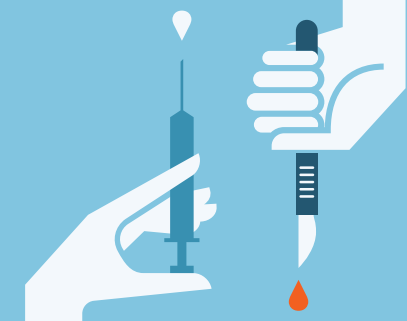


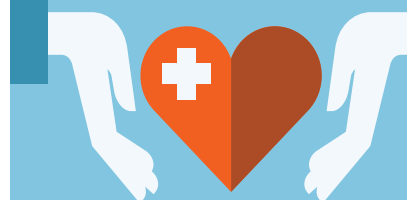


Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins



» Dossier p. 22

Exercices regroupés : l'union fait la force



» L'essentiel
**Permanence des
soins : des résultats
préoccupants** p. 4

» Réflexion
**Un rétinographe pour
pallier le manque
d'ophtalmologues** p. 10

» Jurispratique
Le secret médical
p. 14

médecins n° 34

Mars/avril 2014

☛ **L'essentiel** | 04

- Enquête sur la permanence des soins : des résultats préoccupants
- Des consultations de prévention pour les médecins libéraux

☛ **L'essentiel informatique** | 07

Quand la santé devient mobile et connectée

☛ **Sur le terrain** | 08

Un rétinographe pour pallier le manque d'ophtalmologues

☛ **Réflexion** | 10

Indemnisation des accidents médicaux : la procédure à l'amiable

☛ **Ailleurs** | 21

La recertification des médecins au Royaume-Uni

☛ **La voix des associations** | 28

Collectif national des associations d'obèses : des actions sur tous les fronts

☛ **Courrier des lecteurs** | 30

☛ **Culture médicale** | 31

☛ **À vous la parole** | 32

Caroline Desprès, chercheuse, médecin de santé publique et anthropologue.

☛ **Dossier** | 22

Exercices regroupés : l'union fait la force



© Thinkstock

À son émergence dans les années 1970, l'exercice regroupé s'appliquait exclusivement aux médecins de même spécialité. Depuis, cette forme d'organisation n'a cessé d'attirer les praticiens, à tel point qu'aujourd'hui, 57,1 % des médecins libéraux (hors remplaçants) exercent en cabinet de groupe ou en société.

Cahier jurispratique | 13

- ☛ LE SECRET MÉDICAL | 14
- ☛ CONSTATS ET CERTIFICATS DE DÉCÈS À DOMICILE OU SUR SITE PRIVÉ OU PUBLIC : ASPECTS ÉTHIQUES ET DÉONTOLOGIQUES | 16
- ☛ LA RECONNAISSANCE DES PRESCRIPTIONS FAITES DANS D'AUTRES PAYS DE L'UNION EUROPÉENNE | 18
- ☛ MODÈLE DE CERTIFICAT : DEMANDE D'ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES | 19
- ☛ APPEL À CANDIDATURES POUR UNE ÉLECTION COMPLÉMENTAIRE DE MEMBRES SUPPLÉANTS À LA CHAMBRE DISCIPLINAIRE NATIONALE DE L'ORDRE DES MÉDECINS | 20

Vos réactions nous intéressent

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



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

La relation patient-médecin au cœur de nos actions

Depuis 6 mois, l'Ordre a travaillé en interne dans l'optique de renforcer sa position au cœur de la société. Il est temps aujourd'hui de passer à l'action. Nous avons ainsi défini 4 axes prioritaires.

Tout d'abord, nous devons réaffirmer les valeurs de la profession en travaillant sur une formation plus adaptée et un meilleur accompagnement des jeunes médecins. Par ailleurs, un pôle « Droits des patients » a été créé au sein de l'Ordre

avec pour mission notamment de poursuivre le rapprochement avec les associations d'usagers.

L'Ordre doit aussi contribuer activement aux débats. Fort de ses 3500 élus, l'Ordre possède une expertise encline à alimenter les débats de société. Démographie médicale, accès aux soins, organisation de la permanence des soins, ou encore coopérations interprofessionnelles, le Cnom doit être un partenaire de référence sur ces sujets.

Notre engagement auprès des professionnels se verra renforcé. L'Ordre souhaite plus que jamais être actif aux côtés et au service des médecins, en agissant dans une logique de solidarité. Il s'agit de développer les actions d'information, de prévention et d'encourager l'entraide confraternelle.

Il est enfin indispensable d'ouvrir l'action et l'approche de l'Ordre auprès de l'ensemble de ses publics. Nous voulons inscrire l'Ordre dans une posture d'ouverture notamment auprès de tous les acteurs de la santé afin de faciliter et renforcer les relations des médecins avec ces partenaires et de gagner en efficience.

Ayant comme point de départ logique et incontournable les fondamentaux d'éthique et de déontologie, et comme fil conducteur la relation patient-médecin, cette feuille de route pour 2014 et les années à venir permettra à l'Ordre de jouer pleinement son rôle.

médecins 

ORDRE DES MÉDECINS, 180, bd Haussmann, 75389 Paris Cedex 08. Tél.: 01 53 89 32 00. E-mail: conseil-national@cn.medicin.fr – DIRECTEUR DE LA PUBLICATION: Dr Walter Vorhauer – RÉDACTEUR EN CHEF: Patrick Romestaing – COORDINATION: Évelyne Acchiardi – CONCEPTION ET RÉALISATION: CITIZENPRESS 48, rue Vivienne, 75002 Paris – RESPONSABLES D'ÉDITION: Claire Peltier, Sarah Berrier – DIRECTION ARTISTIQUE: Marie-Laure Noel – SECRÉTARIAT DE RÉDACTION: Alexandra Roy – FABRICATION: Sylvie Esquer – COUVERTURE: Thinkstock – 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.

Enquête sur la permanence des soins : des résultats préoccupants

Pour la 11^e édition consécutive, le conseil national de l'Ordre des médecins a publié son rapport annuel sur la permanence des soins (PDS) en médecine générale. Il s'appuie sur les données 2013 des 100 conseils départementaux et des 22 conseils régionaux de l'Ordre. Un point sur les résultats.



Dr Jean-Michel Béral,
président de la Commission nationale
de la permanence des soins.

“ Les choix sont trop souvent dictés par des logiques comptables ”

Quelles évolutions les résultats de cette enquête mettent-ils en lumière ?

Nous constatons que l'évolution des schémas organisationnels menée par les ARS se traduit par la poursuite de la diminution du nombre de territoires de PDS. Ainsi, nous sommes passés de 1910 territoires en 2012, à 1764 en 2013 soit une baisse de 7,6 %. Par ailleurs, nous observons globalement une réduction, voire un arrêt de la PDS en nuit profonde. Dans 22 départements, l'effectif a entièrement disparu après minuit, comme dans 61 % des territoires nationaux de PDS. Par ailleurs, de trop nombreux territoires sont fragilisés par un faible nombre de volontaires pour assurer la PDS.

Comment expliquer ces évolutions ?

Les décisions des ARS peuvent être motivées par un nombre de recours insuffisants pour justifier du maintien d'un effectif libéral, ou quand le manque de médecins rend ce maintien impossible. En effet, le volontariat continue à s'effriter de façon considérable

(voir en chiffres). La situation est préoccupante.

Quelles nouvelles formes d'organisation les ARS développent-elles ?

Les ARS encouragent la création de maisons médicales de garde qui visent notamment à développer des conditions d'exercice attractives pour les volontaires. Leur nombre a ainsi augmenté d'environ 10 %. Cependant, leur lieu d'implantation et leur pérennité continuent de faire débat. L'enquête révèle aussi un renforcement discret de la régulation libérale (+4 %). Mais là aussi, des enjeux se font jour sur les moyens à mettre en œuvre pour augmenter le nombre de généralistes libéraux y participant et pour généraliser son utilisation par le public.

Quelle est la position de l'Ordre face à cette situation ?

Même si les changements impulsés par les ARS se font, dans la majorité des cas, en concertation avec la profession, nous regrettons que ces échanges ne soient pas toujours

suffisants. Par ailleurs, les choix sont trop souvent dictés par des logiques comptables. L'Ordre déplore également que reposent sur les médecins de la PDS les actes médico-administratifs (établissement des certificats de décès et examen des personnes en garde à vue) qui ne font pas partie du champ des missions de la PDS. Enfin, face à l'érosion du volontariat, et sans plus attendre, des réflexions sur la possibilité de soutenir l'implication des médecins volontaires et pour trouver les moyens de les aider dans leurs missions doivent être initiées, sans préjugés ni œillères, que ce soit autour de la professionnalisation de l'effectif, du développement de la télémedecine, du renforcement de coopérations interprofessionnelles... Le conseil national de l'Ordre des médecins rappelle à cet effet à l'État et à ses instances régionales que si la PDS leur semble toujours être une mission essentielle, elle doit bénéficier de budgets adaptés aux objectifs et de la médiatisation de son mode d'emploi par le grand public.

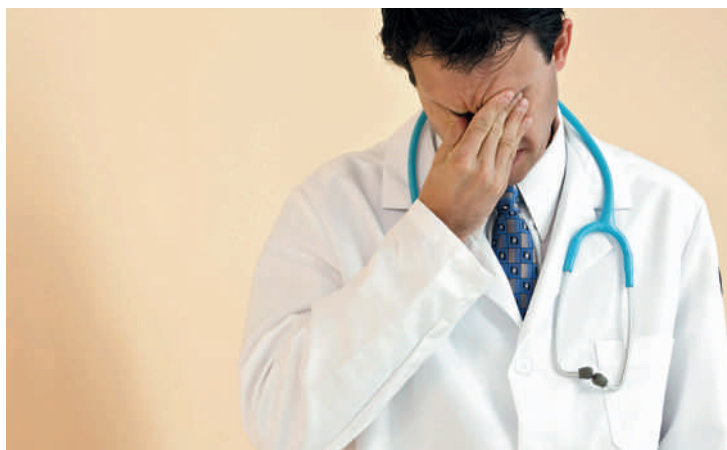
EN CHIFFRES

SEULS
2/3 des départements
rapportent un taux
de volontaires supérieur à 60 %
(contre près de 3/4 en 2012).



» Ville de Paris :

Des consultations de prévention pour les médecins libéraux



Le conseil départemental de l'Ordre des médecins de la ville de Paris a mis en place, depuis le 15 février, des consultations de prévention à destination des médecins libéraux en exercice.

Si les médecins salariés sont suivis par la médecine du travail, ce n'est pas le cas des médecins libéraux. Les praticiens sont souvent leur propre médecin traitant et beaucoup ont tendance à mettre de côté leur santé. Ces consultations ont donc pour vocation de donner l'opportunité aux médecins libéraux en exercice de faire un bilan de santé. En effet, beaucoup de médecins négligent leur santé. Un phénomène mis en lumière grâce à un rapport de la commission permanente de l'Ordre publié en 2008 : « Le médecin malade ». Nous nous sommes rendu compte que trop de médecins libéraux négligent leur santé par manque de temps, ou à cause d'un refus inconscient de la maladie.

Déroulement des consultations

Les médecins peuvent prendre rendez-vous via le site internet du conseil départemental, par courriel



Dr Irène Kahn-Bensaude,
vice-présidente
du conseil de
l'Ordre des
médecins et
présidente du
conseil départemental de l'Ordre
des médecins de la ville de Paris.

ou par téléphone. Ils reçoivent ensuite un questionnaire de santé spécifique ainsi qu'une liste d'examen sanguins, à réaliser s'ils le souhaitent en amont de la visite. Les consultations sont assurées par deux médecins dans un centre de santé. Elles sont gratuites et les examens pris en charge par la Sécurité sociale.

C'est la première fois que ce type de consultations est mis en place, il s'agit d'une expérimentation. Le conseil départemental est à l'origine de cette initiative mais cette consultation se tiendra dans le cadre du colloque singulier et le conseil de l'Ordre n'en aura aucun

EN CHIFFRES

90% 

des médecins n'ont pas de médecin traitant



86% 

se prescrivent leur traitement psychotrope



31% 

ressentent le besoin d'un soutien psychologique



Source : Thèse de médecine générale : la santé des généralistes/Laurence Gillard : 2006

retour. Nous espérons que les médecins sauront profiter de cette initiative. Si cette expérimentation est concluante, ces consultations seront développées dans toute la France.

+ D'INFOS

www.conseil75.ordre.medecin.fr

Contraceptions combinées: informer les patientes

EN BREF

Signature de la convention Minamata sur le mercure

Le 10 octobre dernier, 140 pays ont signé la convention Minamata sur le mercure, visant à réduire à l'échelle mondiale l'usage et les émissions de mercure, très toxique pour la santé et l'environnement. L'occasion de rappeler les recommandations de l'Agence nationale de la sécurité du médicament de 2005, invitant les médecins et chirurgiens-dentistes à réserver l'usage des amalgames dentaires au mercure aux situations jugées sans alternative.

+ D'INFOS

<http://www.mercuryconvention.org>



L'ANSM a réalisé un dépliant d'informations sur les conditions d'utilisation et les effets possibles de la contraception combinée (COC) à destination des patientes. L'objectif de ce document est de donner les informations indispensables avant de prendre ce médicament, de rappeler ses effets indésirables potentiels, les signes qui peuvent alerter mais aussi les précautions à prendre. Cet outil peut être un bon support d'accompagnement lors de la prescription d'un contraceptif oestroprogestatif. La publication de ce dépliant s'inscrit dans le cadre d'une

communication de l'agence auprès des professionnels de santé et des patients, suite à une réévaluation européenne récente du rapport bénéfice risque des contraceptifs oraux combinés. L'ANSM avait en effet réalisé une campagne d'informations auprès des professionnels de la santé dans l'intention de privilégier les pilules de première et deuxième générations. Sur le plan national, le ratio de ventes de COC de première et deuxième générations par rapport aux ventes de COC de troisième et quatrième générations reporté en août 2013 était de 76 % / 24 % alors qu'il était de 53 % / 47 % un an auparavant.

Recherche médecins retraités bénévoles

L'association Générations mouvement - Les aînés ruraux contribue à l'animation de la vie locale, en permettant à ses membres de conserver une vie sociale active, de contribuer au « bien vieillir » par des actions de prévention santé et de loisirs et de favoriser le maintien à domicile. Elle propose aux aidants qui accompagnent leurs proches en perte d'autonomie, des ateliers gratuits animés par d'anciens professionnels de la santé. Objectif : offrir aux aidants un lieu d'échange, de formation, une aide pour adopter le

meilleur comportement possible face à la personne aidée et leur donner des informations primordiales pour l'amélioration du quotidien et les solutions de répit. Si vous êtes retraité et souhaitez participer à l'animation de ces ateliers, contactez l'association au 01 53 42 46 01.

+ D'INFOS

www.generations-mouvement.org

Quand la santé devient **mobile** et **connectée**



La m-santé connaît depuis plusieurs années un essor important. Mais l'intérêt que présentent ces dispositifs est-il à la hauteur de l'engouement suscité ? Le Dr Jacques Lucas, vice-président du conseil national de l'Ordre des médecins et délégué général aux systèmes d'information en santé, apporte des éléments de réponse.



À quoi correspond la m-santé ?

M-santé est une abréviation de « mobile santé ». Elle correspond soit à des applications que l'on va télécharger de façon gratuite ou payante, soit à des objets connectés. Ces dispositifs vont recueillir et enregistrer des données concernant l'utilisateur et les envoyer sur une plateforme, dont un médecin peut avoir accès ponctuellement avec l'accord de la personne. Cette notion est à différencier de la télémedecine dans la mesure où il ne s'agit pas d'un dispositif médical réglementé. La m-santé concerne surtout le maintien, l'accompagnement et l'éducation à la santé.

Quelle est l'utilité de ces applications et objets connectés ?

Il est difficile de le dire aujourd'hui avec certitude. En effet, il y a plusieurs centaines d'applications de santé francophones et elles se dénombrent par milliers si l'on prend en compte les applications anglophones. Cela dit, certains de ces dispositifs peuvent avoir

un réel intérêt. Par exemple, un objet connecté peut suivre le rythme cardiaque d'une personne durant un footing et analyser ensuite la courbe de la fréquence cardiaque par rapport à l'effort déployé. Une fois traitées, les données recueillies vont fournir des informations sur l'entraînement de la personne, sur le fait qu'elle a pu atteindre des objectifs. Ce type d'application peut être utile par exemple dans l'accompagnement du patient cardiaque auquel le médecin a conseillé de faire du sport. Par contre, certains de ces dispositifs me semblent avoir un intérêt beaucoup plus modéré. C'est donc, je pense, à l'usage que ces applications et objets connectés démontreront ou pas leur intérêt.

Quelle est la position de l'Ordre sur ce sujet ?

Tout d'abord, nous pensons que les applications et objets de m-santé doivent être évalués, voire labellisés ou certifiés, au titre de la sécurité sanitaire, même s'ils ne sont pas des dispositifs médicaux.

Les autorités sanitaires et le corps médical ne peuvent se désintéresser de leur fiabilité. Il faut donc, dans ce sens, que ce marché soit régulé par des évaluations.

Le développement médical de la m-santé justifierait alors, à notre sens, la prescription ou la recommandation par le médecin de l'application ou de l'objet connecté. Cela pourrait contribuer à consolider la relation entre le médecin et son patient.

Enfin, l'Ordre tient à mettre en garde les usagers sur la sécurisation et l'utilisation de leurs données. En effet, le modèle économique de la m-santé repose notamment sur l'exploitation des données personnelles de santé, qui possèdent une valeur marchande. En les agrégeant, elles offrent une connaissance pointue des usagers. Il faut donc que les personnes puissent avoir la certitude, lorsqu'elles utilisent une application ou un objet connecté, que leurs données soient bien sécurisées et que leur identité, par exemple, ne soit pas révélée.

Un rétinographe pour pallier le manque d'ophtalmologues

Pour compenser la pénurie d'ophtalmologistes dans la plaine vosgienne, la maison de santé de Bulgnéville pratique depuis deux ans des examens du fond de l'œil grâce à un rétinographe non-mydriatique, sans que la présence d'un ophtalmologue soit nécessaire. Une expérimentation en passe d'être étendue.

L'imposante maison de santé de Bulgnéville, construite en bois basse consommation, se dresse à l'entrée de cette petite commune des Vosges d'à peine 1500 habitants. Les portes automatiques s'ouvrent sur l'accueil et ses deux salles d'attente adjacentes. Depuis cinq ans, la plus grande maison de santé du département accueille trois généralistes, deux infirmières, une sage-femme, un kinésithérapeute, un dentiste, un podologue, une orthoptiste et un nutritionniste. Mais aucun ophtalmologue. « Ils ne seront bientôt plus que deux pour tout l'Ouest vosgien, ce qui correspond à près de 60000 habitants. Plusieurs mois sont nécessaires pour obtenir un rendez-vous. Certains de mes patients, en particulier les plus âgés, ne se soignent plus et développent des pathologies oculaires graves », décrypte Dominique Courtine, médecin généraliste installé à Bulgnéville depuis bientôt 40 ans, et à l'origine de la création de la maison de santé.

La situation qu'il décrit illustre bien la désertification médicale qui touche de plein fouet les zones rurales. Face à ce constat, Dominique Courtine a décidé d'équiper la maison de santé d'un rétinographe non-mydriatique. « Cet appareil permet de réaliser un fond de l'œil et de détecter des pathologies rétinienne. L'examen indolore ne dure que quelques minutes, et se pratique sans dilatation pupillaire afin que le patient puisse utiliser son véhicule dès la fin de la consultation », poursuit le praticien. Autre

avantage, et non des moindres : la présence d'un ophtalmologue n'est pas indispensable à la réalisation de l'examen.

Un objectif de 20 patients par mois

Fin 2011, Dominique Courtine sollicite donc l'agence régionale de santé (ARS) de Lorraine ainsi que la communauté de communes de Bulgnéville, qui financent l'achat de cet équipement pour un montant total de 25000 euros. L'expérimentation, rare en France, débute au mois de mai de l'année suivante. « Nous organisons une permanence de deux matinées par mois. À terme, l'objectif est de recevoir 20 patients tous les mois », explique Elise Demange, l'orthoptiste de la maison de santé. C'est elle qui a été désignée pour recueillir les informations cliniques du patient, et manipuler le rétinographe non-mydriatique après avoir suivi une courte formation. « Les clichés sont ensuite transmis par Internet et de façon sécurisée à l'ophtalmologue de Neufchâteau, qui établit le diagnostic et assure le suivi du patient si nécessaire », détaille Elise Demange.

Selon le protocole établi par l'ARS, l'expérimentation concerne en priorité des pathologies rétinienne liées au diabète et à l'hypertension artérielle. « Mais en réalité, nous détectons des cas de dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), des membranes épirétinienne, des signes d'hypertension intracrânienne, pouvant

Atouts. Les patients de la maison de santé sont directement adressés par leur médecin traitant à la consultation rétinienne, où il n'est pas rare qu'ils obtiennent un rendez-vous dès la semaine suivante. L'établissement leur propose également un rendez-vous annuel pour la prévention et le suivi des troubles oculaires.



amener au diagnostic de tumeurs cérébrales, ou d'autres maladies entraînant une baisse de la vision tels que les glaucomes ou les cataractes. C'est un appareil très utile ».

Coopérations interprofessionnelles

C'est aussi l'avis de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) qui a décidé d'inclure d'ici le mois de juin ces actes dans la nomenclature, et de contribuer à la mise en place de ces consultations dans quinze départements volontaires.



Avant-garde. La maison de santé de Bulgnéville est la seule du département à disposer d'un rétinographe non-mydiatique. Elle a également été une des premières à accueillir une orthoptiste dans ses locaux, ou à proposer aux patients du kinésithérapeute et des sages-femmes une piscine pour la rééducation.

Gratuit pour le patient. Le temps de l'expérimentation, la consultation est prise en charge par l'ARS Lorraine. Soit un montant de 30 € (15 € pour l'orthoptiste qui réalise les clichés, et 15 € pour l'ophtalmologue qui les interprète).



“ Nous ne nous substituons pas aux ophtalmologues ”

D^r Dominique Courtine,
médecin généraliste à la maison
de santé de Bulgnéville.



Témoignage

« L'installation d'un rétinographe non-mydiatique, un cas unique dans les maisons de santé des Vosges, répond à deux grands objectifs. Aujourd'hui, nous vivons de plus en plus longtemps. Les demandes d'exams et les suivis de complications rétinienues vont augmenter. Nous devons répondre à cette demande de soins, en particulier sur nos territoires ruraux. Par ailleurs, il est essentiel d'intensifier la prévention, de prendre en charge les patients dès leur plus jeune âge, de prévenir les maladies oculaires et la cécité en diagnostiquant les troubles précoces. Cependant, le transfert de compétences rencontre des barrières financières et culturelles au sein des professionnels médicaux. Il ne leur est pas toujours évident de se défaire d'une partie de leur savoir et de leurs compétences. Mais cette expérimentation n'a évidemment pas pour objectif, à terme, de se substituer aux ophtalmologues. Nous sommes d'ailleurs soutenus dans notre démarche par les ophtalmologues de l'Ouest vosgien. »

L'expérimentation menée par la maison de santé de Bulgnéville s'inscrit dans le cadre du « pacte territoire santé » de Lorraine, qui vise à lutter contre la désertification médicale.

Et plus particulièrement dans son huitième engagement dédié aux coopérations interprofessionnelles. « L'accès à certaines spécialités étant de plus en plus long, il est intéressant de déléguer certaines tâches entre les professionnels de la filière, afin de rendre plus de temps médical disponible », conclut Elise Demange.

Indemnisation des accidents médicaux

La procédure à l'amiable : un premier bilan

Depuis un peu plus de 10 ans, les patients victimes d'accidents médicaux, ont la possibilité, à partir d'un certain seuil, d'obtenir une indemnisation par la voie amiable. Bien que mal connu, ce dispositif est avantageux autant pour le patient que pour le médecin.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades a créé un dispositif de règlement à l'amiable accessible aux victimes d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes ou d'infections nosocomiales ayant entraînés un taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique (AIPP) supérieur à 24 % ou un arrêt temporaire des activités professionnelles supérieur à 50 %, et pendant une durée d'au moins 6 mois. L'objectif était alors de détendre les relations entre médecins et patients, en offrant à ces derniers une alternative aux recours devant les juridictions, longs, coûteux et traumatisants tant pour les patients que pour les médecins.

Une procédure novatrice

Oltre la gratuité, le règlement à l'amiable n'exigeant pas la représentation par un avocat, et l'expertise étant prise en charge par l'Office national d'indemnisation des

accidents médicaux (Oniam), cette procédure est également rapide puisque le délai prévu par la loi est de 6 mois. Autre nouveauté d'importance : le droit pour une victime d'accident médical dont aucune faute n'a été identifiée (appelé aussi aléa thérapeutique), d'être indemnisée sous certaines conditions.

Les commissions de conciliation et d'indemnisation

Pierre angulaire du dispositif d'indemnisation à l'amiable, les commissions de conciliation et d'indemnisation (CCI) constituent un guichet unique auprès duquel les victimes peuvent adresser le recours. Présidées par un magistrat, les 7 CCI réparties sur le territoire français sont composées de membres variés et complémentaires : médecins, représentants d'établissements, d'associations d'usagers, d'organismes payeurs. Cette diversité de profils stimule les échanges et permet d'émettre des avis raisonnés. L'avis de la CCI est ensuite transmis à l'assureur du médecin puis à l'Oniam pour l'indemnisation des victimes. Aujourd'hui, la moitié des indemnisations des accidents médicaux passe par un règlement à l'amiable. Le Dr Françoise Avram, M. Érik Rance et le Dr Walter Vorhauer dressent ensemble un bilan de ce dispositif ambitieux mais encore trop peu connu des médecins et des patients...

UNE CONVENTION POUR SUSCITER DES VOCATIONS

Le conseil de l'Ordre des médecins a signé en octobre dernier, une convention de coopération avec l'Oniam. L'objectif : mettre en place une politique d'information et de communication sur l'existence et le fonctionnement des dispositifs de règlement amiable des conflits entre médecins et patients. Il s'agit également d'informer les confrères sur les possibilités de devenir expert pour l'Oniam pour examiner les dossiers soumis aux CCI.

En savoir + : www.oniam.fr



Dr Françoise Avram

Présidente de la Commission de conciliation et d'indemnisation d'Ile-de-France.



Érik Rance

Directeur de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam).



Dr Walter Vorhauer

Secrétaire général du conseil national de l'Ordre des médecins.

Comment expliquer l'augmentation du nombre de dossiers indemnisés dans le cadre d'accidents médicaux ?

Dr Walter Vorhauer : Dans la mesure où la sinistralité n'a pas augmenté, je pense que c'est lié à une meilleure information des patients et de leur famille sur leurs droits.

M. Erik Rance : Par ailleurs, le dispositif de règlement à l'amiable mis en place par la loi de 2002 connaît un franc succès. La simplicité de cette procédure a probablement conduit des personnes qui ne seraient pas allées devant les juridictions, à demander une indemnisation par le moyen d'un règlement à l'amiable.

Dr Françoise Avram : Elle peut être également liée au développement d'un caractère procédural dans notre société. Cela illustre sans doute la désacralisation du monde médical à laquelle nous assistons depuis quelque temps.

Quels sont les avantages des règlements amiables ?

M. Erik Rance : Le fait que cette procédure soit rapide est

quelque chose de très important pour les patients. Quand vous estimez avoir été victime d'un accident médical, vous avez un sentiment d'injustice et donc le temps est un facteur qui compte beaucoup.

Dr Françoise Avram : L'autre principal avantage est la gratuité de cette procédure. Elle n'exige pas en effet de représentation par un avocat contrairement aux procédures juridictionnelles. Il n'y a pas non plus de frais d'expertise puisque c'est l'Oniam qui les prend en charge.

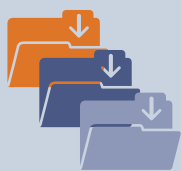
Dr Walter Vorhauer : Cette procédure est également avantageuse pour les médecins car moins traumatisante. Le cadre et l'ambiance sont différents en CCI et au tribunal, où il sera toujours recherché une faute ou une négligence. Le règlement à l'amiable relève davantage d'un échange, d'une explication. Il est important de rappeler qu'un processus à l'amiable passe par un respect mutuel entre médecins et patients. C'est un compromis entre les deux parties et non pas un compromis en faveur d'une des deux parties.

Quelle attitude doit adopter un médecin impliqué dans un accident médical face à son patient ?

Dr Françoise Avram : Je pense que si les médecins savaient mieux communiquer avec leurs patients, nous aurions 40 % de dossiers en moins à traiter dans les CCI. Nous observons en effet que dans nombre de cas, c'est un défaut de communication qui amène les personnes à nous saisir ou à saisir les tribunaux. Les médecins ont souvent des politiques d'évitement. C'est extrêmement traumatisant de perdre un malade. Je crois qu'actuellement des facultés de médecine ont mis en place des jeux de rôles pour apprendre aux étudiants à parler avec leurs patients. Je pense que c'est quelque chose de très important. Le fait de parler peut permettre de libérer la famille et le médecin lui-même.

M. Erik Rance : Nous constatons effectivement beaucoup de problèmes de communication qui peuvent être liés à un manque de formation, mais aussi à la charge de travail des équipes médicales. Elles n'ont pas toujours la possibilité de

Indemnisation des accidents médicaux



4255

8,7 % de plus qu'en 2011. Par ailleurs, le délai moyen écoulé entre le dépôt d'un dossier complet et la notification d'un avis s'est stabilisé à un an.

dossiers ont été déposés devant les CCI en 2012.

Parmi eux, **1 348** dossiers ont été rejetés avant expertise. **1 527** avis positifs ont été émis soit

➤ prendre le temps de donner toutes les explications au patient.

D^r Walter Vorhauer : C'est vrai que ça peut être difficile, mais il est indispensable de ne pas biaiser. Il faut savoir expliquer au patient et à sa famille, ce qui s'est passé de façon à en parler et à échanger. Il est également nécessaire de dire les choses avec des mots compréhensibles et de s'assurer que les explications sont bien comprises. Je pense aussi qu'il ne suffit pas de faire signer au patient un document listant les accidents potentiels avant une intervention chirurgicale, un traitement médical ou des explorations. Il faut aussi leur rappeler que le risque zéro n'existe pas, même si c'est un idéal vers lequel chaque médecin tend. Réalisée en amont, cette démarche peut réellement faciliter les explications en cas d'accident.

Est-ce que, selon vous, médecins et patients sont suffisamment informés sur les démarches à suivre, notamment la procédure à l'amiable ?

D^r Françoise Avram : Non, pas suffisamment. Ils sont informés par le biais d'associations de victimes ou dans certaines structures hospitalières mais ça ne suffit pas. D'autant plus que souvent, les avocats ne nous apprécient pas parce que la

procédure via les CCI est plus courte. Ils préfèrent donc aller devant les juridictions.

M. Erik Rance : Aujourd'hui, 50 % des litiges liés aux accidents médicaux sont résolus à l'amiable. La notoriété de cette procédure est malgré tout insuffisante notamment du fait de la récence de ce dispositif. Il est encore possible d'accroître cette proportion en faisant mieux connaître le dispositif. Nous avons ainsi mis en place une politique de communication avec la modernisation de notre site, la conclusion de partenariats avec des périodiques de jeunes médecins, les fédérations hospitalières, le conseil national de l'Ordre des médecins et le conseil national de l'Ordre des pharmaciens.

D^r Walter Vorhauer : Pour cela, je pense que quand il y a un accident médical, il faut que le médecin parle de cette procédure d'indemnisation, en plus des explications à l'amiable. Ce n'est pas déshonorant d'expliquer aux patients qu'il y a des risques, des accidents et de les informer sur leurs droits.

Un certain nombre d'associations s'inquiètent de l'avenir des CCI, pointant notamment une dégradation des expertises... Ces commissions sont-elles finalement victimes de leur succès ?

D^r Françoise Avram : Une chose est sûre c'est que nous manquons d'experts, notamment de bons

experts. Parallèlement, nous devons faire face à des saisines de plus en plus nombreuses. De ce fait, les procédures sont plus longues et nous n'arrivons plus à respecter le délai légal de 6 mois.

M. Erik Rance : Nous avons effectivement des difficultés à trouver un nombre suffisant d'experts. Nous pouvons mettre cette problématique en lien avec la démographie médicale dans certaines régions et dans certaines spécialités. Il y a peut-être aussi des freins liés à la complexité des modalités d'inscription pour les médecins qui souhaitent devenir experts. C'est la raison pour laquelle nous avons conclu un partenariat avec la Fédération des spécialités médicales (FSM) et la Commission nationale des accidents médicaux (CNAMed) chargée de procéder à l'inscription des experts sur une liste de façon à élargir le vivier des experts et leur proposer des formations.

D^r Walter Vorhauer : Ce manque d'experts est essentiellement lié au problème de demande de santé publique qui est posé de façon très générale, à la fois dans le curatif et le préventif. À la différence de certains pays anglo-saxons en particulier, où être expert est une profession à part entière, en France il s'agit d'une contribution au bon fonctionnement de la santé publique. Par ailleurs, cela nécessite des compétences, de l'expérience et une certaine disponibilité qui manque justement aux médecins.

CAHIER JURISPRATIQUE



N° 34 MARS - AVRIL 2014

14 Le secret médical

15 Rectificatif Examen des caractéristiques génétiques à des fins médicales : l'information des personnes apparentées

16 Constats et certificats de décès à domicile ou sur site privé ou public : aspects éthiques et déontologiques

18 La reconnaissance des prescriptions faites dans d'autres pays de l'Union européenne

19 Modèle de certificat Demande d'admission en soins psychiatriques

20 Appel à candidatures pour une élection complémentaire de membres suppléants à la chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins



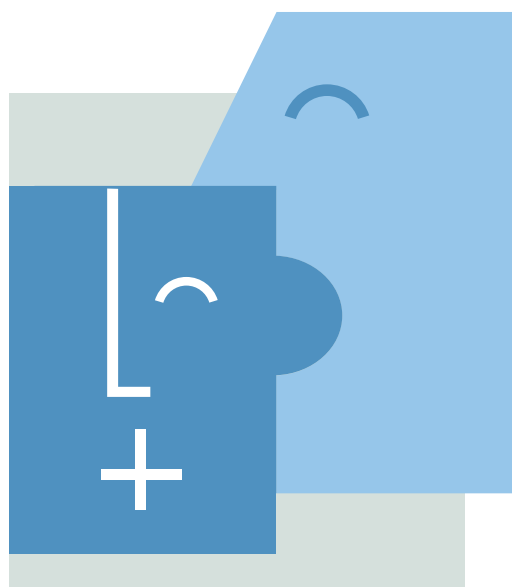
www.conseil-national.medecin.fr

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

Le secret médical

Sauf dérogations prévues par la loi, le médecin ne peut divulguer le secret et le patient ne peut délier le médecin du secret. La mort non plus...



Si l'Ordre parle sans cesse de « secret professionnel » et plus précisément de « secret médical », c'est parce que ce principe, affirmé depuis des siècles, doit rester une préoccupation permanente du médecin. Son non-respect conduit encore trop souvent le praticien devant les juridictions civiles, pénales et/ou disciplinaires, alors que des règles simples peuvent facilement être appliquées.

Quel est le champ d'application du secret médical ?

« Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris » (article 4 du code de déontologie médicale). Il couvre aussi les données de santé détenues dans le dossier médical ou tout autre support, avec des aménagements censés faciliter la prise en charge du patient dans des configurations parfaitement établies par les textes en vigueur (articles L. 1110-4, L. 1112-1 et R. 4127-50 du code de la santé publique, article L. 315-1 du code de la sécurité sociale).

C'est ainsi qu'il s'étend aux collaborateurs habilités de façon implicite ou explicite, y compris aux acteurs non-médecins participant à la prise en charge du patient (par exemple : les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer), dans le cadre précis de leurs obligations de respect du secret professionnel (article 226-13 du code pénal). En matière de transmission de l'information dans le cadre des coopérations, il appartient au médecin de prendre toute garantie pour que ces échanges soient parfaitement sécurisés.

Quelles sont les dérogations légales au secret médical ?

Certaines de ces dérogations sont obligatoires :

- déclaration des naissances;
- déclaration des décès;
- déclaration des maladies contagieuses;
- admission en soins psychiatriques;
- demande de mise sous protection de justice;
- accidents du travail;
- pensions civiles et militaires;
- procédure d'indemnisation;
- lutte contre le dopage;
- veille sanitaire.

La loi permet également :

- de signaler des violences infligées à un mineur ou une personne vulnérable, voire à une personne majeure mais avec son accord;
- d'alerter la cellule de recueil des informations préoccupantes;
- de signaler au procureur les dangers encourus du fait d'un individu en possession d'une arme à feu (article 226-14 du code pénal);
- d'évoquer un handicap dans le cadre de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (article L. 241-10 du code de l'action sociale et des familles);
- d'évaluer l'activité des établissements de santé (articles L. 6113-7 et R. 6113-1 à 11 du code de la santé publique);
- d'accéder, sous certaines conditions légales, à des données à caractère personnel;
- de permettre aux ayants droit d'avoir accès à certaines informations susceptibles de leur faire obtenir un bénéfice légitime.

Mais si les procédures pénales (enquête préliminaire : article 75 du code de procédure pénale; flagrant délit : article 53 du code de procédure pénale; commission rogatoire : article 81 du code

de procédure pénale) permettent au juge de faire son travail, **le respect du secret médical reste la règle; rien ne doit être divulgué à la justice ou à la police par un médecin interrogé ou convoqué au sujet de l'un de ses patients.**

Enfin la jurisprudence en matière de rente viagère ou de testament (arrêts de la Cour de cassation du 12 février 1963 et du 26 mai 1964) autorise à délivrer un certificat *post mortem* attestant des facultés cognitives d'un patient à une date donnée.

Plus subsidiairement, et en se référant toujours à la jurisprudence (cour d'appel de Douai, le 26 octobre 1951*), pour le médecin mis en cause devant une juridiction, et s'il ne s'agit là que de la seule possibilité pour lui de se défendre, on peut tolérer de lever une toute petite partie du voile...

Enfin, si le médecin doit savoir dire « non » aux requêtes abusives d'où qu'elles viennent, il ne peut opposer le secret au patient; bien au contraire, ce-

lui-ci doit être parfaitement informé. Mais c'est un autre chapitre...

Et en cas de doute ?

En cas de doute entre ce qui est obligatoire, autorisé, permis ou pas et en toutes circonstances, le médecin peut appeler son conseil départemental. Mais retenons le caractère « **général et absolu** » de ce secret médical (qui est essentiellement celui du patient). Depuis la loi du 4 mars 2002, il ne s'agit plus d'une simple obligation déontologique pour le médecin, c'est désormais un droit pour tout individu dans les limites fixées par la loi.

* L'examen de la jurisprudence conduit la doctrine à considérer que le professionnel peut divulguer le secret lorsque c'est le seul moyen pour lui d'éviter une condamnation, dès lors que la révélation est limitée aux faits strictement nécessaires à la défense de ses intérêts.

D^r Jean-Marie Faroudja
Président de la section Éthique et Déontologie

Rectificatif

Examen des caractéristiques génétiques à des fins médicales : l'information des personnes apparentées

Deux inexactitudes figurent dans le développement consacré aux examens des caractéristiques génétiques figurant au bulletin de l'Ordre des médecins de novembre-décembre 2013.

- Un conseiller en génétique ne peut prescrire un examen des caractéristiques génétiques (ECG), fût-ce sous la responsabilité d'un généticien : le prescripteur d'un tel examen ne peut être qu'un médecin (cf. notamment les articles L. 1131-1-2, L. 1131-1-3, R. 1131-5 ou R. 1131-19 du code de la santé publique). L'arrêté du 27 mai 2013 fixe les règles de bonnes pratiques applicables à l'ECG

d'une personne à des fins médicales. Dans ce texte officiel, le conseiller en génétique ne figure pas à la liste des prescripteurs (point 2.2 de l'arrêté).

- Le consentement du patient ne peut inclure la question de la découverte fortuite d'anomalies génétiques (résultats autres que ceux recherchés) : l'article 16-10 du code civil exige que le consentement d'une personne à un examen des caractéristiques génétiques soit donné pour une finalité déterminée, excluant ainsi que puisse être effectué un examen dont le champ excéderait celui résultant du consentement de l'intéressé. Une adaptation de l'article 16-10 du code civil (et, en application, de l'article R. 1131-4 du code de la santé publique) apparaît nécessaire pour prendre en compte la possibilité de découvertes incidentes et l'Ordre a saisi la Chancellerie en ce sens.

Constats et certificats de décès à domicile ou sur site privé ou public : aspects éthiques et déontologiques

La rédaction des certificats de décès se heurte à un nombre croissant de difficultés techniques et administratives aggravées par la raréfaction de la ressource médicale. Ces difficultés, notamment sur les horaires de la permanence des soins ambulatoire (PDSA), sont source de nombreux dysfonctionnements territoriaux, de situations difficiles et douloureuses pour les familles, voire de contentieux disciplinaires.

L'acte

Le certificat de décès est une obligation administrative : « L'autorisation de fermeture du cercueil ne peut être délivrée qu'au vu de ce certificat établi par un médecin, attestant le décès » (article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales). Base juridique du constat d'un décès, il doit être rédigé par un médecin inscrit au Tableau ou par un étudiant en médecine, en situation régulière de remplacement. Il engage leur expertise et leur responsabilité. Le médecin peut être sollicité par un établissement, une famille, des proches ou par le Centre de réception et de régulation des alertes (CRRRA)/Centre 15. Son action intervient dans les horaires de la continuité des soins (CDS) ou ceux de la PDSA.

C'est un acte médical revêtant une importance médico-légale essentielle. La rédaction du certificat doit être précédée d'un examen attentif du patient décédé, des circonstances du décès mais aussi d'un entretien précis avec la famille ou les proches. Il s'agit de pouvoir attester que la mort est réelle et constante, de préciser sa cause vraisemblable, son caractère naturel ou non et la nécessité de mobiliser ou pas les instances judiciaires.

C'est à l'issue de l'intervention du médecin effecteur et de la réalisation de cette démarche que sera rédigé l'acte d'état civil.

Le cadre d'intervention

1. Hors espace public

- En cas de recours au Centre 15, toute intervention du SMUR pour une détresse vitale implique la présence d'un médecin inscrit au Tableau de l'Ordre. Que le décès soit intervenu avant l'arrivée du SMUR ou malgré les manœuvres de réanimation prodiguées sur place, ce praticien est habilité à établir le certificat de décès. Par contre, le CRRRA 15 n'a pas à diligenter un médecin du SMUR pour rédiger un certificat actant le décès d'une personne qui n'a pas été directement concernée par une intervention de secours.

- Les EHPAD disposent du concours d'un médecin attaché à l'établissement. Tout constat de décès peut ainsi être établi dans les meilleurs délais. Ces établissements peuvent également faire appel au médecin traitant du patient décédé.

• En dehors de ces deux situations

Sur les horaires de la CDS (8h-20h) ou de la PDSA (20h-8h), c'est le médecin traitant, s'il est identifié et joignable, qui, dans le cadre de ses obligations déontologiques, assure cette mission. Le constat de décès pour l'un de ses patients est un instant qui ne saurait être détaché du contrat tacite entre le soignant et la personne. Cependant, la raréfaction de la ressource libérale a conduit à une augmentation de l'activité des médecins libéraux, qui se voient de plus en plus contraints à limiter de façon importante leurs interventions hors cabinet.

2. Dans l'espace public

- **L'urgence vitale dans l'espace public** (hors domicile et hors établissement de soins) relève de l'intervention des équipes d'urgence, SMUR-SDIS.

Bon à savoir

Le ministère de la Santé a récemment rappelé dans une réponse écrite publiée au *Journal officiel* que l'établissement de certificats de décès ne fait pas partie de la mission des médecins de garde dans le cadre de la PDSA, précisant, *a contrario*, que rien n'interdisait aux cahiers des charges portés par les ARS d'apporter une réponse à cette question. C'est ce qu'ont fait quelques régions, réglant ainsi cette difficulté sur les horaires de la PDSA.

Si le décès est acté, il fait l'objet de la rédaction, par le médecin urgentiste, d'un certificat avec obstacle médico-légal ouvrant la séquence médico-judiciaire.

- **Hors intervention des structures d'urgence**, dans le seul cadre du constat d'un décès patent, le médecin traitant, s'il existe, est rarement identifiable et *a fortiori* joignable ou disponible. C'est alors un effecteur mobile ou un médecin libéral de proximité qui est sollicité, soit directement, soit par l'intermédiaire du CRRA-Centre 15.

L'exercice confronté à l'absence de cadre réglementaire

Un certain nombre de règles, basées sur la seule éthique, sont d'usage :

- Cet acte médical, pratiqué par le médecin traitant et concernant une personne qu'il a suivie et accompagnée dans son parcours de soins et sa fin de vie, est réalisé gratuitement.
- Si le médecin ne connaît ni le défunt et son histoire médicale, ni sa famille, il devra consacrer un temps suffisant à l'accomplissement de sa mission.
- En l'absence de prise en charge de l'acte par l'Assurance maladie, il existe un vide administratif. Cet acte ne fait l'objet d'aucune rémunération sauf à considérer que la personne est assurée sociale tant que l'acte n'a pas été rédigé au terme du processus décrit ci-dessus, position défendue par le conseil national de l'Ordre des médecins. Si la gratuité est la règle lorsque c'est le médecin traitant qui intervient, l'indemnisation de l'acte doit, dans le cas contraire, relever du seul jugement du professionnel intervenant, dans le cadre de son appréciation éthique et du respect de la notion déontologique de « tact et mesure ».

Dr Bernard Le Douarin,
secrétaire général adjoint du Cnom en charge
des systèmes d'informations

Le cadre éthique et déontologique

- L'article R. 4127-76 du code de la santé publique rappelle que « L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires. »

- La rédaction d'un certificat de décès doit s'inscrire dans le respect de la personne, des familles et des proches.

- L'établissement d'un tel acte n'est pas une urgence médicale, ni médico-légale. Le médecin doit répondre prioritairement aux demandes des patients dont l'état de santé requiert son intervention.

- Aucun texte n'impose de délai pour la rédaction d'un certificat de décès. Il convient cependant de répondre aux demandes dans les meilleurs délais possible (au plus tard 24 heures après la demande d'intervention).

- Pour ce qui est des honoraires pouvant faire l'objet d'un tel acte, c'est la notion de « tact et mesure » qui s'applique dans le cadre du code de déontologie médicale, le tact devant rester le critère principal.

Face à cette situation, le conseil national de l'Ordre des médecins :

- Déploie l'absence, hors des obligations déontologiques, de cadre réglementaire national définissant les modalités de prise en charge des constats de décès, mission médico-légale essentielle;
- Constate que ce dysfonctionnement administratif est source de difficultés regrettables tant pour les familles, leurs proches, les professionnels de santé, les forces de sécurité et les collectivités locales;
- Demande une modification de l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale afin que les certificats de décès soient pris en

charge par l'Assurance maladie;

- Appelle les différents acteurs de la santé et de l'État à une réflexion pour optimiser l'effectuation de cette mission, tant dans les horaires de la continuité des soins que ceux de la permanence des soins, en l'inscrivant dans un cadre administratif défini, précis et homogène;
- Appelle les conseils régionaux et départementaux de l'Ordre à se rapprocher des institutions administratives locales pour les sensibiliser aux difficultés engendrées par ce vide administratif et à l'urgente nécessité de déployer des mesures adaptées et pérennes.

La reconnaissance des prescriptions faites dans d'autres pays de l'Union européenne

Dans le cadre de la reconnaissance dans les autres États membres de l'Union européenne des prescriptions médicales établies en France et de la délivrance en France des médicaments prescrits par un professionnel de santé dans un autre État membre, le décret du 23 décembre 2013 fixe les mentions obligatoires devant figurer sur une prescription médicale.

Le décret n° 2013-1216 du 23 décembre 2013 relatif à la reconnaissance des prescriptions médicales établies dans un autre État membre de l'Union européenne introduit des dispositions issues de la directive 2011/24/UE du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins transfrontaliers et de la directive d'exécution 2012/52/UE du 20 décembre établissant des mesures visant à faciliter la reconnaissance des prescriptions médicales établies dans un autre État membre.

1. DANS QUELLES CONDITIONS S'APPLIQUE CE TEXTE ?

Ces prescriptions sont établies à la demande d'un patient, en vue de les utiliser dans un autre État membre de l'Union européenne.

2. QUELLES MENTIONS DOIVENT FIGURER SUR LES ORDONNANCES DU MÉDECIN ?

- Les nom et prénoms
- La qualité
- L'adresse professionnelle précisant la mention « France »
- Les coordonnées téléphoniques précédées de l'indicatif international « +33 »
- L'adresse électronique

3. COMMENT RÉDIGER L'ORDONNANCE ?

Informations relatives au patient :

- Nom et prénoms
- Sexe
- Taille et poids (si nécessaire)
- Date de naissance (remplaçant l'âge, visé à l'article R.5132-3-7° du code de la santé publique)

Informations relatives à la prescription :

- La dénomination commune du médicament
- Sa posologie
- Le nom de marque

Cas particulier du refus de la substitution de la spécialité prescrite par un générique :

- Le médecin indique la mention « non substituable » sur l'ordonnance.
- Cette mention doit être complétée par un bref exposé des motifs qui justifie l'exclusion de la possibilité de substituer.

Concernant ce dernier point, le conseil national de l'Ordre des médecins avait écrit à la Direction générale de la santé afin de recueillir des éléments d'information sur le projet de décret qui lui était soumis pour avis. En effet, le Bureau du Cnom avait soulevé deux problèmes majeurs concernant le chapitre sur la substitution :

- Qu'entendait ce texte par « bref exposé des motifs » ?
- Qu'en était-il de la langue utilisée pour cet exposé et quid de sa compréhension ?

À ce jour, notre institution n'a pas reçu de réponse à ces deux interrogations, ce que nous regrettons.

Section Santé publique et Démographie médicale

Modèle de certificat**Demande d'admission en soins
psychiatriques**

Je soussigné(e) Mme/M. :

Nom :

Prénoms :

Date de naissance :

Adresse de domicile complète :

Agissant en qualité de *(préciser le degré de parenté ou la nature des relations existant avec la personne pour laquelle des soins psychiatriques sont demandés)* :

.....

.....

.....

! Si la demande est formulée pour un majeur protégé par son tuteur ou curateur, celui-ci doit fournir à l'appui de sa demande un extrait du jugement de mise sous tutelle ou curatelle.

Demande, conformément à l'article L.3212-1 (admission en soins psychiatriques sans consentement à la demande d'un tiers) ou L.3212-3 du code de la santé publique (admission en soins psychiatriques sans consentement en cas d'urgence), *(retranscrire de façon manuscrite la phrase suivante : « l'admission en soins psychiatriques dans un établissement de santé régi par l'article L.3222.1 du code de la santé publique »)*

.....

.....

.....

.....

De Mme/M. :

Nom :

Prénoms :

Date de naissance :

Domicile :

Fait à le/...../.....

Signature du tiers demandeur

Pour une personne ne sachant ni lire ni écrire, la demande est reçue par le maire, le commissaire de police ou le directeur d'établissement qui en donne acte (article R.3212-1 du code de la santé publique).

POUR EN SAVOIR PLUS

► L'Ordre a mis au point différents modèles de certificats d'admission en soins psychiatriques adaptés aux différents cas de figure rencontrés. Ces modèles sont téléchargeables sur le site de l'Ordre : www.conseil-national.medecin.fr

Appel à candidatures pour une élection complémentaire de membres suppléants à la chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins

Les membres titulaires du conseil national de l'Ordre des médecins se réuniront le jeudi 26 juin 2014 à 17h00, au 180, boulevard Haussmann, 75008 PARIS, pour une élection complémentaire de membres suppléants à la chambre disciplinaire nationale. **Il y aura lieu d'élire 2 membres suppléants pour le collège interne de la chambre nationale.**

Électeurs et vote

Sont électeurs les membres titulaires du conseil national. Ne peuvent voter que les **membres titulaires présents** à la réunion du jeudi 26 juin 2014 (art. R. 4125-2 du CSP). Le vote par procuration n'est pas admis (art. R. 4125-1 du CSP). Le vote a lieu à bulletin secret. Le dépouillement est public (art. R. 4122-7 du CSP). L'élection est acquise à la majorité simple des membres présents ayant voix délibérative (art. R. 4122-7 du CSP).

Éligibilité et dépôt des candidatures

Sont éligibles les membres titulaires du conseil national. Les conseillers candidats doivent être :

- de nationalité française (art. L. 4122-3 du CSP) ;
- à jour de leur cotisation ordinale (art. R. 4125-1 du CSP).

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

Incompatibilités de fonctions

Il est interdit de cumuler les fonctions de membre de la chambre disciplinaire nationale et de membre d'une chambre disciplinaire de 1^{re} instance (art. L. 4122-3 du CSP).

Acte de candidature

Le candidat doit – obligatoirement – indiquer dans sa lettre (art. R. 4122-6 du CSP) :

- ses nom et prénoms, son adresse, sa date de naissance, ses titres, sa qualification, son mode d'exercice et ses fonctions éventuelles dans les organismes professionnels ;
- ses fonctions actuelles ou anciennes au sein de l'Ordre.

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

Cette profession de foi sera ensuite photocopiée, en l'état, en fonction du nombre d'électeurs et jointe à la liste des candidats qui servira de bulletin de vote.

Envoi et date limite de la candidature

Le candidat se fait connaître par lettre adressée au président du conseil national (180, boulevard Haussmann, 75008 PARIS) revêtue de sa signature et **recommandée avec demande d'avis de réception**. Elle peut aussi être déposée au conseil national. Il en sera donné un récépissé. La candidature doit impérativement **PARVENIR** au siège du conseil national **30 jours au moins avant le jour de l'élection**. La clôture du dépôt des candidatures est fixée au **lundi 26 mai 2014 à 16h00** (art. R. 4125-1 du CSP).

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

Retrait de candidature

Le retrait de candidature peut intervenir quinze jours au plus tard avant la date du scrutin, c'est-à-dire **jusqu'au 10 juin 2014**.

Il est notifié au conseil national soit par lettre recommandée avec avis de réception, soit par dépôt au siège de ce conseil contre un récépissé (art. R. 4125-1 du CSP).

Délai de recours (art. 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.

La recertification des médecins au Royaume-Uni

La formation professionnelle continue fait partie, dans de nombreux pays, des « obligations professionnelles », dans le but de maintenir la qualité de la pratique médicale. Cependant, la mise en œuvre de la formation et la réglementation qui l'encadre varient fortement d'un État à l'autre. Focus sur la procédure de recertification au Royaume-Uni...

Depuis décembre 2012, le General Medical Council (GMC), a mis en place au Royaume-Uni une procédure de recertification. Un moyen pour le GMC d'assurer sa mission de protection, de promotion et de maintien de la santé et de la sécurité des patients. La recertification a pour but d'accroître la confiance des patients vis-à-vis du corps médical mais aussi d'aider les médecins à développer leur pratique tout au long de leur carrière en leur donnant l'opportunité de réfléchir régulièrement sur la façon dont ils peuvent améliorer leur pratique.

Détails de la procédure

Tous les médecins britanniques en droit d'exercer doivent obligatoirement se soumettre tous les 5 ans à la procédure de recertification. Ce mécanisme s'appuie sur une évaluation annuelle des pratiques médicales basée sur les orientations du GMC définies dans un guide « Good Medical Practice ».

Ces évaluations sont réalisées par des médecins référents (*Responsible Officer*) issus des organismes de rattachement des médecins (*Designated Body*). Les médecins en exercice doivent leur apporter la preuve de leur aptitude à exercer et de la mise à jour de leurs compétences. Le médecin référent est également chargé d'évaluer les compétences de leurs confrères en se basant sur un certain nombre de critères tels que les doléances, les plaintes, les compliments, les lettres de

POINT DE VUE



“ C’est une forme de reconnaissance de la qualité ”

Pr Olivier Goëau-Brissonnière, président de la Fédération des spécialités médicales (FSM)

J'ai découvert le principe de la recertification lorsque j'étais en formation au Québec. Aujourd'hui, c'est un processus qui se met progressivement en place dans les pays européens et qui, je pense, le sera également un jour en France. La recertification apporte la garantie que le praticien a tout fait pour maintenir la compétence initiale conférée par l'université et validée par l'inscription à l'Ordre. La démarche prendra tout son sens si elle est commune à tous les médecins et reconnue par les pairs. Il est nécessaire que les médecins en comprennent l'intérêt pour les patients mais aussi pour eux-mêmes. C'est en effet une forme de reconnaissance de la qualité des pratiques. Cela dit, il faut encore convaincre, et la mise en œuvre de la recertification ne pourra se faire que si les médecins en sont les maîtres d'œuvre. La FSM et les conseils nationaux professionnels qui la constituent sont partants pour réfléchir et contribuer à sa mise en place aux côtés du CNOM.

leurs patients ou les remarques de leurs confrères. À l'issue de ces évaluations, les médecins référents peuvent adresser trois types de recommandations au GMC : une recommandation positive établissant que le médecin est apte à l'exercice ; une demande de report parce qu'ils ont besoin de plus de temps ou d'informations pour faire l'évaluation ; ou le signalement d'un manque d'engagement de la part du médecin. Les recommandations sont ensuite envoyées au GMC qui se

prononce sur la recertification ou non de chaque médecin.

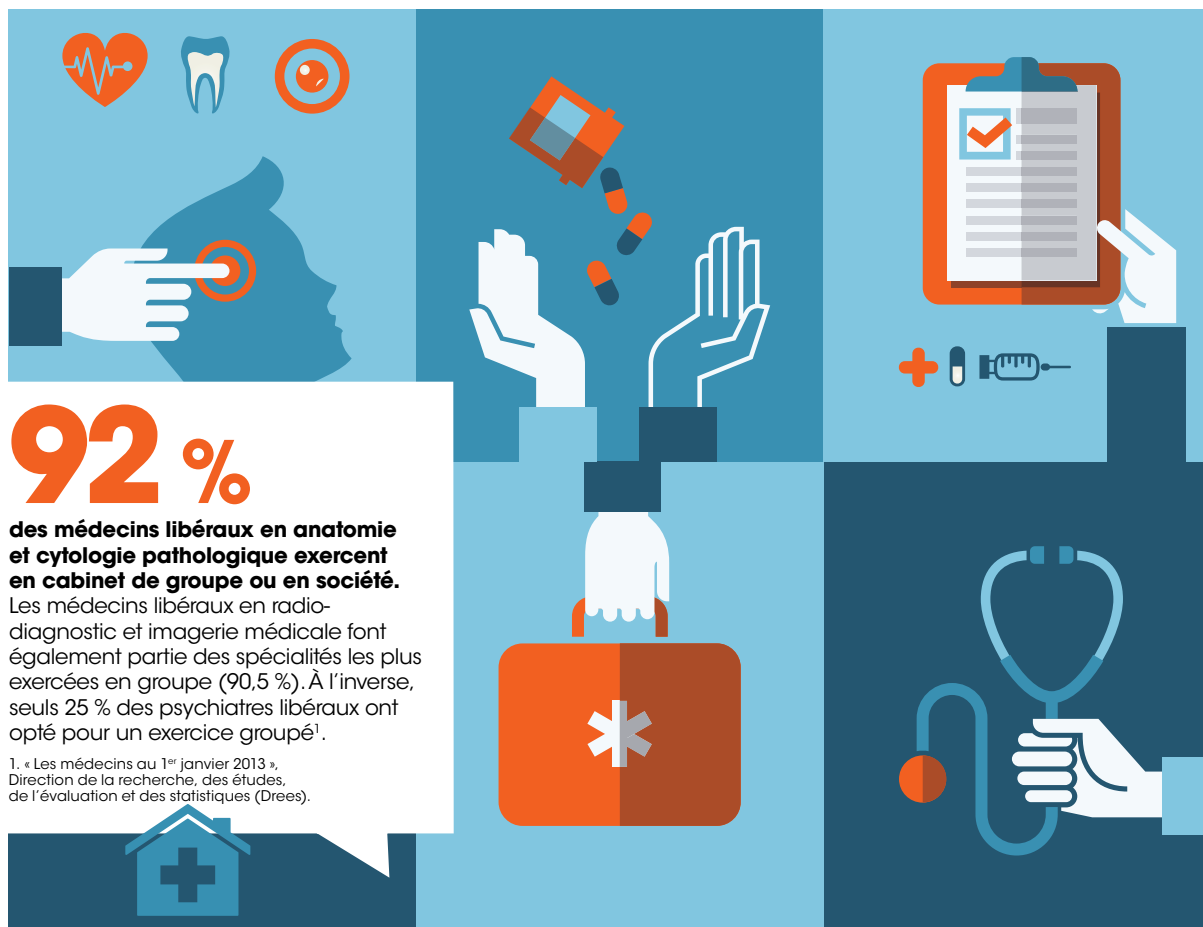
Bilan d'étape

Depuis la mise en œuvre de ce processus fin 2012, pas moins de 20 610 médecins britanniques ont déjà été recertifiés, 4 462 ont vu leur recertification reportée (cela n'engendre pas de suspension d'exercice), et 6 ont perdu leur droit d'exercer. La majorité des médecins devraient avoir réalisé leur première recertification d'ici mars 2016.

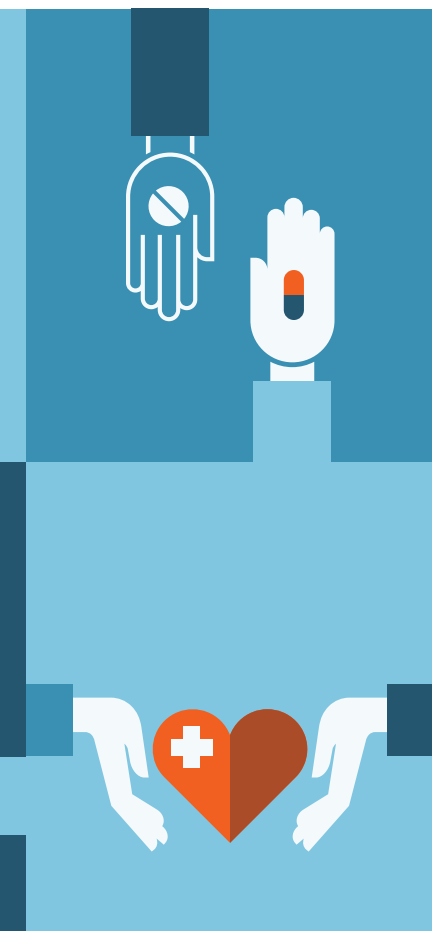


Exercices regroupés : l'union fait la force

À son émergence dans les années 1970, l'exercice regroupé s'appliquait exclusivement aux médecins de même spécialité. Depuis, ce mode d'exercice n'a cessé d'attirer les praticiens, à tel point qu'aujourd'hui 57,1 % des médecins libéraux (hors remplaçants) exercent en cabinet de groupe ou en société¹.



Le succès des exercices regroupés n'est pas dû au hasard. Ces organisations offrent en effet nombre de réponses aux besoins et attentes des médecins. Elles les déchargent tout d'abord des tâches administratives grâce à la mise en commun des moyens nécessaires à l'activité professionnelle : locaux, personnel non médical prenant en charge les dossiers administratifs... Par ailleurs, elles permettent de partager les équipements médicaux et donc d'en supporter collectivement les coûts inhérents. Les disciplines exerçant sur des plateaux techniques importants (médecine nucléaire, radiothérapie, anatomo-



©Thinkstock

LES DIFFÉRENTES FORMES D'EXERCICE REGROUPÉ

Les groupements de moyens

- **La SCI** (société civile immobilière) : permet exclusivement la mise en commun de locaux.
- **La SCM** (société civile de moyens) ou le GIE (groupement d'intérêt économique) : permet la mise en commun de moyens matériels.

Les groupements d'exercices sans personnalité morale

- **Le contrat de collaboration** : permet à une personne morale ou physique de s'adjoindre un confrère de même spécialité, souvent dans l'optique d'une association ultérieure.
- **Le contrat d'exercice en commun** : est l'association la plus simple, réalisable entre professionnels de même spécialité. Elle n'organise qu'un partage des dépenses.

Les groupements d'exercices avec personnalité morale

- **La SCP** (société civile professionnelle) : ne peut regrouper que des médecins et offre la possibilité de mettre en commun moyens, patientèles et recettes.
- **La SEL** (société d'exercice libéral) : ne peut regrouper que des médecins. Il s'agit d'une société commerciale proche de la SARL. Elle permet de rémunérer le capital sous forme de dividendes et le travail sous forme de salaire ou de rémunération de gérance.

Le groupement d'exercices et de moyens avec personnalité morale

- **La Sisa** (Société interprofessionnelle de soins ambulatoires) : permet de percevoir les nouveaux modes de rémunération. Elle a ainsi pour objet la mise en commun de moyens et l'exercice en commun d'activité de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre les professionnels de santé.

+ D'INFOS

► Consulter les modèles de contrats et de statuts proposés par le Cnom : www.conseil-national.medecin.fr

mie et cytologie pathologique ou chirurgie viscérale) sont d'ailleurs celles qui enregistrent les plus forts taux de regroupement. L'organisation du travail en exercice regroupé améliore également la continuité des soins : les médecins du groupement ont accès aux informations patients. Elle répond aussi au désir formulé par de plus en plus de praticiens d'accéder à une meilleure qualité de vie. 86 % des jeunes médecins considèrent en effet que l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée influence de façon très importante leur choix de carrière

professionnelle². Enfin, l'exercice regroupé permet de rompre l'isolement. Une autre spécificité particulièrement chère aux jeunes médecins, peu préparés à l'exercice individuel de la médecine car souvent formés à l'hôpital. Ces organisations permettent ainsi aux médecins de confronter les pratiques professionnelles, favorisent les coopérations sous la responsabilité des médecins et la mise en place d'actions

►►► page 24

2. Enquête « Les aspirations professionnelles des jeunes médecins d'Île-de-France », TNS-Sofres / SIHP, juin 2013.

POINT DE VUE de l'Ordre



“ S'adapter aux évolutions de la médecine et de la société dans le respect des règles ”

Dr François Simon, président de la section Exercice professionnel au conseil national de l'Ordre des médecins.

Dans le domaine des formes d'exercice, l'Ordre n'a pas vocation à se substituer aux instances professionnelles sur le plan organisationnel. Il a un rôle d'accompagnement, de conseil, de facilitateur. En charge de la déontologie, il veille au respect des règles inscrites dans le code. Cependant, ces règles et leur interprétation ne sont pas inscrites dans le marbre et il appartient à l'Ordre, sans jamais perdre de vue les valeurs éthiques fondamentales, de les faire évoluer pour s'adapter aux évolutions de la médecine et de ses modes d'exercice dans une société toujours en mutation. Il y a maintenant une cinquantaine d'années, l'irruption de la « médecine de groupe » dans un paysage médical où les prises en charge reposaient de façon quasi exclusive sur une relation individuelle entre le

patient et son médecin toujours disponible, avait jeté un certain trouble dans la communauté médicale et jusque dans notre institution ordinale. Cette médecine regroupée s'est développée et s'est imposée au fil des années au point d'être aujourd'hui la forme d'exercice de plus de la moitié des confrères libéraux. Au-delà de ces regroupements classiques mono-disciplinaires, ces dernières années, nous avons assisté à la naissance du concept des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels où médecins et professionnels de santé se regroupent de façon physique ou virtuelle autour d'un projet de santé. Loin de rester le spectateur de ces évolutions, l'Ordre des médecins, dans son rôle, a accompagné en temps réel ces mutations.

- En 2008, le Cnom publiait les recommandations, réactualisées en 2012, sur les maisons et pôles de santé.

- En 2010-2011, il participait au groupe de travail ministériel chargé de proposer une nouvelle structure juridique, la Sisa.

- À la même période, le Cnom participait au groupe de travail sur le partage de l'information et à la rédaction du « Guide méthodologique relatif à la circulation au sein des maisons et des centres de santé, des informations concernant la santé des patients ». L'Ordre a continué de mener une réflexion sur les coopérations interprofessionnelles. Ce travail vient d'aboutir à la rédaction d'un texte de doctrine adopté lors de la session du 30 janvier 2014. Ce texte vient d'être soumis aux conseils départementaux et régionaux, aux autres Ordres et aux organisations professionnelles pour contributions.

de prévention ou d'éducation thérapeutique. « *Partagé avec d'autres, l'exercice est plus riche et plus excitant* », souligne le Dr Pierre de Haas, président de la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS).

Des exercices encadrés

Parallèlement à leur expansion, les exercices regroupés se sont également complexifiés, passant d'une simple mise en commun de moyens, aux sociétés inter-

professionnelles de soins ambulatoires. Ces nouvelles structures soulèvent un certain nombre de problématiques. À commencer par la question du compérage. Ainsi, la coexistence de différents professionnels de santé, voire de travailleurs sociaux, au sein d'une même structure exige des mesures garantissant aux patients lisibilité, confidentialité et libre choix. La structure peut ainsi disposer d'une entrée et d'une salle d'attente commune mais le

fléchage et la signalétique doivent être clairs.

Autre problématique : le partage des données patients. Le respect du secret médical est le fondement de l'exercice. Mais l'article L. 1110-4 du code de la santé publique précise qu'au sein des établissements de santé « *deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise*

Focus

Les maisons de santé : structures d'avenir ?



L'article L. 6323-3 du code de la santé publique définit la maison de santé comme « une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens ». Pierre de Haas, président de la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS), apporte son éclairage sur ces structures qui connaissent un important développement depuis sept ans.

Quelles sont les spécificités des maisons de santé ?

Il faut un minimum de deux médecins et au moins un autre professionnel de santé, même si la moyenne est plutôt de 4 médecins et entre 8 et 10 professionnels de santé. L'exercice en équipe coordonné nécessite des protocoles partagés et un système d'information permettant à chacun des professionnels d'accéder aux dossiers patients. Par ailleurs, ces structures distribuent des soins mais s'occupent aussi de la santé d'une population sur un territoire. Tous ces éléments sont libellés dans un projet de santé.

Quelle est selon vous la principale condition préalable à la réussite d'un tel projet ?

La dynamique de groupe est un élément essentiel. Les professionnels de santé doivent avoir envie de travailler ensemble au sein d'une équipe. Mais c'est quelque chose de difficile parce que nous avons été formés pour travailler de façon individuelle.

L'exercice groupé, et qui plus est pluriprofessionnel, découle d'une évolution inéluctable ?

Je suis persuadé que c'est la forme d'exercice d'avenir pour

répondre aux problématiques de qualité et à la prise en charge des cas lourds. Des professions aussi ardues que les nôtres ne peuvent rester dans un exercice isolé sans perdre en qualité. L'équipe apporte des compétences que ne possède pas l'individu.

Les maisons de santé apportent-elles une réponse suffisante à ces problématiques ?

Il n'existe pas de forme juridique correspondant exactement à ces nouveaux modes d'exercice. Il faudrait une structure de type établissement sans hébergement. Aujourd'hui, malgré les nouveaux modes de rémunération, nous restons dans un système de paiement à l'acte. Nous aimerions une structure avec une accessibilité régulée qui permettrait d'orienter le patient vers l'infirmière si c'est une plaie, vers le kiné si c'est un lumbago... Il y aurait une rémunération d'équipe facturable à l'Assurance maladie et cela permettrait de mieux utiliser le temps médecin.

+ D'INFOS

► Consultez le site de la FFMPS : www.ffmps.fr



©Thinkstock

POINT DE VUE extérieur



“ Professionnels de santé et élus doivent travailler ensemble ”

Geneviève Darrieussecq, maire de Mont-de-Marsan, coprésidente de la commission santé de l'Association des maires de France.

Je suis maire d'une ville du Sud-Ouest de 33 000 habitants. Bien que nous soyons dans un territoire assez attractif, avec une démographie galopante, certains quartiers commencent à être désertés en médecine de premier recours. Je crois que les pôles et maisons de santé sont des solutions que l'on peut mettre en œuvre pour répondre à une démographie médicale déclinante, que ce soit en milieu rural ou urbain. Mais pour que ces systèmes fonctionnent, il faut qu'il y

ait un projet médical entre tous les acteurs du territoire. Professionnels de santé et élus doivent travailler ensemble. Les élus sont là pour faire un travail prospectif. Beaucoup de médecins en exercice isolé qui vont partir à la retraite risquent de ne pas trouver de successeur. Notre rôle est d'anticiper ces événements. Nous devons aussi sensibiliser les médecins aux difficultés que la population peut rencontrer face à l'offre de soins. Mais il est vrai que travailler de façon partenariale

n'est pas toujours facile. Il y a, par exemple, une très forte volonté des infirmiers et des professions paramédicales de se regrouper mais les médecins sont davantage en retrait. Ils entrent plus difficilement dans ces projets. Je pense, malgré tout, que ces modes d'exercice qui sont très favorables pour la population, qui répondent aux évolutions du système de santé et aux attentes des jeunes médecins, vont se généraliser dans les années à venir.

en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. » La loi dite Fourcade, modifiant certaines dispositions de la loi HPST du 21 juillet 2009, a également prévu d'encadrer les échanges de données entre les professionnels au sein des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (Sisa). Malheureusement, en dehors de ces cadres d'exception, la loi reste imprécise notamment en ce qui concerne la médecine de ville. « Une loi devrait s'appliquer par des principes généraux et non par des exceptions. Or un alinéa a été ajouté à l'article L. 1110-4 pour régler le problème du partage de l'information dans les pôles et maisons de santé sans prendre en compte la même problématique rencontrée dans les autres structures (groupements

EN CHIFFRES

65%

des médecins libéraux de moins de 40 ans travaillent en cabinet de groupe

- de 40 ans



47%

des médecins libéraux de 40 ans et + travaillent en cabinet de groupe

40 ans et +



médicaux...), déplore le Dr François Simon, président de la section Exercice professionnel au Cnom. L'Ordre demande que le législateur organise une grande réflexion nationale sur le sujet et établisse une règle unique de partage quel

que soit le lieu de prise en charge des patients. »

Mises en garde

Si l'exercice regroupé suscite l'intérêt de nombreux praticiens, il n'est pas cependant une solution miracle à toutes les difficultés liées à la pratique médicale. La réussite de cette forme d'exercice dépend tout d'abord de la pertinence de son implantation. Il est indispensable de réaliser, avant toute installation, une étude sérieuse quant aux besoins locaux en termes d'offre de soins. Par ailleurs, si la mise en commun de moyens peu permettre de partager les coûts, il faut néanmoins retenir que les avantages de l'exercice groupé, tel que le support d'un secrétariat, nécessitent un investissement moyen de 2 500 euros par médecin et par mois (voir le témoignage

“ Nous n'avons pas assez de recul pour évaluer la Sisa ”

D^r Yvon Lucas, médecin généraliste en société interprofessionnelle de soins ambulatoires, à Melgven.

Témoignage

« Je fais partie d'une maison de santé créée en 2004, composée aujourd'hui de 3 médecins généralistes, 9 infirmières, 2 kinés, 2 orthophonistes, une sage-femme et un dentiste. Nous avons expérimenté les nouveaux modes de rémunération (NMR) en 2009. Nous recevons donc des subsides de la

Cnam puis de la HAS dans le cadre des recommandations pour favoriser et expérimenter l'exercice pluridisciplinaire. Mais

il n'existait pas à l'époque de structure juridique compatible avec la réception de ces subsides. Nous nous sommes donc mis en association loi 1901, mais c'était totalement illégal même si nous avions un accord de Bercy dans la mesure où il s'agissait d'expérimentations. Il a fallu attendre la création des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires qui autorisent la réception de ces subventions. Donc c'est pour pouvoir recevoir les NMR que nous sommes passés en Sisa en janvier 2013. Cette mise en

place a été un peu difficile. Comme nous étions les premiers dans notre secteur, nous avons, en quelque sorte, essuyé les plâtres. À l'heure actuelle, nous n'avons pas le recul nécessaire pour pouvoir donner un avis sur cette forme juridique, mais c'est vrai que nous avons attendu tellement longtemps que cette structure aboutisse, que quand elle a été créée nous avons été un peu déçus. On attendait quelque chose de plus innovant, plus abouti. Cependant, la Sisa a le mérite d'exister et nous ne connaissons pas encore toutes les possibilités qu'elle peut offrir. Une chose est sûre : le travail dans les conditions d'une maison de santé est très satisfaisant et enrichissant pour tous. »

du D^r Mouden ci-contre). Par ailleurs, selon une étude de l'URPS Île-de-France publiée en octobre 2013, 75 % des cabinets de groupe franciliens sont fragilisés, d'une part, à cause de l'augmentation des charges, et d'autre part, à cause du non-renouvellement des départs. Si l'exercice de groupe facilite le remplacement d'un confrère, il n'échappe pas complètement aux problématiques liées à la démographie médicale. Enfin, le bon fonctionnement de ces types d'exercice passe par l'entente de ses associés, la rédaction d'un règlement intérieur et de contrats exhaustifs précisant notamment les conditions d'entrée, d'exercice et de sortie du regroupement.

+ D'INFOS

► Consulter le rapport du Cnom « Maisons de santé pluriprofessionnelles et déontologie médicale » : www.conseil-national.medecin.fr

“ Un investissement financier mais un gain en qualité de vie ”

D^r Jean-Hervé Mouden, médecin généraliste en cabinet monodisciplinaire à Brest.

Témoignage

« Après ma thèse en 2003, j'ai fait trois ans de remplacements. Cela m'a permis d'expérimenter diverses formes d'exercice : en ville, en milieu rural, seul, en groupe sans secrétariat, en groupe avec secrétariat... C'est ainsi que j'ai pu déterminer ce que je voulais : exercer en ville au sein d'un cabinet de groupe avec un secrétariat, un système informatisé... J'ai alors pris la succession d'un confrère dans un cabinet monodisciplinaire composé de 4 médecins. C'est un choix que je ne regrette pas parce que je veux avant tout faire de la médecine, pas de l'administratif. Le secrétariat gérant ces aspects particulièrement chronophages, je peux me concentrer sur la médecine et profiter de mes soirées, de mes week-ends. Après, c'est un investissement financier important, possible uniquement dans un groupement d'au moins trois ou quatre praticiens. Même si, en déléguant les tâches administratives, nous recevons davantage de patients, je pense que financièrement, nous gagnons moins qu'un médecin exerçant seul. Autre aspect positif du groupement : les échanges entre confrères. Nous communiquons beaucoup notamment lorsque nous avons affaire à des cas compliqués. »

Collectif national des associations d'obèses

Des actions sur tous les fronts

2003

Création du Collectif national des associations d'obèses (CNAO) qui rassemble aujourd'hui 42 associations en France et plus de 7 000 adhérents. Le CNAO a fait partie du comité de pilotage du Plan national nutrition santé (PNNS), initié en 2001 et reconduit en 2006, puis a participé à l'élaboration du plan obésité 2010-2013.

7 millions

d'adultes obèses en France en 2012, selon l'enquête ObEpi, soit 15 % de la population (15,7 % des femmes et 14,3 % des hommes). Cela correspond à une augmentation de 3,4 % par rapport à 2009 (+ 10,7 % entre 2006 et 2009). Environ 3,5 % des enfants français seraient obèses.

4 %

d'adultes français atteints d'obésité sévère. Le plan obésité a permis de créer 37 centres régionaux spécialisés dans la prise en charge de ces obésités.



« En mars 2003, nous avons fondé, à sept partenaires, le Collectif national des associations d'obèses [CNAO], se souvient Anne-Sophie Joly, présidente de la structure. L'objectif initial était de mieux encadrer les pratiques en matière de chirurgie bariatrique. À l'époque, il était très difficile pour les malades obèses de trouver un établissement où se faire opérer et de comprendre les conséquences de cet acte chirurgical sur leur vie quotidienne. »

Aujourd'hui, le CNAO a élargi ses actions et travaille en collaboration étroite avec les pouvoirs publics et les institutions pour améliorer la prise en charge du surpoids et de l'obésité en France. Recommandations de la HAS sur



la prise en charge de l'obésité, comité de pilotage du Programme nutrition santé, mise en œuvre du Plan obésité lancé en 2010... le CNAO est régulièrement mobilisé pour apporter son expertise et sa collaboration.

Le collectif agit également sur le terrain. Par exemple, il coopère avec l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris pour accroître la qualité nutritionnelle des

repas des malades après chirurgie. Il participe également à des groupes de travail avec l'industrie agro-alimentaire, ou encore mène avec certaines agences régionales de santé, comme celle d'Île-de-France, des projets concrets (mise à disposition d'ambulances adaptées pour les patients obèses...).

Soutien et information

Autre mission essentielle des associations membres du CNAO : soutenir les patients et leurs proches. Le développement de l'éducation thérapeutique, l'organisation de groupes de parole, la participation à des ateliers cuisine aident en effet les patients à comprendre leur maladie et à se fixer des objectifs réalisables sur le plan physique et psychologique. « Les professionnels de santé, médecins, infirmières, diététiciennes qui participent aux groupes de parole



“ La création des centres spécialisés a permis d'améliorer la prise en charge ”

Pr Arnaud Basdevant, chef du service Nutrition à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, à Paris.

Interview

Un des objectifs du Plan obésité 2010-2013, que vous avez présidé, consistait en la création de centres de prise en charge spécialisés pour l'obésité sévère. Où en est-on ?

Avec la création de ces centres, nous voulions répondre à la forte demande des associations de patients de bénéficier d'une expertise pour le traitement médical, chirurgical, obstétrical ainsi que les soins de suite, notamment pour les formes les plus sévères d'obésité et, surtout, d'accéder à un équipement adapté : radiologie, blocs opératoires. Ce premier volet du plan est bien avancé, avec une répartition des centres dans tous les territoires de santé.

Qu'en est-il des autres missions du plan ?

La seconde mission du plan, plus complexe à mettre en œuvre, était d'améliorer le maillage territorial des acteurs de santé. L'idée était

d'aider médecin traitant, médecin spécialiste et centres référents à travailler ensemble et à faire appel aux ressources non médicales, comme l'activité physique adaptée. Ce maillage est en bonne voie grâce à l'implication des ARS et à la participation des acteurs de terrain. Grâce au plan, recherche biologique et sociale collaborent aussi plus étroitement dans le champ de l'obésité, pour lequel les facteurs sociaux sont déterminants.

Quels sont les objectifs à poursuivre ?

Il faut continuer d'améliorer le parcours de soins des patients obèses et ne pas relâcher les efforts de la prévention. Certes, la courbe de progression de l'obésité s'est infléchi en France depuis 2012 chez l'adulte et les chiffres se stabilisent chez l'enfant. Mais des points de préoccupation persistent, à commencer par la progression des formes les plus graves d'obésité, notamment chez la femme et au sein des populations défavorisées.

apprennent à mieux communiquer avec les patients obèses, souligne Anne-Sophie Joly. En effet, la prise en charge de ces malades leur fait souvent peur. »

Le CNAO aimerait enfin changer l'image de l'obésité en France. Un objectif qui passe par la diffusion d'informations sérieuses sur la maladie. C'est pourquoi le collectif a signé une charte en novembre 2013 avec le Conseil supérieur de l'audiovisuel qui oblige les télévisions à diffuser 450 heures par an de contenus informatifs sur la maladie.

À force de ténacité et grâce à la diversité des actions menées, le CNAO a permis de faire avancer les choses. « Globalement, des progrès ont été obtenus ces dernières années dans la prise en charge de l'obésité, se félicite Anne-Sophie Joly. Mais il est important, pour les pérenniser, que le Plan obésité soit reconduit. »

Les prochaines Journées européennes de l'obésité auront lieu les 23 et 24 mai 2014. Des événements seront organisés dans différentes villes françaises.





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

ACCÈS AUX SOINS ET TÉLÉMÉDECINE

Suite à l'article sur l'accès aux soins des personnes handicapées publié dans le bulletin de novembre, le Dr Mangeney a souhaité faire partager son expérience en télémédecine.

Médecin, j'exerce dans un foyer d'accueil médicalisé et spécialisé (FAM+FAS), le Centre départemental de repos et de soins de Colmar, en Alsace, dont le Dr Carnein est le chef de service et le chef de pôle.

J'ai personnellement vécu une expérience inédite entre juillet et octobre 2013. Pour des raisons de santé, je ne pouvais plus me déplacer. Il m'était donc impossible de rejoindre mon hôpital d'exercice. Nous avons alors tenté une expérience en télémédecine pour me permettre de poursuivre la prise en charge médico-sociale du foyer de 100 résidents lourdement handicapés dont j'ai la charge habituellement. J'ai ainsi réalisé plus de 300 télé-actes (une centaine de téléconsultations, des télé-expertises et des télé-

coordinations) depuis mon domicile. Cela a été possible grâce à un chariot mis à la disposition de l'ARS Alsace sous la tutelle du réseau e-santé. Ce chariot, dit « lutrin », comportait une caméra, un dermatoscope, un stéthoscope, un otoscope, un ECG et un échographe. L'ensemble de l'expérience a été tracé, codé et a permis d'établir des conclusions intéressantes.

Mon témoignage fait écho à l'article « Accès aux soins des personnes handicapées, le parcours du combattant » publié dans le bulletin de novembre-décembre 2013. En effet, la télémédecine est une des formes de réponse possibles, d'après mon expérience, sur l'égalité de l'accès aux soins tant en termes de prise en charge que d'accessibilité.

Dr K. Mangeney



DIRECTIVES ANTICIPÉES : COMMENT INFORMER SES PATIENTS ?

La décision du tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, puis celle du Conseil d'État sur la situation de Vincent Lambert ont suscité de nombreuses interrogations de la part des

patients au sujet des directives anticipées.

Les médecins ont un rôle important à jouer pour aider les patients à connaître leurs droits. Rappelons que les patients ont le droit de rédiger des directives anticipées pour le cas où ils seraient, un jour, hors d'état d'exprimer leur volonté. Ces directives anticipées indiquent,

sous la forme d'un document écrit, daté et signé par son auteur, ses souhaits relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de limitation ou d'arrêt du ou des traitements. Elles sont valables 3 ans à compter de la date à laquelle elles ont été rédigées, et sont révoquables à tout moment. Le conseil national de l'Ordre des médecins a réalisé une affiche qui peut être diffusée dans tous les lieux de soins pour faciliter le dialogue sur ce sujet. Chaque praticien peut également consulter le numéro spécial du Bulletin consacré à la fin de vie, publié en mai 2013.

Ces documents sont disponibles sur le site : www.conseil-national.medecin.fr



Réparer les vivants



La romancière Maylis de Kerangal s'est attachée dans ce livre à narrer l'histoire d'une transplantation cardiaque. Elle retrace ainsi le parcours médical, mais aussi le cheminement des personnages, leurs réflexions face à la mort et au don d'organe. Telle une chanson de gestes, le roman

tisse les présences et les espaces, les voix et les actes qui vont se relayer en vingt-quatre heures exactement. Entre tension et patience, accélérations paniques et pauses méditatives, il raconte une aventure métaphysique, à la fois collective et intime, où le cœur, au-delà de sa fonction organique, demeure le siège des affects et le symbole de l'amour.

» **Réparer les vivants**, Maylis de Kerangal, éd. Verticales, 288 p., 18,90 euros.

L'éthique biomédicale : posture ou imposture ?

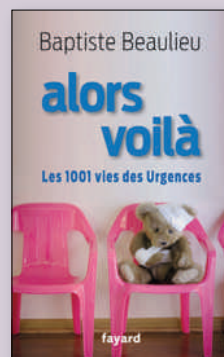


Ce médecin éthicien et humaniste promène son regard bleu sur un monde en évolution. Des références historiques, des données socio-économiques en rapport avec la santé, des documents annexes incontournables, de très nombreuses questions sur l'éthique biomédicale concernant les problèmes actuels,

du don de gamètes à la procréation médicale assistée et la gestation pour autrui, la fin de vie... tout en soulignant les exploits de la science mis entre les mains de l'homme et du médecin. Un livre de chevet et de référence pour tous ceux qui s'intéressent aujourd'hui à l'éthique et qui se demandent ce que sera demain...

» **L'éthique biomédicale : posture ou imposture ?** Pr Bernard Kanovitch, éd. Odile Jacob, 182 p., 23,90 euros.

Alors voilà. Les 1001 vies des urgences



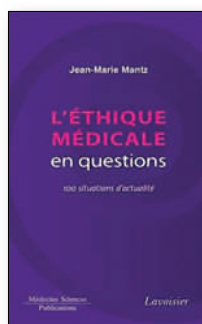
Baptiste Beaulieu est un jeune interne en médecine de 27 ans lorsqu'il crée, en novembre 2012, le blog *Alors voilà*. Son but : réconcilier les soignants et les soignés en racontant, avec humour et sensibilité, l'incroyable réalité de l'hôpital.

Aujourd'hui, ce blog se décline en un livre, riche en anecdotes inédites. Se nourrissant de situations vécues par lui ou par ses collègues, chirurgiens ou aides-soignants, l'auteur peint les chefs autoritaires, les infirmières au grand cœur, les internes gaffeurs, les consultations qui s'enchaînent...

» **Alors voilà**, Baptiste Beaulieu, éd. Fayard, 380 p., 17 euros.

+ D'INFOS : <http://www.alorsvoila.com/livre>

L'éthique médicale en questions



Dans cet ouvrage au format de poche – comme une invitation à l'emporter avec soi –, le Pr Jean-Marie Mantz a réussi à traiter en cent fiches, de une à deux pages chacune, les situations les plus fréquemment évoquées lorsque l'on parle d'éthique. Éthique qu'il définit en une phrase à retenir : « *L'éthique est une réflexion active,*

collective et constructive sur les valeurs qui conditionnent le respect et le souci de l'Autre ». Ce livret réunit l'essentiel... Tout médecin devrait le lire (et le relire) à ces sujets d'actualité qui ne cessent de nous interpeller. Sujets pour lesquels nous cherchons inlassablement la meilleure réponse...

» **L'éthique médicale en questions**, Jean-Marie Mantz, éd. Lavoisier-Médecine Sciences publications, 236 p., 29 euros.

“ Pourquoi une personne malade peut-elle renoncer à se soigner ? ”

Caroline Desprès,
chercheuse, médecin de santé publique
et anthropologue

Témoignage

Interne de santé publique, j'ai assisté à des colloques sur la prévention du sida où étaient présentées des recherches anthropologiques. J'ai trouvé cette approche passionnante. J'ai donc commencé des études en anthropologie qui m'ont menée jusqu'à la thèse. Depuis, je réalise des travaux de recherche portant principalement sur la santé et la pauvreté ou la précarité. C'est dans ce contexte que j'ai réalisé la recherche qualitative sur les significations et les déterminants du « renoncement aux soins » dans le cadre d'une étude pour la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) en collaboration avec des chercheurs de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes). L'étude s'est appuyée sur une quarantaine d'entretiens auprès de personnes de catégories sociales différenciées. Les personnes étaient invitées à décrire leurs parcours de soins : à quels moments avaient-elles été malades, qu'est-ce qu'elles avaient alors fait, qu'est-ce qu'elles auraient aimé faire... Je me suis très rapidement rendu compte qu'elles n'utilisaient jamais le terme « renoncement aux soins ». Dans un deuxième temps, j'ai donc introduit des questions sur le renoncement aux soins. Cela a permis de déterminer dans quelles situations les gens considéraient qu'ils avaient renoncé à des soins. J'ai alors pu différencier deux types de renoncement. Le « renoncement obstacle », lié à des difficultés d'accès aux soins d'ordre économique ou organisationnel. Et le « renoncement refus » lié à un choix qui exprime une préférence pour des soins « autres » (médecines non conventionnelles, soins familiaux, automédication). Ce choix peut découler de multiples raisons : des attentes d'autres formes de prise en charge, l'insatisfaction quant aux soins offerts par la médecine conventionnelle, une perte de confiance dans les institutions, la peur de perdre le contrôle de sa vie en la remettant entre les mains de la médecine, etc. Cette étude a suscité un fort engouement, notamment son volet qualitatif. Je pense que cet intérêt s'explique parce que les médecins ont du mal à comprendre pourquoi une personne malade peut souhaiter ne pas se soigner. Il y a un véritable désir de connaître les fondements du renoncement aux soins.

» Consulter l'étude « Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique » : www.irdes.fr



© DR

PARCOURS

» 1991

Thèse de doctorat en médecine, DES « médecine sociale et santé communautaire ».

» 2008

Thèse de doctorat en anthropologie sociale et ethnologie à l'EHESS sur les conduites préventives à Curitiba (Brésil).

» Aujourd'hui

Contractuelle au Cermes.