

# médecins

Le bulletin de l'Ordre national des médecins

n° 5 | sept. - oct. 2017

## Sur le terrain

Un serious game  
au bloc opératoire

## Entretiens croisés

Perturbateurs endocriniens :  
à la veille d'une crise  
sanitaire majeure ?



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

Maison de santé

Cabinet libéral

CHU

Clinique

Centre hospitalier



## Dossier

Diversification des stages :  
**pour une  
formation  
tout terrain**



Retrouvez le bulletin, le webzine  
et la newsletter de l'Ordre en ligne sur  
[www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)

## 04. focus

Intégration de la Roumanie dans l'UE :  
quel impact sur les flux migratoires ?

## 06. en bref

- L'Ordre s'installe rue Léon-Jost
- Étudiant remplaçant : comment protéger son adresse personnelle ?

## 08. sur le terrain

3D Virtual Operating Room :  
un serious game au bloc opératoire

## 10. e-santé

Territoire de soins numérique :  
des outils à l'épreuve du terrain

## 11. ailleurs

- 4<sup>e</sup> journée européenne de l'Ordre des médecins espagnol
- Une consultation publique avant de réviser la déclaration d'Helsinki
- L'Ordre malgache et le Cnom jumelés

## 12. entretiens croisés

Perturbateurs endocriniens :  
à la veille d'une crise sanitaire majeure ?

## le guide juridique

### 24-27. décryptage

- Réforme du 3<sup>e</sup> cycle : les 6 points à retenir
- Activité libérale à l'hôpital : un nouveau cadre

### 28. vos questions / nos réponses

- Que faire face à une femme victime de violence ?

### 29-30. pratique

- Le praticien territorial médical de remplacement
- Produits de substitution aux opiacés : des pratiques de prescription plus encadrées

## 31. culture médicale

### 32. rencontre

D<sup>r</sup> Évelyne Wannepain, médecin généraliste, service départemental de Protection maternelle et infantile et Planification familiale (PMI-PF) de Seine-Saint-Denis (93).



## 16 Diversification des terrains de stage : pour une formation tout terrain

Aujourd'hui, rares sont les jeunes médecins à avoir fait un stage professionnalisant dans le libéral. Quand ils décident de s'installer, ils doivent donc découvrir sur le tas ce mode d'exercice et ses particularités. Une aberration à laquelle certaines universités ont décidé de remédier, au bénéfice de leurs diplômés mais aussi des territoires.

## restons connectés!



Sur le Web : [www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)

Sur Twitter : suivez-nous sur [@ordre\\_medecins](https://twitter.com/ordre_medecins)

Par mail : [conseil-national@cn.medecin.fr](mailto:conseil-national@cn.medecin.fr)

Nous écrire : **Conseil national de l'Ordre des médecins,  
4, rue Léon Jost, 75855 Paris cedex 17**



DR

## Une rentrée placée sous le signe du changement et de la solidarité

**Pour le Conseil national de l'Ordre des médecins, cette rentrée se fait sous le signe du changement.**

Tout d'abord sur le plan organisationnel : le Cnom a en effet quitté ses locaux du boulevard Haussmann pour s'installer au 4, rue Léon Jost. Ce déménagement a vocation à réaliser des économies d'échelle et à améliorer le travail des équipes du Cnom désormais réunies en un seul et même site. Cette opération a été réalisée à différentiel nul. Elle n'aura donc aucun impact sur la cotisation des médecins.

Sur le plan politique également, avec l'annonce d'Agnès Buzyn, ministre de la Santé, de

l'ouverture d'une nouvelle concertation sur la Stratégie nationale de santé. Cette volonté affichée de renouer le dialogue avec les acteurs de la santé est louable et l'Ordre compte participer activement aux discussions. D'autant plus que les propositions que nous portons

**« Il reste des sujets majeurs absents des priorités du gouvernement. »**

depuis deux ans, et notamment celles concernant l'importance de réformer notre système de santé en partant des territoires, sont aujourd'hui reprises par de nombreux acteurs de la santé, dont la ministre elle-même. Mais il reste encore des sujets majeurs absents des priorités affichées par le gouvernement, à commencer par le statut des professionnels de santé dans le cadre de la coordination ville-hôpital, ou encore la formation. Il nous semble surtout indispensable que nos politiques portent une vision globale pour notre système de santé. C'est pourquoi nous avons invité le Premier ministre Édouard Philippe au 3<sup>e</sup> congrès du Cnom qui se tiendra du 19 au 21 octobre.

Cette rentrée est aussi placée sous le signe de la solidarité : les Antilles ont subi des dommages considérables lors du passage des ouragans Irma et Maria. Le Cnom s'est pleinement mobilisé aux côtés du conseil départemental de la Guadeloupe pour apporter, via sa commission d'entraide, un accompagnement humain et une aide financière aux médecins sinistrés.

**D<sup>r</sup> Patrick Bouet**

Président du Conseil national de l'Ordre des médecins

**Directeur de la publication :** D<sup>r</sup> Walter Vorhauer - **Ordre des Médecins**, 4, rue Léon Jost, 75855 Paris Cedex 17. Tél. : 0153893200.  
E-mail : conseil-national@cn.medecin.fr - **Rédacteur en chef :** D<sup>r</sup> Patrick Romestaing - **Coordination :** Évelyne Acchiardi  
**Conception et réalisation :** CITIZENPRESS 48, rue Vivienne, 75002 Paris - **Responsables d'édition :** Sarah Berrier, Claire Peltier  
**Direction artistique :** David Corvaisier - **Maquette :** Vianney Bureau, Clémence Letellier - **Secrétariat de rédaction :** Alexandra Roy  
**Fabrication :** Sylvie Esquer - **Couverture :** Istock - **Impression :** Imprimerie Vincent - **Dépôt légal :** à parution - n° 16758  
ISSN : 1967-2845. Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.



Intégration de la Roumanie dans l'UE

# Quel impact sur les flux migratoires ?

**Il y a dix ans, la Roumanie faisait son entrée dans l'Union européenne.**

Alors qu'elle lance en 2000 un cursus de médecine francophone au sein de l'université de Cluj-Napoca, des interrogations émergent quant aux conséquences de cette intégration sur les flux migratoires de médecins à diplôme roumain en France. Le point dix ans après...

**Quelle a été l'influence de l'entrée de la Roumanie dans l'Union européenne sur le nombre de médecins à diplôme roumain qui exercent désormais en France ? Dans quelles spécialités exercent-ils ? Quels sont leurs modes d'exercice ?** Autant de questions auxquelles, 10 ans après l'entrée de la Roumanie dans l'UE, il est désormais possible de répondre. Le 23 juin 2017, à l'occasion d'une réunion plénière du Conseil européen de l'Ordre des médecins (CEOM) en Italie, le D<sup>r</sup> Patrick Romestaing, secrétaire général du CEOM et vice-président du Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom), a présenté les travaux de l'Observatoire de la démographie médicale sur les médecins à diplôme étranger exerçant en France, et notamment à diplôme roumain.

## Un afflux conséquent

Le code de la santé publique conditionne l'exercice de la médecine en France à trois critères : avoir la nationalité française ou être ressortissant de l'UE, détenir un diplôme permettant l'exercice en France et être inscrit à l'Ordre des médecins. L'entrée de la Roumanie dans l'UE a eu des répercussions importantes. Alors qu'ils n'étaient que 560 médecins à diplôme roumain exerçant en France en 2007, ils étaient 4254 en 2016, soit une augmentation de 659 %.

Ils représentent aujourd'hui 42 % des médecins à diplôme européen (hors France) inscrits au tableau de l'Ordre des médecins. Ils devancent ainsi, et de loin, les médecins à diplôme belge.

## Une conjoncture favorable

Pourquoi les médecins roumains sont-ils si nombreux à venir en France ? L'explication n'est pas si simple même si la conjugaison de plusieurs facteurs

peut livrer des réponses : l'attractivité des conditions d'exercice dans l'Hexagone, les importants besoins en personnels médicaux, l'immigration des médecins constituant un moyen d'ajustement plus ou moins explicite, et l'existence de filières de médecine francophone aux facultés de Cluj-Napoca, Iasi, Timisoara...

## Point de vue de l'Ordre

**D<sup>r</sup> Patrick Romestaing**, secrétaire général du CEOM et vice-président du Cnom



## « Créer un nouveau cadre de coopération internationale »

Si la migration internationale des médecins fait l'objet de nombreux débats, peu d'études proposent une approche globale permettant d'en analyser les impacts et d'en tirer les enseignements. Quels sont les effets de ces migrations sur les pays de départ, du point de vue économique ? Du point de vue sanitaire ? En Roumanie, l'émigration croissante et massive des médecins a généré une grave crise démographique. Les travaux menés au sein de l'observatoire européen de la démographie médicale, pilotés par le Cnom, visent ainsi à étudier

ces flux, les profils des médecins, leurs trajectoires, leurs attentes... L'objectif : déterminer des leviers d'action et faire émerger des politiques publiques pour faire face à ces problématiques. Plus largement, il serait nécessaire de créer un nouveau cadre de coopération internationale en matière de mobilité des professionnels de santé. En effet la libre circulation et l'installation des médecins à l'échelle mondiale et particulièrement européenne remettent en question l'efficacité des processus de régulation ciblés à l'entrée des études comme le *numerus clausus* en France.

# LES MÉDECINS À DIPLÔME ROUMAIN EXERÇANT EN FRANCE



## 10 053 médecins

À DIPLÔMES EUROPÉENS\* EXERCENT EN ACTIVITÉ RÉGULIÈRE EN FRANCE.

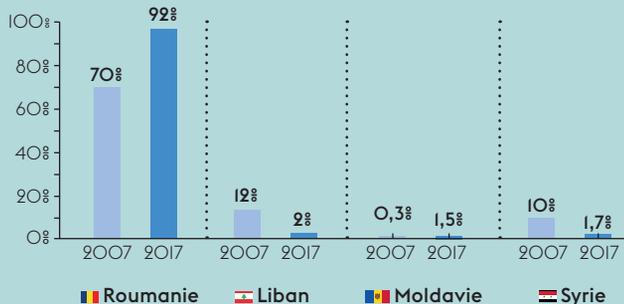
\*Hors France

Dans quels pays ont-ils obtenu leur diplôme ?



**x7,5** > Les médecins à diplôme roumain sont 7,5 fois plus nombreux qu'en 2007.

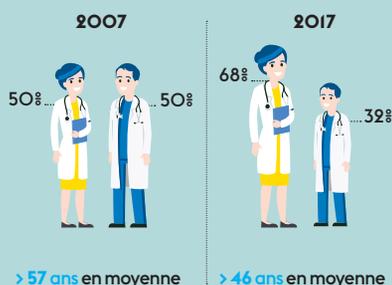
D'où viennent les médecins à diplôme roumain ?



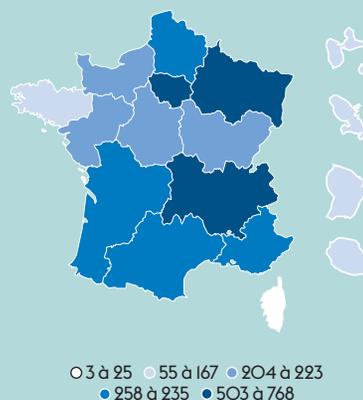
Quelles sont leurs spécialités ?

2007	2017
Médecine générale (26,8%)	Médecine générale (23%)
Psychiatrie (13,9%)	Anesthésie-réanimation (8,3%)
Anesthésie-réanimation (7,1%)	Psychiatrie (7,8%)
Pédiatrie (6,3%)	Radiodiagnostic et imagerie médicale (7,2%)
Cardiologie et maladies vasculaires (5,7%)	Ophtalmologie (4,3%)
Néphrologie (4,3%)	Médecine du travail (4,3%)

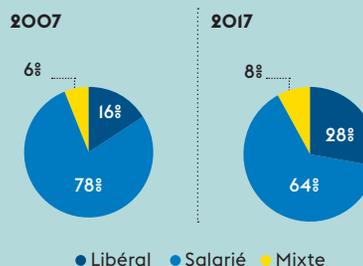
Qui sont-ils ?



Où s'installent-ils ?



Quels modes d'exercice privilégient-ils ?



## Ouragans : l'Ordre des médecins solidaire

**Au lendemain du passage des ouragans Irma et Maria sur les Antilles, le Conseil national de l'Ordre des médecins a tenu à exprimer aux victimes et à leurs proches sa solidarité et sa mobilisation totale.** Aux côtés du Conseil départemental de Guadeloupe de l'Ordre des médecins, il déploiera son mécanisme d'entraide pour apporter aux praticiens sinistrés et à leurs proches toute l'assistance nécessaire. L'Ordre a également tenu à rendre hommage à tous les professionnels de santé qui ont porté secours aux victimes des ouragans dans des conditions éprouvantes.

## les tweets

@ordre\_medecins – 7 sept.

[#OuraganIrma] L'@ordre\_medecins déploiera son mécanisme d'entraide pour apporter aux médecins sinistrés toute l'assistance nécessaire.

@ordre\_medecins – 7 sept.

[#OuraganIrma] Solidarité avec les victimes. Hommage à tous les professionnels de santé qui leur portent secours <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2293>

@ordre\_medecins – 24 août

[Communiqué] Risque terroriste : ouvert au dialogue avec les autorités, l'Ordre rappelle les principes fondamentaux de l'exercice médical.

# Le Cnom s'installe rue Léon Jost

**Depuis le 11 septembre, le Conseil national de l'Ordre des médecins est installé au 4, rue Léon Jost, dans le 17<sup>e</sup> arrondissement de Paris.** Il quitte ainsi ses bureaux du boulevard Haussmann, où il était installé depuis 1996. Les conditions optimales de vente de ces locaux couplées à un taux d'intérêt d'emprunt particulièrement intéressant pour l'achat des nouveaux locaux ont permis de réaliser une opération blanche en termes budgétaires. Ce changement d'adresse a pour objectif de réaliser des économies d'échelle en rassemblant l'ensemble des équipes, jusqu'alors dispersées sur trois sites, dans un seul bâtiment.



**À savoir :** les nouvelles coordonnées postales sont :  
**Cnom, 4, rue Léon Jost, 75855 Paris cedex 17. Les coordonnées téléphoniques de vos interlocuteurs au Cnom sont quant à elles inchangées.**

## Le 3<sup>e</sup> congrès de l'Ordre des médecins

**Le Conseil national de l'Ordre des médecins tiendra son 3<sup>e</sup> congrès du 19 au 21 octobre 2017 au Palais des congrès de Paris.**

L'événement qui se tiendra sous le haut patronage d'Emmanuel Macron, président de la République, s'ouvrira le jeudi avec une conférence plénière introduisant la thématique du congrès : « Agir pour garantir l'avenir de notre système de santé ». Elle sera suivie de trois tables rondes : « Agir pour renforcer une offre de soins au plus près des territoires », « Agir pour développer une formation professionnalisante dans les territoires » et « Agir pour simplifier l'exercice médical dans les territoires ». L'écrivain et académicien Erik Orsenna assistera à cette journée en qualité de candidat. Le vendredi sera consacré à des ateliers organisés par les différentes sections et commissions du Cnom. Le congrès s'achèvera le samedi par l'Assemblée générale du Conseil national.

+ d'infos : <http://www.congres-cnom.fr>

## Levothyrox® : la ministre annonce des alternatives



**Depuis mars 2017, le Levothyrox® a subi une modification de l'excipient sans que le principe actif soit changé.** Cependant, de nombreux patients se plaignent d'effets secondaires importants liés à cette nouvelle formule, avec pour conséquences la substitution pour les adultes du Levothyrox® par la L-Thyroxine Serb (gouttes). Une pratique susceptible d'entraîner à courte échéance la pénurie de la forme pédiatrique en gouttes de la L-Thyroxine Serb. Afin de prévenir une telle pénurie, il est rappelé à chacun d'entre nous que la prescription de L-Thyroxine Serb (gouttes) doit être réservée en priorité aux enfants et aux adultes présentant des troubles sévères de la déglutition. Agnès Buzyn, ministre de la Santé, a annoncé le 15 septembre que l'ancienne formule du Levothyrox sera « accessible » sous quinzaine et des « alternatives » à ce médicament dans un mois.

## Étudiant remplaçant

# Comment protéger son adresse personnelle ?

**Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, dans le cadre de l'open data, les adresses professionnelles indiquées par les médecins lors de leur immatriculation à l'Urssaf sont accessibles à tous** sur le site : <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/base-sirene-des-entreprises-et-de-leurs-etablissements-siren-siret/>. Auparavant, la base Sirene constituée par l'Insee pouvait être cédée à titre onéreux à des sociétés de type Manageo ou Sociétés.com. Pour les étudiants remplaçants

à titre libéral et les médecins remplaçants sans cabinet, cette disposition peut poser problème dans la mesure où lors de leur immatriculation, ils mentionnent leur adresse personnelle. L'article A. 123-96 du code de commerce dispose cependant que : « Toute personne physique peut demander soit directement lors de ses formalités de création ou de modification, soit par lettre adressée au directeur général de l'Institut national de la statistique et des études économiques,

que les informations du répertoire la concernant ne puissent être utilisées par des tiers autres que les organismes habilités au titre de l'article R. 123-224 ou les administrations, à des fins de prospection, notamment commerciale. » L'étudiant ou le médecin concerné peut donc demander à bénéficier de cette disposition, ce qui limitera la diffusion de son adresse sur le Web. Cela n'empêchera pas néanmoins qu'il soit possible de la retrouver sur l'open data.

## 3D Virtual Operating Room

# Un serious game au bloc opératoire

3D Virtual Operating Room est un jeu... sérieux. Le CHU de Toulouse et l'université Champollion d'Albi développent cette plateforme d'entraînement virtuel à la gestion des risques médicaux au bloc opératoire.

**Objectif : améliorer la communication au sein des équipes soignantes.**

**Les chiffres sont connus. Ils méritent pourtant d'être rappelés. Près d'un tiers des événements indésirables graves (EIG) liés aux soins sont imputables à des dysfonctionnements du travail en équipe. Ils sont donc évitables. Pour inverser cette tendance, le CHU de Toulouse expérimente un serious game, le « 3D Virtual Operating Room ».** « Il s'agit d'un jeu de simulation en 3D pour la formation à la prévention et la gestion des risques au bloc opératoire, destiné aux internes et aux professionnels en formation continue. Il ne porte pas sur les gestes médicaux techniques, mais sur des bonnes pratiques de communication, de coopération et de respect des procédures lors d'une opération », détaillent le Dr Vincent Lubrano, neurochirurgien, et le Dr Vincent Minville, anesthésiste-réanimateur, à l'initiative du projet.

### Comme une vraie opération

Ce matin-là, deux internes (l'une en anesthésie-réanimation, l'autre en chirurgie) et une infirmière de bloc opératoire ont pris place dans une salle informatique. Après quelques clics, le jeu démarre. Le scénario du jour ? L'opération d'une tumeur cérébrale chez un patient confus et agité. « Au fil de la partie, les joueurs s'échangent des dizaines d'informations et prennent des décisions



Basés sur des cas réels d'événements indésirables graves, les scénarios multiplient les « pièges » et les imprévus à chacune des étapes de l'intervention chirurgicale.

*essentiels au bon déroulement de l'opération : demander l'identité du patient, le rassurer, lire son dossier médical, remplir la fiche de liaison, préparer la table d'anesthésie, intuber le patient, planifier des procédures d'urgence... Comme lors d'une véritable opération »,* résume Cathy Pons-Lelardeux, directrice de projet à l'université Champollion.

Après une vingtaine de minutes, « Game Over ». La partie est terminée, à la suite d'une incompréhension entre les trois protagonistes sur l'identité du patient et la zone opératoire.

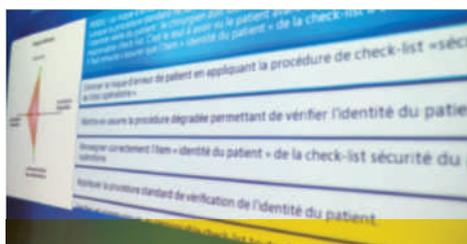
### Débriefing individuel

Chaque partie de 3D Virtual Operating Room se conclut par un débriefing individuel du médecin formateur. L'objectif ? Comprendre les erreurs commises et éviter de les reproduire au bloc. « Ce jeu est ludique et intuitif ! Il nous permet d'être dans les conditions du réel... mais avec moins de stress, témoigne Soukaïna Hammoudi, interne en anesthésie-réanimation, après sa partie. C'est un outil complémentaire à la formation théorique et à la simulation sur mannequin. »

Fruit de cinq années de travail, 3D Virtual Operating Room est un serious



3D Virtual Operating Room met en scène tous les professionnels qui gravitent autour du bloc : anesthésistes, infirmiers, chirurgiens, cadre de santé. Et le patient, bien sûr.



À l'issue de chaque partie – dont la durée varie entre 5 minutes et une heure selon les scénarios – le logiciel fournit un bilan aux étudiants, qui peuvent ainsi se rendre compte de leurs éventuelles erreurs et du niveau de maîtrise des risques de l'équipe.



Si un étudiant est absent, l'intelligence artificielle pilotera son rôle, et agira face à la situation proposée comme un professionnel. Une véritable innovation.

game unique en France. « *Son originalité est d'offrir à différents corps de métier la possibilité de se former ensemble à la gestion des risques, dans un environnement de formation virtuel 3D temps réel* », explique Cathy Pons-Lelardeux. Par ailleurs, toutes les connaissances et pratiques du bloc ont été modélisées pour que le jeu soit le plus proche possible du réel. Au CHU de Toulouse, l'expérimentation arrive à son terme. Plusieurs hôpitaux en France ont déjà fait part de leur intérêt pour cette plateforme de simulation.

#### En savoir plus :

<http://3dvor.univ-jfc.fr>

1. En partenariat avec KTM Advance et Novamotion.

## Témoignage

D<sup>r</sup> **Charlotte Martin**, médecin anesthésiste, formatrice 3D Virtual Operating Room



### « Se former sans interférer avec la sécurité du patient »

« Sous son aspect ludique, la simulation en 3D offre une mise en situation pédagogique, proche de la réalité. Les différents scénarios mettent l'accent sur des

risques précis. Ils placent les internes dans une situation critique, sans interférer avec la sécurité du patient. Cela nous permet de vérifier qu'ils savent gérer les risques, qu'ils connaissent les procédures. Cet outil met en lumière l'impact des décisions individuelles et collectives sur la réussite de l'opération, et

rappelle la nécessité de s'écouter, de se faire confiance et de travailler en coopération interprofessionnelle dans un bloc. Au final, 3D Virtual Operating Room est très bénéfique pour être mieux préparé une fois au bloc, pour apprendre à gérer le stress. Le débriefing final est l'occasion de donner des conseils pratiques. »



Territoire de soins numérique

# Des outils à l'épreuve du terrain



**Amorcé en 2014, le programme Territoire de soins numérique (TSN) touche bientôt à sa fin.** Le Conseil national de l'Ordre des médecins a lancé une mission afin de voir de quelle manière les médecins et les professionnels de santé se sont impliqués dans ce programme. Premiers retours avec le Dr Jacques Lucas, vice-président du Cnom et délégué général des systèmes d'information en santé.

## En quoi consiste le programme Territoire de soins numérique (TSN) ?

Il s'agit d'un programme d'expérimentation de différents outils numériques (applis, objets...) de façon très concrète sur le terrain. L'objectif : faire émerger des solutions innovantes et fonctionnelles qui permettent d'améliorer la prise en charge des patients, que ce soit dans le cadre du soin en lui-même, mais aussi de la coordination du parcours de soins, notamment dans le cadre de cas complexes ou de pathologies au long cours. La DGOS a ainsi sélectionné 5 régions françaises (Île-de-France, Aquitaine, Bourgogne-Franche-Comté, Auvergne-Rhône-Alpes et Océan Indien) au sein desquelles, sur des territoires définis, sont testées différentes solutions. Ce programme, créé dans le cadre de la Stratégie nationale de santé et inclus dans les Investissements d'avenir, a été doté de 80 millions d'euros répartis entre les territoires. Une évaluation du dispositif sera réalisée courant 2018 par l'université de Bordeaux.

## Concrètement, comment se traduisent les TSN ?

Prenons l'exemple de l'expérimentation

Pascaline en Auvergne-Rhône-Alpes. Elle se déroule sur 27 communes de l'est de Lyon à Bourgoin-Jallieu (Isère). Ce programme vise à développer un ensemble de services innovants en santé pour améliorer le parcours des usagers et faciliter les échanges entre les professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et social. De nouveaux outils numériques ont ainsi été mis en place : plateforme territoriale d'appui, service Tandem (accompagnement par un référent parcours de santé), carnet de vaccination électronique, site Web MesPatients qui propose notamment à ses utilisateurs une vue d'ensemble des dossiers de leurs patients et des acteurs intervenant sur leur prise en charge...

## Comment l'Ordre se positionne-t-il vis-à-vis de ce programme ?

Les conseils de l'Ordre ne se sont pas directement impliqués, mais il nous a paru intéressant de voir de quelle manière les médecins et les professionnels de santé s'impliquaient dans les TSN. Le Cnom m'a donc confié une mission dans ce sens. Il ne s'agit pas de réaliser une évaluation mais d'avoir des retours des professionnels. Nous souhaitons

également voir si la réglementation en vigueur concernant la protection des données personnelles de santé est adaptée et, le cas échéant, quels sont les aspects qui ne correspondent pas, dans les faits, à des nécessités pratiques... Cette mission aboutira à la publication d'un rapport contributif à l'insertion du numérique dans les territoires, avec notamment des recommandations destinées à la puissance publique.

## Quels sont vos premiers constats ?

Nous avons pu constater que beaucoup de professionnels de santé n'ont pas encore intégré les bouleversements majeurs que le numérique va apporter. Le nombre de professionnels de santé impliqués dans les TSN reste trop faible. Or il est très difficile de définir des usages innovants avec seulement un petit nombre de médecins. Nous engageons donc les médecins à chercher eux-mêmes les objets, les outils, les applications, qui pourraient être utiles dans leur exercice. C'est le seul moyen d'éviter une ubérisation de la santé.



## 4<sup>E</sup> JOURNÉE EUROPÉENNE DE L'ORDRE DES MÉDECINS ESPAGNOL

Le 4 juillet, l'Ordre des médecins espagnol a organisé avec le Consejo General de Colegios de Médicos (CGCOM) la 4<sup>e</sup> édition de ses journées européennes. Étaient notamment présents les présidents de l'Ordre des médecins du Portugal, du Royaume-Uni, d'Italie, et le D<sup>r</sup> Patrick Bouet, président du Conseil national de l'Ordre des médecins français. Cette rencontre avait pour objectif d'analyser, avec le concours d'experts internationaux, la situation de l'accès aux médicaments ainsi que l'avenir de la profession médicale dans l'Union européenne. Le D<sup>r</sup> Patrick Bouet y a présenté les propositions du Cnom sur l'avenir de la santé et de la profession, mises au point suite à la Grande Consultation organisée fin 2015 auprès de l'ensemble des médecins français.



## L'ORDRE MALGACHE ET LE CNOM JUMELÉS

Le 16 juin, l'Ordre des médecins malgache et le Conseil national de l'Ordre des médecins de France ont signé une convention de jumelage afin de développer une coopération dans les domaines médical, éthique, déontologique, pédagogique et logistique. L'objectif : améliorer leur activité respective et contribuer au développement sanitaire de leur pays.



## UNE CONSULTATION PUBLIQUE AVANT DE RÉVISER LA DÉCLARATION D'HELSINKI

L'Association médicale mondiale a entamé une nouvelle révision de la déclaration d'Helsinki, qui énonce un certain nombre de principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains. L'objectif : adapter ce texte aux problématiques et réalités d'aujourd'hui. Un groupe de travail de l'AMM a organisé de longs débats et trois conférences d'experts avec pour objectif d'établir une mouture de la révision. Mais avant de proposer le texte définitif au vote lors de son assemblée générale qui aura lieu en octobre à Chicago, elle a décidé de soumettre les projets d'évolution lors d'une consultation publique menée sur son site Internet entre avril et juin. Le public et les 102 associations médicales nationales membres de l'AMM ont ainsi été invités à participer. Les changements proposés par l'AMM ont pour effet de mieux protéger les groupes vulnérables et tous les participants en incluant la question de l'indemnisation, des obligations plus précises et plus ciblées pour les dispositions post-étude et une approche plus systématique de l'utilisation des placebos. Cette révision vise aussi à assurer une meilleure lecture du texte en le réorganisant et le restructurant.

+ d'infos  
www.wma.net

# entretiens croisés

Texte : Sarah Berrier | Photos : DR

## Perturbateurs endocriniens : à la veille d'une crise sanitaire majeure ?

Si les premiers effets délétères de perturbation endocrinienne sur les animaux ont été observés dès la fin des années 1940 aux États-Unis, la notion de « perturbateur endocrinien » n'est officiellement née qu'en 1991.

**Aujourd'hui, ils sont la source de vives inquiétudes en termes de santé publique. Explications...**

**Nous sommes en 1991. Pas moins de 21 scientifiques d'une quinzaine de disciplines se réunissent pendant trois jours à Wingspread, aux États-Unis, autour d'un sujet émergent : les effets des substances chimiques sur le système hormonal.**

L'appel que lanceront les participants à l'issue de cette conférence utilise pour la première fois le terme de « perturbateur endocrinien ». Onze ans plus tard, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit le perturbateur endocrinien comme « *une substance ou un mélange de substances, qui altère les fonctions du système endocrinien et de ce fait induit des effets néfastes dans un organisme intact, chez sa progéniture ou au sein de (sous-)populations.* »

Aujourd'hui, plus d'un millier de substances correspondent à cette définition. On trouve notamment :

- des insecticides, pesticides, fongicides... conçus pour affecter le système hormonal et le système nerveux des animaux considérés comme nuisibles;
- de nombreux plastifiants, notamment les bisphénols A, S ou F et les phtalates, que l'on retrouve dans de nombreux produits de consommation courante (contenants alimentaires, films plastiques, emballages, jouets...);

- des produits perfluorés utilisés notamment comme antiadhésifs et antitaches;
- les retardateurs de flamme polybromés incorporés autrefois à tous types de produits manufacturés dont beaucoup sont encore en usage (ordinateurs, mousse de canapés, revêtements de sol, textiles...);
- les PCB (polychlorobiphényles) plus connus en France sous le nom de pyralène, utilisés pour leur stabilité thermique notamment comme isolant électrique.

### Problématique incontournable

De manière générale, les perturbateurs endocriniens sont capables d'activer ou de bloquer les récepteurs hormonaux, avec des conséquences qui peuvent être délétères (cancers hormono-dépendants, troubles du métabolisme, de la reproduction et du comportement). Convaincu du caractère incontournable de cette problématique aujourd'hui dans l'exercice de la médecine, le Dr Jean-Marcel Mourgues, président de la section Santé publique du Cnom a fait appel à trois experts pour exposer plus en détail les enjeux liés à ce sujet.

### + d'infos

**Les Perturbateurs endocriniens. Ces produits qui en veulent à nos hormones**, Olivier Kah, Éditions Apogée.

# 80%

de notre exposition aux perturbateurs endocriniens est liée à l'alimentation, ce qui explique l'ampleur de la contamination. On retrouve du bisphénol dans les urines de 70 % des femmes enceintes, et des phtalates chez 99,6 % d'entre elles.

Source : Santé publique France



**André Cicolella,**  
chimiste toxicologue,  
ancien conseiller  
scientifique à l'Ineris et  
président du Réseau  
environnement santé



**Dr Olivier Kah,**  
neurobiologiste et  
physiologiste, directeur  
de recherche émérite  
au CNRS



**Dr Célia Ravel,**  
chef de service  
de biologie de la  
reproduction - Cecos  
du CHU Rennes



**Dr Jean-Marcel  
Mourgues,** président  
de la section Santé  
publique au Conseil  
national de l'Ordre  
des médecins (Cnom)

### Dr Olivier Kah

En réalité ce n'est pas une problématique si récente. Dans les années 1950, il y a eu des débats très violents à propos du DDT, un insecticide dont les effets sur la faune sauvage ont été dénoncés par Rachel Carson dans son célèbre livre, *Le Printemps silencieux*.

La nouveauté, c'est qu'il y a de plus en plus de substances qui entrent dans la catégorie des perturbateurs endocriniens, mais aussi que leurs mécanismes d'action apparaissent de plus en plus complexes. Et il y a eu des accidents historiques avec par exemple le distillbène.

On a donné des hormones à des femmes enceintes sans tester leur effet sur les embryons... Les conséquences ont été importantes et ce sur trois générations d'enfants.

### André Cicolella

En fait, nous sommes aujourd'hui confrontés à une épidémie mondiale de maladies chroniques, notamment de cancers hormono-dépendants. Ils touchent une femme sur 8 pour le cancer du sein et un homme sur 7 pour le cancer de la prostate. La progression de ces maladies mais aussi du diabète est vertigineuse! Les perturbateurs endocriniens constituent un des éléments de compréhension de ces épidémies. Nous ne pouvons pas rester sans rien faire et considérer ce phénomène comme normal. Lorsque nous avons lancé l'alerte sur les biberons au bisphénol A (BPA), nous avons obtenu rapidement leur interdiction en France puis en Europe. Il est donc possible d'agir notamment en diffusant les informations scientifiques validées. C'est ce que nous faisons par le biais du Réseau Environnement Santé (RES).

## Pourquoi les perturbateurs endocriniens font débat aujourd'hui ?

### Dr Célia Ravel

En effet, ce phénomène est très compliqué à analyser chez l'humain parce que nous sommes forcément entourés de nombreux produits qui ont potentiellement un rôle de perturbateur endocrinien. Il y en a partout... Nous pouvons ainsi être exposés à des centaines de molécules. Donc non seulement il va être difficile d'isoler les effets d'une molécule en particulier, mais en plus il peut y avoir un effet cocktail lié à l'action combinée des molécules. Les substances n'auront, dans ce contexte, pas nécessairement les mêmes effets.

### Dr Jean-Marcel Mourgues

L'actualité, notamment les discussions à l'échelle européenne, a également mis cette problématique sur le devant de la scène. L'UE a du mal à arrêter une définition parce que deux visions s'affrontent. Une vision de précaution qui préconise de pouvoir interdire toutes les substances qui provoquent des désordres dans le règne animal en considérant qu'il y a une continuité avec le règne humain. Et une vision minimaliste, sur laquelle s'appuient nombre d'industriels, qui consiste à limiter le champ des perturbateurs endocriniens au seul règne humain et en s'appuyant sur le principe de la preuve. Mais en réalité, il est extrêmement difficile d'identifier la responsabilité, la causalité ou l'imputabilité d'une substance en particulier...



**André Cicoella**

Si le bisphénol A (BPA) est interdit aujourd'hui en France dans les biberons et dans les contenants alimentaires, l'application de la loi est loin d'être certaine (60 % selon une enquête de la DGCCRF). Or, c'est un polymère et donc, par principe, il se dépolymérise régulièrement, contaminant ainsi les aliments en contact. L'usage très large du BPA a engendré une contamination assez générale de la population : 70 % des personnes présentent du BPA dans leurs fluides biologiques. Aujourd'hui, nous avons des données expérimentales sur les animaux qui impliquent le BPA dans la survenue de cancers, d'obésité, de diabète, de troubles du comportement et de troubles de la reproduction. Ces données commencent à être mises en évidence chez l'humain (troubles du comportement, maladies métaboliques). L'enjeu sanitaire est considérable...

**André Cicoella**

« L'usage très large du BPA a engendré une contamination assez générale de la population. »

## Quels sont les risques pour la santé ?

**D<sup>r</sup> Olivier Kah**

On sait que les organismes en développement (fœtus, jeunes enfants, adolescents) sont susceptibles aux perturbateurs endocriniens qui peuvent avoir des effets sur le neurodéveloppement. Aux États-Unis, un enfant sur 65 naît avec un trouble du spectre autistique. Des études épidémiologiques ont mis en évidence un lien entre les PBDE<sup>1</sup>, des retardateurs de flamme bromés, et des déficits cognitifs. De plus, les enfants naissent prépollués en raison du transfert de la charge toxique des femmes enceintes à leur bébé durant la grossesse. Souvent, les troubles apparaissent longtemps après l'exposition voire, comme dans l'exemple du Distilbène, dans la génération suivante. Enfin, les perturbateurs endocriniens peuvent modifier à long terme la manière dont nos gènes vont s'exprimer, touchant au fonctionnement des organismes.

1. Polybromodiphényléthers.

**D<sup>r</sup> Jean-Marcel Mourgues**

« Les actions menées aujourd'hui préparent la prévalence des maladies de demain. »

**P<sup>r</sup> Célia Ravel**

Spécialisée dans la reproduction, je m'intéresse à l'action des perturbateurs endocriniens via leur impact sur la fertilité. En effet, certains vont soit mimer l'action des œstrogènes et des androgènes, soit au contraire l'inhiber. Concrètement les conséquences se traduisent de différentes manières. Les travaux du P<sup>r</sup> Jouannet du Cecos de Cochin ont mis en évidence une baisse très significative en vingt ans de la qualité spermatique des donneurs de sperme. Chez les femmes, nous observons une augmentation du nombre de patientes présentant une insuffisance ovarienne précoce. Nous constatons également une augmentation des cas de syndrome des ovaires polykystiques c'est-à-dire des patientes qui présentent une hyperandrogénie. Et nous voyons aussi croître de façon inquiétante le nombre de cas d'endométriose : cela concerne une patiente sur trois qui consulte pour infertilité. Toutes ces pathologies liées à un dérèglement hormonal sont en train d'exploser. Et on ne peut ignorer le faisceau de présomptions qui mènent aux perturbateurs endocriniens...

**D<sup>r</sup> Jean-Marcel Mourgues**

Cet effet transgénérationnel est très inquiétant. Il signifie que le risque sanitaire ne concerne pas seulement la personne exposée mais aussi sa descendance sur plusieurs générations. Il ne faut donc pas perdre de vue que les actions menées dès aujourd'hui préparent la prévalence des maladies de demain et d'après-demain. Au-delà des aspects médicaux, le coût sanitaire des perturbateurs endocriniens est évalué à 150 milliards d'euros par an en Europe. Et nous ne percevons que la partie émergée de l'iceberg.

**P<sup>r</sup> Célia Ravel**

Il y a des recommandations assez simples à transmettre en priorité aux femmes enceintes et aux jeunes enfants, qui sont les plus vulnérables face aux perturbateurs endocriniens : éviter les produits qui ont été en contact avec des pesticides, limiter sa consommation de poissons gras et de crustacés chargés en métaux lourds et en perturbateurs endocriniens, éviter les plastiques alimentaires (boîtes, film) et surtout ne pas les utiliser pour chauffer au micro-ondes, faire attention aux cosmétiques en évitant d'en mettre trop ou en privilégiant les produits bio, aérer régulièrement son logement, bannir les poêles qui possèdent un revêtement anti-adhésif... Après, il ne faut pas être trop anxigène, d'autant plus qu'il est impossible de bannir tous les perturbateurs endocriniens. Mais en changeant un peu quelques-unes de ses habitudes, on peut limiter les effets cocktail. Je pense que la limitation de ces substances va passer par une prise de conscience des consommateurs. D'où l'importance du rôle d'information des médecins...

**André Cicoella**

L'un des grands principes d'Hippocrate est de ne pas nuire. Or de nombreux dispositifs médicaux comme les poches souples, contiennent des phtalates... Cela a un impact important sur les prématurés et les dialysés. Par ailleurs, le Bisphénol augmente le risque d'échec de la fécondation *in vitro* et diminue l'efficacité thérapeutique de certains médicaments utilisés en chimiothérapie... Donc je pense que la HAS devrait se préoccuper de cette question et donner des directives en ce sens. Il me semble important que les professionnels de santé s'investissent sur cet enjeu, qu'ils ne le voient pas comme une curiosité un peu exotique mais comme un élément central dans leur vision des problèmes de santé et donc dans leur pratique.

**D<sup>r</sup> Olivier Kah**

« Former les médecins sur ce sujet leur permettrait d'informer et de rassurer leurs patients. »

**D<sup>r</sup> Olivier Kah**

La sensibilisation de la population, en particulier des futurs parents, est essentielle. Et les cabinets médicaux sont des lieux formidables pour faire passer des messages. Cependant, les médecins sont généralement peu informés sur ce sujet non enseigné au cours du cursus universitaire. Former les médecins sur cette problématique leur permettrait à la fois d'informer et de rassurer leurs patients qui pour beaucoup sont inquiets. Il faudrait notamment générer des documents pédagogiques simples qui pourraient être affichés ou distribués sous forme de dépliants. Certaines associations en proposent déjà... Le sujet est complexe mais un certain nombre de recommandations simples permettrait de limiter l'exposition des populations, en particulier des enfants.

**Quel est le rôle des médecins ?****D<sup>r</sup> Jean-Marcel Mourgues**

Nous sommes face à un problème de santé publique préoccupant et qui sera majeur si nous l'ignorons. Il nous faut avoir une défense sans concession de la protection de la santé de nos concitoyens. Face à nos patients, nous devons adopter une attitude exigeante et la plus rigoureuse possible sans pour autant tomber dans l'instrumentalisation ou dans l'information obscurantiste. Mais cela passe effectivement par une bonne information voire formation des médecins à cette question. À l'échelle du Cnom, nous travaillons sur l'acquisition d'un socle de connaissances grâce notamment à l'audition d'experts. De ce fait, nous pourrions faire entendre une parole de santé publique éclairée.

**P<sup>r</sup> Célia Ravel**

« En changeant un peu ses habitudes, on peut limiter les effets cocktail. »



93%

**des médecins pensent  
qu'il est prioritaire  
de mettre en adéquation  
la formation initiale  
des médecins avec  
la réalité des exercices  
professionnels.**

Source : La Grande consultation du Cnom

# dossier

Textes : Émilie Tran-Phong, Éric Allermoz | Photos : iStock, DR

## Diversification des terrains de stage : pour une formation tout terrain

**Aujourd'hui, les jeunes médecins sont encore trop peu nombreux à avoir fait un stage professionnalisant dans le libéral.** Ils découvrent souvent ce mode d'exercice et ses particularités quand ils décident de s'installer. Certaines universités ont décidé d'y remédier, au bénéfice de leurs diplômés mais aussi des territoires.

**Lourdeur administrative, isolement, horaires à rallonge, difficulté à allier vie professionnelle et vie personnelle, absence de congés... Autant de freins à l'installation des jeunes médecins.**

Pourtant, « certains territoires ont fait en sorte d'améliorer les conditions d'exercice de leurs professionnels libéraux. Ils ont développé de nouvelles formes d'organisation, comme les maisons de santé pluridisciplinaires [MSP] ou la télé-médecine. Le problème, c'est que les étudiants ne connaissent pas réellement ces modalités, regrette le D<sup>r</sup> François Arnault, délégué général aux relations internes du Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom). Nous militons donc pour que les facultés de médecine proposent à leurs internes des stages professionnalisant en ambulatoire, afin de leur faire expérimenter l'exercice libéral, et de leur donner envie. »

### Point de vue de l'Ordre

**D<sup>r</sup> François Arnault**, délégué général aux relations internes du Cnom, auteur du rapport *Améliorer l'offre de soins : Initiatives réussies dans les territoires* (décembre 2016)



### « Les aides financières ne suffisent pas à attirer les jeunes »

« On n'a jamais formé autant de médecins en France. Pourtant, il y a toujours des déserts médicaux. Les aides financières à l'installation ne suffisent pas à attirer les jeunes diplômés dans les zones blanches. Nous avons donc décidé d'enquêter auprès des territoires pour voir si certains avaient trouvé des solutions. Recenser leurs initiatives nous a permis d'identifier trois leviers pour améliorer

localement la démographie médicale : développer de nouvelles formes d'exercice professionnel (comme les maisons de santé pluridisciplinaires ou la télé-médecine), réorganiser le système de santé en partant des besoins des territoires et de leurs acteurs, mais aussi développer des terrains de stage professionnalisant en ambulatoire. L'organisation des conditions d'exercice

libéral a évolué. En de nombreux endroits, il s'est amélioré, mais les jeunes ne le savent pas. Si nous n'amenons pas les internes, quelle que soit leur spécialité, à venir voir ce qu'est la médecine de ville ou de campagne, ils ne s'installent pas. Ils vont naturellement vers ce qu'ils connaissent. D'ailleurs, les nouveaux médecins qui s'implantent dans des zones blanches le disent : c'est parce qu'ils y ont fait leur stage qu'ils ont choisi de s'installer. »

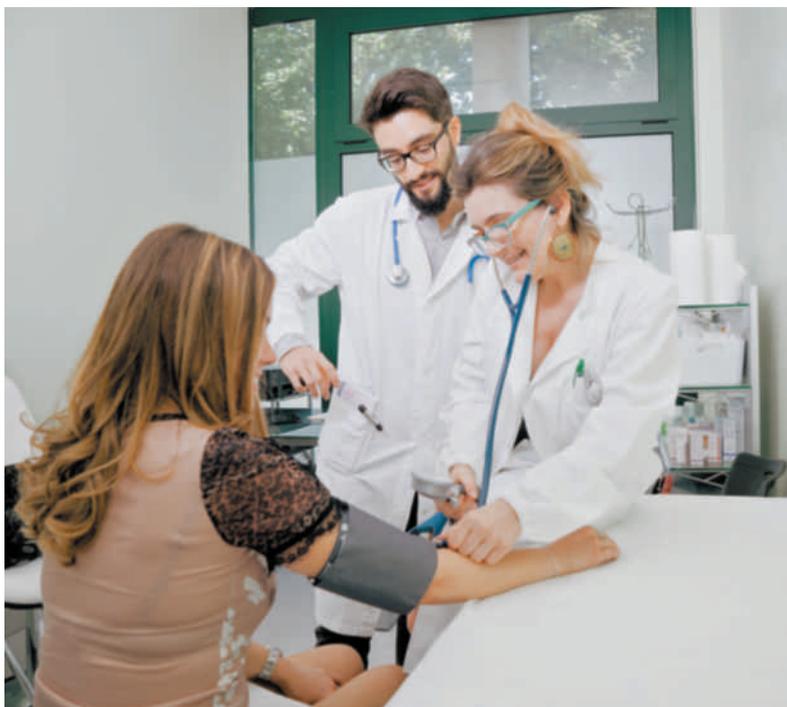
### ➤ Plus qu'une initiation

Lutter contre la désertification en faisant découvrir l'exercice libéral, l'idée n'est pas totalement nouvelle : depuis 1997, les étudiants en 2<sup>e</sup> cycle doivent avoir la possibilité d'effectuer un stage d'initiation de trois mois auprès d'un généraliste. Cela contribue à démystifier le travail en libéral et à orienter une partie des externes vers la médecine générale. Mais cela n'aide pas à se faire une idée précise du quotidien d'un pédiatre, d'un gynécologue, d'un dermatologue ou d'un ORL. En outre, cela n'est pas aussi formateur, sur le plan médical et technique, qu'un stage professionnalisant de six mois dans un cabinet, en pleine responsabilité et avec sa propre file de patients. C'est justement l'objet de l'une des propositions de réforme qu'a faites l'Ordre dans son Livre blanc *Pour l'avenir de la santé* et ce qu'a introduit la réforme du 3<sup>e</sup> cycle (voir le « Décryptage » p. 24-25) qui rend obligatoire le stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (Saspas). Aujourd'hui, celui-ci est facultatif. À partir de 2020, toutes les facultés devront l'intégrer dans les maquettes de leurs spécialités. Proposé aux étudiants de dernière année, ce stage extrahospitalier, qui peut avoir lieu dans un cabinet ou une clinique privée, leur permettra d'appréhender un autre mode d'exercice que celui du CHU, au moment où ils doivent choisir vers quel type de pratique ils souhaitent se tourner.

Certaines facultés de médecine n'ont pas attendu la réforme pour proposer ces stages. Depuis la loi Hôpital, patients, santé et territoires de 2009, qui autorise les cliniques privées à accueillir des stagiaires, la faculté de Montpellier, par exemple, a convaincu une trentaine de plateformes tech-

**« Les jeunes vont naturellement vers ce qu'ils connaissent. »**

D<sup>r</sup> François Arnault



#### TÉMOIGNAGE

D<sup>r</sup> Denis Rolland, rhumatologue à l'Institut de soins ostéo-articulaires du Cher (Isca I8) et maître de stage

### « Cela contribue à améliorer les coopérations ville-hôpital »

« Entre 2013 et aujourd'hui, nous sommes passés de 8 à 4 rhumatologues dans le Cher. La situation devient difficile : avec mes deux associés, nous effectuons plus de 12 000 consultations par an et nous avons 400 demandes de rendez-vous en attente. Quand nous avons proposé à l'ARS de convertir notre cabinet en maison de santé pluridisciplinaire en 2013, nous pensions que notre plateau technique de pointe et la présence de paramédicaux aideraient à attirer de nouveaux médecins. Mais cela n'a pas suffi. Nous avons donc décidé, en 2015, d'accueillir des internes. La stratégie fonctionne presque : notre dernier stagiaire va s'installer en libéral... mais dans un autre désert médical. L'expérience reste néanmoins positive. Si nous leur apprenons beaucoup, les internes nous aident, en échangeant sur les différences de protocoles entre le CHU et le cabinet, à améliorer notre façon de collaborer avec l'hôpital. En outre, un médecin hospitalier qui aura testé l'ambulatoire pendant ses études sera plus à l'aise dans ses échanges avec nous. »

niques de participer à la formation de ses chirurgiens et médecins urgentistes. Celle de Tours a réussi à s'entendre avec plusieurs collègues d'enseignement et à mobiliser les spécialistes libéraux de son territoire. Résultat : depuis trois ou quatre ans, ses futurs pédiatres, pneumologues, psychiatres, radiothérapeutes, urologues et rhumatologues ont la possibilité de faire

des stages dans le privé. Avantage pour eux : non seulement ils peuvent se faire une idée plus précise de la réalité du terrain, mais ils ont également accès à une formation inédite, complémentaire de celle qu'ils ont pu avoir au CHU. « Dans les consultations hyperspécialisées des services hospitaliers, les internes sont confrontés à des pathologies compliquées, graves

**« Au bout d'un mois de stage en ambulatoire, j'ai appris plus de choses qu'en six mois à l'hôpital ! »**

**Elsa Cattelain**

*parfois. Mais il n'y a qu'en ambulatoire qu'ils peuvent rencontrer des maladies plus fréquentes, comme l'arthrose ou l'eczéma, ou encore repérer les premiers signes d'une maladie plus sévère qui conduira peut-être à l'hospitalisation »,* précise le D<sup>r</sup> Arnault.

**Presque en première ligne**

Elsa Cattelain, qui termine ses études en rhumatologie, peut en

témoigner : l'an dernier, elle a fait l'un de ses trois stages d'internat à l'Institut de santé ostéo-articulaire du Cher (Isoa 18). « *Au CHU, nous sommes presque toujours en 3<sup>e</sup> ligne de la prise en charge des patients, le diagnostic ayant souvent déjà été établi par un rhumatologue libéral. Là, je me suis retrouvée en 2<sup>e</sup> ligne, juste après le médecin généraliste, s'enthousiasme-t-elle. J'ai donc pu faire de nombreux diagnostics. J'ai aussi pu tester des actes que je ne connaissais pas, comme la rhumatologie interventionnelle ou les infiltrations des tendinites de Quervain, et avoir une vision plus globale du parcours de soins et de l'organisation du système de santé. »*

Diagnostic, traitement, surveillance, éventuellement hospitalisation et suivi ambulatoire... parce que les consultations en cabinet permettent

de suivre chacune de ces étapes, l'étudiant apprend à tisser une relation de confiance avec ses patients et voit comment s'installe le colloque singulier.

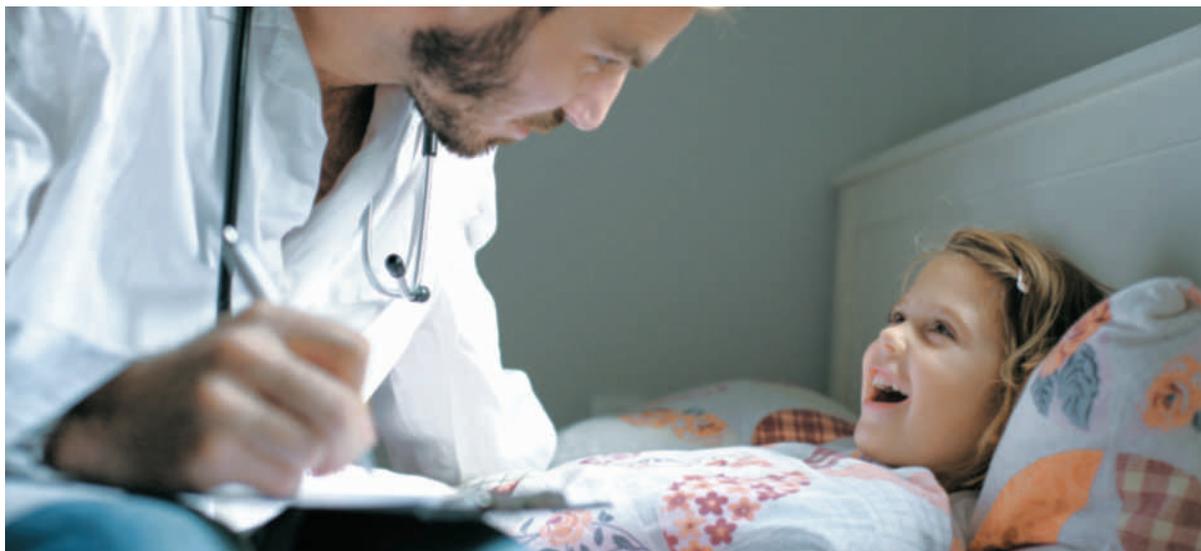
À ceux qui s'inquiètent de la qualité de la maîtrise de stage hors du milieu hospitalo-universitaire, Elsa Cattelain répond que « *les trois médecins du cabinet étaient très impliqués et pédagogiques. Ils se relayaient pour m'accompagner. Après chaque consultation, l'un d'eux prenait connaissance du dossier, réexaminait le patient si nécessaire, discutait avec moi du diagnostic et de la stratégie thérapeutique que j'avais choisie. »*

**Un enrichissement mutuel**

Avoir un interne, cela prend du temps au médecin, qui souffre déjà d'en avoir si peu. « *Certes, à* »



## REPORTAGE



# À Lyon, des pédiatres forment la relève

**La réforme du 3<sup>e</sup> cycle des études de médecine invite à développer les stages en cabinet de ville pour les futurs pédiatres, gynécologues ou encore dermatologues. Reportage à Lyon, chez un pédiatre convaincu depuis longtemps par les atouts de cette formation en immersion.**

Dans son « Projet de réforme pour la santé » publié en janvier dernier, le Cnom a insisté sur la nécessité de diversifier les terrains de stage ambulatoires des internes de spécialités. Une préconisation partagée par les P<sup>s</sup> Couraud et Pruvot\*, auteurs du rapport sur la réforme du 3<sup>e</sup> cycle des études médicales (en vigueur en novembre 2017). Ils appellent en effet à accroître les stages hors du seul cadre hospitalier pour les spécialités particulièrement concernées par l'exercice libéral. Dans leur viseur, la pédiatrie, la gynécologie, l'ophtalmologie ou encore la dermatologie. À Lyon, le D<sup>r</sup> Jean Stagnara montre l'exemple depuis cinq ans. Il accueille dans son cabinet deux fois par an des internes en pédiatrie. « Les étudiants de spécialités hors médecine générale ne vont jamais en cabinet de ville. Mais c'est important qu'ils connaissent les différents modes d'exercice de la profession. Tout ne s'apprend pas uniquement à l'hôpital », explique le pédiatre, installé depuis 1981.

## Une pratique différente

Même écho chez Claire-Emmanuelle Mauger-Vauglin, interne en pédiatrie au CHU de Lyon, en stage auprès du D<sup>r</sup> Stagnara et deux consœurs depuis mai dernier. Après quatre semaines d'observation, la jeune médecin

est à présent autonome face à certains patients. « La pédiatrie libérale est différente de celle de l'hôpital. C'est une pratique plus humaine, moins technique. On se concentre davantage sur le suivi de l'enfant, le dépistage précoce des maladies, l'éducation à la santé », témoigne l'interne de 27 ans, qui envisage à terme de s'installer en libéral. Ce stage lui permet aussi de se familiariser avec la gestion quotidienne d'un cabinet médical, ses avantages et ses contraintes, le mode d'exercice en libéral, et d'appréhender les structures du secteur, le lien ville-hôpital, etc.

## Manque de formateurs

Pourtant, des freins subsistent à la généralisation des stages ambulatoires en médecine spécialisée. Entre les coupes budgétaires et les réductions d'effectifs, les hôpitaux sont peu enclins à « détacher » pour six mois leurs internes en médecine de ville. « Une autre difficulté réside dans le manque de maîtres de stage, constate le Dr Jean Stagnara. À Lyon, nous ne sommes que six. Devenir maître de stage exige un véritable engagement en termes de formation et de démarches administratives, pour une rémunération insuffisante... » Le pédiatre se montre malgré tout optimiste. « Ces stages répondent à une vraie demande des internes. L'enjeu est de former la relève à l'heure où la profession peine à recruter de nouveaux pédiatres libéraux. Par ailleurs, ce compagnonnage est très enrichissant dans ma propre pratique. »

\* François Couraud est conseiller scientifique auprès de la Direction générale pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle (DGESIP). François-René Pruvot est coordonnateur de la Commission nationale de l'internat et du post-internat (CNIP).

.....> la fin d'un stage Saspas, l'étudiant doit devenir autonome et être capable de prendre seuls des consultations, ce qui nous soulage d'une vingtaine de rendez-vous par semaine. Mais pendant les premières semaines, voire les premiers mois, il faut suivre chacune de ses consultations et l'accompagner vers l'autonomie », souligne le D<sup>r</sup> Denis Rolland, rhumatologue à l'Isoa 18.

Alors pourquoi se lancer ? Pas pour la rémunération, qui est assez modeste (600 euros par mois pour l'accueil d'un Saspas). Mais parce que c'est un devoir inscrit dans le code de déontologie médicale (voir l'article 68-1 sur le compagnonnage) et que, pour augmenter ses chances de trouver des remplaçants, voire un successeur, mieux vaut contribuer à attirer de jeunes confrères dans sa région. La maîtrise de stage est également valorisante auprès de la patientèle, car elle montre la capacité du médecin à enseigner. Enfin, c'est également une expérience enrichissante : transmettre et enseigner son métier, partager ses savoirs, ses expériences, échanger avec les jeunes qui ont un regard différent sur la médecine et sur son exercice, travailler en continu avec le milieu universitaire sont autant de chances de progresser tout en faisant progresser.

### Le soutien des territoires

Une fois les professionnels convaincus par l'intérêt de devenir maîtres de stage, restent quelques freins à lever. La rémunération du médecin libéral, par exemple, ou encore le déplacement et l'hébergement de l'étudiant. De plus en plus de collectivités et d'Agences régionales de santé (ARS), conscientes du problème démographique sur leur territoire, contribuent à financer ces postes aujourd'hui.

La difficulté la plus complexe à vaincre demeure la réticence des collègues d'enseignements de certaines spécialités, sans l'accord desquels les facultés ne peuvent



### TÉMOIGNAGE

**Elsa Cattelain**, étudiante en rhumatologie, qui a effectué un stage de six mois à l'Isoa 18 lors de son 6<sup>e</sup> semestre d'internat

### « 1 050 consultations en six mois, avec des pathologies très variées »

« Au départ, j'étais réticente à l'idée de faire un stage dans un cabinet libéral. Est-ce que je n'allais pas m'ennuyer à ne traiter que des pathologies mécaniques ? Est-ce que je n'allais pas me sentir isolée ? C'est une étudiante qui avait déjà fait ce stage qui m'a convaincue. Et, en effet, cela a bouleversé ma façon de voir les choses. J'ai d'abord été étonnée par la qualité du matériel dont disposait le cabinet. J'ai aussi pu constater que j'étais loin de travailler seule : il y avait trois médecins, quatre kinés, trois infirmières, deux manipulateurs radio, trois secrétaires et, chaque mois, une réunion de concertation pluridisciplinaire avec les radiologues et orthopédistes de la clinique voisine. En un semestre, j'ai rencontré plus de pathologies qu'à l'hôpital et elles étaient très variées : arthrose, lombalgie, tendinite, mais aussi pathologies inflammatoires, urgences rhumatologiques.... Cette expérience m'a convaincue : même si je vais d'abord exercer deux ans en tant que chef de clinique, je compte m'installer à terme. »



ouvrir de stages en ambulatoire. Composés principalement d'enseignants hospitalo-universitaires, ces collègues estiment que le lieu de

la formation ne peut pas être autre qu'un CHU. Mais les mentalités sont en train d'évoluer. La force de persuasion de l'Ordre et de ses

.....> instances régionales n'y est pas étrangère. Et surtout, les formations doivent s'adapter à une autre évolution du système de santé : le virage ambulatoire.

### Accompagner le virage ambulatoire

« Nous sommes en sous-effectif dans la région. La situation devient d'autant plus tendue que notre profession prend un virage ambulatoire et que la population, vieillissante, a de plus en plus besoin de soins rhumato-

logiques, raconte ainsi le D<sup>r</sup> Rolland. Notre profession doit se réorganiser. C'est important que la formation intègre cela, et forme davantage de rhumatologues de ville, sans quoi nous n'arriverons pas à prendre en charge correctement les patients. »

De même, la formation doit s'adapter au développement incontournable des coopérations ville-hôpital. Parce qu'ils auront vécu les deux modes d'exercice, les médecins ayant effectué un stage en Saspas seront plus à même de décloisonner leurs pra-

tiques, de travailler en staffs communs, en visioconférences ou en télémedecine, ou encore de partager des protocoles. Même s'il est encore trop tôt pour faire un bilan des premières expérimentations de stages professionnalisants en ambulatoire, les arguments ne manquent pas pour soutenir leur développement.

### Point de vue extérieur

Pr Patrice Diot, doyen de la faculté de médecine de Tours



## « La formation ne peut plus, aujourd'hui, rester hospitalo-centrée »

### Vous faites partie des premières facultés de médecine à avoir ouvert des stages en ambulatoire pour les étudiants de 3<sup>e</sup> cycle. Cela concerne quelles disciplines ?

À ce jour, sept : la pédiatrie, la pneumologie, la psychiatrie, la radiothérapie, la rhumatologie, l'urologie et, bientôt, la dermatologie. Afin d'anticiper la réforme du 3<sup>e</sup> cycle, qui interviendra sous peu, nous essayons de convaincre d'autres collèges d'enseignement de l'intérêt de ces stages, mais cela demande de débloquer un certain nombre de freins, culturels notamment. Aujourd'hui, la formation est trop hospitalo-centrée, et certaines spécialités ont du mal à l'imaginer autrement.

### En quoi est-ce important de développer des stages dans le privé, que ce soit en médecine de ville ou dans des cliniques ?

Nous sommes là pour préparer des étudiants aux différents modes d'exercice de la médecine, et pas seulement à la pratique hospitalière. Pour que des jeunes médecins s'installent en libéral, il faut leur donner envie, donc leur faire expérimenter la médecine de ville. Par ailleurs, notre système de santé est engagé dans un virage ambulatoire, les facultés doivent intégrer cette dimension.

### Comment vous assurez-vous que ces stages sont formateurs pour l'étudiant ?

Nous avons beaucoup communiqué auprès des spécialistes libéraux pour les inciter à devenir maîtres de stage. Lorsqu'ils sont intéressés, ils doivent présenter

devant une commission d'agrément un dossier complet, qui montre qu'ils ont les moyens d'offrir un enseignement de qualité (nombre de consultations suffisant, mise à disposition d'un bureau pour l'interne, etc.) et qu'ils ont un projet pédagogique pertinent. L'agrément leur est donné au départ pour un an, renouvelable ensuite.

La faculté leur demande par ailleurs de suivre une formation à la maîtrise de stage universitaire (MSU) que nous avons élaborée sous l'égide de l'Union régionale des professionnels de santé (URPS), en lien étroit avec les coordonnateurs d'enseignement à la faculté. Aujourd'hui, c'est la même pour tous, mais nous sommes en train de la faire évoluer, afin que les stages soient encore plus pertinents, quelle que soit la spécialité.

### Avoir un interne au cabinet, cela soulage-t-il le médecin d'une partie de ses consultations ?

Contrairement à ce que certains peuvent croire, encadrer un interne, même de 4<sup>e</sup> année, ce n'est pas bénéficier gratuitement d'un complément d'offre de soins. C'est une charge de travail supplémentaire. Pendant les premiers mois, il faut suivre chacune de ses consultations. Ce n'est qu'à la fin du stage que l'interne développe une forme d'autonomie. Cela peut rebuter. Mais, pour faire face aux enjeux de démographie actuels, il faut que chacun se retrouve les manches, et notamment les médecins libéraux. Ils en seront les premiers bénéficiaires.

**vos informations pratiques**



# le guide juridique

## **24-27. décryptage**

- Réforme du 3<sup>e</sup> cycle : les 6 points à retenir
- Activité libérale à l'hôpital : un nouveau cadre

## **28. vos questions / nos réponses**

- Que faire face à une femme victime de violence ?

## **29-30. pratique**

- Le praticien territorial médical de remplacement
- Produits de substitution aux opiacés : des pratiques de prescription plus encadrées



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

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

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

## Réforme du 3<sup>e</sup> cycle

# Les 6 points à retenir

### Les arrêtés du 12 et du 21 avril 2017 fixent les nouvelles modalités de l'organisation et des contenus du 3<sup>e</sup> cycle des études de médecine.

Cette réforme profonde est issue d'une concertation à laquelle l'Ordre des médecins a été pleinement associé. Explication des principales évolutions.

#### Les principales raisons de la réforme sont :

- Les besoins de santé et l'évolution de la médecine;
- La modernisation du système de formation;
- La simplification du dispositif avec la disparition des DESC II.

#### 1/ Une organisation par filière

Le diplôme d'études spécialisées constitue désormais le diplôme nécessaire et suffisant à l'exercice d'une spécialité traduisant la filiarisation des DES. Les 44 spécialités sont à présent organisées par filière. Toutes les maquettes ont été entièrement réécrites, enrichies et réorganisées de façon à répondre aux nouvelles exigences du parcours en trois phases. À noter la création des cinq nouvelles spécialités qualifiantes : allergologie, maladies infectieuses et tropicales, médecine légale et expertises médicales, médecine d'urgence et médecine vasculaire. Par ailleurs, trois spécialités disparaissent : la chirurgie face et cou, la chirurgie générale et la stomatologie.

L'étudiant, quelle que soit sa spécialité, aura la possibilité de suivre une option ou une formation spécialisée transversale (FST). Une option permet l'acquisition des compétences particulières au sein de la spécialité suivie et ouvre droit à un exercice complémentaire de cette sur spécialité. Une FST est quant à elle une option commune à plusieurs spécialités et ouvre droit à un exercice complémentaire d'une sur-spécialité.

#### 2/ Une formation progressive, adaptée et individualisée

L'institution de trois phases permet d'emmener progressivement l'étudiant à une mise en responsabilité à la fin du DES. Il est à noter également une précocité et une densification de la formation dès la phase 1.

C'est donc la délivrance du DES qui garantit l'acquisition des compétences et permet l'exercice de la spécialité.

La formation est désormais organisée en trois phases (excepté pour la médecine générale, voir schémas ci-contre). La phase 1 dite « socle » vise à inculquer à l'étudiant, en un an, la culture et les bases de la spécialité. La phase 2, « d'approfondissement », dure 2 ou 3 ans durant lesquels le futur médecin étudie l'ensemble des champs de la spécialité. La phase 3, « de consolidation », a pour objectif de perfectionner les connaissances et compétences acquises par l'étudiant lors des phases précédentes. Ce parcours vise à favoriser l'autonomisation de l'étudiant afin de le préparer progressivement à la réalité de son futur exercice.

Les connaissances et compétences de l'étudiant sont évaluées de manière individuelle à l'issue de chacune des trois phases du parcours. Ces évaluations formelles s'appuient sur le contrat de formation et le portfolio de l'étudiant. Elles n'excluent pas d'autres évaluations au cours de chaque phase. La réforme prévoit ainsi un contrat de formation qui détermine les connaissances et compétences que l'étudiant

doit acquérir. Ce contrat est évolutif et individualisé dans la mesure où il intègre les souhaits d'option ou de formation spécialisée transversale (FST). Ce contrat bénéficiera d'une actualisation régulière. Par ailleurs, un portfolio regroupera le parcours de formation de l'étudiant ainsi que des éléments d'évaluation (notamment des stages).

#### 3/ Une collégialité renforcée

Dans chaque subdivision (qui correspond à la zone d'influence d'un CHU) est instituée une commission locale de coordination de spécialité. Présidée par le coordonnateur local de la spécialité, elle est constituée de deux autres personnels enseignants titulaires dont un d'une autre spécialité, d'un représentant de l'Ordre dans la spécialité (uniquement pour le suivi des étudiants en phase 3) et de deux représentants des étudiants dont au moins un inscrit dans la spécialité. Cette commission est chargée du suivi pédagogique de l'étudiant : contrat de formation, évaluation, validation des phases, droit au remord. Elle peut aussi imposer une réorientation de l'étudiant vers un autre DES si elle estime qu'il n'est pas en mesure d'exercer la spécialité choisie.

#### 4/ Une déclinaison territoriale accrue

Trois autres commissions sont également créées à l'échelle des subdivisions, au sein desquelles siège un représentant du Crom avec voix consultative :

- **Les commissions d'évaluation des besoins de formation** s'assurent que le nombre de lieux de stage, de praticiens agréés maîtres de stage des universités (MSU) ainsi que la nature des lieux de stage sont en adéquation avec le nombre d'étudiants inscrits et au regard des maquettes de formation. Elles donnent également un avis au directeur général de l'ARS sur le nombre minimum de postes à ouvrir, chaque semestre, pour chacune des phases par spécialité pour les étudiants.

- **Les commissions d'agrément** donnent un avis au directeur général de l'ARS sur l'agrément des lieux de stage et des praticiens agréés MSU.

- **Les commissions de répartition** proposent au directeur général de l'ARS, la répartition des postes offerts au choix semestriel des étudiants de chaque spécialité et par phase, au sein des lieux de stage agréés et auprès des praticiens agréés MSU, en tenant compte de l'avis de la commission d'évaluation.

### 5/ Une meilleure professionnalisation

La réforme ouvre aussi la possibilité de diversifier l'offre de stage de façon à permettre à l'étudiant d'approcher tous les modes d'exercice et types de structure. Il s'agit notamment de développer des terrains de stage en dehors de l'hôpital pour les spécialités autres que la médecine générale. Une demande qu'avait formulée l'Ordre dans son livre blanc *Pour l'avenir de la Santé* en 2015.

### 6/ Une implication plus forte de l'Ordre

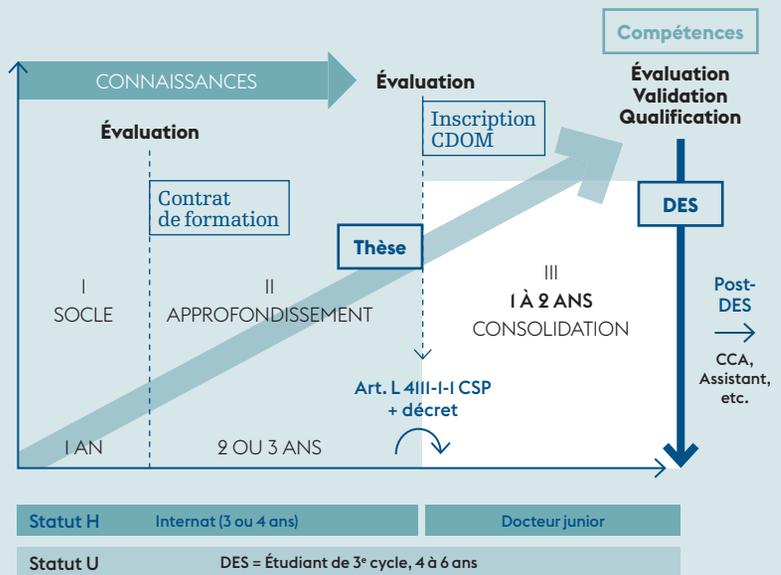
Outre le fait que l'Ordre représente la profession dans les différentes commissions, l'institution est également impliquée de façon plus forte dans le parcours des étudiants grâce à un nouveau dispositif : l'inscription conditionnelle sur une liste spéciale. L'étudiant devra ainsi s'inscrire à l'Ordre dès l'obtention de sa thèse sous condition de poursuivre son cursus à l'université. L'étudiant ne sera alors plus interne mais « docteur junior » avec un statut propre, à mi-chemin entre

l'interne et le médecin en exercice. Le « docteur junior » pourra obtenir son inscription pleine et entière après validation de son DES. L'Ordre est ainsi très impliqué dans le suivi de l'étudiant tout au long de son parcours : enregistrement en tant qu'interne,

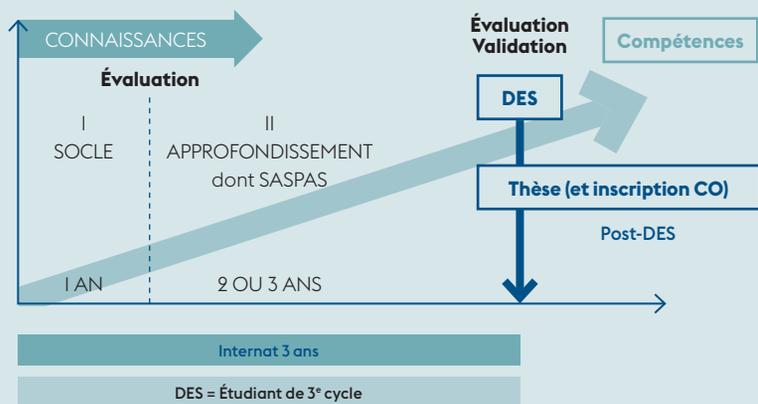
inscription sur liste spéciale en qualité de « docteur junior » puis inscription définitive.

**P<sup>r</sup> Robert Nicodème et Adam Tornay,**  
section **Formation et compétences**  
médicales

## PARCOURS CLASSIQUE TOUTES SPÉCIALITÉS (HORS MG)



## PARCOURS MÉDECINE GÉNÉRALE



NB : si le DES de Médecine générale passe à 4 ans il rebasculera sur le schéma classique.  
Source : Mission Benoît SCHLEMMER sur la réforme du 3<sup>e</sup> cycle des études de médecine.

# Activité libérale à l'hôpital : un nouveau cadre

**La loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a remanié de manière importante le cadre de l'activité libérale à l'hôpital.** La parution du décret 2017-523 le 11 avril 2017 modifiant les dispositions relatives à l'exercice d'une activité libérale dans les établissements publics de santé permet de faire le point sur les quatre principales modifications engendrées par ces textes...

## La clause de non-réinstallation

La loi a rendu obligatoire une clause de non-réinstallation (article L.6154-2, IV du code de la santé publique). Cette clause insérée dans le contrat d'activité libérale engage le praticien « *en cas de départ temporaire ou définitif, excepté lorsqu'il cesse ses fonctions pour faire valoir ses droits à la retraite, à ne pas s'installer, pendant une période au minimum égale à six mois et au maximum égale à vingt-quatre mois, et dans un rayon au minimum égal à trois kilomètres et au maximum égal à dix kilomètres, à proximité de l'établissement public de santé qu'il quitte* ».

En cas de non-respect de cette clause, une indemnité compensatrice dont les modalités de calcul sont prévues au contrat est due par le praticien. Le montant de cette indemnité est égal à 25 % du montant mensuel moyen des honoraires perçus au titre de l'activité libérale durant les six derniers mois, multiplié par le nombre de mois durant lesquels la clause n'a pas été respectée (article 10 du contrat-type).

Dès que le non-respect de cette clause a été dûment constaté dans le respect du contradictoire, sur proposition du directeur de l'établissement et du président de la commission

médicale d'établissement et après avis de la commission consultative régionale de l'activité libérale, le DGARS notifie au praticien, par tout moyen approprié, la décision motivée lui appliquant l'indemnité prévue au contrat et en déterminant le montant.

Les contrats conclus avant la publication du présent décret ne sont pas soumis à cette clause. En revanche, les contrats renouvelés postérieurement à la publication du décret le sont. Le modèle de contrat type d'activité libérale à jour figure en Annexe 61-2 du code de la santé publique.

**À savoir :** ces dispositions ne sont pas applicables aux praticiens exerçant à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, aux Hospices civils de Lyon et à l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille en raison des configurations particulières de l'offre de soins dans ces agglomérations urbaines.

## La création d'une commission régionale de l'activité libérale

La commission nationale d'activité libérale est supprimée et remplacée par des commissions régionales d'activité libérale. Elles ont pour missions :

- d'établir périodiquement le bilan

régional de l'activité libérale ;

- d'émettre, à la demande du DGARS, un avis sur les autorisations d'exercer l'activité libérale ;
- de se prononcer sur les mesures de suspension ou de retrait d'autorisation des praticiens ;
- de faire des propositions pour veiller au respect de la réglementation de l'activité libérale.

Le décret précise la composition de ces commissions, qui doivent notamment comprendre un membre du conseil régional de l'Ordre des médecins n'ayant pas de liens d'intérêt avec un établissement de santé privé, désigné sur proposition du conseil régional de l'Ordre des médecins.

Les membres de la commission régionale de l'activité libérale sont nommés pour trois ans par le DGARS. Ces commissions devaient être constituées avant le 1<sup>er</sup> octobre 2017.

## Renforcement des dispositifs de contrôle

L'article L.6154-5 du code de la santé publique prévoit l'existence d'une commission de l'activité libérale dans chaque établissement public de santé où s'exerce une activité libérale. Son objectif : « *veiller à la bonne application des dispositions*

*législatives et réglementaires régissant cette activité ainsi qu'au respect des clauses des contrats d'activité libérale.* » La loi de modernisation de notre système de santé prolongée par le décret du 11 avril a renforcé son rôle et ses attributions (article 6154-11 du code de la santé publique). La commission peut ainsi :

- se saisir de toute question relative à l'exercice de l'activité libérale ou en être saisie par le DGARS, le directeur de la CPAM ou d'un organisme obligatoire d'assurance maladie, le président du conseil départemental de l'Ordre des médecins, le président du conseil de surveillance, le président de la commission médicale d'établissement et le directeur de l'établissement.
- saisir le directeur de l'établissement et le président de la commission médicale d'établissement dans les cas où elle est informée de difficultés rencontrées dans l'organisation des activités médicales publiques du fait de manquements d'un praticien dans l'exercice de son activité libérale intra-hospitalière ou du non-respect des engagements des clauses des contrats d'activité libérale signés par les praticiens. Elle informe le président du conseil départemental de l'Ordre des médecins lorsqu'elle a connaissance d'un non-respect par le praticien des règles déontologiques.
- soumettre aux autorités concernées toute question ou proposition relative à l'activité libérale des praticiens. Elle peut aussi saisir la commission régionale de l'activité libérale.

**À noter :** un praticien peut également saisir la commission de l'activité

libérale de toute question relative à l'exercice de son activité libérale. La commission définit également un programme annuel de contrôle des conditions d'exercice de l'activité libérale au sein de l'établissement. Enfin, la commission établit chaque année un rapport sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce cette activité au sein de l'établissement et sur les informations financières qui lui ont été communiquées. De son côté, le praticien exerçant une activité libérale au sein d'un établissement public est tenu de lui communiquer un plus grand nombre d'informations permettant de comparer son activité personnelle en secteur public et en secteur privé et de connaître la nature des actes effectués et les dépassements d'honoraires éventuels.

### Les dépassements d'honoraires

À la parution de loi de modernisation de notre système de santé en janvier 2016, un certain nombre de commentateurs avaient estimé que la pratique de dépassements d'honoraires était désormais interdite dans l'activité privée des praticiens hospitaliers.

Ces positions s'appuyaient, d'une part, sur les termes mêmes de la loi précitée qui interdit de façon générale les dépassements des tarifs d'honoraires dans les établissements publics et privés assurant le service hospitalier (article L. 6112-2 I 4° du code de la santé publique) et d'autre part sur la décision du Conseil constitutionnel du 21 janvier 2016 (2015-727 DC). Dans sa décision, le Conseil constitutionnel

a jugé que l'interdiction de pratiquer des dépassements d'honoraires dans les établissements privés assurant le service public hospitalier ne crée pas une inégalité devant la loi dès lors que la même obligation pèse sur les praticiens exerçant dans le secteur public.

Cette interprétation des textes et de la décision du Conseil constitutionnel a été contestée par le ministère de la Santé, qui a cependant estimé plus prudent d'insérer, dans l'article 1 de l'ordonnance 2017-31 du 12 janvier 2017 de mise en cohérence des textes au regard de la loi de modernisation de notre système de santé, une nouvelle disposition indiquant explicitement que les praticiens exerçant une activité libérale à l'hôpital public pouvaient déroger « *le cas échéant* » à l'interdiction de pratiquer des dépassements des tarifs d'honoraires. Cette ordonnance est en cours de ratification par le Parlement.

**D' François Simon et Francisco Jornet,**  
section Exercice médical

**Posez vous aussi vos questions**

à l'Ordre des médecins, 4, rue Léon Jost, 75855 Paris Cedex 17  
ou conseil-national@cn.medecin.fr

## Que faire face à une femme victime de violence ?

### Doit-on établir un certificat même si la patiente ne le demande pas ?

Le médecin doit établir un certificat médical constatant les violences même si la personne victime n'en fait pas la demande. Il peut également faire un signalement des sévices constatés au procureur de la république avec l'accord de la victime.

### Qui conserve le certificat ?

Le médecin remet en main propre le certificat à la personne et l'indique sur le certificat. Si elle ne souhaite pas récupérer le certificat, le médecin le conserve dans son dossier au cas où elle en aurait besoin un jour. Le médecin rédacteur en garde une copie.

### Comment rédiger le certificat ?

Le certificat doit être daté en toutes lettres du jour de sa rédaction, même si les faits sont antérieurs. La date d'examen de la patiente doit aussi y être inscrite.

**Le médecin doit :**

- ❶ Indiquer uniquement les faits médicaux personnellement constatés (FMPC). Il doit décrire minutieusement et très précisément les lésions qu'il observe (localisation, type, couleur, taille, profondeur...). Il doit absolument bannir toute interprétation et spéculation, notamment sur leur origine. Il peut joindre au certificat des photos des lésions et/ou un schéma.
- ❷ Noter ce que la personne exprime en citant ses mots entre guillemets : La personne explique que « ... ». Et utiliser toujours le conditionnel.
- ❸ Noter l'éventuel retentissement psychique des violences alléguées.
- ❹ Préciser si la patiente est enceinte (la grossesse peut être un facteur aggravant).

### Et après ?

La rédaction d'un certificat médical ne met pas un terme à la prise en charge de la victime par le médecin. Il doit réaffirmer à la personne que les violences sont interdites par la loi. Il doit ensuite l'orienter vers une association de soutien aux victimes (coordonnées sur le site Internet [www.stop-violences-femmes.gouv.fr](http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr)), il peut l'inviter à appeler le 3919, le numéro d'appel anonyme et gratuit dédié aux femmes victimes de violences, et l'inciter à porter plainte. Enfin, il doit systématiquement lui proposer un rendez-vous dans un délai court.

### À quoi va servir ce certificat ?

La victime peut avoir besoin de ce certificat lors de son dépôt de plainte. C'est dans ce certificat que doit être, le cas échéant, déterminée l'incapacité totale de travail personnel (ITT). Elle correspond à la durée de la gêne notable dans les activités quotidiennes et usuelles de la victime notamment : manger, dormir, se laver, s'habiller, sortir pour faire ses courses, se déplacer... La durée de l'ITT est une responsabilité importante confiée au médecin. Elle est prise en compte pour déterminer la gravité de l'infraction et le tribunal compétent pour en connaître. La détermination de l'ITT peut être difficile. C'est pourquoi cette ITT pourra être fixée ultérieurement par un médecin légiste sur la base des signes cliniques, des lésions physiques et du retentissement psychologique décrits avec minutie dans le certificat médical.

**D<sup>r</sup> Andrée Parrenin, vice-présidente du Cnom et membre de la section Éthique et déontologie**

**d'infos**

- Le modèle de certificat médical pour personne majeure en cas de violences : [www.conseil-national.medecin.fr/node/1675](http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1675)
- Les articles 226-13 et 14 du code pénal

# Le praticien territorial médical de remplacement

**La loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, complétée par le décret n° 2017-703 du 2 mai 2017, a prévu un nouveau dispositif d'incitations financières destiné à l'exercice médical en zones sous-denses : le contrat de praticien territorial médical de remplacement.** Il vise à permettre aux jeunes médecins de découvrir l'exercice libéral dans ces territoires, et aux médecins déjà installés de bénéficier plus facilement des services d'un remplaçant.

## Qui peut en bénéficier ?

Le contrat de praticien territorial médical de remplacement (PTMR) peut bénéficier à un médecin spécialisé en médecine générale ou un étudiant remplissant les conditions prévues à l'article L. 4131-2 ou encore à un assistant spécialiste à temps partiel au sein d'un établissement public de santé (article L. 1435-4-5 du code de la santé publique).

Dans le contrat-type de praticien territorial médical de remplacement (arrêté du 3 mai 2017), deux exigences sont ajoutées pour les médecins spécialistes de médecine générale : ils doivent avoir exercé comme remplaçants et ne doivent pas être installés au moment de la signature du contrat.

## Quelle est la durée du contrat ?

Le contrat de praticien territorial médical de remplacement est conclu pour une durée de douze mois. Il est renouvelé par tacite reconduction sans toutefois que la durée totale ne puisse excéder soixante-douze mois.

## Quelles obligations pour les médecins ?

Le praticien territorial médical de remplacement doit justifier d'une activité libérale de remplacement de médecins libéraux conventionnés

installés dans les zones définies au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. Il doit réaliser chaque année un nombre minimal de consultations : 5 000 consultations pour une activité à temps plein et 2 500 consultations pour une activité à temps partiel.

**À savoir :** les actes réalisés, les honoraires et rémunérations forfaitaires perçus au titre de la permanence des soins organisée ne sont pas pris en compte dans le volume d'activité à réaliser.

## Quelle rémunération ?

Dès lors qu'il satisfait à la condition d'activité minimale, le praticien territorial médical de remplacement perçoit une rémunération forfaitaire destinée à compenser les périodes d'interruption d'activité entre les remplacements. Le montant de cette rémunération correspond à 200 consultations de médecine générale au tarif opposable pour une activité à temps plein et 100 consultations de médecine générale au tarif opposable pour une activité exercée à temps partiel.

En cas d'interruption d'activité pour cause de maladie, de maternité ou de paternité, une rémunération complémentaire est versée au praticien

territorial médical de remplacement. Elle est fixée par le contrat type et varie suivant la cause de l'interruption (maladie, maternité ou paternité) et l'importance de l'activité (temps plein ou temps partiel).

## Contrat PTMR et contrat de remplacement

Si le contrat PTMR, qui conditionne le versement des rémunérations complémentaires et forfaitaires, est signé par le médecin bénéficiaire avec l'Agence régionale de santé (ARS), le conseil départemental continuera à recevoir communication des contrats conclus entre médecins remplacés et remplaçants.

### + d'infos

**Décret n° 2017-703 du 2 mai 2017** relatif aux contrats de praticien territorial de médecine ambulatoire et de praticien territorial médical de remplacement.

**Arrêté du 3 mai 2017** relatif au contrat type de praticien territorial médical de remplacement pris en application de l'article R. 1435-9-51 du code de la santé publique.

**Arrêté du 3 mai 2017** fixant le nombre des contrats de praticien territorial médical de remplacement et portant leur répartition régionale.

## Produits de substitution aux opiacés

# Des pratiques de prescription plus encadrées

**Cosignées en 2002 par le Conseil national de l'Ordre des médecins et le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens**, les recommandations sur les règles de prescription et de délivrance de produits de substitution aux opiacés ont été réactualisées en 2017.

Le tribunal de grande instance de Paris a sollicité l'Ordre des médecins pour lui faire part d'une activité croissante de trafic du Subutex pouvant engager la responsabilité du médecin prescripteur. En effet, les médecins généralistes peuvent se retrouver en première ligne pour accompagner des personnes dépendantes aux opiacés, des patients difficiles, parfois menaçants voire violents. Le risque de mésusage ou de détournement du traitement ne doit pas être négligé. Certains trafiquants multiplient en effet les consultations pour obtenir d'importantes quantités de médicaments qui seront revendus illégalement. Par ailleurs, en dehors de tout trafic, certains patients ont un mésusage avéré des produits. C'est pourquoi ces situations nécessitent une attention particulière qui ont amené l'Ordre des médecins et l'Ordre des pharmaciens à rédiger un document pratique actualisé à l'usage des professionnels de santé concernés.

### Évaluer la situation médico-sociale

La prescription d'un produit de substitution aux opiacés n'échappe pas aux obligations du code de déontologie

médicale : libre choix du praticien pour le patient et respect de la confidentialité ainsi que du secret médical. Pour ces situations particulières, les médecins doivent évaluer la situation médico-sociale de l'utilisateur, et notamment l'interroger sur sa pratique (injections ou non), ses besoins, ses attentes... L'objectif : élaborer avec lui un projet thérapeutique intégrant réduction des risques et accompagnement global.

### Respecter les règles de prescription

Toute prescription de ces produits doit être rédigée sur une ordonnance sécurisée et en toutes lettres. Le médecin doit veiller à indiquer le nom de la spécialité et son dosage, le nombre d'unités par prises et le nombre de prises, la durée de prescription (14 à 28 jours selon le médicament). Il indique également le nombre de lignes inscrites sur l'ordonnance et le nom du pharmacien. Il doit conserver une copie de cette ordonnance.

**À noter :** les messageries sécurisées et les prescriptions informatiques permettront au médecin de transmettre

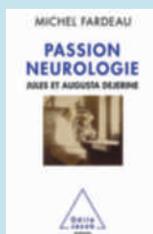
l'ordonnance directement au pharmacien pour une prescription encore plus sécurisée.

### Une prise en charge collective

Lors de la consultation, le médecin est tenu d'expliquer au patient ce qu'implique la prise d'un produit de substitution (précautions, modalités de suivi, contre-indications...). Régulièrement, il doit réévaluer les objectifs de ce traitement avec lui et les autres professionnels qui l'accompagnent. Face à une situation particulière ou difficile, il est vivement recommandé de demander un avis spécialisé. Enfin, la prescription doit faire l'objet d'une alliance thérapeutique entre le médecin et le pharmacien, notamment lorsqu'il s'agit d'une première prescription, d'un patient inconnu ou quand il y a chevauchement ou une modification des doses. Cette collaboration doit être renforcée en cas de suspicion de mésusage ou de nomadisme du patient.

**D' Jean-Marcel Mourgues et Cécile Bissonnier, section Santé publique et démographie médicale**

# culture médicale



*Passion neurologie  
Jules et Augusta Dejerine,  
Michel Fardeau,  
Odile Jacob, 22,90 euros.*

## PASSION NEUROLOGIE JULES ET AUGUSTA DEJERINE

Qui pense couple de scientifiques pense aussitôt Pierre et Marie Curie. Mais il faut leur adjoindre leurs contemporains neurobiologistes Jules et Augusta Dejerine, dont les travaux scientifiques sont indissociables. Alors que Jules se consacre surtout aux études cliniques, Augusta, première femme reçue à l'internat des hôpitaux de Paris, assure le travail de laboratoire. Mais elle ne peut espérer d'autres honneurs que l'estime de ses collègues, à une époque où les femmes de science se comptent sur les doigts d'une main. Après sa thèse de médecine, elle se consacre entièrement à un projet d'une ampleur hors du commun : l'analyse du cerveau en coupes sériées, leur coloration et leur examen au microscope, dont résulte une nouvelle *Anatomie des centres nerveux* (1901). C'est cette grande histoire d'amour et de science qui est ici contée...



*Histoire vivante de la médecine  
Si la médecine générale m'était contée,  
Ornella Salvatore,  
Ellipses, 19 euros.*

## HISTOIRE VIVANTE DE LA MÉDECINE SI LA MÉDECINE GÉNÉRALE M'ÉTAIT CONTÉE

À grand renfort d'anecdotes, de « petites histoires », de portraits de médecins, mais aussi de quelques dates et mots savants, l'auteure nous propose dans cet ouvrage de découvrir ou redécouvrir d'une manière vivante et originale l'histoire de la médecine générale française. Elle s'attarde plus particulièrement sur la période la plus marquante de sa progression, à savoir les XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles.



*Prévenir vaut mieux que guérir,  
ouvrage collectif coordonné par Michel  
Juffe, Éditions Économica, 10 euros.*

## PRÉVENIR VAUT MIEUX QUE GUÉRIR

La France est réputée pour son système de solidarité sociale et pour les soins prodigués aux malades et aux accidentés, mais elle n'a pas encore accompli la « révolution » de la prévention. Aujourd'hui, trop peu de moyens, humains et financiers, sont affectés aux actions de prévention et de précaution. Dans cet ouvrage, un collectif de juristes, de professionnels de santé et de philosophes appelle à unifier les approches, les recherches et les activités, notamment en associant étroitement médecine prédictive, lutte contre les expositions aux pollutions, réduction des vulnérabilités, éducation à la santé, et information/participation des citoyens et des habitants des territoires. Ils préconisent ainsi des actions fortes et un redéploiement profond des moyens et dispositifs.



*Les perturbateurs endocriniens  
Ces produits qui en veulent  
à nos hormones, Olivier Kah,  
Éditions Apogée, 22,80 euros.*

## LES PERTURBATEURS ENDOCRINIENS CES PRODUITS QUI EN VEULENT À NOS HORMONES

Dans ce livre, le D<sup>r</sup> Oliver Kah, neurobiologiste, directeur de recherche émérite au CNRS, explique en termes simples, compréhensibles par tous, comment fonctionne notre système hormonal et comment des molécules présentes dans l'environnement peuvent le perturber. Il présente également un panorama des substances à risque et explique la nature de ce risque. Il insiste enfin sur le fait que les organismes en développement, embryons et jeunes enfants sont la cible privilégiée des perturbateurs endocriniens et qu'il est indispensable de les protéger en priorité.

## **D<sup>r</sup> Évelyne Wannepain,**

médecin généraliste, service départemental de Protection maternelle et infantile et Planification familiale (PMI-PF) de Seine-Saint-Denis (93).



# « Un formidable outil de lutte contre les inégalités sociales de santé »

**« J'ai toujours été portée par une vision de la médecine qui est celle d'une approche globale de la santé privilégiant la prévention. Lors d'un stage de fin d'études, j'ai découvert le travail en PMI. Il correspondait à ce que je recherchais : un travail avec une équipe pluridisciplinaire mais surtout une médecine préventive de la famille et de l'enfant ne reposant pas que sur « symptômes, diagnostic et traitement ». Cette approche reste importante mais elle doit s'accompagner de la prise en compte d'autres déterminants – environnement familial et psycho-affectif, conditions de vie, mode d'accueil, etc. – qui vont influencer sur l'état de santé. Comme médecin de protection infantile, j'ai assuré le suivi médical préventif d'enfants de 0 à 6 ans et la responsabilité d'un secteur de protection de l'enfance. J'ai exercé ensuite des fonctions d'encadrement, puis de référence technique dans le champ de la petite enfance. Très tôt, j'ai adhéré au Syndicat national des médecins**

**de PMI (SNMPMI) avec lequel je partage les mêmes engagements et les mêmes priorités. Nous réfléchissons ensemble à la médecine en PMI et à ses conditions d'exercice (statut, rémunération, valorisation du métier, etc.). Nous défendons l'importance de la prévention, peu mise en avant dans le système de santé français, même si les choses évoluent. La PMI, qui souffrait jusqu'alors d'un manque de reconnaissance, est désormais inscrite dans la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Il s'agit maintenant de donner du poids et de l'ampleur à cette reconnaissance... ce qui nécessite entre autres des moyens financiers. Mais je reste persuadée que c'est un investissement d'avenir ! Car les services de PMI, gratuits et ouverts à tous, rendent accessibles au plus grand nombre les soins préventifs, comme la vaccination, en même temps qu'ils sont un formidable outil de lutte contre les inégalités sociales de santé. »**

## parcours

**1984**

Thèse de doctorat en médecine à la faculté de médecine Paris-XIII

**1985**

Intègre la Protection maternelle et infantile (PMI) de Seine-Saint-Denis

**1989**

Adhère au Syndicat national des médecins de PMI (SNMPMI), d'abord dans la section locale (93) puis dans le bureau national

**2012**

Nommée responsable du bureau technique Protection infantile du service de PMI de Seine-Saint-Denis à Bobigny

## À noter

43<sup>e</sup> Colloque du SNMPMI, 1<sup>er</sup>-2 décembre 2017 à Paris, Santé et épanouissement de l'enfant : oui, mais dans quel environnement ?  
[www.snmpmi.org](http://www.snmpmi.org)



Pour aller plus loin :

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