis passionnée pour cet exercice, puis le goût du service public m'a orientée vers cette mission en 1999 au ministère de l'Intérieur »*, raconte-t-elle. Rattachée au secrétariat général du ministère, elle pilote depuis 2008 le service de médecine de prévention du ministère, aux niveaux national et déconcentré. Ce réseau est constitué de 227 médecins, pour certains à temps partiel (soit une cinquantaine d'équivalents temps plein), chargés du suivi de la santé au travail des 180 000 agents du ministère (66 000 consultations par an). Agents non titulaires de l'État, ces médecins de prévention sont titulaires du DES, du CES ou capacité de médecine du travail et signent des contrats de droit privé rémunérés sur la base de la grille CISME (voir encadré). D'autres sont mis à disposition à partir d'associations ou de services de santé au travail. Ils doivent avoir une bonne connaissance de la fonction publique, de la législation et des métiers du ministère de l'Intérieur (corps préfectoral, services de la police nationale, services administratifs et services civils de la gendarmerie nationale). *« À raison parfois d'un ETP pour 3500 fonctionnaires en surveillance médicale renforcée, nos médecins ont beaucoup à faire et des temps de trajet parfois longs entre les différents sites. Mais la qualité est privilégiée au rendement »*, précise le Dr Foullon. Travail de nuit, port d'armes de service, toxicologie ou bien sûr risques psychosociaux sont autant de thèmes abordés au quotidien.

Travail d'équipe

Discipline jeune, la médecine de prévention a été créée par décret en 1982 mais n'est obligatoire dans la fonction publique que depuis 1995. La récente réforme de la médecine du travail *« conforte notre rôle en nous rapprochant de l'organisation du secteur privé »*, estime le Dr Foullon. Elle prévoit notamment la mise en place de comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT, élargissant les missions des précédents CHS) dans la fonction publique, ainsi que l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire autour du médecin de prévention. *« Les infirmiers, les psychologues ont un rôle à jouer dans le repérage et le suivi des problématiques complexes telles que les risques autoagressifs dans la police nationale. La priorité du médecin de prévention est notamment de se concentrer sur les prises de poste à risque et la surveillance de certains états de santé, souligne-t-elle. Néanmoins, il ne s'agit pas de le substituer par un paramédical, les rôles doivent être bien cadrés et le secret médical absolument préservé. »* Le Dr Foullon rappelle par ailleurs que les textes réglementaires et le positionnement du médecin de prévention par rapport aux structures hiérarchiques garantissent l'indépendance de sa pratique, ainsi que son rôle de conseiller de l'Administration pour les problématiques ayant une incidence sur la santé des personnes au sens large.

REPÈRES

- **Les médecins de prévention et les médecins du travail sont rémunérés sur la base de la grille inscrite dans la convention collective du personnel des services interentreprises de santé au travail (dite grille CISME). Soit un salaire minimal brut mensuel pour un poste à temps plein de 4264,17 euros en début de carrière et de 6609,46 euros après quinze ans de présence (chiffres 2013).**

Le médecin de PMI a une approche globale de la santé et du bien-être des familles, notamment des mères et de leurs enfants. Mais le périmètre de ses actions dépend aussi des moyens dont dispose sa collectivité.

« La PMI vise la prévention et la promotion de la santé »

Dr Edwige Conte, pédiatre, médecin départemental de PMI à Melun, directrice de la PMI et de la petite enfance au conseil général de Seine-et-Marne.

« Le seul service public de santé décentralisé, au carrefour des champs médical, éducatif et social. » C'est ainsi que le Dr Edwige Conte, qui dirige techniquement l'ensemble des missions de PMI du département de la Seine-et-Marne, décrit ce dispositif créé par l'ordonnance du 2 novembre 1945 et mis au cœur du dispositif de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. Initialement mises en place pour lutter contre la mortalité périnatale et infantile, les missions de PMI se sont orientées, au fur et à mesure de l'amélioration sanitaire des populations, vers la prévention et la promotion de la santé. Le service de PMI, compétence obligatoire du conseil général, est territorialisé et composé d'une équipe pluriprofessionnelle : médecins, sages-femmes, puéricultrices, infirmières, éducateurs de jeunes enfants, conseillères conjugales, secrétaires… Il travaille en étroite collaboration avec le service social et le service de l'Aide sociale à l'enfance.

Les actions du médecin de PMI et de son équipe s'articulent autour de 5 grands axes :

- la planification et éducation familiale (contraception des jeunes, dépistage des IST, accompagnement d'une demande d'IVG…) ;
- la périnatalité : entretien prénatal précoce (EPP), suivi des grossesses, travail en réseau ;
- la pédiatrie de 0 à 6 ans : consultations, permanences, visites à domicile, bilans de santé dans les écoles maternelles, accompagnement et contrôle des établissements et services d'accueil de jeunes enfants, agrément des assistants maternels et familiaux, actions collectives ;
- le recueil statistique des avis de grossesse, avis de naissance, certificats de santé, etc. ;
- la participation à la protection de l'enfance.

Service gratuit et de proximité, en réseau avec de très nombreux partenaires, il participe ainsi au parcours de santé de la mère et de l'enfant. Il est un acteur clé de la prévention, notamment précoce.

Difficultés de recrutement

Le médecin de PMI doit concilier les impératifs déontologiques et ceux de l'administration territoriale qui l'emploie (articles R. 4127-95 à R. 4127-99 du Code de la santé publique sur l'exercice salarié de la médecine). *« Dans ce cadre, face aux multiples intervenants et aux nombreuses demandes, le respect du secret médical n'est pas toujours aisé. Mon rôle est de rester vigilante et garante de la déontologie médicale et de l'éthique quelle que soit l'organisation »*, explique le Dr Conte.

La Seine-et-Marne doit par ailleurs faire face à une démographie médicale très basse, et plusieurs postes de médecins de PMI demeurent vacants, rendant difficile l'exercice des missions de PMI à une période où la vulnérabilité apparaît grandissante. Les salaires dans la fonction publique territoriale ne sont pas très attractifs. *« Le département de Seine-et-Marne, conscient de ce problème, a engagé des actions et des réflexions pour repérer les obstacles et trouver des solutions. Il est important,* insiste le Dr Conte, *pour rendre nos postes plus attractifs, de bien mettre l'accent sur le respect des lois, la place de la PMI dans les organisations et surtout favoriser notre cœur de métier : la prévention précoce et l'accompagnement bienveillant des familles, en particulier les plus vulnérables ».*

REPÈRES

▸ L'Association nationale des médecins des collectivités territoriales (Méditoriales) a notamment pour objectif le renforcement du statut du médecin de PMI dans l'exercice de ses fonctions et met à disposition les offres d'emploi transmises par les collectivités (http://www.meditoriales.org).

Le médecin de l'Éducation nationale privilégie une approche globale de l'enfant dans son développement et nécessite des compétences spécifiques. Mais les ambitions sont grandes, et le nombre de praticiens est réduit.

« Le médecin scolaire est le "médecin du travail" de l'enfant qui devient élève »

Dr Jeanne-Marie Urcun, médecin conseiller technique à la Direction générale de l'enseignement scolaire, ministère de l'Éducation nationale.

Le Dr Jeanne-Marie Urcun est en charge, auprès du directeur général de l'enseignement scolaire, de la mise en œuvre de la politique de santé en faveur des élèves et de l'animation du réseau des médecins de l'Éducation nationale (EN). *« Le médecin scolaire est le "médecin du travail" de l'enfant qui devient élève »,* explique-t-elle. Fixées par une circulaire du 12 janvier 2001, ses missions sont nombreuses : suivi médical des enfants (dont le bilan de la sixième année, avant l'entrée au cours préparatoire), veille épidémiologique, action pour l'intégration des enfants handicapés, protection de l'enfance en danger, soutien aux établissements pour les projets d'éducation à la santé, interventions en urgence (survenue d'un suicide, d'une méningite…). *« Lors du bilan approfondi de la 6e année auquel assistent 80 % des familles, nous avons une vision unique, sans doute insuffisamment exploitée de 400 000 enfants, soit 70 % de cette classe d'âge »,* indique le Dr Urcun. Laquelle souligne la formation et l'action spécifiques des médecins de l'Éducation nationale en matière de prévention des troubles de l'apprentissage et d'éducation à la sexualité, domaines dont s'occupent peu ou pas les généralistes libéraux.

« L'image de femmes médecins en quête d'un salaire complémentaire, qui pèsent et mesurent à tour de bras, c'est une époque depuis longtemps révolue, souligne le Dr Urcun. *Les praticiens font aujourd'hui un vrai choix, celui d'une médecine individuelle et de prévention. »*

Une mission, deux acteurs

À l'origine médecins généralistes, allergologues, de santé publique ou encore pédiatres, les médecins de l'EN titulaires ont passé un concours et bénéficié d'une année de formation à l'École des hautes études en santé publique (EHESP), pour s'approprier notamment les fondamentaux de santé publique et de promotion de la santé en milieu scolaire. Des compétences enfin en passe d'être reconnues, avec une revalorisation des salaires en 2012 (voir encadré). Néanmoins, *« ces conditions encore peu attractives, la gestion nationale de ce corps impliquant l'absence de choix du lieu d'exercice et la démographie médicale générale compliquent les recrutements »,* déplore le médecin conseiller technique. Par ailleurs, le faible nombre de créations de poste depuis une quinzaine d'années maintient le ratio de médecins scolaires à 1 pour 10 000 élèves, ce que les représentants de la profession jugent nettement insuffisant pour développer une approche individualisée. Et ce qui conforte les infirmiers scolaires dans leur position de premier interlocuteur des élèves, auprès desquels ils sont présents à temps plein dans les collèges et lycées, à temps partiel dans les écoles maternelles et primaires. *« Les infirmiers ont un rôle capital, notamment en matière d'alerte et d'interventions urgentes comme la contraception d'urgence. Cependant, il faudrait développer leur collaboration avec les médecins et permettre un travail en réseau dans le cadre des compétences de chacun pour le plus grand bénéfice des élèves »,* relève le Dr Urcun.

REPÈRES

- **Le nombre de médecins scolaires est passé de 1307 en 1999 à 1 478 en 2011 (dont 1 212 titulaires). Celui des infirmiers de l'EN de 6 250 à 8 429.**
- **Un décret du 20 juillet 2012 revalorise leurs carrières, avec une entrée dans la profession à un indice équivalent à celui de médecin inspecteur de santé publique. La rémunération brute mensuelle du médecin de l'EN débutant grimpe de 1 700 euros à 3 223 euros (4 459 euros en fin de carrière).**

Texte : Lucie Pehlivanian

Fondation maladies rares :

Accélérer la recherche

7000
Environ 7000 maladies rares sont recensées à travers le monde, et 5 nouvelles sont décrites chaque mois. Une maladie est considérée comme « rare » lorsqu'elle affecte moins d'une personne sur 2000.

3 millions
En France, 3 millions de personnes sont concernées par une maladie rare, soit une personne sur 20. Dans la moitié des cas, la pathologie se développe durant l'enfance. Les maladies rares sont à l'origine de 30 % de la mortalité infantile.

5 %
Seulement 5 % des diagnostics de maladie rare sont posés par le médecin généraliste. Les patients vivent en moyenne dix à quinze ans d'errance diagnostique, avec une maladie le plus souvent invalidante.

©Thinkstock

Développer la recherche dans le domaine des maladies rares, améliorer la prise en charge clinique, le diagnostic, les traitements et, in fine, la qualité de vie des malades… Les ambitions qui ont motivé la toute jeune Fondation maladies rares sont importantes, à l'image du combat qui reste à mener contre ces maladies. La France a commencé à construire un réseau d'expertise dès le milieu des années 1980, mais le premier plan de santé publique sur les maladies rares n'a été adopté qu'en 2005. Un second plan a été lancé en 2011. C'est alors que la Fondation maladies rares a été créée.

Permettre aux chercheurs d'utiliser des technologies de pointe

« *Les maladies rares soulèvent des difficultés multiples : on en compte environ 7000, et chacune possède sa cause, son mécanisme, son approche de traitement… Notre fondation de recherche scientifique a été créée pour mieux les connaître et donc mieux les combattre* », explique le Pr Nicolas Lévy, directeur de la fondation et chef de service de génétique médicale à l'hôpital de la Timone (Marseille). Mieux comprendre ces maladies nécessite le plus souvent pour les chercheurs de se pencher sur les gènes des personnes qui en sont atteintes, 85 % de ces affections possédant une origine génétique. Pour faire progresser leurs recherches, les scientifiques ont besoin d'utiliser des technologies de pointe. Faciliter l'accès à ces technologies constitue la première mission de la fondation. « *La fondation met en relation des acteurs de la recherche et facilite l'accès aux ressources, comme des plateformes permettant le séquençage des gènes. Elle finance des projets sur la base d'appels à projets lancés auprès de la communauté médicale et scientifique* », indique le Pr Nicolas Lévy.

« Les médecins généralistes peuvent détecter précocement les maladies rares »

Pr Nicolas Lévy, directeur de la Fondation maladies rares et chef de service de génétique médicale à l'hôpital de la Timone (Marseille).

Interview

Comment le diagnostic des maladies rares se déroule-t-il aujourd'hui ?
En pratique, le diagnostic immédiat concerne encore aujourd'hui peu de maladies rares. Dans la majorité des cas, un patient atteint d'une maladie rare n'a pas de diagnostic exact durant plusieurs années après les premières manifestations. Lorsque des symptômes sont chroniques, invalidants, que l'on observe un ou plusieurs éléments atypiques de présentation clinique et qu'aucun diagnostic ne peut être posé, les médecins doivent penser à une maladie rare. Or, c'est rarement le cas car les médecins généralistes les connaissent peu, n'ayant pas eu de formation spécifique, au point que l'on s'interroge aujourd'hui au sein de la fondation sur la meilleure façon de procéder pour les informer. Le conseil national de l'Ordre des médecins est un vecteur incontournable d'information, de même que les vecteurs de diffusion de l'Assurance maladie.

Pourquoi les médecins généralistes peuvent-ils jouer un rôle important ?
Parce qu'ils peuvent orienter très tôt les malades vers un centre expert. L'intérêt est de taille pour les patients : certaines maladies, certes encore minoritaires, comme certains déficits enzymatiques congénitaux par exemple, peuvent être traitées si elles sont détectées. Il peut également être utile de mettre en place une consultation de conseil génétique au plus tôt, pour que les proches non atteints soient également dépistés (enfants par exemple). Et, bien sûr, plus tôt une maladie est détectée, plus la qualité de vie du malade peut être améliorée rapidement.

Comment orienter un patient atteint d'une maladie rare ?
Aujourd'hui, plus de la moitié de ces malades ne sont pas adressés à l'un des 134 centres de référence pour les maladies rares (CRMR) existants en France. C'est pourtant la démarche la plus efficace. Chacun de ces centres est dédié à la prise en charge d'une maladie ou d'un groupe de maladies apparentées. Enfin, nous recommandons aux médecins de mettre les malades en contact avec des associations ou des structures spécialisées car elles constituent un précieux soutien, au quotidien.

De la recherche aux traitements

De même, la fondation soutient des projets de recherche dans le domaine des sciences humaines et sociales, un pan de connaissance souvent délaissé. L'organisme favorise aussi le transfert de la recherche scientifique vers les soins des patients, *via* des essais cliniques. Les autres missions de la fondation concernent la collecte de données cliniques, la contribution à des coopérations européennes et internationales, ainsi que la production d'indicateurs de pilotage en santé publique et en recherche. La fondation a été fondée par cinq grands acteurs de la recherche : l'Inserm, l'Alliance maladies rares, l'AFM-Téléthon, la Conférence des présidents d'université, et la Conférence des directeurs généraux des centres hospitaliers régionaux et universitaires.

+ D'INFOS : fondation-maladiesrares.org

La Fondation maladies rares fait partie de la Plateforme maladies rares, qui rassemble sur un même site les grandes structures qui travaillent sur le sujet.
www.plateforme-maladiesrares.org

Appel à candidatures
pour l'élection de la chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins

En application de l'article R. 4122-6 du Code de la santé publique, les membres titulaires du conseil national de l'Ordre des médecins se réuniront le **jeudi 10 octobre 2013 à 17 heures**, au 180, boulevard Haussmann 75008 PARIS, pour le 2e renouvellement des membres de la chambre disciplinaire nationale.

Il y aura lieu d'élire :

- 6 membres titulaires et 6 membres suppléants pour le collège interne de la chambre nationale dont la durée du mandat sera de trois ans (art. R. 4122-5 du CSP).
Les membres sortants de ce collège sont :
Titulaires : Drs BLANC, CHOW CHINE, COLSON, CRESSARD, DESEUR, ZATTARA.
Suppléants : Drs FILLOL, KAHN-BENSAUDE, LEON, MAURICE, GICQUEL, GUERRIER.

- pour le collège externe de la chambre nationale :
• **3 membres titulaires et 3 membres suppléants dont la durée du mandat sera de six ans.**
Les membres sortants de ce collège sont :
Titulaires : Docteurs BROUCHET, MARCHI, WOLFF
Suppléants : Docteurs LERICHE, CHAPELLE, BOBOIS
• **Election complémentaire :**
Le Docteur MUNIER, membre suppléant du collège externe, a démissionné de ses fonctions.
Il en résulte **la vacance d'un poste de suppléant.**
Le Docteur FAROUDJA, membre titulaire du collège externe, a démissionné de ses fonctions avec effet à la date du renouvellement de la chambre disciplinaire. Cette démission entraine son remplacement à compter de la date de sa prise d'effet par le premier suppléant, le Docteur CERRUTI.
Il en résulte **la vacance d'un second poste de suppléant.**
Les mandats de ces deux suppléants prendront fin au 25 juin 2016, date du prochain renouvellement de la chambre nationale.

ELECTEURS ET VOTES

Sont électeurs les membres titulaires du conseil national.
Ne peuvent voter que les membres titulaires présents à la réunion du jeudi 10 octobre 2013 (art. R. 4125-2 du CSP).
Le vote par procuration n'est pas admis (art. R. 4125-1 du CSP).
Le vote a lieu à bulletin secret. Le dépouillement est public (art. R. 4122-7 du CSP).
L'élection est acquise à la majorité simple des membres présents ayant voix délibérative (art. R. 4122-7 du CSP).

ÉLIGIBILITÉ ET DÉPÔT DES CANDIDATURES

SONT ÉLIGIBLES :
- au collège interne : les seuls membres élus au sein du conseil national ;
- au collège externe : tout membre actuel d'un conseil départemental ou régional ou ancien membre d'un conseil de l'Ordre (départemental, régional ou national).
Les conseillers candidats doivent être :
a) de nationalité française (art. L. 4122-3 du CSP),
b) à jour de leur cotisation ordinale.

NE SONT PAS ÉLIGIBLES :
- Les conseillers faisant ou ayant fait l'objet d'une sanction disciplinaire définitive et non amnistiée prononcée conformément à l'article L. 4124-6 du Code de la santé publique ou à l'article L. 145-2-1 du Code de la sécurité sociale.

Incompatibilités de fonctions

Il est interdit de cumuler les fonctions de membre de la chambre disciplinaire nationale et de membre d'une chambre disciplinaire de première instance (art. L. 4122-3 du CSP).

Acte de candidature

Le candidat doit – obligatoirement – indiquer dans sa lettre (art. R. 4122-6 du CSP) :
- ses nom et prénoms, son adresse, sa date de naissance, ses titres, sa qualification, son mode d'exercice et ses fonctions éventuelles dans les organismes professionnels ;
- le collège de la chambre auquel il se présente ;
- ses fonctions actuelles ou anciennes au sein de l'Ordre.

Il peut joindre à sa candidature une profession de foi (facultatif). Celle-ci doit être rédigée sur une feuille de format A4 (210 x 297 mm) séparée de la candidature, en noir et blanc et sur une seule page. Elle ne peut être consacrée qu'à la présentation du candidat au nom duquel elle est diffusée et à des questions entrant dans le champ de compétence de l'Ordre défini à l'article L. 4121-2 du Code de la santé publique.
Cette profession de foi sera ensuite photocopiée, en l'état, en fonction du nombre d'électeurs et

RAPPEL :

ÉLECTION COMPLÉMENTAIRE AU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS

En application de l'article L. 4132-1 du Code de la santé publique, le conseil national de l'Ordre des médecins procédera à une élection complémentaire le jeudi 19 septembre 2013 aux fins de pourvoir au remplacement du Dr Francis MONTANE, conseiller national décédé, représentant la région Languedoc-Roussillon.

+ D'INFOS :
www.conseil-national.medecin.fr
et Bulletin de l'Ordre des médecins n° 29 de mai-juin 2013

jointe à la liste des candidats qui servira de bulletin de vote.

Un membre suppléant du collège externe qui n'est pas en fin de mandat peut faire acte de candidature pour le collège externe sans devoir démissionner :
a) Dans le cas où il serait élu titulaire, son siège de suppléant restera vacant.
b) Dans le cas où il serait réélu suppléant, son mandat aura une durée de six ans à partir du jour de l'élection et son siège initial de suppléant restera vacant.
c) Dans le cas où il ne serait pas élu (ni titulaire ni suppléant), il garde son siège initial.

Envoi et date limite de la candidature

Le candidat se fait connaître par lettre adressée au président du conseil national (180, boulevard Haussmann 75008 PARIS) revêtue de sa signature et **recommandée avec demande d'avis de réception.** Elle peut aussi être déposée au conseil national. Il en sera donné un récépissé.
La candidature doit impérativement **PARVENIR** au siège du conseil national, **trente jours au moins avant le jour de l'élection.** La clôture du dépôt des candidatures est fixée au **mardi 10 septembre à 16 heures** (art. R. 4125-1 du CSP).

Toute candidature parvenue après l'expiration de ce délai est irrecevable. Le cachet de la poste ne sera pas pris en compte.

Retrait de candidature

Le retrait de candidature peut intervenir quinze jours au plus tard avant la date du scrutin, c'est-à-dire jusqu'au **25 septembre 2013.**
Il est notifié au conseil national soit par lettre recommandée avec avis de réception, soit par dépôt au siège de ce conseil contre un récépissé (article R. 4125-1 du CSP).

Conseillers nationaux élus lors du 1er renouvellement par moitié le 13 juin 2013

Aquitaine :
Dr Jean-Marie FAROUDJA
Dr Jean-Marcel MOURGUES
Bourgogne :
Dr Jean-François GERARD-VARET
Bretagne :
Dr François SIMON
Centre :
Dr Piernick CRESSARD
Champagne-Ardenne :
Dr Jackie AHR
Corse :
Dr Napoléon LEOPOLDI
Franche-Comté :
Dr Virginio ELLENA
Île-de-France (Essonne) :
Dr André LEON
Île-de-France (Hauts-de-Seine) :
Dr Michel LEGMANN
Île-de-France (Seine-et-Marne) :
Dr André DESEUR
Île-de-France (Val-de-Marne) :
Dr Bernard LE DOUARIN
Île-de-France - (Val-d'Oise) :
Dr Christian BOURHIS
Lorraine :
Dr Gilles MUNIER
Midi-Pyrénées :
Pr Stéphane OUSTRIC
Nord-Pas-de-Calais :
Dr Françoise STOVEN
Pays de la Loire :
Dr Jacques LUCAS
Dr François WILMET
Basse-Normandie :
Dr Jean-Yves BUREAU
Poitou-Charentes :
Dr François ARNAULT
Provence-Alpes-Côte d'Azur :
Dr Bernard ARBOMONT
Rhône-Alpes :
Dr Andrée PARRENIN
Dr Patrick ROMESTAING
Guadeloupe :
Titulaire : Dr Alex MOZAR
Suppléant : Dr Marius BOREL
Réunion-Mayotte :
Titulaire : Dr Jean-Michel BERAL
Suppléant : Dr Aboobakar ABDULLA

Propos recueillis par **Claire Peltier**

« Des référents sûreté existent dans tous les départements »

Bertrand Michelin,

coordinateur des dispositifs de sécurité des professions exposées au ministère de l'Intérieur

Témoignage

« Au sein du ministère de l'Intérieur, ma mission est d'établir un partenariat concret, opérationnel, entre les forces de l'ordre et des professionnels qui sont particulièrement exposés aux risques de malveillance et de délinquance. Quels sont les points communs entre ces professionnels ? Ils sont ouverts au public, manipulent des espèces même si c'est de moins en moins le cas pour les médecins, se sont dotés d'équipements qui peuvent avoir une certaine valeur sur le marché, et la gestion de la sécurité n'est pas leur cœur de métier…

En 2005, un protocole a été signé entre le ministre de l'Intérieur et le ministre de la Santé afin d'améliorer la sécurité des établissements hospitaliers, publics ou privés. En juin 2010 une nouvelle version de ce protocole est signée : il est étendu à l'ensemble des établissements de santé et formalise l'engagement de l'autorité judiciaire dans le dispositif partenarial. Enfin, à l'initiative de l'Ordre des médecins, un travail concerté a été entrepris avec l'ensemble des Ordres des professions de santé. Il a débouché sur la signature d'un nouveau protocole, le 20 avril 2011, lequel bénéficie, désormais, à tous les praticiens, y compris ceux exerçant à titre libéral.

Une telle action ne peut fonctionner sans relais efficaces au niveau local. C'est pourquoi nous avons développé des partenariats dans chaque département, avec d'un côté les services de la préfecture, de la police, de la gendarmerie, du procureur et, de l'autre, le conseil de l'Ordre, l'ARS et les Unions régionales des professions de santé. Notre objectif est d'abord d'agir en amont, pour éviter les incidents. Des référents sûreté ont été mis en place au niveau des services de police et de gendarmerie dès 2008. Ils sont à la disposition des médecins pour les conseiller, les aider à modifier leurs comportements, réaliser un audit de leurs locaux, si besoin. Mais bien entendu, nous anticipons l'action en cas d'alerte, en arrêtant des procédures qui dépendent des situations locales et de la nature de la délinquance. Par exemple, dans le Val-de-Marne, les médecins de garde sont dotés de boîtiers d'alerte géosécurisés et reliés au Samu. En Seine-Saint-Denis, ces boîtiers ont été, reliés aux services de police à titre expérimental.

Enfin, nous accompagnons les médecins pendant et après le dépôt de plainte… Car, nous ne cessons de le répéter : les médecins doivent porter plainte s'ils sont victimes d'un incident : il ne doit pas y avoir d'impunité pour les auteurs de malveillance caractérisée ! »

©DR

PARCOURS

1982
Diplômé de l'École nationale supérieure de la police.

1982
Renseignements généraux

1994
Commissariat du 13e arrondissement de Paris

1996
Direction de la sécurité publique à Paris

1999
Direction de la police urbaine de proximité à Paris

2002
Direction de la formation de la police nationale

Août 2010
Nommé coordinateur des dispositifs de sécurité des professions exposées au ministère de l'intérieur