



Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins



➤ Dossier p. 22

Comment prévenir les conduites addictives ?

➤ L'essentiel
**Atlas régionaux de
la démographie : des
disparités croissantes**
p. 4

➤ Réflexion
**Soins de santé
transfrontaliers :
quelles avancées ?**
p. 10

➤ Jurispratique
**La Réunion-Mayotte :
élections
complémentaires**
p. 14



La chambre des erreurs : une piqûre de rappel

Pour la troisième édition de la Semaine de la sécurité des patients (du 25 au 29 novembre), le Pôle gérontologique Nord Sarthe a reconstitué une chambre « de tous les dangers ». Reportage à l'hôpital de Bonnétable sur cette animation ludique qui vise à réduire les événements indésirables liés aux soins.

« **B**ienvenue dans la chambre d'Arlette Témoin, patiente souffrant de troubles cognitifs et de problèmes de déglutition », explique Emmanuelle Le Gal-Mesme, responsable qualité de l'hôpital Bonnétable¹, à une trentaine de kilomètres du Mans. Arlette n'est qu'un mannequin, mais qu'importe. Treize erreurs se sont glissées dans sa chambre; les personnels de l'établissement – médecins, infirmiers, aides-soignants mais aussi agents administratifs, techniques et même des étudiants – disposent de seulement cinq minutes pour les identifier. Dès leurs premiers pas dans cette « chambre des erreurs », les participants repèrent les anomalies les plus visibles : les gants qui traînent au sol, la bague au doigt du mannequin qui fait office de soignant (risques infectieux), ou encore la chemise d'Arlette mal fermée (bienveillance) et son repas peu appétissant (dénutrition).

« Circuit du médicament »

D'autres thématiques, en revanche, exigent davantage de réflexion, à l'image de la prise en charge de la douleur (l'échelle de douleur est

incomplète), l'identito-vigilance (absence de bracelet d'identification sur un patient incapable de décliner son identité) ou le circuit du médicament (du Ciblor est prescrit sur l'ordonnance, alors que du Ciblox est posé sur la table). « *Près de 10 % des événements indésirables que nous constatons sont liés au circuit du médicament* », précise Aurore Grimaud, directrice adjointe aux affaires médicales, qualité et gestion des risques du Pôle gérontologique Nord Sarthe. Après chaque visite, un débriefing s'engage avec le service qualité sur les erreurs constatées, et celles oubliées. Pour le Dr Bertrand Devaud, médecin coordonnateur à l'Ehpad de Sillé-le-Guillaume, cet exercice « *fait office de signal d'alerte qui doit attirer notre attention sur les pièges à éviter en matière d'hygiène et de sécurité du soin. Ce sont des erreurs qu'il est possible de commettre lorsque nous sommes plongés dans le travail quotidien.* »

395000 événements indésirables graves

Mais au-delà de l'aspect ludique, l'enjeu de la chambre des erreurs est sanitaire. « *Il s'agit de sensi-*



L'un des atouts de la chambre des erreurs est de couvrir, en seulement quelques minutes, différentes thématiques liées à la sécurité des soins : hygiène, bienveillance, prise en charge de la douleur, circuit du médicament, identito-vigilance, dénutrition, risques infectieux, confidentialité, chute, etc.

biliser les personnels aux risques potentiels qui existent dans la chambre des patients, donc à la sécurité et à la qualité de la prise en charge », affirme Élodie Godefroy, assistante qualité-gestion du risque. Autrement dit, de limiter les événements indésirables graves (EIG). Selon les résultats de l'enquête nationale sur les EIG liés aux soins (ENEIS) de 2009, on dénombre de 275000 à 395000 événements indésirables graves

LA CHAMBRE DES ERREURS S'EXPORTE

Le Pôle gérontologique Nord Sarthe s'est inspiré de la « chambre des horreurs » conçue en 2012 par l'hôpital de Mende (48). Ce centre hospitalier, qui a reçu en juin dernier le Prix Sham 2013 pour la prévention des risques, a décidé pérenniser l'expérience avec une chambre de simulation ouverte à tous (étudiants, élèves, équipe soignante et équipe médicale, usagers et administratifs), avec des visites programmées.



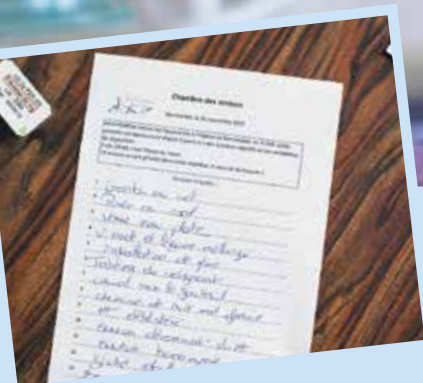
Reconstituée pour la première fois sur le Pôle gériatrique Nord Sarthe, la chambre des erreurs a réuni 187 participants, tous volontaires, soit près de 70 % des effectifs. Un plébiscite qui encourage les actions ludiques de prévention.



Dans chaque groupe de participants, les corps de métier ont été volontairement mélangés pour favoriser une meilleure compréhension du travail de chacun.



« Faire progresser la culture de la sécurité, c'est identifier les erreurs, les analyser et en tirer des enseignements pour qu'elles ne se reproduisent plus. » Tel était le message du ministère de la Santé pour cette troisième édition de la Semaine de la sécurité du patient.



“ Maintenir une culture de la vigilance ”

Aurore Grimaud, directrice adjointe aux affaires médicales, qualité et gestion des risques du Pôle gériatrique Nord Sarthe



par an, soit un EIG tous les cinq jours dans un service de 30 lits. Ils sont principalement dus au circuit du médicament, aux actes invasifs et aux infections nosocomiales. « Mais on estime qu'un tiers des EIG seraient évitables », souligne Aurore Grimaud. Au Pôle gériatrique Nord Sarthe, on y travaille.

Témoignage

« La chambre des erreurs concourt aux échanges entre professionnels en vue d'améliorer les pratiques. Cette animation ludique permet aussi de réviser les fondamentaux, de maintenir une culture de la vigilance dans la prise en charge des patients. C'est enfin une façon ludique et pédagogique d'évaluer les pratiques et le respect des procédures. Ainsi, les membres des commissions d'établissement pointent les thèmes éventuels à travailler. Nous ne sommes pas dans la sanction, mais dans l'information, dans l'erreur positive. Pour nos trois établissements, l'enjeu est triple. Sanitaire, d'abord, puisqu'il s'agit de limiter autant que possible les erreurs potentielles. L'enjeu est également financier dans un contexte de judiciarisation croissante des événements indésirables graves liés aux soins. Enfin, il est aussi question de réputation. En zone rurale plus qu'ailleurs, un accident marque les esprits, ce qui peut notamment influencer le choix des médecins à l'heure de rejoindre nos équipes. »

1. L'hôpital local de Bonnétable comprend 166 lits de soins de suite et de réadaptation (SSR), d'Ehpad, et de soins infirmiers à domicile.

Soins de santé transfrontaliers : quelles avancées ?

L'accroissement de la mobilité des personnes au sein de l'Union européenne laisse présager un fort développement des actes médicaux transfrontaliers, au-delà de la pratique de soins en zone frontalière. L'adoption d'une directive sur ces soins devenait indispensable pour instaurer un cadre juridique.

La mobilité des patients au sein de l'Union européenne a fait l'objet de débats passionnés lors de l'adoption, le 9 mars 2011, de la directive relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers. Et pour cause, cette question met en jeu des principes clés du jeu décisionnel : marché intérieur, libertés de circulation et souveraineté des États membres. La liberté de recevoir des soins de santé dans l'ensemble de l'Union européenne doit être assortie de garanties de qualité et de sécurité. Or, jusqu'à présent, seule la jurisprudence européenne faisait loi pour les actes de soin programmés. L'arrêt Kohll et Decker, rendu le 28 avril 1998, avait ainsi établi le droit des patients à être remboursés pour des traitements médicaux dans un autre État

membre que le leur. La directive s'inscrit dans la lignée de la jurisprudence, en offrant désormais un cadre général. L'objectif principal étant de clarifier le droit des patients concernant leur accès à des soins de santé transfrontaliers et leur remboursement. Elle garantit également la qualité et la sécurité des soins qu'ils recevront dans un autre État de l'Union. Elle vise enfin à promouvoir la coopération entre les États membres en matière de soins de santé. Elle inclut en outre la pratique de la télémédecine dans ces situations.

Si les services de santé sont soumis au principe communautaire de libre circulation des services, l'organisation des systèmes de santé reste de la compétence première des États membres. L'Union européenne n'a qu'un rôle de coordination dans ce domaine. La directive doit donc être transposée à l'échelle nationale, chaque État disposant d'un champ d'action assez large.

Au final, la directive résulte de nombreux compromis entre les États et le Parlement, et son efficacité dépendra de l'usage qu'en feront les États. Malgré les avancées significatives qu'elle propose, elle ne satisfait pas pleinement les acteurs concernés. Le débat sur la mobilité reste ouvert...

Bon à savoir

TRANSPPOSITION DE LA DIRECTIVE

Seuls 12 États avaient transposé la directive dans les délais impartis (NDLR : délais fixés au 25 octobre 2013). La France vient tout juste de désigner le ministère en charge de la Santé comme point de contact national pour les soins transfrontaliers programmés.



© DR

Françoise Grossetête

Députée européenne depuis 1994, elle est membre de la Commission de l'environnement, de la santé publique et de la sécurité alimentaire. C'est elle qui a été le rapporteur au Parlement européen de la directive.



© Constance le Hardy de Beaulieu & Vivian Hertz

Flaminia Macchia

Elle est directrice des affaires publiques européennes à Eurordis, alliance non gouvernementale d'associations de patients atteints de maladies rares. Elle-même atteinte d'une maladie rare, elle est très investie sur les questions de santé publique.



© DR

Dr Jacques Lucas

Il est vice-président du conseil national de l'Ordre et délégué général aux systèmes d'information en santé.

Quelles sont les problématiques soulevées par la mobilité des patients au sein de l'UE?

Françoise Grossetête : Les citoyens européens bénéficient de la libre circulation au sein de l'Union européenne. Ils peuvent vouloir, pour diverses raisons, profiter de soins de santé dans un autre État membre que le leur. Or, s'il existe une réglementation pour les soins d'urgence, ce n'était pas le cas pour les soins programmés. Les litiges portés devant la Cour de justice européenne faisaient donc jurisprudence. Et en tant que parlementaire, je trouve regrettable que ce soit la justice qui dicte le droit.

Flaminia Macchia : Les soins transfrontaliers soulèvent aussi la question de l'offre de soins à destination des patients atteints d'une maladie rare. En effet, il n'existe pas dans tous les pays une expertise et des services de soins de santé de haute qualité, à la pointe de la technologie pour diagnostiquer et traiter les 5 000 à 8 000 maladies rares qui existent. Les patients concernés

sont donc contraints de passer les frontières.

Jacques Lucas : La directive prend également en considération les actes de télémédecine. Dans ce domaine, c'est le droit de l'état d'affiliation du prestataire qui s'applique, qu'il s'agisse du droit civil, pénal ou disciplinaire. Nous avons donc convenu, avec le conseil européen des Ordres des médecins (CEOM), d'être vigilants afin de garantir la sécurité des patients et des soins. Par ailleurs, cette directive ne doit en aucun cas aboutir à considérer que les soins de santé seraient des prestations commerciales soumises aux seules dispositions de la directive sur le commerce électronique.

Quels ont été les freins à la rédaction et à l'adoption de cette directive?

Jacques Lucas : L'organisation des systèmes de santé des États membres n'est pas de la compétence de l'Union européenne. Cette directive était donc susceptible d'impacter

l'autorité souveraine des États en matière d'organisation des soins.

Françoise Grossetête : En effet, il y a eu beaucoup de résistances de la part des États membres. Certains, comme l'Espagne, craignaient de voir un afflux de patients dans leurs établissements hospitaliers.

Flaminia Macchia : La question du panier de soins a également été problématique. Les États sont les seuls à décider quels soins de santé sont remboursés à leurs concitoyens. Lors des débats sur la directive, ils appréhendaient une forme d'ingérence de la part de l'Europe. Ils redoutaient que la directive les oblige à rembourser certains actes, ce qui leur aurait fait perdre la maîtrise des comptes de leur sécurité sociale. Une crainte encore accentuée par le contexte de crise et de maîtrise des dépenses publiques.

Quelles améliorations apporte cette directive pour les patients?

Françoise Grossetête : Cette directive permettra enfin de clarifier les droits des patients ►►

Soins de santé transfrontaliers : quelles avancées ?

EN CHIFFRES

1%



C'est la part des dépenses publiques de santé correspondant aux soins délivrés à des patients européens en dehors de leur État membre d'affiliation, soit un peu moins de 10 milliards d'euros par an pour l'ensemble de l'Union européenne. 3 à 4 % des citoyens européens sont concernés.

(Source : Commission européenne)



►► car jusqu'alors régnait le flou le plus total. Elle offre en effet un cadre juridique aux soins de santé transfrontaliers programmés. Les patients ne seront désormais plus livrés à eux-mêmes dans leurs démarches transfrontalières pour recevoir des soins à l'étranger et en être remboursés. Par ailleurs, chaque État membre va devoir définir un point de contact national pour ces soins. Ce point de contact aura pour mission d'informer les patients sur leurs droits, sur les établissements habilités à prodiguer les soins adaptés à leur pathologie en toute sécurité, et sur les démarches à effectuer.

Flaminia Macchia : Pour moi, la principale avancée qu'offre la directive est la possibilité pour le patient d'aller dans un autre État membre s'il ne peut accéder dans son pays à un soin dans un délai considéré médicalement comme raisonnable. Il n'a, pour cela, besoin d'aucune autorisation et sera systématiquement remboursé à hauteur du barème pratiqué dans son pays d'affiliation, dans la limite du coût réel des soins. L'autre avancée concerne le développement des réseaux européens de référence, acteurs majeurs dans le domaine des

maladies rares. Nous espérons à travers eux pouvoir organiser à l'échelle européenne la mobilité des patients mais aussi la formation, la recherche médicale ou encore la diffusion de l'information.

Jacques Lucas : Les patients devraient avoir plus facilement accès à des qualités d'expertise qu'ils n'ont pas nécessairement dans leur pays d'affiliation. Par ailleurs, lorsqu'un médecin sollicitera une expertise dans un autre état de l'Union, celle-ci pourra être plus facilement prise en charge par l'assurance maladie.

Est-ce que cette directive vous a apporté entière satisfaction ?

Flaminia Macchia : Finalement, pour les patients atteints de maladies rares, cette directive ne change pas tant de choses que ça. Nous aurions aimé que, dès lors qu'un médecin spécialiste suspecte ou détecte une maladie rare chez un patient, il puisse orienter le patient vers un centre d'expertise dans un autre État membre que le sien si l'expertise nécessaire faisait défaut dans son pays, et ce sans autorisation préalable. Nous aurions également souhaité que le patient n'ait pas à avancer les frais des soins. Cela crée en effet des inégalités. Enfin, si le soin dont a besoin le patient n'existe pas dans son pays, il y a

très peu de chances qu'il soit remboursé s'il va en bénéficier dans un autre État, puisque les remboursements se font sur la base de l'offre de soins nationale.

Françoise Grossetête : Cette directive est selon moi un grand pas en avant pour l'Europe de la santé. Malgré tout, j'aurais souhaité qu'elle prenne davantage en compte la santé en ligne, qui, je pense, est un outil indispensable. Mais quand nous avons abordé cette question avec les États membres, il y a eu des réticences énormes liées à la protection des données. J'ai donc été contrainte de mentionner que le développement de la e-santé se ferait sur une base volontaire. Je pense donc que ça va être aux professionnels de santé de montrer qu'ils sont capables d'aller plus vite que le législateur. En tout cas, c'est ce que je souhaite.

Jacques Lucas : C'est effectivement une grande avancée pour l'Europe de la santé mais il ne faut pas vouloir faire des pas plus grands que l'envergure de ses jambes. Ainsi, la directive ouvre prudemment des possibilités. La confusion entre la télémédecine et la e-santé qu'elle laisse entrevoir devrait néanmoins être dissipée par un texte européen consacré à la télémédecine.

CAHIER JURISPRATIQUE



N° 33 JANVIER - FÉVRIER 2014

14 Permanence départementale
des soins ambulatoires :
les exemptions de garde

16 La Réunion-Mayotte :
élections complémentaires

18 Hygiène et prévention
du risque infectieux au
cabinet

20 La mise à jour des contrats
types d'un médecin du travail
salarié



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

Permanence départementale des soins ambulatoires : les exemptions de garde

Les exemptions de garde ne sont accordées que dans des situations particulières et bien encadrées par la loi.

1. LES MOTIFS D'EXEMPTION

Des exemptions de permanence peuvent être accordées par le conseil départemental de l'Ordre des médecins (article R. 6315-4 du code de la santé publique). Mais les motifs d'exemption sont limitativement énumérés par la réglementation : aucun autre motif ne peut y être ajouté.

L'âge

Aucun texte ne fixe un âge au-delà duquel le médecin peut être exempté de permanence des soins. Il appartient au conseil départemental d'apprécier chaque demande avec la plus grande attention. En effet, dans certains secteurs, une exemption d'un ou plusieurs médecins peut entraîner des difficultés dans l'organisation des gardes à court ou moyen terme. Le conseil peut également statuer sur des aménagements plutôt qu'une exemption (réduction du nombre de gardes, participation à la régulation, consultations au sein de la maison médicale de garde, ou encore gardes le jour plutôt que la nuit).

L'état de santé

Un médecin qui estime ne pas être en mesure d'assurer les gardes en raison de son état de santé doit joindre à sa demande un certificat médical descriptif ainsi que tous les éléments objectifs nécessaires et suffisants de nature à justifier sa requête. Ces éléments sont, bien entendu, couverts par le secret des délibérations. Pour le conseil départemental, il s'agit d'apprécier la compatibilité de l'état de santé du médecin avec les exigences du service de garde.

Les conditions d'exercice

Des exemptions peuvent être accordées en raison d'exercices particuliers, à savoir :

- **L'allergologie et l'angéiologie.** Lorsque ces compétences sont exercées à titre exclusif, sur

déclaration au conseil départemental, les praticiens ne participent pas au tableau de permanence des soins en médecine générale.

- **L'acupuncture et l'homéopathie.** Ce ne sont ni des qualifications, ni des compétences mais des options thérapeutiques. La jurisprudence constante du Conseil d'État a établi que ces options ne justifient pas une exemption de garde même si le demandeur argue d'un exercice exclusif (CE, 26 avril 2006, req. 281006; CE, 19 novembre 2003, req. 254133). Le conseil départemental peut accorder un délai au praticien pour actualiser ses connaissances.

- **Les autres pratiques spécifiques.** Lorsque certaines activités telles que l'expertise ou la médecine légale conduisent les praticiens à abandonner totalement la médecine de soins, leurs conditions d'exercice, soumises à l'examen de l'Ordre, peuvent justifier une exemption de garde. En revanche, dans une décision du 3 septembre 2009, le Conseil d'État a considéré que le fait pour un médecin généraliste d'exercer une activité de médecine de prévention, en cabinet libéral, ne constituait pas une condition d'exercice susceptible de justifier une exemption de garde dès lors qu'il remplaçait pendant leurs absences ses associés généralistes dans leur activité habituelle de soins et qu'il lui appartenait, comme à tout médecin, d'entretenir et de perfectionner ses connaissances afin d'être en mesure de pratiquer les actes de diagnostic et de traitement correspondant à sa qualification (CE, 3 septembre 2009, req. 318332).

- **Les médecins régulateurs.** Le décret du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins mentionne la participation des médecins régulateurs. Il n'y a donc pas lieu d'exempter ces médecins régulateurs puisqu'ils participent déjà à la permanence des soins par leur activité de régulation médicale.

- **Les médecins non conventionnés.** L'article L. 6314-1 du code de la santé publique a réintégré les médecins non conventionnés à la permanence des soins. Les actes réalisés par ces praticiens dans le cadre de leurs gardes sont donc pris en charge par l'Assurance maladie. Le statut de médecin non conventionné n'est donc plus en lui-même une modalité d'exercice justifiant une exemption de garde.

2. LES MOTIFS NE JUSTIFIANT PAS L'EXEMPTION

L'insécurité

L'existence de zones à risque ne constitue pas un motif d'exemption mais peut justifier des modalités particulières d'organisation du service de garde (CE, 5 novembre 2001, req. 215544) : consultations de garde excluant les visites ou mise en place de mesures d'accompagnement du médecin.

Les motifs familiaux

Le Conseil d'État a jugé que les charges familiales d'un médecin ne constituent pas un motif d'exemption dans la mesure où elles ne figurent pas parmi celles énumérées par les dispositions réglementaires (CE, 5 février 1997, req. 168664).

3. LES RÈGLES DE PROCÉDURES

La demande d'exemption

Les demandes d'exemption sont adressées au conseil départemental de l'Ordre. Il lui appartient d'examiner au cas par cas, en séance plénière, chaque demande qui lui est soumise. Comme pour toute décision administrative, il doit motiver ses décisions sous peine d'une annulation par le conseil national. Les exemptions de garde présentent par nature un caractère temporaire (arrêt du Conseil d'État du 19 février 2003). Le conseil départemental peut ainsi abroger une décision qu'il aurait précédemment adoptée, à l'occasion de l'établissement d'un nouveau tableau de garde ou lorsque les conditions qui ont motivé l'exemption cessent d'être réunies.

Les recours

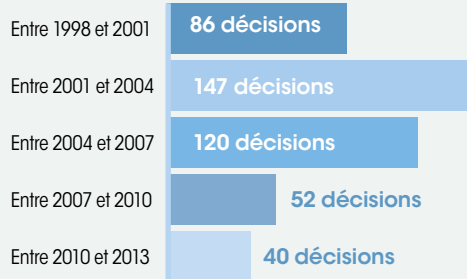
Il est possible de faire appel d'une décision du conseil départemental. Ce recours peut être formé, suite à un refus d'exemption, par le médecin concerné ou par des confrères participant à la permanence des soins sur le même secteur contestant le bien-fondé de l'accord d'une exemption.

L'appel est présenté auprès du conseil national de l'Ordre des médecins, qui peut voir sa propre décision contestée devant le tribunal administratif compétent (article R. 311-1 du code de justice administrative). Cette décision est elle-même susceptible de recours devant la cour administrative d'appel.

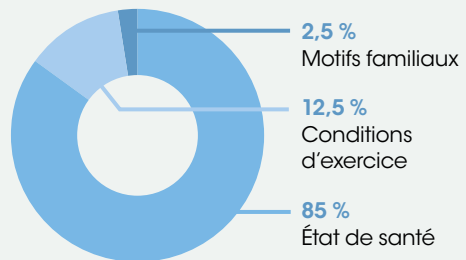
Section Exercice professionnel

EN CHIFFRES

DÉCISIONS RENDUES EN APPEL PAR LE CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS



MOTIFS DES DEMANDES D'EXEMPTION ÉTUDIÉES EN APPEL PAR LE CONSEIL NATIONAL ENTRE 2010 ET 2013



12,5 %

DES CAS ÉTUDIÉS EN APPEL ENTRE 2010 ET 2013

par le conseil national concernaient la remise en cause par des confrères d'une exemption accordée par le conseil départemental.

Élections complémentaires au conseil interrégional de La Réunion-Mayotte et à la chambre disciplinaire interrégionale de La Réunion-Mayotte

Le conseil interrégional de La Réunion-Mayotte va procéder, le jeudi 24 avril 2014, à une élection complémentaire pour pourvoir :

- deux sièges de suppléant vacants pour le département de La Réunion au conseil interrégional de La Réunion-Mayotte ;
- un siège de suppléant vacant pour le département de Mayotte au conseil interrégional de La Réunion-Mayotte ;
- un siège de suppléant vacant pour le département de Mayotte à la chambre disciplinaire interrégionale de La Réunion-Mayotte.

Pour le conseil interrégional de La Réunion-Mayotte, le mandat des deux suppléants représentant le département de La Réunion prendra fin en février 2016, et celui du suppléant représentant le département de Mayotte prendra fin en février 2019. Pour la chambre disciplinaire interrégionale de La Réunion-Mayotte, le mandat du suppléant représentant le département de Mayotte prendra fin en mars 2016.

1. DÉPÔT DE CANDIDATURE

Les candidats se font connaître, par lettre recommandée avec accusé de réception, auprès du président du conseil interrégional de l'Ordre des médecins dans le délai de trente jours avant la date de l'élection. La candidature doit être parvenue au conseil interrégional au plus tard le lundi 24 mars 2014 à 16 heures.

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

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

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

Le candidat doit indiquer pour quel poste il candidate.

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

Le candidat peut joindre à l'attention des électeurs une profession de foi (*facultatif*) conformément aux dispositions de l'article R. 4123-2 du Code de la santé publique : « Celle-ci, rédigée en français sur une page qui ne peut dépasser le format de 210 x 297 mm [A4] en noir et blanc, ne peut être consacrée qu'à la présentation du candidat au nom duquel elle est diffusée et à des questions entrant dans le champ de compétence de l'ordre défini à l'article L. 4121-2. »

Cette profession de foi sera photocopiée par le conseil interrégional en fonction du nombre des électeurs et jointe à la liste des candidats.

2. RETRAIT DE CANDIDATURE (ARTICLE R. 4125-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE)

- **Pour le conseil interrégional de La Réunion-Mayotte**, le retrait de candidature ne peut intervenir que dans l'intervalle compris entre le dépôt de celle-ci et la date d'envoi des instruments de vote.

- **Pour la chambre disciplinaire interrégionale de La Réunion-Mayotte**, le retrait de candidature peut intervenir quinze jours au plus tard avant la date du scrutin.

Le retrait de candidature est notifié au conseil interrégional soit par lettre recommandée avec avis de réception, soit par dépôt au siège de ce conseil contre un récépissé.

3. ÉLIGIBILITÉ

• **Pour les sièges de suppléant vacants pour le département de La Réunion au conseil interrégional de La Réunion-Mayotte**, sont éligibles les médecins inscrits au tableau du conseil départemental de La Réunion, de nationalité française ou ressortissant d'un État membre de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen et à jour de leur cotisation ordinale (articles L. 4123-5 et R. 4125-1 du CSP).

• **Pour le siège de suppléant vacant pour le département de Mayotte au conseil interrégional de La Réunion-Mayotte**, sont éligibles les médecins inscrits au tableau du conseil départemental de Mayotte, de nationalité française ou ressortissant d'un État membre de l'Union Européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen et à jour de leur cotisation ordinale (articles L. 4123-5 et R. 4125-1 du CSP).

• **Pour la chambre disciplinaire interrégionale de La Réunion-Mayotte**, sont éligibles les médecins inscrits au tableau du conseil départemental de Mayotte, de nationalité française, à jour de leur cotisation ordinale (art. L. 4124-7 et R. 4125-1 du CSP).

Ne sont pas éligibles les praticiens faisant ou ayant fait l'objet d'une sanction disciplinaire définitive et non amnistiée prononcée conformément à l'article L. 4124-6 du Code de la santé publique ou à l'article L. 145-2-1 du Code de la sécurité sociale.

4. ÉLECTEURS

• **Pour l'élection au conseil interrégional de La Réunion-Mayotte**, sont électeurs les membres titulaires du conseil départemental de La Réunion pour les deux sièges de suppléant vacants pour le département de La Réunion et les membres titulaires du conseil départemental de Mayotte pour le siège de suppléant vacant pour le département de Mayotte.

• **Pour l'élection à la chambre disciplinaire interrégionale de La Réunion-Mayotte**, sont électeurs les membres titulaires du conseil interrégional de La Réunion-Mayotte.

5. LE VOTE

• **Pour l'élection au conseil interrégional de La Réunion-Mayotte**, le vote a lieu par correspondance et est adressé au siège du conseil interrégional de La Réunion-Mayotte. Il peut aussi y être déposé. Il prendra fin le **jeudi 24 avril 2014 à 19 heures**. Tout bulletin parvenu après la clôture du vote n'est pas valable (article R. 4123-8 du CSP).

• **Pour l'élection à la chambre disciplinaire interrégionale de La Réunion-Mayotte**, le scrutin aura lieu au siège du conseil interrégional le **jeudi 24 avril 2014 à 19h 30**. Le vote par procuration n'est pas admis (article R. 4125-1 du CSP). Ne peuvent voter que les membres titulaires présents (article R. 4125-2 du CSP).

6. LE DÉPOUILLEMENT

Il est public et aura lieu au siège du conseil interrégional de l'Ordre des médecins – 5, résidence Laura – 2^e étage – 4, rue Milius – 97400 Saint-Denis :

- le **jeudi 24 avril 2014 à 19h 01** pour l'élection au conseil interrégional de La Réunion-Mayotte ;
- le **jeudi 24 avril 2014** juste après le vote pour l'élection à la chambre disciplinaire interrégionale de La Réunion-Mayotte.

7. DÉLAI DE RECOURS (ARTICLE R. 4125-7 DU CSP)

Les élections peuvent être déférées dans le délai de 15 jours devant le **tribunal administratif** :

- par les médecins ayant droit de vote. Pour eux, le délai court à partir du jour de l'élection ;
- par le directeur général de l'Agence régionale de santé et le ministre chargé de la Santé à partir du jour de réception du procès-verbal de l'élection.

Service des élections

Hygiène et prévention du risque infectieux au cabinet

L'hygiène et la prévention des infections liées aux soins a pour but premier de réduire les risques d'infection croisée et d'infection transmise par les dispositifs médicaux. Elles constituent également un moyen de contrôler le risque infectieux lié à l'environnement. La prise de conscience collective de ces risques est un enjeu de santé publique, et sa prise en compte comme critère de qualité de l'exercice médical, un enjeu professionnel.

1. LES OBLIGATIONS DÉONTOLOGIQUES

Le code de déontologie médicale (décret n° 95-1000) rappelle que le médecin, dans le cadre de son exercice professionnel, doit :

- exercer au sein de locaux permettant le respect du secret professionnel ;
- disposer d'une installation convenable et de moyens techniques suffisants en rapport avec la nature des actes qu'il pratique ou de la population qu'il prend en charge ;
- s'assurer que les conditions dans lesquelles il exerce ne compromettent ni la qualité des soins et actes médicaux, ni la sécurité des personnes examinées ;
- procéder à la stérilisation et à la décontamination des dispositifs médicaux qu'il utilise ;
- éliminer les déchets médicaux selon les procédures réglementaires ;
- veiller à la compétence des personnes qui lui apportent leur concours ;
- tout mettre en œuvre pour obtenir le respect des règles d'hygiène et de prophylaxie quand il est en consultation extérieure à son cabinet.

2. LES OBLIGATIONS RÉGLEMENTAIRES

Dans un arrêt du 29 juin 1999, la première chambre civile de la Cour de cassation a mis à la charge du soignant une obligation de sécurité de résultat. Cette jurisprudence est aujourd'hui caduque pour les médecins libéraux, désormais exclus de ce régime de présomption de faute (loi dite Kouchner du 4 mars 2002). Mais ces derniers sont tenus d'appliquer les textes réglementaires relatifs à l'hygiène et à la prévention des infections liées aux soins.

• L'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux

Les déchets d'activités de soins sont issus du diagnostic, du suivi et du traitement préventif, curatif ou palliatif. Sont concernés par la réglementation :

- les déchets présentant un risque infectieux du fait qu'ils contiennent des micro-organismes viables ou leurs toxines ;
- les matériels et matériaux piquants ou coupants, qu'ils aient été ou non en contact avec un produit biologique ;
- les produits sanguins à usage thérapeutique incomplètement utilisés ou arrivés à péremption ;
- les déchets anatomiques humains.

Toute personne produisant ce type de déchets est tenue de les éliminer (articles R. 44-1 et R. 44-2 du code de santé publique). Ils doivent être, dès leur production, séparés des autres déchets et collectés dans des emballages à usage unique. Ces emballages doivent pouvoir être fermés temporairement, et définitivement avant leur enlèvement. À chaque étape de leur élimination, des documents permettant le suivi des opérations doivent être établis.

Le praticien peut, par une convention écrite, confier

Les recommandations de la HAS

La Haute Autorité de santé a publié en 2007 des recommandations professionnelles sur l'hygiène et la prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical. Le champ de ces recommandations couvre les problématiques suivantes :

- l'organisation du cabinet médical et l'entretien des locaux et matériaux ;
- le choix et le traitement du matériel médical ;
- les mesures d'hygiène applicables aux professionnels de santé et à toutes les

personnes qui travaillent dans le cabinet (tenue vestimentaire, hygiène des mains, vaccinations, formation du personnel) ;

- les précautions à prendre en fonction des risques spécifiques de certains patients ou de certains risques épidémiques de grande prévalence ;
- les conditions de réalisation des gestes selon leur niveau d'invasivité.

Pour consulter l'étude et l'ensemble des recommandations de la HAS : www.has-sante.fr

Bon à savoir**Les obligations réglementaires peuvent relever :**

- de la responsabilité civile lorsqu'un patient souhaite obtenir une réparation pécuniaire d'un préjudice. La demande est alors appréciée par les juridictions civiles. L'indemnisation en réparation du dommage est versée par l'assureur du professionnel de santé.
- de la responsabilité pénale lorsque la faute constitue une infraction. Cette responsabilité strictement personnelle (non couverte par les assurances) est appréciée par le juge pénal. Une infraction donne lieu à des peines d'amende ou d'emprisonnement.

l'élimination de ses déchets d'activités de soins et assimilés à une autre personne ou organisme en mesure d'effectuer ces opérations.

• Les dispositifs médicaux

Les dispositifs médicaux ne doivent pas compromettre l'état clinique et la sécurité des patients, ni présenter de risques pour les personnes qui les implantent, ou pour des tiers.

Depuis le 14 juin 1993 et la directive 90/42/CEE, ces dispositifs doivent avoir le marquage « CE ». La procédure d'obtention de ce marquage est différente selon une classification en 4 classes (I, IIa, IIb, III) qui repose sur le degré d'invasivité et la durée d'utilisation du dispositif médical.

Le fabricant doit également indiquer si le dispositif médical est à « usage unique » ou non. La responsabilité d'un professionnel de santé est engagée dès lors qu'il ne se conforme pas aux recommandations indiquées pour la réutilisation d'un dispositif médical. Penser également à bien respecter les protocoles concernant la désinfection des matériels d'endoscopie au cabinet et d'en assurer la traçabilité.

• La vaccination des professionnels de santé

L'arrêté du 2 août 2013 fixe les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique. Ce texte vise plus particulièrement les étudiants en médecine et les médecins en exercice qui doivent apporter la preuve de leur immunisation au moment de leur entrée en fonction. La preuve de l'immunisation concerne les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la fièvre typhoïde. Les annexes 1 et 2 de cet arrêté prévoient également les conditions selon lesquelles les profes-

sionnels de santé sont considérés comme immunisés, contre l'hépatite B, vaccination obligatoire au regard des dispositions de l'article L. 3111-4 du code de la santé publique pour les étudiants en médecine et les médecins.

Les objectifs de ces vaccinations :

- prémunir les médecins contre un risque professionnel en leur assurant, par cet acte de prévention primaire, une protection individuelle;
- éviter qu'ils ne contaminent leur entourage et tout particulièrement les patients dont ils ont la charge. Il s'agit alors de vaccination « altruiste » visant à prévenir une infection nosocomiale.

• Les antiseptiques et désinfectants

La pré-désinfection est le premier traitement à effectuer sur les objets et matériels souillés par des matières organiques. Elle va permettre de diminuer la population des micro-organismes et de faciliter le nettoyage ultérieur. Cette opération consiste à utiliser un détergent contenant au moins un principe actif reconnu pour ses propriétés bactéricides, fongicides, sporicides ou virucides.

Il existe ensuite deux groupes de produits capables de tuer tous les micro-organismes et/ou d'inactiver les virus, de façon momentanée :

- **les antiseptiques**, employés sur des tissus vivants. Ils ont le statut de médicament et nécessitent une autorisation de mise sur le marché (AMM);

- **les désinfectants**, utilisés dans les milieux inertes. On en distingue trois types :

- les procédés et produits destinés à la désinfection par voie aérienne en cas de maladie à déclaration obligatoire. Ils sont soumis à un agrément de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps);
- les désinfectants de dispositifs médicaux. Ils dépendent de la législation européenne des dispositifs médicaux et doivent être marqués « CE »;
- les désinfectants destinés aux sols et aux autres surfaces inertes. Ces produits obtiennent progressivement le statut de produits biocides (directive 98/8/CE) mais répondent toujours à la norme NF T. 72-10.

Section Santé publique**+ D'INFOS:**

► Consulter le rapport du Cnom sur les déchets d'activités de soins à risque infectieux (Dasri) produits par les patients en auto-traitement : www.cnom.fr

Consulter le guide technique Déchets d'activités de soins à risques et le Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé, publiés par la Direction générale de la santé : www.sante.gouv.fr

La mise à jour des contrats types d'un médecin du travail salarié

Les contrats types d'un médecin du travail salarié, mis à disposition par le conseil national de l'Ordre des médecins, ont été mis à jour. Outre leur vocation pratique, ces outils ont également pour but d'aider les médecins du travail salariés à défendre leur indépendance professionnelle.

Le conseil national de l'Ordre des médecins diffuse depuis des décennies des contrats types de médecin du travail qu'il actualise régulièrement. La dernière version approuvée, par le conseil national de l'Ordre des médecins, date de 2008 et a dû être adaptée en raison de modifications législatives et réglementaires récentes.

- Loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 (article 60-1) portant réforme des retraites et créant un dossier médical de santé au travail.

- Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail : les missions des services de santé au travail sont assurées par les équipes pluridisciplinaires animées et coordonnées par le médecin du travail ; des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens définissent les priorités des services ; l'employeur doit prendre en compte les préconisations du médecin du travail et, en cas de refus, se justifier ; les attributions de la commission médico-technique sont renforcées.

- Décrets n° 2012-135 et 2012-137 du 30 janvier 2012 relatifs à l'organisation de la médecine du travail et au fonctionnement des services de santé au travail : le nombre maximum de salariés soumis à la surveillance médicale du médecin du travail n'est plus plafonné ; un statut du collaborateur médecin

est créé ; la coopération entre médecins du travail et infirmiers en santé du travail est renforcée...

Deux versions

Les contrats types ont été préparés par la commission nationale des contrats, avant d'être discutés et adoptés par le conseil national de l'Ordre des médecins, en séance plénière.

Ils se présentent sous deux versions. La première intéresse les médecins recrutés par des services de santé interentreprises, c'est le cas de figure le plus habituel. La seconde vise les médecins recrutés dans les services de santé au travail de grandes entreprises. Sur certains points, la réglementation applicable n'est pas identique, ce qui justifie la présentation de ces deux versions.

Le conseil national de l'Ordre des médecins, encore récemment, s'est porté garant de l'indépendance professionnelle des médecins du travail.

Ces contrats types, actualisés, sont un des outils permettant de défendre cette indépendance.

Ils ne seront pas nécessairement utilisés tels quels par tous les employeurs mais ils aideront les médecins à qui on tenterait d'imposer des obligations incompatibles avec la déontologie ou à qui on refuserait des droits de nature à favoriser un exercice conforme à la déontologie. Ces praticiens pourront demander que les contrats présentent les garanties contenues dans notre contrat type.

Enfin, ces contrats types seront également utiles aux commissions des contrats de vos conseils lorsqu'ils recevront, pour avis, des contrats de travail dont le contenu peut être très variable d'un employeur à l'autre. Cette diversité peut d'ailleurs résulter de la multiplicité des conventions collectives et de leurs modifications successives.

Service des contrats

+ D'INFOS :

► www.conseil-national.medecins.fr
Rubrique Les contrats-types

L'arrangement de reconnaissance mutuelle France-Québec

Le conseil national de l'Ordre des médecins travaille régulièrement avec le Collège des médecins du Québec, notamment dans le cadre de l'arrangement de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles des médecins.

En 2007, la France et le Québec ont entamé une démarche portant sur la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles. Les objectifs pour le monde médical : lever les obstacles à la mobilité des médecins, faciliter la reconnaissance des qualifications professionnelles et répondre plus efficacement aux besoins de praticiens dans certaines spécialités. Ce travail a abouti, en novembre 2009, à la signature entre le Cnom et le Collège des médecins du Québec d'un arrangement de reconnaissance mutuelle (ARM) des qualifications professionnelles des médecins. Cet arrangement définit les procédures d'autorisation d'exercice pour les médecins titulaires d'un diplôme français voulant exercer au Québec et vice-versa. Cependant, il encadre uniquement l'exercice en établissement au Québec. La pratique libérale ou en cabinet privé n'est possible qu'en France pour les médecins québécois.

Les démarches

« Le processus pour obtenir un permis d'exercer au Québec est



© iStock

long et complexe, souligne Jackie Ahr, Secrétaire général adjoint au Cnom, chargé des relations avec le Québec. *Il est indispensable, avant de se lancer, d'être conscient des difficultés et de connaître les particularités du système de santé québécois, radicalement différent du système français tant sur la forme que sur la philosophie.* À commencer par l'implantation des praticiens, qui est réglementée par des plans régionaux d'effectifs médicaux (Prem) visant à assurer à la population une meilleure équité quant à l'accès aux soins. Ces plans établissent ainsi le nombre de postes disponibles, pour la médecine de famille – équivalent de notre médecine générale – comme pour les autres spécialités, dans chacune des régions du Québec. Les médecins titulaires d'un permis par le biais de l'ARM devront donc se conformer aux règles du Prem et ne pourront exercer que

dans les établissements et régions où des postes sont disponibles¹. En plus des prérequis et des démarches administratives, le candidat doit également effectuer un stage d'adaptation de trois mois, non rémunéré (pas systématiquement pris en charge financièrement), organisé par le Collège des médecins du Québec. Le stage comporte trois volets : hospitalisation, suivi des patients et urgence. L'une des principales difficultés pour les candidats est alors de décrocher un stage, les délais dépendant de nombreuses variables.

1. Les renseignements relatifs aux postes disponibles au Québec selon le domaine d'activité médicale sont accessibles sur le site du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec : www.msss.gouv.qc.ca

EN CHIFFRES

172

demandes de médecins français ont été examinées par le Collège des médecins du Québec entre novembre 2009 et novembre 2012. Parmi ces médecins, 89 avaient réussi à décrocher un stage.

+ D'INFOS

Le site du Collège des médecins du Québec : www.cmq.org



Comment prévenir les conduites addictives ?

Éducation à la santé, détection des conduites à risque, conseils, orientation, orchestration du parcours de soins, le nouveau Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives place les médecins au cœur des actions de prévention. L'alcool et le tabac sont à eux seuls responsables de 122000 décès par an en France. Dans ce contexte, la prévention se révèle un véritable enjeu de santé publique.



Si elles peuvent être comportementales (jeu pathologique, cyberaddiction, trouble alimentaire, addiction aux écrans, au travail...), les conduites addictives désignent le plus souvent la consommation de substances psychoactives (tabac, alcool, drogue). La prévention de ces conduites est un véritable enjeu de santé publique. L'alcool, le tabac et la consommation de substances illicites interviennent en effet dans 30 % des cas de mortalité précoce et évitable.

Ces dernières années, les dispositifs d'accompagnement et de soins se sont structurés. Ainsi, la

majorité des patients considérés comme dépendants déclarent bénéficier d'une prise en charge spécifique. En revanche, les personnes non dépendantes mais dont la consommation est répétée malgré l'apparition de dommages sanitaires, professionnels, familiaux ou sociaux, sont rarement suivies. De même, les actions de prévention à destination des

jeunes et des femmes se sont révélées peu efficaces.

Pour tenter d'améliorer l'efficacité des actions préventives, le gouvernement, s'appuyant sur la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), a mis au point un Plan de lutte contre la drogue et les conduites addictives comprenant notamment un volet

▶▶▶ page 24

POINT DE VUE de l'Ordre



“ En matière de prévention, le médecin ne peut agir seul ”

Dr Jean-François Rault,
président de la section Santé publique et
démographie médicale du Cnom

Les actes de prévention, de thérapeutique et de protection s'inscrivent dans la droite ligne des dispositions fondamentales des articles 42, 43 et 44 de notre code de déontologie. Mais comment trouver le temps d'instaurer un dialogue de confiance, d'informer, d'écouter ou même, dans le cadre d'une éducation thérapeutique, d'enseigner alors que l'on doit faire face à une charge de travail sans cesse croissante ? La prévention demande beaucoup d'énergie, mais surtout du temps. Une condition qui fait justement défaut à la majorité des médecins, en particulier aux généralistes. Mais les problèmes ne s'arrêtent pas là. Une fois qu'une pratique addictive est détectée chez un patient, quelle prise en charge lui proposer ? Pour déjouer l'ambivalence entre la réalisation d'actes de prévention et la réalité du terrain, chaque confrère doit trouver l'intelligence

de travailler en équipe. En matière de prévention, le tissu d'acteurs, médicaux ou non, est dense. Il n'est pas du ressort du médecin traitant de rechercher de nouvelles actions de prévention. Il n'est pas non plus de son ressort de donner des cours d'éducation thérapeutique, de gérer un sevrage ou de s'assurer du bon suivi d'un régime. L'intérêt d'équipes pluridisciplinaires composées d'infirmières, d'assistantes sociales, de diététiciens... prend ici toute sa mesure. En matière de prévention, le médecin ne peut donc agir seul. Sa mission est de détecter, d'informer mais surtout d'orienter le patient vers les interlocuteurs adaptés lorsque cela s'avère nécessaire et de coordonner les différentes actions engagées. Il doit se doter d'un réseau d'acteurs et de confrères complémentaires et se positionner en chef d'orchestre du parcours de soins de son patient.

50 %

des fumeurs réguliers meurent de leur tabagisme.

Pourtant, le Baromètre santé INPES 2010 montre une légère hausse (+ 2 points depuis 2005) de la proportion de fumeurs quotidiens au sein de la population française, qui s'élève désormais à 29 %.



©DR

“ Intégrer l'identification des personnes à risque dans la pratique quotidienne. ”

Dr Alexandre Feltz, médecin généraliste à Strasbourg

Témoignage

Il y a parfois une forme de réticence de la part du médecin à poser des questions sur les pratiques addictives. Il peut imaginer que la consommation d'alcool ou de drogue relève de l'ordre du personnel ou implique un jugement de valeurs. Il peut également craindre que le fait d'aborder ce sujet mette en difficulté le patient. Pourtant, les personnes répondent assez facilement. Elles apprécient même cette démarche qui leur donne la possibilité de parler de leurs pratiques sans être jugées ou stigmatisées, d'être écoutées

avec empathie et respect. C'est pourquoi il est important d'intégrer l'identification des personnes à risque dans la pratique quotidienne. Il faut réussir à déterminer quel est le moment le plus opportun pour aborder ces questions : à l'occasion d'un interrogatoire de routine ou en se greffant sur l'histoire du patient. Il y a des moments dans la vie où la prévention de ces pratiques s'impose presque d'elle-même, par exemple lors d'une grossesse, de l'établissement d'un certificat médical pour la pratique d'un sport, ou encore lors de la prescription d'un contraceptif. Pour qu'elles soient efficaces, il faut que la

prévention et l'éducation à la santé soient directement rattachées au contexte dans lequel évolue le patient. C'est d'ailleurs dans cette relation particulière qu'il noue avec sa patientèle que réside la force du généraliste en matière de prévention. Mais aujourd'hui, les médecins de premier recours sont de plus en plus sollicités : ils doivent en faire toujours plus, sans moyens supplémentaires, que ce soit en termes de reconnaissance, d'organisation ou même financier. Il est important de développer les actions de soutien à la prévention, à l'image de la mise en place de la rémunération forfaitaire des médecins traitants.

prévention. « *La prévention généraliste n'étant pas la plus efficace, nous avons souhaité développer les actions de prévention ciblée,* explique Danièle Jourdain-Menninger, présidente de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie. *C'est pourquoi nous avons placé les professionnels de santé, et en particulier les médecins de premiers recours, au cœur du volet prévention.* » (voir Point de vue extérieur p. 27).

Être proactif mais prudent

La prévention et l'accès aux soins sont des facteurs déterminants dans la réduction des incidences négatives liées aux conduites

“ **La politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident. À travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé.** ”

Art. L 1417-1 du Code de la Santé publique

addictives, notamment chez les jeunes usagers. Ainsi, les médecins généralistes, mais aussi les gynécologues (dans le cadre d'une grossesse), les médecins scolaires ou encore les médecins du travail occupent une place prépondérante dans le repérage

et l'intervention précoce. Mais contrairement au soin, qui vise le plus fréquemment une demande exprimée par un patient, la prévention nécessite une certaine proactivité de la part des praticiens. Rares sont les patients qui aborderont spontanément les

Focus

Des consultations spécifiques pour les jeunes consommateurs



Depuis 2005, un dispositif de consultations jeunes consommateurs (CJC) gratuites propose un accueil adapté aux adolescents et jeunes adultes. Le D^r Pascal Vesproumis, médecin coordinateur des CJC au centre d'addictologie de Saint-Brieuc (22), détaille le rôle de ce dispositif.

En quoi consistent les consultations jeunes consommateurs ?

Il s'agit d'une consultation d'évaluation-diagnostic basée sur un triptyque. Le premier axe correspond à l'aspect clinique : est-ce qu'il y a une urgence, un retentissement clinique ? L'idée est de détecter des troubles psychiatriques (dissociatifs ou dépressifs) sous-jacents. Ensuite, nous nous attachons à la dimension familiale : est-ce que le jeune est en conflit avec sa famille ? Enfin, nous abordons le volet social : est-ce que l'adolescent est en train de s'éloigner de l'école ? Est-il en rupture avec l'ordre public ? Nous explorons ces trois volets lors de la première consultation.

À qui s'adressent ces consultations ?

Les CJC ne se cantonnent pas au cannabis. Nous voyons aussi des jeunes qui ont consommé de l'alcool, de la cocaïne ou des drogues de synthèse (stimulantes ou dissociatives). Précisons également que, dans notre centre, la majorité des jeunes qui consultent sont adressés par les centres de formation, les établissements scolaires, les forces de l'ordre ou par les centres hospitaliers.

Quelle prise en charge est proposée aux patients ?

Dans la mesure où la première consultation n'est pas volontaire, les consultations sont uniques dans près de 70 % des cas. Mais il ne faut pas être déçu quand un patient ne revient pas. Notre but est de montrer que les CJC sont un lieu de soins adapté à ce public. Donc, quand il n'y a pas de pathologie grave, nous sommes rassurants, nous laissons une porte ouverte en insistant sur l'intérêt à se revoir pour travailler sur la réduction des risques. Lorsque le patient souhaite un suivi, nous nous appuyons sur la complémentarité de l'équipe, composée d'éducateurs et d'infirmiers, pour répondre aux problématiques, qu'elles soient d'ordre médical ou psycho-social.

Vous proposez également un accompagnement aux parents ?

Si le jeune est d'accord, après avoir discuté avec lui en tête à tête, les parents participent à la deuxième partie de la consultation. Mais quand les parents constatent une consommation de cannabis, il y a un sentiment de honte, de

culpabilité, l'impression d'être passé à côté de quelque chose, ils sont effondrés. C'est pourquoi, depuis quelques mois, nous organisons des réunions de parents au cours desquelles il est possible d'échanger sur ces expériences.

Quel est votre ressenti vis-à-vis des CJC ?

Les CJC sont des lieux où on peut donner de la place aux difficultés et au mal-être des adolescents. La consommation de cannabis est avant tout un symptôme. Nous sommes confrontés à des problématiques complexes qui dépassent le strict cadre de la santé. Il peut s'agir de consommations par mimétisme, de l'impression pour le jeune de réaliser un rite initiatique qui va lui permettre de grandir. On est aussi dans une période où la sexualité devient vécue. C'est très compliqué pour un adolescent de vivre cela, d'autant plus à une époque où la sexualité intervient plus tôt, ce qui implique un manque de maturité. Le cannabis va alors être perçu comme un exutoire. Il va permettre à l'adolescent de moins penser et d'agir. Les CJC offrent donc un temps pour poser tous ces problèmes.

sujets liés au tabac, à l'alcool ou à la drogue. « *Nous nous apercevons, en revanche, que lorsque l'on pose des questions sur leurs pratiques ou leur consommation, les personnes répondent facilement* », souligne le D^r Antoine Feltz, médecin généraliste à Strasbourg (voir Témoignage p. 24).

Les adolescents font partie des publics les plus vulnérables, mais il est assez délicat d'aborder le sujet avec eux. Quand la consultation est secondaire à une attente (et une angoisse) des parents ou de l'entourage du patient, il s'agit de faire preuve de la plus extrême prudence. Tout d'abord, parce que cette démarche peut être menée à des fins de contrôle normatif plus que dans une optique de soins. Ensuite, parce que si le médecin est apparenté à une extension de l'autorité parentale, toute action sera vaine. Pour que le dialogue



Un test respiratoire permettant de déterminer le taux de monoxyde de carbone est un examen simple et un précieux complément lors d'un entretien de prévention lié à la consommation de tabac.

soit constructif, il est indispensable d'avoir mis en place une relation de confiance avec le patient, et ce dès son plus jeune âge. Le médecin doit avoir, aux yeux de la personne qui consulte, une position d'expert et d'écoute extérieure

à la famille. Concrètement, il s'agit en premier lieu de mettre des mots sur des pratiques, d'expliquer les risques encourus et, si nécessaire, d'évaluer les usages (fréquence et modalité de consommation, facteurs de vulnérabilité individuels et sociaux...). « *Cette approche va permettre de savoir où en est la personne avec son addiction*, explique le D^r Rault, président de la section Santé publique et démographie médicale du Cnom (voir Point de vue de l'Ordre p. 23). *Elle peut ensuite être complétée par des examens paracliniques. Tout cela engendre parfois un électrochoc. Cela met le patient face à ses responsabilités. Il peut prendre pleinement conscience de son addiction et en mesurer les conséquences sur sa santé. Il est alors possible de mettre en place des processus thérapeutiques et d'orienter le patient vers des confrères à même d'assurer une prise en charge adaptée.* »

EN CHIFFRES

12 litres



C'est la consommation annuelle moyenne d'alcool pur par les Français de 15 ans et plus. Cela représente un peu plus de 16 verres de vin par semaine et par personne.

La consommation d'alcool dite à risque « chronique » ou « de dépendance » concerne 9 % de la population. Elle correspond à :

21 – plus de **21** verres par semaine chez les hommes,

14 – plus de **14** verres par semaine chez les femmes,

ou

6 verres en une seule occasion au moins une fois par semaine.

► Pour en savoir plus, consulter l'atlas des usages de substances psychoactives publié par l'INPES : www.inpes.sante.fr

(Sources : Institut de cancérologie Gustave-Roussy - INPES)

POINT DE VUE extérieur



« Améliorer l'efficacité de la prévention en limitant les contraintes pour les médecins. »

Danièle Jourdain-Menninger, présidente de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT)

Témoignage

La MILDT a un rôle de coordination et d'impulsion des actions de lutte contre la drogue et la toxicomanie. Avec les ministères concernés, les associations ainsi qu'un certain nombre d'experts, issus notamment du milieu médical, nous avons mis au point

le Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017. Il s'agit d'un plan transversal qui comporte un important volet sur la prévention. Nous pensons que, dans ce domaine, les médecins jouent un rôle prépondérant. Je parle des médecins de premier recours bien sûr, des médecins scolaires, des médecins du travail mais aussi de l'ensemble des professionnels de santé. Chacun, dans le cadre de ses domaines de

compétence, est un acteur de la prévention.

L'efficacité de la prévention et de la prise en charge des patients concernés passe par le développement des parcours de soins. Point d'entrée de ce parcours, le médecin de premier recours assure une mission de repérage, d'orientation et de suivi du patient. Il est donc essentiel qu'il soit aidé par des outils, des formations ou des informations. C'est dans cette optique que nous travaillons sur un portail web unique regroupant les informations sur l'ensemble des conduites addictives. Ce site permettra notamment de géolocaliser les acteurs et les dispositifs existants, afin de favoriser l'orientation des patients et le travail en réseau. Nous cherchons également à développer le repérage précoce et l'intervention brève. Il s'agit de détecter des conduites addictives

lors des consultations de routine en posant quelques questions. Aujourd'hui, les praticiens interrogent quasi systématiquement leur patient sur leur consommation de tabac. Mais ce n'est pas le cas pour l'alcool, le cannabis ou les autres drogues. Nous souhaitons donc développer l'utilisation d'outils tels que le questionnaire Audit mis au point par l'OMS pour évaluer la dépendance à l'alcool. Ensuite, le médecin pourra orienter, si nécessaire, le patient vers des interlocuteurs ou structures adaptés. Ces recommandations ont pour objectif d'améliorer l'efficacité de la prévention en limitant les contraintes pour les médecins. La méthode de l'intervention brève a fait ses preuves : on constate une réduction d'un tiers du nombre de buveurs excessifs lorsqu'ils ont été interrogés par leur médecin.

publics et des évolutions pour mieux appréhender ces problématiques. Ainsi, il est préférable de connaître la plupart des produits toxiques consommés sur le territoire et leurs conséquences sur la santé afin de pouvoir informer ses patients. Des connaissances qui ne coulent pas de source, d'autant que la formation initiale est peu diserte en matière de prévention des addictions. Cependant, les praticiens peuvent opter, dans le

cadre du développement professionnel continu (DPC), pour l'un des nombreux programmes proposés en lien avec les conduites addictives. Des formations ouvertes à tous les médecins quelle que soit leur spécialité. « *La prévention ne concerne pas que les médecins généralistes. De nombreux autres spécialistes, tels les gastro-entérologues ou les ophtalmologues sont également confrontés à des pathologies liées*

à l'alcool ou à la drogue. » En effet, la prévention ne se cantonne pas aux patients novices ou vierges de toute pratique addictive. Il s'agit parfois de prévenir du pire. La prévention ne peut être efficace que si tous les acteurs, à tous les niveaux, se mobilisent et coordonnent leurs actions.

+ D'INFOS

► Consultez le rapport de la CNP sur la prévention en médecine : www.conseil-national.medecin.fr



France Lymphome Espoir

Informier et accompagner, du diagnostic à l'après-cancer

➤ **14 000 nouveaux cas** de lymphomes sont diagnostiqués chaque année en France. Les lymphomes non hodgkiniens (LNH) sont les plus fréquents. Les lymphomes hodgkiniens (maladie de Hodgkin) représentent quant à eux 15 % des diagnostics. Cette forme, qui atteint principalement les adolescents, les jeunes adultes et les personnes âgées, se guérit dans 90 % des cas.

➤ **5 %** C'est l'évolution annuelle de l'incidence de LNH en France depuis les années 1970. Ainsi, entre 1975 et 1995, le nombre de nouveaux cas détectés chaque année a doublé. Depuis 2000, cette augmentation est moins importante, tendant vers une stabilisation.

➤ **80 types de lymphomes** ont été recensés dans la classification de l'OMS. La fréquence, les symptômes, la gravité et l'évolution de chacune de ces formes sont très variables, ce qui complique le diagnostic et le choix du traitement.



« **Q**uand j'ai été diagnostiqué en 2000, je ne connaissais presque rien au lymphome. Je ne savais même pas qu'il s'agissait d'un cancer, se souvient Guy Bouguet, président et cofondateur de France Lymphome Espoir. J'ai alors découvert que les seules informations accessibles provenaient de sites américains. Les personnes non anglophones n'avaient aucun moyen de se renseigner et d'échanger. » Déconcerté par cette absence, il décide alors de fonder, avec trois autres patients, l'association France Lymphome

Espoir. Pour asseoir sa légitimité, l'organisme se dote d'un comité scientifique présidé par le Dr Pauline Brice, responsable de l'hôpital de jour d'hématologie de l'hôpital Saint-Louis, à Paris, et le Dr Philippe Solal-Céligny, responsable du département d'hématologie et d'oncologie médicale de la clinique Victor-Hugo-Centre Jean-Bernard au Mans.

Informier et éduquer

Plaquettes d'information, site Internet, organisation de la Journée mondiale du lymphome

Une association au service des patients et de leurs proches

France Lymphome Espoir

Face au lymphome vous n'êtes pas seul!

**Informier, soutenir, s'entraider
Encourager la recherche**

1 avenue Claude Vellefaux, 75478 Paris cedex 16, France
Tel : 01 42 38 54 66 - info@france.lymphomespoir.fr
www.france.lymphomespoir.fr

France Lymphome Espoir organise un colloque national sur le lymphome, les 4 et 5 avril 2014 à Toulouse. L'occasion de réfléchir et échanger notamment sur les parcours (lymphocytes, traitements et patients).



“ Les lymphomes sont un grand sujet de recherche clinique ”

Dr Pauline Brice, responsable de l'hôpital de jour d'hématologie de l'hôpital Saint-Louis.

Interview

Il y a plusieurs années, le lymphome était mal connu...

Dans les années 1980, il y avait effectivement beaucoup d'appellations : on parlait de lymphosarcome, de pseudo-lymphome... Le développement de l'anatomo-pathologie et surtout de l'immunohistochimie a permis de mieux connaître la pathologie et d'établir un classement des différents lymphomes.

Aujourd'hui, le diagnostic est-il facile à poser ?

Contrairement à d'autres cancers, il n'y a pas de dépistage à proprement parler. La précocité du diagnostic va dépendre du niveau éducatif du patient, à savoir s'il va venir consulter rapidement. Le lymphome n'est pas non plus une pathologie à laquelle sont souvent confrontés les médecins généralistes. Devant des signes peu spécifiques, comme un petit

ganglion, de la fièvre, une douleur, il faut penser à faire les examens qui vont permettre de nous amener au lymphome. Quant aux spécialistes, la difficulté est parfois de trouver le traitement adapté à chaque lymphome.

Le lymphome est un des cancers qui ont le meilleur taux de rémission. Quels ont été les plus gros progrès en matière de traitement ?

Depuis 1997 et l'autorisation de mise sur le marché du premier anticorps monoclonal, le rituximab, on a clairement vu une amélioration de la survie des patients atteints d'un lymphome B. Cette année, un autre anticorps, le brentuximab, a été commercialisé pour traiter les lymphomes de Hodgkin. Les lymphomes sont actuellement un grand sujet de recherche clinique avec près de 50 molécules en développement (anticorps nus ou conjugués, inhibiteur de tyrosine kinase, antisens, modificateur du micro-environnement...).

(NDLR : le 15 septembre), campagnes d'affichage, création d'une application... France Lymphome Espoir multiplie les actions pour éduquer et communiquer sur la maladie auprès des patients et du grand public. Aujourd'hui, le travail de l'association commence à porter ses fruits, mais la bataille est encore loin d'être gagnée. « *Alors que le lymphome est le 5^e cancer en France et le 1^{er} chez les adolescents et jeunes adultes, c'est une pathologie qui reste méconnue, y compris chez les médecins généralistes*, insiste Guy Bouguet. *Et pour cause : elle a souvent été assimilée à la leucémie.* » L'association a donc développé sur son site une section spécifique destinée à ces praticiens. Elle a également participé au programme de formation et inter-formation sur l'initiation du diagnostic de

lymphome porté par la Société française de médecine générale.

« *Le rôle du médecin généraliste est essentiel pour initier dans les meilleurs délais le diagnostic et la prise en charge du patient* », souligne Guy Bouguet.

Un large champ d'action

Outre sa mission d'information, France Lymphome Espoir s'implique fortement dans l'amélioration de la qualité de vie des patients, par le biais du forum communautaire sur le site Internet de l'association, de réunions d'écoute et d'échange organisées dans les hôpitaux, d'aides au financement de matériel ou encore d'une « bourse qualité de vie du patient » dotée de 15000 euros. Mais depuis quelques années, une nouvelle problématique fait surface. « *Avec les traitements*

modernes, et notamment l'utilisation des anticorps monoclonaux, le taux de rédemption a augmenté significativement. C'est une très bonne chose, pourtant beaucoup de personnes s'enferment dans le stéréotype du patient atteint d'un cancer et ont du mal à sortir de cette condition. » Selon une enquête réalisée en 2012 par l'association, un an après leur rémission, 50 % des patients n'ont pas retrouvé une vie active. « *L'après-cancer est une vraie problématique. Cela ne va pas de soi. Les personnes sont souvent démunies et angoissées. Nous devons accompagner le patient tout au long de son parcours, y compris après la fin de son traitement.* »

+ D'INFOS

www.francelymphomespoir.fr



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

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



AUTISME : LA FRANCE PAS SI EN RETARD ?

Le numéro 31 du Bulletin de l'Ordre des médecins consacre un article à l'autisme. Après votre éditorial intitulé « Ayez confiance en vous », cet article nous choque profondément.

Vous rapportez, sans nuance et sans avoir pris la peine de vous renseigner sur ce qui se fait en France en matière d'autisme,

le point de vue d'une personne, Danièle Langlois, bien connue des milieux qui côtoient l'autisme pour ses positions extrémistes. Elle n'est pas médecin et sa compétence en matière d'autisme se résume au fait d'avoir élevé un enfant autiste maintenant adulte. Ce n'est pas rien, et nous comprenons sa colère car cette situation a dû l'amener à se heurter à des difficultés énormes. Nous ne comprenons pas, cependant, qu'elle mette sa colère au service de lobbies qui tentent de se positionner dans toutes les instances de décision (HAS, Comité de suivi du Plan autisme), dans le but de démolir le système public de soins pour le remplacer par des institutions privées à but lucratif.

Nous comprenons encore moins que le Conseil de l'Ordre des médecins se fasse l'écho d'une position qui déclare la guerre à la psychiatrie autant qu'à la psychanalyse, pour faire la place à des « professionnels » dont la formation est beaucoup plus courte, puisqu'ils ne sont, pour la plupart, que les simples exécutants d'une technique.

Nous ne comprenons pas que vous n'ayez pas choisi, pour parler de ce qui se fait en France en matière d'autisme, à titre d'exemple, tous les travaux des équipes PREAUT, qui se sont donné la peine de former des médecins de PMI au diagnostic précoce, bien plus précoce que celui que propose M^{me} Carlotti, puisqu'il se pratique par la recherche d'un signe clinique précis chez tous les enfants de 4 mois, ou d'autres travaux français. Il n'en manque pas ! Nous ne comprenons pas que vous n'ayez fait de place qu'à une seule association de parents, sans donner la parole à d'autres parents qui peuvent soutenir un autre point de vue, comme ceux de l'association de la Main à l'oreille. [...]

Nous nous permettons de vous indiquer les références de deux livres écrits sous la responsabilité de Graciela C. Crespin, intitulés *Traitement des troubles du spectre autistique - à la recherche d'un modèle français*, et *Subjectivité et cerveau social*. Vous y trouverez non seulement des indications sur ce qui se fait en France, et qui, sur certains points (comme le diagnostic précoce), témoigne plutôt d'une longueur d'avance de la France. [...]

La France est peut-être en retard pour la prise en charge de l'autisme, mais ce n'est en

aucun cas sur le plan médical que s'accuse ce retard, c'est sur le manque de moyens alloués aux services qui en assurent la prise en charge, et sur le manque d'établissements susceptibles d'assurer cette prise en charge. Cela, le nouveau Plan autisme ne l'améliore pratiquement pas ; il concerne environ 7 enfants par département !

Le fait que l'autisme soit considéré comme une maladie génétique et neurodéveloppementale est une hypothèse, et les psychiatres français la prennent au sérieux. Elle ne rend pas forcément compte de tous les cas, car comme vous le savez, sous le terme d'autisme, des centaines de maladies différentes sont regroupées. En déduire qu'il requiert de manière exclusive des thérapies cognitivo-comportementales ou pédagogiques est sans lien rationnel avec cette hypothèse. Oui, nous avons confiance en nous, et vous, Monsieur le Président et cher Confrère, pouvez-vous nous faire confiance ? »

D' Christine Gintz, psychiatre et psychanalyste, membre actif du Collège de psychiatrie grenoblois, et D' Marie-Philippe Deloche, présidente du Collège de psychiatrie grenoblois

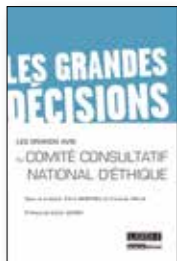


DMD Santé

Avec près de 100000 applications mobiles de santé disponibles, il est devenu difficile de s'y retrouver. Créé à l'initiative de deux jeunes médecins et d'un ingénieur en informatique, www.dmd-sante.com propose une évaluation et une notation des applications de santé à partir d'un cahier des charges précis comprenant des critères tels que la fiabilité de l'application, son intérêt, l'exploitation des données... Chaque année, DMD Santé labellisera, avec un jury composé de représentants de sociétés savantes et d'associations de patients, les applications santé de l'année. Le portail propose également un moteur de recherche d'applications destiné à faciliter les recherches des professionnels et du grand public.

» En savoir plus : www.dmd-sante.com

Les grands avis du Comité consultatif national d'éthique



Premier ouvrage consacré à l'analyse des « grands avis » du Comité consultatif national d'éthique, ce recueil commenté couvre trente ans de réflexion bioéthique, au confluent des sciences de l'humain et des sciences de l'homme. Rédigé par des juristes, ce livre est avant tout un outil

pédagogique conçu pour démontrer combien sont essentiels les échanges entre les discours éthiques et juridiques, afin de réguler, freiner ou à l'inverse promouvoir, réformer les attentes d'un corps social constitué de patients, de chercheurs, de professionnels de santé et d'établissements, d'institutions... aux exigences souvent complexes, ambivalentes, voire contradictoires.

» *Les grands avis du Comité consultatif national d'éthique*, François Vialla et Éric Martinez, éd. LGDJ, 54 euros.

Jusqu'au dernier instant



Dans ce livre émouvant et intelligent, le Dr Marie-Félicie Rousseau affronte la complexité des situations vécues par les patients porteurs d'une maladie grave, et propose un travail de décodage sur les véritables raisons qui poussent certains à réclamer le droit à une « mort anticipée ».

À travers les témoignages d'un médecin en soins palliatifs et les portraits de personnes que l'échéance ultime révèle à leur vérité intérieure, ce livre nous fait comprendre que c'est justement dans les jours, les semaines, ou les instants qui précèdent notre fin, que nous pouvons accéder à la force inexplicable et mystérieuse qui anime l'être humain. Forme de vérité qu'aucun mot ne saurait décrire, mais dont ces témoignages nous démontrent la puissance et la bouleversante beauté.

» *Jusqu'au dernier instant*, Dr Marie-Félicie Rousseau, éd. Humanis, 19,50 euros.

Toute une vie d'humanitaire



Depuis sa première mission humanitaire en 1964, au Yémen, le Dr Pascal Grellety Bosviel, cofondateur de Médecins sans frontières, a passé un demi-siècle sur le terrain, au cœur des plus grands conflits mondiaux. Dans cet ouvrage, il témoigne de cette expérience hors norme à travers des

dessins, des photos et des textes, avec la volonté farouche de dire toute l'horreur des conflits. Médecin, chirurgien de guerre par nécessité, reporter dessinateur, « Docteur Pascal » revient ici sur ses missions et ses 70 carnets de voyage, parfois au bout de l'enfer...

» *Toute une vie d'humanitaire, 50 ans de terrain d'un médecin-carnettiste*, Pascal Grellety Bosviel et Sophie Bocquillon, éd. Elytis, collection « Grands voyageurs », 237 pages, 21 euros.

“ Nous intervenons pour les femmes, mais aussi pour leurs enfants ”

Pr Henri-Jean Philippe,
chef de service gynéco-obstétrique
du CHU de Nantes, président de l'association
Gynécologie sans frontières.

Témoignage

Nous avons, chacun, des sensibilités à certaines composantes de nos spécialités. Pour moi, il s'agit de la composante psycho-sociale dans l'exercice de la gynécologie et de l'obstétrique. Une sensibilité révélée sans doute lors d'une mission humanitaire au Cambodge à laquelle j'ai participé il y a trente ans. J'ai compris à ce moment-là que les conditions sociales pouvaient être un facteur essentiel de la santé des personnes. Dès lors, il m'était devenu impossible de dissocier cette dimension du diagnostic médical.

Quand je suis arrivé au CHU de Nantes en 2002, j'ai découvert une équipe possédant une sensibilité humaine et sociale hors normes. Avec le Dr Véronique Carton, nous avons impulsé la création d'une unité de gynécologie obstétrique médico-psycho-sociale. Je crois que c'est la seule en France. Nous prenons en charge les femmes en situation de vulnérabilité, victimes de violences, les adolescentes enceintes, les femmes qui décident d'abandonner leur enfant ou encore les toxicomanes. La force de cette unité ? L'implication et la pluralité des intervenants : assistantes sociales, secrétaires, psychiatres, médecins généralistes, sages-femmes... Nous avons même la chance d'avoir une association de traducteurs installée en face de la maternité qui intervient en cas de besoin. Nous profitons aussi de ce moment qu'est la grossesse pour faire de la prévention auprès de ces femmes. C'est l'occasion ou jamais de parler vaccinations, de pratiquer un frottis, de faire de l'éducation à la santé ou de détecter des problèmes de violence. Nous avons également mis en place des actions de sensibilisation pour les personnels de santé. L'idée est d'informer et de former sur la santé des femmes. Nous organisons des soirées cinéma, des colloques, des conférences, des formations sur des sujets tels que les mutilations sexuelles ou la perception de la maladie dans d'autres cultures.

Aujourd'hui, j'espère que d'autres unités comme celle-ci verront le jour. Nous intervenons pour les femmes, bien sûr, mais aussi pour leurs enfants, car détecter et prendre en charge des situations de précarité psycho-sociale chez des mamans, c'est souvent en prévenir les conséquences pour leurs enfants.



© DR

PARCOURS

↳ 1972

Diplômé de la faculté de médecine Saint-Antoine, à Paris

↳ 1978

Deviend interne des hôpitaux à Rennes

↳ 1982

Nommé chef de clinique à la faculté de médecine de Créteil

↳ 1985

Nommé chirurgien des hôpitaux à Rennes

↳ 1998

S'investit dans l'association Gynécologie sans frontières

↳ 2000

Nommé professeur des universités à Limoges

↳ 2002

Nommé chef du service obstétrique du CHU de Nantes

↳ 2005

En charge du volet santé du plan gouvernemental de lutte contre les mutilations sexuelles féminines