

# médecins

Le bulletin de l'Ordre national des médecins

n° 36 | sept.-oct. 2014

## Focus

Atlas national  
de la démographie  
médicale 2014

## Entretiens croisés

Enfants des rues :  
le soin comme  
issue de secours



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

Pour aller plus loin :  
l'actualité en ligne  
[www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)

Dossier

# Heureux comme un médecin ?





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

## 04. focus

Atlas national de la démographie médicale  
2014 : l'offre de soins de proximité en péril

## 06. en bref

- Les comptes 2013 certifiés sans réserve
- Recommandation pour l'utilisation du gaz MEOPA

## 08. sur le terrain

Santé gènesique : mieux prendre en charge les femmes victimes de violences

## 10. e-santé

Que penser des objets connectés ?

## 11. ailleurs

- Les 50 ans de la déclaration d'Helsinki
- Réunion plénière du CEOM
- Semaine mondiale de la santé 2014

## 12. entretiens croisés

Enfants des rues :  
le soin comme issue de secours



# 16

## Heureux comme un médecin ?

Prendre le temps de vivre et organiser son temps de travail. Est-ce ce rapport au temps qui fait un médecin heureux ? Serait-ce un luxe inaccessible ? Alors que les contraintes médicales semblent augmenter, certains confrères partagent leurs solutions pour réenchanter leur exercice et leur existence.

## le guide juridique

### 24. décryptage

Les dispositifs d'accès aux soins

### 26. vos questions / nos réponses

La procédure disciplinaire

### 27. pratique

- Appel à candidatures pour une élection complémentaire au Cnom
- Le dépistage non invasif de la trisomie 21 par l'analyse de l'ADN foetal dans le sang maternel
- Observations de l'Ordre quant à la situation de M. Vincent Lambert

## 31. culture médicale

### 32. rencontre

Dr Anne Dulioust, chef du service de médecine polyvalente et du service de consultation, à l'Établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF)

## restons connectés!



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

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

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

Nous écrire : **Conseil national de l'Ordre des médecins,  
180, bd Haussmann, 75008 Paris**



DR

## Un projet unique pour défendre et réinventer la profession

**Depuis un an, nous nous sommes mobilisés** pour mettre en valeur notre capacité à intervenir sur l'ensemble du territoire et à représenter une profession en questionnement et en recherche d'image et d'identité. Aujourd'hui, il nous a paru important de rassembler l'institution à l'occasion d'un congrès, qui aura lieu mi-octobre. Durant cette convention

ordinaire, l'ensemble des conseillers pourra rencontrer des acteurs de la vie publique, de la vie professionnelle et du monde des usagers. C'est la première fois que l'institution se mobilise de cette façon : il ne s'agit pas de rassembler uniquement les responsables des conseils départementaux et régionaux mais bien de travailler avec l'ensemble des conseillers élus.

Notre objectif : définir un projet unique sur tout le territoire et pour tous les médecins. À l'issue de ce congrès, une plateforme d'actions centrées sur la profession de médecin sera arrêtée. Elle définira la politique de l'Ordre pour les

deux années à venir.

Offrir la possibilité aux Ordres départementaux, régionaux et à l'Ordre national de se rencontrer et de dialoguer sur tous les sujets inhérents à notre profession, c'est également former les conseillers afin de les soutenir dans leur rôle d'élu et de faire en sorte qu'ils représentent au mieux la profession. Il nous paraît en effet indispensable que l'Ordre parle d'une seule voix et que l'ensemble des confrères reprenne confiance dans l'institution ordinaire. Nous sommes à leurs côtés pour défendre la profession de médecin et rétablir le rôle fondamental de notre corps professionnel dans la société.

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

Président du conseil national de l'Ordre des médecins

**“ À l'issue  
du congrès,  
une plateforme  
d'actions centrées  
sur la profession  
de médecin sera  
arrêtée. ”**

**Directeur de la publication :** D<sup>r</sup> Walter Vorhauer - **Ordre des Médecins**, 180, bd Haussmann, 75389 Paris Cedex 08. Tél. : 01 53893200.  
E-mail : conseil-national@cn.medicin.fr - **Rédacteur en chef :** D<sup>r</sup> Patrick Romestaing - **Coordination :** Évelyne Acchiardi  
**Conception et réalisation :** CITIZENPRESS 48, rue Vivienne, 75002 Paris - **Responsables d'édition :** Claire Peltier, Sarah Berrier  
- **Secrétariat de rédaction :** Alexandra Roy - **Fabrication :** Sylvie Esquer - **Couverture :** Shutterstock - **Impression :** Imprimerie Vincent  
- Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs - **Dépôt légal :** à parution - n° 16758 - ISSN : 1967-2845.  
Ce numéro est accompagné d'une affiche "Pour une relation patient-médecin en toute confiance".



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

# Atlas national de la démographie médicale 2014

## L'offre de soins de proximité en péril

**Le conseil national de l'Ordre des médecins vient de publier la 8<sup>e</sup> édition de son Atlas national de la démographie médicale.** Réalisé à partir des chiffres du tableau de l'Ordre au 1<sup>er</sup> janvier 2014, il confirme la crise aiguë que connaît l'offre de soins de proximité.

**Au 1<sup>er</sup> janvier 2014, le tableau de l'Ordre recense 276 354 médecins, soit +1,6 % comparativement à l'année précédente.** La stabilisation des effectifs, amorcée en 2011, s'explique par l'augmentation du *numerus clausus* et l'arrivée de médecins diplômés à l'étranger, compensées par l'explosion des effectifs de médecins retraités. Le nombre de médecins en activité régulière reste stable (- 0,3 %).

Malgré cette stabilité, l'offre de soins de proximité se raréfie. Le nombre de médecins généralistes est en effet en diminution de 6,5 % depuis 2007 (soit 90 630 médecins généralistes en activité régulière). Un phénomène particulièrement préoccupant dans les territoires en tension démographique à l'image de l'Île-de-France, région la plus touchée, qui a subi une baisse de près de 15 % de ses effectifs de médecins généralistes depuis 2007.

### Plus senior, plus féminin, plus spécialisé

Malgré le renouvellement des générations, la moyenne d'âge reste assez élevée : 53 ans pour les hommes et 49 ans pour les femmes. Les médecins de plus de 60 ans susceptibles de partir à la retraite d'ici à 2020 représentent pas moins d'un quart des effectifs.

Par ailleurs, on assiste à une féminisation de la profession. Si 44 %

des médecins sont des femmes, elles représentent 58 % des nouveaux inscrits.

Enfin, la médecine générale séduit de moins en moins les futurs médecins qui préfèrent se tourner vers d'autres spécialités. Si bien qu'en 2019, le nombre de médecins généralistes devrait passer en dessous du nombre de spécialistes médicaux (hors médecine générale).

### Les MEP à la loupe

Cette année, l'Atlas propose un focus sur la « médecine à exercice particulier » (MEP). Les médecins inscrits en qualité de médecins généralistes peuvent en effet valider des formations dans des

disciplines médicales qui ne sont pas juridiquement classées dans la liste des spécialités médicales. Ce focus a mis en exergue un vif intérêt des médecins généralistes pour la MEP puisque plus de 25 % d'entre eux ont déclaré avoir suivi une formation complémentaire. La médecine du sport, l'angéiologie et l'allergologie sont les disciplines les plus plébiscitées.



### Sur le site de l'Ordre

Consulter le 8<sup>e</sup> atlas de la démographie médicale : rubrique Démographie médicale > Atlas de démographie

## Point de vue de l'Ordre

**D<sup>r</sup> Jean-François Rault**, président de la section Santé publique et démographie médicale.



### « Un outil de qualité au service de tous »

« Grâce à l'expertise que nous avons développée au conseil national de l'Ordre des médecins en termes de démographie médicale, la France est le pays européen qui connaît le mieux la composition du corps médical sur son territoire. Cet atlas est un outil qui doit permettre

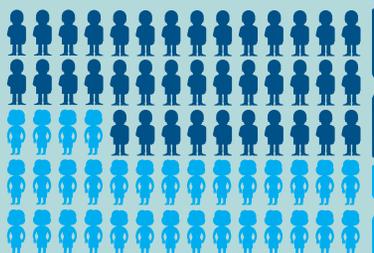
d'interpeller l'ensemble de la classe politique et professionnelle afin que nous nous posions ensemble les bonnes questions et réfléchissions à des solutions. C'est d'ailleurs afin de mettre à disposition du plus grand nombre l'ensemble de nos données démographiques que nous avons créé une cartographie interactive accessible sur <http://demographie.medicin.fr>. »

Au 1<sup>er</sup> janvier 2014 :

# 198 760 MÉDECINS

## EN ACTIVITÉ RÉGULIÈRE

### Répartition



**56%**  
D'HOMMES  
53 ans en moyenne



**44%**  
DE FEMMES  
49 ans en moyenne

### Orientations



↘ **-6,5%**

MÉDECINE  
GÉNÉRALE



↗ **+6,1%**

AUTRES SPÉCIALITÉS  
MÉDICALES



↗ **+6,7%**

SPÉCIALITÉS  
CHIRURGICALES

### Nouveaux inscrits

**34,2** ans  
en moyenne



**58%**  
DE FEMMES

### Des territoires contrastés



Les territoires en tension démographique (médecine générale) ne sont pas forcément ceux auxquels on pense.

#### ÎLE-DE-FRANCE

Une région en tension pour l'offre de soins



**-5,6%** **+4%**

DE MÉDECINS  
ACTIFS  
RÉGULIERS

DE LA  
POPULATION  
EN HAUSSE

#### PAYS DE LA LOIRE

Une région attractive pour le plus grand nombre



**+5,7%** **+5,9%**

DE MÉDECINS  
ACTIFS  
RÉGULIERS

DE LA  
POPULATION  
EN HAUSSE

## Les comptes 2013 certifiés sans réserve



### Dr Gilles Munier

Président de la commission de contrôle des comptes et des placements financiers du conseil national de l'Ordre des médecins

**L'actif, composé notamment des créances (1 743 287 €), des disponibilités (5 364 610 €) ainsi que des immobilisations corporelles (17 449 736 €) et financières (15 493 878 €), s'élève à 40 344 383,19 €**

Le passif est composé de la réserve générale (30 412 995 €), des fonds (2 933 204 €), de provisions (3 535 227 €) et des dettes (4 117 065 €).

Les recettes attendues ont été recouvrées à 99 % et les charges ont été réalisées à hauteur de 101 %, expliquant le déficit, pour la première fois, de 664 545 €. La commission de contrôle des comptes et des placements financiers (CCCPF) a souhaité qu'une attention particulière soit portée sur les postes pour lesquels l'écart entre le montant budgété et le montant réalisé a été significatif. Lors de la réunion du 2 avril 2014, en application des articles L. 4122-2 et L. 4132-6 du code de la santé publique modifiés par la loi HPST du 21 juillet 2009, la CCCPF a reçu du Dr Jouan, trésorier, l'ensemble des informations et précisions nécessaires à la certification des comptes du conseil national de l'Ordre des médecins et, de l'expert-comptable, le rapport sur les comptes de l'année 2013.

La CCCPF a conclu à l'intégrité et à la sincérité des comptes du conseil national et des structures ordinaires examinées.

En sa 315<sup>e</sup> session du 26 juin 2014, le conseil national a été informé par le commissaire aux comptes que les comptes pour l'année 2013 avaient été certifiés sans réserve. La CCCPF a proposé :

- d'approuver les comptes tels que présentés,
- de donner quitus aux trésoriers pour leur gestion 2013,
- d'affecter le résultat à la réserve générale.

### BILAN / 31.12.2013 (en euros)

#### ACTIF

IMMOBILISATIONS INCORPORELLES	16 670,84
IMMOBILISATIONS CORPORELLES	17 449 735,74
IMMOBILISATIONS FINANCIÈRES	15 493 877,79
CRÉANCES	1 743 287,00
DISPONIBILITÉS	5 364 609,75
FRAIS PAYÉS D'AVANCE	276 202,07
<b>TOTAL GÉNÉRAL</b>	<b>40 344 383,19</b>

#### PASSIF

CAPITAL dont:	33 356 636,81
• Réserve générale	30 412 994,68
• Fonds d'harmonisation	2 000 080,60
• Fonds d'entraide	933 123,34
RÉSULTAT DE L'EXERCICE	- 664 545,24
PROVISIONS POUR RISQUES & PENSIONS	3 535 226,98
DETTES	4 117 064,64
<b>TOTAL GÉNÉRAL</b>	<b>40 344 383,19</b>

### GESTION ADMINISTRATIVE / 31.12.2013 (en euros)

#### CHARGES

<b>ACHATS</b>	
Bulletins	813 531,26
Impressions	448 887,73
Fournitures	286 405,19

#### AUTRES CHARGES EXTERNES

Loyers et charges locatives	319 222,87
Location, entretien et réparations	747 002,67
Assurances	153 889,70
Documentation et colloques	138 689,31
Personnel extérieur	34 784,98
Honoraires	646 312,11
Indemnités des conseillers	2 163 869,56
Communication, annonces	186 352,97
Déplacements et missions	1 973 453,85
Frais du conseil	475 456,34
Frais postaux	870 240,86
Cotisations, pourboires et dons	2 913,04
Informatique	1 795 472,38
<b>IMPÔTS, TAXES ET VERSEMENTS ASSIMILÉS</b>	<b>1 380 227,56</b>
<b>CHARGES DE PERSONNEL</b>	<b>8 593 771,68</b>
<b>AUTRES CHARGES DE GESTION</b>	<b>2 422 590,41</b>
<b>CHARGES FINANCIÈRES</b>	<b>84 697,45</b>
<b>CHARGES EXCEPTIONNELLES</b>	<b>8 162,47</b>
<b>TOTAL</b>	<b>23 545 934,39</b>

#### PRODUITS

PRODUITS DE GESTION COURANTE	22 277 294,48
PRODUITS FINANCIERS	163 161,38
PRODUITS EXCEPTIONNELS	440 933,29
<b>TOTAL</b>	<b>22 881 389,15</b>

#### RÉSULTAT DE L'EXERCICE

**- 664 545,24**

## À lire!

### Le vade-mecum télémedecine



Le conseil national de l'Ordre des médecins publie un vade-mecum consacré à la télémedecine. Ce document se présente comme un guide pratique commenté pour l'examen des projets et/ou des contrats de télémedecine, incluant les dispositions réglementaires qui prévoient divers modes de contractualisation avec l'ARS, mais aussi l'interprétation de nature déontologique qu'en fait l'Ordre.

#### + d'infos

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

## Élection complémentaire

Le 26 juin 2014 ont été élus suppléants du collège interne de la chambre disciplinaire nationale les **D<sup>r</sup> François Arnault et Andrée Parrenin**.

## Recommandation pour l'utilisation du gaz MEOPA

### L'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) a publié sur son site une fiche technique du gaz MEOPA

(mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote). Celle-ci indique que :

- L'administration de ce produit nécessite une surveillance continue du patient. La présence d'une tierce personne est recommandée : cela posera peut-être des problèmes pour certains cabinets de ville.
- L'administration doit être faite dans des locaux adaptés, par un personnel médical ou paramédical spécifiquement formé et dont les connaissances sont

périodiquement réévaluées.

- Compte tenu de l'ensemble des risques liés à l'utilisation des spécialités à base de MEOPA, l'agence conditionne leur mise à disposition, en dehors des établissements de santé, à la mise en application d'un plan de gestion des risques national commun.
- Les laboratoires qui commercialisent ce produit s'engagent auprès de l'Agence à la réalisation d'un plan de formation des professionnels. Les médecins qui souhaitent utiliser ce produit doivent donc suivre les instructions de l'ANSM et notamment les formations requises.

#### + d'infos

<http://ansm.sante.fr>

## le chiffre

# 360 tonnes

**de déchets d'activité de soins à risques infectieux (Dasri) piquants, coupants, tranchants (PCT) sont générées par an par les 1,4 million de personnes en auto-traitement en France.** Ces déchets peuvent provoquer des blessures, notamment aux personnels en charge de la collecte et du tri. C'est pourquoi ils doivent être triés par les patients et stockés dans des boîtes à aiguilles avant d'être pris en charge par la filière Dasri. N'hésitez pas à rappeler aux patients concernés l'importance de ce tri et informez-les qu'ils peuvent se procurer gratuitement auprès des pharmacies des boîtes à aiguilles.



Thinkstock

## Programme du congrès de l'Ordre

Le 1<sup>er</sup> congrès du conseil national de l'Ordre des médecins se tiendra du 16 au 18 octobre au Cnit, à la Défense. Lors de la première journée, les conseillers ordinaires représentant l'ensemble des conseils départementaux et régionaux pourront échanger avec des professionnels et des experts extérieurs lors de quatre tables rondes. Au programme :

- « Profession médecin : un engagement pour faire progresser la société »
- « Utilisation des données personnelles de santé : faire progresser la qualité, l'efficacité et la sécurité des soins. »
- « Formation des jeunes médecins : faire progresser l'offre de soins dans les territoires. »
- « Dialogue patients-médecins : faire progresser la démocratie sanitaire ». La deuxième journée sera consacrée à la formation des conseillers ordinaires.

#### + d'infos

[www.congres-cnom.fr](http://www.congres-cnom.fr)

## Santé génésique

# Mieux prendre en charge les femmes victimes de violences

À Saint-Germain-en-Laye (Yvelines), médecins, infirmières, psychologues et juristes, tous bénévoles, accueillent des femmes victimes de violences. Reportage...

**La quarantaine fatiguée, Magali se frotte nerveusement les mains.** Ce

matin-là, elle a décidé de franchir la discrète entrée de l'Institut en santé génésique (ISG) pour raconter les violences répétées de son compagnon. « *Venir ici est un premier pas. Mais j'ai peur* », confie-t-elle. Dans ce petit bureau aux murs blancs et bleu-gris, une juriste lui explique les démarches à entreprendre. Créé en janvier dernier au sein de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye, l'Institut en santé génésique est un lieu d'accueil et de prise en charge gratuit et anonyme pour les femmes victimes de violences. « *En seulement six mois, nous avons déjà accueilli plus de 120 personnes* », annonce Frédérique Martz, directrice et cofondatrice de l'Institut. Unique en France, l'ISG réunit dans un seul et même lieu une trentaine de professionnels bénévoles – médecins, infirmières, juristes, psychologues ou encore assistantes sociales – qui se relaient pour assurer des permanences quotidiennes. « *Cette organisation multidisciplinaire permet aux femmes de trouver, dans la même journée, une solution globale à leurs difficultés* », poursuit Frédérique Martz.

### Libérer et soigner

Les patientes sont d'abord reçues par une infirmière. « *Nous essayons de libérer leur parole et de dépister des problématiques médicales souvent*



Deux fois par mois, plusieurs professionnels se retrouvent. Ensemble, ils recourent les histoires, décident du suivi médical, psychologique, social ou juridique vers le réseau extérieur.

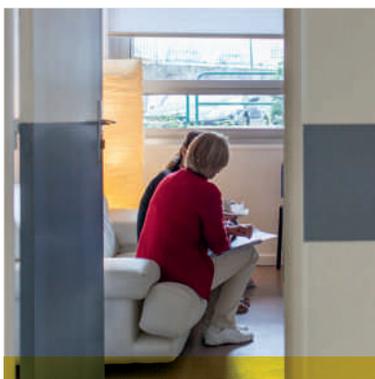
*négligées* », raconte Dany Hamon, une infirmière en chirurgie qui consacre deux à trois jours par semaine à l'Institut. Elle les oriente ensuite vers les spécialistes appropriés. « *Nous sommes là pour trouver une solution concrète, sur le long terme. Ces femmes, on ne les lâche pas comme ça* », promet Frédérique Martz.

Chaque année, 201 000<sup>2</sup> femmes âgées de 18 à 59 ans sont victimes de violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur ancien ou actuel partenaire. Une femme décède tous

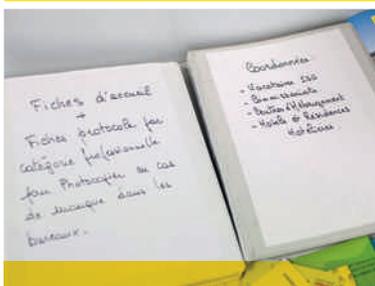
les trois jours sous les coups de son compagnon. « *Parfois, cette violence prend des formes pernicieuses : menaces, humiliation, harcèlement économique...* », détaille Frédérique Martz. On estime que 4 femmes sur 10 seront un jour confrontées à une forme de violence. « *C'est un véritable enjeu de santé publique et de société* », estime le Dr Pierre Foldès, 62 ans, cofondateur de l'ISG. Ce chirurgien urologue, connu pour avoir mis au point une technique de chirurgie réparatrice des mutila-



Retrouvez le diaporama sur  
[www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)



Toutes les classes sociales sont concernées par les violences. Les femmes sont souvent adressées à l'ISG par les urgences ou le pôle femme-mère-enfant de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye, le centre d'addictologie de Versailles, un médecin ou simplement une amie.



L'Institut en santé génésique est un projet pilote qui ne bénéficie pas de subvention publique. Frédérique Martz et Pierre Foldès ont puisé dans leurs propres économies pour lancer ce projet. « *La seule façon de démarrer* », expliquent-ils.

tions sexuelles féminines, se montre critique à l'égard de la prise en charge des victimes. « *En France, il y a un manque de coordination entre les différentes structures. Les démarches sont lourdes, complexes. Les acteurs médicaux, sociaux et judiciaires ont des difficultés à travailler ensemble...* » Un parcours du combattant qui explique en partie le faible nombre de plaintes déposées (16 %<sup>2</sup>), et la raison d'être de l'ISG.

1. Le prénom a été modifié

2. Source : ministère des Droits des femmes

## LA SANTÉ GÉNÉSIQUE, QU'EST-CE QUE C'EST ?

La santé génésique recouvre la santé sexuelle des femmes (accès à l'éducation sexuelle, à la contraception, à l'avortement, au bien-être en relation avec sa sexualité) mais aussi la lutte contre les violences physiques ou psychologiques faites aux femmes.

### + d'infos

Institut en santé génésique :  
[www.institutensantegenesique.org](http://www.institutensantegenesique.org)



L'ISG s'appuie sur des psychologues libéraux pour un suivi thérapeutique rapide, étape indispensable pour la bonne santé psychique des victimes. C'est l'un des atouts de cette organisation : mettre en lien les professionnels libéraux et les structures institutionnelles.

## Interview

**D<sup>r</sup> Pierre Foldès**, chirurgien urologue,  
 co-fondateur de l'Institut en santé génésique (ISG).



### « Mettre les médecins au cœur de la prise en charge »

« Pour agir avant la première claqué, l'Institut en santé génésique met en place un véritable réseau de vigilance constitué de policiers, d'enseignants, de commerçants qui sont en contact quotidien avec les femmes victimes de

violences. L'objectif est de les sensibiliser à repérer des signes de souffrance : perte de poids, changement d'humeur, maquillage excessif pouvant masquer des ecchymoses... Nous misons également beaucoup sur les professionnels de santé, en particulier les médecins de famille, les gynécologues, les médecins du travail ou de PMI. Certains affirment ne pas rencontrer de victimes

parmi leurs patientes. C'est impossible. Mais ils ne sont peut-être pas assez formés face à ce problème de société. Ils sont aussi parfois dans une situation délicate car ils suivent aussi l'auteur des violences et les enfants. Nous militons pour que la prévention et le traitement de toutes ces formes de violences soient intégrés à la formation des jeunes médecins. Il faut remettre les médecins au cœur de la prise en charge. »



# Que penser des objets connectés?



**Tensiomètre, glucomètre, échographe... Plus de 90 000 applications et objets connectés en lien avec la santé et le bien-être sont actuellement à la disposition du grand public. Comment appréhender l'usage de ces nouveaux outils dans la relation des médecins avec les usagers?** Le Dr Jacques Lucas, vice-président du conseil national de l'Ordre des médecins, délégué général aux systèmes d'information en santé, apporte un éclairage...

## Pourquoi l'Ordre s'intéresse-t-il de près aux objets connectés ?

Nous constatons une explosion de l'offre commerciale des objets connectés et des applis en lien avec la santé. Il est vrai, d'un point de vue médical, qu'une fois un diagnostic posé par un médecin, certains de ces outils ou applis pourraient accompagner le patient et faciliter sa compliance au traitement et à son suivi. Mais il est vrai aussi que l'auto-diagnostic ou l'auto-surveillance peuvent comporter des risques. Il est donc important que les médecins s'intéressent à ce domaine et que le Cnom les accompagne, en formulant par exemple des propositions sur les applications et objets qui pourraient être intégrés aux pratiques du « care » et du « cure ».

## Vous émettez quelques réserves vis-à-vis de ces objets...

Quelques interrogations plutôt, et quelques réponses... Je vais en citer deux. La fiabilité d'abord. Un objet ou une appli ne doit pas fournir des informations ou des résultats erronés. Or les objets connectés et les applis ne sont pas considérés comme des dispositifs médicaux et ne relèvent donc pas de normes de certification liées à des exigences de sécurité pour l'utilisateur. Il faudrait, au moins, que ces outils puissent être

évalués voire labellisés. En second lieu, il faut s'interroger sur la protection des données recueillies par l'objet ou l'appli et leurs utilisations par leur fournisseur.

## Comment voyez-vous cette protection ?

C'est une protection à un triple niveau. En premier lieu, la donnée qui est recueillie et enregistrée par l'appli ou par l'objet ne doit pas être altérée ou pervertie. Ensuite se pose la question de la sécurité des données lors de leur transmission vers un serveur. Et enfin, ces données, qui peuvent être considérées comme sensibles, ne doivent pas être utilisées à d'autres fins que celles déterminées à l'origine par l'utilisateur. Cela pose en réalité la question de la régulation des big data. Ces données massives sont une véritable mine d'or pour qui les détient. Or, si le corps humain ou les produits du corps humains ne peuvent pas être commercialisés, en est-il de même de la donnée qui fait partie intégrante des caractéristiques d'une personne? Ce point n'est pas juridiquement tranché.

## Quels conseils donner alors aux médecins ?

Aujourd'hui, les patients acquièrent de plus en plus ces objets ou applis et environ 10 % des médecins les

recommandent. Ces outils peuvent effectivement renforcer la relation singulière de confiance entre le patient et le médecin. Les interrogations évoquées plus haut doivent donc recevoir des réponses claires. À cet effet, le Cnom a rendu public récemment un Livre blanc. C'est aussi pour cela que nous suivons attentivement les prises de position de la Commission européenne dans le domaine de la e-santé, ainsi que les avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil).

## LE CORPS, NOUVEL OBJET CONNECTÉ



La Cnil qui s'intéresse de près à l'essor des applications et objets

connectés, et notamment à ceux liés à la santé et au bien-être, a publié un cahier *Innovation & prospective* consacré à ce sujet. Ce document offre une large vision des nouvelles pratiques, ainsi que des voies à explorer pour les réguler. À télécharger via ce flash code.



F. Juge/ARS



## RÉUNION PLÉNIÈRE DU CONSEIL EUROPÉEN DES ORDRES DES MÉDECINS

Lors de la plénière du Conseil européen des Ordres des médecins (CEOM), le 13 juin, à Bari, un nouveau bureau a été élu : D<sup>r</sup> d'Autilia au poste de président, D<sup>r</sup> Kerzmann au poste de 1<sup>er</sup> vice-président et les D<sup>rs</sup> Brettenthaler, Gauthey et Borcean comme vice-présidents. Par ailleurs, une version révisée des recommandations déontologiques sur le secret médical et sur les relations entre confrères a été adoptée ainsi qu'une déclaration sur la télémédecine présentée par le D<sup>r</sup> Lucas, vice-président du conseil national de l'Ordre des médecins. Enfin, le D<sup>r</sup> Romestaing également vice-président du Cnom, a présenté les dernières actualités de l'Action conjointe européenne sur le personnel de santé et a présenté les premiers résultats de la version actualisée du questionnaire de l'Observatoire européen de la démographie médicale.



## LES 50 ANS DE LA DÉCLARATION D'HELSINKI

Le ministère des Affaires sociales et de la Santé a accueilli début juin un important colloque sur les valeurs et l'éthique de la recherche, organisé conjointement avec l'Association médicale mondiale, le conseil national de l'Ordre des médecins et l'Espace régional de réflexion éthique d'Île-de-France, à l'occasion des 50 ans de la déclaration d'Helsinki. Parmi les personnalités associées à cette initiative : Emmanuel Hirsch, directeur de l'Espace éthique Île-de-France, D<sup>r</sup> Xavier Deau, président de l'Association médicale mondiale et le D<sup>r</sup> Bouet, président du conseil national de l'Ordre des médecins. Chacune était invitée à présenter en quinze minutes, selon son expertise, un principe affirmé dans la déclaration d'Helsinki. Une façon originale d'aborder ce texte issu d'une réflexion menée depuis 1964 par l'Association médicale mondiale. La richesse des prises de parole et les regards croisés des différents intervenants ont permis à chacun de mieux saisir le sens, les enjeux et l'actualité de cette résolution internationale. Une cérémonie officielle est également organisée le 11 novembre à Helsinki par l'Association médicale mondiale.



**+ d'infos**  
Retrouver les vidéos  
des interventions de ce  
colloque via ce QR code



## SEMAINE MONDIALE DE LA SANTÉ 2014

Le D<sup>r</sup> Deau, délégué général des affaires européennes et internationales à l'Ordre, a assisté à la conférence organisée les 17 et 18 mai à Genève à l'occasion de la Semaine mondiale de la santé 2014. Lors des diverses réunions, les participants étaient invités à travailler sur :

- les enjeux de la réglementation professionnelle de la santé ;
- l'évolution des compétences des approches axées sur les fonctions de réglementation ;
- les pratiques en matière de gouvernance et de performance de la réglementation.

**+ d'infos**  
<http://www.whpa.org/whpcr2014/index.htm>

# entretiens croisés

Texte : Sarah Berrier | Photos : DR/Frédéric de La Mure - MAEDI

## Enfants des rues : le soin comme issue de secours

**Méconnus et pourtant de plus en plus nombreux, les enfants des rues sont au cœur d'une étude menée par l'Association médicale mondiale.**

L'occasion d'approcher ce sujet sans oublier les enjeux sanitaires et sociétaux qui y sont liés.

+ DE  
**100**  
MILLIONS

**Vivant hors de toute structure, familiale ou scolaire,**

les enfants des rues sont difficilement dénombrables. L'UNICEF estime cependant qu'ils seraient plus de 100 millions.

**Le 24 avril dernier**, lors de son assemblée générale, l'Association médicale mondiale (AMM) a adopté comme thème d'étude les enfants des rues. Une proposition de la délégation française qui résulte d'une réflexion menée à l'Ordre au sein de la commission des affaires internationales et européennes.

Prévention, violences faites à l'enfant, accès aux soins, désocialisation, instrumentalisation de l'enfant lors des conflits armés... cette thématique recoupe de nombreux aspects et touche plus de 100 millions d'enfants dans tous les pays à travers le monde.

Dirigée par le D<sup>r</sup> Patrick Romestaing, vice président du conseil national de l'Ordre des médecins, l'étude engagée au sein de

l'AMM aboutira à une prise de position visant à soutenir l'accès aux soins des enfants des rues. Il s'agit de mettre en lumière la gravité de la situation, d'interpeller les autorités nationales sur cette problématique et d'informer médecins et associations membres de l'AMM. En effet, le soin médical semble être la meilleure « porte d'entrée » pour créer une relation avec ces jeunes. Patrizianna Sparacino-Thiellay, le D<sup>r</sup> Xavier Emmanueli et le D<sup>r</sup> Xavier Deau nous apportent leur éclairage sur ce phénomène qui, bien qu'en forte expansion, reste méconnu.

**+ d'infos**

[www.samu-social-international.com](http://www.samu-social-international.com)  
[www.unicef.fr](http://www.unicef.fr)



### **Dr Xavier Deau**

**Président de l'Association médicale mondiale**, délégué général aux affaires européennes et internationales au conseil national de l'Ordre des médecins



### **Dr Xavier Emmanuelli**

**Médecin urgentiste anesthésiste réanimateur**, fondateur du Samusocial de Paris et du Samusocial international, ancien secrétaire d'État auprès du Premier ministre (1995-1997), chargé de l'action humanitaire d'urgence.



### **Patrizianna Sparacino-Thiellay**

**Ambassadrice pour les droits de l'homme**, en charge de la dimension internationale de la Shoah, des spoliations et du devoir de mémoire.

## **Qui sont les enfants des rues ?**

### **Patrizianna Sparacino-Thiellay**

En pratique, cette notion peut recouvrir différentes situations. Les Nations unies définissent les enfants des rues comme « tout mineur pour qui la rue est devenue son lieu de vie habituel et/ou l'endroit où il trouve de quoi subvenir à ses besoins, et qui est insuffisamment protégé, surveillé ou dirigé par des adultes responsables ». Le nombre d'enfants des rues dépend directement du contexte économique et social du pays ainsi que des dispositifs de protection de l'enfance dont celui-ci dispose. L'Afrique, l'Asie et l'Amérique du Sud sont les régions les plus touchées. Mais les enfants des rues sont également présents dans les pays occidentaux et sont, pour la plupart, issus de l'immigration. En France, nous sommes confrontés à des mineurs isolés étrangers en situation d'errance qui, arrivés avec leur famille sur le territoire français, se retrouvent dans une extrême précarité, proche de celle des enfants des rues même s'il n'y a généralement pas rupture du lien familial. Ces mineurs isolés étrangers n'ont pas accès aux soins médicaux ni à l'éducation. Ils ne peuvent parfois pas non plus bénéficier de la protection des organismes français se trouvant dans l'incapacité de prouver leur minorité ou leur isolement.

### **Dr Xavier Deau**

Les organisations internationales et ONG opèrent une distinction entre « les enfants dans la rue », « les enfants de la rue » et « les enfants à la rue ». Les premiers désignent des enfants qui travaillent dans la rue pour compléter le revenu du foyer familial mais qui n'ont pas rompu le lien avec leur famille et rentrent dormir chez eux le soir. Les seconds sont des enfants en situation de rupture familiale, n'ayant d'autre endroit pour vivre que la rue. Enfin, les troisièmes sont des enfants en fugue ayant la rue pour seul lieu de vie et hébergement.

### **Dr Xavier Emmanuelli**

Les enfants des rues font partie des formes d'exclusion universelle que j'ai pu rencontrer au cours de ma carrière. Ce phénomène, apparu il y a environ cinquante ans, est directement lié au développement des grandes cités, des mégalo-poles, à l'exode rural et à l'explosion des liens familiaux traditionnels. On parle d'« enfants des rues » mais cette notion est bien plus large car, sur le terrain, elle englobe des jeunes de 4 à 25 ans. Ils vivent en petits groupes hiérarchisés, sur des territoires définis. Ils dorment le jour et sont actifs la nuit. Tous utilisent des toxiques (essence, solvants, peinture ou colle). Ils ne connaissent pas leur corps et n'ont pas la conscience du moi : c'est l'âme groupe qui prévaut. Hors du temps, ils n'ont pas de codes et évoluent avec très peu de vocabulaire, préférant communiquer par signaux tels qu'invectives, ordres ou alertes.



## Quels sont les problèmes rencontrés par ces enfants et en quoi la santé peut être une entrée intéressante pour leur socialisation ?

### D<sup>r</sup> Xavier Deau

On retrouve effectivement chez ces enfants des problèmes de santé liés à l'utilisation de toxiques, à la malnutrition et aux conditions sanitaires (diarrhées, pathologies de la peau, pneumopathies...). Toutes les maladies sexuellement transmissibles sont également prédominantes dans la mesure où les jeunes filles sont très exposées à la prostitution et aux abus sexuels, mais aussi parce qu'au sein du groupe les grands dominent les petits par la sexualité. Les filles sont également confrontées à des grossesses précoces sans suivi. Le soin médical doit avoir pour objectif non seulement de préserver la santé physique mais aussi d'apprendre à ces enfants à se respecter à prendre conscience d'eux, puis à prendre soin d'eux. La meilleure approche d'une relation avec ces enfants est, à mon avis, la relation médicale avec tous les items éthiques habituels : confiance, respect, secret, indépendance...

### D<sup>r</sup> Xavier Emmanuelli

L'un des principaux problèmes de ces enfants est d'ordre médico-sociétal. Ils sont en effet victimes de « suradaptation paradoxale ». Ce concept, créé par Olivier Douville, psychologue clinicien, psychanalyste et anthropologue, collaborateur du Samusocial International depuis 2001, conduit à ce constat : plus vous mettez toute votre vigueur, votre intelligence et votre énergie à vous adapter à la rue, à ses codes violents et à sa sociologie sans lois structurantes, moins vous êtes adaptable au dynamisme social conventionnel, autrement dit, aux codes de la vie sociale. Comme les enfants en situation de rue n'ont pas pu se convaincre d'être des individus distincts, ils ne peuvent exprimer leur souffrance, leur solitude, ni leur désarroi. En revanche, ils sauront les repérer sur leurs camarades de la même entité groupe. Cette notion de suradaptation paradoxale est incontournable pour comprendre les comportements des enfants en situation de rue et pour les conduire vers une dynamique de guérison. Par ailleurs, je pense que ce n'est pas par le biais de programmes mais à travers le soin que l'on peut approcher ces enfants : vous les touchez, vous faites des pansements et vous créez ainsi un contact. Il s'agit de nouer un lien, pas exclusif bien sûr, afin qu'ils sentent que vous pouvez les rattacher à la famille humaine.



D<sup>r</sup> Xavier Emmanuelli

« L'enfant en situation de rue n'a pas la conscience du moi, c'est l'âme groupe qui prévaut. »

### Patrizianna Sparacino-Thiellay

Les enfants des rues n'ont pas accès à une alimentation saine ni même en quantité suffisante. Ils vivent dans des conditions sanitaires très difficiles et sont amenés à consommer des drogues. Tout cela les expose à de nombreuses maladies. Or ces enfants sont souvent dans l'incapacité de faire des démarches, seuls, vers

les centres médicaux. C'est en priorité le Samusocial ou la Croix-Rouge qui font le premier pas. Le contact avec le médecin est, de ce fait, primordial pour reconstituer un lien social, créer une relation de confiance qui permet ensuite d'orienter l'enfant vers des structures de soutien.



Patrizianna Sparacino-Thiellay

« Le contact avec le médecin est primordial pour reconstituer un lien social. »

## En quoi est-ce important de sensibiliser les médecins à la situation de ces enfants ?



Dr Xavier Deau

« Une relation de confiance est un préalable indispensable à toute forme d'aide. »

### Dr Xavier Deau

Proposer une prise en charge des enfants des rues nécessite de pouvoir approcher ces enfants et d'être accepté par eux. Une relation de confiance est un préalable indispensable à toute forme d'aide. Les demandes de soins sont des occasions idéales pour nouer une relation, ou du moins pour en établir les bases. L'enjeu est de commencer par proposer des réponses à leurs besoins vitaux puis, au fur et à mesure, de développer une approche globale de prise en charge, pluridisciplinaire et multidimensionnelle. Dans la mesure où le phénomène des enfants des rues touche tous les pays, chaque médecin, où qu'il exerce, peut être confronté aux besoins en santé de ces enfants au cours de son parcours. Il est donc indispensable de sensibiliser les professionnels de santé à ce phénomène. D'autant plus que la situation s'est encore dégradée du fait de la crise financière et économique mondiale qui a entraîné des ruptures familiales, sociales, sanitaires et scolaires.

### Dr Xavier Emmanuelli

Je préciserai que c'est une problématique délaissée, que les gens ne connaissent pas, mais qui réclame des solutions très professionnelles. C'est pourquoi il est indispensable que les médecins soient informés sur ce phénomène. Si on ne fait rien, ces jeunes sont condamnés à devenir des barbares. Quand, enfant, vous avez été considéré comme rien, à l'âge adulte vous considérez les autres comme tels. Mais c'est aussi un devoir moral : nous devons nous occuper de notre prochain. Les médecins devraient se battre à coups de poing pour aider leurs semblables ! Et puis cette pathologie de la structuration paradoxale et du retour s'apparente aux névroses post-traumatiques. C'est aussi le devoir des médecins de les aider à sortir de cette errance psychique et à grandir.

### Patriziana Sparacino-Thiellay

Le nombre d'enfants touchés par ce phénomène est effectivement en augmentation. Par ailleurs, cette croissance du nombre d'enfants des rues est concomitante avec la diminution de l'âge des enfants concernés. Les enfants des rues sont de fait isolés, privés d'accès à tout service, qu'il soit médical, éducatif ou social, sans représentants légaux, et bien souvent dans des pays dépourvus de tout système de protection de l'enfance. Les médecins sont les premiers à se trouver en contact avec ces enfants. Il est important qu'ils soient sensibilisés aux conditions dans lesquelles se trouvent ces enfants des rues et qu'ils soient préparés à être confrontés à ces situations. Ces enfants ont en effet beaucoup de réticences à rétablir un lien avec la société, dont ils sont exclus depuis longtemps, et à accepter l'aide de personnes qui leur sont étrangères.



**« Les chiffres qui circulent sur l'épuisement professionnel donnent à penser qu'être médecin et heureux n'est plus possible. Les médecins, pourtant, n'ont jamais été aussi nombreux en France et la profession a le vent en poupe. »**

# dossier

Texte : Gaëlle Desgrées du Lou, Éric Allermoz | Photos : Phanie, BSIP, Julian Renard/Babel Photo

## Heureux comme un médecin ?

**Prendre le temps de vivre et organiser son temps de travail.** Est-ce ce rapport au temps qui fait un médecin heureux ? Serait-ce un luxe inaccessible ? Alors que les contraintes de l'art médical semblent augmenter, certains confrères partagent leurs solutions pour réenchanter leur exercice et leur existence.

**Vous avez le blues, docteur ?** Le pessimisme des sondages sur l'installation, les reconversions, les chiffres qui circulent sur l'épuisement professionnel donnent à penser qu'être médecin et heureux n'est plus possible. Les médecins, pourtant, n'ont jamais été aussi nombreux en France et la profession a le vent en poupe. Avec 21,03 de moyenne, la major du bac 2014 a d'ailleurs choisi de poursuivre ses études en médecine...

### Jouer collectif

« *Je suis un généraliste heureux* », clame le D<sup>r</sup> Jean-Pierre Mouren, de l'antenne de Gap du pôle de santé Seliance, qui réunit quatre sites dans les Hautes-Alpes, dans lesquels chaque praticien peut intervenir. « *Nous avons commencé à réfléchir à un nouveau mode d'exercice il y a neuf ans alors que les conditions d'accès n'étaient plus tolérables pour les patients. La solution apportée satisfait à la fois les médecins et les patients. Notre activité ne cesse d'ailleurs d'augmenter* », témoigne-t-il. Le pôle regroupe dix-sept médecins associés au sein d'une

### Point de vue de l'Ordre

**D<sup>r</sup> Jean-Pierre Gicquel,**  
conseiller national de l'Ordre des médecins



### « Doit-on sombrer dans le "tracassin" ? »

En adoptant un point de vue optimiste, l'Ordre n'entend pas ignorer les difficultés que rencontrent les confrères dans le quotidien de leur exercice, que celui-ci soit libéral, salarié ou mixte. Les contraintes sont importantes et, pour une part, relativement nouvelles, telles la modification des relations avec les patients, l'augmentation des charges professionnelles et des obligations administratives, la dévalorisation, pas seulement financière, de la profession. L'ensemble de ces causes a conduit certains médecins à des

formes de renoncement souvent qualifiées de « burn-out » – vocable auquel l'Ordre préfère celui d'épuisement professionnel – entraînant parfois de dramatiques conséquences. Pour autant, la profession médicale doit-elle sombrer dans le « tracassin » ? Elle reste très attractive et le nombre d'étudiants inscrits à la Paces (1<sup>re</sup> année) ou tentant de contourner les rigueurs du *numerus clausus* en témoigne. Le nombre de « dévissage de plaques » chez les médecins libéraux est peu élevé et

relativement constant. De plus en plus de médecins retraités poursuivent un exercice, certes souvent allégé, mais qui montre une appétence conservée pour leur profession. Enfin, nos confrères, tous exercices confondus, ne semblent pas souhaiter une évolution radicale ou une réorientation de leur carrière. La plupart des médecins sont-ils donc heureux ? Ils ont en tout cas conscience d'exercer une profession qui reste magnifique et enrichissante, offrant des satisfactions professionnelles et personnelles qui l'emportent encore sur des contraintes que l'Ordre contribue à alléger.

SELARL et vingt autres professionnels de santé (kinésithérapeutes, podologues, infirmières, diététiciennes...). Les médecins travaillent 3,5 jours par semaine, avec 8 à 10 semaines de vacances par an. Ils utilisent des systèmes d'information partagés performants et ont mis en place entre eux des mesures de solidarité organisationnelle et matérielle, en cas de congé maternité, maladie, invalidité ou décès. « *On ne peut pas faire notre travail correctement, être à l'écoute des gens, avoir de l'empathie, si on n'est pas bien soi-même. Il faut savoir s'échapper de ce métier très prenant. Pour nous consacrer aux tâches médicales, nous avons fait l'effort financier et organisationnel d'avoir un secrétariat qui gère les relations avec les caisses d'assurance maladie et les mutuelles, les mises à jour de dossiers et les relations avec la comptabilité. Si les médecins arrivent à dépasser leur ego, à s'associer et à bien réfléchir à ce qui leur ferait du bien, ils vont forcément améliorer leur qualité de vie.* » Alors que les jeunes médecins, après avoir connu à l'hôpital et la proximité des autres services compétents, appré-



#### TÉMOIGNAGE

**D<sup>r</sup> Guillaume de Gardelle**, médecin généraliste, 60 ans, Saint-Pourçain-sur-Sioule (Allier), président de la Fédération d'Auvergne des maisons et pôles de santé.

### « Un équilibre »

J'ai intégré une maison de santé depuis douze ans avec trois autres confrères, deux dentistes, trois infirmières et une diététicienne. Nous ouvrons en juillet 2015 une nouvelle MSP avec une trentaine de professionnels de santé à proximité de l'hôpital local. Doser des moments de tension et une certaine qualité de vie, c'est sans doute cela que recouvre le terme de bonheur, qui passe selon moi par un équilibre entre le travail professionnel et une vie familiale stabilisante. L'exercice médical est de plus en plus complexe avec un niveau d'exigence et de besoin de compréhension des pathologies exprimé par les patients qui s'élève. La pratique est devenue difficile, avec des contraintes de temps qui obligent à trouver des solutions rapidement. Le besoin de curatif immédiat se complète d'un besoin des patients d'être accompagnés dans le complexe parcours de soins, avec la nécessité de la programmation et de la prévention. Formateur chez MG-Form, maître de stage, je m'occupe aussi d'un foyer accueil médicalisé pour adultes handicapés, j'assure des gardes sur un secteur très vaste et à l'hôpital local, et j'ai un travail syndical qui me permet de réfléchir au système de santé. Également allergologue et psychothérapeute, je vois cinq à sept patients par semaine dans ces domaines et y trouve un certain plaisir intellectuel. Il m'est arrivé de ressentir des signes d'usure. Je réagis alors en prenant une journée ou des vacances. La croyance excessive en l'omnipotence du médical est un danger réel pour les soignants et les soignés. Pour être un médecin épanoui, il faut être curieux, savoir équilibrer ses temps, avoir toujours de la considération pour la personne que l'on reçoit et aller au-delà de ses préjugés. On ne peut pas exercer la médecine générale sans humanité et sans humilité. Ce qui me rend heureux ? Voir la confiance des gens qui se pérennise et les générations qui se succèdent.



Être attentif à ses besoins et à ses envies est l'une des clés qui permet d'être à l'écoute de ses patients.

hendent la gestion du cabinet et le fait de se retrouver seul, les pôles et maisons de santé fleurissent sur le territoire. Près d'un quart des généralistes continuent pourtant d'opter pour un exercice solo en libéral, les conditions de vie attractives et la proximité d'une agglomération étant des critères primordiaux.

### Éduquer sa patientèle

Après avoir fait ses stages hospitaliers dans les Vosges, le D<sup>r</sup> Guillaume Léonard, 36 ans, a choisi depuis quatre ans de s'installer en milieu semi-rural, à 15 km d'Épinal, en association avec celui qui était auparavant son maître de stage. Devant les obligations administratives grandissantes, ils ont choisi de prendre une secrétaire pour les décharger de ces tâches. « *Nous ne pourrions plus nous en passer*, explique-t-il. *Notre exercice est très varié avec des petits actes techniques, des visites à domicile pour les personnes âgées, un peu de gynécologie, beaucoup de pédiatrie et des petites urgences. Le fait d'intégrer le réseau Asalée [Action de santé libérale en équipe] nous permet de développer l'éducation thérapeutique. Nous avons fait le choix d'imposer des horaires, en travaillant sur rendez-vous. Il y a une grosse part d'éducation de la patientèle, afin de ne pas se laisser complètement submerger. Mais le plus important est de bien s'entendre avec son associé.* » Le D<sup>r</sup> Léonard participe à la permanence des soins, à raison de deux gardes par mois et une garde de week-end tous les trois mois. « *Maintenant que c'est très bien organisé, ce n'est plus un poids* », juge ce père de quatre jeunes enfants, qui met un point d'honneur à préserver sa vie de famille et à faire du sport. Il estime également que sa profession reste privilégiée financièrement. « *Même si le prix de la consultation ne bouge pas, les revenus augmentent avec les différents forfaits [médecin traitant, ALD, rémunération sur objectifs].* »



C'est le revenu moyen d'un médecin généraliste en 2013

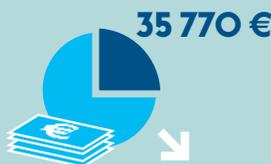
soit 6 800 € par mois



Leur bénéfice a progressé de 2,8%.

Selon les estimations de l'association de gestion agréée Unasa, qui revendique 190 000 professionnels libéraux adhérents.

Les écarts de revenus sont cependant très importants. Ils peuvent varier de 1 à 4.



¼ d'entre eux a en effet touché moins de 35 770 euros



alors que certains ont perçu plus de 138 650 euros

Source : Unasa



30%

des médecins sont potentiellement en risque d'épuisement professionnel

Sources : Commission « Médecins en souffrance » du CDOM du Nord



68%

des jeunes médecins choisissent le salariat à la sortie des études de médecine

Après cinq ans de pratique :



50%

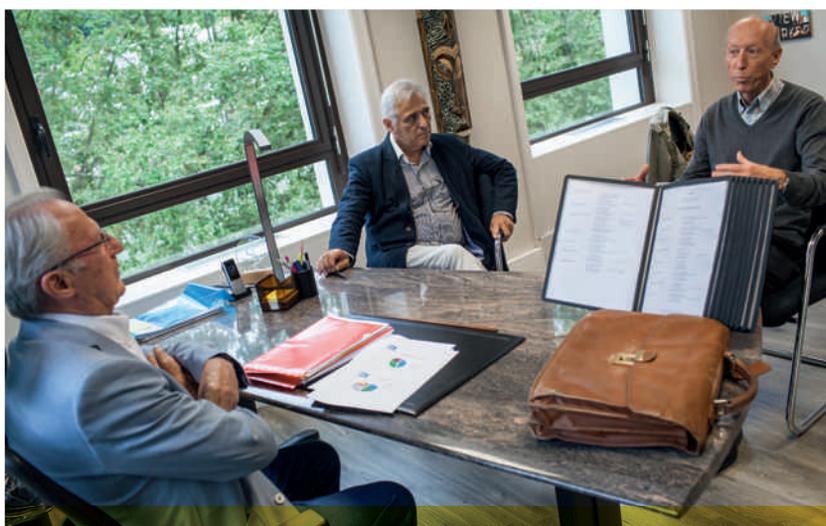
exercent encore en salariat

Source : Cnom, Atlas de la démographie médicale 2014

## FOCUS

## Le médecin, un patient comme un autre

Les initiatives de soutien confraternel se multiplient pour prévenir le risque de surmenage professionnel des médecins. Des dispositifs encouragés par les conseils départementaux et régionaux de l'Ordre.



Le réseau Asra a mis en place une ligne d'écoute confraternelle accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

« Surcharge administrative, pression des patients, agressions, peur de l'erreur médicale, sentiment de déclassement social... Autant de facteurs qui peuvent mener à l'épuisement professionnel, à l'addiction aux médicaments et à l'alcool, et à la dépression, rappelle le D<sup>r</sup> Michel Évreux, président du réseau Aide aux soignants de Rhône-Alpes (Asra). Les médecins figurent parmi les professions les plus exposées aux risques de suicide. » Le réseau Asra, qui œuvre en totale confidentialité, a mis en place une ligne d'écoute confraternelle accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. « Une quarantaine de médecins de soutien bénévoles assurent des astreintes pour répondre à un médecin en difficulté et lutter contre l'isolement. Après chaque prise de contact, nous orientons si nécessaire notre confrère vers une personne ressource : psychiatre, addictologue, médecin du travail, avocat, comptable, etc. », détaille le D<sup>r</sup> Georges Granet, président du Crom Rhône-Alpes, à l'initiative du dispositif. En deux ans, deux cents

médecins ont contacté le réseau. « Il reste malgré tout une peur et un déni des praticiens à accepter leurs propres difficultés », estime le D<sup>r</sup> Georges Granet.

### Initiatives

La France tente de rattraper son retard sur des pays comme le Canada ou l'Espagne, où les médecins ont l'obligation d'être en bonne forme physique et mentale pour exercer. Car un médecin en difficulté est forcément moins attentif à son patient. Ainsi les initiatives se multiplient. L'association Mots (Médecin - Organisation - Travail - Santé) conseille les praticiens dans cinq régions,

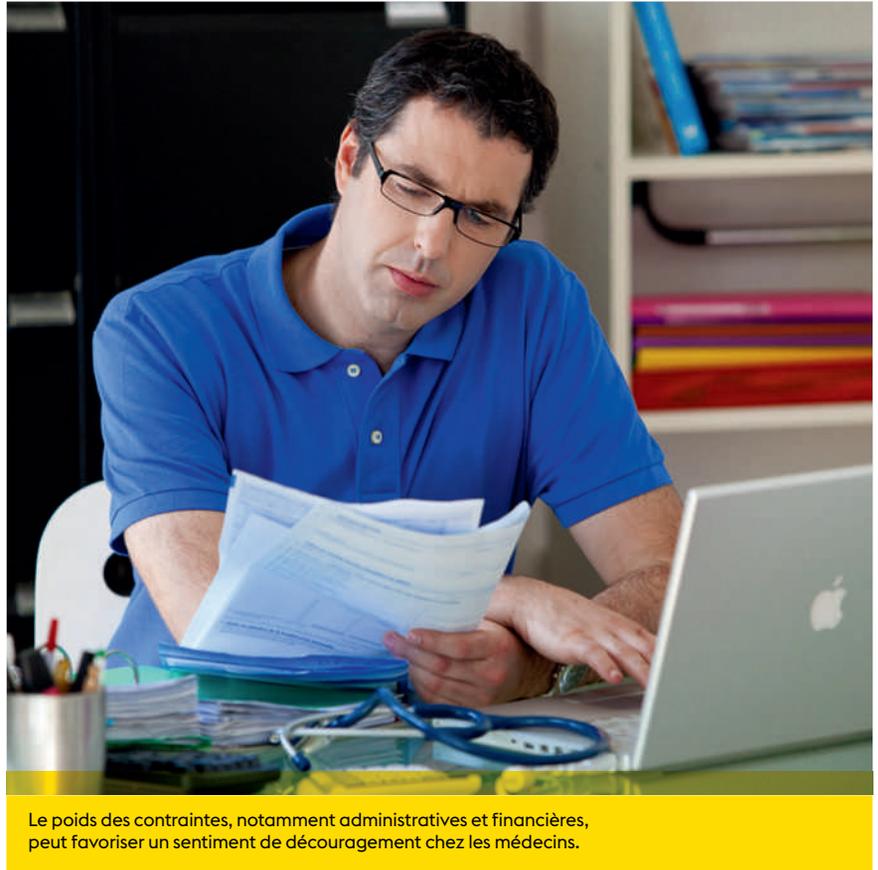
bientôt huit. Au conseil départemental de l'Ordre du Nord, une commission « Médecins en souffrance » oriente son action sur la prévention de l'épuisement professionnel. « Nous conseillons nos confrères sur la meilleure façon d'organiser leur travail pour éviter les situations de stress, ou sur les dispositions de prévoyance à prendre s'ils sont atteints d'une pathologie », détaille le D<sup>r</sup> Olivier Verriest, fondateur de la commission. Ces initiatives de soutien confraternel sont complémentaires à l'entraide « traditionnelle » des conseils départementaux et régionaux. Depuis 2004, ces derniers peuvent en effet proposer une écoute psychologique, une aide financière aux médecins en difficulté, les aident trouver un remplaçant s'ils sont malades ou à faciliter une reconversion. De son côté, le conseil national travaille sur un projet de charte nationale d'entraide fédérant les initiatives locales, et la mise en place d'un numéro de téléphone unique et anonyme de soutien.

### ➔ Trouver son rythme

Alors que la féminisation de la profession se poursuit (58 % des nouveaux inscrits au Tableau de l'Ordre en 2013 sont des femmes), la tendance est à la mixité des modes de rémunération et la pluralité des lieux d'exercice. À 33 ans, le D<sup>r</sup> Sophie Morillon, cardiologue, a opté depuis quelques mois pour un exercice libéral à mi-temps en cabinet de groupe et un mi-temps salarié à l'hôpital de Villefranche-sur-Saône (Rhône), qui lui permet de réaliser des actes techniques, d'assurer une journée de vacation hebdomadaire à l'hôpital de Tarare et d'avoir accès aux formations continues. « *Il était important pour moi de préserver un bon équilibre entre vie familiale et travail* », explique cette mère de deux jeunes enfants, qui n'a pas hésité, pour s'installer, à faire appel à un organisme qui gère toutes les démarches administratives. Gériatre à Lyon, mère de trois enfants, le D<sup>r</sup> Lorraine Teddé, 36 ans, trouve pour sa part son épanouissement dans le salariat, qu'elle ne quitterait pour rien au monde. « *Pour les horaires réguliers et limités et le fait de travailler en groupe* », assure-t-elle.

### De nouvelles contraintes

Pour autant, les nouvelles contraintes de l'exercice médical sont réelles. Les relations médecins-patients ont évolué, ces derniers devenant des « usagers », voire des partenaires dans le « parcours de santé ». Cette nécessaire adaptation des médecins aux nouveaux droits des patients s'est trouvée compliquée par le foisonnement des sites médicaux de vulgarisation et de conseils, les interrogations ainsi suscitées étant chronophages et parfois mal vécues, même si le Livre blanc de l'Ordre sur la télémedecine a montré que de nouveaux liens médecins-patients pouvaient ainsi être tissés. Les procédures judiciaires, trop fréquentes, ont cependant été moins nombreuses que redouté, du fait notamment de la création des Commissions de conciliation et d'in-



Le poids des contraintes, notamment administratives et financières, peut favoriser un sentiment de découragement chez les médecins.

demnisation (CCI) et de l'activité de conciliation des conseils départementaux de l'Ordre. Les charges professionnelles, le coût des assurances et de la prévoyance ont par ailleurs notablement augmenté. Les médecins, enfin, se sentent excessivement surveillés par les hiérarchies administratives, les organismes de tutelle et les caisses, dans un cadre conventionnel mais aussi un contexte économique tendu. Cet ensemble de contraintes, qui s'ajoute à la charge de travail, mène parfois au « burn-out », ce « syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel ».

### Confraternité et entraide

Pour répondre plus spécifiquement à ce problème, de nombreuses initiatives ont vu le jour comme dans le Nord, où le D<sup>r</sup> Olivier Verriest a lancé en 2012 la commission « Médecins

**« Nous avons fait le choix d'imposer des horaires, en travaillant sur rendez-vous. Il y a une grosse part d'éducation de la patientèle, afin de ne pas se laisser complètement submerger. »**

**« On fait moins confiance aux médecins, la société est plus exigeante et il faut davantage rendre des comptes qu'auparavant. »**

en souffrance », qui va bientôt passer en statut associatif. « Nos statistiques montrent que les salariés sont autant touchés que les libéraux, et les médecins seuls autant que les médecins en groupe. Nous sommes là pour écouter, apporter une aide organisationnelle et orienter vers des confrères pour prévoir éventuellement des soins », explique-t-il. L'entraide ordinaire classique peut prendre la forme d'une aide financière ponctuelle ou plus pérenne si besoin, mais aussi d'une aide morale par le soutien, les conseils ou même l'accompagnement social dans une période difficile, en partenariat avec le Fonds d'action sociale de la Carmf, l'entraide mutualiste, l'Afem (Aide aux familles et entraide médicale) et l'Acomed (Association des conjoints de médecins). « Nous essayons de repérer et aider des confrères avant des situations irratrapables [dettes abyssales après un divorce, addictologie] que nous pouvons découvrir par le TGI. L'entraide permet aussi de trouver un remplaçant pour un médecin malade ou de faciliter une reconversion », indique le D<sup>r</sup> Philippe Hannequart, vice-président du CDOM du Nord chargé de l'entraide. Une chartre nationale d'entraide, actuellement en cours d'élaboration, a pour ambition de « fédérer et harmoniser ces actions sur tout le territoire ».

**Au service de l'être humain**

« N'idéalisons pas le passé », tiennent pourtant à souligner les anciens. Tout récent retraité, le D<sup>r</sup> Jean-Pierre Bocher s'est installé en 1976 à Lorient.



Travailler en équipe, se faire confiance et avoir conscience que ce métier est au service de l'être humain, contribuent à l'épanouissement du médecin.

« Au début, nous étions de garde un jour sur deux et nous n'avions qu'un jour de repos, en commençant à 8 heures et en finissant à 21 heures. Le médecin était individuellement responsable de sa patientèle : nous allions voir nos patients à la clinique, il n'y avait pas le Samu. Nous avons fait nos accouchements jusqu'en 1982 ! C'était un autre monde... », se souvient-il. Alors pourquoi les médecins seraient-ils moins heureux aujourd'hui ? « Parce qu'on leur fait moins confiance, que la société est plus exigeante et qu'il faut davantage rendre des comptes qu'auparavant », estime celui qui fut maître de stage pendant vingt-cinq ans, investi dans la vie syndicale et au conseil de l'Ordre. Attaché à la liberté et à l'indépen-

dance, il livre quelques clés pour être heureux : « Aimer la vie, travailler en équipe avec des jeunes, être respecté par ses pairs et par l'administration, se faire confiance et avoir conscience que ce métier est au service de l'être humain ». « Je fais un des plus beaux métiers au monde : je suis médecin de famille », estime aussi, après vingt-cinq ans de pratique, le D<sup>r</sup> Dominique Dupagne, généraliste et créateur du site médical atoute.org. « La médecine générale, qui permet de construire auprès des familles une relation permanente et multigénérationnelle spécifique, est un rôle prestigieux et exigeant qu'il faut s'efforcer de mériter dans la durée, mais qui apporte beaucoup de sens et de valorisation professionnelle. »

**vos informations pratiques**



# le guide juridique

- 24. décryptage** : les dispositifs d'accès aux soins
- 26. vos questions / nos réponses** : la procédure disciplinaire
- 27. pratique** : appel à candidatures pour une élection complémentaire au Cnom
- 28. pratique** : le dépistage non invasif de la trisomie 21 par l'analyse de l'ADN foetal dans le sang maternel
- 30. pratique** : observations de l'Ordre quant à la situation de M. Vincent Lambert



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

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

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

# Les dispositifs d'accès aux soins

**La CMU complémentaire (CMU-C) et l'aide pour une complémentaire santé (ACS) s'adressent aux personnes résidant en France de manière stable et régulière et dont les ressources ne dépassent pas un certain plafond.**

Au 31 décembre 2013, plus de 6 millions de personnes étaient bénéficiaires de l'un ou l'autre des dispositifs (4,9 millions pour la CMU-C et 1,2 million pour l'ACS). Pour le professionnel de santé, un patient couvert par l'un de ces dispositifs, c'est un moindre risque de renoncement aux soins et de rupture de soins pour raisons financières.

## La CMU-C : une complémentaire santé gratuite

La CMU-C prend en charge le ticket modérateur de tous les soins médicalement prescrits et remboursables par l'assurance maladie à hauteur du tarif de responsabilité de la sécurité sociale. Pour les soins en optique, dentaire (prothèses et orthopédie dento-faciale), dispositifs médicaux et audio-prothèses, la prise en charge se fait à hauteur de forfaits fixés en sus des tarifs de la Sécurité sociale.

Les bénéficiaires de la CMU-C ont un droit au tiers payant sans dépassements d'honoraires.

Au 1<sup>er</sup> juillet 2014, le plafond annuel d'attribution de la CMU-C est fixé à 8645 €, soit 720 € par mois (plafond pour une personne seule en métropole).

La CMU-C est la garantie de la prise en charge des soins reconnus par l'assurance maladie. Le règlement des honoraires est assuré par l'assurance maladie.

## L'ACS : une aide pour financer une complémentaire santé

L'ACS s'adresse aux personnes dont les ressources dépassent de 35 % le plafond d'attribution de la CMU-C. Son montant varie de 100 à 550 € en fonction de l'âge du bénéficiaire.

Sur présentation de son attestation auprès d'un organisme assureur, le bénéficiaire obtient une réduction sur le coût de sa complémentaire santé. Elle offre également un droit au tiers payant sur la part obligatoire durant 18 mois à compter de la date de décision de la caisse d'assurance maladie.

Par ailleurs, l'avenant 8 à la convention médicale impose aux médecins le respect des tarifs de sécurité sociale avec les patients bénéficiaires de l'ACS. Au 1<sup>er</sup> juillet 2014, le plafond annuel d'attribution de l'ACS est fixé à 11 670 €, soit 973 € par mois (plafond pour une personne seule en métropole).

En pratique, sur présentation de son attestation de droit et de son attestation de tiers payant, le patient béné-

ficiare de l'ACS a droit au respect des tarifs opposables et ne paie que la part complémentaire des soins, le professionnel de santé est réglé directement par l'assurance maladie pour la part obligatoire.

Via son Espace Pro, le médecin a également la possibilité de se renseigner sur la situation de son patient.

## Enjeux et dernières évolutions

→ **Les mesures du Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale adopté le 21 janvier 2013**

- Les plafonds d'attribution de la CMU-C et de l'ACS ont été exceptionnellement revalorisés de 8,3 % au 1<sup>er</sup> juillet 2013 (dont 1,3 % au titre de l'inflation).

- Au printemps 2014, les paniers de soins de la CMU-C ont été améliorés

## LE FONDS CMU

**Le Fonds de financement de la CMU est un établissement public national à caractère administratif créé par la loi CMU du 27 juillet 1999.**

**Il finance la CMU-C et l'ACS, suit et évalue leur fonctionnement et, à ce titre, formule des propositions d'amélioration.**

**Le financement de ces dispositifs est assuré par deux ressources : la taxe de solidarité additionnelle, dont sont redevables les organismes complémentaires, et une fraction du produit du droit de consommation sur les tabacs.**

**En 2013, le budget du Fonds CMU atteint 2,4 milliards d'euros.**

afin de permettre l'accès à un équipement auditif complet et de qualité, la prise en charge de l'amincissement des verres pour les plus fortes corrections et la prise en charge des bridges à trois dents.

#### → La réforme du dispositif de l'ACS

Dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, le gouvernement a initié une réforme consistant à réserver l'ACS à

un nombre limité de contrats, sélectionnés après une mise en concurrence sur la base du meilleur rapport qualité/prix. Cette mesure devrait, à partir de 2015, améliorer la qualité et la lisibilité des contrats proposés aux bénéficiaires de l'ACS.

#### → La lutte contre le non-recours

Le non-recours aux dispositifs reste l'un des principaux enjeux. Des travaux sont en cours pour réduire ce

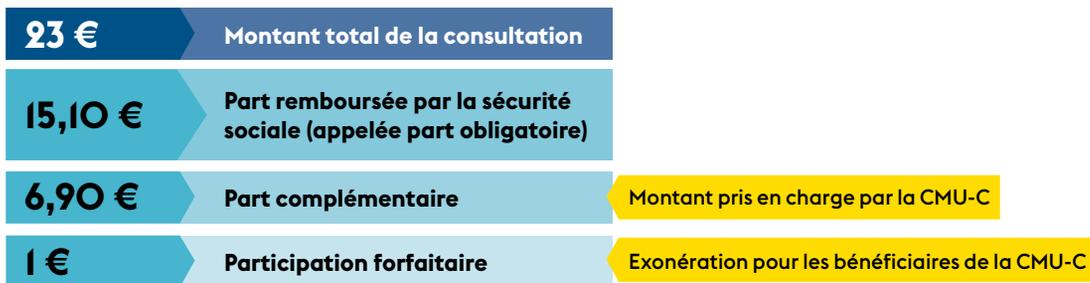
phénomène, notamment en matière de simplification du dossier de demande et des pièces justificatives à produire par le demandeur.

Les professionnels de santé ont également un rôle à jouer dans la réduction du non-recours, notamment dans la détection des situations de précarité et l'orientation vers les organismes compétents.

**M. Beaugrand**, directeur du Fonds CMU

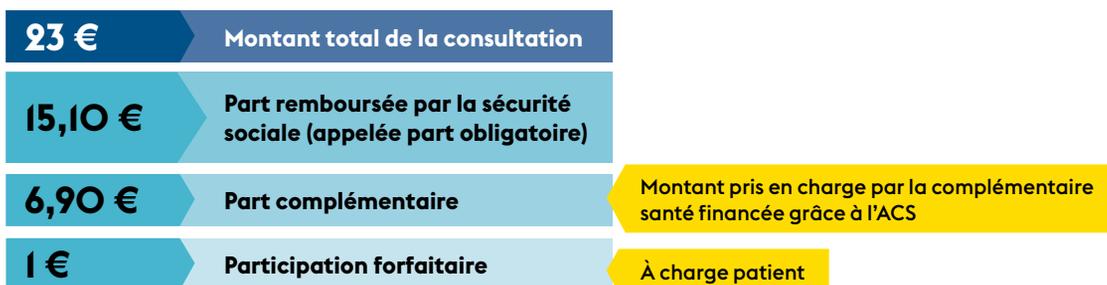
## RÉPARTITION DE LA PRISE EN CHARGE D'UNE CONSULTATION

### → Consultation d'un patient bénéficiaire de la CMU-C chez son médecin traitant



Les bénéficiaires de la CMU-C ayant un droit au tiers payant sans dépassements d'honoraires, la consultation est directement réglée par l'assurance maladie et l'organisme qui gère la CMU-C du patient.

### → Consultation d'un patient bénéficiaire de l'ACS chez son médecin traitant



Sur présentation de son attestation de droit au tiers payant ACS, le patient ne règle que 7,90 euros à son médecin (part complémentaire et participation forfaitaire de 1 euro). Le montant de la part obligatoire est directement réglé au médecin.



### Posez vous aussi vos questions

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

## La procédure disciplinaire

### Qui peut déposer une plainte auprès de l'Ordre ?

N'importe qui peut déposer une plainte à l'encontre d'un médecin auprès de l'institution ordinaire : un autre médecin, une personne mécontente des soins reçus, une administration, l'Assurance maladie, ou encore une association qui, par exemple, peut représenter des patients qui rencontrent des difficultés d'accès aux soins dans le cadre de la CMU-C ou de l'aide médicale d'État. Une exception : seuls le ministre de la Santé, le préfet, le directeur général de l'ARS, le procureur de la République et les conseils national et départementaux de l'Ordre peuvent traduire devant la chambre disciplinaire un médecin mis en cause dans le cadre de son exercice pour le service public.

### Quelles sont les sanctions possibles ?

Les sanctions prévues par le code de la santé publique sont : l'avertissement, le blâme, l'interdiction temporaire du droit d'exercer la médecine, éventuellement assortie du sursis total ou partiel, et enfin la radiation du tableau de l'Ordre. Au bout de trois ans de radiation, le médecin peut néanmoins demander le relèvement de son incapacité. En aucune manière il ne peut être prononcé une indemnisation. En revanche, avoir fait sanctionner un médecin du fait de son comportement au regard de la déontologie peut faciliter l'obtention d'une réparation à titre civil. La chambre peut infliger une amende en cas de plainte abusive (au bénéfice du Trésor public). La partie défaillante prend en charge les frais d'instance et peut éventuellement être amenée à régler à la partie adverse les frais non compris dans les frais de justice. Ces décisions sont susceptibles d'appel devant la Chambre disciplinaire nationale.

### Quelles sont les étapes de la procédure ?

C'est le conseil départemental au tableau duquel est inscrit le médecin qui est compétent pour recevoir initialement la plainte. Le président du conseil départemental accuse réception de la plainte et en informe le mis en cause. Une réunion de conciliation est organisée. Le plus souvent cette réunion aboutit à la résolution du différend. L'organisation de cette réunion est rendue obligatoire par la loi, néanmoins les parties ne sont pas contraintes de s'y rendre. Si la plainte est maintenue, le conseil départemental l'examine en réunion plénière, puis la transmet à la chambre disciplinaire de première instance avec son avis motivé. Dans cet avis, il indique le constat ou non d'une faute déontologique et éventuellement des indications quant aux antécédents du médecin. Si dans cet avis est relevée une faute au regard de la déontologie, le conseil départemental peut être lui-même plaignant à l'encontre du médecin. La chambre disciplinaire de première instance, en tant que juridiction administrative, applique les règles du droit administratif. Après instruction de la plainte, le plaignant, le médecin mis en cause, les éventuels témoins et le conseil départemental sont convoqués pour une audience publique.

**D<sup>r</sup> André Deseur,**  
vice-président du Cnom



### d'infos

[www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr) >  
rubrique Médecin > Foire aux questions

# Appel à candidatures pour une élection complémentaire au Cnom

En application de l'article L. 4132-1 du code de la santé publique, le conseil national de l'Ordre des médecins procédera à une élection complémentaire aux fins de pourvoir au remplacement du docteur Jean-Pierre Gicquel, conseiller national démissionnaire, représentant la région Bretagne.

**Cette élection aura lieu : le jeudi 4 décembre 2014**

## Dépôt des candidatures

Le candidat se fait connaître par lettre **recommandée avec demande d'avis de réception** adressée au Président du conseil national de l'Ordre des médecins (180, boulevard Haussmann, 75008 PARIS) et revêtue de sa signature.

La candidature peut aussi être déposée au siège du Conseil national. Il en sera donné un récépissé.

Les candidatures doivent impérativement **PARVENIR** au siège du Conseil national, dans le délai de **30 jours au moins avant le jour de l'élection**. La clôture du dépôt des candidatures est fixée au **4 novembre 2014 à 16h00** (article R. 4125-1, 3<sup>e</sup> alinéa du code de la santé publique).

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

Chaque candidat doit indiquer ses nom et prénoms, son adresse, sa date de naissance, ses titres, son mode d'exercice et, le cas échéant, sa qualification professionnelle et ses fonctions dans les organismes professionnels. Il peut joindre à l'attention des électeurs une profession de foi (facultatif). Celle-ci doit être rédigée en français sur une page qui ne peut dépasser le format de 210 x 297 mm (A4), en noir et blanc. 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 photoco-

piée en fonction du nombre des électeurs et jointe à la liste des candidats qui servira de bulletin de vote.

## Retrait de candidature (article R. 4125-1 du code de la santé publique)

Le retrait de candidature ne peut intervenir que dans l'intervalle compris entre le dépôt de celle-ci et la date d'envoi des instruments de vote. 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.

## Éligibilité

Sont éligibles les médecins inscrits au tableau d'un conseil départemental de l'Ordre du ressort de la région Bretagne, à condition :

- de posséder la nationalité française ou d'être ressortissant de l'un des États membres de l'Union européenne ou d'un autre État parti à l'accord sur l'Espace économique européen;
- d'être à jour de leur cotisation ordinaire (article R. 4125-1 du code de la santé publique).

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

## Électeurs

Sont électeurs, les membres titulaires des conseils départementaux du ressort de la région Bretagne.

## Vote (article R. 4122-2 du code de la santé publique)

Il a lieu par correspondance. Il est adressé obligatoirement au siège du conseil national de l'Ordre des médecins, 180 boulevard Haussmann, 75008 PARIS. Il peut également y être déposé.

Il prend fin le jour de l'élection, le **jeudi 4 décembre 2014 à 18h00**. Tout bulletin parvenu après cette date n'est pas valable (article R. 4122-2 du code de la santé publique).

## Dépouillement (article R. 4122-3 du code de la santé publique)

Il est public et aura lieu sans désenvelopper le **jeudi 4 décembre 2014 à 18h05** au siège du conseil national de l'Ordre des médecins, 180 boulevard Haussmann, 75008 PARIS.

Le candidat ayant obtenu le plus grand nombre de voix est proclamé élu titulaire.

Son mandat prendra fin à la date à laquelle aurait expiré le mandat du D<sup>r</sup> Gicquel, c'est-à-dire en juin 2016.

## Délai de recours (article R. 4125-7 du code de la santé publique)

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 ministre chargé de la Santé à partir du jour de réception du procès-verbal de l'élection.

# Le dépistage non invasif de la trisomie 21 par l'analyse de l'ADN foetal dans le sang maternel

**Ce document est un complément de l'article paru dans *Médecins* n° 25 (septembre-octobre 2012)** à propos de l'information destinée aux femmes enceintes sur la possibilité de recourir, à leur demande, au dépistage prénatal de la trisomie 21. Il fait suite à la réunion du 28 juin dernier de la Conférence nationale d'échographie obstétricale et foetale (CNEOF).

**Il est actuellement possible, à partir d'une prise de sang chez la future mère,** de déterminer si le fœtus peut être porteur d'une trisomie 21. Ce nouveau test par analyse de l'ADN foetal dans le sang maternel reste un test de dépistage, c'est-à-dire que tout test positif devra être suivi d'un prélèvement (amniocentèse ou biopsie de trophoblaste) afin de vérifier ce résultat. Inversement, ce test peut être faussement rassurant dans environ 0,5 % des trisomies 21. Dans environ 1 à 5 % des cas, le résultat du test ne pourra pas être rendu pour des raisons techniques et un prélèvement devra être proposé.

Ce test est disponible en France et à l'étranger **mais il n'est pas actuellement remboursé par la sécurité sociale.**

**En l'état actuel de nos connaissances, les professionnels du diagnostic prénatal ne recommandent pas ce test de dépistage en remplacement du dépistage actuel combinant l'âge de la mère, la mesure de la clarté nucale à l'échographie et les marqueurs sériques maternels.**

**Ce test peut être actuellement proposé** aux patientes qui ont réalisé le dépistage par les marqueurs sériques et qui se situent dans la zone à risque supérieur à 1/250 mais ne souhaitent pas recourir à un geste invasif.

**Ce test ne doit pas être proposé** lorsque le fœtus présente une clarté nucale anormale ou toute autre anomalie échographique. Ce test pourrait permettre d'éviter 95 % des prélèvements invasifs, dont le risque de fausse couche est d'environ 1 %.

## **Arrêté du 14 janvier 2014 fixant le modèle des documents mentionnés au III de l'article R. 2131-2 du code de la santé publique**

La ministre des Affaires sociales et de la Santé,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 2131-1 et R. 2131-2,

Arrêté :

- Art. 1 – Le modèle du formulaire mentionné au III de l'article R. 2131-2 du code de la santé publique relatif au refus de la femme enceinte de recevoir des informations sur les examens de diagnostic prénatal en application du VI de l'article L. 2131-1 du code de la santé publique figure en annexe I du présent arrêté.

- Art. 2 – Les modèles du formulaire mentionné au III de l'article R. 2131-2 du code de la santé publique relatif à l'information et au consentement de la femme enceinte à la réalisation d'un ou de plusieurs examens permettant d'évaluer le risque que l'embryon ou le fœtus présente une affection susceptible de modi-

fier le déroulement ou le suivi de la grossesse mentionnés au II de l'article L. 2131-1 du code de la santé publique figurent en annexe II du présent arrêté.

- Art. 3 – Les modèles du formulaire mentionné au III de l'article R. 2131-2 du code de la santé publique relatif à l'information et au consentement de la femme enceinte à la réalisation du prélèvement et d'un ou de plusieurs examens à visée de diagnostic mentionnés au V de l'article L. 2131-1 du code de la santé publique figurent en annexe III du présent arrêté.

- Art. 4 – L'arrêté du 23 juin 2009 relatif à l'information, à la demande et au consentement de la femme enceinte à la réalisation d'une analyse portant sur les marqueurs sériques maternels et à la réalisation du prélèvement et des analyses en vue d'un diagnostic prénatal *in utero* prévues à l'article R. 2131-1 du code de la santé publique est abrogé.

- Art. 5 – Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel de la République française*.

**D' Isabelle Bohl,** conseiller ordinal, représentante du Cnom à la Conférence nationale d'échographie obstétricale et foetale.

## MODÈLE DU FORMULAIRE

pour les échographies obstétricales et fœtales mentionnées  
au 2° du III de l'article R. 2131-I du code de la santé publique

Je soussignée .....  
atteste avoir reçu,  
du médecin (nom, prénom) .....  
au cours d'une consultation médicale en date du .....

### 1° Des informations relatives :

- au risque pour l'enfant à naître d'être atteint d'une affection d'une particulière gravité ;
- aux caractéristiques de cette affection ;
- aux moyens de la diagnostiquer ;
- aux possibilités de médecine fœtale, de traitement ou de prise en charge de l'enfant né ;

### 2° Des informations sur l'examen échographique à visée diagnostique qui m'a été proposé et dont je souhaite bénéficier :

- l'échographie est un examen d'imagerie médicale qui ne présente pas de risque en l'état des connaissances ni pour le fœtus ni pour la femme enceinte lorsqu'il est réalisé dans un cadre médical ;
- l'image du fœtus et de ses annexes (placenta, liquide amniotique...) peut être obtenue à travers la paroi abdominale maternelle ou à travers la paroi vaginale maternelle ;
- la performance de cet examen peut être limitée par certaines circonstances (épaisseur de la paroi abdominale, position du fœtus...);
- les mesures effectuées au cours de l'échographie ainsi que les estimations du poids du fœtus sont soumises à des marges d'erreur, liées notamment aux conditions de l'examen ;
- cet examen approfondi m'a été proposé en raison d'un risque accru d'affection pour la grossesse en cours ; il peut être volontairement limité à une partie du fœtus et de ses annexes (visualisation d'une structure précise, surveillance d'un aspect particulier, mesures...);
- cet examen permettra, dans la grande majorité des cas, soit d'écarter le risque accru, soit de le confirmer ;
- cet examen peut également permettre de préciser ce risque accru et de le surveiller ;
- l'absence d'anomalie décelée lors de l'échographie à visée diagnostique ne permet pas d'affirmer que le fœtus est indemne de toute affection ;
- dans certains cas, l'affection suspectée ne pourra être confirmée ou précisée que par la réalisation de nouveaux examens qui me seront proposés ; ces nouveaux examens nécessiteront parfois un prélèvement (de liquide amniotique, de villosités chorales ou de sang fœtal) ; les risques, les contraintes et les éventuelles conséquences de chaque technique de prélèvement me seront expliqués ;
- d'éventuelles autres affections que celle(s) recherchée(s) initialement pourraient être révélées par l'examen ;
- à l'issue de l'examen, je recevrai, par le médecin qui a réalisé l'échographie ou par un autre praticien expérimenté en diagnostic prénatal, des informations sur ses résultats et les conséquences en termes de prise en charge avant et, le cas échéant, pendant et après l'accouchement.

Je consens à la réalisation de cet examen échographique à visée diagnostique.

L'original du présent document est conservé dans mon dossier médical par le médecin qui a effectué la première échographie obstétricale et fœtale à visée diagnostique.

Une copie de ce document m'est remise. Je devrai la présenter aux médecins qui effectueront, le cas échéant, d'autres échographies à visée diagnostique.

Ce document est conservé dans les mêmes conditions que le compte rendu de l'examen.

Date : .....

Signature du praticien

Signature de l'intéressée

# Observations de l'Ordre quant à la situation de M. Vincent Lambert

**Le conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom)** a rendu publiques les observations demandées par le Conseil d'État à propos de la situation de M. Vincent Lambert.

**Le CNOM considère que, sur la base d'un examen de chaque cas individuel,** une situation de maintien artificiel sans vie relationnelle et sans évolution favorable peut justifier d'engager la procédure collégiale pour statuer sur un éventuel arrêt des traitements.

Dans ces observations, le Cnom s'en remet aux principales dispositions prévues par la loi Leonetti de 2005, tout en apportant d'importantes précisions éthiques et déontologiques, sur trois aspects essentiels : la notion d'obstination déraisonnable, le maintien artificiel de la vie et la prévention de toute souffrance en cas d'arrêt des traitements.

## Une réflexion d'ensemble sur l'accompagnement de la personne

Dans le cadre de la procédure engagée sur la situation de M. Vincent Lambert, le Conseil d'État avait demandé au Cnom de produire des observations sur la définition des notions d'obstination déraisonnable et de maintien artificiel de la vie. Ces observations, remises le 17 avril 2014 aux juges et rendues publiques aujourd'hui, visent à apporter un éclairage général sur la base de critères éthiques et déontologiques.

Parallèlement à l'expertise médicale menée sur le cas personnel de M. Lambert, il s'agit de réfléchir ensemble sur la manière de définir l'obstination déraisonnable et le maintien artificiel de la vie, en particulier pour des patients en état pauci-relationnel ou en état végétatif chronique.

## Préciser la notion d'obstination déraisonnable

Dans ses observations, le Cnom insiste en premier lieu sur le fait que chaque situation est singulière et doit être appréciée individuellement. Dès lors qu'une personne est dans une situation de maintien artificiel de sa seule vie somatique, que cet état a été confirmé au fil du temps et selon les données actuelles de la science, dans des conditions offrant les garanties les plus complètes de transparence, alors qu'aucun signe clinique ou d'investigation ne permet alors de nourrir l'espoir d'une évolution favorable, les conditions d'une obstination déraisonnable peuvent être regardées comme constituées, impliquant alors la mise en œuvre de la procédure collégiale.

## Une sédation profonde pour prévenir toute souffrance

Le Cnom insiste enfin sur une prio-

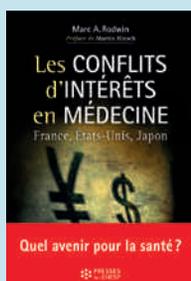
rité, au cœur de l'éthique médicale : il est indispensable de prévenir toute souffrance susceptible de résulter de l'interruption des traitements. C'est pourquoi tout arrêt des traitements doit s'accompagner simultanément d'une sédation profonde du patient.

## Mieux faire connaître et appliquer la loi Leonetti

Dans un contexte de débat de société, le Cnom appelle enfin à ce que la loi Leonetti soit appliquée pleinement. Il faut notamment sensibiliser le public et les patients : trop peu de personnes savent qu'elles peuvent rédiger des directives anticipées pour préciser leurs volontés quant aux soins médicaux qu'elles veulent ou ne veulent pas recevoir si elles se trouvent dans de telles situations. De la même manière, la formation des professionnels de santé (médecins et soignants) doit être optimisée sur la manière de mettre en œuvre cette loi. Le Cnom prendra toute sa place dans la mission conduite par Messieurs Leonetti et Claeys.

**D<sup>r</sup> Jean-Marie Faroudja,**  
président de la section Éthique  
et Déontologie du Cnom

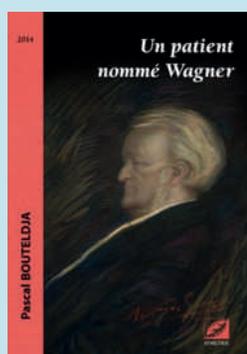
# culture médicale



Marc A. Rowdin.  
*Les conflits d'intérêts en médecine. France, États-Unis, Japon.* Presses de l'EHESP. 30 euros.

## LES CONFLITS D'INTÉRÊTS EN MÉDECINE, FRANCE, ÉTATS-UNIS, JAPON

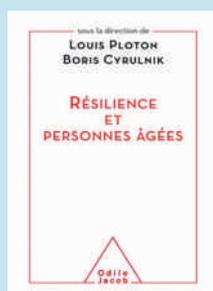
Cet ouvrage est la traduction française du livre « Conflicts of Interest and the Future of Medicine » du juriste Marc A. Rodwin, sorti en 2011. L'auteur examine le développement des conflits d'intérêts dans trois pays et met ensuite en avant les différences nationales qu'il observe. Celles-ci concernent les modalités du système de soins et l'organisation de la médecine, du marché et de l'État. Il analyse également les stratégies politiques et les règles juridiques de chaque pays. En s'appuyant sur ces trois exemples, il propose plusieurs mesures qui peuvent être prises dans les secteurs publics et privé pour préserver les missions de la pratique médicale.



Pascal Bouteldja.  
*Un Patient nommé Wagner.* Éditions Symétrie. 40 euros.

## UN PATIENT NOMMÉ WAGNER

*Un Patient nommé Wagner* est la première chronique médicale complète de la vie du compositeur, fondée sur un grand nombre de sources inédites en français. Loin du rapport médical et de son inévitable jargon, l'ouvrage propose un récit de la vie de l'artiste à la lumière de ses maux. La notion de « santé » envisage ici l'homme dans sa globalité physique et psychique, ainsi que dans son quotidien.



*Résilience et personnes âgées.* Sous la direction de Louis Ploton et de Boris Cyrulnik. Éditions Odile Jacob. 25,90 euros.

## RÉSILIENCE ET PERSONNES ÂGÉES

Pour beaucoup, la vieillesse amenuise la mémoire et restreint les capacités physiques et mentales des personnes âgées. Cet ouvrage, dirigé par Louis Ploton et Boris Cyrulnik, démontre, par diverses études, que la résilience est possible malgré les épreuves de la vie. S'entourant de psychologues, de neurologues, de psychiatres, de gériatres et d'un vétérinaire, les deux spécialistes tentent ici de faire comprendre comment interviennent les émotions, les comportements et la motivation dans ce processus vital d'adaptation et de reconstruction.



*Guide sur le processus décisionnel relatif aux traitements médicaux dans les situations de fin de vie.* Conseil de l'Europe.



À télécharger sur  
[www.coe.int](http://www.coe.int) ou  
via ce flashcode

## GUIDE SUR LE PROCESSUS DÉCISIONNEL RELATIF AUX TRAITEMENTS MÉDICAUX DANS LES SITUATIONS DE FIN DE VIE

Ce guide a été élaboré par le Comité de bioéthique du Conseil de l'Europe, qui a organisé plusieurs symposiums et débats de spécialistes européens sur la question de la fin de vie, dont les contributions ont nourri cette publication. Destiné à la fois aux professionnels de santé ainsi qu'aux patients et à leurs familles, cet ouvrage propose une série de repères pour la mise en œuvre du processus décisionnel relatif aux traitements médicaux en fin de vie et rappelle les grands principes éthiques et juridiques régissant cette phase de la vie.

## D<sup>r</sup> Anne Dulioust,

chef du service de médecine polyvalente et du service de consultation, à l'Établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF)

# « Je soigne mes patients comme s'ils étaient à l'extérieur »

**Ma première rencontre avec des personnes détenues s'est déroulée dans le cadre de mes consultations d'immunologie dans les hôpitaux Antoine-Béclère et Bicêtre.** La première fois, j'ai éprouvé une certaine appréhension. La prison peut faire peur ! Très vite, j'ai oublié mes craintes et accueilli ces patients à l'égal des autres. J'ai exigé qu'ils soient seuls avec moi pendant la consultation. Forte de cette première expérience, j'ai accepté d'être le médecin coordinateur d'Arapej<sup>1</sup>, une association qui accompagne des personnes sous main de justice. Puis, lorsqu'on m'a proposé de reprendre le service de médecine générale à Fresnes, j'ai dit oui. J'ai rapidement été confrontée au problème des personnes âgées en détention, très nombreuses à souffrir de multiples pathologies, cardio-vasculaires entre autres, et de démence. Ce que j'ai constaté m'a beaucoup choquée. À cause de la lenteur de l'administration et de la complexité de la loi, j'ai vu mourir en détention des patients. Ils sont morts seuls, loin de leur famille avant que je réussisse à obtenir une réponse favorable à leur demande de remise en liberté pour raison de santé.

Au quotidien, je soigne mes patients comme s'ils étaient à l'extérieur et

je choisis pour eux, en fonction de leur pathologie, le meilleur service. À l'hôpital de Fresnes quand c'est possible, ailleurs si c'est nécessaire. Et lorsque j'estime que le pronostic vital est ou peut être engagé, je fais tout pour les faire sortir de prison. Ce combat, je le porterai encore quelques années, même s'il est prenant et usant : les dossiers de demande de remise en liberté sont des procédures complexes qui viennent s'ajouter à mon travail de médecin. Mais je veux aussi mener à terme de nouveaux projets, autour du dépistage et du traitement de l'hépatite C, et du dépistage des maladies neuro-dégénératives. Ensuite ? Je ne me fais pas de souci. Les internes que nous recevons sont passionnés, la relève est assurée ! Et quand je serai à la retraite, je ferai du soutien scolaire. Les années passées auprès des personnes détenues m'ont appris qu'une scolarité réussie est la clé de tout, ou presque. C'est en tout cas la garantie de devenir acteur de sa vie, le terreau essentiel pour donner un sens à son existence et communiquer. Ce qui manque cruellement aux personnes que je rencontre en détention, trop démunies pour entrer en relation avec le monde et autrui, sinon par la violence.

1. Association Réflexion Action Prison et Justice ([www.arapej.fr](http://www.arapej.fr))



## parcours

**1989**

Diplômée de la faculté de médecine de Paris, puis, en 1990, docteur en immunologie (université Paris VII).

**1991**

Médecin attachée au service d'immunologie clinique de l'hôpital Antoine-Béclère.

**2005**

Médecin attachée au service de médecine interne à l'hôpital de Bicêtre, spécialisée dans le traitement des complications neurologiques liées à l'infection par le VIH.

**Février 2011**

Prend la direction du service de médecine générale de l'Établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF)

**Avril 2014**

Parution de son livre *Médecin en prison. Avoir la force de s'indigner!* Éditions First.



Pour aller plus loin :

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