



Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins



» Dossier :

Fin de vie : la loi Léonetti, cinq ans après

p.22

» L'essentiel
Santé au travail :
non à une réforme
au rabais p.6

» Sur le terrain
La Maison du patient
des hépatites B et C :
l'atout guérison p.8

» Réflexion
Bientraitance :
la nouvelle
donne p.11

médecins n° 13

Sept. 2010

POUR RECEVOIR NOTRE LETTRE
D'INFORMATION MENSUELLE
<http://www.conseil-national.medecin.fr>

➤ L'essentiel | 04

- Des comptes 2009 certifiés sans réserve
- Santé au travail : non à une réforme au rabais
- Des arrêts de travail sans avis médical ?

➤ Sur le terrain | 10

Hépatites B et C : la Maison du patient, l'atout guérison

➤ Ailleurs | 10

Les priorités santé de la présidence belge

➤ Réflexion | 11

Bienveillance : la nouvelle donne

➤ La voix des associations | 28

France Parkinson : sortir la maladie de l'ombre

➤ Courrier des lecteurs | 30

➤ Culture médicale | 31

La sélection du mois

➤ À vous la parole | 32

D^r Jean Thévenot, gynécologue-obstétricien à la clinique Ambroise-Paré de Toulouse

➤ Dossier | 22

Fin de vie : la loi Léonetti, cinq ans après



©BSIP/PHOTOTAKE/MENASHE

Depuis le vote de la loi Léonetti sur la fin de vie, l'article 37 du code de déontologie médicale a été réécrit par le Conseil national de l'Ordre des médecins. Ce travail a permis de clarifier bien des situations et de faciliter l'expression de la volonté des patients. Cinq ans après la promulgation de la loi, des avancées sont constatées sur le terrain, mais la « culture palliative » fait encore défaut.

Cahier jurispratique | 13

- **EXERCICE PROFESSIONNEL** Remplacements temporaires par des étudiants en médecine | 13
- **JURIDIQUE** Un nouveau décret sur l'usage du titre de psychothérapeute | 14 — Attention aux annuaires professionnels ! | 15 — Notification des décisions de suspension temporaire du droit d'exercer | 16
- **INSÉCURITÉ** Observatoire pour la sécurité des médecins : recensement national des incidents | 18
- **ELECTIONS** Elections régionales de l'Ordre des médecins | 20

Vos réactions nous intéressent

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

DPC : plus de simplicité pour plus de qualité



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

Que les médecins se rassurent : le développement professionnel continu ne bouleversera pas leurs habitudes en matière de formation continue et d'évaluation des pratiques professionnelles. L'objectif reste identique : améliorer et perfectionner nos pratiques, dans l'intérêt de nos patients. La formation continue demeure une obligation déontologique et la loi rappelle cette obligation. Mais le nouveau dispositif, qui devrait être bientôt publié par décret, aura l'avantage de la simplicité. Plus de FMC d'un côté et d'EPP de l'autre. Exit le système de points de la FMC, trop scolaire pour des médecins en exercice. Dorénavant, les programmes de DPC regrouperont en une seule démarche l'acquisition des connaissances et l'analyse des pratiques. Une attestation signée de l'organisme de formation continue agréé permettra

ensuite au médecin de faire valoir son implication dans la démarche de développement professionnel continu. Cette attestation devra être transmise au Conseil départemental de l'Ordre et portée à la connaissance des patients, via une affiche dans la salle d'attente, par exemple. L'Ordre a beaucoup travaillé pour que les médecins soient largement impliqués dans la gouvernance du DPC. L'organisme de gestion du DPC travaillera sur la base de leurs orientations, de leurs avis et de leurs cahiers des charges. Il leur rendra compte de ses décisions. Nous nous sommes également mobilisés pour que chaque discipline puisse identifier les programmes de formation qui lui semblent les plus adaptés, afin que le DPC soit plutôt fondé sur des considérations scientifiques que sur des considérations médico-économiques. Pour veiller à l'équilibre global du système, l'Ordre siègera d'ailleurs au sein du Conseil national du DPC ainsi que dans la commission scientifique indépendante chargée de valider les organismes de formation continue, aux côtés des autres instances représentant chaque spécialité dans le cadre de la Fédération des spécialités médicales (FSM).

médecins

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

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

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

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

- Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs - DÉPÔT LÉGAL : septembre 2010 - n° 16758 - ISSN : 1967-2845.

Ce numéro est diffusé avec un encart de l'Inca consacré à la prévention du cancer du col de l'utérus auprès des médecins généralistes libéraux.



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

Des comptes 2009 certifiés sans réserve

En application de l'article L. 4122-2 du code de la santé publique, lors de sa 294^e session du 17 juin 2010, le Conseil national de l'Ordre des médecins a été informé par le commissaire aux comptes que ses comptes pour l'année 2009 avaient été certifiés sans réserve.



L'AVIS DU D^r Albert Dezetter, président de la Commission de contrôle des comptes et placements financiers

Les articles L. 4122-2 et L. 4132-6 du code de la santé publique, modifiés par la loi HPST du 21 juillet 2009, imposent que le Conseil national valide et contrôle la gestion des conseils régionaux ou interrégionaux ainsi que départementaux. Un commissaire aux comptes certifie les comptes du Conseil national après avoir exercé toutes les diligences nécessaires. Enfin, la cotisation doit être réglée au cours du premier trimestre de l'année civile en cours. La commission de contrôle des comptes et placements financiers, « placée auprès du Conseil national de l'Ordre », et donc indépendante, doit se faire communiquer chaque année l'ensemble des comptes et le budget prévisionnel du Conseil national de l'Ordre, des conseils départementaux, régionaux et interrégionaux. Elle s'attache à ce qui se fait, comment cela se fait, et si cela est conforme au règlement de trésorerie opposable. Après étude et examen des pièces comptables, elle soumet au Conseil national son avis sur la validation des comptes de chacun des conseils, avec d'éventuelles réserves et commentaires. La Commission a conclu à l'intégrité et la sincérité des comptes du Conseil national et de l'ensemble des structures ordinales examinées.

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

Le rapport complet de la Commission de contrôle des comptes et placements financiers peut être consulté sur le site du Conseil national de l'Ordre.

BILAN / 31.12.2009

ACTIF

IMMOBILISATIONS CORPORELLES	17 922 669,32
IMMOBILISATIONS FINANCIÈRES	12 640 519,41
CRÉANCES	3 898 752,75
DISPONIBILITÉS	6 330 508,76
FRAIS PAYÉS D'AVANCE	127 783,25
TOTAL GÉNÉRAL	40 920 233,49

PASSIF

CAPITAL dont :	5 944 770,39
• Fonds d'harmonisation	3 806 351,84
• Fonds d'entraide	1 365 500,65
GESTION ADMINISTRATIVE	25 779 012,66
PROVISIONS POUR RISQUES & PENSIONS	1 644 312,00
DETTES	7 552 138,44
TOTAL GÉNÉRAL	40 920 233,49

GESTION ADMINISTRATIVE / 31.12.2009

CHARGES

ACHATS

Bulletins	706 729,41
Impressions	322 739,02
Fournitures	222 246,99

AUTRES CHARGES EXTERNES

Loyers et charges locatives	93 618,10
Location, entretien et réparations	576 287,93
Assurances	82 345,99
Documentation et colloques	72 696,61
Personnel extérieur	58 917,57
Honoraires	999 724,65
Indemnités des conseillers	1 600 539,00
Communication, annonces,	216 844,68
Déplacements et missions	1 511 990,46
Frais du conseil	447 484,28
Frais postaux	845 881,99
Cotisations, pourboires et dons	45 888,46
Informatique	1 473 642,73
IMPÔTS, TAXES ET VERSEMENTS ASSIMILÉS	1 032 509,45
CHARGES DE PERSONNEL	6 829 882,45
AUTRES CHARGES DE GESTION	1 268 420,30
CHARGES FINANCIÈRES	244 009,32
CHARGES EXCEPTIONNELLES	30 940,71
TOTAL	18 683 340,10

PRODUITS

PRODUITS DE GESTION COURANTE	23 173 989,07
PRODUITS FINANCIERS	433 577,85
PRODUITS EXCEPTIONNELS	447 385,19
TOTAL	24 054 952,11

RÉSULTAT DE L'EXERCICE

5 371 612,01

Réservez votre adresse de messagerie sécurisée **@medecin.fr**

Vous souhaitez échanger en toute sécurité avec vos confrères,
avec les professionnels de santé, avec les structures de santé partenaires,
**alors réservez immédiatement votre adresse
de messagerie sécurisée en ligne.**



Pour contribuer à mieux
assurer sur l'ensemble
des territoires de santé
la qualité de la prise en

charge des patients, la continuité
des soins et faciliter l'exercice
professionnel des médecins entre
les différents secteurs de soins, les
technologies de l'information et de
la communication doivent être mises
à contribution. Le Conseil national
de l'Ordre des médecins a rendu
public son engagement en
ce sens dans trois livres blancs :

▸ L'informatisation de la santé

▸ Télémédecine :
les préconisations du Cnom

▸ La dématérialisation
des données de santé.

**Le Conseil national de l'Ordre des médecins
passe à l'acte et vous propose
de réserver dès maintenant votre adresse
de messagerie sécurisée @medecin.fr
pour vous doter d'un outil :**

- utile dans votre pratique quotidienne;
- assurant déontologie, confidentialité, traçabilité
et sécurité dans vos échanges;
- garantissant l'interopérabilité de vos échanges;
- suivant les évolutions de la réglementation
et des référentiels de l'Asip Santé.

Pour réserver, rendez-vous sur www.conseil-national.medecin.fr
La procédure est très simple¹



1. Elle requiert, conformément à la loi (art. L.1110-4 du CSP), l'utilisation de la carte de professionnel de santé (CPS) en attente de dispositifs équivalents. Parmi ces dispositifs équivalents, le Cnom travaille actuellement à la transformation de la carte ordinaire en une carte électronique d'identification/authentification dans l'espace numérique en santé.

Santé au travail

Non à une réforme au rabais

Le 15 septembre, une importante réforme de la santé au travail a été votée en catimini par l'Assemblée nationale, sous la forme d'un amendement dans le cadre de la loi portant réforme des retraites. Ce texte, adopté sans concertation, ne répond ni aux attentes des salariés, ni à celles des professionnels concernés.



L'Ordre des médecins a publié ses recommandations dans le contexte de la réforme de la médecine du travail.

La réforme de la médecine du travail, votée le 15 septembre dernier par l'Assemblée nationale, ne répond pas aux attentes des salariés, qui doivent pouvoir bénéficier d'une prise en charge globale de leur santé. Elle ne répond pas non plus aux nécessités de l'exercice des médecins du travail, en particulier elle ne respecte pas leur indépendance technique. Le texte envisage l'intervention de médecins non spécialisés en médecine du travail. Cette approche ne doit pas conduire à une perte de qualité;

leur travail doit se faire au sein du service de santé au travail sans être déconnecté de la connaissance du milieu de travail et des postes de travail.

Le médecin du travail doit être le coordonnateur de l'équipe de santé pluridisciplinaire. Son indépendance doit être préservée dans les actions qu'il estime nécessaire de mener dans les entreprises et auprès des salariés.

Le Conseil national de l'Ordre s'étonne que ce texte ait été voté sans concertation préalable. Il regrette vivement de ne pas avoir

été reçu par le ministre du Travail pour évoquer ce sujet comme il le demande depuis 6 mois. Dans ces conditions, l'Ordre ne peut qu'émettre une vive protestation et rappeler ses propositions publiées en juin 2010.

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

- Rubrique Actualités
- ▶ Lire le communiqué de presse du 16 septembre 2010
- ▶ Consulter les préconisations de l'Ordre sur la réforme de la santé au travail

Quatre propositions pour mieux réformer la médecine du travail

CES RECOMMANDATIONS ONT ÉTÉ ADOPTÉES ET PUBLIÉES PAR LE CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE EN JUIN DERNIER.

1 | **L'indépendance des médecins du travail ne doit pas être altérée par de nouvelles règles de gouvernance des services de santé au travail.**

2 | **Des solutions innovantes doivent être mises en œuvre pour diminuer la pénurie médicale sans porter atteinte à la qualité du service pour les salariés et les employeurs.**

L'ouverture d'un DESC permettant aux médecins une reconversion vers la médecine du travail doit s'accompagner de la création d'autres passerelles offrant aux médecins du travail et aux autres spécialistes de réelles perspectives de reconversion. Au-delà, des exercices mixtes peuvent être envisagés. Des généralistes pourraient ainsi, après

avis du conseil départemental de l'Ordre, faire bénéficier d'un suivi médical certaines catégories de salariés (travailleurs à domicile, saisonniers, etc.). L'Ordre préconise que les généralistes puissent effectuer ces missions au sein du service de santé au travail sous forme de vacations hebdomadaires.

3 | **Le médecin du travail doit rester le coordinateur de l'équipe pluridisciplinaire.**

Pour l'Ordre, les infirmiers et, plus largement, tous les professionnels qui jouent un rôle dans la santé au travail ne doivent intervenir auprès des salariés et/ou des entreprises que sur la base d'une prescription du médecin du travail.

4 | **L'accès au dossier médical personnel par le médecin du travail doit être autorisé, sa traçabilité étant garantie en lecture comme en écriture.**



UNE AIDE PROFESSIONNELLE AUX MÉDECINS LIBÉRAUX

L'Association pour la promotion des soins aux soignants, cofondée par l'Ordre des médecins, invite les médecins en difficulté, quel que soit leur mode d'exercice, à contacter l'Association d'aide professionnelle aux médecins libéraux (AAPML). Un numéro de téléphone, non surtaxé et dédié aux médecins libéraux, permet aux appelants, en tout anonymat, d'avoir accès à une psychologue clinicienne 24/24 et 7/7.

+ D'INFOS :

Association d'aide professionnelle aux médecins libéraux (AAPML)

Tél. : 0826 004 580

Site internet : www.aapml.fr

Continuité des soins : l'Ordre en pole position

En mars dernier, la mission présidée par le D^r Michel Legmann, président de l'Ordre, préconisait la suppression du contrat santé-solidarité. C'est – presque – chose faite depuis cet été. Après avoir mis en suspens cette disposition de la loi HPST et l'obligation d'informer son conseil départemental de ses absences programmées, la ministre de la Santé a demandé à l'Ordre des médecins de mettre en place un dispositif national pour garantir

la continuité des soins de nos concitoyens. L'objectif est de mettre en place des solutions concrètes, adaptées aux impératifs de l'exercice médical, en mutualisant les moyens entre structures libérales, maisons pluridisciplinaires, hôpitaux publics ou privés, centres de santé, etc.

+ D'INFOS :

Pour lire le communiqué du ministère de la santé : www.sante.gouv.fr

Des arrêts de travail sans avis médical ?

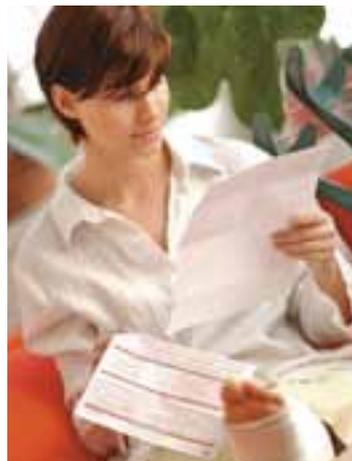
Le Conseil national de l'Ordre des médecins fait part de ses réserves quant au décret relatif au contrôle des arrêts de travail paru au *Journal officiel* du 26 août 2010, en application de la loi de financement de la sécurité sociale.

Désormais, le service médical de l'Assurance maladie peut demander la suspension du versement des indemnités journalières de l'Assurance maladie sur la seule base d'un contrôle effectué par un médecin mandaté par l'employeur. Le médecin-conseil se bornera à valider l'avis du médecin contrôleur patronal... Après avoir été seulement examiné par le médecin contrôleur mandaté par l'employeur – qui ne dispose d'aucun dossier médical –, le salarié perdra les indemnités journalières complémentaires mais aussi les indemnités journalières de l'Assurance maladie, sans que le médecin-conseil, lui-même, ne l'ait nécessairement examiné.

Lors de la phase de concertation

préalable à la publication du décret, le Conseil national de l'Ordre des médecins n'a été entendu que sur un point : la nécessité d'un nouvel examen de l'assuré lorsque le médecin contrôleur patronal n'a pas pu procéder à son examen (absence du domicile par exemple). Pour le reste, l'assuré devra saisir dans les dix jours le service médical, qui disposera de quatre jours pour rendre sa décision (décret 2010-957 du 24 août 2010).

En cas de nouvelle prescription d'arrêt de travail à la suite d'une décision de suspension des indemnités journalières, celle-ci ne prend effet qu'après l'avis du service médical. Le Conseil national de l'Ordre désapprouve cette disposition susceptible de porter atteinte à la santé



©Gero/Photo

du salarié malade, qui devra poursuivre son activité dans l'attente de l'avis du médecin-conseil. La loi jette ainsi une suspicion inacceptable sur la justification médicale de l'arrêt de travail, dont on présume ainsi qu'il a été prescrit par simple complaisance.

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

– Rubrique Actualités – communiqué de presse du 2 septembre 2010.



↳ Hépatites B et C

La Maison du patient, l'atout guérison

À Lyon, une maison pas comme les autres accueille depuis trois ans les malades atteints d'hépatites virales B et C. Objectif : les accompagner, gratuitement, sur le chemin de la guérison. Une structure unique en son genre.

En France, on compte environ 650 000 personnes porteuses des virus de l'hépatite B ou C (dont plus de 20 000 dans la région Rhône-Alpes). Un malade sur deux ignore être touché par cette maladie silencieuse, sans symptômes annonciateurs, qui détruit lentement le foie. Les traitements existent et, selon les génotypes, on estime les chances de guérison entre 50 % et 85 %. Mais, paradoxalement, les effets secondaires des médicaments rendent le patient plus malade qu'il ne l'était avant de se soigner. Dans ces conditions, il est parfois facile de se décourager et de refuser de suivre un traitement au long cours. À Lyon, la Maison du patient est née de ce constat. Créée en 2007 par l'Association ville hôpital hépatite C (Avhec)¹, cette structure accompagne, gratuitement, les patients dans la gestion de leur maladie. « *Nous faisons d'abord le lien entre l'annonce du diagnostic par le médecin traitant et la consultation d'un spécialiste, parfois longue à obtenir* », précise Anne Degraix, coordinatrice des lieux. Au cours du premier semestre 2010, 139 personnes, dont 44 nouveaux adhérents, ont franchi la porte cochère de cet ancien immeuble situé à seulement quelques mètres de la gare de Lyon-Perrache. Elles rencontrent alors une infirmière ou une psychologue. Des consultations

téléphoniques de soutien sont aussi organisées. « *Nous les conseillons, leur expliquons leur maladie, le traitement à suivre, les risques qu'ils encourrent et les précautions à prendre. Nous sommes aussi là pour les rassurer, et répondre à chaque question* », détaille Françoise Faillebin, infirmière. Un temps d'écoute précieux quand on commence un parcours de soin long et éprouvant.

Vivre avec sa maladie

Autre spécificité de la structure : les consultations d'éducation thérapeutique. « *Tout au long de sa maladie, nous apprenons au patient à se soigner, à vivre avec sa maladie : quand prendre ses médicaments, comment s'injecter soi-même la dose prescrite ou lire ses résultats d'analyse, gérer les troubles médicamenteux, etc.* », poursuit Françoise Faillebin. Autrement dit, la Maison du patient est présente avant, pendant et parfois même après le traitement (lors d'effets secondaires persistants, par exemple). Par ailleurs, la Maison du patient est aussi un lieu de ressources pour les professionnels de santé. « *Nous leur dispensons des formations spécifiques sur l'annonce du diagnostic, les nouveaux traitements, les co-infections VIH/hépatites* », complète Anne Degraix. Enfin, des permanences mensuelles de l'association SOS Hépatites réunissent



Programme de soins

Deux infirmières à mi-temps et deux psychologues cliniciens accueillent les patients et leurs proches dès l'annonce de la maladie. Ensemble, ils découvrent le programme de soins qui les attend pour les six à dix-huit mois à venir.



Auto-injection

Visser, doser, injecter... Apprendre l'auto-injection d'interféron, par seringue ou stylo, est un moment fort des consultations d'éducation thérapeutique. Depuis sa création, la Maison du patient a assuré plus de 1 000 consultations.

des personnes porteuses d'hépatites afin qu'elles se soutiennent. Au final, l'enjeu de cette maison pas comme les autres est d'envergure : lutter contre les abandons de traitement.

1. L'Avhec est un réseau de santé de la région lyonnaise, chargé d'améliorer la prise en charge des malades atteints d'hépatites C, de la phase de dépistage à la période thérapeutique.



“ Tout au long de sa maladie, nous apprenons au patient à se soigner, à vivre avec sa maladie ”

Françoise Faillebin, infirmière à la Maison du patient depuis 2007



Outils de sensibilisation

La Maison du patient utilise de nombreux outils pédagogiques pour expliquer aux patients leur maladie, les bons réflexes à acquérir, etc. Un dossier leur est remis pour suivre étape par étape l'évolution de leur maladie.



“ Aucun abandon de traitement depuis trois ans ”

Anne Degraix,
coordinatrice de la Maison du patient de Lyon

témoignage

“ Notre démarche porte ses fruits : en trois ans, aucun des 235 adhérents n'a abandonné son traitement. Nous souhaitons maintenant porter nos efforts sur le dépistage, les jeunes et les publics spécifiques comme les toxicomanes. C'est pourquoi nous animons des permanences dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud), ou avons participé à la Journée mondiale contre l'hépatite, en mai dernier. Grâce aux consultations d'éducation thérapeutique, et à l'accueil de patients touchés par les hépatites B ou C, la Maison du patient est une structure unique en son genre. Elle repose sur la coordination des professionnels de santé en ville et à l'hôpital. Travailler en réseau permet une meilleure prise en charge. C'est pourquoi nous rencontrons régulièrement les professionnels de santé pour qu'ils continuent à nous adresser leurs patients atteints d'hépatites. Aujourd'hui, 131 professionnels de santé ont adhéré à notre dispositif. Nous avons parcouru beaucoup de chemin en trois ans, mais il en reste tout autant à réaliser. ”



Accueil téléphonique

Françoise Pittion, assistante à la Maison du patient, assure souvent le premier contact avec les futurs adhérents. Par ailleurs, au cours du premier semestre 2010, les infirmières ont géré plus de 230 appels téléphoniques de soutien.



À l'occasion d'un premier conseil sur la santé organisé par la présidence belge, Loretta Grillo, vice-Première ministre et ministre de la Santé publique, a présidé l'assemblée des ministres de la Santé des États membres, en présence de John Dalli, commissaire européen à la santé, et de Zsuzsanna Jaka, directrice de l'OMS Europe.

Les priorités santé de la présidence belge

La Belgique assume depuis le 1^{er} juillet la présidence du Conseil de l'Union européenne. Parmi ses objectifs : souligner la valeur ajoutée de l'Union pour l'amélioration de la santé publique. Le point sur ses priorités santé.

Gestion de la grippe A et des risques de santé publique, déterminants sociaux de la santé, lutte contre le cancer, les maladies chroniques et le tabagisme, soutien à l'innovation dans le secteur des médicaments... la santé publique est au cœur des préoccupations de la présidence belge du Conseil de l'Europe. Au-delà, les questions d'organisation de la santé et de l'information aux patients figurent elles aussi parmi ses priorités.

Trois dossiers méritent un focus particulier à nos yeux.

1. Le livre vert sur le personnel de santé en Europe.

La présidence belge de l'UE a décidé d'accorder une priorité politique à la nécessité d'investir dans des professionnels de santé suffisamment nombreux, motivés et compétents. Une conférence ministérielle intitulée « Investir dans le personnel de santé de demain : possibilités d'innovation et de coopération » s'est réunie à La Hulpe les 9 et 10 septembre prochain. Quatre questions ont été traitées. Comment garantir nos besoins futurs en personnel de santé? Comment se préparer aux changements nécessaires au niveau des profils et de la diversité des compétences par l'apprentissage et la formation

NON À L'INFORMATION DIRECTE SUR LES MÉDICAMENTS!

En accord avec la majorité des organisations médicales européennes, le Conseil européen des Ordres des médecins (CEOM) prépare une motion de rejet contre la proposition de texte sur l'information directe du patient par l'industrie pharmaceutique présentée par la Commission européenne dans le cadre du « paquet pharmaceutique ». Aucune raison médicale ne justifie la délivrance d'information directe au patient par l'industrie pharmaceutique, précise la motion. **A contrario**, cette perspective ouvrirait la voie à des moyens d'information qui ne diffèrent en rien de la publicité. Elle ne se justifie par aucun argument de santé publique et par aucune démonstration d'avantage sanitaire et social. Cette motion sera transmise aux eurodéputés concernés début septembre avant le vote de la Commission sur le fond.

permanente? Comment créer de meilleures conditions de travail pour attirer, retenir et soutenir les professionnels de la santé? Comment aider les professionnels de santé à améliorer encore la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins?

2 La directive soins de santé transfrontaliers dite « Patients ». Elle fera l'objet cet automne d'une deuxième lecture au Parlement européen, après l'adoption d'un compromis par le Conseil de l'UE sous présidence espagnole début juin.

3 Les volets pharmacovigilance et contrefaçon du « paquet pharmaceutique » devraient être adoptés sous présidence belge.

Le troisième volet sur l'information du patient sera vraisemblablement

traité sous la prochaine présidence hongroise, au premier semestre 2011. La question de « l'information » sur les médicaments soumis à prescription médicale n'est pas abordée par la directive 2001/83 qui encadre l'autorisation de médicaments à usage humain et interdit la publicité des médicaments. Le Conseil européen des Ordres des médecins (CEOM) prépare une motion contre ce texte (voir encadré).



Pour en savoir plus

D'Francis Montané, délégué général aux affaires européennes et internationales du Conseil national de l'Ordre des médecins
- conseil-national@cn.medecin.fr



Avec la participation de...

D^r Michel Schmitt, médecin radiologue à Colmar.
D^r Jean-François Cerfon, médecin anesthésiste, conseiller national de l'Ordre, président du conseil départemental de l'Ordre des médecins du Haut-Rhin.
Claire Compagnon, spécialiste en droit de la santé, fondatrice d'un cabinet de conseil en politiques de santé.

Bientraitance : la nouvelle donne

Le ministère de la Santé doit annoncer en octobre le lancement « d'une action d'envergure de promotion de la bientraitance dans les établissements de santé ». Cette notion de bientraitance, nouvelle venue dans le secteur sanitaire français, amène les professionnels à s'interroger sur leurs pratiques quotidiennes.

La loi du 4 mars 2002 qualifie pour la première fois de maltraitance « ordinaire », dite également « passive » ou « institutionnelle », le déni, par les professionnels de santé, du droit des patients et de leurs proches à une prise en charge respectueuse de leurs attentes et de leurs besoins. Huit ans après, malgré les progrès accomplis, certaines plaintes d'usagers des établissements de santé, relayées par le médiateur de la République, laissent encore apparaître un ressenti d'abandon, un manque d'écoute, de considération ou d'information.

Mais alors que le secteur médico-social a depuis longtemps produit des ouvrages sur la question et s'est attelé à mettre en place des actions de bientraitance (voir « Bon à savoir »), notamment auprès des enfants et des personnes âgées, le secteur sanitaire commence tout juste à prendre la mesure du phénomène. « *Comment progresser si l'on refuse d'admettre la maltraitance, si l'on considère que "cela" ne peut arriver chez soi, dans son établissement, dans son propre service, dans son équipe de professionnels ?* » s'interroge le D^r Michel

Schmitt, médecin radiologue à Colmar et auteur en 2007 puis en 2010 d'une charte « Prévenir la maltraitance - Tendre à la bientraitance ». « *Avant de mettre en place des actions, nous devons le reconnaître d'emblée, nous sommes tous maltraitants, d'une façon ou d'une autre, au cours de nos activités de soin. Sans donner dans la repentance stérile ou l'autocritique destructrice, assumons cette réalité et travaillons, ensemble, pour faire changer les choses!* ».

Dès 2008, l'Anesm (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux) et la HAS (Haute Autorité de santé) édictaient des recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Cette année, le manuel de certification des établissements de santé V2010 prend en compte cette dimension (voir p. 12). Le ministère de la Santé souhaite aujourd'hui aller plus loin et lance une vaste démarche nationale de promotion de la bientraitance au plus près du terrain, avec de nombreux débats organisés en région. Elle se conclura par un grand colloque national courant 2011.



Dr Michel Schmitt

Médecin chef du pôle d'imagerie médicale du groupe hospitalier du Centre Alsace - hôpital Albert-Schweitzer, à Colmar, le Dr Michel Schmitt est également président du Conseil scientifique de l'Institut de développement de la qualité sociale (IDQS). Il est l'auteur d'une charte « Prévention la maltraitance - Tendre à la bientraitance ».



Dr Jean-François Cerfon

Médecin spécialiste en anesthésie et réanimation, le Dr Jean-François Cerfon est chef du service d'anesthésie et de réanimation chirurgicale pôle 3 (traumatologie, orthopédie et neurochirurgie) aux Hôpitaux civils de Colmar. Il est également président du conseil départemental de l'Ordre des médecins du Haut-Rhin et conseiller national.

En quoi avez-vous contribué à faire avancer les connaissances sur le thème de la maltraitance en établissements ?

Claire Compagnon :

En 2009, mon cabinet a réalisé une étude qualitative sur la maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé pour la Haute Autorité de santé. Elle visait, au travers des témoignages de patients, de leurs proches mais aussi des professionnels de santé, à qualifier la maltraitance, c'est-à-dire celle qui touche plus particulièrement les personnes en situation de fragilité et qui peuvent prendre la forme de négligences dans le quotidien, à étudier les droits des usagers particulièrement sensibles en matière

de maltraitance (le droit à l'information, le soulagement de la douleur et le respect de la dignité) et enfin à identifier les situations à risques (l'accueil aux urgences, le séjour en réanimation et l'arrêt des soins curatifs chez un patient en fin de vie).

Ces résultats ont été intégrés dans le manuel de certification V2010 des établissements de santé. Seule la loi a vocation à définir des droits. Le manuel de certification va veiller à identifier les situations où ces droits ne sont pas garantis. Enfin, des démarches de promotion de la bientraitance se mettent en place.

Qu'en pensent les professionnels ?

Claire Compagnon :

Les professionnels interrogés ont tous fait état de situation

Bon à savoir

- Selon l'Anesm, la posture professionnelle de bientraitance est « une manière d'être, d'agir et de dire soucieuse de l'autre, réactive à ses besoins et à ses demandes, respectueuse de ses choix et de ses refus ».
- Pour la première fois en 2010, le manuel de certification des établissements de santé (HAS - V2010) introduit des exigences en matière de bientraitance. www.has-sante.fr

de maltraitance « ordinaire » auxquels ils ont été confrontés dans leur pratique. Il relie ce phénomène à des facteurs essentiellement institutionnels : la proximité avec la souffrance et la mort, un encadrement parfois défaillant, des conditions de travail difficiles et des organisations rigides. Ils identifient plusieurs voies qui leur permettraient de construire une politique de bientraitance : un

engagement du management de l'établissement et des services invités à poser un cadre de référence clair, une meilleure identification des situations, la formation et la sensibilisation, la réflexion sur les pratiques et une évolution plus générale, soutenue par le reste de la société, vers une culture de la bientraitance.

Vous copilotez la mission lancée par le ministère de la Santé. En

CAHIER JURISPRATIQUE



n° 13 sommaire :

- **EXERCICE PROFESSIONNEL** Remplacements temporaires par des étudiants en médecine | 13
- **JURIDIQUE** Un nouveau décret sur l'usage du titre de psychothérapeute | 14
Attention aux annuaires professionnels ! | 15
Notification des décisions de suspension temporaire du droit d'exercer | 16
- **INSÉCURITÉ** Observatoire pour la sécurité des médecins : recensement national des incidents | 18
- **ÉLECTIONS** Élections régionales de l'Ordre des médecins | 20

Remplacements temporaires par des étudiants en médecine

..... Plusieurs agences régionales de santé ont contacté les conseils départementaux de l'Ordre concernant la délivrance des autorisations de remplacements aux étudiants en médecine.

Il convient de rappeler que l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 a modifié les dispositions de l'article L. 4131-2 du code de la santé publique en prévoyant que les autorisations de remplacement temporaire d'un médecin par un étudiant en médecine sont délivrées par le conseil départemental de l'Ordre et non plus

par le préfet. Depuis le 27 août 2005, il appartient donc bien aux conseils départementaux de délivrer eux-mêmes les autorisations de remplacement temporaire d'un médecin par un étudiant en médecine. Par ailleurs, c'est au médecin qui souhaite se faire remplacer de demander au conseil

départemental d'autoriser ce remplacement par un étudiant et de joindre à sa demande la licence de remplacement que ce dernier lui aura communiquée. Les conseils départementaux de l'Ordre doivent informer le directeur de l'agence régionale de santé des remplacements ainsi autorisés.

➤ **Caroline Héron, conseiller juridique**

Un nouveau décret sur l'usage du titre de psychothérapeute

..... Le décret n° 2010-534 du 20 mai 2010 relatif à l'usage du titre de psychothérapeute a été publié au *Journal officiel* du 22 mai 2010.

Ce texte prévoit que toute personne qui souhaite user du titre de psychothérapeute doit, préalablement à tout usage de ce titre, être inscrite sur une liste départementale des psychothérapeutes, établie par le préfet du département. L'ensemble de ces listes départementales constitue le registre national des psychothérapeutes. Le décret fixe les conditions de formation théoriques et pratiques en psychopathologie clinique que doivent remplir les médecins, les psychologues et les psychanalystes pour pouvoir être inscrits sur la liste départementale des psychothérapeutes et être autorisés à user du titre de psychothérapeute.

1/ Formation en psychopathologie clinique

1.1 Médecins qualifiés spécialistes en psychiatrie

Ces médecins bénéficient d'une dispense totale de formation en psychopathologie clinique.

1.2 Médecins non qualifiés en psychiatrie

Ces médecins doivent accomplir une formation théorique et pratique, dans un établissement de formation agréé par le ministre de la Santé, comprenant :

- 100 heures de formation relatives aux théories se rapportant à la psychopathologie ;
- 100 heures de formation relatives aux principales approches utilisées en psychothérapie ;
- 2 mois de stage pratique dans un établissement de santé public ou privé, au sein duquel ils n'exercent pas leur activité de médecin.

Le décret prévoit que le contenu de la formation théorique et pratique, les critères et modalités de son évaluation et les objectifs du stage seront définis dans un cahier des charges fixé par un arrêté conjoint des ministres chargés de la Santé et de l'Enseignement supérieur. Cet arrêté du 8 juin 2010 a été publié au *Journal officiel* du 12 juin 2010.

2/ Inscription sur la liste départementale des psychothérapeutes

Les médecins (psychiatres et non psychiatres) qui souhaitent user du titre de psychothérapeute devront adresser un dossier de demande d'inscription au directeur de l'agence régionale de santé comportant notamment :

- la copie d'une pièce d'identité ;
- une attestation d'obtention d'un diplôme de médecin

français ou européen ;

- pour les non-psychiatres : l'attestation de formation en psychopathologie clinique ;
- pour les psychiatres : une attestation d'obtention du titre de médecin spécialiste en psychiatrie ;
- le cas échéant, une attestation d'inscription au tableau de l'Ordre des médecins.

Le directeur de l'agence régionale de santé instruit la demande d'inscription et fait part de son avis au préfet dans un délai de 45 jours. Le silence gardé par le préfet à l'expiration d'un délai de 2 mois à compter de la réception du dossier complet vaut rejet de la demande d'inscription sur la liste des psychothérapeutes. Le décret prévoit que les modalités de présentation de la demande d'inscription et la composition du dossier seront fixées par arrêté du ministre chargé de la Santé. Cet arrêté du 9 juin 2010 a été publié au *Journal officiel* du 12 juin 2010.

» Caroline Héron, conseiller juridique

Attention aux annuaires professionnels !

..... Le Conseil national de l'Ordre des médecins alerte à nouveau les médecins sur des formulaires qui leur sont adressés par des sociétés proposant de mettre en ligne leurs coordonnées professionnelles.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins, depuis l'an 2000, attire l'attention des conseils départementaux sur ces sociétés, souvent basées à l'étranger, qui facturent leurs services pour un montant prohibitif. Cependant, le type de contrat proposé manquant intentionnellement de clarté, certains médecins se voyaient ensuite engagés dans un quasi-contrat. Le Cnom a alerté à plusieurs reprises les autorités françaises, et notamment la division internationale de la DGCCRF, pour faire cesser ces pratiques, dans le

cadre de la coopération administrative européenne, conformément à la directive 2005/39/CE relative aux pratiques commerciales déloyales des entreprises vis-à-vis des consommateurs dans le marché intérieur. Le Conseil national de l'Ordre des médecins recommande donc la plus extrême vigilance dans la lecture et l'examen de ces propositions d'insertion dans les annuaires professionnels;

Comment réagir après une signature inopportune ?

• **Si l'entreprise a son**

LES CONSEILS DE LA DGCCRF POUR NE PAS SE LAISSER PIÉGER OU POUR RÉAGIR

- Lire attentivement tous les documents qui vous parviennent pour éviter de remplir, signer et renvoyer un document sans savoir quel est son objet précis;
- Se méfier notamment des adresses d'entreprises situées à l'étranger, des boîtes postales et des enveloppes préimprimées pour la réponse;
- En cas de renvoi de ce document par erreur ou faute d'attention, ne pas se laisser intimider et réagir;
- Saisir la DDCCRF de votre département d'une plainte afin de lui donner une suite, soit sur la base de la publicité mensongère (si l'entreprise est située en France), soit dans le cadre de la coopération administrative internationale (si l'entreprise est domiciliée à l'étranger).

siège en France : il faut saisir la direction départementale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes d'une plainte, et contester le contrat par courrier recommandé auprès de la société;

• **Si l'entreprise a son siège hors de France :** il faut saisir le procureur de la République du lieu d'exercice du médecin contre la société en cause et contester le contrat par courrier recommandé auprès de la société.

» Adam Tornay, conseiller juridique

Déontologie : de nouveaux commentaires pour l'article 77

..... Le Conseil national de l'Ordre des médecins a publié de nouveaux commentaires pour l'article 77 du code de déontologie sur la permanence des soins.

« Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent », souligne l'article 77 (article R.4127-77 du code de la santé publique). « La

permanence des soins est une organisation collective confraternelle et mutualisée de la réponse à des demandes non programmées de soins. Elle implique tous les médecins quel que soit leur mode d'exercice

ou leur spécialité médicale, dès lors qu'ils ont une pratique dans le domaine du soin », précisent ses commentaires. Les modalités de participation à la permanence des soins peuvent être imposées par voie statutaire ou contractuelle aux médecins hospitaliers. Dans l'exercice libéral, les médecins satisfont à ce devoir sur la base du volontariat et de la confraternité.

Notification des décisions d'inscription, d'autorisation de remplacement, de suspension temporaire du droit d'exercer

..... Le décret n° 2010-344, publié au *Journal officiel* du 1^{er} avril 2010 en application de la loi HPST, comporte des modifications concernant la notification des décisions d'inscription et des autorisations de remplacement. Le directeur de l'agence régionale de santé est substitué au Préfet.

1/ Notification des décisions d'inscription

(article R. 4112-4 du code de la santé publique)

Les décisions prises en matière d'inscription, qu'elles le soient par le conseil départemental de l'Ordre ou en appel par le conseil régional, doivent être notifiées dans la semaine, par lettre recommandée avec avis de réception :

- à l'intéressé;
- au Conseil national de l'Ordre;
- au **directeur de l'agence régionale de santé**;
- à l'autorité compétente de l'État membre ou partie d'origine et, le cas échéant, à l'État membre ou partie de provenance ainsi qu'à l'État membre ou partie d'accueil connus à la date de notification.

Lorsqu'une décision de refus d'inscription est prise concernant un médecin en situation de transfert, cette décision doit en outre être notifiée aux organismes

d'assurance maladie du régime général, de la mutualité sociale agricole et du régime social des indépendants. Concernant les SEL et les SCP, les décisions prises en matière d'inscription doivent être notifiées, sans délai, par lettre recommandée avec avis de réception :

- à chacun des associés;
- au conseil national de l'Ordre;
- au **directeur de l'agence régionale de Santé**;
- aux organismes d'assurance maladie du régime général, de la mutualité sociale agricole et du régime social des indépendants.

2/ Autorisations de remplacement

(article L. 4131-2 du code de la santé publique)

Les conseils départementaux doivent informer le **directeur de l'agence régionale de santé** :

- des autorisations de remplacement d'un

médecin par un étudiant en médecine;

- des autorisations d'exercice en qualité d'adjoint d'un médecin, en cas d'afflux exceptionnel de population, constaté préalablement par un arrêté du représentant de l'État dans le département.

3/ Communication du tableau départemental

(article R. 4112-6 du code de la santé publique)

Le tableau départemental doit être transmis chaque année au mois de janvier à l'agence régionale de santé pour être communiqué aux mairies et pharmacies du département.

4/ Suspension du droit d'exercer d'un médecin en cas d'état pathologique

(articles R. 4124-3 et suivants du code de la santé publique)

- Saisine du conseil régional

En cas d'infirmité ou

d'état pathologique rendant dangereux l'exercice de la profession de médecin, le conseil régional peut être saisi :

- soit par une délibération du conseil départemental ou du conseil national;
- soit par le **directeur de l'agence régionale de santé**.

- Notification

La décision du conseil régional doit être notifiée, par lettre recommandée avec avis de réception :

- au médecin intéressé ;
- au conseil départemental;
- au conseil national;
- au **directeur de l'agence régionale de santé**;
- à l'autorité compétente de l'État membre ou partie d'origine et, le cas échéant, à l'État membre ou partie de provenance ainsi qu'à l'État membre ou partie d'accueil connus à la date de notification.

Par ailleurs, le conseil régional doit informer

les organismes d'assurance maladie du régime général, de la mutualité sociale agricole et du régime social des indépendants des décisions de suspension d'exercice.

4.3 / Procédure de suspension en cas d'urgence

Selon l'article L. 4113-14 du code de la santé publique en cas d'urgence, lorsque la poursuite de son exercice par un médecin expose les

patients à un danger grave, le **directeur de l'agence régionale de santé** :

- prononce la suspension immédiate du droit d'exercer pour une durée maximale de cinq mois;
- en informe immédia-

tement le conseil départemental de l'Ordre des médecins; - et saisit sans délai le conseil régional lorsque le danger est lié à l'infirmité ou à un état pathologique, ou la chambre disciplinaire dans les autres cas.

» Caroline Héron, conseiller juridique

Actualités juridiques

Engagement à temps plein des assistants des hôpitaux

L'assistant qui s'engage à exercer à temps plein dans un établissement public de santé pendant deux ans bénéficie d'une prime d'un montant brut de 5329,34 euros et de 10658,70 euros s'il s'engage pour quatre ans. Attention, cette prime ne peut être perçue qu'une seule fois. Ainsi, l'assistant qui souscrit deux contrats de deux ans ne percevra la prime que pour le premier contrat. Il est alors préférable pour lui de souscrire un contrat de 4 ans afin de percevoir la prime correspondant à la période d'engagement de 4 ans.

Prescription d'appareils médicaux par les neurochirurgiens

Le décret n° 2010-332 du 24 mars 2010 relatif à la prise en charge de certains appareils médicaux modifiant l'article R. 165-27 du code de la sécurité sociale exclut désormais les neurochirurgiens de la prescription de ces appareils. Leur compétence dans ce domaine n'ayant jamais

été remise en cause, le Conseil national de l'Ordre a demandé à la ministre de la Santé l'intégration des neurochirurgiens dans le décret afin de leur permettre de continuer d'effectuer des prescriptions qu'ils faisaient jusque-là. À défaut, un recours contentieux contre ce décret sera envisagé.

Secret professionnel et formulaire d'AT-MP

En matière de risques professionnels, les médecins sont amenés à rédiger des certificats décrivant les lésions qu'ils constatent à l'occasion d'un accident du travail (AT) ou d'une maladie professionnelle (MP). Aussi, les articles L. 441-6 et L. 461-5 du code de la sécurité sociale prévoient une dérogation au secret professionnel.

Rappelons toutefois aux médecins que seules les lésions strictement en rapport avec l'AT ou la MP doivent figurer sur ces certificats. En effet, outre l'organisme d'assurance maladie gestionnaire, l'employeur peut avoir connaissance de ces certificats médicaux, en application de l'article R. 441-13 du code de la sécurité sociale.

Le médecin ne doit pas y mentionner une affection concomitante ou intercurrente à l'AT ou à la MP dans la rubrique du certificat médical consacrée aux « éléments d'ordre médical justifiant, le cas échéant, les sorties sans restriction d'horaire ou la reprise d'un travail léger » (formulaire S6909 b, Cerfa n° 11138*02).

Observatoire pour la sécurité des médecins :

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

Événement survenu le :

L M M J V S D ____ / ____ / 20____ , à _____ heures.

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

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

Qui est la victime de l'incident ?

Vous-même

Un collaborateur

Autre (à préciser)

Qui est l'agresseur ?

Patient

Personne accompagnant le patient

Autre (à préciser)

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

Quel est le motif de l'incident ?

Un reproche relatif à un traitement

Un temps d'attente jugé excessif

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

Le vol

Autre (à préciser)

Pas de motif particulier

Atteinte aux biens

Vol

Objet du vol : _____

Vol avec effraction

Acte de vandalisme

Autre (à préciser)

Atteinte aux personnes

Injures ou menaces

Coups et blessures volontaires

Intrusion dans le cabinet

Autre (à préciser)

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

recensement national des incidents

IDENTIFICATION DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL



Vous êtes médecin spécialiste en _____ (à compléter)

Vous êtes une femme un homme

Cet incident a eu lieu...

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

Au cabinet

Ailleurs (à préciser)

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

Établissement public Établissement privé

Dans un service d'urgence

Ailleurs (à préciser)

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

À préciser :

À la suite de cet incident, vous avez :

Déposé une plainte

Déposé une main courante

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

Oui :
(Indiquer le nombre de jours)

Non

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

Oui

Non

L'incident a eu lieu...

En milieu rural

En milieu urbain, en centre-ville

En milieu urbain, en banlieue

Déclaration d'incident

remplie le ____ / ____ / 20 ____

Je désire rencontrer un conseiller départemental

ÉLECTIONS RÉGIONALES DE L'ORDRE DES MÉDECINS

..... **Les conseils régionaux de Champagne-Ardenne, du Languedoc-Roussillon et des Pays de la Loire de l'Ordre des médecins vont procéder le mardi 7 décembre 2010 à une élection complémentaire pour combler les sièges vacants.**

POSTES À POURVOIR POUR LE CONSEIL RÉGIONAL DE CHAMPAGNE-ARDENNE :

- Pour le département des Ardennes :
2 postes de suppléant
- Pour le département de la Marne :
1 poste de suppléant

POSTES À POURVOIR POUR LE CONSEIL RÉGIONAL DU LANGUEDOC -ROUSSILLON :

- Pour le département du Gard :
3 postes de suppléant
- Pour le département des Pyrénées-Orientales :
1 poste de suppléant
- Pour le département de l'Hérault :
1 poste de suppléant

POSTES À POURVOIR POUR LE CONSEIL RÉGIONAL DES PAYS DE LA LOIRE :

- Pour le département du Maine-et-Loire :
3 postes de suppléant
- Pour le département de la Vendée :
2 postes de suppléant
- Pour le département de la Sarthe :
1 poste de suppléant

Acte de candidature

Les candidats se font connaître, par lettre recommandée avec accusé de réception, auprès du président du conseil régional de l'Ordre des médecins dans le délai de deux mois à trente jours avant la date de l'élection. **La candidature doit être parvenue au conseil régional au plus tard le 8 novembre 2010 à 16 heures.**

La candidature peut également être déposée, dans le même délai, au siège du conseil régional. Il en sera donné récépissé.

Toute candidature parvenue au conseil après l'expiration de ce délai n'est pas recevable, le cachet de la poste ne sera pas pris en compte

Chaque candidat doit indiquer ses nom et prénom, son adresse, ses titres, son mode d'exercice et, le cas échéant, sa qualification professionnelle et ses fonctions dans les organismes professionnels (article R. 4124-1 du code de la santé publique).

Le candidat devra également indiquer le siège du département auquel il se présente car chaque département élit au conseil régional son ou ses représentants suppléants

La déclaration de candidature doit être revêtue de la signature du candidat.

Le candidat peut joindre à l'attention des électeurs une profession de foi selon les dispositions de l'article R. 4123-2 du code de la santé publique : « Celle-ci rédigée en français sur une seule page de format 210 x 297 mm (A4),

en noir et blanc, ne peut être consacrée qu'à la présentation du candidat au nom duquel elle est diffusée et à des questions entrant dans le champ de compétence de l'ordre en application de l'article L. 4121-2 ».

Éligibilité

Sont éligibles les médecins inscrits au tableau d'un des conseils départementaux concerné par l'élection, de nationalité française ou ressortissant de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen inscrits à l'ordre depuis au moins trois ans (article L. 4123-5 du CSP) et à jour de leur cotisation ordinale (article R. 4125-1 du CSP).

Ne sont pas éligibles les praticiens faisant ou ayant fait l'objet d'une sanction disciplinaire définitive et non amnistiée prononcée conformément à l'article L. 4124-6 du code de la santé publique ou à l'article L.145-2 du code de la sécurité sociale.

Électeurs

Sont électeurs les membres titulaires des conseils départementaux du ressort de la région et concernés par l'élection (article R. 4124-1, alinéa 5, du code de la santé publique).

Le vote

Il a lieu par correspondance et est adressé obligatoirement au siège du conseil régional de l'Ordre des médecins. Il peut y être déposé. Il prendra fin le **mardi 7 décembre 2010 à 18 heures**. Tout bulletin parvenu après cette date est nul.

Le dépouillement

Il est public et aura lieu le **mardi 7 décembre 2010 à 18h01 :**

➤ au siège du conseil régional de Champagne-Ardenne de l'Ordre des médecins,
3, rue de la Potière, 51450 Bétheny

➤ au siège du conseil régional du Languedoc-Roussillon de l'Ordre des médecins,
Maison des professions libérales, parc du Millénaire,
285, rue Alfred-Nobel, 34000 Montpellier

➤ au siège du conseil régional des Pays de la Loire de l'Ordre des médecins,
44, rue de Gigant, 44100 Nantes



Claire Compagnon

Claire Compagnon, spécialiste en droit de la santé, fondatrice d'un cabinet de conseil en politiques de santé et co-auteur du rapport sur la maltraitance ordinaire dans les établissements de santé.

quoi la charte rédigée au sein de votre pôle hospitalier peut-elle avoir valeur d'exemple ?

D' Michel Schmitt :

Cette charte est née dans un contexte bien particulier. Le pôle d'imagerie médicale que je dirige est issu du regroupement administratif, en 1997, de trois établissements ayant des niveaux d'activité, des cultures et des traditions différentes. Comment fédérer des équipes auparavant concurrentes et éviter de mettre en place une « usine de soins » ?

Pour recentrer l'équipe sur les valeurs fondamentales du soignant, un groupe de travail a été mis en place. Il regroupait à parité professionnels et représentants des patients et avait pour mission de relever les valeurs partagées par

l'équipe, de lister les conduites inacceptables puis de rédiger la trame d'une charte qualité déclinée en fiches techniques immédiatement applicables. Par exemple, comment gérer l'attente des patients hospitalisés, communiquer avec les personnes soignées lors d'examens lourds ou d'actes invasifs, optimiser les annonces diagnostiques des cancers ou maladies graves et respecter la pudeur et l'intimité ? Les délais de rendez-vous ont également été réduits de façon majeure (1,5 jour au scanner pour 14 587 actes annuels) ainsi que la transmission des résultats, passée de trois jours à moins de neuf heures. Des documents sont remis aux patients leur expliquant les examens envisagés afin de recueillir leur

consentement éclairé et répondre à leur attente. Mais surtout, la mentalité des professionnels a changé, empreinte du respect dû à la personne soignée, riche de ses valeurs, de son humanité et de son environnement. Cette démarche participative de réflexion sur le sens du soin et les valeurs du soignant peut être reprise et adaptée par tout service ou établissement. Les membres de la communauté soignante, toutes activités confondues, ne seront cependant efficacement « bientraitants » que s'ils se sentent eux-mêmes « bientraités ». Un vaste champ de réflexion s'ouvre à nous.

Comme conseiller national de l'Ordre, que pensez-vous de la démarche du ministère ?

D' Jean-François Cerfon :

C'est une initiative intéressante. L'Ordre des médecins, garant de la relation médecin/patient, ne peut qu'y souscrire tant la bienveillance implique des notions qui rejoignent les principes de notre code de déontologie. Le médecin doit apporter à ses patients des soins dévoués, respectueux, conformes aux données de la science et compétents. En effet, un soin ne peut être bientraitant que s'il est exercé avec compétence,

qualité essentielle qu'un patient puisse avant tout attendre d'un acte médical ! En fait, ce néologisme de bienveillance, par opposition à la maltraitance, relève du pléonasme en matière de soins dont on attend naturellement qu'ils soient exercés avec bienveillance dans le respect de la personne et de sa dignité, principes moraux qui ont toujours été la base de l'exercice médical. Mais ces dernières années, du fait de la pluralité des intervenants, de l'irruption de la technologie, et surtout de la rationalisation certes nécessaire des coûts de santé, la perception de cette exigence de bon sens s'est malheureusement un peu émoussée. La bienveillance doit se concevoir comme une recherche permanente de qualité relationnelle et de compétence qui doit nous guider dans nos pratiques et faire l'objet d'une démarche d'auto-évaluation. Attention cependant à ne pas tomber dans l'injonction, voire la culpabilisation des soignants déjà trop souvent accablés. La notion de bienveillance doit être perçue comme un principe moral régulateur et non comme un reproche fait aux soignants. D'autant qu'à l'inverse, les cas d'incivilités vis-à-vis des soignants et des médecins ne sont pas exceptionnels.



Fin de vie :

la loi Léonetti, cinq ans après

Depuis le vote de la loi Léonetti sur la fin de vie, l'article 37 du code de déontologie médicale a été réécrit par le Conseil national de l'Ordre des médecins. Ce travail a permis de clarifier bien des situations et de faciliter l'expression de la volonté des patients. Cinq ans après la promulgation de la loi, des avancées sont constatées sur le terrain, mais la « culture palliative » fait encore défaut.



Vincent Humbert, Chantal Sébire... Ces noms sont restés dans les esprits, associés à des affaires fortement médiatisées autour d'un sujet très sensible : la fin de vie. Après l'affaire Vincent Humbert, Jean Léonetti, alors député, a été chargé de réfléchir à un texte législatif. Objectif : proposer des réponses aux situations les plus complexes et réfléchir aux moyens d'instituer un droit au « laisser mourir ». La loi sur « les droits des malades en fin de vie », qui a vu le jour le 22 avril

2005, stigmatise l'« obstination déraisonnable », autre expression pour l'acharnement thérapeutique. Certes, celui-ci est banni depuis toujours dans l'article 37 du code de déontologie médicale. Mais face aux prouesses technologiques des dernières décennies, la tentation de maintenir un malade en vie à tout prix, parfois de manière artifi-

cielle, se profile parfois. D'où l'intérêt de ce rappel. De plus, avec la loi Léonetti, les malades ont le droit de refuser un traitement, et les médecins se doivent de lutter efficacement contre la douleur, même s'il existe un risque de hâter la mort du patient (article 2). Les praticiens peuvent aussi limiter ou arrêter un traitement ; mais une telle déci-

POINT DE VUE de l'Ordre



« Nous sommes dans une philosophie du soin »

D^r Piernick Cressard,

président de la section Éthique et Déontologie

« Ce n'est pas parce que les personnes ne s'expriment pas qu'elles ne souffrent pas »

D^r Cressard

La loi Léonetti n'est pas toujours facile à appliquer, nous en sommes conscients. La mort est un sujet difficile, qui met les médecins mal à l'aise, qui les confronte aux proches, à la famille, qui les renvoie aussi à leur propre finitude... Dans certaines situations – je pense au médecin libéral à la campagne, relativement isolé, ou aux hôpitaux locaux en manque d'effectifs –, comment mettre en place la procédure collégiale ? Les confrères ont intérêt à s'appuyer sur les réseaux de soins palliatifs. Rappelons que la loi Léonetti implique, pour un patient sans espoir d'amélioration thérapeutique, la création d'un collège médical avant de prendre toute décision. Ce collège doit comprendre au moins deux confrères – dont un consultant extérieur, qui ne connaît pas le patient, chargé de recueillir l'avis de la famille, des soignants... Le médecin traitant ou celui du service est trop proche du patient, médicalement et affectivement, pour prendre une telle décision tout seul. L'idéal est que trois médecins se concertent. Si une décision est prise de manière collégiale, c'est le médecin seul qui l'inscrit dans le dossier et qui

reste donc responsable. La fin de vie fait toujours planer une menace médico-légale sur les soignants... Mais la loi légitime certaines situations de fait, qui avaient lieu avant 2005, et protège en partie les médecins.

L'article 37 du code de déontologie se pense conjointement avec l'article 38, qui rappelle l'interdiction de provoquer délibérément la mort et la nécessité d'accompagner la personne jusqu'à son dernier souffle. Le serment d'Hippocrate stipule que le médecin doit soulager la souffrance, mais qu'il est interdit de donner la mort. Nous sommes dans une philosophie du soin. La barrière ultime, c'est l'article 38. Les médecins sont tenus de respecter le code de déontologie médicale, qui fait partie du code de santé publique. Ils ne peuvent pas être soumis aux aléas de la pensée sociétale... Un groupe de sénateurs a demandé récemment un changement de la loi pour y intégrer l'aide active à mourir. Mais qu'en est-il de l'éthique médicale dans ce cas ? On ne peut pas demander à un médecin de participer à quelque chose qui n'est plus de l'ordre du soin...



©Getty images

EN CHIFFRES

4028

lits de soins palliatifs

et 337 équipes mobiles fin 2007. Objectif fixé par le président de la République en mai 2007 : doubler la prise en charge.

d'une personne de confiance et la rédaction de « directives anticipées » (article 7). Chacun peut ainsi exprimer par avance ses souhaits sur la conduite à tenir lorsqu'il sera confronté à sa fin de vie.

Première réécriture de l'article 37

Ces modifications ont requis une révision de l'article 37 du code de déontologie, pour y préciser les conditions d'exercice de la procédure collégiale. Le Conseil national de l'Ordre a travaillé dans ce sens avec Jean Léonetti. « *Après avoir recueilli de nombreux avis, nous avons rédigé un texte qui a été validé par le Conseil d'État, la Chancellerie et le ministère de la Santé* », se souvient le Dr Piernick Cressard, président de la section Éthique et déontologie. La nouvelle

sion doit être prise dans un cadre précis, celui de la procédure collégiale, qui est définie par la loi. Au moins deux médecins, dont un consultant, qui ne connaît pas le patient, doivent se concerter. Il leur faut également prendre en compte l'avis des proches et de la personne de confiance. La procédure collé-

giale s'impose également lorsque le patient est inconscient ou dans l'incapacité d'exprimer sa volonté – dans le cas des personnes handicapées mentales, par exemple. Par ailleurs, la loi renforce l'expression de la volonté du patient, soit directement auprès des professionnels, soit par la désignation

Initiative



Dr Noëlle Vescovali, neurologue

➤ Le Pallium, dans les Yvelines « Un réseau de soins palliatifs évite

« C'est en 2000 que le réseau le Pallium est né, à l'initiative de professionnels de santé libéraux du sud des Yvelines », relate la directrice, le

Dr Noëlle Vescovali. Objectifs : rompre l'isolement des soignants face à des patients vulnérables, coordonner les prises en charge sur un territoire et pallier le manque de formation. Aujourd'hui, tous les professionnels de santé libéraux font partie du réseau, mais aussi les hôpitaux, les maisons de retraite, les foyers pour personnes handicapées, les coordinations gérontologiques, les associations d'auxiliaires de vie, les services d'assistance sociale... Tout nouveau patient du réseau est vu

par l'équipe de coordination, en présence du médecin traitant. Le Pallium rassemble ensuite autour du malade une équipe soignante complète de proximité, avec le médecin traitant.

Permanence téléphonique 24 heures sur 24

En association avec quatre autres réseaux de soins palliatifs du département, le Pallium propose aux 100 patients inclus dans sa file active une permanence téléphonique 24 heures sur 24. Au bout du fil, des médecins déclenchent la venue éventuelle de confrères au domicile, ou donnent des conseils pour gérer la douleur, ajuster un matériel, soutenir les familles... « *Aujourd'hui, tous les médecins*

libéraux du sud des Yvelines nous connaissent. Des enquêtes montrent que le réseau leur est indispensable pour accompagner les patients vulnérables lors d'une longue maladie, en fin de vie, ou dans une passe difficile au cours d'une maladie chronique », note Noëlle Vescovali. Dans les cas complexes, le médecin du réseau élabore des préconisations thérapeutiques. « *Notre service rendu s'adapte aux besoins du médecin, ajoute la directrice du Pallium. Parfois, les médecins généralistes nous interpellent pour une aide à la décision. Nous organisons alors une réunion interdisciplinaire. En cas de procédure collégiale, je suis le médecin extérieur.* » Le réseau organise des formations fréquentes

version de l'article 37 a été entérinée par le décret n° 2006-120 paru au *Journal officiel* le 6 février 2006.

Deuxième réécriture : prendre en compte les cérébro-lésés et les prématurés

Mais l'article 37 ainsi formulé ne répondait pas à certaines situations : cérébro-lésés, traumatisés crâniens, prématurés... « *Ce n'est pas parce que les personnes ne s'expriment pas qu'elles ne souffrent pas. On peut avoir des perceptions, même en état de coma, comme plusieurs expériences l'ont montré* », arguè le D^r Cressard. Après avoir tenu un séminaire de réflexion sur ce sujet, le Cnom a adopté, en février 2009, une deuxième réécriture de l'article 37, qui ajoute l'expression suivante :



La loi nous a permis de cadrer les pratiques en matière de réanimation pédiatrique.

©BSPF

des burn out »

(douleur, accompagnement, deuil, relation d'aide...). De nombreuses sessions de six heures dédiées à la loi Léonetti sont proposées.

« *Je pense qu'un réseau de santé améliore et fluidifie le parcours de soins des patients ; il permet que le patient reste chez lui, commente le D^r Vescovali. Il évite le burn out des soignants.* »

Aujourd'hui, le Pallium évolue vers un réseau de santé territorial, dédié aux soins palliatifs principalement mais aussi à la gériatrie, à la cancérologie, au handicap. La prise en charge sociale et médico-sociale est privilégiée.

Contact : www.lepallium.fr
Tél. : 01 30 13 06 33

“ Mieux protéger patients et équipes soignantes ”

Thierry Blanc,
responsable de l'unité de réanimation
néonatale et pédiatrique au CHU de Rouen

témoignage

“ Dans notre service, nous prenons en charge des prématurés à partir de 25 semaines, et des enfants jusqu'à l'âge de 16 ans. Lorsque nous nous demandons, dans certaines situations, si la poursuite des soins se justifie ou non, nous menons deux démarches en parallèle : d'une part, le médecin référent de l'enfant recueille l'avis des parents ; d'autre part, nous organisons une réunion éthique avec l'ensemble des médecins des unités de réanimation et de néonatalogie, des infirmières - au minimum l'infirmière référente de l'enfant -, une auxiliaire-puéricultrice, le cadre de santé, un psychologue, ainsi que des médecins experts extérieurs au service (radiologue, électrophysiologiste...). Parfois, la décision est prise d'emblée lors de cette première rencontre ; dans d'autres situations plus difficiles, du temps et d'autres réunions sont nécessaires. Ces pratiques étaient en déjà en vigueur avant 2005 dans notre service, mais la loi a permis de les avaliser, de nous aider à mieux cadrer cette réflexion et, sûrement, de mieux protéger patients et équipes soignantes. ”

Bon à savoir

UN CONGÉ POUR LES ACCOMPAGNANTS À DOMICILE

C'était une des propositions de la mission d'évaluation de la loi Léonetti, réalisée fin 2008 : permettre aux proches de prendre un congé pour accompagner la fin de vie d'un patient. Une proposition de loi adoptée en février 2010 institue une allocation de 49 euros par jour, pendant 21 jours au maximum, pour l'accompagnement d'un proche à domicile (et non à l'hôpital). L'allocation sera attribuée à une personne de l'entourage (ascendant, descendant, frère, sœur, personne de confiance...) d'un malade « en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, qu'elle qu'en soit la cause ». La mesure pourrait concerner environ 20 000 personnes par an, pour un coût estimé à 20 millions d'euros. Le décret est en attente.

LES TEXTES DE LOI

- **Loi n° 2005-370** du 2 avril 2005 relative aux droits des malades en fin de vie
- **Décret n° 2006-119** du 6 février 2006 relatif aux directives anticipées
- **Décret n° 2006-120** du 6 février 2006 relatif à la procédure collégiale
- **L'article 37** du code de déontologie, qui se traduit dans le code de santé publique par l'article R. 4127-37.

EN CHIFFRES

230

millions d'euros

C'est le montant mobilisé, sur le budget de l'assurance maladie, pour le programme de développement des soins palliatifs 2008-2012.

« lorsque la souffrance du patient ne peut être évaluée du fait de son état cérébral ». Un décret paru le 29 janvier 2010, qui modifie le code de santé publique, valide cette version. Une modification bienvenue, comme en témoigne le Dr Véronique Brossard, pédiatre au service de réanimation néonatale au CHU de Rouen : « Nous sommes confrontés à de grands prématurés qui, par définition, ne sont pas en capacité d'exprimer leur souffrance. L'article 37 nouvellement rédigé légitime les pratiques de limitation ou d'arrêt des traitements que nous mettons en œuvre dans certains cas, lorsque l'état de l'enfant s'aggrave sur tous les plans. »

Un programme national de développement des soins palliatifs

Comment la loi Léonetti est-elle appliquée sur le terrain ? En 2008, une mission d'évaluation menée par Jean Léonetti a souligné des insuffisances dans sa mise en œuvre. Elle préconise de mieux faire connaître la loi et de recenser les pratiques menées sur le terrain via un observatoire. Au même moment, fin 2008, le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) a émis un avis critique, pointant plusieurs freins au développement des soins palliatifs : insuffisance du nombre de lits dédiés, pénurie de personnel soignant, besoin de formation des médecins, risques de dérives liés à la tarification à l'activité (T2A)... Un programme de développement des soins palliatifs a alors été mis en place par le gouvernement. Portant sur la période 2008-2012, il est coordonné par le Dr Régis Aubry, responsable de l'unité de soins

palliatifs au CHU de Besançon (lire « Point de vue extérieur »), et a déjà donné lieu à plusieurs mesures. Ce programme prévoit notamment un développement des réseaux de soins palliatifs, une intensification de la formation des soignants, des interventions d'équipes mobiles, des expérimentations de maisons d'accompagnement pour les patients...

S'appuyer sur les réseaux de soins

Une meilleure prise en charge de la fin de vie passe en effet par des partenariats, avec les équipes mobiles des CHU, mais aussi avec les réseaux de soins palliatifs, au nombre de 110 à ce jour. « Les approches cloisonnées et verticales sont encore trop prégnantes, estime le Dr Régis Aubry. Les médecins ont tout intérêt à s'appuyer sur les réseaux de soins qui disposent de moyens humains, des compétences et proposent une approche interdisciplinaire qui est précieuse ».

Pour en savoir plus

- www.conseil-national.medecin.fr - Rubrique code de déontologie médicale
- www.sfap.org : site de la société française d'accompagnement et de soins palliatifs
- www.travail-solidarite.gouv.fr pour lire le programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012

POINT DE VUE extérieur



©Gara/Phanie

interview

Cinq après la promulgation de la loi Léonetti, comment celle-ci est-elle appliquée sur le terrain ?

Régis Aubry : Depuis 2008, nous constatons une meilleure connaissance de la loi. Toutefois, pour une personne gravement malade, rédiger des directives anticipées, désigner une personne de confiance restent des actes compliqués... Quant à la collégialité, elle semble de plus en plus s'inclure dans les pratiques, en particulier dans les services de réanimation et de cancérologie. L'Observatoire de la fin de vie, qui a été créé en février dernier, permettra de recenser plus précisément les pratiques autour de la fin de vie.

L'avis du CCNE était critique sur la tarification à l'activité, peu adaptée aux soins palliatifs. Où en est-on aujourd'hui ?

R. A. : Le bureau de la T2A au ministère de la Santé a modifié la tarification des soins palliatifs. Jusque-là, ils étaient enclos

“ Notre société a du mal à appréhender la fin de vie ”

D^r Régis Aubry, responsable de l'unité de soins palliatifs au CHU de Besançon, coordonnateur national du programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012

dans des durées de séjour très limitées. Désormais, la limite haute a été repoussée à 35 jours, ce qui permet un meilleur accompagnement. Mais les questions suivantes restent en suspens : comment valoriser l'acte intellectuel et le temps de la réflexion éthique, souvent collégiale ? Comment valoriser l'accompagnement de la souffrance d'une personne atteinte d'une maladie grave, évolutive, confrontée à la perspective de sa mort ?

Que prévoit le programme national de développement des soins palliatifs en matière de formation et de recherche ?

R. A. : Il est prévu de créer dix postes de professeurs associés pour préfigurer une véritable filière universitaire. Via les USP (unités de soins palliatifs), les centres de recherche clinique vont être mobilisés pour développer la recherche en soins palliatifs. En matière de formation initiale, la réforme des études en santé doit permettre l'intégration de la démarche palliative dans la pratique des professionnels de santé. Les stages de deuxième cycle pourraient être l'occasion pour les étudiants d'analyser les pratiques à l'aune de l'éthique. En troisième cycle, nous envisageons d'inclure un

module « éthique, fin de vie/soins palliatifs » dans les DES de médecine générale, de cancérologie, de neurologie et de gériatrie. Il s'agit d'enseigner non pas les soins palliatifs mais la démarche : les techniques pour atténuer la douleur, certes, mais aussi le travail en équipe, l'approche relationnelle et éthique... Enfin, un DPC (développement professionnel continu) va être expérimenté : il portera sur l'analyse de situations vécues, à forte densité éthique, pour approcher le travail interdisciplinaire avec les infirmières, les psychologues, les kinésithérapeutes, les médecins hospitaliers et libéraux...

La société française est-elle prête à entendre parler de la fin de vie ?

R. A. : Pas encore, à mon sens... La non-connaissance et la non-application de la loi témoignent d'une difficulté de la société tout entière à appréhender la fin de vie. C'est un sujet tabou, comme la vieillesse, perçue comme un problème encombrant... Or, « vivre, c'est naître, grandir et mourir », comme le disait Françoise Dolto. Une brochure d'information sur les soins palliatifs a été diffusée par l'INPES auprès du grand public, et un film, *Les Yeux ouverts*, cofinancé par le programme, va sortir en novembre 2010.

Association France Parkinson

Sortir la maladie de l'ombre



150000 personnes

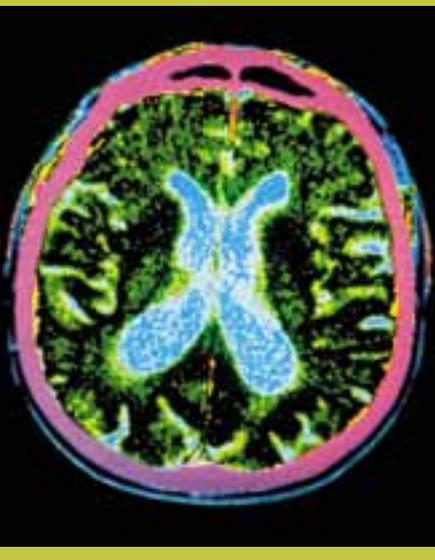
en France sont atteintes de la maladie de Parkinson. On dénombre environ 10000 nouveaux cas par an. Cette pathologie fait partie des 30 maladies chroniques classées « affection longue durée » par la Haute Autorité de santé.

58 ans

C'est l'âge moyen auquel se déclare la maladie de Parkinson. Elle touche 1,5 % de la population de plus de 65 ans. Mais 10 % des personnes concernées ont moins de 50 ans.

10000 adhérents et donateurs

à l'association France Parkinson, créée en 1984 par le professeur Yves Agid, neurologue. 300 bénévoles sont actifs dans les 60 comités locaux : une présence de proximité dans la France entière.



©GIL/SPH/Phanie

Depuis trente ans, France Parkinson poursuit inlassablement quatre objectifs : soutenir, accueillir et assister les malades et leurs aidants ; informer sur la maladie, les traitements et les aides ; sensibiliser l'opinion et les pouvoirs publics ; et enfin dynamiser la recherche. « *La maladie de Parkinson isole*, explique Mathilde Laederich, directrice de France Parkinson. *Notre priorité : mettre tout en place pour donner aux malades l'occasion et les moyens de sortir de leur isolement, en renforçant notamment le lien avec les intervenants médicaux et sociaux.* » Un isolement

qui progresse généralement au rythme de cette maladie neurodégénérative évolutive et chronique, qui touche surtout le contrôle des mouvements. Au départ, la maladie de Parkinson affecte une structure de quelques millimètres située à la base du cerveau, composée de neurones, dits dopaminergiques. Leur fonction est de fabriquer et libérer la dopamine, un neurotransmetteur indispensable au contrôle des mouvements du corps. Au fil du temps, ces neurones disparaissent progressivement. Le diagnostic est simple en la présence de deux des trois symptômes suivants : la lenteur du mouvement, un tremblement unilatéral au repos de la main et/ou du pied, et la raideur. Mais des signes non typiques très divers tels que fatigue, dépression, douleur... peuvent également être significatifs. Aujourd'hui, les causes de la maladie sont encore méconnues. Si de nombreux traitements existent, aucun n'est capable d'apporter une rémission totale.

Être au plus près des patients

Pour mettre fin à l'isolement des malades, France Parkinson mise sur la communication. Elle publie une revue trimestrielle, *L'Écho*, diffusée à 14000 exemplaires, aux patients et aux professionnels. Elle permet à tous de suivre les progrès

dans la connaissance scientifique de la maladie. Tout récemment, elle a également relooké entièrement son site Internet. Plus complet, il présente aujourd'hui des informations détaillées sur les droits des malades : la prise en charge des traitements, les démarches pour obtenir des aides financières et matérielles, l'emploi. Tous les textes sur la partie médicale sont signés par le comité scientifique de l'association. « *Il est très important pour nous de communiquer sur les connaissances scientifiques liées à la maladie. Cela participe de l'éducation thérapeutique des patients*, explique la directrice de l'association. *Chacun possède un ensemble de symptômes qui évoluent dans le temps d'une manière individuelle. Les malades et leur entourage doivent s'adapter en permanence aux traitements et se tenir informés.* » Au-delà de ces outils de communication, la relation humaine, le soutien, figurent au cœur des activités de l'association. France Parkinson assure des permanences téléphoniques et accueille les malades et leurs familles dans une soixantaine de comités locaux. Ces structures locales organisent dans leur département des réunions d'information et d'expression, généralement animées par un psychologue, et des activités diverses. Il y en a pour tous les goûts : aquagym, gymnastique, sophrologie, marche,

théâtre, poterie... Objectifs : limiter le handicap et développer le potentiel du malade.

Renforcer la formation et maintenir la pression

L'association intervient également au niveau du corps médical, en lui proposant des formations abordant les spécificités méconnues de la maladie. Ainsi, le 17 septembre, 600 paramédicaux (kinésithérapeutes, orthophonistes...) se sont réunis au ministère de la Santé pour un séminaire sur le thème de la rééducation.

Autre chantier, et non des moindres : la sensibilisation des pouvoirs publics. Pour faire entendre la voix des patients, France Parkinson a organisé le 12 avril dernier, à l'occasion de la Journée mondiale de Parkinson, les premiers États généraux. Cette grande concertation nationale a réuni malades et professionnels pour améliorer la prise en charge, et a permis la rédaction d'un Livre blanc.

Soutenir la recherche

Enfin, la recherche est un axe majeur. France Parkinson participe activement à deux groupements d'associations : le Neuro-CEB, une banque tissulaire pour la recherche sur les maladies neurodégénératives, et la Fédération pour la recherche sur le cerveau. Depuis trois ans, elle lance chaque année des appels à projets qu'elle soutient financièrement en offrant une enveloppe de 800 000 euros de bourses et de subventions à des chercheurs. Un espoir réel pour les 150 000 personnes atteintes en France.

+ D'INFOS :

• Association France Parkinson
4, avenue du Colonel-Bonnet
- 75016 Paris
Tél. : 01 45 20 22 20
Fax. : 01 40 50 16 44
Adresse e-mail :
info@franceparkinson.fr
Site Internet :
www.franceparkinson.fr



“ Soutenir aujourd’hui, guérir demain ”

Mathilde Laederich,
directrice de France Parkinson

interview

Quelle est la philosophie de l'association ?

Je pourrais la résumer en une phrase : « Soutenir aujourd’hui, guérir demain ». Notre action repose sur la combinaison de ces deux missions essentielles. Dès

l'annonce du diagnostic, nous sommes aux côtés des malades. C'est un moment très important. Après l'annonce s'ensuit généralement pour le patient une période de six mois de « creux » avant la prochaine consultation. France Parkinson est là pour rassurer, informer et amortir le choc de l'annonce. Puis accompagner et aider à vivre le mieux possible avec cette maladie.

Quel était l'enjeu des États généraux, organisés en avril dernier ?

L'idée est venue l'an dernier lors d'une réunion avec des neurologues. Tous dressaient le même constat : la maladie de Parkinson accuse un retard de visibilité auprès des pouvoirs publics. À l'instar du cancer, il n'y a pas de plan, ni de réseau. C'est une maladie oubliée, c'est pourquoi nous voulions frapper un grand coup. Ces États généraux ont donné la possibilité à 3 000 personnes de venir témoigner. Les malades bien sûr, mais aussi les aidants, les professionnels. Dans un premier temps, nous avons écouté leurs doléances avant de faire des propositions concrètes. Vingt préconisations prioritaires ont été rassemblées dans le Livre blanc, remis en main

propre à la ministre de la Santé le 12 avril. Roselyne Bachelot-Narquin a d'ores et déjà constitué des groupes de travail chargés de mettre en place chacune d'elles. Nous allons suivre tout ça très attentivement !

Quels sont les prochains défis ?

Le premier : sortir la maladie de l'ombre. C'est une volonté forte de notre président, Bruno Favier, qui est aujourd'hui neuro-stimulé. Nous déplorons une mauvaise prise en compte de cette pathologie. L'âge moyen de mise en ALD est de 74 ans... alors que la maladie se déclare en moyenne à 58 ans ! Le deuxième : soigner plus efficacement et mettre fin aux inégalités géographiques et sociales. C'est un fait : on est mieux soigné près d'un grand CHU qu'à la campagne. D'autre part, si les médecins généralistes constituent un relais important dans les zones rurales, ils ne sont pas assez informés sur les traitements existants et leurs effets secondaires. La solution : constituer un pôle de références par région, auquel ils pourraient s'adresser. Troisième défi : aider à vivre avec la maladie, en favorisant l'éducation thérapeutique du patient et en accordant une attention toute particulière aux jeunes parkinsoniens pour lesquels la question de la fragilité de l'emploi se pose avec acuité. Enfin, développer la recherche. La connaissance scientifique du cerveau est le défi du XXI^e siècle. Et la maladie de Parkinson est, sans aucun doute, une porte d'entrée.



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

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

➤ **Certificats médicaux**

« J'ai suivi avec intérêt votre article de Médecins n° 9 au sujet des certificats médicaux. Le certificat médical étant toujours demandé localement aux parents pour

l'entrée à la maternelle de leur enfant, j'ai soumis les textes à la mairie, qui a contacté le rectorat, lequel a confirmé le caractère non obligatoire de ce document. Mais, en remplacement, est exigé maintenant un certificat attestant que les vaccinations obligatoires sont à jour, ce qui en fait ne change rien, il faut toujours un certificat ! Pouvez-vous me dire ce qui est requis ou non ? »

➤ **Dr D.B (57)**

« Cher confrère, pour ce qui est du certificat attestant que les vaccinations obligatoires sont à jour, la photocopie des pages du carnet de santé de l'enfant peut être utilisée dès lors que les pages du carnet sont correctement remplies, c'est-à-dire portant l'identité de l'enfant. L'indication de cet usage figure d'ailleurs sur le carnet de santé et les dates de vaccination ne sont pas un élément couvert par le secret. »

➤ **Dr André Deseur, rédacteur en chef du Bulletin**

➤ **Protection sociale**

« L'un des vingt points d'amélioration de la pratique libérale suggérés par le rapport Legmann concerne l'amélioration de notre régime de protection sociale (maladie, maternité, retraite). Quid de l'accident du travail qui n'existe pas pour les médecins libéraux, pas plus à ma connaissance que l'accident de trajet. Toutes les professions ont droit à ce régime, comment se fait-il que ce problème ne soit jamais évoqué ? »

➤ **Dr C.H (05)**

« À propos de la protection sociale, vous soulignez qu'il n'existe pas de régime accident du travail pour les médecins libéraux. Il s'agit d'une conséquence du statut de professionnel libéral, lequel ne peut, en tant que médecin, qu'être assuré volontaire pour le risque accident du travail auprès de l'Urssaf, ou cotiser à une assurance personnelle. Dans les deux cas, la cotisation est fiscalement au nombre de charges déductibles. Contrairement à ce que vous évoquez, toutes les professions n'ont pas le droit audit régime accident du travail; seuls les professionnels salariés sont couverts par ce régime spécifique. » ➤ **Dr Deseur**

➤ **Numerus clausus**

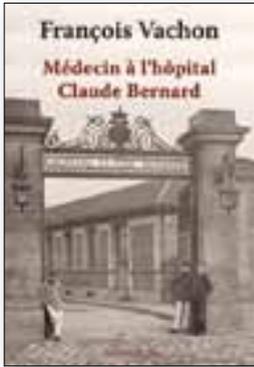
« À lire vos vingt propositions pour la médecine libérale, on a l'impression que vous êtes tout puissant devant les instances supérieures. Or votre inertie jusqu'ici à propos du manque présent et futur de généralistes m'étonne. Qu'avez-vous fait à propos du numerus clausus appliqué en première année depuis 10 ou 12 ans ? C'est maintenant que vous vous posez la question ! Existez-vous devant un ministère ou des doyens locaux ? [...] »

➤ **Dr J.M. (44)**

« L'institution ordinale dénonce depuis bien longtemps la politique délibérée de restriction du *numerus clausus* destinée à agir sur l'offre de soins pour réduire la consommation. La section Santé

publique du Conseil national publie chaque année une étude sur démographie de la profession et les spécialités en crise. Nous avons cette année publié des brochures régionales afin de faciliter les interventions des conseils régionaux auprès des Agences régionales de santé. Nous avons depuis bien longtemps souligné que le massacre des premières années d'études médicales était contre-productif pour le recrutement de praticiens et ne permettrait qu'une sélection d'étudiants pas nécessairement préparés à l'exercice de la médecine clinique. De même, nous avons souligné que l'appel à des médecins étrangers n'était pas LA solution et nous constatons aujourd'hui que l'immense majorité se dirige vers l'exercice salarié, hospitalier ou non, et non pas vers la médecine clinique. » ➤ **Dr Deseur**

Médecin à l'hôpital



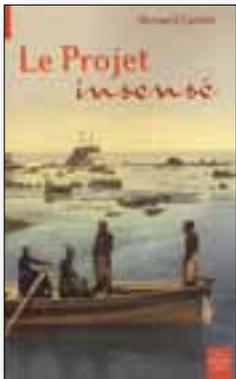
Ce texte comporte deux parties : la première concerne le chef de service François Vachon à l'hôpital Claude-Bernard, la deuxième entend répondre à la question « Qui est l'auteur ? ». Infectiologue et spécialiste en réanimation rénale, il rappelle les problèmes médicaux du temps de

son activité médicale dont certains sont toujours d'actualité comme les infections nosocomiales et iatrogènes, les épidémies et les endémies, le sida. Dans la deuxième partie, l'auteur se livre à nous avec simplicité et sincérité sans cacher le chagrin d'avoir perdu un de ses deux fils prématurément. Claude Bernard fait le lien entre ces deux parties : il a donné son nom à cet hôpital de l'AP-HP, fermé depuis 1988, où François Vachon a fait toute sa carrière. L'auteur a un style d'écrivain consommé et des dons indiscutables de conteur : confrères, jeunes ou moins jeunes, vous ne regretterez pas cette lecture.

» Maurice Hodara

Médecin à l'hôpital Claude-Bernard, de François Vachon, éd. Glyphe, 211 pages, 18 euros.

Le projet insensé



À la fin du XVIII^e siècle, quatre capitaines marchands conçoivent un projet insensé et dressent les plans d'un singulier brigandage. Ce roman a une base historique qui semble être authentique, bien que le document ait été rédigé par un aliéné de la clinique d'Esquirol, élève de Pinel. L'auteur s'est appuyé également sur des documents de

la Bodleian Library d'Oxford. Quel est ce projet insensé ? Comment a-t-il été monté ? A-t-il été mené à bien ? Vous trouverez les réponses à ces questions en lisant cet ouvrage intéressant écrit par notre confrère médecin hospitalier et historien.

» M.H.

Le projet insensé, de Bernard Cartier, éd. Le Cherche-Midi, 238 pages, 15 euros.

Médecin chez les Touaregs



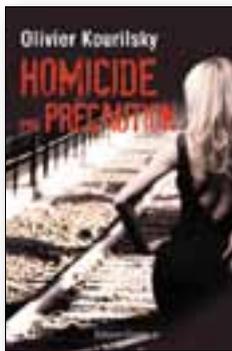
C'est à l'âge de 45 que « sœur Anne-Marie » a décidé d'entreprendre des études de médecine, afin de pouvoir aider davantage les populations démunies, notamment en Afrique. Après deux stages à Bamako, elle choisit de s'installer à Gossi, pour

soigner les Touaregs du désert saharien comme les Peuls du Sahel. Elle est le seul médecin dans un rayon de 150 kilomètres ! Dans ses consultations, jusqu'à 87 par jour, elle reçoit des tuberculeux, des sidéens, à qui elle distribue des préservatifs (contre l'avis du Vatican), et des femmes, qu'elle éduque à la contraception. L'engagement de sœur Anne-Marie porte ses fruits puisque aujourd'hui une vingtaine de personnes travaillent à l'hôpital.

» Jean Pouillard

J'ai choisi d'être médecin chez les Touaregs, de sœur Anne-Marie, éd. Plon, 165 pages, 18 euros.

Homicide par précaution



Francis travaille dans l'industrie pharmaceutique, il s'occupe de vendre des appareils à dialyse. Francis est un don Juan qui collectionne ses bonnes fortunes. Il va se trouver mêlé à un trafic de la mafia russe. Policier bien écrit, agréable à lire, avec beaucoup de suspense. On retrouve le sympathique

commissaire Maupas, cher à l'auteur. Certes Francis est macho, mais c'est grâce aux femmes qu'il sera mis sur la piste du coupable. À lire pour vous délasser.

» M.H.

Homicide par précaution, de Olivier Kourilsky, éd. Glyphe, 204 pages, 16 euros.

“ Faire jouer l’entraide entre confrères m’a semblé naturel ”

D^r Jean Thévenot

Gynécologue obstétricien à la clinique Ambroise-Paré de Toulouse, président du conseil départemental de l’Ordre des médecins de Haute-Garonne.

témoignage

Gynécologue obstétricien, président du conseil départemental de Haute-Garonne, président d’un réseau de santé... entre autres activités ! Le D^r Thévenot ne souffre pas de burn out, mais, conscient du problème, il vient de créer une association qui vise à lutter contre cet épuisement professionnel dont sont victimes certains de ses confrères. Une association baptisée Mots, pour « Médecins organisation travail santé ». Car il est question de tout cela en matière de burn out : difficultés personnelles et professionnelles, problèmes d’organisation, d’addiction... « *Quand une personne est venue me dire qu’un médecin souffrait d’alcoolisme, faire jouer l’entraide entre confrères m’a semblé naturel*, explique-t-il. *C’est une des missions du conseil départemental de l’Ordre, mais il fallait séparer cette démarche de soutien du pouvoir d’enquête, de coercition et de sanction qu’exerce l’Ordre. C’est pourquoi nous avons créé cette association sous le régime de la loi de 1901.* » Il en est le vice-président, avec le D^r Jean-Marc Soulat, médecin du travail au CHU de Toulouse. C’est le D^r Philippe About, généraliste à Toulouse et jeune conseiller ordinal, qui préside l’association. Ainsi adossée au conseil départemental, l’association n’en est pas moins indépendante. « *Nous nous sommes inspirés du travail d’Éric Galam, généraliste à Paris, qui a travaillé sur l’épuisement professionnel des médecins et créé une ligne téléphonique d’accueil. Nous avons donc aussi ouvert une ligne mobile, confiée à une secrétaire de l’Ordre. Celle-ci oriente confidentiellement les médecins vers notre réseau d’entraide*, poursuit le D^r Thévenot. *L’association salarie par ailleurs un médecin du travail et ergothérapeute. Par son intermédiaire, les médecins en souffrance peuvent demander une consultation auprès d’une psychiatre ; nous avons également obtenu l’aide d’un expert-comptable qui propose ses services à moindre coût pour les médecins en difficulté, et d’un avocat retraité qui peut les conseiller et les orienter gratuitement...* » Bien sûr, ni le bureau de l’association, ni les membres du conseil départemental ne connaissent l’identité des appelants. « *Mais la secrétaire nous fournit des chiffres : une dizaine d’appels au cours des deux premiers mois. Preuve de l’utilité de notre démarche* », souligne le D^r Thévenot. Il rappelle aussi que la Haute-Garonne a recensé quatre suicides de médecins depuis le début de l’année...



©DR

PARCOURS

↳ **1954**

Naissance à Toulouse

↳ **1984-1985**

Vice-président du Syndicat national des internes

↳ **2002**

Conseiller ordinal de Haute-Garonne successivement aux postes de vice-président, secrétaire général et chargé de la commission déontologie

↳ **2008**

Président du conseil départemental de Haute-Garonne

↳ **2009**

Président du réseau Maternités Midi-Pyrénées (Maternip)

↳ Numéro de l’association MOTS, réservé, pour l’instant, aux médecins inscrits ou exerçant en Haute-Garonne : 06 08 28 25 89.