## médecins

N°32 NOV.-DÉC. 2013





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



L'essentiel L'Ordre déploie des actions concrètes pour prévenir l'insécurité p. 6

Réflexion
Favoriser l'accès aux
soins des personnes
handicapées p. 10

Jurispratique
 Les certificats
 médicaux pour
 les enfants p. 19

## POUR RECEVOIR NOTRE NEWSLETTER

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

## (lm)

#### médecins n° 32

## Nov. - déc. 2013

#### **∠** L'essentiel | 04

- Déclarations d'intérêts : un site opérationnel pour une transparence trompeuse!
- L'Ordre déploie des actions concrètes pour prévenir l'insécurité

#### Sur le terrain | 08

CHU d'Angers : jouer pour se former

#### **⊻ Réflexion** I 10

Accès aux soins des patients handicapés : le parcours du combattant

#### ¥ Ailleurs | 21

Bioéthique : une nouvelle révision pour la déclaration d'Helsinki

### **La voix des associations** | 28

Renaloo : peser sur les décisions de santé publique

#### **∠ Culture médicale** | 30

La sélection du mois

#### ¥ À vous la parole | 32

D<sup>r</sup> Philippe Cathala, médecin légiste au CHRU de Montpellier et conseiller départemental (Hérault) et régional (Languedoc-Roussillon).

#### Dossier | 22

### Transmettre le savoir ou comment perpétuer « **l'art de la médecine** »



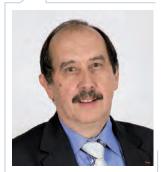
Dans un rapport consacré à la transmission du savoir, la commission nationale permanente, laboratoire d'idées de l'Ordre des médecins, soumet ses recommandations sur la sélection à l'entrée des études, l'enseignement des spécialités et le renouveau du compagnonnage à l'heure des coopérations interprofessionnelles. Décryptage.

#### Cahier jurispratique | 13

- EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES À DES FINS MÉDICALES: L'INFORMATION DES PERSONNES APPARENTÉES I 14
- LE CONTRAT TYPE DE PRATICIEN TERRITORIAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE I 17
- ACCESSIBILITÉ DES CABINETS MÉDICAUX : QUE DIT LA LOI? I 18
- LES CERTIFICATS MÉDICAUX POUR LES ENFANTS I 19
- LA COUVERTURE EN RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS EN CAS DE RÉQUISITION DANS LE CADRE DE LA PERMANENCE DES SOINS I 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



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

## Au nom d'un même idéal éthique

onférence francophone des Ordres des médecins, conseil européen des Ordres des médecins, participation au réseau européen des autorités compétentes médicales, bureau permanent à Bruxelles... l'Ordre des médecins est largement présent aux niveaux international et européen. Depuis quelques années, l'Ordre s'est également investi au niveau de l'Association médicale mondiale (AMM), l'organisme, créé en 1947, qui rassemble l'ensemble des médecins dans le monde. Un nouveau cap a été franchi avec l'élection, en octobre,

du D<sup>r</sup> Xavier Deau, délégué général aux affaires européennes et internationales du Cnom, à la présidence de l'AMM.

Cet engagement au sein de la plupart des instances médicales européennes et internationales est fondamental pour l'Ordre des médecins.

Grâce à cette représentation, l'Ordre des médecins peut se faire le portevoix des médecins français pour défendre haut et fort les valeurs de notre déontologie médicale. Notre mission est de rappeler qu'il existe, depuis Hippocrate, une éthique universelle qui vaut pour tous les médecins, quels que soient leur culture, leur religion, leur pays... Notre ambition est de faire rayonner cet idéal partout dans le monde. C'est au nom de ces principes notamment que l'AMM combat, à l'échelle mondiale, la violence perpétrée contre les patients et les personnels de santé, dans toutes les régions du monde en proie à des conflits, des troubles et des manifestations de masse. Réciproquement, cet engagement permet à l'Ordre d'agir, notamment au niveau européen, sur les directives européennes d'application nationale et de mieux accompagner les évolutions de l'exercice médical en France, tout en préservant la qualité de la relation patient-médecin.

#### + D'INFOS

Pour en savoir plus : http://www.conseil-national.medecin.fr/relations-

internationales-1211

Pour suivre l'actualité européenne de l'Ordre des médecins sur twitter : @CNOM\_Europe

#### médecins



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

E-mail: conseil-national@cn.medecin.fr – RÉDACTEUR EN CHEF: D' Patrick Romestaing – COORDINATION: Évelyne Acchiardi

- CONCEPTION ET RÉALISATION: CITIZENI PRESS 48, rue Vivienne, 75002 Paris - RESPONSABLE D'ÉDITION: Claire Peltier - DIRECTION ARTISTIQUE: Marie-Laure Noel - SECRÉTARIAT DE RÉDACTION: Alexandra Roy - FABRICATION: Sylvie Esquer - COUVERTURE: Phanie - IMPRESSION: Imprimerie Vincent

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



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





## un site opérationnel pour une transparence trompeuse!

#### Comme le prévoit le décret du 21 mai 2013

dit Sunshine Act et malgré des délais très contraints, le conseil national de l'Ordre des médecins met en ligne depuis le 1<sup>er</sup> octobre les informations à sa disposition concernant les liens d'intérêts entre les industriels et les médecins. Un dispositif transitoire et insuffisant, aux yeux du Cnom.

Votée après le scandale sanitaire du Mediator, la loi du 29 décembre 2011 a voulu renforcer la transparence des liens entre industriels et professionnels de santé. Mais le décret d'application du 21 mai 2013 en a considérablement réduit la portée. « Seuls la nature et le montant des avantages doivent être rendus publics, pas les rémunérations accordées aux professionnels par les indus-

triels. C'est le contraire de la transparence attendue, affirme le D<sup>r</sup> Rousselot, président de la Commission relations médecinsindustries du Cnom. Le Cnom a donc déposé un recours en Conseil d'État contre certains aspects du décret. »

Le décret du 21 mai 2013 prévoit que tous les Ordres des professions de santé rendent publics, sur leur site, « les liens existant entre les entreprises produisant ou commercialisant des produits à finalité sanitaire ou cosmétique destinés à l'homme et les acteurs du champ de la santé ». Les industriels doivent en faire de même sur leur site. Cette disposition est transitoire car un site unique doit être mis en place par le ministère de la Santé au printemps 2014.

« Les données de 2012 et du premier semestre 2013 devaient être mises en ligne au 1er octobre 2013. Nous avons donc dû œuvrer dans des délais très contraints, souligne le D<sup>r</sup> Rousselot. Nous avons d'abord mis à la disposition des industriels un format informatique unique leur permettant d'effectuer les déclarations. Cet outil informatique a été adopté par tous les autres Ordres professionnels. Notre site est opérationnel depuis le 1er octobre, mais les informations sont très disparates, certaines données transmises par les industriels n'étant pas exploitables. L'Ordre n'est pas en mesure de vérifier la qualité et l'exactitude de toutes ces informations. Il n'y est d'ailleurs pas tenu par la loi. » Ces données seront actualisées le 15 de chaque mois. « Nous conseillons au professionnel de santé qui constaterait une inexactitude d'adresser prioritairement sa demande de rectification auprès de l'entreprise qui a publié l'information et de nous en informer », conclut le Dr Rousselot.

#### POINT DE VUE de l'Ordre



## 66 Harmoniser la collecte et le partage des données de santé 59

### D' François Rousselot, président de la commission relations médecins-industries au Cnom

Le législateur (loi Bertrand de décembre 2011) a voulu le renforcement de la transparence dans les relations des professionnels de santé avec les industriels. Le décret du 21 mai 2013 organise l'affichage de certains aspects des liens d'intérêts existants entre médecins et industriels sur un site unique à venir. En attendant l'installation de ce site, les industriels sont tenus de communiquer aux Ordres

des professions concernées, pour affichage :

- l'existence des conventions (sans préciser nature et honoraires en jeu);
- la nature et le montant des avantages procurés (invitations, repas, déplacements...). Le Cnom a donc mis en ligne ces informations dans des délais très contraints, qui s'imposaient aux Ordres et aux industriels.

#### + D'INFOS

► Consulter le site du Cnom dédié aux déclarations d'intérêts : http://www.sunshine-act.ordre. medecin.fr

#### Interdiction des injections de plaquette autologues

La Direction générale de la santé informe le conseil national de l'Ordre des médecins qu'elle se tient prête à engager des poursuites à l'encontre des praticiens qui injecteront des plaquettes autologues dans leur cabinet de « médecine esthétique » pour obtenir un effet de rajeunissement. La DGS rappelle qu'il s'agit de procédés dangereux qui posent un problème de sécurité sanitaire. Les médecins qui utilisent les concentrés plaquettaires autologues à des fins esthétiques agissent en contradiction avec les dispositions de l'article L. 1241-1 du code de la santé publique. Cet article rappelle que le prélèvement des tissus, cellules, produits du corps humain et leurs dérivés ne peut être effectué que dans un but thérapeutique ou scientifique.

#### **Erratum**

Une erreur s'est glissée en page 20 du Bulletin de l'Ordre des médecins de septembre-octobre 2013, dans le trombinoscope du conseil national de l'Ordre des médecins. Il y manquait le nom et la photo



du D<sup>r</sup> René Luigi, généraliste, conseiller national Île-de-France représentant le département des Yvelines. Qu'il veuille bien nous excuser.



## Faciliter la déclaration des effets indésirables

Une nouvelle rubrique est disponible sur le site Internet de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) afin de faciliter la déclaration des effets indésirables suspectés d'être liés à l'utilisation d'un produit de santé. La navigation par type de produit (médicaments, dispositifs médicaux...), puis par déclarant (professionnel de santé,

patient...), permet d'accéder rapidement au formulaire adapté et aux informations pratiques pour le remplir. La transmission de cette déclaration à l'organisme chargé du recueil et de la gestion des signalements est également simplifiée. Il est désormais possible de déclarer en ligne les effets indésirables liés aux médicaments, et prochainement, les incidents liés aux dispositifs médicaux.

#### + D'INFOS

► Rubrique Comment déclarer un effet indésirable. Pour y accéder, cliquez sur : http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable



## Lancement du service de messagerie sécurisée MSSanté

Ce service, mis en œuvre par l'ASIP Santé et les Ordres professionnels, vous est proposé gratuitement. Il vous permet d'échanger de façon simple et sécurisée avec vos confrères et l'ensemble des professionnels de santé. Vous avez la possibilité de retrouver tous les professionnels de santé grâce à l'annuaire national commun du service MSSanté. Rendez-vous dès maintenant sur www.msssante.fr, créez votre adresse mail

Rendez-vous des mainfenant sur www.msssante.tr, creez votre adresse mai et invitez les professionnels avec lesquels vous travaillez à vous rejoindre.

Une question?
36 57, prix d'un appel fixe

En savoir plus sur MSSanté: https://cms.mssante.fr/en-savoir-plus

## L'Ordre déploie des actions concrètes pour prévenir l'insécurité

L'Ordre des médecins est l'un des signataires du protocole conclu en avril 2011 entre les ministères de la Santé, de l'Intérieur et de la Justice, et les Ordres des professions de santé pour lutter contre les violences dont sont victimes les professionnels. Zoom sur les actions mises en place pour prévenir l'insécurité.

elon l'Observatoire ordinal pour la sécurité des méde-cins, « 75% des actes d'incivilité ou de violence subis par les médecins sont commis par des patients ou leurs proches et sont liés à l'acte médical », signale le Dr Bernard Le Douarin, coordonnateur de l'Observatoire et secrétaire général adjoint du Cnom. Ces actes sont souvent liés au temps d'attente perçu comme trop long, que ce soit aux urgences ou au cabinet. Autre facteur de déclenchement, la notion de refus : refus d'un certificat, d'un arrêt de travail, d'une prescription, d'un rendezvous... Ces situations engendrent frustration et incompréhension et peuvent conduire à des actes malveillants. Pour les éviter, l'Ordre des médecins mise sur la prévention et l'information des médecins. Trois supports vidéo de sensibilisation vont être finalisés, avec l'aide de l'école de police de Clermont-Ferrand. Leur objectif: préparer les confrères à l'anticipation de ces conflits et à la gestion des comportements violents. « Ces vidéos serviront de support de formation lors des réunions organisées, pour les médecins, par les référents sécurité des conseils départementaux



de l'Ordre, en présence des représentants des forces de l'ordre, de la préfecture, des DTARS et de la justice. Elles permettront aussi d'ouvrir le dialogue et de favoriser les échanges. »

#### **Situations locales**

D'autres outils de prévention, adaptés aux situations locales, sont par ailleurs déployés dans le cadre du protocole sécurité. Dans de nombreux départements, les médecins bénéficient ainsi d'un référent sécurité des forces de l'ordre qui peut les conseiller et les aider à sécuriser leurs locaux. Des outils de vidéosurveillance sont également en cours de développement avec certaines collectivités locales pour mieux surveiller les abords des lieux d'exercice les plus exposés. Autre solution actuellement testée à Nîmes : la vidéoaccompagnement par les centres interurbains de surveillance. Ce dispositif permet de suivre le médecin à distance pendant son intervention, depuis son arrivée jusqu'à son départ. Enfin, dans certains territoires, les médecins sont dotés de bips de sécurité qui permettent de les géolocaliser et de les assister au plus vite en cas de problème. « Avec cette action, l'Ordre des médecins démontre sa capacité à répondre aux problèmes que rencontrent nos confrères au quotidien, en favorisant la collaboration entre tous les acteurs concernés, sur tous nos territoires », conclut le Dr Bernard Le Douarin.

#### UN PORTRAIT-ROBOT DIFFUSÉ PAR L'ORDRE

C'est grâce à un portrait-robot diffusé par le conseil départemental de l'Ordre de Paris à l'ensemble des médecins du territoire qu'un radiologue du centre de Paris a pu identifier un individu potentiellement dangereux dans sa salle d'attente. Cet homme avait déjà agressé plusieurs médecins les jours précédents. Cette initiative a permis l'arrestation de cet homme, qui encourt plusieurs années de prison. Il est important que les médecins transmettent leurs coordonnées mail à leur conseil départemental pour qu'il puisse leur adresser ce type d'informations.

#### + D'INFOS

http://www.conseil-national. medecin.fr/node/1360

## Élections à la chambre disciplinaire nationale



Résultats du renouvellement de l'ensemble des membres du collège interne et de la moitié du collège externe de la chambre disciplinaire nationale (10 octobre 2013)

#### COLLÈGE INTERNE

Le collège interne est composé de 6 membres titulaires et de 6 membres suppléants élus parmi les membres du conseil national (mandat de 3 ans – collège renouvelable dans sa totalité tous les 3 ans).

#### Viennent d'être élus :

- Dr FAROUDJA JEAN-MARIE Titulaire
- Dr ZATTARA HENRY Titulaire
- Dr BLANC JEAN-LOUIS Titulaire
- Dr LUCAS JACQUES Titulaire
- Dr GICQUEL JEAN-PIERRE Titulaire
- Dr KAHN-BENSAUDE IRÈNE Titulaire
- Dr CHOW-CHINE ÉLIE Suppléant
- Dr DESEUR ANDRÉ Suppléant
- D<sup>r</sup> MUNIER GILLES Suppléant
- Dr CRESSARD PIERNICK Suppléant

#### **COLLÈGE EXTERNE**

Le collège externe est composé de 6 membres titulaires et de 6 membres suppléants élus parmi les membres actuels d'un conseil départemental ou régional ou parmi les anciens membres d'un conseil de l'Ordre départemental, régional ou national (mandat de 6 ans – collège renouvelable par moitié tous les 3 ans).

#### Viennent d'être élus :

#### Renouvellement par moitié du collège externe:

- Dr MOZZICONACCI MICHEL Titulaire
- Dr FILLOL MICHEL Titulaire
- Dr LEBRAT JEAN Titulaire
- D<sup>r</sup> BOHL ISABELLE Suppléante
- Dr EMMERY JACQUES Suppléant
- Dr BESSON REMI Suppléant

### Élection complémentaire pour combler la vacance de deux postes de suppléants :

- · Dr DACQUIGNY RENE-CLAUDE Suppléant
- · Dr MORNAT JACQUES Suppléant

## Annuaires de médecins à vocation communautariste

Des sites Internet faisant état d'annuaires à vocation communautariste sur lesquels figureraient des médecins ont été signalés à l'Ordre des médecins.

La demande récurrente de groupements ou d'associations concernant ce type d'annuaires conduit l'Ordre à rappeler que les annuaires officiels répertoriant les médecins selon les spécialités ou disciplines exercées et la localisation géographique donnent aux patients une information nécessaire et suffisante. La profession de médecin, dont l'indépendance est un principe déontologique fondamental, ne doit pas accepter de suivre les initiatives consuméristes ou communautaristes. Par conséquent, concernant les annuaires de médecins, la règle est de ne diffuser, sans exclusivité, aue la liste des médecins d'un département en fonction de leur qualification dans une spécialité, qui leur a été reconnue par l'Ordre des médecins.

#### Références:

- article 7 du code de déontologie médicale
- charte européenne de l'éthique médicale
- Déclaration de Genève de l'AMM.

#### D' Faroudja, président de la section Ethique et Déontologie



### □ CHU d'Angers

## Jouer pour se former

Au CHU d'Angers, médecins et infirmiers peuvent se former à la consultation d'annonce d'un diagnostic grave grâce à la plateforme de simulation de l'établissement. Mis en situation réelle, face à des acteurs, les professionnels améliorent ainsi leur pratique.

ssis en cercle devant un écran, les membres de l'équipe pédagogique du centre de simulation du CHU d'Angers observent attentivement la consultation qui se déroule dans la pièce voisine. Allongée dans un lit, une femme semble sur le point de pleurer. Assis près d'elle, un homme, abasourdi, lui tient la main. En face, sur une chaise, un médecin tente de les rassurer. Si cette situation reproduit à l'identique le déroulement d'une consultation d'annonce d'un diagnostic grave, il s'agit en fait d'une simulation; le professionnel de santé s'adresse à un couple d'acteurs.

### Compléter la formation des médecins

Mis en place, en 2011, par le Dr José Hureaux et Claude Reliat, respectivement oncologue et cadre supérieur de santé au CHU d'Angers, le programme Anons (pour ANnonce en ONcologie par la Simulation) vise à former les internes, chefs de clinique et jeunes médecins à la consultation d'annonce d'un diagnostic de cancer. L'objectif principal : les sensibiliser aux difficultés qu'ils pourraient rencontrer et leur donner des conseils pratiques pour les surmonter. « À l'université, nous ne sommes pas vraiment formés à gérer ces situations. Une fois sur le terrain, on réalise que c'est un manque. Même si on a l'impression d'être à la hauteur, on fait toujours des erreurs! » témoigne le D<sup>r</sup> Renaud Breheret, jeune ORL spécialisé dans les cancers de la tête et du cou.

Mêlant pratique et théorie, la formation par la simulation est d'autant plus efficace qu'elle est très réaliste, les scénarios étant le plus souvent basés sur des faits réels. De plus, les patients simulés sont joués par des professionnels de santé, membres de la troupe de théâtre de l'hôpital, les Tréteauscopes. « À chaque fois, nous nous présentons avec un profil psychosocial différent, mais nous faisons toujours semblant de ne pas comprendre les termes trop techniques. Nous nous adaptons également au niveau du stagiaire; plus il est bon, plus on le pousse dans ses retranchements. À la fin de la séance, il doit avoir appris quelque chose », explique le D<sup>r</sup> Philippe Jeannin, acteur de patient simulé.

### Mieux prendre en charge les patients

Accueil du stagiaire, présentation du cas, simulation et débriefing, chaque séance se déroule sur le même modèle. « Je recommande aux médecins de faire au moins deux simulations. La première permet d'évaluer son niveau et d'acquérir des bases théoriques [méthode Spikes, la référence en matière d'annonce des mauvaises nouvelles, présentation des mécanismes de défense psychologique qui se mettent en place chez les patients]. Les suivantes permettent de gagner en confiance », indique le D<sup>r</sup> Hureaux.

Convaincu de l'importance de cette formation, le D' Bréheret recommande à tous les internes et chefs de clinique de son service d'y assister. « *Pour nous*,

Après la simulation, acteurs, stagiaires et formateurs se retrouvent pour faire un bilan constructif de la prestation du médecin.



ces consultations sont une étape dans la journée, mais pour les patients... Ils s'en rappelleront toujours, elle a chamboulé leur vie. Par respect pour eux, nous devons faire l'annonce dans des conditions optimales », souligne l'ORL. Après deux simulations, il a d'ailleurs complètement repensé son approche pour ce type de consultation : « J'yconsacre un créneau de deux heures chaque semaine, j'essaie d'être plus à l'écoute de mes patients, quitte à les voir une deuxième fois. »



une alde-soignante du CHU joue la malade face au médecin qui se forme à la consultation d'annonce du cancer. Cette annonce se déroule dans les conditions réelles. Le médecin oublie rapidement qu'il s'agit d'une simulation.

Les formateurs peuvent suivre la simulation de cette consultation d'annonce grâce à une caméra cachée dans la « chambre ».



#### Intégrer les cursus universitaires

Pour le D' Hureaux, le programme Anons constitue une première étape. « À terme, nous envisageons la possibilité de mettre en place un cycle de formation plus long dans le cadre d'un diplôme universitaire. Cela permettra aux étudiants en santé de se former sur la durée, en groupe sur une demi-journée par semaine. À ce moment, la formation sera réellement efficace! »



#### 66 Un projet de service basé sur la simulation à la consultation d'annonce

D' Virginie Besson, médecin hospitalier en néphrologie dans le service de néphrologie, dialyse et transplantation

moignage

« Lors de la rédaction de mon mémoire, à la fin de mon diplôme universitaire d'éducation thérapeutique du patient, j'ai constaté un décalage entre ce

thérapeutique du patient, j'ai constaté un décalage entre ce que le patient savait réellement de sa maladie, du traitement et des conséquences sur sa vie, et ce que le soignant pensait avoir expliqué. Grâce à l'aide du D' Hureaux, j'ai mis en place, avec une infirmière et une psychologue, un projet de service basé sur la simulation à la consultation d'annonce. À la fin 2014, l'ensemble des médecins, internes et infirmières

de néphrologie devront avoir suivi le programme au moins une fois. En misant sur une formation commune des médecins et infirmiers, notre projet favorise la coordination de l'équipe et renforce la cohésion au sein du service. Il est important pour le patient d'avoir cette continuité dans la prise en charge : d'un côté les explications d'ordre technique, et de l'autre l'écoute et les réponses aux questions qu'il se pose sur sa prise en charge. »

# Accès aux soins des patients handicapés : le parcours du combattant

Les personnes handicapées ont davantage de difficultés que les autres pour se faire soigner. Au-delà de l'accessibilité des cabinets médicaux, de nombreux facteurs expliquent cette situation. Pourtant, des solutions existent.

lus de 3 millions de personnes en situation de handicap – auditif, cognitif, moteur, physique et visuel – pourraient être mieux soignées. C'est le constat, sans appel, du rapport « Un droit citoyen pour la personne handicapée. Un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement », remis en juin à Marie-Arlette Carlotti, ministre chargée des Personnes handicapées, et à Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé. « Le

système de santé actuel prend mal en compte les besoins spécifiques des patients handicapés », affirme Pascal Jacob, président de l'association Handidactique I=MC2, et auteur du rapport. Et les conséquences sont loin d'être anodines : renoncement aux soins, accès à la prévention insuffisant, problème de dépistage, vaccination insuffisante, etc. « On estime que 70 % des patients handicapés repoussent, voire abandonnent, le recours aux soins courants tels que les soins dentaires ou ophtalmologiques », confirme Pascal Jacob. Un paradoxe, puisque ces patients ont plus besoin de soins que le reste de la population. Fruit d'un travail d'un an, le rapport s'appuie sur le vécu des personnes en situation de handicap, de leurs proches et de ceux qui les soignent. Il aborde l'accès aux soins dans toutes ses dimensions : de la prévention à l'hospitalisation, en passant par la coordination entre les secteurs sanitaire et médico-social, le soutien aux familles et bien sûr l'accessibilité des cabinets médicaux. Parmi les principaux obstacles, le rapport cite notamment la formation inadaptée des professionnels de santé.

Pourtant, Pascal Jacob reste optimiste : « La situation évolue progressivement, beaucoup d'acteurs se mobilisent ». Le

#### **LES 12 PROPOSITIONS DU RAPPORT JACOB**

- Instaurer des modules « handicap » dans la formation des professions médicales et paramédicales
- Renforcer l'aide aux aidants
- Développer la prévention spécifique au handicap
- Améliorer la coordination des acteurs autour du handicap
- Mettre en place un carnet de santé dédié
- Permettre la fin de vie à domicile
- Mettre en place des équipes mobiles d'urgences spécialisées
- Développer le « Réseau intégration handicap » qui permet aux personnes handicapées de joindre une personne « ressource » 24h/24
- Améliorer l'accessibilité des cabinets libéraux
- Créer un annuaire des professionnels équipés pour accueillir un patient handicapé
- Favoriser l'éducation thérapeutique
- Réévaluer la tarification en milieu hospitalier comme en ville
- Développer la recherche appliquée au handicap



Pascal Jacob

#### est président de l'association

« Handidactique I=MC2 », qui forme les professionnels à l'accompagnement des personnes en situation de handicap. Il est père de deux enfants souffrant de handicap mental et dépendants.



## Maryvonne Lyazid

est adjointe au défenseur des droits, chargée de la lutte contre les discriminations et de la promotion de l'égalité.



## Dr Pierre-Yves

médecin généraliste à la retraite, a exercé pendant 36 ans dans les Yvelines (78). Il est vice-président du Conseil départemental de l'Ordre des médecins des Yvelines, et secrétaire général du Conseil régional de l'Ordre des médecins d'Ile-de-France.

Comité interministériel du handicap (CIH) s'est d'ailleurs réuni en septembre, pour la première fois depuis sa création en 2009, avant la tenue d'une conférence nationale du handicap en 2014.

#### Pascal Jacob, dans votre rapport vous soulignez les difficultés d'accès à la santé des personnes en situation de handicap. Concrètement. comment se manifestent ces difficultés?

Pascal Jacob: Pour les personnes en situation de handicap, se faire soigner s'apparente souvent au parcours du combattant. Par exemple, en France, il existe peu de matériels pour effectuer une mammographie à une personne en fauteuil. Rien d'étonnant dès lors qu'on enregistre huit fois plus de cancers du sein chez les patientes handicapées que dans le reste de la population. Les patients que j'ai rencontrés décrivent leur passage aux urgences comme catastrophique, en raison des difficultés qu'ils ont à s'y rendre et de l'organisation mal adaptée à

leurs besoins. Les exemples ne manquent pas pour illustrer les difficultés des personnes handicapées à accéder aux soins. Non seulement du fait de leur handicap, qui leur complique évidemment la tâche, mais également à cause d'un système de santé qui méconnaît les spécificités du handicap.

#### Des patients qui n'ont pas les mêmes soins que d'autres en raison de leur handicap. Peut-on parler de discrimination?

Maryvonne Lyazid: Tout ce qui marginalise ou propose un traitement spécifique relève d'une discrimination. C'est vrai pour l'âge, le sexe ou le handicap. Notre institution est particulièrement active en matière de défense des droits des personnes porteuses de handicap. En matière d'accès à l'emploi comme en matière de soins, nous sommes régulièrement saisis. D'ailleurs, nous avons mis en place un comité d'entente santé qui aborde les questions d'accès aux soins.

Pierre-Yves Devys: Il est important ici de distinguer difficultés d'accès aux soins et refus de soins. Les médecins s'adaptent et font tout leur possible pour soigner et suivre leurs patients, quel que soit leur handicap. Par exemple, lorsque l'un d'entre eux ne peut se rendre dans notre cabinet, nous allons le voir à son domicile. Le rôle du médecin traitant est aussi de coordonner le parcours de soins du patient, qu'il soit handicapé ou pas.

#### **Quels sont les** principaux freins rencontrés par les patients handicapés?

Pascal Jacob: Ils sont nombreux. Les personnes en situation de handicap sont, par exemple, les oubliés de la prévention en matière de santé : campagnes nationales de prévention non adaptées, absence de campagnes ciblées, peu de journées de sensibilisation... Avec une meilleure prévention, de nombreuses maladies pourraient être détectées plus tôt, et donc mieux soignées.

#### EN CHIFFRES

2022



**Prochaine échéance** d'une France accessible aux personnes handicapées, si la proposition du Comité interministériel du handicap de créer les Agendas d'accessibilité programmée (Ad'AP) est retenue par le gouvernement. Ces Ad'AP planifient, sur un délai de sept ans maximum, la mise en accessibilité des locaux.

heurtent aux mêmes difficultés que l'ensemble des patients, mais souvent démultipliées. Nous devons, de ce fait, être plus attentifs aux parcours de soins, à l'accompagnement et aux bonnes pratiques professionnelles.

#### La loi du 5 février 2005 sur l'égalité des chances prévoit l'accessibilité obligatoire des cabinets médicaux au 1er janvier 2015. Où en est-on aujourd'hui?

Pierre-Yves Devys: Une grande majorité des cabinets ne sera pas accessible à cette date, en raison du coût financier ou d'impossibilités techniques, voire d'un frein psychologique chez les praticiens. Je pense d'ailleurs que beaucoup seront concernés par les dérogations prévues par la loi. Tous les établissements recevant du public rencontrent des difficultés similaires. Malgré tout, la situation s'améliore progressivement, puisque chaque cabinet nouvellement construit se doit d'être aux normes d'accessibilité.

## Comment améliorer l'accès aux soins des personnes handicapées ?

Pascal Jacob: Le rapport liste douze propositions, parmi

lesquelles la création d'équipes mobiles d'urgences spécialisées pour diminuer le recours aux urgences. Nous préconisons, entre autres, l'instauration d'un carnet de santé informatisé et partagé, comprenant les données médicales et paramédicales nécessaires au suivi de la personne. Pourquoi ne pas créer un « label » pour renforcer la visibilité des cabinets médicaux accessibles aux personnes en fauteuil, malvoyants, etc. Il s'agit aussi de renforcer la coordination des différents acteurs qui interviennent auprès du patient handicapé, qu'il s'agisse du secteur médical ou social. Enfin, j'insiste sur l'importance de ne pas interrompre l'accompagnement des personnes handicapées par leurs proches lors du soin, car ils connaissent leur maladie. Pierre-Yves Devys: Mieux soigner les personnes handicapées passe également par des consultations dédiées, et donc forcément plus longues. Comme le souligne le rapport Jacob, cette question est étroitement liée à celle de la réévaluation de la tarification de la consultation, aussi bien en milieu hospitalier qu'en ville.

## Vous pointez aussi une formation inadaptée des professionnels de santé?

Pascal Jacob: L'enseignement

du handicap est très limité durant le cursus des études médicales. Les professionnels de santé ne sont pas préparés à accueillir et à prendre en charge les personnes handicapées dans leurs spécificités. Par exemple, sur trois années de formation, les étudiants en kinésithérapie n'ont que 23 heures consacrées aux handicaps. Le rapport préconise donc un stage de quinze jours dans des structures spécialisées, afin de préparer les futurs médecins à soigner les personnes présentant des dépendances sérieuses. D'autant que les besoins sont très différents selon le type de handicap.

#### Quels sont les enjeux sous-jacents à cette question d'accès aux soins des personnes handicapées?

Pascal Jacob: Au-delà du handicap, la question des difficultés d'accès aux soins n'est que l'éclaireur de ce qui nous attend tous demain. Le handicap met en évidence des dysfonctionnements récurrents du système de soins, qu'il s'agisse de l'accueil aux urgences, la permanence des soins, des politiques de prévention de l'éducation thérapeutique ou encore du cloisonnement entre le secteur de la santé et le secteur médicosocial.

# CAHER N° 32 NOVEMBRE - DÉCEMBRE 2013 JURISPRATIQUE

- 14 Examen des caractéristiques génétiques à des fins médicales : l'information des personnes apparentées
- 17 Le contrat type de praticien territorial de médecine générale
- 18 Accessibilité des cabinets médicaux : que dit la loi?

- 19 Les certificats médicaux pour les enfants
- 20 La couverture en responsabilité civile professionnelle des médecins en cas de réquisition dans le cadre de la permanence des soins

Paiement des astreintes de la permanence des soins ambulatoires



#### www.conseil-national.medecin.fr

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

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

## Examen des caractéristiques génétiques à des fins médicales :

## l'information des personnes apparentées

L'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ne peut être entrepris qu'à des fins médicales ou de recherche scientifique. Un décret du 20 juin 2013 précise dans quelles conditions informer les proches d'une personne chez qui une anomalie génétique grave a été identifiée.

Selon l'article 16-10 du code civil, « l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ne peut être entrepris qu'à des fins médicales ou de recherche scientifique. Le consentement exprès de la personne doit être recueilli par écrit préalablement à la réalisation de l'examen, après qu'elle a été dûment informée de sa nature et de sa finalité. Le consentement mentionne la finalité de l'examen. Il est révocable sans forme et à tout moment ».

#### L'examen des caractéristiques génétiques concerne différentes situations (postnatales) :

- le diagnostic de maladies génétiques;
- le diagnostic pré-symptomatique de maladies génétiques;
- l'identification de facteurs de risque génétique ayant un impact soit sur la santé (facteurs de prédisposition), soit sur la prise en charge thérapeutique de la personne (pharmacogénétique);
- l'identification de mutation ou de réarrangement chromosomique chez des personnes non malades dans le cadre du conseil génétique sur les risques de transmission à la descendance. Les tests génétiques peuvent être ainsi réalisés pour des patients symptomatiques et chez des personnes asymptomatiques.

## LA PRESCRIPTION D'UN EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES

Selon la situation, le prescripteur d'un examen des caractéristiques génétiques peut être :

- un médecin généticien;
- un conseiller en génétique agissant sur prescription et sous la responsabilité d'un médecin qualifié en génétique;
- un médecin non généticien connaissant la situation clinique (maladie, prise en charge thérapeutique) et les conséquences familiales et capable d'en interpréter le résultat. Ce médecin doit travailler en relation avec une équipe de génétique clinique.

Le prescripteur doit être en mesure de délivrer à la personne une information préalable, complète et compréhensible.

### 2 L'INFORMATION DE LA PERSONNE

Lorsqu'un test génétique est envisagé, la personne doit bénéficier préalablement d'une information appropriée, adaptée à son degré de maturité et à son niveau de compréhension, délivrée au cours d'une consultation individuelle, par un médecin connaissant la maladie et ses aspects génétiques, pour que la personne puisse donner un consentement éclairé.

#### L'information porte sur :

- la finalité du test (visée diagnostique, étude familiale, thérapeutique, conseil génétique);
- les particularités de la maladie (caractéristiques, variabilité d'expression, évolution);
- les possibilités de prévention, de traitement, de diagnostic prénatal;
- les conséquences familiales du résultat du test génétique;
- les limites des tests génétiques;
- le risque éventuel d'une identification de

caractéristiques génétiques sans lien direct avec la prescription;

- la liberté et l'indépendance de chacun de recourir ou non au test et d'en connaître ou non les résultats;
- les modalités de communication des résultats, y compris les délais probables;
- l'information de la parentèle.

### 3 LE CONSENTEMENT

Le consentement écrit doit être recueilli préalablement à l'examen génétique, libre, éclairé, spécial et révocable à tout moment. Il doit porter sur la nature du test, l'indication du test, l'attitude en cas de résultats autres que ceux recherchés dans le cadre de la prescription initiale et en cas de conservation de matériel génétique, et préciser l'accord du patient pour une conservation au long terme et les conditions dans lesquelles il y sera recouru.

Le consentement est donné par la personne pour qui sera réalisé l'examen des caractéristiques génétiques, le tuteur, s'il s'agit d'un majeur sous tutelle, ou les titulaires de l'autorité parentale s'il s'agit d'un mineur.

### 4 LA COMMUNICATION DU RÉSULTAT

Il appartient au prescripteur d'informer la personne du résultat de l'examen génétique.

La communication du résultat doit s'accompagner d'informations sur les conséquences pour la personne, les conséquences familiales, les modalités d'information de la parentèle, le cas échéant, la transmission du résultat au responsable du centre de PMA si la personne a fait don de ses gamètes.

L'information médicale est résumée dans un document rédigé de manière loyale, claire et appropriée, signé et remis par le médecin. La personne atteste de cette remise. Lors de l'annonce de ce diagnostic, le médecin informe la personne de l'existence d'une ou plusieurs associations de malades susceptibles d'apporter des renseignements complémentaires sur l'anomalie génétique diagnostiquée.

Si nécessaire, la personne doit être orientée vers une consultation de conseil génétique complémentaire ou vers un médecin spécialiste de la maladie.

> Caroline Héron, conseiller juridique

### Comment informer les proches?

Le décret n° 2013-527 du 20 juin 2013, pris pour application de la loi du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique, vient préciser les conditions d'information de la parentèle aux articles R. 1131-20-1 et suivants du code de la santé publique.

Lorsqu'une anomalie génétique grave est identifiée chez une personne et que l'information de la parentèle peut permettre des mesures de prévention, y compris de conseil génétique, ou de soins, le prescripteur vérifie dans le dossier de la personne son choix quant aux modalités d'information de la parentèle.

Le décret du 20 juin 2013 fixe la liste des informations qui doivent être consignées au dossier médical de la personne concernée et encadre les échanges entre les différents médecins.

- ▶ La personne dépistée est tenue, si « le diagnostic d'une anomalie génétique pouvant être responsable d'une affection grave justifiant de mesures de prévention y compris de conseil génétique ou de soins est confirmé », d'informer les membres de sa famille potentiellement concernés dont elle (ou son représentant légal) possède ou peut obtenir les coordonnées.
- La personne dépistée peut avoir demandé, par écrit, au moment de la prescription de l'examen :
- à être tenue dans l'ignorance du diagnostic;
- à ne pas transmettre elle-même l'information aux membres de sa famille potentiellement concernés.

Le décret n° 2013-527 du 20 juin 2013, pris pour application de la loi du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique, vient préciser les conditions d'information de la parentèle aux articles R. 1131-20-1 et suivants du code de la santé publique. 99

Dans cette hypothèse, elle peut demander, par un document écrit au médecin prescripteur, qui accuse réception de cette demande, de procéder à l'information des membres de la famille et de porter à leur connaissance l'existence d'une information susceptible de les concerner. Elle communique les coordonnées des personnes que le médecin devra informer.

Les personnes apparentées sont alors invitées à se rendre à une consultation de génétique, sans que leur soient dévoilés ni le nom de la personne dépistée, ni l'anomalie génétique, ni les risques qui lui sont associés. Le médecin consulté par la personne apparentée est informé par le médecin prescripteur de l'anomalie génétique en cause, à l'exclusion de toute autre information couverte par le secret médical.

Le médecin prescripteur du test doit également informer la personne des conséquences d'un éventuel refus d'informer les membres de sa famille.

Dans le cas particulier où la personne dépistée aurait fait un don de gamètes à un centre d'assistance médicale à la procréation, le médecin prescripteur pourra si le patient y consent, porter à la connaissance du responsable du centre l'existence de l'anomalie génétique diagnostiquée, afin que celui-ci procède à l'information des personnes nées du don.

L'arrêté fixe un modèle de lettre adressée, en recommandé avec avis de réception, par le médecin aux membres de la famille potentiellement concernés, lorsque la personne ne souhaite pas procéder elle-même à l'information.

Le ministère de la Santé va élaborer, sur proposition de l'Agence de la biomédecine et de la Haute Autorité de santé, des règles de bonnes pratiques permettant de guider les professionnels tout au long de la procédure et de faciliter la délivrance de l'information par la personne elle-même.

#### Références

- ▶ Décret n° 2013-527 du 20 juin 2013 relatif aux conditions de mise en œuvre de l'information de la parentèle dans le cadre d'un examen des caractéristiques génétiques à finalité médicale. Publication au Journal officiel du 22 juin 2013.
- ► Arrêté du 20 juin 2013 fixant le modèle de lettre adressée par le médecin aux membres de la famille potentiellement concernés.

#### Les recommandations de l'Ordre

Les projets de ces textes avaient été soumis au Conseil national par le ministère de la Santé et le Bureau avait émis des observations lors de sa réunion du 24 mai 2012. On relève que toutes les observations formulées ont été prises en compte dans le décret et l'arrêté, excepté l'envoi par courrier simple de la lettre d'information de la parentèle.

............

## Le contrat type de praticien territorial de médecine générale

Le 15 août 2013 ont été publiés au Journal officiel le décret relatif au contrat de praticien territorial de médecine générale ainsi que l'arrêté relatif au contrat type de praticien territorial de médecine générale. Ce dispositif créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 doit permettre l'implantation de 200 spécialistes en médecine générale dans des zones considérées comme fragiles.

#### CE QUE PRÉVOIT LA LOI

Le praticien signe un contrat avec l'Agence régionale de santé par lequel il s'engage à implanter tout ou partie de son activité dans un territoire fragile, en contrepartie d'un niveau de rémunération garanti. Le contrat contiendra des engagements individualisés qui peuvent porter sur les modalités d'exercice (respect des tarifs opposables, prescription des actions d'amélioration des pratiques, actions de prévention, etc.).

Le niveau de rémunération garanti correspond à une activité de 300 actes par mois soit 15C sur 20 jours ouvrés, ce qui peut apparaître modeste. Cependant, il ne faut sous-estimer ni l'aspiration d'un jeune médecin à une garantie de revenu, ni l'intérêt de groupes de médecins d'accueillir de jeunes confrères dans ces conditions.

Par ailleurs, les praticiens territoriaux de médecine générale bénéficieront d'une protection sociale plus intéressante aussi bien en termes d'indemnisation d'incapacité de travail (dès le 8° jour d'arrêt de travail), qu'en termes de rémunération forfaitaire versée pour cause de maladie.

### LES REMARQUES DE L'ORDRE SUR LE DÉCRET

Le conseil national de l'Ordre des médecins a souhaité que quelques modifications soient apportées au projet qui lui a été soumis mais n'a pas été suivi dans toutes ses attentes.

Article R. 1435-9-8: la rédaction de cet article est surprenante et difficilement compréhensible puisque les médecins ne sont pas inscrits au tableau de l'Ordre en application de l'article R. 4127-85 du code de la santé publique mais en application de l'article L. 4112-1 du même code. Il appartiendra aux conseils départementaux d'appliquer les règles habituelles en matière d'inscription et d'autorisation de lieux multiples d'exercice.

- ▶ L'article R.1435-9-6 prévoit la communication du contrat au conseil départemental. Les conseils départementaux de l'Ordre doivent notamment vérifier que ces contrats ne comportent aucune clause ajoutée au contrat type qui serait contraire à la déontologie médicale et veiller à ce que les engagements individualisés demandés aux médecins soient raisonnables.
- ▶ L'article R. 1435-9-3 prévoit que, lorsque, du fait du médecin, les conditions d'exercice requises pour prétendre au contrat ne sont plus réunies, ce dernier est rompu sans préavis. Le conseil national de l'Ordre des médecins avait demandé une clarification de la notion de « conditions d'exercice requises » pouvant entraîner une rupture sans préavis, mais aucune modification ni explication n'ont été apportées sur ce texte.

### LES REMARQUES DE L'ORDRE SUR L'ARRÊTÉ

Les observations de l'Ordre des médecins ont été entendues sur certains points, mais des difficultés demeurent. **Pourtant, le contrat type s'impose.** 

- ▶ L'article 4.1 du contrat type définit les engagements du praticien territorial de médecine générale. C'est là que toute l'attention du conseil départemental doit s'exercer afin de vérifier la compatibilité de ces engagements avec la déontologie médicale et l'équité. Il serait, en effet, contre-productif de mettre à la charge des praticiens territoriaux, auxquels on demande d'exercer dans des zones où aucun médecin ne peut s'installer, des contraintes plus importantes que celles assumées par leurs confrères.
- À l'article 11, la différence entre la situation du médecin qui ne respecte pas les dispositions du contrat (article 11.2) et le médecin qui ne remplit pas les conditions d'exercice requises pour prétendre au complément de la rémunération (article 11.3) est d'interprétation extrêmement difficile. Le Cnom a demandé aux pouvoirs publics de clarifier la situation afin de sécuriser la situation du médecin, mais n'a pas été entendu sur ce point.

#### Références

▶ Décret n° 2013-736 du 14 août 2013 relatif au contrat de praticien territorial de médecine générale (article R. 14-35-9-1 à R. 14-35-9-17 du code la santé publique).

.....

Arrêté du 14 août 2013 relatif au contrat type de praticien territorial de médecine générale pris en application de l'article R.1435-9-6 du code de la santé publique.

## Accessibilité des cabinets médicaux : que dit la loi?

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées prévoit la mise aux normes des cabinets médicaux à compter du 1er janvier 2015, afin de garantir l'accès et la circulation de toutes les personnes handicapées, quelles que soient leurs difficultés (auditives, cognitives, motrices, psychiques et visuelles). L'accessibilité concerne le cheminement du patient, de la voirie jusqu'à la salle de consultation.

#### Quelles procédures administratives?

Selon la nature des travaux de mise aux normes à réaliser, le professionnel de santé doit obtenir une autorisation de travaux ou un permis de construire.

Les dossiers sont à déposer en mairie.

Les documents à remplir pour les demandes de travaux ou de dérogation :

- le formulaire Cerfa n° 13824 intitulé « Demande d'autorisation de construire, d'aménager ou de modifier un EPR » lorsque les travaux ne sont pas soumis à un permis de construire;
- le dossier spécifique à joindre à un dossier de permis de construire.

#### Quelles dérogations?

La loi prévoit trois motifs de dérogation :

- impossibilité technique d'appliquer la mise en accessibilité;
- préservation du patrimoine classé monuments historiques;
- impact financier démesuré sur le chiffre d'affaires. Important : les dérogations aux règles d'accessibilité sont pérennes.

Attention aux délais nécessaires pour obtenir les autorisations ou les dérogations utiles.

#### Des cas particuliers

À la règle générale s'ajoutent des cas particuliers : locaux professionnels en copropriété, implantés dans un centre commercial, assurant une mission de service public (maison médicale de garde), etc.

#### Où en est-on aujourd'hui?

Les cabinets médicaux, comme la majorité des établissements recevant du public, ne seront pas accessibles aux personnes handicapées d'ici à 2015. À l'issue du premier Comité interministériel du handicap (CIH), le gouvernement a

donc annoncé une grande concertation destinée à mettre en place des agendas d'accessibilité programmée (Ad'AP).

#### À qui s'adresser?

Votre conseil départemental de l'Ordre vous accompagne dans vos démarches. N'hésitez pas à le contacter.

Les services de protection juridique des assureurs en RCP sont également à votre disposition. Enfin, la direction départementale des territoires et de la mer est disponible pour tout conseil réglementaire avant que la commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité ne statue sur les demandes d'autorisation de travaux et de dérogation.

D<sup>r</sup> Pierre-Yves Devys, secrétaire général du conseil régional de l'Ordre des médecins Île-de-France

#### + D'INFOS

http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1360

#### L'inquiétude des professionnels

Le 28 septembre dernier, le D<sup>r</sup> Pierre-Yves Devys, secrétaire général du Crom Île-de-France, animait un atelier sur l'accessibilité des locaux professionnels, lors des Entretiens de Bichat 2013. Dans l'amphithéâtre du Palais des congrès, les médecins se sont montrés sceptiques au sujet d'une loi qu'ils jugent « inapplicable car trop contraignante ». « La mise aux normes des cabinets médicaux pose des difficultés techniques et financières, mais aussi psychologiques », confirme un participant. « On manque d'information sur le contenu de la loi, et les normes à respecter », lâche un médecin de Gironde. « Il est hors de question de prendre en charge des sommes colossales pour les travaux », renchérit une dermatologue.

#### Les sanctions éventuelles

Fermeture administrative des cabinets, interdiction éventuelle d'exercer, amende de 75000 euros maximum et cinq ans d'emprisonnement pour discrimination en raison du handicap de la personne, etc. Sans oublier le risque de responsabilité médicale en cas d'accident dans un cabinet qui ne serait pas aux normes.

......

.....

### Les certificats médicaux

### pour les enfants

Le 27 septembre dernier, lors des Entretiens de Bichat 2013, les Drs Garat et Devys respectivement trésorier et secrétaire général du Crom Île-de-France, ont animé un atelier consacré aux écrits médicaux pour les enfants. Dans ce Bulletin, nous vous proposons un focus sur les certificats médicaux.

#### Les certificats incontournables ou obligatoires

- Certificats de naissance et de décès.
- Certificats de vaccinations obligatoires.
- Certificats de non-contre-indication à la pratique d'un sport (participation aux compétitions, obtention d'une licence sportive).
- Certificats d'inaptitude totale ou partielle à l'éducation physique et sportive.
- Formulaire de certificat médical pour une demande auprès des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).
- Constatations de coups et blessures ou de sévices. Ces certificats peuvent être suivis d'une information préoccupante ou d'un signalement au procureur.
- Certificats pour absence à la crèche supérieure ou égale à 4 jours.
- · Certificats médicaux en cas de maladie contagieuse pour absence scolaire.

#### Ceux qui ne sont pas obligatoires (à l'appréciation du médecin)

• Certificats de non-contre-indication à la pratique d'un sport (hors compétition et si la personne dispose déjà d'une licence).

Se méfier des demandes de certificat dans des circonstances familiales particulières (dans un cadre contentieux, garde des enfants, garde alternée, divorce par exemple).

#### Ceux que l'on doit refuser

Le certificat médical ne peut pas être exigé pour:

- attester une absence d'allergies sauf en cas de pathologie lourde;
- attester la prise de médicaments si le mode d'administration ne présente pas de difficulté particulière (crèches, assistantes maternelles);
- attester la virginité d'une personne;
- attester la capacité ou non à participer à une activité scolaire;
- attester une absence scolaire (hors maladie contagieuse);
- répondre aux demandes diverses sans raison médicale et non prévues par un texte (éviter l'immixtion dans les affaires de famille).

Attention aux demandes formulées par un tiers non détenteur de l'autorité parentale.

#### + D'INFOS

#### www.conseil.national.medecin.fr

- Rappel sur le bon usage des certificats médicaux : www.sante.gouv.fr/rappel-sur-le-bon-usagedes-certificats-medicaux.html
- usageaes-cermicals-medicaux.nimi

  Code de déontologie médicale et ses
  commentaires : articles 28 (complaisance),
  51 (immixtion) et 76 (rédaction)

  Voir aussi la fiche mémo « les écrits médicaux
- pour les enfants » diffusée lors des Entretiens de

#### Comment écrire et délivrer un certificat médical?

- Le certificat est rédigé sur papier à en-tête.
- Avant tout, il convient toujours de s'interroger sur la légitimité du demandeur et sur son but.
- ▶ Tout certificat doit être précédé d'un interrogatoire et d'un examen clinique.
- Un certificat ne relate que des faits médicaux personnellement constatés.
- Un certificat ne doit pas mettre en cause de tiers.
- Attention au respect du secret médical

- (en particulier, dans le respect du droit des enfants).
- Un seul certificat par enfant (le certificat, c'est personnel!).
- Le certificat doit être relu attentivement, signé de façon manuscrite et daté du jour de sa rédaction.
- ▶ Il est délivré aux détenteurs de l'autorité parentale (ou de la personne habilitée).
- Pensez à en garder un double!

## La couverture en responsabilité civile professionnelle des médecins

### en cas de réquisition dans le cadre de la permanence des soins

Juridiquement, « la réquisition de services [...] entraîne de plein droit la suspension des effets des contrats d'assurance de dommage, dans la limite de la réquisition, et dans la mesure de la responsabilité de l'État » (article L.160-7 du code des assurances). Les garanties des contrats d'assurance sont donc suspendues et le médecin doit établir la responsabilité de l'État. Pour mémoire, en droit des assurances, l'assurance dommages garantit la responsabilité civile de l'assuré et ses biens. La question de l'assurance en RCP pendant

la réquisition de permanence des soins a suscité un certain nombre de débats complexes alors même que, sur le terrain, aucune difficulté n'était signalée. Aussi, afin d'éviter à leurs assurés des difficultés juridiques, la MACSF Sou Médical, la Médicale de France et AXA, principaux assureurs médicaux, ont décidé de maintenir leurs garanties en se réservant la possibilité d'appeler en garantie l'État ou d'intenter une action récursoire à son encontre. À notre demande, ils ont bien voulu confirmer cet engagement par écrit.

## Paiement des astreintes de la permanence des soins ambulatoires

Afin de fluidifier et d'optimiser le dispositif de planification-exécution-paiement des astreintes de permanence des soins ambulatoire (PDSA), les différents acteurs territoriaux de cette mission assurent la mise en place progressive et partenariale des outils de la dématérialisation de ce processus.

La Cnamts a décidé de stopper l'exploitation de son logiciel Netgarde utilisé dans une quinzaine de départements.

Netgarde ne sera plus opérationnel à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014. Cette situation place l'Ordre en position d'éditeur principal de logiciel de garde.

Conformément aux textes en vigueur, les conseils départementaux approuvent les tableaux eu égard à la régularité de situation des différents effecteurs. La mise à la disposition des médecins et de nos partenaires institutionnels de notre outil Ordigard est une opportunité qui doit

permettre aux instances ordinales territoriales d'assumer un rôle essentiel en tant qu'acteurs incontournables de proximité.

75 départements utilisent déjà Ordigard. Trois sont en cours de migration de Netgarde vers Ordigard. Il appartient à nos instances régionales et départementales de veiller à l'efficience du déploiement de cet outil, d'informer les acteurs libéraux de cette situation unique à compter du 1er janvier 2014.

À ce titre, la DSI a procédé, depuis plusieurs mois, avec l'accord du président et du bureau, à un très important travail d'adaptation de l'outil Ordigard pour en faciliter l'usage eu égard à certaines contraintes ou spécificités locales. L'outil a ainsi été fortement optimisé.

L'équipe de la DSI du conseil national est et sera à votre totale disposition dans cette mise en œuvre territoriale qui est tant une responsabilité qu'une opportunité pour nos instances ordinales. Les listes de garde de janvier 2014 devront, pour les départements qui sont concernés, pouvoir s'appuyer sur la mise en place, avant le 31 décembre 2013, de l'outil ordinal.

## Bioéthique : une nouvelle révision pour la déclaration d'Helsinki

Adoptée pour la première fois en 1964 pour encadrer la recherche biomédicale, la déclaration d'Helsinki a été révisée par l'Association médicale mondiale (AMM) au cours de l'Assemblée générale qui s'est tenue du 15 au 19 octobre 2013, au Brésil.

laborée par l'Association médicale mondiale (AMM), la déclaration d'Helsinki est un énoncé de principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains, y compris la recherche sur du matériel biologique humain. La révision adoptée pendant l'Assemblée générale de l'AMM vient parachever deux ans de discussions et de consultations. Les principaux changements adoptés portent sur :

- une définition et un encadrement plus stricts des populations vulnérables. Les participants à la recherche biomédicale sont mieux protégés;
- l'information des personnes après la recherche. Davantage d'obligations sont prévues pour les dispositions post-étude. Les participants doivent notamment être avisés avant l'étude qu'ils seront tenus au courant

des résultats et qu'ils auront, si nécessaire, accès à des traitements dont l'étude aura prouvé le bénéfice;

- la transparence : la qualification des membres et le fonctionnement des comités d'éthique de la recherche sont plus détaillés;
- la compensation : jusqu'à présent, aucune forme d'indemnisation n'était mentionnée. Une compensation et un traitement adéquats doivent désormais être garantis pour les personnes qui auraient subi un préjudice en raison de leur participation à une recherche;
- les biobanques sont désormais mentionnées et encadrées. La déclaration précise ainsi : « pour la recherche médicale utilisant des tissus ou des données d'origine humaine, telles que les recherches sur tissus et données contenues dans les biobanques ou des dépôts similaires, les médecins doivent solliciter le

consentement éclairé pour l'analyse, le stockage et/ou la réutilisation. Il peut se présenter des situations exceptionnelles où il est impraticable, voire impossible d'obtenir le consentement. Dans de telles situations, la recherche peut être entreprise uniquement après évaluation et approbation du comité d'éthique de la recherche concerné. »

Le conseil national de l'Ordre des médecins s'est impliqué dans la révision grâce à l'action conjointe de la Délégation aux affaires européennes et internationales (DAEI), de la section Éthique et déontologie et de ses partenaires francophones lors des différentes phases de consultation ainsi que lors des réunions d'experts.

+ D'INFOS www.wma.net

#### ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE : ÉLECTION DU DR XAVIER DEAU À LA PRÉSIDENCE



Le D' Xavier Deau, délégué général aux affaires internationales du conseil national de l'Ordre des médecins, a été élu à la présidence de l'Association médicale mondiale. L'AMM regroupe 106 associations médicales nationales dans le monde. Sa présidence est « tricéphale » : un président élu (elect), un président et un président (paur la D' Deau a donc été élu président elect pour la période octobre 2013-octobre 2014 et deviendra président en octobre 2014-2015 puis sera président sortant encore pour un an. Le D' Mungherera (Ouganda) est présidente jusqu'en octobre 2014. Le président sortant est le D' Wilson (États-Unis).

D' Xavier Deau, délégué aux affaires européennes et internationales du Cnom, nouveau président élu de l'AMM.



## Transmettre le savoir ou comment perpétuer « l'art de la médecine »

Dans un rapport consacré à la transmission du savoir, la commission nationale permanente, laboratoire d'idées de l'Ordre des médecins, soumet ses recommandations sur la sélection à l'entrée des études, l'enseignement des spécialités et le renouveau du compagnonnage à l'heure des coopérations interprofessionnelles. Décryptage.



e grand livre des connais-**«** sances médicales peut être une encyclopédie; c'est le savoir... mais elle ne sert à rien si elle n'est pas ouverte à la bonne page; c'est la difficile transmission du sens clinique, qui repose sur une nécessaire et permanente autocritique. » Après s'être trompé de diagnostic, voilà ce dont prenait conscience il y a quelques décennies le Dr Jean-Pierre Gicquel, jeune externe des Hôpitaux de Paris, dans le service de médecine interne du Pr Siguier (1909-1972). Il venait

d'observer le comportement de son maître, pratiquant dans le plus grand respect un interrogatoire et un examen clinique poussé, avec l'assentiment de sa patiente, finalement atteinte d'une acné rosacée dans le cadre d'une cirrhose. Devenu conseiller ordinal et membre de la commission nationale permanente de l'Ordre (CNP), le Dr Gicquel a planché sur la transmission du savoir en médecine. Un sujet qui a évolué au gré des réformes des études médicales et des apports des nouvelles technologies de l'information mais qui présente

« d'importantes constantes, audelà même de l'enseignement du lourd bagage scientifique devenu nécessaire à l'exercice médical ». Le rapport a été présenté devant l'assemblée générale de l'Ordre des médecins le 29 juin 2013, un an après l'introduction de la notion de compagnonnage dans le code de santé publique (lire encadré p. 26). Il analyse l'évolution de l'organisation de l'enseignement de la médecine à travers les âges (de la civilisation babylonienne au XX<sup>e</sup> siècle en passant par la médecine à Rome et durant la

▶▶▶ suite page 25





#### **66** Transmettre les valeurs très précocement 🤧

#### Dr Gicauel,

conseiller national, membre de la commission nationale permanente de l'Ordre, rapporteur du rapport ordinal

S'il ne condamne pas la transmission virtuelle, aui peut être extrêmement utile. l'Ordre des médecins estime aue la transmission orale et directe du professeur à l'élève reste la meilleure façon d'enseigner, la transmission du « savoir-être » ne pouvant se faire qu'au lit du malade car elle exige le contact entre trois personnes (le professeur, l'élève et le patient). L'Ordre insiste par ailleurs sur la transmission des valeurs (l'obligation du secret, l'indépendance professionnelle, le respect du patient, l'obligation d'entretenir ses connaissances, le tact et la mesure mais aussi l'enseignement des principes éthiques et du code de

déontologie) dont il est le garant. Dans cette optique, il souhaite intervenir très précocement pendant la formation initiale, en développant également un enseignement des conditions de la profession (droit médical, rédaction des certificats et des multiples contrats y compris assurantiels). Enfin, il désire apporter sa contribution tout au long du déroulement du cursus médical, en particulier dans l'organisation de la sélection à l'entrée (PACES) et de l'examen classant national (ECN). Quelle que soit sa spécialité, le médecin doit entretenir un socle de connaissances générales toute sa vie durant.



#### Jeux de rôles et visites Initiative d'externes au CHU de Nancy



«La simulation médicale et les nouvelles technologies s'intègrent dans le compagnonnage moderne, qui doit être quelque chose de très actif de la part des enseignants », estime le Pr Pierre-Edouard Bollaert, responsable du pôle Uraences et réanimation médicale du CHU de Nancy, qui veut battre en brèche l'idée que le compagnonnage consiste simplement à laisser les étudiants observer leurs aînés. « Il v a des étudiants aui n'ont besoin d'aucun enseignant et sont capables de capter dans leur environnement de stage l'information nécessaire, mais la plupart d'entre eux ont besoin d'une forte interaction avec leurs encadrants pour utiliser leur savoir et pour construire leur savoir-faire », poursuit-il. Depuis cinq ans, il développe

des actions spécifiques d'enseignement à destination de la vingtaine d'étudiants de 2<sup>e</sup> cycle qui se relaient quatre fois par an dans son service. Objectif? « Jouer notre

#### **66** Jouer notre rôle de passeurs 🤧

rôle de "passeurs" afin de transformer le savoir théorique en compétence, » Huit à dix heures hebdomadaires sont spécifiquement consacrées à cette mission. En plus des enseignements classiques qui s'appuient sur des présentations de cas cliniaues, des visites de malades réservées aux étudiants (2 heures environ) sont ainsi organisées deux fois par semaine. « Avec un

de 2° cycle au CHU de Nancy.

des médecins du service. on reprend les malades de la visite afin de s'assurer que les étudiants ont compris la situation du malade, de mieux expliquer les décisions prises, et de faire passer les messages importants », indique-t-il. Des ieux de rôle avec scénarios ont également été mis en place, notamment sur la thématique des relations avec les patients et les proches. « La relation avec le malade et ses proches représente un des aspects absolument capitaux de la spécialité de réanimation et de la médecine en général », justifie le P<sup>r</sup> Bollaert, qui a par ailleurs institué des « staffs éthiques ». L'affluence de demandes de stage dans le service de réanimation du CHU prouve, s'il en était besoin, que la formule répond aux attentes des futurs médecins.

Renaissance) pour évoguer des pistes d'amélioration, alors que le « savoir-être » et le « savoirfaire » apparaissent comme des notions indissociables de cette transmission du savoir. L'ambition de ce travail? « Que la transmission du savoir en médecine continue à se perpétuer dans un courant humaniste dont le renouveau du compagnonnage pourrait être un exemple », l'Ordre ayant pour mission « de poursuivre et d'amplifier sa contribution dans ce domaine ».

#### Plus de transversalité et d'interactivité

Réforme Debré de 1958 et création des CHU; introduction en 1971 du numerus clausus qui conduira à l'« impitoyable élimination » du concours de première année; mise en œuvre, en 2010, de la première année commune aux professions de santé (PACES)... la transmission du savoir a beaucoup changé. Elle évolue notamment vers plus d'interactivité en 3e cycle avec un déclin des cours magistraux; vers plus de transversalité grâce à l'introduction des modules multidisciplinaires en 2001; et vers plus de pratique, avec le stage du médecin généraliste auprès du praticien, effectif depuis 1997. Pourquoi transmettre, que transmettre et comment transmettre?



#### 66 La transmission du savoir, c'est rendre explicite l'implicite >>

Président du Collège interalpin des médecins enseignants (CIME), maître de conférences associé, le D' Olivier Marchand a fondé, avec deux autres confrères, la maison de santé de Domène (Isère). Depuis 2008, il a accueilli en stage une cinquantaine d'externes et internes.

« Nous sommes dans une logique d'apprentissage axée sur l'apprenti. Durant les deux premières consultations, ie fais l'examen clinique avant le stagiaire, puis je lui demande de faire l'examen clinique avant moi et je le refais derrière, l'idée étant de lui faire faire rapidement cet examen seul. C'est une mise en responsabilité qui favorise l'apprentissage dans des études aui ont plutôt tendance à déresponsabiliser les étudiants. La transmission du savoir, c'est essentiellement rendre explicite tout l'implicite, comme la façon dont je vais dire bonjour aux patients ou les techniques d'interrogation, alors que j'utilise beaucoup l'interrogatoire non verbal. Je fais des mini-jeux de

rôle pour les mettre en situation, nos métiers étant fondés sur la relation humaine. Plus que le compagnonnage, je pratique l' "accompagnonnage": "regarde comment je fais, puis fais devant moi et on voit ensemble comment évoluer". Cette fonction nous oblige à réfléchir sur nos pratiques et à les justifier, ce qui impose d'être très rigoureux et de savoir argumenter la non-application des recommandations dans certains cas (EBM, Evidence Based Medicine).»

#### 66 L'examen au lit du malade est le plus propice à l'enseignement 🤧

« Plus qu'une profession, la médecine reste un art, souligne le rapport ordinal. L'exercice de cet art nécessite un ensemble de savoirs qui [...] ne peut être uniquement circonscrit par le contenu des programmes, la vérification de leur assimilation et les diverses évaluations pratiquées par les autorités enseignantes ou les pairs durant la carrière d'un médecin. »

Pour transmettre ce savoir-faire, le rapport ordinal insiste sur la nécessité de conserver un contact direct et spontané entre l'enseignant et l'enseigné, y compris en présence des patients. À l'heure d'Internet, de la télémédecine, des applications médicales pour smartphones et des simulateurs, il convient de « recentrer le compagnonnage sur *l'étudiant* », l'enseignant devenant un « facilitateur d'apprentissage ». « Comment sentir un frémissement cataire du rétrécissement mitral, sorte de vibration douce qui chatouille la paume de la main comme un chat qui ronronne si

#### LA TRANSMISSION DU SAVOIR MÉDICAL

l'enseignant ne vous pose pas la main au bon endroit? » relève ainsi le D<sup>r</sup> Virginio Ellena, conseiller national de l'Ordre et contributeur de ce rapport. Ce dernier souligne également combien l'emploi et l'appropriation des techniques de plus en plus sophistiquées exigent une transmission humaine, précise et continue. Selon un autre contributeur, le Dr Jean-Marie Faroudja, président de la section Éthique et déontologie du Cnom, le savoirêtre, « cette façon d'exprimer ou d'appliquer ses connaissances en fonction du contexte et des situations rencontrées, dans le respect d'une certaine éthique et des règles déontologique appliquées au quotidien », ne peut être enseigné que si l'on en est « imprégné soi-même, naturellement, spontanément, sans ostentation et sans faille ». L'examen au lit du malade



#### - Bon à savoir

#### LE COMPAGNONNAGE DANS LE CODE DE SANTÉ PUBLIQUE

« Le médecin partage ses connaissances et son expérience avec les étudiants et internes en médecine durant leur formation dans un esprit de compagnonnage, de considération et de respect mutuel. » C'est à la demande et en accord avec la commission jeunes médecins de l'ordre qu'un nouvel article du code de la santé publique, le R. 4127-68-1, a été créé le 7 mai 2012. Il fonde la relation entre médecin et étudiant sur la notion de compagnonnage, que l'on peut définir ainsi : « mode d'apprentissage qui repose sur la réalisation d'activités professionnelles en présence d'un pair qui transmet ses connaissances et son savoir-faire en particulier par la démonstration ainsi que les règles et les valeurs de l'organisation ». Cette tradition ancienne s'applique à la transmission du savoir en médecine car elle réunit l'apprentissage des connaissances techniques et l'acquisition des règles éthiques et morales. « Ces valeurs se manifesteront d'abord par le respect des patients qui ne doivent pas être traités comme des "objets d'étude", des "organes malades" mais être considérés en tant que personnes, écoutés avec empathie, informés de leurs droits et libres d'accepter ou de refuser de participer à la formation clinique des étudiants. L'exemplarité du médecin est particulièrement importante en ce domaine », précisent les commentaires de cet article du code de déontologie, soulignant que « l'autonomisation progressive de l'étudiant devra être recherchée ».

étant le moment le plus propice à l'enseignement, précise-t-il.

#### **Nouvelles perspectives** dans le cursus

Si l'hyperspécialisation se développe, le rapport rappelle que les pratiques cliniques et le savoir-être doivent demeurer des constantes. « Car le spécialiste, quel que soit son degré de spécialisation, est bien évidemment et avant tout, un médecin ». Au sein des maisons de santé pluri-professionnelles, dont le nombre croît sur le territoire, cette transmission du savoir doit se développer à condition de respecter les règles de confidentialité. Enfin, la CNP se prononce sur le déroulement des études. Elle appelle à « élargir l'éventail des profils des médecins par un déplacement du curseur des programmes de la PACES des matières scientifiques dites dures vers les sciences humaines ». Sans donner une réponse tranchée, elle pose la

#### **POINT DE VUE** extérieur



### 66 Revenir de la technique à l'éthique 🤧

#### Pr Alain Leguerrier,

chirurgien, chef du service de chirurgie thoracique cardiaque et vasculaire au CHU de Rennes et président du conseil de l'ordre des médecins d'Ille-et-Vilaine.

#### Quels sont les enjeux essentiels de la transmission du savoir en médecine?

Le rapport de la CNP retrace bien l'historique des cinquante dernières années et pose la problématique de l'évolution technologique considérable, de son intégration dans le monde actuel de la communication et des nécessaires précautions à prendre pour que les dimensions humaines soient remises en première ligne. La technique doit être parfaite, mais le problème est de replacer chaque technique dans la dimension humaine, alors que la pathologie d'organe devient pour chaque domaine de plus en plus complexe. Il faut aller « des pionniers aux équipes » et revenir « de la technique à l'éthique » pour paraphraser la thématique d'un colloque auquel j'ai récemment participé. La prise en charge doit être moins fondée sur les mathématiques et le système binaire que l'on veut

transposer dans le système de soins. Le côté fondamental est la relation médecin-patient avec une confiance nécessaire.

#### Sur quoi faut-il insister auprès des étudiants?

Il est nécessaire d'intervenir très tôt, la sélection de 1<sup>re</sup> année étant faite uniquement sur de la mémoire, des mathématiques et du binaire. Quand on présente un état clinique à des étudiants et qu'on montre que deux solutions différentes peuvent être tout à fait légitimes, ils tombent des nues parce qu'on les a formatés pour qu'ils ne présentent qu'une seule réponse. L'université de Rennes a introduit récemment un module « médecine et société », qui explique le comportement que nous attendons des étudiants, par exemple, l'importance de la présentation générale (y compris vestimentaire). Il faut amener progressivement les étudiants à se décomplexer vis-àvis du malade et à appréhender les choses dans leur ensemble, avant de se jeter sur un problème technique. Je crois que ce combat est important parce qu'il y a eu une dérive, les patients avant l'impression au'on se concentre sur leur pathologie d'oragne. Nous devons être des techniciens parfaits mais cette

dimension-là n'est pas suffisante.

#### Comment voyez-vous l'avenir du compagnonnage?

Au départ, un nombre réduit d'étudiants pouvaient bénéficier de ce compagnonnage représentant un moyen exceptionnel de transmission d'un savoir pratique. Maintenant l'enseignement est plus long, avec des stages pratiques pour tous mais aussi avec plus d'étudiants, donc il faut que nous adaptions nos horaires et nos fonctionnements. Dès la 2º année, les étudiants doivent avoir des contacts précoces avec les médecins installés, sur le terrain, dans la réalité pratique du secteur dit « libéral ». Je suis relativement optimiste sur l'avenir. Le tutorat ne présente pas les mêmes avantages que le compagnonnage (permettant à l'étudiant de choisir auprès de qui il va poursuivre son apprentissage) mais c'est une adaptation du système qui fonctionne. Il faudra néanmoins introduire plus de choix et plus de passerelles. On doit apprendre aux étudiants à analyser de façon critique les articles, à se préparer aux changements technologiques, les Ordres devant participer activement à cette évolution indispensable.

question : « Pour aborder les études de médecine, un cerveau bien fait et empathique peut-il être moins bon qu'un cerveau bien plein de savoir d'excellence? ». En regrettant que « le couperet de l'ECN ne conduise à une orientation trop

précoce vers des spécialités de plus en plus multiples et pointues », le rapport plaide enfin pour une programmation plus précoce des stages dans le parcours des études et leur extension à l'ensemble des médecins.

#### + D'INFOS

#### Rapport de la CNP - La transmission du savoir en médecine

- Rapporteur: Dr Gicquel
- Contributeurs : Drs Bureau, Cressard, Decanter, Ellena, Faroudja, Lagarde Moreau, Wilmet Pour le lire : www.conseil-national.medecin.fr

#### Renaloo



## Peser sur les décisions de santé publique

#### **2008**

Naissance de l'association Renaloo, qui compte aujourd'hui 3 500 adhérents. Le site Renaloo, né en 2002, est le précurseur de l'association. Il a été consulté par 250 000 visiteurs uniques en 2012.

#### ■ 3 millions

C'est le nombre de personnes concernées, en France, par une maladie rénale chronique, qu'elles soient déjà diagnostiquées ou à risque. Parmi elles, 38000 sont dialysées et 33000 greffées.

#### **9000**

C'est le nombre de personnes atteintes d'une maladie rénale chronique ayant répondu au questionnaire des États généraux du rein. À partir de ces précieux témoignages et des doléances formulées tout au long des 18 mois de travaux, des propositions ont été formulées afin d'améliorer le parcours de soins et la vie quotidienne des malades. Certaines ont été reprises dans le PLFSS 2014.



enaloo, c'est d'abord un site Internet, né en 2002, à l'initiative d'Yvanie Caillé, dialysée à 28 ans et greffée un an plus tard. Frustrée de ne pas trouver les informations qu'elle cherche sur sa maladie, la jeune femme crée un site qui rassemble des témoignages. Son succès est immédiat et montre à quel point les patients ont besoin de s'informer et d'échanger. 2007 : le site est entièrement remanié pour continuer de répondre aux besoins d'informations des patients, et l'association Renaloo voit le jour en 2008. « Le site et l'association conservent cette mission fondamentale d'information, notamment sur le choix des

traitements, leur mise en œuvre et leurs répercussions sur la qualité de vie, précise Yvanie Caillé. Mais nous y ajoutons une composante militante. Nous souhaitons participer aux décisions de santé publique qui nous concernent. » Pour ce faire, Renaloo a organisé d'avril 2012 à juin 2013 les États généraux du rein. Une manifestation sans précédent qui a réuni patients et professionnels autour de thèmes tels que le diagnostic, les informations données aux patients, les parcours de vie des greffés et des dialysés, etc. De plus, les États généraux ont recueilli la parole de quelque 9000 patients. « Les personnes qui ont répondu



Mous souhaiterions participer aux décisions de santé qui nous concernent

Yvanie Caillé, présidente de Renaloo





### Il faudrait des recommandations de bonne pratique!

Pr Maryvonne Hourmant, néphrologue et chef du service de néphrologie du CHU de Nantes.

#### Où en est-on aujourd'hui dans la prise en charge des malades atteints d'insuffisance rénale chronique terminale?

Aujourd'hui, ces patients sont soit dialysés soit greffés. À cet égard, nous partageons le constat des États généraux du rein : les médecins ne font pas tous le même choix. Certains privilégient la dialyse, d'autres inscrivent tout de suite le patient sur la liste d'attente pour une greffe, dans le but d'éviter la dialyse. Les grands centres de transplantations, comme celui de Nantes, ont tendance à privilégier la greffe car ils en font beaucoup et sont habitués à greffer tous types de patients, y compris des cas complexes.

#### Quelle est la solution la plus pertinente sur le plan médical?

C'est très discuté. Certaines études montrent de meilleurs résultats de la greffe préemptive - réalisée en première intention. Mais elles ne sont pas forcément extrapolables à la France.

Le choix de la greffe préemptive est aussi guidé, chez les transplanteurs, par le fait que la dialyse constitue un traitement lourd et provoque une très grande rupture dans la vie personnelle et professionnelle des patients. Ils considèrent que si on peut le leur éviter, c'est mieux. La question est complexe car certains considèrent qu'il n'est pas éthique d'inscrire des patients directement sur la liste d'attente des greffes alors que des personnes dialysées attendent une transplantation depuis longtemps.

#### Peut-on envisager des recommandations de bonne pratique?

Absolument. Nous devrions nous mettre d'accord, même si nous serons toujours confrontés à des cas complexes qui ne relèvent pas de pratiques standard.

Ces recommandations auraient le mérite d'être opposables. Ce serait une bonne chose pour les patients, dont je comprends la colère quand ils constatent les différences de prise en charge d'une région à une autre.



Les États généraux du rein ont recueilli la parole de plus de 9000 patients.

à notre enquête ont évoqué leur détresse face à un parcours de soins complexe, précise Yvanie Caillé. Les patients ne sont pas toujours bien orientés, sans compter les énormes disparités régionales sur les modalités de prise en charge. Par exemple, le stade de fonction rénale au démarrage de la dialyse varie fortement selon les régions. » Les patients évoquent aussi le manque d'accompagnement psychologique, alors que la souffrance psychique est réelle. « La greffe est considérée comme une guérison alors que c'est seulement un traitement. En dialyse, la qualité de vie est altérée et cela est insuffisamment pris en compte. » Les États généraux pointent également une spécificité française : la dialyse reste le traitement proposé en première intention, comme si elle restait un passage obligé avant la greffe, alors que ce n'est pas pertinent sur le plan médical. « C'est une perte de chance pour le malade et c'est plus coûteux pour notre système de santé », rappelle Yvanie Caillé. L'objectif de l'association est largement atteint : le PLFSS 2014 reprend des propositions formulées au cours des États généraux. Entre autres : l'insuffisance rénale chronique devient pathologie pilote dans le cadre de l'expérimentation de nouveaux parcours de soins, basés notamment sur de nouvelles modalités de tarification. « Renaloo s'attachera, dans les mois et les années qui viennent, à suivre la mise en œuvre concrète des propositions retenues, toujours dans l'idée d'améliorer la prise en charge et la vie des patients », précise Yvanie Caillé.

#### Où va l'humanité?



Qu'allons-nous faire de nous? Les Prs Jean-François Mattei, ancien ministre de la Santé de Jacques Chirac, et Israël Nisand, gynécologue obstétricien, sont les auteurs d'un essai de bioéthique qui traite des enjeux

sociétaux impliqués dans l'avenir de notre espèce. Faible par nature et dépendant de sa relation à l'autre, l'homme est aux yeux d'Israël Nisand un « néotène », un être inachevé à la naissance : la technique peut désormais combler sa vulnérabilité et être le moteur de son évolution. Mais l'emprise des nouvelles technologies - biomédecine, nanotechnologies, réalité augmentée, robotisation de l'homme – inflige un coup dur à la nature. Peut-on sans danger instrumentaliser le corps humain et dépasser ses limites en l'améliorant de facon artificielle? À l'ère du posthumanisme, deux éminents professeurs de médecine lancent un cri d'alarme.

» Où va l'humanité?, de Jean-François Mattei et Israël Nisand, Éditions LLL (Les Liens aui Libèrent). 87 p., octobre 2013. 9,50 euros.

#### **Gestion juridique** du risque médical

À partir de son expérience professionnelle, aux côtés de médecins ou de patients, Me Garay traite dans son ouvrage de façon pragmatique, sous forme de guide pratique, les moyens d'aborder l'augmentation exponentielle des événements indésirables graves associés aux soins dont le nombre se situe en France entre 275000 et 395000 par an (1 accident mortel pour 1000 interventions chirurgicales).

L'auteur emprunte, entre autres, à l'expérience nordaméricaine le concept-méthode de « gestion des risques », décrit et expliqué de façon systématique, en référence à celui de gestion du risque du transport aérien.

Les discours alarmistes et dénonciateurs sur l'explosion du nombre de « procès », sur la « dérive à l'américaine » en sont le point de départ, décryptés, comme la critique de la médecine dite défensive (multiplier inutilement les actes de soins pour se « couvrir »...).

L'ambition de l'auteur est de sortir des sentiers battus



de la rhétorique de la défiance-méfiance réciproque entre médecins et patients en s'émancipant des lieux communs sur la judiciarisation de la médecine effrayée et tétanisée par les procès.

≥ Gestion juridique du risque médical (Medical Risk Legal Management), par M<sup>o</sup> Alain Garay, avocat à la cour de Paris, Berger-Levrault, sept. 2013, 414 p.



#### Un ouvrage contre l'euthanasie

« C'était le 14 mars 2012 au cours d'une émission politique de la campagne présidentielle. Un journaliste a rappelé au candidat Hollande que la première mesure symbolique de François Mitterrand après son élection avait été l'abolition de la peine de mort et il lui a demandé quelle serait la sienne : "L'instauration d'un droit à une aide active à mourir." Le parallèle entre ces deux mesures m'a saisie, tant j'y voyais plutôt des perpendiculaires! J'ai donc décidé d'ouvrir un dossier parce que j'avais besoin de comprendre.» Claire Fourcade, médecin au sein d'une équipe mobile de soins palliatifs dans la région de Narbonne, a rassemblé dans son ouvrage des témoignages, des lettres, des récits et des portraits qui permettent de mener une réflexion approfondie sur l'euthanasie, pratique à laquelle elle s'oppose fermement.

Le dossier E. Euthanasie : faut-il changer la loi?, de Claire Fourcade, éditions Fidélité, 84 p., septembre 2013, 10 euros.

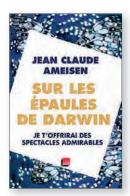


#### Du syndicalisme à la convention

Véritable encyclopédie chronologique des relations entre les médecins et les responsables politiques d'Hippocrate à nos jours, l'ouvrage du chirurgien pédiatre Patrick Carlioz retient l'attention des professionnels de santé.

mais aussi celle des étudiants à la recherche de références précises. L'histoire de la profession médicale et chirurgicale française est mise en parallèle avec la naissance et l'évolution du syndicalisme médical et des Caisses d'assurance maladie dans un livre qui tient à la fois du roman, de l'essai, du manuel. L'ouvrage est rythmé par des références historiques et législatives et rapporte les événements médicaux, politiques et scientifiques ayant marqué l'évolution de la profession. Le D' Carlioz est conseiller ordinal du conseil départemental de l'Ordre des médecins du Rhône.

■ Du syndicalisme à la convention. L'histoire d'un long fleuve pas si tranquille, du D' Patrick Carlioz (Prix de l'Académie nationale de chirurgie 2011 pour Le Diverticule de Meckel, de l'embryologie à la chirurgie), éditeur Bernard Mabille, 680 p., août 2013, Lyon, 35 euros.



#### Les spectacles admirables de Jean-Claude Ameisen

Après le succès de son premier tome Sur les épaules de Darwin. Les Battements du temps, Jean-Claude Ameisen, auteur de l'émission de France Inter « Sur les épaules de Darwin » (Grand Prix des Médias CB News 2013 pour la

meilleure émission radio), nous propose de poursuivre le voyage à la découverte des merveilles du monde, à travers l'espace et le temps. À la croisée du conte et de la science, l'auteur nous accompagne cette fois-ci dans une exploration fascinante à la rencontre des abeilles, des fourmis, et des flocons de neige. Et finalement, de nous-mêmes, pour redécouvrir ensemble notre commune humanité.

≥ Sur les épaules de Darwin. Je t'offrirai des spectacles admirables, de Jean-Claude Ameisen, éditions LLL/France Inter, 360 p., novembre 2013, 22,50 euros.

#### Urgences pédiatriques, l'appli



#### L'application Urgences

pédiatriques est un outil de consultation destiné à tout soignant amené à prendre en charge des enfants (notamment, dans les zones peu médicalisées). Elle reprend l'intégralité de l'ouvrage de référence réalisé par Philippe Labrune, Denis Oriot, Bernard Labrune et Gilbert Huault (2300 pages). Plus de 300 fiches traitent toutes les pathologies du prématuré au grand adolescent, et détaillent la prise en charge sanitaire; 96 fiches sont dédiées aux gestes et techniques de l'urgence, et 260 aux produits pharmacologiques. Parmi les fonctionnalités proposées par l'appli, un moteur de recherche de plus de 50000 entrées et un grand nombre de liens pour approfondir la

#### → Application Urgences pédiatriques. Du prématuré à l'adolescent.

au prix de 49,99 euros.

recherche. La version complète est

Sous la coordination de Philippe Labrune, Denis Oriot, Bernard Labrune, Gilbert Huault, éditions De Boeck-Estem, août 2013.

# Défendre mes pairs : une œuvre modeste, mais socialement utile!

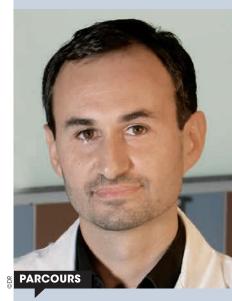


médecin légiste au CHRU de Montpellier et conseiller départemental (Hérault) et régional (Languedoc-Roussillon).

# **Témoignage**

« Né à Nîmes de parents pharmaciens à Aigues-Mortes, je suis devenu docteur en pharmacie par atavisme familial. Découvrant avec passion la médecine légale et la criminalistique lors d'un stage au CHU de Montpellier, j'ai décidé de "faire médecine". C'est le côté très scientifique et très rigoureux de cette discipline étonnante qui m'a séduit. Mon quotidien s'articule entre l'enseignement, la recherche, les autopsies et la médecine légale clinique car trois quarts de mes patients sont des victimes bien vivantes! Je les accueille et j'établis pour la justice les certificats qui leur seront utiles. Une activité très riche qui balaie de nombreuses disciplines, comme la gynécologie, la pédiatrie, la traumatologie, la gériatrie, la psychiatrie...

En médecine, j'ai senti un esprit de corps très fort. C'est un métier extraordinaire. Nous sommes très attachés au respect de l'intégrité et de l'indépendance de notre profession car tous les jours nous devons prendre des décisions importantes dans la vie de nos patients. C'est pour tout cela que je me suis investi dans l'association des internes de Montpellier-Nîmes d'abord, puis au sein de l'Inter Syndicat national des internes des hôpitaux (Isnih) comme secrétaire général et porte-parole. J'ai eu à cœur d'y défendre le statut de l'interne : il n'est pas seulement là pour faire tourner la boutique, c'est aussi un médecin en formation et celle-ci doit être de qualité. Je suis heureux que mon travail au sein de l'intersyndicale – en collaboration avec le Cnom – ait permis de créer un nouvel article du code de déontologie (le 68-1) pour y réintroduire un mot, fondamental, celui de compagnonnage. Le médecin senior se doit de partager ses connaissances, mais certains praticiens avaient tendance à négliger cet aspect de leur mission. Enfin, mon travail au sein de l'Isnih m'a permis d'entrer en contact avec le Cnom. J'en avais une image poussiéreuse. Or c'est un monde en ébullition, dynamique, riche en propositions qui défend tous les médecins, quels que soient leur spécialité ou leur statut. Après l'Isnih, il était logique que j'intègre l'Ordre. Il me semble qu'en m'occupant de mes pairs, je fais une œuvre certes modeste, mais socialement utile. »



#### 2000 ע

DEA de chimie analytique

#### 2002 ע

Thèse de pharmacie à l'université Montpellier I

#### 2010 ע

Thèse de médecine sur l'histoire de l'internat des hôpitaux de Montpellier

#### 2007-2010 ע

Président de l'Association des internes des hôpitaux de Montpellier-Nîmes

#### 2008-2010 ע

Secrétaire général et porteparole de l'Inter Syndicat national des internes des hôpitaux

#### 2012 ע

Praticien hospitalier. Département de médecine légale du CHRU de Montpellier

#### v 2012

Conseiller départemental de l'Ordre des médecins de l'Hérault

#### 2013 ע

Conseiller régional de l'Ordre des médecins de Languedoc-Roussillon, membre titulaire de la chambre disciplinaire de première instance