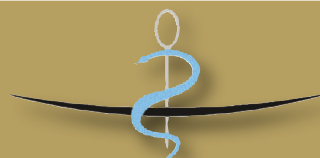




Revue du Conseil de l'Ordre des Médecins de l'Isère

JANVIER 2014

La sécurité des médecins La permanence de soins





Conseil de l'Ordre des Médecins de l'Isère

1A, chemin de la Chantourne
CS 20100

38701 La Tronche

Tél. : 04 76 51 56 00

Fax : 04 76 63 84 97

E-mail : isere@38.medecin.fr

www.conseil38.ordre.medecin.fr

Heures d'ouverture : tous les jours sauf le samedi de 9 heures à 12 heures, de 13 heures à 17 heures.

Composition du Conseil de l'Ordre

Après le renouvellement par moitié du 5 février 2012.

Président

Dr Olivier Roux, 48 avenue de Grugliasco,
38130 Echirolles

Vice-présidents

Dr Annie Jourdan-Jambon, 1 avenue de la Chartreuse,
38240 Meylan

Dr Didier Legeais, 16 bis rue du Dr-Hermite,
38000 Grenoble

Secrétaire général

Dr Hervé Aubert, 2 avenue Alsace-Lorraine,
38000 Grenoble

Secrétaires généraux adjoints

Dr Pascal Jallon, 41 avenue de la Plaine-Fleurie,
38240 Meylan

Dr Bruno Paliard, 162 route Nationale, 38190 Bernin

Dr Jean-Pierre Torres, Samu 38, CHU de Grenoble,
BP 217, 38043 Grenoble Cedex

Trésorier

Dr Jean-René Causse, 3 rue Louis-Lachenal,
38100 Grenoble

Trésorier adjoint

Dr Pierre Chalandre, 21 avenue de la Plaine-Fleurie,
38240 Meylan

Membres titulaires

Dr Agnès Caperan, SELARL Médecins 7/7, 4 bld Maréchal-
Joffre, 38000 Grenoble

Dr Edmond Dumoulin-Minguet, Groupe Médical de la
Meije, route du Signal, 38750 L'Alpe-d'Huez

Dr Laure Emery, 3 place Paul-Vallier, 38000 Grenoble

Dr Claire Faure, CHU de Grenoble, Dpt d'Anatomie et
Cytologie Pathologiques, bld de la Chantourne,

38700 La Tronche

Dr Brigitte Font Le Bret, 34 avenue Marius-Cottier, 38700
Corenc

Dr Jean-Marc Gueulle, 70 cours Berriat, 38000 Grenoble

Dr Roger Maréchal, rue du Midi, 38290 La Verpillière

Dr Elisabeth Opoix, 3 place Paul-Vallier, 38000 Grenoble

Dr Gilles Perrin, 78 bis rue de Stalingrad, 38100 Grenoble

Dr Christian Pichon, 138 route de Four, 38090 Roche

Dr Edith Pion, 11 rue Charreton, 38000 Grenoble

Dr Olivier Veran, CHU de Grenoble, Service Neurologie, bld
de la Chantourne, 38700 La Tronche

Membres suppléants

Dr Stéphane Besançon, 33 avenue Jean-Jaurès, 38150
Roussillon

Dr Bernard Chataing, 8 rue Laurent-Chataing,
38580 Allevard

Dr Jean-Marie Descombe, 9 place du Dr-Bethoux, 38350
La Mure

Dr Jean-Marie Dessaint, 1 bld Clémenceau, 38100
Grenoble

Dr Wilfrid Ecuier, 48 route de Lyon, 38300 Domarin

Dr Pierre Finet, SCP n°13, Immeuble St-Charles, 4 rue
Jean-Veyrat, 38000 Grenoble

Dr Pierre Gerrud, 3 avenue Marcellin-Berthelot,
38100 Grenoble

Dr Martine Kuentz-Rousseau, 19 avenue Marcelin-
Berthelot, 38100 Grenoble

Dr Michel Leclerc, 30 rue Jean-Cocteau, 38400 St-Martin
d'Hères

Dr Christian Legrand, 4 rue du 26-Mai-1944, 38950 Saint-
Martin-le-Vinoux

Dr Michel Lerat, Espace médical Péri, 3 rue Eugène-
Chavant, 38400 St-Martin-d'Hères

Dr Guy Moreau, 21 place du Village, 38180 Seyssins

Dr Christian Pichon, 138 route de Four, 38090 Roche

Éditorial

Reprendre confiance et être intransigeants en 2014

Dr Olivier Roux

p. 3

Réflexion

Santé, éthique et liberté

Dr Jean-Marc Gueulle

p. 4

L'accompagnement du malade du médecin ou la vulnérabilité
dans la relation de soin

Dr Jean-Marc Gueulle

p. 5

Société

Santé et violence conjugale

Dr Françoise Paramelle et Saïda Yaya-Dilmi

p. 6

Droit

Interruption médicale de grossesse : la loi et le rôle du médecin

Dr Elisabeth Opoix

p. 8

Ordre

L'Ordre, c'est aussi l'entraide

Dr Bruno Paliard

p. 9

Permanence de soins

Révolution pour les gardes et astreintes ?

Dr Pascal Jallon

p. 10

Vers une PDS idéale ?

Dr Pascal Jallon

p. 11

Les maisons médicales de garde

Dr Philippe Lagrange

p. 12

La régulation en Isère

Dr Philippe Lagrange

p. 13

L'urgence préhospitalière

Dr Vincent Danel

p. 14

Réglementation

L'accessibilité des locaux médicaux : vos obligations

Dr Pascal Jallon

p. 15

Pratique médicale

L'insécurité des médecins

Dr Pascal Jallon

p. 16

Le soignant confronté à la violence

Dr Olivier Roux

p. 18

Social/Prévoyance

Retraite : le calendrier des démarches à effectuer

Dr Pierre Chalandre

p. 20

La protection sociale du médecin

Dr Jean-René Causse

p. 21

Santé publique

L'ARS Rhône-Alpes s'adresse aux médecins et aux praticiens

Françoise Prevosto

p. 22

Pratique

Les enfants et les écrits médicaux - Certificats médicaux :

quand et comment les établir

Certificats médicaux, mode d'emploi

Dr Pascal Jallon

p. 23

Hospitalisation sous contrainte : modèles de certificats médicaux

Dr Christine Heyward-Blandin

p. 26

Les brèves

Dr Pascal Jallon

p. 27-31

Inscriptions au Tableau

Récapitulatif de l'année 2013

p. 31

Trombinoscope

Les visages du Conseil départemental de l'ordre

p. 32



Reprendre confiance et *être intransigeants* en 2014

Dr Olivier Roux, président du Conseil départemental de l'Ordre des Médecins de l'Isère

2013 s'achève; cette année a été difficile sur le plan économique, social, moral, marquée par une morosité et une inquiétude de tous les Français quant à leur avenir. La médecine n'échappe pas à ce vent de pessimisme aggravé par des incertitudes propres à la profession: modification des modes d'exercice, intrusion des tutelles dans l'exercice libéral, pressions administratives dans l'exercice hospitalier, poids des administrations dans le médico-social, difficultés relationnelles avec les patients, mises en cause en responsabilité civile, aggravation des charges de fonctionnement des cabinets... et la liste est loin d'être exhaustive.

Reprendre confiance en nous est le message porté par notre nouveau président du Conseil National, le docteur Bouet. L'Ordre a un rôle essentiel dans cet objectif en affirmant et en défendant l'éthique et l'humanisme de la fonction de médecin auprès de tous nos interlocuteurs, indépendance professionnelle, responsabilité, respect du secret médical, qualité des soins dans l'intérêt de nos patients; notre profession ne saurait être galvaudée dans ce

qu'elle a de noble, à nous d'être intransigeants.

Sur le plan local nous avons à mener bon nombre de chantiers; je citerai entre autres ceux sur la sécurité des médecins avec désignation par les autorités d'un référent départemental, la poursuite du dialogue avec la justice, la finalisation et le suivi de la permanence des soins, le développement du rôle d'écoute et de conseil de l'ordre, les relations avec l'Université et les représentants des étudiants en étant une interface entre les médecins futurs installés et ceux en cours d'exercice, la poursuite des actions d'entraide du conseil départemental dont je tiens à remercier avec force la commission d'entraide pour son action. Nous devons réaliser ces objectifs par notre travail et notre investissement. 2014 sera la dernière mandature pour la moitié du conseil qui sera renouvelé début 2015. Je lance à ce propos un appel à toutes les bonnes volontés en particulier chez nos jeunes confrères afin d'assurer la relève.

Je vous présente à tous mes vœux confraternels pour 2014, ainsi qu'à vos proches.

Notre profession ne saurait être galvaudée dans ce qu'elle a de noble.

Santé, éthique et *liberté*

*Dr Jean-Marc Gueulle,
membre titulaire
du Conseil départemental
de l'Ordre des médecins de
l'Isère*

L'association Santé Ethique et Liberté (SEL) de Grenoble a été fondée en 1994 par le professeur Robert Gautier, chirurgien au CHU de Grenoble. Depuis le décès du Pr Gautier en 1995, et jusqu'en octobre 2007, le groupe a été présidé par le Dr Y. Gilbert, ancien président du conseil du COD, puis par le Pr R. Schaerer et M. E. Fourneret, philosophe.

**Pluridisciplinaire
et indépendante,
l'association,
facilite le dialogue
et la réflexion à
partir de cas
cliniques ou de
sujets d'actualité**

L'association a pour but :

- d'identifier les problèmes éthiques dans le domaine de la santé ;
- d'en assurer les études et les recherches, éventuellement en collaboration avec d'autres intervenants ou groupes ;
- d'en promouvoir l'information auprès
- de créer et participer à toute forme d'enseignement et de formation dans ce domaine...

C'est une association pluridisciplinaire, indépendante prônant et organisant des possibilités de dialogue tant théo-

riques que pratiques avec la mise en place d'atelier de Réflexion Éthique, à partir de cas cliniques, et de sujets d'actualité concernant l'Éthique de la santé ; tous les participants interviennent dans le débat : infirmières, juristes, médecins, philosophes, psychologues... et il s'agit aussi de porter le débat dans la société en s'assurant du concours de personnes qui, à titre professionnel ou en tant qu'usagers du système de santé, comprennent l'importance de cette réflexion à une époque où apparaît une plus grande diversité dans les références morales et où l'évolution de la médecine soulève sans cesse de nouvelles questions.

Les travaux de 2013

Deux réunions ont déjà eu lieu :

- le 21 octobre : soirée de réflexion éthique : « L'accès aux transplantations d'organes pour les étrangers, en France et dans l'Union européenne. Enjeux éthiques » avec A. Sette stagiaire IEP à l'espace Éthique du CHU, auteur d'un mémoire sur le sujet.

Révéléateur d'une situation de « choix tragique », l'accès aux transplantations d'organes pour les patients venus de l'étranger, soulève des enjeux à la fois juridiques, éthiques, médicaux, économiques et sociologiques. Ce sujet met en évidence des problématiques fondamentales se posant actuellement et s'intègre ainsi dans « l'air du temps » : quelles sont la protection et les possibilités d'accès aux transplantations pour les étrangers prévues par la France et par les États-membres de l'Union européenne ? quels obstacles existent pour autant ? comment les États peuvent-ils faire face à ce défi ?

- le 25 novembre, atelier éthique : « La pratique des consultations d'annonce - Problèmes éthiques » animé par le professeur E. Reyt du CHU de Greno-

ble.

Obligation légale, l'information des patients lors du diagnostic et au cours de l'évolution d'une maladie grave reste toujours délicate.

L'analyse des « dispositifs d'annonces » mis en place, avec leurs avancées, leur évolution, leurs limites... Le patient au cœur du dispositif : quelles informations pour quel patient ? ce qu'il sait et ce qu'il souhaite savoir ? qui délivre l'information ? Autant de questions qui permettront d'approfondir les difficultés rencontrées, les solutions actuellement envisageables, tant sur le plan humain, que vis à vis de la qualité des prises en charge, de la responsabilité des soignants, et des exigences nouvelles récemment introduites en ce domaine.

Le programme de 2014

Deux réunions sont prévues ayant pour thème :

- Pour le 20 janvier 2014 : « Le soignant confronté à la violence dans son exercice »,
- Pour le 24 mars : « Le soignant face à une demande de dopage »

La réunion se déroulera dans le bureau de l'Espace Éthique du CHU : Pavillon E. de 19 H. 30 à 22H*

De plus le programme des réunions et ateliers du S.E.L. est consultable sur le site du Conseil de l'Ordre de l'Isère et sur celui de l'URPS Rhône- Alpes. Contact : j-mselisere@live.fr

* Localisation par rapport au pavillon Chatin :

À partir de l'entrée du Pavillon Chatin et de son parc :

- Passer de l'autre côté du bâtiment de la Direction générale du CHU (passage à gauche).
- Contourner tout droit (par sa gauche) le bâtiment de l'ancienne chapelle (Musée des Sciences médicales).
- Le bâtiment du Pavillon E est bien visible : sur sa gauche monter au 1^{er} étage par l'escalier métallique extérieur.
- Le local de l'espace Éthique du CHU est à droite dans le couloir d'entrée.



L'accompagnement du malade et du médecin ou *la vulnérabilité dans la relation de soin*

*Dr Jean-Marc Gueulle,
membre titulaire
du Conseil départemental
de l'Ordre des médecins de
l'Isère*

*Quelle la place du
soignant face à un
patient en fin de vie ?
quelle est la meilleure
attitude à adopter
pour respecter sa
dignité ?*

« Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. » Après le cheminement : le déni, la révolte, le marchandage, la tristesse et l'acceptation, apparaît la peur de la solitude et de l'abandon avec la peur de la douleur physique, cela fait partie des grandes terreurs qu'inspire la mort.

Peut-on proposer une méthodologie de soin ? (Marie de Hennezel /Y. Gineste et R. Marescotti)

L'être humain est un être de sens, de choix et d'interprétation (Henderson et Maslow/H. Peplau), et, dans la relation de soin, il y a un échange et des techniques de prendre soin, de toucher la personne, de la regarder, de lui parler dans le respect et la qualité du temps qui lui reste à vivre, une écoute suffisante et offrir des soins.

Un certain professionnalisme sans affectivité crée pour le patient un vide relationnel et un soin techniquement abouti est un soin violent ! Une frontière doit exister qui n'est pas une barrière ; elle est là pour créer une **zone d'échange** où l'affectivité a sa place pour le patient dépossédé de sa liberté et face à ses interrogations :

- ai-je encore une valeur pour vous ?
 - puis-je encore être aimé ?
 - suis-je encore aimable ?
 - ne m'abandonnez pas ! (Dr Perrotin)
- et il ne s'agit pas pour le malade d'avoir confiance en un autre mais d'avoir suffisamment confiance en cet autre pour retrouver confiance en soi en ses propres capacités et à l'estime de soi (A. Zielinski).

• **Lorsque l'on rentre dans la chambre** de quelqu'un qui est dans le coma ou quand il n'y a pas de relation possible on dit bonjour, on prend le bras après l'avoir annoncé « Dis toujours ce que tu fais d'abord et fais le ensuite » afin d'éviter la peur : « Je vais vous prendre le bras, la main, je vais changer votre pansement ou poser une perfusion ». C'est le « toucher aimant » plutôt que le toucher mécanique... Faire intervenir les proches, leur faire comprendre l'importance de leur présence, quand cela est possible avec des paroles d'amour, de pardon et de gratitude (Ch. Fauré) les soignants sont souvent les derniers humains présents au moment de la mort.

• **pour le soignant**, c'est aussi faire la différence entre l'implication et l'engagement car, à force de s'impliquer, on se met à la place de l'autre, le soignant s'épuise (burn-out) dans une « gentillothérapie » néfaste. C'est l'histoire de l'œuf au bacon la poule est engagée et le cochon lui est impliqué ! Le soignant est **vulnérable** (A. Zielinski) : entre le « Je peux et je ne peux plus ou pas » et « Le soi affecté par l'autre que soi » (Lévinas et Ricoeur) comment peut-il être solide ? comment peut-il gérer sa toute puissance ? il doit avec **sollicitude et empathie** – et non sympathie et compassion (un souffrir qui est un s'of-

frire – Lévinas) – être capable d'agir face à un homme souffrant (moral) et douloureux (physique), de l'**accompagner sans violence** c'est le répondre de lui et répondre à lui, malgré tout ce que le principe de précaution impose : attacher un malade agité qui va le rendre grabataire, laisser déambuler un dément qui aggrave son angoisse...

• Une solution c'est la **formation**, la présence de psychologue à l'écoute de l'équipe de soins, des lieux d'expression et un **travail d'équipe** où s'élabore un **projet de soin** bien défini.

Conclusion

La sollicitude : une dimension éthique du soin, selon Ricoeur, une union intime entre la visée éthique et la chair affective des sentiments... il ne s'agit pas de vouloir le bien d'autrui à sa place mais de lui permettre de mettre lui-même un plan de vie selon son désir.

**Le soignant doit
faire la différence
entre implication et
engagement**

En France, tous les trois jours, une femme meurt victime de violence conjugale.

*Dr Françoise Paramelle,
Présidente du Rialto*

*Saïda Yaya-Dilmi,
Assistante sociale au Rialto*

Santé et *violence*

Sur le plan des données épidémiologiques on observe que la violence conjugale constitue un problème de santé publique majeur; en effet les conséquences sur la santé peuvent être importantes.

Cela a été largement analysé et de façon particulièrement convaincante par le professeur Henrion dans son rapport de 2001, lequel préconisait déjà, des mesures de sensibilisation, de formation et de mise en réseau. Une étude récente a mis l'accent sur l'aspect économique de ces conséquences en matière de santé: Si l'on ajoute le coût des hospitalisations pour fractures, celui des naissances de bas et très bas poids, les problèmes liés à la grossesse, les consultations auprès de médecins généralistes et spécialistes, ainsi que les consommations de psychotropes ce sont près de 400 millions d'euros par an. Selon cette première évaluation, rendue publique en novembre 2006 le coût global annuel des violences conjugales est estimé à plus d'un milliard d'euros.

Physique, psychologique, verbale, émotionnelle, sexuelle, économique... la violence se manifeste sous des aspects très variés.

Trop souvent les femmes n'osent pas dénoncer cette violence de peur de représailles: elles se sentent coupables et responsables de la situation de violence, de l'échec de leur couple. Elles craignent également de se retrouver sans ressources si elles ne sont pas indépendantes financièrement. Tous ces éléments font que cette situation perdure malgré les prises en charges sociales et des démarches auprès des forces de l'ordre.

Le rôle des professionnels de santé est primordial dans le dépistage de ces violences et dans leur prise en charge. Un dépistage précoce permettrait de réduire à court, moyen et long terme, les conséquences de la violence conjugale pour les femmes et les enfants qui y sont exposés.

Le professionnel de santé souvent sollicité le premier dans la chaîne de prise en charge, joue un rôle important ici pour informer et accompagner la patiente. La révélation ou le signalement n'est plus le seul mode de réaction du professionnel de santé. L'orientation de la patiente vers des structures sociales, associatives peut aussi être une réponse adaptée. Assurément, cet accompagnement est d'autant plus pertinent, qu'il existe dans l'environnement proche du professionnel de santé, un réseau pluridisciplinaire et pluri institutionnel clairement identifié vers lequel il peut diriger la patiente.

Afin de conforter et développer le rôle des professionnels de santé il faut agir pour mettre les personnes victimes de violences au cœur du système de soins en organisant le repérage des violences, la prise en charge des victimes en urgence et à moyen terme, mais également en veillant à la mise en œuvre d'un suivi médical et psychologique.

Une prise en charge adaptée nécessite que les différents partenaires assument des responsabilités communes mais également des responsabilités spécifiques découlant de leurs missions et de leurs mandats respectifs ainsi que de leurs orientations propres.

Les obligations juridiques

Diverses dispositions législatives ou différents codes professionnels rendent obligatoires certaines pratiques et doivent donc être mis en application par tous les partenaires.

Comment appréhender le secret médical dans le cadre des violences conjugales?

Le traitement législatif du contentieux



ce conjugale

des violences en général, a, ces dernières années, quelque peu écorné le caractère absolu du secret en le relativisant, c'est-à-dire en multipliant les autorisations à révéler.

L'exemple le plus éclairant de cette tendance est la réécriture de l'article 226-14 du code pénal, au fil des réformes législatives.

Il en est de même concernant l'article 434-1 du Code pénal qui incrimine la non-dénonciation de crime (infractions les plus graves) dont il est encore possible de prévenir ou de limiter les effets, ce qui peut-être puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. Certaines exceptions existent aussi. Les articles 434-3 et 223-6 peuvent concerner également les professionnels de santé.

La révélation de l'information relative à l'existence de violences conjugales s'inscrit dans ce dédale de textes, qui outre le cas d'un danger grave et imminent pour la victime, n'est donc pas une obligation de s'adresser aux services de police, de gendarmerie ou de justice.

La prise de décision, parce qu'elle relève d'une option voire d'un dilemme pourra s'appuyer sur plusieurs considérations: d'abord, la gravité des actes de nature à compromettre la santé de l'agressé; ensuite, la nécessité d'éviter la répétition des actes, de mettre à l'abri la personne; enfin, l'attitude de la victime qui souhaite ou non que soient dévoilés ces actes. Tous ces éléments pourront guider le choix du professionnel.

Soulignons pour conclure, que face à ce contentieux complexe des violences conjugales, la voie judiciaire n'est pas nécessairement la plus efficace pour répondre à la demande de la personne agressée (cf. rapport du Pr R. Henrion, 2001).

Le dépistage

Le problème est que ces VC sont le plus cachées et leur fréquence ainsi que leur gravité restent souvent méconnues de la plupart des soignants. Selon l'enquête ENVEEF (enquête nationale sur les violences envers les femmes en France), dans 24 % des cas, les femmes se confient en premier lieu au médecin. Le médecin urgentiste, au même titre que le généraliste et le gynécologue-obstétricien, est donc en première ligne et doit jouer un rôle majeur dans la chaîne de prise en charge de ces patientes.

Elles sont accueillies pour des motifs très variés: ecchymoses, érosions, hématomes voire fractures. Ces lésions ont la particularité d'être multiples, de localisations variables et surtout d'âges différents.

Dans le secteur médecine, les motifs de recours les plus fréquents sont les intoxications médicamenteuses volontaires. Il faut savoir y penser devant des motifs plus « classiques » tels les déséquilibres de pathologies chroniques, une asthénie persistante, des troubles psychosomatiques, des troubles de l'alimentation ou du sommeil.

Le rôle du soignant est d'assurer une prise en charge classique, commune à tous les patients mais aussi de dépister, par un interrogatoire spécifique et adapté, l'existence de violences conjugales. Il a aussi pour rôle primordial, la rédaction du certificat médical initial qui a valeur médico-légale. C'est un certificat descriptif des lésions constatées lors de l'examen clinique. Il doit comporter la description des examens complémentaires, les conséquences fonctionnelles des blessures et la description des soins médicaux nécessaires. La notification de l'ITT (incapacité totale de Travail) est

indispensable. Établie dans un premier temps, sous réserve de complication, elle servira à la qualification des peines en cas de plainte.

Le dépistage des violences conjugales doit être privilégié par tous les professionnels de santé. Mais la méconnaissance de l'ampleur du problème dans les milieux de soins, le manque de formation des soignants, le manque de temps dans des services souvent débordés sont des obstacles majeurs pour une prise en charge de qualité des victimes de violences conjugales.

De nombreux efforts restent à faire en termes de formation des soignants, de sensibilisation de la population à l'ampleur du problème, et de mise en place de réseaux de prise en charge des victimes de violences conjugales. plan de vie selon son désir.

Le 29 décembre 2013, Patrick Bouet, président du Conseil de l'Ordre national, a cosigné un manifeste contre les violences faites aux femmes avec six autres organisations. Ce texte engage à soutenir les actions de dépistage, de protection et de prise en charge des victimes.

Interruption médicale de grossesse :

la loi et le rôle du médecin

*Dr Elisabeth Opoix,
membre titulaire
du Conseil départemental
de l'Ordre des médecins de
l'Isère*

L'interruption d'une grossesse pour motif médical (IMG) (anciennement appelée interruption thérapeutique, ITG) se situe toujours dans un contexte de drame profond le plus souvent non anticipé par la femme ou le couple.

Pour le médecin qui suit une grossesse, il s'agit d'une situation rare mais non exceptionnelle et son rôle d'accompagnement de la femme ou du couple est essentiel.

Chaque situation est un cas particulier mais la loi fixe le cadre dans lequel la médecine peut accéder à la demande d'une interruption de la grossesse :

Ce que dit la loi

L'IMG dépend des articles de loi L2212 et L2213 du code de la santé publique.

- l'interruption de la grossesse pour motif médical est possible quelques soit le terme de la grossesse ;
- c'est une interruption volontaire, c'est-à-dire faite à la demande de la femme (comme l'IVG) et cette demande est soumise à acceptation pour motif médical ;
- pour être recevable, il faut que la demande soit acceptée et signée par deux médecins du CPDPN (centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal) .

L'indication est acceptée si la grossesse met en péril la santé de la mère ou s'il existe une forte probabilité que le fœtus soit atteint d'une affection d'une

L'indication est acceptée si la grossesse met en péril la santé de la mère ou s'il existe une forte probabilité que le fœtus soit atteint d'une affection d'une particulière gravité et reconnue incurable au moment du diagnostic

particulière gravité et reconnue incurable au moment du diagnostic.

Les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN) agréés par l'agence de biomédecine existent depuis 1999 et sont chargés par le législateur d'aider et de coordonner le diagnostic prénatal.

En pratique

La grossesse met en péril la santé de la mère

Cette situation de demande d'IMG pour raison maternelle est de moins en moins fréquente et représente actuellement environ 5 % des demandes d'IMG.

La commission chargée d'examiner la demande comporte un médecin gynécologue obstétricien (membre du CPDPN), un médecin spécialiste de la pathologie de la femme, un médecin choisi par la femme et une personne

qualifiée (assistante sociale, psychologue). L'acceptation de la demande est soumise à la signature de 2 médecins dont le spécialiste de la pathologie maternelle.

Le fœtus est atteint ou suspect d'une pathologie sévère

Qu'elle soit pressentie par les parents (par ex suite à une recherche de maladie génétique ou un dépistage de T21 positif) ou bien non pressenti, l'annonce de la probabilité d'un diagnostic de pathologie fœtale ou de sa certitude est toujours un événement choquant et traumatisant pour les parents.

Tous les examens spécialisés doivent être mis en œuvre rapidement pour préciser le plus exactement possible la pathologie fœtale. Rapidement une ou des consultations spécialisées sont organisées au CPDPN donnant à la



mère ou aux parents les informations sur la pathologie constatée et ses conséquences.

La patiente doit être assurée que sa grossesse sera accompagnée quelle que soit la décision qu'elle prendra et la possibilité d'une IMG est évoquée.

L'équipe médicale accompagne la mère ou le couple dans sa réflexion en étant attentif aux désirs qu'ils expriment et en répondant à toutes leurs interrogations, en s'efforçant de donner des informations complètes et objectives sans se laisser dominer par leurs propres convictions ou émotions. Après un délai d'une semaine de réflexion, le dossier est présenté à la commission du CPDPN si une IMG est demandée.

Si l'indication est refusée, le refus doit être explicité à la mère ou au couple ; ceux-ci ont la possibilité, en cas de désaccord, de saisir un autre CPDPN.

Si l'indication est acceptée par deux médecins agréés, la mère signe par écrit sa demande et l'IMG est organisée par l'équipe gynéco-obstétricale. Les modalités de l'IMG sont expliquées, le foeticide discuté, ainsi que la prise en charge de la douleur, les risques

d'échec et de césarienne.

La question des prélèvements fœtaux, d'une autopsie est expliquée, la mère devant donner son accord.

Les suites de l'IMG

Il est proposé aux parents de voir l'enfant si l'état de celui-ci le permet.

Depuis 2008, la déclaration d'accouchement (sans référence au poids du fœtus ou à l'âge gestationnel de 22 SA comme défini par l'OMS) pourra permettre aux parents de faire établir à l'état civil un acte d'enfant né sans vie, de bénéficier d'un livret de famille s'il s'agit d'un premier enfant ou de l'inscrire sur le livret de famille. L'enfant né sans vie y est inscrit uniquement sur la page décès et ne donne pas lieu à filiation. Les parents peuvent lui donner un prénom.

Le corps de l'enfant peut être récupéré par la famille pour être enterré ou incinéré.

Le deuil de cet enfant dont la vie n'a pas pu continuer se heurte à l'incompréhension, la culpabilité, la colère et le chagrin. Cet enfant a vécu dans le désir de sa mère et/ou du couple et le temps

Quelques statistiques

- Nombre d'IMG en France : 6441 en 2005
- En Isère, Savoie, Haute Savoie (chiffre du RHEOP) : 7,7 pour 1000 naissances en 2011
- Terme :
 - avant 15 SA : 31 % (causes : aberrations chromosomiques : 37 %),
 - 15 à 22 SA : 25 % (causes : anomalies morphogénèse : 44 %),
 - 22 à 32 SA : 37 % (causes fœtales : 13 %),
 - après 32 SA : 7 % (causes maternelles : 5 %).

est long pour pouvoir en faire le deuil. C'est une épreuve très difficile où l'accompagnement de la mère et/ou du couple en deuil doit leur permettre d'inscrire ce bébé décédé précocement dans leur histoire de vie, étape capitale pour les grossesses ultérieures.

Contact

- CPDPN du CHU de Grenoble : 04 76 76 73 26.
- Site internet : chu-grenoble/CPDPN.

L'Ordre, c'est aussi *l'entraide !*

L'entraide fait partie intégrale des missions de l'Ordre, lui donnant sa pleine dimension de corps intermédiaire : un fonctionnement proche de ce qu'on peut rencontrer dans les milieux associatifs au service du bien commun.

Très active et efficace, la commission d'entraide est de plus en plus sollicitée, pour des situations de plus en plus compliquées. Il n'est pas rare de devoir venir en aide à des confrères endettés de plusieurs centaines de milliers d'euros.

Composée de conseillers ordinaires en exercice principalement, mais égale-

ment d'anciens conseillers ordinaires dont la compétence et la disponibilité sont indispensables à son bon fonctionnement, la commission d'entraide est l'interlocuteur privilégié quand un médecin ou sa famille est dans une situation critique : financière, mais également morale ou autre (addiction, violence, dépression etc....).

Elle n'a pas vocation à se substituer aux médecins ni aux organismes officiels, mais elle peut apporter une aide précieuse pour la résolution d'une crise.

Elle peut tout d'abord décider d'une aide financière urgente, sous forme de don. Une partie des cotisations ordinaires alimente la caisse qui finance ces aides urgentes. Elle peut également vous aider à monter un dossier auprès de la commission nationale d'entraide,

notamment quand il s'agit de sommes importantes.

Mais son action ne s'arrête pas là : soutien moral, orientation vers des structures éloignées pour le traitement de certaines pathologies (alcoolisme, dépression ...), mise en contact avec une assistante sociale, aide dans les démarches administratives (retards de paiements CARMF, trésor public ou URSSAF) sont autant de services proposés par la commission d'entraide

Alors n'hésitez pas, quelle que soit la situation, que ce soit pour vous ou un confrère, n'hésitez pas à nous contacter.

Dr Bruno Paliard,
président de la commission d'entraide



Les orientations stratégiques du nouveau cahier des charges régionales de la PDSA

Révolution pour *les ga*

*Dr Pascal Jallon,
secrétaire général adjoint du
Conseil départemental de
l'Ordre,
président de la commission
Permanence de soins*

Un nouveau cahier des charges pour la permanence de soins ambulatoire (PDSA) a été signé le 1^{er} décembre 2012. La principale nouveauté, suivant la loi HPST est que celui-ci devient régional et non plus départemental, qu'il est signé par le directeur régional de l'ARS (M. Jacquinet) avec des déclinaisons départementales, gérées par la délégation territoriale départementale de l'ARS.

Ce cahier des charges fait tout d'abord un état des lieux et porte un diagnostic sur la PDSA en Rhône Alpes, avec ses points forts: une bonne organisation en première partie de nuit et week-end, un nombre important de maisons médicales de gardes (pas en Isère), une régulation médicale efficace dans toute la région, une adaptation du système aux variations saisonnières.

Ses points faibles: problèmes des visites « incompressibles », en particulier après minuit, la désertification médicale de certains secteurs, la faible activité de certains secteurs de montagne ou ruraux et distants des grands centres...

Puis il nous donne des orientations stratégiques pour une organisation de la PDSA avec pour enjeu, un double objectif:

- préserver un égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire avec un système de garde de qualité... à tout moment et à un coût acceptable...
- diminuer les contraintes qui pèsent sur les médecins en améliorant leurs conditions de travail, afin de favoriser l'installation de nouveaux médecins dans les zones fragiles en termes de démographie médicale.

A partir de ce constat, l'ARS donne un plan d'actions en cinq points.

1. Arrêter la PDSA à 24 heures

Ceci a été appliqué dès la signature du cahier des charges, sauf sur certains secteurs où le Conseil de l'Ordre et les syndicats ont pu obtenir un délai d'application (jusqu'au 31 mai sur certains secteurs et 30 novembre pour les secteurs éloignés du Samu et en attente d'autre solution).

Horaires

Tous les jours 19 - 24 Heures	75 €/heure
Tous les jours 0-8 heures	105 €/heure
Samedi 8-12 heures	75 €/heure
Samedi 12-24 heures	90 €/heure
Dimanche et jours fériés 8-24 heures	90 €/heure

2. Renforcer et améliorer la régulation afin d'optimiser les réponses aux demandes de soins non programmés

Ceci officialise la place de la régulation, « véritable clef de voûte » de la PDSA. Ceci s'accompagne d'un effort financier aussi bien pour la rémunération mais également pour la formation des médecins régulateurs (voir tableau).

Des formations sont proposées par différents organismes (AFML, MG Form...) et rentre dans le cadre du DMP. La fédération des associations des régulateurs libéraux de Rhône Alpes (FARL-RA) a été créée afin de mettre au point ces formations. Un système de « tutorat » accompagne les nouveaux médecins.

Le Conseil de l'ordre dispense de garde de secteurs les médecins qui participent à la régulation (sous certaines conditions).

La régulation se passe au sein de l'hôpital, dans des conditions de travail qui s'améliorent, avec une rémunération intéressante... (voir article sur la régulation).

3. Structurer la permanence de soins autour de maisons médicales de garde (MMG)

En Isère, seulement trois MMG ont été créées depuis 2010 (Vienne, Vizille, Grésivaudan). Une est en cours de création aux Abrets regroupant cinq secteurs (Saint-Geoire-en-Valdaine, Pont-de-Beauvoisin, La Tour-du-Pin, Virieux).

Rappelons l'intérêt de la MMG: garde « assise » avec des horaires adaptés à la MMG, sur un secteur important permettant peu de gardes par médecins mais des gardes où le médecin



gardes et astreintes ?

travaille ... (voir article sur les MMG). Ces MMG peuvent être (« préférentiellement ») situées au sein ou à proximité de structures hospitalières, c'est le cas de Vienne, permettant éventuellement de désengorger les services d'urgences. À Gennevilliers une expérience est faite où les libéraux et salariés travaillent main dans la main pour assurer la permanence de soins : ceci est en cours d'étude à La Mure... Pourquoi ne pas l'envisager ailleurs (Saint-Laurent-du-Pont, Rives...)?

4. Développer des effecteurs mobiles sur de grands territoires pour des visites incompressibles

Ceci est en cours d'expérimentation dans certains départements (Loire-Atlantique, Vosges...). Son but est de répondre aux problèmes que posent l'arrêt des déplacements des médecins qui ne peuvent être dans

les MMG et aux lits de patients ne pouvant se déplacer... mais également à l'absence de médecins de 24 heures à 8 heures.

Les visites « incompressibles » sont définies par un cahier des charges qui devra être travaillé avec les médecins régulateurs. En Loire-Atlantique seules une dizaine de visites ont été définies comme devant justifier le déplacement du médecin, ce qui fait qu'il y a très peu de visites et que le territoire peut être important (environ 100 km de diamètre). Pour permettre le recrutement de médecins, un budget a été débloqué d'autant que ce médecin « volant » permet d'éviter le déplacement d'ambulance, d'hospitalisation dans les services d'urgence... et rend service à ces patients mais également aux médecins régulateurs.

Une étude est en cours en Oisans et dans les secteurs de la Matheysine et du Trièves.

5. Développer les « médecins correspondants Samu » (MCS)

Ces MCS doivent répondre aux urgences dans des territoires qui sont éloignés des Samu (à plus de 30 minutes). Une formation et une dotation en matériels sont dispensées par le Samu. Les conditions d'astreintes, de participation sont en cours d'étude (renseignements auprès du Samu ou de l'association des MCS).

Ces actions sont l'essentiel du plan d'action de ce cahier des charges, et nous avons trois ans pour les mettre en place...

S'agit-il d'une révolution? Non certainement pas mais elles apportent des éléments qui peuvent répondre aux enjeux de cette PDS. Mais ceci dépend essentiellement de la volonté des médecins eux-mêmes ; le Conseil de l'Ordre et la FIPSEL sont là pour les aider.

Point de vue

Vers une PDS idéale ?

La PDS est mise en place pour apporter les soins aux patients en dehors des heures « ouvrables » des cabinets. Il y a une vingtaine d'années, nous avions les « gardes » ou les médecins se déplaçaient sur simple appel, sans régulation et sur toutes les urgences, sans rémunération d'astreinte ...

Puis il y a eu la séparation, permanence de soins (PDS) et aide médicale urgente (AMU), avec la mise en place de la régulation, puis la rémunération des astreintes. Le nombre d'acte en PDS a alors beaucoup diminué, certains se demandant l'intérêt de poursuivre cette activité sur les secteurs tels qu'ils existaient. La « re-sectorisation » a augmenté les distances, diminuant le nombre d'astreinte... Puis nous avons installé les maisons médicales de garde (MMG), améliorant les conditions de la garde avec souvent la présence d'une secrétaire.

Néanmoins, un certain nombre de patients ne sont pas pris en charge de façon satisfaisante (c'est un avis personnel qui va certainement provoquer des remarques du style : « nous ne sommes pas des curés..., nous n'avons pas à

apporter des réponses à tous... le pavillon d'urgence peut les accueillir... ») cependant, l'effecteur mobile pourrait répondre à cette prise en charge pour ce type de patients. Celui-ci serait en soutien à une, deux ou trois MMG, pour des visites ciblées (définies par un cahier des charges strict) sur des territoires relativement importants, avec des indemnités kilométriques payées par « tiers payant » et une rémunération d'astreinte intéressante afin d'avoir des médecins volontaires.

Un exemple ; la personne grabataire en EPHAD, avec une fièvre à 39.5° : actuellement elle est transportée vers un pavillon d'urgence par une ambulance. L'effecteur mobile ne permettrait-il pas d'apporter une réponse immédiate plus adéquate ?

L'Isère s'est portée volontaire (Conseil de l'Ordre et Fipsel) pour mettre en place cet effecteur mobile à titre expérimental. Pour les secteurs intéressés par cette initiative nous sommes à disposition pour monter ce projet avec eux.

Dr Pascal Jallon



Les maisons médicales de *garde*

*Dr Philippe Lagrange,
président de la Fipsel*

Histoire

Il y a une douzaine d'années, les difficultés croissantes de la PDS se sont traduites par des modifications profondes du système: indemnités d'astreinte, resectorisations, modifications des horaires, maisons médicales de garde (MMG).

De toutes ces nouveautés, la MMG se distingue largement des autres, par une gestion optimale des « demandes de soins non programmés » (DSNP = demandes de consultation aux heures de PDS). Cette gestion cumule à la fois: maintien d'une bonne qualité d'offre de soins, économie pour la société, et soulagement des effecteurs.

En France, on comptait trois maisons médicales de garde en 2000, six en 2001, une quarantaine en 2002, deux cents en 2005. Plébiscitées par la population et par les médecins, elles ont été vite soutenues par les syndicats et par l'État: financements dès 2001 (FAQSV, puis FIQCS, puis FIR), rapport J.-Y. Grall (2005), cahier des charges en 2007⁽¹⁾. Leur nombre actuel varie un peu selon l'acception du terme MMG par les auteurs, le chiffre de 400 est classique.

En région Rhône-Alpes, il existait en 2012 une vingtaine de MMG subventionnées, et une vingtaine non financées.

En Isère, alors que pendant trente ans notre département était pilote en matière de PDS (le Gmur, l'Adamu libérale...), la situation est devenue très difficile au cours des années 2000: crise de la régulation, multiplication des petits secteurs fragiles, et aucune MMG. Issue de l'Adamu, la Fédération iséroise pour la permanence des soins en exercice libéral (Fipsel) est née dans la deuxième moitié des années 2000. Après sa mise en place, la Fipsel a multiplié dès 2009 les initiatives tous azimuts: reconstitution de l'AMRLI (cf. article p. XXX), resectorisations, et création rapide de MMG (une par an). Ainsi en 2013 chez nous, on recense maintenant quatre MMG financées: Vienne, Vizille, Grésivaudan, et les Abrets.

Caractéristiques d'une MMG

Typiquement, la MMG est un local où la médecine générale ne se pratique qu'aux

heures de PDS (mais le local peut servir à d'autres usages aux heures ouvrables: PMI, médecine du travail...). En Isère, l'Ordre est très attaché à cette condition, pour des raisons déontologiques.

Selon le cahier des charges des MMG⁽¹⁾, tout point du secteur peut être jusqu'à 35 km de la MMG. Si la MMG est au centre de son secteur, cela permet de couvrir un territoire beaucoup plus grand que nos secteurs traditionnels. Ce caractère central est un élément critique des projets étudiés par l'ARS avant validation. La MMG doit fonctionner avec les médecins installés sur le secteur. Le Cahier des Charges attend un nombre conséquent de praticiens attachés à cette MMG (pour assurer une viabilité prolongée...): un minimum de vingt effecteurs est souvent cité. Par exemple chez nous: à Vizille on compte 34 effecteurs, à Vienne 38, dans le Grésivaudan et aux Abrets on compte une soixantaine de médecins.

La facilité de l'accès de la MMG est imposée par les instances publiques: transports en commun, et fléchage. Le fait que ce lieu soit connu des institutions, des médecins, des pharmaciens locaux, et de la population, est un avantage par rapport à un cabinet de médecin de garde (moins facile à trouver). Cela se ressent à la régulation: la formule MMG ramène des malades à consulter près de chez eux plutôt qu'aux urgences.

Dans la plupart des MMG de l'Isère, il y a une secrétaire présente aux heures les plus chargées. Celle-ci délivre le médecin de garde des sujétions d'accueil et de formalités administratives. De plus, le médecin ne se déplace plus (ou seulement pour les SDT et les constats de décès en Isère), permettant là encore une économie de temps non soignant pour le praticien.

Le financement de transports des malades vers la MMG est prévu, mais son organisation est à la charge des MMG et des taxis: cela pénalise cette prestation, finalement peu utilisée. Beaucoup plus utile serait (pour la régulation, pour les malades, et pour les MMG) une prise en charge par des ambulanciers privés. C'est une revendication nationale de syndicats médicaux très représentatifs, et déjà le dernier cahier des charges de la PDSA Rhône-Alpes l'envisage.

L'informatisation harmonisée par l'ARS, avec transmission de tous les actes au siège de l'Agence, lui donne une lisibilité inégalable de l'activité locale de la PDS.

Cette lisibilité est particulièrement appréciée par nos décideurs en matière de santé et de finances publiques...

Enfin théoriquement, gravé dans le marbre des textes, le fonctionnement de la MMG suppose des mesures pour freiner les accès directs: obligation de passer par la régulation du 15, refoulement des DSNP qui peuvent attendre les heures ouvrables... Le but est de limiter les actes non indispensables au tarif de la PDS. Mais dans toutes les MMG, cet objectif est très loin d'être atteint: non seulement il est très « effecteur-dépendant », et « régulation dépendant », mais il se heurte aussi à des résistances fortes: responsables, population, élus,

Pourquoi un tel succès ?

Tout changement occasionne des réactions indésirables, apportant son lot de regrets et de laissés pour compte. L'innovation des MMG se distingue de toutes les réformes citées au premier paragraphe, par l'exception de ses « effets collatéraux », et par l'unisson des satisfactions: ARS, Centre 15, Ordre, population, élus, médecins remplaçants, et bien sûr effecteurs.

L'ARS fait des économies d'indemnités d'astreinte, du fait de la diminution du nombre de secteurs. ARS, Centre 15, et Ordre, constatent une PDS qui marche mieux, avec une réponse aux DSNP plus efficace. Pour la population et les élus (qui sont responsables de la sécurité de leurs concitoyens), la MMG rassure, avec une offre de soins ressentie comme plus disponible, pratique, confortable, et pérenne. Et *last but not least* – sauf erreur – pas un seul médecin qui connaît l'avant et l'après de la MMG ne veut revenir en arrière:

- Désagrément bien moindre de la garde: pas de visite, aide d'une secrétaire, plus de matériel (pour certaines MMG), et plus d'actes en garde (apprécié par une majorité de médecins).
- Moindre fréquence des gardes, grâce au plus grand nombre d'effecteurs.
- Grande facilité pour se faire remplacer.

Souhaitons que nos tutelles continuent avec clairvoyance le soutien des MMG existantes, et nous permettent d'en ouvrir d'autres.

⁽¹⁾ Circulaire DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B no 2007-137 du 23 mars 2007

⁽²⁾ « Les Maisons médicales de garde », rapport du Dr Jean-Yves Grall, juillet 2006.



La régulation en *Isère*

*Dr Philippe Lagrange,
vice-président de l'AMRLI*

Il y a l'évolution du paradigme de la PDS, dans lequel les généralistes ne peuvent plus remplir un sacerdoce aux disponibilités extrêmes d'antan. Il y a la démographie défavorable des médecins généralistes.

Et il y a l'évolution des comportements de la population, laquelle s'adresse de plus en plus directement au 15, pour un conseil médical quand leur médecin traitant ne répond pas tout de suite.

Ces bouleversements rapides ont placé – en deux décennies à peine – la régulation libérale dans une position éminente au sein du dispositif de l'offre de soins de premier recours. Pour faire face à cette véritable révolution, des nouveaux concepts ont dû être trouvés, et acceptés, par tous les acteurs concernés : AMU, médecins généralistes, syndicats, Ordre, pompiers, ARS, et bien sûr les régulateurs eux-mêmes :

- Respect des nécessités spécifiques aux régulateurs libéraux
- Reconnaissance de leur association
- Soutien administratif
- Formations généralistes adaptées
- Accueil personnalisé à l'arrivée de chaque nouveau régulateur
- Harmonisation des pratiques, et mutualisation des moyens, au-delà du département

Historiquement, l'Isère était à la pointe de la régulation libérale : le premier généraliste est venu réguler au Centre 15... en 1974 ! Corollaire : l'Isère a été le premier département à être touché – de plein fouet en 2003 – par cette crise de croissance, avec une carence d'effectif sidérale, et une incomplétude des plannings dramatique. De cette crise est née la Fipsel (cf. article sur les MMG ci-contre).

La Fédération a été un lieu de réflexions de tous les acteurs de la PDS, et ses actions sont soutenues par sa large représentativité. Après des débuts difficiles, en 2011 profitant de la loi HPST, la Fipsel put faire renaître l'Association des médecins régulateurs de l'Isère (AMRLI). Grâce à la reconnaissance renforcée des libéraux par l'ARS, grâce à un soutien financier sans précédent de

La régulation libérale a une position éminente dans le dispositif de soins de premier recours

celle-ci, portée par toutes les composantes de la Fipsel (Ordre, syndicats, associations), et encouragée enfin par la direction du CHU autant que par la DD38, l'association a montré une vitalité exceptionnelle. Il faut saluer l'énergie, la conviction, et le dévouement désintéressé du bureau (Patricia Nalpas, Jean-Michel Blanc, Jean-Louis Chabert, Benoît Serraz, Jean-François Roux). Avec lui, les besoins des régulateurs ont été entendus dans toutes les directions précitées : autonomie, respect des spécificités des régulateurs, revalorisation, accueil des nouveaux...

Parallèlement, la Fédération des Associations des régulateurs libéraux de Rhône-Alpes (FARL-RA) soutenait des formations spécifiques, et une harmonisation régionale de nos pratiques.

On revenait de loin, il s'agissait de défendre notre régulation iséroise : contre le risque de délocalisation sur d'autres départements, et/ou contre le risque d'être remplacé par des non médecins généralistes... pour le plus grand mal de notre régulation : car si le législateur depuis un quart de siècle confie (contre vents et marées !) la régulation de la PDSA aux généralistes, c'est bien parce que leur exercice d'omnipraticien apporte une expérience inégalée, pragmatique, de la régulation.

Le résultat en deux ans est sans appel : effectifs passés de 20 à 55, plannings remplis à 100 %, coordination hospitalo-libérale structurée dans un respect mutuel (avec convention et rencontres fructueuses), avancées des conditions de travail des régulateurs : complétude des plannings, souplesse des choix, information et débats, formations...

Pourquoi régule-t-on ? Quand on leur pose la question, nos collègues arguent

le côté : « *intéressant, gratifiant, et stimulant intellectuellement ; et aussi enrichissant, valorisant, et approfondissant leur expérience.* »

Si l'acte de réguler est le quotidien généraliste, la régulation de la PDSA est un bon tremplin pour sortir du cadre du cabinet, et développer sa pratique. Le contexte est motivant :

- participation à une tâche de plus en plus utile, qui s'intègre bien dans une activité de cabinet libéral, et d'effecteur de terrain ;
- diversité des pathologies ;
- ouverture sur l'activité des confrères installés ;
- interactivité avec collègues, et hospitaliers : travail d'équipe, favorisé par la configuration "open space" du Centre 15, et par des moyens puissants ++ ;
- économie de fatigue physique, par l'absence de temps soignant ;
- groupes d'échange de pratique, et vie associative ;
- enfin, horaires très souples, pour citer un des plus anciens des régulateurs : « J'ai trouvé dans la régulation une diversification de mon activité, avec une quantité de travail modulable me permettant de faire face à un projet familial ».

Notre régulation est sortie de l'ornière. Mais il reste des challenges à relever.

Il y a la croissance accélérée de l'AMRLI, qui ne va pas sans problème d'adaptation. Un *New Deal* est à découvrir entre les membres de l'association. Avant on demandait un effort de remplissage du planning ; maintenant c'est un effort de partage du planning, dont on recherche des solutions.

Il y a la fragilité des acquis : coordination avec le Centre 15 à consolider, formations à pérenniser, visibilité du soutien administrato-financier (de l'ARS) à trouver...

Et enfin il y a la vigilance nécessaire pour que ne faiblisse pas l'engouement de nos médecins à assurer dans la qualité ce travail passionnant qu'est la régulation. Pour cela, il convient toujours plus : d'éviter les mesures inutiles et décourageantes, de respecter leur autonomie, de reconnaître leur travail, de faciliter leurs conditions d'exercice.

Souhaitons que nos décideurs, et la communauté médicale, partagent ce sentiment.



L'urgence préhospitalière

L'urgence préhospitalière s'organise au quotidien à l'échelle d'un département. Mais des collaborations interdépartementales sont bien entendu possibles, et même assez fréquentes.

Pr Vincent Danel,
Samu 38
Centre 15 de l'Isère

Son organisation repose pour l'essentiel sur deux référentiels nationaux récents : l'un porte sur la répartition des missions entre SDIS et Samu¹, l'autre porte sur le rôle des transporteurs sanitaires privés dans l'urgence préhospitalière². Plus récemment, le cahier des charges régional des médecins correspondants du Samu (MCS) est venu compléter le dispositif.

La régulation de l'aide médicale urgente (AMU) et du secours à personne (SAP) fait l'objet en Isère d'une collaboration étroite entre le SDIS³ et le Samu⁴. Les deux plateformes d'appel, Centre de traitement de l'alerte (CTA) pour les sapeurs-pompiers (18-112), situé à Fontaine, et Centre 15 pour le Samu, situé au CHU à La Tronche, sont interconnectées aux plans informatique, téléphonique et radiophonique, de façon à constituer une plateforme « virtuelle » de traitement des appels. L'idée générale qui sous-tend cette interconnexion ainsi qu'un certain nombre de procédures partagées entre les deux services est de donner une même réponse adaptée à la détresse, que l'appel initial soit arrivé au CTA ou au Centre 15. Il existe une volonté commune de rendre les deux services complémentaires et non pas redondants ou concurrents. Au Centre 15, il appartient à l'assistant de régulation médicale de trier l'appel et de le qualifier en urgence avérée évidente justifiant le départ réflexe de moyens, ou bien en urgence à faire réguler a priori par le médecin régulateur urgentiste. L'opérateur du CTA peut de même déclencher un départ réflexe de moyens, conformément à une procédure partagée SDIS-Samu ou bien instaurer une conférence téléphonique avec le Centre 15 pour régulation médicale.

Les moyens de réponse du SDIS sont les secouristes, en majorité des sapeurs-pompiers volontaires, de la centaine de centres d'incendie et de secours du département, et les infirmiers sapeurs-

pompiers dont une douzaine environ sont en permanence disponibles sur le département. Les infirmiers sapeurs-pompiers sont des infirmiers « protocolés » qui vont intervenir le plus souvent seuls hors présence médicale en soutien de sapeurs-pompiers secouristes. Leurs protocoles ont été rédigés et validés conjointement par le SDIS et le Samu et avaient été soumis à l'approbation du CDOMI. Il y a peu de médecins sapeurs-pompiers opérationnels en Isère.

Les moyens médicaux du Samu sont représentés par les différents Smur⁵ de l'Isère : Grenoble, Voiron, Bourgoin-Jallieu, Vienne. Auxquels il faut ajouter les Smurs des départements voisins souvent sollicités comme Romans, Lyon, Chambéry par exemple.

Les moyens médicaux hélicoptères coordonnés par le Samu sont de deux ordres : d'une part un hélicoptère propre au Samu (EC 135, le blanc), surtout engagé dans des transferts interhospitaliers au niveau de l'arc alpin, transferts le plus souvent centripètes, d'un hôpital général vers le CHU de Grenoble ; d'autre part les hélicoptères de la Sécurité civile (EC 145, rouge et jaune). Une équipe du Smur de Grenoble est présente tous les jours de l'année sur la base de la Sécurité civile du Versoud. Un hélicoptère supplémentaire est présent à L'Alpe-d'Huez pendant 4 mois l'hiver et 2 mois l'été ; il est également médicalisé par un médecin du Smur de Grenoble avec l'aide de l'ANMSM⁶. Les hélicoptères de la Sécurité Civile font pour l'essentiel des interventions « primaires » et sont les acteurs dédiés du secours en montagne ou sur domaine skiable. Le secours en montagne, qui fait l'objet d'un plan préfectoral, annexe du plan Orsec, s'appuie aussi bien sûr sur les unités spécialisées du PGHM⁷ et de la CRS⁸ Alpes, en garde alternée une semaine sur deux. Les autres moyens disponibles pour le Centre 15 sont les transporteurs sanitaires privés, organisés en garde départementale à peu près aux heures de la PDSA, sauf le samedi où il n'y a pas de garde. La profession est en train de s'organiser pour proposer bientôt des

moyens disponibles au Centre 15 24h/24h. Il existe actuellement quatorze secteurs de garde ambulancière dans le département. Enfin, les Médecins Correspondants du Samu, vingt-trois actuellement en Isère, sont des médecins généralistes formés à la première urgence et dotés du matériel adéquat. Ils sont considérés par les textes réglementaires comme des « avant-gardes » du Smur ; tout déclenchement d'un MCS implique le déclenchement simultané d'un Smur terrestre ou hélicoptère.

Comme évoqué plus haut, la réponse à l'urgence s'efforce d'être adaptée. Le choix des moyens par le médecin régulateur (sapeurs-pompiers, Smur, MCS, infirmier sapeur-pompier, ambulance privée, etc.) intègre différents paramètres : la gravité avérée ou supposée de la situation, le lieu, la distance, les conditions de circulation, les conditions météorologiques, etc. Le doute et l'éloignement feront le plus souvent choisir des moyens d'emblée importants : on ne rattrape pas le temps perdu.

L'urgence préhospitalière fait l'objet de réunions de concertation fréquentes entre ses différents acteurs : réunions bimensuelles entre le SDIS et le Samu, comité mensuel de suivi de la garde ambulancière et sous-comité des transports sanitaires, réunions organisées par la préfecture autour du secours en montagne et sur domaine skiable, etc. Quelques chiffres enfin. L'urgence préhospitalière en Isère correspond chaque année environ au déclenchement de 10 000 Smur, dont 1 500 interventions hélicoptérées, à l'envoi de plus de 50 000 VSAV⁹ de sapeurs-pompiers et de plus de 18 000 ambulances privées.

¹ Organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente. Référentiel commun. 25 juin 2008.

² Organisation de la réponse ambulancière à l'urgence préhospitalière. Référentiel commun. 9 avril 2009.

³ Service départemental d'incendie et de secours.

⁴ Service d'aide médicale urgente.

⁵ Service mobile d'urgence et de réanimation.

⁶ Association nationale des médecins et sauveteurs en montagne.

⁷ Peloton de gendarmerie de haute montagne.

⁸ Compagnie républicaine de sécurité.

⁹ Véhicule de secours et d'assistance aux victimes.



L'accessibilité des locaux médicaux : vos obligations

À partir du 1^{er} janvier 2015, en application à la loi du 11 février 2005, pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », les établissements recevant du public (ERP), dont les cabinets médicaux devront être accessibles à toutes les personnes handicapées (que ce handicap soit auditif, cognitif, moteur, psychique ou visuel).

*Dr Pascal Jallon,
secrétaire général adjoint du
Conseil départemental de
l'Ordre*

Les cabinets existant avant 2007 doivent être accessibles aux handicapés le 1^{er} janvier 2015 (les plus récents devaient l'être depuis janvier 2011).

La loi prévoit des procédures de dérogation. Les demandes de dérogation, les demandes d'application des normes techniques spécifiques.

Les demandes d'autorisation pour réaliser des travaux dans un établissement existant se font à l'aide d'un formulaire CERFA N° 13824 intitulé « Demande d'autorisation de construire, d'aménager ou de modifier un ERP », si les travaux ne sont pas soumis à permis de construire (<https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa138245.do>)

Ou d'un dossier spécifique à joindre à la demande du permis de construire (<https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/getNotice.do>).

Les formulaires doivent être déposés en mairie où est implanté le local du professionnel de santé.

Trois types de dérogations sont prévus par la loi en cas d'impossibilité flagrante de rendre les locaux accessibles :

- impossibilité technique liée à l'environnement ou à la structure du bâtiment;
- préservation du patrimoine architectural;
- disproportions manifestes entre la

mise en accessibilité et ses conséquences.

Les dérogations sont accordées par le Préfet sur avis conforme de la CCDSA (Commission Consultative Départementale de Sécurité et d'Accessibilité).

Quelques cas particuliers

Lorsque l'ERP dans lequel vous exercez assure une mission de service public : local pour la permanence des soins, MMG, centre de santé..., les demandes de dérogation doivent obligatoirement être accompagnées de mesures de substitution.

Votre local est implanté dans un centre commercial : les règles communes s'appliquent. La catégorie de l'ERP sera celle du centre commercial (en général classé en 1^{re} catégorie, ce qui signifie que chaque mètre carré du local du professionnel de santé doit être rendu accessible).

Votre cabinet est au sein d'une copropriété : il doit également être mis aux normes d'accessibilité depuis la voie publique jusqu'aux différentes pièces du cabinet.

Les copropriétés sont des bâtiments d'habitation collectifs et doivent respecter en matière d'accessibilité les articles R.111-18-8 et R.111-18-9 du code de la construction et de l'habitation :

- Vous êtes seul propriétaire des locaux : Il faut obtenir une autorisation de travaux, même si les aménagements ne dépendent pas d'un permis de construire. Cette autorisation est à demander auprès de la mairie de votre commune d'activités.
- Vous êtes copropriétaire : L'autorisation de faire des travaux d'aménagement demande l'accord, en assemblée

Pour en savoir plus

- Guide établi par les ministères de la Santé et de l'Écologie avec la contribution de l'Ordre national des médecins « Les locaux professionnels de santé : réussir l'accessibilité - Être prêt pour le 1er Janvier 2015 »
- http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Reussir_accessibilite_O.pdf
- Les informations de l'Ordre des médecins : <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/accessibilite-des-cabinets-medicaux-1270>
- <http://vosdroits.service-public.fr/professionnels-entreprises/R10190.xhtml>
- http://www.developpement-durable.gouv.fr/Cadre-bati_26385.html

générale, des copropriétaires qui se basent sur le règlement de copropriété.

- Vous êtes locataire : Il faut prendre contact avec le propriétaire pour discuter de la réalisation et de la répartition du paiement des travaux

Nous avons l'année 2014 pour nous mettre en conformité ou demander une dérogation. Si celle-ci est accordée, elle est pérenne.



L'Isère est le cinquième département français où a été enregistré le plus de déclarations d'incidents (32 en 2012).

L'insécurité des médecins

*Dr Pascal Jallon,
secrétaire général adjoint du Conseil
départemental de l'Ordre*

En 2002 a été créé, au niveau du Conseil National de l'Ordre, « l'Observatoire pour la sécurité des médecins ». Lorsqu'un médecin est agressé, il doit remplir la fiche pour cet observatoire afin que l'on puisse enregistrer les agressions que subissent les médecins et surtout que des actions de prévention puissent être mises en place.

Ainsi on s'aperçoit que :

- le cabinet médical n'est plus un « sanctuaire », comme les écoles, les gendarmeries...

- la sécurité doit entrer dans nos cabinets afin de se protéger, « être vigilant ». Cet observatoire permet d'enregistrer les agressions, et a permis de mettre en place un protocole de sécurité qui va être signé, au niveau départemental, entre le préfet, le procureur et le Conseil de l'Ordre. Ce protocole permet de mettre en place des aides pour les médecins victimes d'agressions, d'avoir des actions de préventions... (3S: sensibilisation, sécurisation, solidarité)

En 2012, une enquête a été menée à partir des fiches envoyées sachant qu'elle ne représente que la partie « émergée de l'iceberg ». En particulier :

- les urgentistes hospitaliers sont fréquemment agressés et sont peu représentés dans le panel de l'observatoire (2 %).

- L'observatoire relève 77 % dans le cadre de l'exercice en ville, et seulement 16 % en établissement de soin (+4 % dans le cadre de service de prévention ou de contrôle).

- Le taux de « victimisation » (nombre de déclarations d'incidents par rapport au nombre de médecins en activité) se

situe à 0.4 % soit 4 médecins sur 1000 ont déclaré un incident au Conseil (0.9 % en Isère)

L'Isère est le cinquième département où a été enregistré le plus de déclarations (derrière la Seine-Saint-Denis, le Nord, Paris, la Loire) : 39 en 2010, 34 en 2011 et 32 en 2012.

De quels types sont ces agressions ?

(statistiques nationales mais qui sont significatives à celle du département) :

- les injures et les menaces font l'essentiel de ces agressions : 66 %,
- les vols ou tentatives de vols : 23 %,
- les agressions physiques : 12 %,
- le vandalisme : 11 %.

Profil des médecins victimes

Les généralistes représentent la majorité avec 54 %. Pas de spécialité semble plus agressée qu'une autre dans l'enquête.

Les hommes (53 %) sont autant victimes que les femmes (46 %) (versus 58 % d'hommes 42 % de femmes dans la population médicale), mais elles sont de plus en plus concernées, le pourcentage pour les femmes augmentant d'années en années (hausse de 9 points en 3 ans).

Le fait d'avoir un secrétariat ne semble pas être un facteur de dissuasion (65 %).

Le milieu rural est relativement protégé (14 %, versus 58 % en ville et 26 % en banlieue).

Les motifs de l'agression

- Un reproche relatif à la prise en charge (25 %),

- le vol (21 %),
- un refus de prescriptions : médicaments, AT... (17%),
- un temps d'attente jugé excessif (7 %).

L'agresseur dans 51 % des cas est le patient (17 % l'accompagnant, 12 % autres, 24 % NS).

A noter « seulement » 3 % des agresseurs étaient armés (le plus souvent couteau, simple canne, pistolet)

Les suites données à l'incident

- 8 % des agressions entraînent un arrêt de travail dont 2 % plus de 8 jours.
- 33 % déposent une plainte, et 15 % une main courante. 52 % ne font rien.

Quelle conduite à tenir suite à une agression ?

- Porter plainte à son commissariat,
- prévenir le Conseil de l'Ordre,
- remplir le formulaire de déclaration d'incidents,
- éventuellement demander un rendez-vous au Conseil de l'Ordre de l'Isère pour un soutien et pour les suites à donner (le Conseil peut s'associer à votre plainte),

Un référent sécurité devrait être présent dans les commissariats et gendarmerie, à l'écoute des médecins

Un guide pour la sécurité est téléchargeable sur le site du Conseil National (<http://www.conseil-national.medecin.fr>)

Des réunions de préventions, d'acquisition d'outils pratiques de gestion de crise pourrait être organisés. Si vous êtes intéressé merci de nous envoyer un mail à isere@38.medecin.fr



Observatoire pour la sécurité des médecins: recensement national des incidents

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

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

Événement survenu le:

L M M J V S D ____ / ____ / 200____, à _____ heures.

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

IDENTIFICATION DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL



Vous êtes médecin spécialiste en _____ (à compléter)

Vous êtes une femme un homme

Qui est la victime de l'incident?

Vous-même

Un collaborateur

Autre (à préciser) _____

Qui est l'agresseur?

Patient

Personne accompagnant le patient

Autre (à préciser) _____

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

Quel est le motif de l'incident?

Un reproche relatif à une prise en charge

Un temps d'attente jugé excessif

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

Le vol

Autre (à préciser) _____

Pas de motif particulier

Atteinte aux biens

Vol

Objet du vol : _____

Vol avec effraction

Acte de vandalisme

Autre (à préciser) _____

Atteinte aux personnes

Injures ou menaces

Coups et blessures volontaires

Intrusion dans le cabinet

Autre (à préciser) _____

Cet incident a eu lieu...

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

Au cabinet

Ailleurs (à préciser) _____

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

Établissement public Établissement privé

Dans un service d'urgence

Ailleurs (à préciser) _____

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

À préciser : _____

À la suite de cet incident, vous avez :

Déposé une plainte

Déposé une main courante

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

Oui: (indiquer le nombre de jours) _____

Non

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

Oui

Non

L'incident a eu lieu...

En milieu rural

En milieu urbain, en centre ville

En milieu urbain, en banlieue

Déclaration d'incident

remplie le ____ / ____ / 201 ____

Je désire rencontrer un conseiller départemental

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



En Isère, 42 signalements d'agressions avec 20 dépôts de plainte ont été enregistrés en 2013

Le soignant confronté

Dr Olivier Roux, président du Conseil départemental de l'Ordre des Médecins de l'Isère

La sécurité des médecins est devenue un réel problème qui va au-delà d'un simple ressenti de notre profession.

Nous souhaitons apporter notre témoignage de président de Conseil départemental de l'Ordre pour

- présenter la situation, une sorte d'état des lieux, et rapporter quelques expériences,
- présenter la position des autorités,
- et surtout alimenter une réflexion sur les causes de cette situation du point de vue du patient mais aussi de celui du praticien.

L'état des lieux

Les chiffres sont parlants et colligés systématiquement par les Conseils Départementaux et transmis à l'Observatoire de la Sécurité des médecins mis en place en 1998 par le Conseil National de l'Ordre. En France, 822 agressions en 2011, 798 en 2012. Les MG représentent 56 % des praticiens agressés, mais les spécialistes sont de plus en plus concernés avec un taux passant 35 % en 2008 à 44 % en 2012 avec en tête les ophtalmologistes, puis les psychiatres. La Seine Saint-Denis est le département le plus impacté. L'Isère se trouve dans les 3-4 premiers départements en nombre d'agression et dans les 10 premiers en taux de victimisation de médecins

rapporté à la population du département. Il ne s'agit donc pas d'un ressenti d'insécurité comme certains politiques un peu angéliques ou cyniques le prétendent, mais d'un problème réel. Les agressions sont plus nombreuses en milieu urbain.

Dans l'Isère 43 signalements ont été faits en 2012 au CDO avec 21 dépôts de plainte auprès de la police et en 2013, 42 signalements avec 20 dépôts de plainte.

L'Observatoire de la sécurité des médecins a individualisé comme facteurs les plus fréquents induisant des violences à l'égard des médecins

- le reproche d'une mauvaise prise en charge, dont le délai à l'obtention d'un résultat est la cause la plus alléguée (25 % des incidents),
- puis les tentatives de vol,
- les refus de prescription et
- les temps d'attente jugés excessifs.

Voici quelques exemples départementaux marquants, sans vouloir faire la rubrique des faits divers :

- agression d'un praticien de médecine générale à coup de coupe-papier un samedi après-midi. Patient arrêté, mis en garde à vue, libéré de celle-ci après examen d'un confrère jugeant celle-ci incompatible avec son état (fracture du nez secondaire à son arrestation). Le lundi le praticien voit l'individu rôder près de son cabinet et informe CDO. Contact immédiat avec le procureur, nouvelle interpellation, comparution immédiate et condamnation à 6 mois de réclusion.

- bombe incendiaire dans un cabinet d'un quartier difficile.
- refus de visite par association d'urgentistes dans le quartier de la Villeneuve en raison de risques de vol et d'agression physique notamment après une course-poursuite par le fils d'une patiente dans les coursives de la Villeneuve pour agresser physiquement le médecin en visite.

- agression de médecins urgentistes dans des services d'urgence.

- Lors de la série règlements de compte sur l'agglomération il a 5 ans, les amis de la personne arrivée en état de mort apparente agressent les urgentistes et dégradent le service.

- Psychiatre agressé au CHU par une famille de gitans avec violences physiques et tentative d'homicide il y a presque deux ans.

- Cas récent d'un confrère menacé de mort par une famille considérée comme mafieuse par la police, à qui celle-ci a conseillé de déménager au lieu d'assurer sa protection et qui en a été tellement perturbé qu'il a déménagé dans une autre ville universitaire et vu sa vie personnelle bouleversée ; l'Ordre est intervenu auprès du procureur qui semblait tomber des nues.

- La multiplication des procédures engagées contre les médecins en particulier dans les CRCI si elles témoignent d'une meilleure et bienvenue prise en compte des droits des patients ne témoigne-t-elle pas également d'une violence morale vis-à-vis des praticiens quand les statistiques annuelles d'activité montrent que presque deux tiers des procédures sont rejetées.

Quelle est la réponse des autorités ?

▷ Judiciaires : sensibilisées au problème, elles sont prêtes à intervenir quand on les sollicite mais souvent éloignées du problème ; elles encouragent le dépôt systématique de plainte en cas d'agression.

▷ Policières : pas de considération particulière sur le fait que qu'un médecin apportant un service de soin à un individu puisse être empêché de le faire. Actuellement rien n'est pour faciliter un dépôt de plainte, les confrères semblent plutôt orientés vers le dépôt d'une main courante dont on connaît l'inutilité ; passez l'expression triviale mais les forces de police apparaissent comme blasées par les agressions.



à la violence

▷ Préfecture : sensibilisation manifeste au problème.

▷ Ordinales :

- Recueil systématique des agressions pour évaluer le niveau d'insécurité sur le terrain et transmission d'une fiche standardisée à l'Observatoire national.

- Mise en place au niveau national d'un protocole interordres-justice-police-ARS de coopération pour répondre aux agressions de médecins avec nomination au niveau de la direction de la sécurité départementale et de la gendarmerie d'un référent avec un numéro dédié, de la prise en charge et de la centralisation par l'ordre de la sécurité des médecins et de la facilitation des dépôts de plainte. Ce protocole après plus d'un an d'attente est en voie de signature dans les semaines qui viennent, mais après un véritable parcours du combattant de l'Ordre et interventions auprès du procureur et du préfet.

- L'Ordre se porte systématiquement partie civile dans les poursuites engagées contre les agresseurs ; parfois ceci est difficile en cas de comparution immédiate comme dans le cas de l'agression de notre confrère psychiatre au CHU il y a 20 mois où l'agresseur a été jugé et condamné avec sursis... avant que notre avocat ait pu intervenir

- Relations directes et personnelles avec le procureur, visites annuelles.

Quelques réflexions

Tout d'abord à propos des médecins victimes : ils doivent être entourés et aidés en particulier dans les agressions sévères qui sont déstructurantes et stressantes. Le signalement au CDO pour transmission à l'Observatoire de la Sécurité par fiche descriptive pour les vols et agressions verbales, la plainte auprès des services de police en cas de vol ou d'agression physique doivent être systématiques mais ne le sont pas toujours. Un accompagnement des victimes par les autorités (Conseil de l'Ord-

re, Direction hospitalière, employeur...) doit être systématique de même que si nécessaire un accompagnement psychologique. Le praticien n'ose pas toujours se retourner contre ses agresseurs, parfois par crainte comme dans notre affaire récente au CHU, mais aussi par respect pour sa fonction considérant que ce n'est pas son rôle ni son éthique de poursuivre un patient venu le solliciter pour des soins.

Cette violence à l'encontre des médecins témoigne de l'évolution d'une société ; il peut s'agir d'une réponse « réflexe » d'une population souvent frustrée dont la violence est un mode d'expression « naturel » mais force est de constater que :

- Le médecin n'est plus une icône respectée ; la demande médicale devient celle d'une banale prestation qui doit être immédiate, voire instantanée, prioritaire, devant répondre aux exigences (transport sanitaire, médicaments princeps, arrêts de travail, certificats complaisants) au détriment de la réglementation. En cas de refus le ton peut monter avec agression verbale voir plus. La formation du médecin à la réponse à l'agressivité du patient et à la gestion du stress mérite d'être développée comme elle a pu être mise en place dans des services d'urgence après des agressions (Cèdres 2006).

- Comme les forces de l'ordre ou les pompiers il est sûrement assimilé à une certaine forme d'autorité ou de pouvoir et est donc devenu une cible dans certains quartiers.

- Les patients voient également une obligation de résultat et font de la violence physique une réponse primaire à leur mécontentement comme le feraient des automobilistes irascibles après un banal accrochage.

- On a pu observer également des réactions violentes après expertise avec mise à sac d'un cabinet.

Cette violence est certainement égale-

ment le témoin d'un stress des patients confrontés à ce qu'il assimile comme une situation de violence, maladie, décès d'un proche, geste chirurgical qui reste quel qu'il soit assimilé à une situation à haut risque et peut engendrer une agressivité.

L'évolution de la pratique médicale est sûrement en cause dans cette montée d'agressivité. Le médecin est victime de la charge administrative que l'évolution de sa pratique lui impose et de la démographie médicale sinon comment expliquer la première place des ophtalmologistes comme spécialistes agressés. On retrouve également là l'éthique et notre déontologie. La technicité ne doit pas éloigner de l'humain et on retombe sur la question de l'information obligatoire au patient pour recueillir son consentement aux soins doit être simple intelligible et loyale et toujours être adaptée et progressive. Le médecin doit s'impliquer personnellement dans cette information qui doit avoir lieu lors du colloque singulier et non être déléguée à son secrétariat. Le comportement du médecin doit être également adapté comme nous l'impose l'article 3 de notre code de déontologie ; même s'il est agressé verbalement le médecin ne doit pas rajouter de l'agressivité à l'agression ; comme mentionné plus haut, une formation à ces situations d'agressivité de façon à savoir faire retomber la pression est indispensable.

La confraternité et l'entraide doivent également se manifester vis-à-vis de nos confrères victimes de telles agressions ; ils doivent être reçus systématiquement par le président de la CME, le président du Conseil de l'Ordre rapidement après les faits de façon à avoir le sentiment d'être soutenus et défendus.

Retraite : le calendrier des démarches à effectuer

*Dr Pierre Chalandré,
trésorier adjoint du Conseil
départemental de l'Ordre*

Voici le calendrier des démarches à effectuer par le praticien lorsqu'il prévoit son départ en retraite.

7 mois avant la date prévue de cessation d'activité

Caisse de sécurité sociale

Lettre à adresser à la Caisse primaire d'assurance-maladie pour :

- demander l'envoi du dossier réglementaire de départ à la retraite.
- prévenir de la date de cessation d'activité.

3 mois avant la date de cessation d'activité

1. CARMF

Lettre pour demander le formulaire de demande d'attribution de retraite en confirmant la date d'effet de la retraite. Constitution du dossier avec éventuellement formulaires à joindre, par exemple :

- état des services militaires,
- justificatif d'avoir exercé au moins 10 ans une activité professionnelle,
- fiche d'état civil familiale authentifiée,
- Attestation du Conseil de l'Ordre certifiant la date de 1^{re} installation,
- Certification d'avoir écrit une lettre pour demander sa radiation du rôle de la taxe professionnelle (lettre à adresser au Centre des Impôts dont dépend le lieu d'exercice professionnel du praticien).

Faire viser tout le dossier par le président du Conseil de l'Ordre qui se charge de l'envoi à la CARMF.

2. Ircantec

(Adresse : 24 rue Louis-Gain, 94034 Angers Cedex).

Pour les anciens externes et internes des hôpitaux et chefs de clinique à la

faculté, attachés des hôpitaux, chargés de cours, toutes les activités pour les administrations, certains praticiens hospitaliers.

3. Régime général de sécurité sociale

Demander à la Cram le relevé de carrière pour toutes les activités salariées avant d'être médecin et pendant votre carrière.

4. CNRACL

(Adresse : rue du Vergue, 33059 Bordeaux Cedex).

Pour tous les praticiens hospitaliers

5. Autres régimes : Arco, Agirc, SNCF, etc. et régimes de retraite additionnelle

Demander l'imprimé de « demande d'allocation de retraite ».

1 mois avant la date de cessation d'activité

Urssaf

(Adresse : 1 rue des Alliés, 38034 Grenoble Cedex).

- Demander le numéro personnel d'allocation.
- Demander le formulaire de cessation d'activité et le renvoyer.

Le courrier adressé à l'Urssaf doit être en recommandé avec accusé de réception (évite les constatations de dates).

L'Urssaf renverra alors les doubles aux différentes administrations

Caisse primaire d'assurance-maladie

(Adresse : 2 rue des Alliés, 38100 Grenoble).

Lettre à adresser au Service des Relations avec les Professions de Santé, pour rappeler la date de cessation d'activité et demander son inscription sur le

fichier des retraités.

Conseil de l'Ordre des Médecins

(Adresse : 1A bld de la Chantourne - 38700 La Tronche).

Prévenir de la date de cessation de toutes activités libérales ou salariées.

Demander à rester inscrit au Conseil comme « Médecin retraité n'exerçant plus » ou demander sa radiation du Tableau.

Donner si nécessaire, son adresse personnelle.

Agence régionale de danté

(Adresse : Délégation Territoriale de l'Isère, 17-19 rue Commandant-L'Herminier, 38022 Grenoble Cedex).

Avertir de la fin d'activité.

Assurance responsabilité civile professionnelle

Lettre pour prévenir de la date de cessation complète d'activité médicale, si conservation d'une activité médicale, les contacter.

Dès la cessation d'activité

L'attestation de cessation d'activité établie par le Conseil de l'Ordre et la CARMF à envoyer :

- À l'Urssaf avec le formulaire rempli de cessation d'activité,
- À la Cram de Lyon pour prouver que le médecin fait valoir ses droits à la retraite,

Détruire ou rendre toutes les feuilles de sécurité sociale non utilisées et les tampons à encreurs nominatifs,

Remplir l'imprimé CFE qui le transmettra à l'ensemble des administrations.

Déclaration fiscale dans les 60 jours.



La protection sociale du médecin

Que vous soyez remplaçant ou installé, thésé ou non, il est important que vous sachiez que votre protection en cas de maladie, d'incapacité et d'invalidité est très différente de celle du salarié.

*Dr Jean-René Causse,
trésorier du Conseil
départemental de l'Ordre*

En tant que gérant d'une entreprise libérale, tous les frais inhérents à votre cabinet (loyer, matériel, secrétaire, revenus) dépendent de votre travail. Il est important de connaître votre protection et de prendre les bonnes décisions dès vos remplacements ou votre installation pour éviter des situations personnelles très difficiles à gérer. D'après un travail de thèse mené en 2013*, peu de médecins connaissent bien le fonctionnement de leur prévoyance :

« Je n'ai appris que récemment que je n'étais pas couvert par le risque accident du travail par la CPAM... » « Le délai de 90 jours de la CARMF est hallucinant ! » « J'ai eu un accident avec 5 mois d'arrêt de travail. J'ai perdu des indemnités car je ne savais pas qu'il fallait le déclarer immédiatement à la CARMF et ne pas attendre les 90 jours. »

Ce qui est prévu par les institutions

En premier lieu, sachez que le régime des PAMC de la CPAM ne vous couvre que pour ce qui est du remboursement des soins et actes médicaux. Contrairement à un salarié vous ne touchez

aucune indemnité journalière en cas de maladie pendant 90 jours, délai au-delà duquel la CARMF (votre caisse de retraite et prévoyance si vous êtes thésé) vous verse une indemnité largement insuffisante quand on connaît les frais de fonctionnement d'un cabinet médical. D'autre part pour être indemnisé, il vous faut déclarer cet arrêt à la CARMF au maximum dans les deux mois qui suivent le début cet arrêt et non passé ces 90 jours, faute de quoi vous perdez à nouveau 30 jours de carence dans les suites de la déclaration. Il est d'ailleurs conseillé de déclarer votre arrêt dès les premiers jours même si cela vous paraît a priori bénin car cela vous évite d'avoir à nouveau 90 jours de carence en cas de rechute. Vous perdez cette indemnité si vous reprenez à temps partiel. La CARMF vous versera une pension d'invalidité uniquement si vous ne pouvez plus exercer du tout (fermeture ou cession du cabinet). L'accident du travail et la maladie professionnelle ne bénéficient pas d'une prise en charge

Votre couverture sociale dépend de vous ! Sachez lire les contrats, évitez les pièges et faites marcher la concurrence

particulière par ces organismes.

La grossesse donne lieu à une prestation forfaitaire (3 086 € en 2013) de la CPAM destinée à compenser la diminution des revenus liée à l'état de grossesse ainsi qu'à une indemnité journalière (50,72 € en 2013) versée en cas d'arrêt total pendant le congé maternité (même durée que pour les salariées).

En gros pour une première grossesse avec 16 semaines d'arrêt total vous toucherez comme seul revenu 112 X 50,72€ + 3086€ soit 8 766 €. Si vous considérez que ce revenu servira en premier lieu à payer les charges fixes de votre activité pendant quatre mois vous verrez que ce qui vous reste pour vivre sera très insuffisant, même en trouvant un remplaçant.

« La couverture maladie à 90 jours est bien tardive ! N'ayant pas souscrit à une mutuelle par négligence, je me suis vue totalement refusée par la MACSF au cours de mon arrêt de travail temporaire pour maladie. » « Il faut savoir que débiter une assurance jeune et en bonne santé c'est plus facile que déjà malade, car la pathologie en est souvent exclue si on souscrit trop tard... il faut se payer cette assurance dès le début de l'installation, à la fois pour soit et pour la sérénité de sa famille... » « J'ai dû m'arrêter en 2008 pour une hernie discale qui a été opérée et ai découvert que je n'avais pas remis à jour mes indemnités journalières, ce qui m'a coûté cher. »

Ce qu'il vous appartient de faire

En l'absence de solution institutionnalisée, vous devez-vous « auto-assurer »

Des mutuelles et des assureurs proposent des contrats qui vous permettent de toucher une indemnité avant les 90 jours et de compléter les prestations CARMF ensuite. Il faut souscrire ce type de contrat dès le début de votre activité (même remplaçant), car il est beaucoup plus difficile d'être accepté par l'assureur une fois que vous avez eu un problème de santé (exclusions pour les pathologies concernées, voire pour l'appareil tout entier). La valeur de cette indemnité journalière est variable selon votre taux de cotisation et doit prendre en compte vos charges professionnelles mais aussi vos charges personnelles incompressibles (prêt, loyer, charges fixes du foyer, pension alimentaire etc.). Ces indemnités journalières vont devoir évoluer selon vos besoins : il faut impérativement réévaluer régulièrement vos prestations et votre contrat pour les



PRÉVOYANCE

adapter à votre situation professionnelle et personnelle (ce que beaucoup de médecins oublient de faire), car le risque est de toucher une indemnité inadaptée qui ne vous permet plus de faire face à vos charges. Là aussi essayez si possible de faire ces démarches tant que vous êtes en bonne santé pour la même raison que précédemment. Sachez que si vous commencez votre carrière avec des soucis de santé il vaudra mieux vous tourner vers les organismes mutualistes qui théoriquement n'usent pas des questionnaires de santé pour les personnes jeunes. Il existe également des contrats avec des dispositions spéciales pour les accidents du travail et maladies professionnelles, et il est possible de cumuler temps partiel et indemnité dans certains cas (le faire préciser par l'assureur). Le barème d'invalidité doit être adapté à votre profession. Enfin pour les femmes si vous envisagez une grossesse vérifiez que ce cas particulier est pris en compte dans le contrat (parfois non

considéré comme une maladie par l'assureur et donc exclu....

« Pourquoi pas 3 jours de carence comme tout le monde ! »

Souscrire un contrat ne suffit pas. En effet l'assureur appliquera toujours un délai de carence (8 jours minimum en maladie, mais peut aller jusqu'à 60 selon le contrat choisi), qui peut être réduit en cas d'accident ou d'hospitalisation. En cas d'accident survenu pendant une activité sportive, en cas d'accident climatique, en cas de pathologie psychiatrique (dépression...), en cas de grossesse, ces indemnités ne sont souvent pas versées (clauses d'exclusion). Pensez à interroger l'assureur sur ces différentes clauses si vous êtes plus à risque. Si vous avez une pathologie avant même d'avoir souscrit un contrat, vous aurez souvent des difficultés à être bien couvert.

Il vous faut donc épargner dès le début de votre activité pour couvrir ces diffé-

rentes situations car cela n'arrive pas qu'aux autres... Et vous aurez un pécule qui complétera votre retraite si vous n'avez pas utilisé cette somme pour un coup dur!

Il existe également une possibilité de passer un contrat entre plusieurs praticiens pour s'assurer mutuellement lorsque l'un d'eux tombe malade (système dit de tontine, clauses dans un contrat entre associés). Pensez-y car bien qu'insuffisant comme seul système de prévoyance, cette solution à moindre coût (pas de cotisation tant que personne n'est malade) peut vous permettre de pallier un délai de carence trop long de votre contrat de prévoyance ou d'être couvert pour des pathologies exclues.

En bref : votre couverture sociale dépend de vous ! Sachez lire les contrats, évitez les pièges et faites marcher la concurrence. Assurez-vous selon vos risques et selon vos besoins et ne comptez pas que sur l'assureur : épargnez!



SANTÉ PUBLIQUE

L'ARS Rhône-Alpes s'adresse aux médecins et aux pharmaciens

Depuis quelques mois, l'ARS Rhône-Alpes est destinataire d'un nombre relativement important de déclarations de médecins et de pharmaciens lui signalant la présentation dans les pharmacies de prescriptions falsifiées. Il s'agit, soit de documents intégralement élaborés par des faussaires, soit de documents de prescription établis initialement par un médecin puis surchargés.

Ces documents sont falsifiés afin d'obtenir en pharmacie la délivrance de médicaments appartenant à différentes classes thérapeutiques. Dans les déclarations reçues par l'ARS, les principaux médicaments concernés sont :

- des psychotropes (ex. : Clonazépam, Zolpidem...),
- des stupéfiants (ex. : Fentanyl avec tout particulièrement l'Instanyl®),
- de l'hormone de croissance (ex. : Norditropine®),
- des stéroïdes anabolisants (Androtard®, Andractim®), et la Gonadotrophine Chorionique Endo.

Ces faits sont particulièrement inquiétants en raison de l'usage détourné connu de ces médicaments (soumission chimique, toxicomanie, dopage)

qui représente un danger pour la santé publique. Aussi, il est demandé aux prescripteurs et aux pharmaciens d'être particulièrement vigilants et de déclarer aux autorités de police tout fait, dont ils auraient connaissance, qui relèverait de tels agissements (prescriptions falsifiées, surchargées...).

Je vous remercie de bien vouloir également en informer systématiquement l'ARS Rhône-Alpes en tant qu'autorité sanitaire. Pour ce faire, les informations sont à communiquer au service sécurité sanitaire des produits et des activités de soins (04 72 34 31 74 ou arsrhonAlpessecuresanitaire@ars.sante.fr).

Par ailleurs, je tiens à préciser aux professionnels de santé que mon attention a été appelée sur le fait que des pratiques non réglementaires sont notées également en ce qui concerne la prescription médicale et la délivrance de médicaments.

Ainsi, il est constaté que les modalités bien particulières de prescription et de délivrance inscrites dans le RCP (résumé des caractéristiques du produit) de certains médicaments ne sont pas respectées alors que ces dispositions

ont pour but de mieux encadrer l'utilisation de ces médicaments, notamment lorsqu'ils font l'objet d'un usage détourné.

Ceci est le cas, par exemple, du clonazépam, des hormones de croissance, des stéroïdes anabolisants et de la gonadotrophine chorionique endo.

Au vu des déclarations reçues par l'ARS, il apparaît aujourd'hui que de tels agissements non respectueux de la réglementation contribuent à faciliter le trafic de médicaments. Je vous demande donc d'être très vigilants et de respecter scrupuleusement les conditions de prescription et de délivrance des médicaments définies dans leur autorisation de mise sur le marché.

Conscient des difficultés rencontrées dans votre pratique professionnelle et assuré de votre implication dans la défense des intérêts de santé publique, je vous remercie pour votre aide dans la lutte contre les fausses prescriptions.

Françoise Prevosto, directrice de la santé publique, ARS Rhône-Alpes
Francoise.prevosto@ars.sante.fr



Les enfants et les écrits médicaux

LES ENFANTS ET LES ÉCRITS MÉDICAUX

L'ATTESTATION

- C'est l'écrit de M. ou M^{me} TOUTLEMONDE.
- Un médecin peut la rédiger avec précaution :
 - sans utiliser son papier à en-tête ;
 - sans y faire figurer aucun argument médical ;
 - sans y apposer son tampon professionnel.
- Elle est rédigée sur papier libre ou en utilisant le formulaire Cerfa 11527*2.
- Il faut penser à en conserver un double.

+ D'INFOS :
Articles 200 à 202 du code de procédure civile

LE SIGNALEMENT

Le médecin peut être amené à effectuer un signalement s'il se trouve en présence d'un mineur en situation de danger (sévices certains ou quasi-certains, maltraitance, troubles de santé, troubles affectifs). Dans son signalement, le médecin décrit la situation et l'état de l'enfant, sans mettre en cause une tierce personne. Ce signalement est transmis directement au procureur de la République ou au substitut du tribunal de grande instance du lieu de résidence habituel du mineur.

- Signaler est un devoir (articles 226-14, 2° et 223-6 du code pénal). L'article 226-14 du code pénal délègue le médecin du secret professionnel et l'autorise à alerter le procureur de la République.
- Signaler est une obligation déontologique (articles 43 et 44 du code de déontologie médicale).

L'INFORMATION PRÉOCCUPANTE

Si le médecin a des doutes sur la situation d'un enfant en danger ou en risque de danger, mais qu'il lui semble prématuré d'émettre un signalement, il peut adresser une information préoccupante à la Cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation de l'information préoccupante (Crip), placée sous la responsabilité du président du conseil général.

Ces courriers sont envoyés sous pli fermé par lettre recommandée (avec accusé de réception). Pensez à en conserver un double.

+ D'INFOS :
Le Cnom a édité un modèle-type de signalement. Pour le télécharger : <http://www.conseil-national.medecin.fr/signaler-la-maltraitance-1258>



Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

CERTIFICATS MÉDICAUX POUR LES ENFANTS MINEURS

LES CERTIFICATS INCONTORNABLES OU OBLIGATOIRES

- Les certificats de naissance et les certificats de santé.
- Les certificats de décès.
- Les vaccinations obligatoires.
- Non contre-indication à la pratique d'un sport (participation aux compétitions, obtention d'une licence sportive).
- Inaptitude totale ou partielle à l'éducation physique et sportive.
- Demande d'admission en maison départementale des personnes handicapées (MDPH).
- Constatations de coups et blessures ou de sévices. Ces certificats peuvent être suivis d'une information préoccupante ou d'un signalement au procureur.
- Les certificats pour absence et réintégration à l'école, à la crèche ou à la cantine en cas de maladie contagieuse uniquement.

COMMENT ÉCRIRE ET DÉLIVRER UN CERTIFICAT MÉDICAL

- Le certificat est rédigé sur papier à en-tête.
- Avant tout, il convient toujours de s'interroger sur la légitimité du demandeur et sur son but.
- Tout certificat doit être précédé d'un interrogatoire et d'un examen clinique.
- Un certificat ne relate que des faits médicaux personnellement constatés (F.M.P.C.).
- Un certificat ne doit pas mettre en cause de tiers.
- Attention au respect du secret médical (en particulier, dans le respect du droit des enfants).
- Un seul certificat par enfant (le certificat, c'est personnel !).
- Le certificat doit être relu attentivement, signé de façon manuscrite et daté du jour de sa rédaction.
- Il est délivré au détenteur de l'autorité parentale (ou de la personne habilitée).
- Pensez à en garder un double !

CEUX QUI NE SONT PAS OBLIGATOIRES (À L'APPRÉCIATION DU MÉDECIN)

- Non contre-indication à la pratique d'un sport (hors compétition et si la personne dispose déjà d'une licence).
- Se méfier des demandes de certificat dans des circonstances familiales particulières (dans un cadre contentieux, garde des enfants, garde alternée, divorce par exemple).

CEUX QUE L'ON DOIT REFUSER

Le certificat médical ne peut pas être exigé pour :

- Attester une absence d'allergies sauf en cas de pathologie lourde.
- Attester la prise de médicaments si le mode d'administration ne présente pas de difficulté particulière (crèches, assistantes maternelles).
- Attester une absence à la cantine scolaire en dehors des cas de maladie contagieuse.
- Attester de la virginité d'une personne.
- Une activité scolaire (participation à l'enseignement de l'éducation physique sportive, sorties scolaires).
- La réintégration d'un enfant dans une crèche (hors maladie contagieuse).
- Les demandes diverses sans raison médicale et non prévues par un texte (éviter l'immixtion dans les affaires de famille). Attention aux demandes illégales réclamées par un tiers non détenteur de l'autorité parentale.

+ D'INFOS :
Rappel sur le bon usage des certificats médicaux : www.sante.gouv.fr/rapport-sur-le-bon-usage-des-certificats-medicaux.html
Code de déontologie médicale et ses commentaires articles 28 (complaisance) 51 (omission) et 76 (rédaction) : www.conseil-national.medecin.fr

Certificats médicaux : quand et comment les établir

CERTIFICATS MÉDICAUX 12 CONSEILS

POUR LA DÉLIVRANCE D'UN CERTIFICAT MÉDICAL

- 1 Sur papier à en-tête
- 2 Qui le demande, pourquoi ? pour qui ? Est-il obligatoire ?
- 3 Interrogatoire et examen clinique indispensables
- 4 Uniquement les FMPC (Faits Médicaux Personnellement Constatés)
- 5 Les doléances du patient... que si elles sont utiles... avec infiniment de prudence, au conditionnel, et entre guillemets
- 6 Aucun tiers ne doit être mis en cause
- 7 Dater le certificat du jour de sa rédaction même si les faits sont antérieurs
- 8 Se relire et apposer sa signature manuscrite, tampon éventuel
- 9 Remettre le certificat en main propre. Jamais à un tiers sauf exceptions légales.
- 10 Garder un double dans le dossier du patient.
- 11 Savoir dire « NON » aux demandes abusives ou illicites
- 12 Si besoin, se renseigner auprès de son conseil départemental.

Commentaires de l'art.76 du code de déontologie médicale
www.conseil-national.medecin.fr



Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

CERTIFICATS MÉDICAUX

LES PRINCIPAUX CERTIFICATS OBLIGATOIRES (prévus par la Loi et les règlements)

- Naissance et certificats de santé de l'enfant
- Vaccinations
- Certificats destinés à obtenir des avantages sociaux (maternité, maladie...)
- Accident de travail
- Maladie Professionnelle
- Demandes de pensions militaires et invalidité
- Protection juridique
- Certificats pour soins psychiatriques
- Coups et blessures, sévices
- Réquisition sauf récusation
- Décès
- Les certificats non obligatoires : (à l'appréciation du médecin)
- Certificats susceptibles de donner droit, autres que ceux obligatoires
- Non contre indication à la pratique d'un sport

• Ce qui n'est pas un certificat :

- une attestation remise en main propre pour faire valoir un droit
- un signalement directement adressé au Procureur

• Les certificats qu'il faut refuser :

- Manifestement abusifs (simple absence scolaire...)
- Réclamés par un tiers, sauf exception légale
- Illicites (complaisance, faux certificats...)

+ D'INFOS :

Simplification administrative de l'exercice libéral : rationalisation des certificats médicaux : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/331_annexe_certifs_medicaux.pdf

Certificats médicaux, mode d'emploi

Dr Pascal Jallon, secrétaire général adjoint du Conseil départemental de l'Ordre

Le certificat médical ne se justifie que s'il a une raison médicale.

Il n'est obligatoire que si un texte législatif ou réglementaire l'exige. Dans de nombreux autres cas, il n'est pas nécessaire.

Réduire le nombre de certificats médicaux, c'est laisser du temps au médecin pour soigner ses patients.

Le certificat médical peut être exigé par exemple, pour constater :

- une maladie contagieuse ;
- un décès ;
- un handicap ;
- ses lésions et traumatismes.

Le certificat médical ne peut pas être exigé, par exemple, pour :

- attester une absence d'allergie ;

- une activité scolaire (participation à l'enseignement de l'éducation physique et sportive (EPS), sorties scolaires) ;
- la réintégration d'un enfant dans une crèche ;
- les demandes diverses sans raison médicale et non prévues par un texte (exemple : travaux à réaliser dans une HLM, etc.).

Quelques cas pratiques

Qui ?	Pourquoi ?	Non	Oui	Remarques et références
Enfants	Prise de médicaments • Assistantes maternelles • Crèche	X		Dans le cas d'un médicament prescrit, lorsque son mode de prise ne présente pas de difficultés particulières ni de nécessité d'apprentissage et lorsque le médecin n'a pas prescrit l'intervention d'un auxiliaire médical, l'aide à la prise du médicament est considérée comme un acte de la vie courante. Ainsi, l'autorisation des parents, accompagnée de l'ordonnance médicale prescrivant le traitement suffit à permettre aux assistantes maternelles d'administrer les médicaments requis aux enfants qu'elles gardent. Article L. 4161 1 du Code de la santé publique ; avis du Conseil d'État du 9 mars 1999 ; circulaire DGS/PS3/DAS n° 99-320 du 4 juin 1999 relative à la distribution de médicaments.
	Allergies • Absence d'allergie • Régimes alimentaires	X	Certificat médical en présence d'une pathologie lourde et dans le cadre du protocole d'accueil individualisé (PAI)	Il est impossible médicalement d'exclure a priori toutes allergies. En cas d'allergie nécessitant un régime alimentaire spécial, un certificat médical est nécessaire. Bulletin officiel n° 34 du 18 septembre 2003, accueil en collectivité.
	Cantines scolaires			Certificat médical en cas de maladie contagieuse
Crèches	• Absences de moins de 4 jours	X		La production d'un certificat médical n'exonère pas la famille du paiement de la crèche (délai de carence de 3 jours appliqué).
	• Réintégration • Absences sup. à 4 jours	X	X	La production d'un certificat médical exonère la famille du paiement. Lettre circulaire Cnaf n° 2011-105 du 29 juin 2011.
Obligations scolaires	• Absence à l'école	X	Certificat médical en cas de maladie contagieuse	L'exigence des certificats a été supprimée par l'Éducation nationale depuis 2009 (sauf maladie contagieuse). Décret n° 2009-553 du 15 mai 2009 ; rappel des règles de service EN n° 2009-160 du 30 octobre 2009. Cas des maladies contagieuses : arrêté interministériel du 3 mai 1999 et circulaire n° 2004-054 du 23 mars 2004.
	• Entrée à l'école maternelle et à l'école élémentaire	X		L'exigence des certificats a été supprimée par l'Éducation nationale depuis 2009. Seule l'attestation concernant les vaccinations obligatoires pour la scolarisation est exigée (carnet de vaccination, copie des pages « vaccination » du carnet de santé ou certificat médical). Décret n° 2009-553 du 15 mai 2009 ; rappel des règles dans la note de service EN 2009-160 du 30 octobre 2009.
	• Sorties scolaires	X		Aucun certificat n'est nécessaire lors de sorties ou voyages collectifs dans le cadre scolaire.

Qui ?	Pourquoi ?	Non	Oui	Remarques et références
Enfants	Éducation physique et sportive • Participation • Inaptitude	X	X	Circulaire n° 99-136 du 21 septembre 1999 et circulaires n° 76-260 du 20 août 1976 - rappel des règles dans la note de service EN n° 2009-160 du 30 octobre 2009. Un certificat médical doit préciser le caractère total ou partiel de l'inaptitude à l'EPS et mentionner sa durée. Le décret n° 88-977 du 11 octobre 1988 ; rappel des règles dans la note de service EN n° 2009-160 du 30 octobre 2009.
Personnes handicapées	Obtention d'un droit • Formulaire de certificat médical pour une demande auprès des maisons départementales des personnes handicapées • Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	Dans certains cas pas de nouveau certificat Le dossier de demande d'APA ne nécessite pas de certificat	Formulaire simplifié pour première demande de prestations ou aides financières	Toutes les demandes sont réunies dans un seul et unique formulaire disponible auprès de toutes les MDPH, valable pour toutes les prestations et aides financières pour lesquelles la CDAPH (commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) doit prendre une décision Arrêté du 23 mars 2009 Le remplissage de la grille AGGIR (Autonomie gérontologique de demande groupes iso-ressources) relève exclusivement de la responsabilité des équipes médico-sociales des conseils généraux. L'article R. 232-7 du code d'action sociale et des familles. prévoit que le médecin traitant peut être consulté par l'équipe médico-sociale du conseil général. À la demande de la personne âgée, le médecin peut assister à la visite.
Employeurs	Certificat d'embauche Reprise du travail Inaptitude au poste de travail	X X X		Le salarié bénéficie d'un examen médical avant l'embauche ou au plus tard avant l'expiration de la période d'essai par le médecin du travail Articles R. 4624-10 et suivants du code du travail. Le salarié bénéficie d'un examen de reprise du travail par le médecin du travail dans des cas listés. Articles R. 4624-21 et suivants du code du travail. Le certificat médical délivré par le médecin traitant n'est pas requis et n'a aucune valeur médicale. En application des articles L. 1226-2 et suivants du code du travail, il appartient au médecin du travail de constater l'inaptitude à exercer une des tâches existantes dans l'entreprise.
Décès	Déclaration du décès à l'état civil • Connaissance des causes du décès		Un certificat médical constatant le décès	L'autorisation de fermeture du cercueil ne peut être délivrée qu'au vu d'un certificat établi par un médecin, attestant le décès. Le certificat de décès existe en version papier ou en version électronique. Article R. 1112-70 du CSP ; articles L. 2223-42 et R. 2213-1-1 et suivants du Code général des collectivités territoriales.
Aptitude à la conduite	Dispense du port de la ceinture de sécurité dans un véhicule. Aptitude ou inaptitude médicale à la conduite	X X		L'examen médical prévu pour la dispense du port de la ceinture de sécurité est réalisé par un médecin agréé par la préfecture du département. L'établissement d'un certificat de dispense par le médecin traitant n'a aucune valeur légale. Arrêté du 21 février 1999 modifié relatif aux conditions d'établissement, de délivrance et de validité du permis de conduire. L'examen médical relève des médecins agréés par les préfectures pour le contrôle de l'aptitude médicale à la conduite. Il convient donc d'orienter les patients vers ces médecins. Le médecin traitant doit néanmoins informer son patient d'une éventuelle inaptitude médicale (définitive ou temporaire) à la conduite en rapport avec une pathologie ou une prescription médicamenteuse. Arrêté du 21 décembre 2005 modifié fixant les normes médicales incompatibles avec la délivrance ou le maintien du permis de conduire.
Pratique sportive	Licences sportives permettant la participation aux compétitions : • 1 ^{re} demande • Renouvellement Participation aux compétitions sportives organisées par les fédérations sportives : • Licenciés pour la même discipline ou activité sportive • Licenciés dans une autre discipline ou activité sportive ou non licenciés Licences sportives ne permettant pas la participation aux compétitions • 1 ^{re} demande de licence • Renouvellement d'une licence	Pas de certificat médical si production de la licence	Certificat médical datant de moins d'un an Certificat médical datant de moins d'un an Certificat médical datant de moins d'un an	La visite médicale pour pratiquer le sport a pour objectif de dépister des pathologies pouvant induire un risque vital ou fonctionnel grave, favorisé par cette pratique. Les articles du code du sport régissent les cas de demandes de certificats médicaux. Articles L 231 2 à L 231-3 du code du sport. Concernant les renouvellements d'une licence non compétitive : la fréquence du renouvellement du certificat médical est définie par chaque fédération sportive.
Autre cas	Le recours au certificat médical ne devrait être réservé qu'aux seuls cas prévus par les textes.			



Hospitalisation sous contrainte : modèles de certificats médicaux

Dr Christine Heyward-Blandin, présidente de la CME, Centre hospitalier Alpes-Isère

Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011
SOINS PSYCHIATRIQUES EN CAS DE PERIL IMMINENT

CERTIFICAT MEDICAL D'ADMISSION
Péril imminent – article L.3212.1 du C.S.P.

Je soussigné(e) _____
docteur en médecine, certifie avoir examiné
M _____
Né(e) le ___/___/___ à _____
et présentant les troubles suivants¹ :

En conséquence, j'estime que l'état de santé de M _____
nécessite son hospitalisation sans son consentement et impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier dans un établissement défini par l'article L3222-1 du code de la santé publique en application de l'article L3212-1 II 2° du code de la santé publique. J'atteste que je ne suis ni parent, ni allié au 2° degré inclusivement avec le Directeur de l'établissement accueillant ce malade, ni avec l'auteur de la demande d'admission, ni avec la personne à hospitaliser.

A _____, le ___/___/___

Signature et tampon

¹ Constaté l'état mental et indiquer les particularités de sa maladie

DEMANDE DE SOINS PSYCHIATRIQUES A LA DEMANDE D'UN TIERS
Article L.3212.1 et L3212.3 du C.S.P.

Je soussigné(e) :
Nom : _____
Prénom : _____
Date de naissance : ___/___/___
Adresse : _____
Téléphone : _____

Demande les soins sans son consentement de:
Nom : _____
Prénom : _____
Date de naissance : ___/___/___
Adresse : _____
Au Centre Hospitalier de _____

En qualité de :
 Membre de la famille (préciser le degré de parenté) : _____
 Personne susceptible d'agir dans l'intérêt du malade (préciser la nature des relations existant entre le demandeur et le malade) : _____

Demande déposée le ___/___/___ à _____ heure, auprès de : _____

Signature du demandeur : _____

Joindre photocopie d'une pièce justifiant l'identité du demandeur et de la personne hospitalisée (passeport, carte d'identité, livret de famille, jugement de tutelle ou curatelle, autre)

Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011
SOINS PSYCHIATRIQUES A LA DEMANDE D'UN TIERS

CERTIFICAT MEDICAL D'ADMISSION
Procédure normale – article L.3212.1 du C.S.P.

Je soussigné(e) _____
docteur en médecine, certifie avoir examiné
M _____
Né(e) le ___/___/___ à _____
et présentant les troubles suivants¹ :

En conséquence, j'estime que l'état de santé de M _____
nécessite son hospitalisation sans son consentement et impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier dans un établissement défini par l'article L3222-1 du code de la santé publique en application de l'article L3212-1 II 1° du code de la santé publique. J'atteste que je ne suis ni parent, ni allié au 2° degré inclusivement avec le Directeur de l'établissement accueillant ce malade, ni avec l'auteur de la demande d'admission, ni avec la personne à hospitaliser.

A _____, le ___/___/___

Signature et tampon

¹ Constaté l'état mental et indiquer les particularités de sa maladie

Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011
SOINS PSYCHIATRIQUES SUR DECISION D'UN REPRESENTANT DE L'ETAT

CERTIFICAT MEDICAL D'ADMISSION
Arrêté du Maire - article L.3213.2 du C.S.P.

Je, soussigné(e) _____
Docteur en médecine, certifie avoir examiné :
M _____
Né(e) le ___/___/___ à _____

Et avoir constaté les troubles suivants¹ :

J'estime que les troubles mentaux de M _____
nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public.
En conséquence, M _____ doit être admis en soins psychiatriques à temps complet sur décision du représentant de l'Etat au Centre Hospitalier de _____, conformément à l'article L.3213.2 du code de la santé publique.

A _____, le ___/___/___

Signature et tampon

¹ – décrire l'état mental



Dr Pascal Jallon,
secrétaire général adjoint du Conseil départemental de l'Ordre

Préfecture

Direction de la cohésion sociale

La direction départementale de la Cohésion sociale (DDCS) de l'Isère recherche des médecins pour :

- siéger dans les comités médicaux et les commissions de réforme,
- vérifier les conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires,
- réaliser des expertises.

Pour remplir ces missions les médecins doivent être inscrits sur la liste des médecins agréés généralistes et spécialistes du département établie par le Préfet. Les conditions à remplir sont les conditions suivantes :

- être âgé de moins de 65 ans,
- avoir au moins trois ans d'exercice professionnel,
- dont, pour les généralistes, un an au moins dans le département de l'Isère. L'agrément est donné pour une durée de trois ans. Il est renouvelable.

Les médecins agréés procèdent aux examens médicaux des fonctionnaires relevant de chaque administration de la fonction publique de l'État et de la fonction publique hospitalière. Ils peuvent éventuellement siéger au comité médical et à la commission de réforme, dont la DDCS assure le secrétariat. Des compétences en médecine agréée et en droit statutaire des agents des trois fonctions publiques sont conseillées.

La DDCS recherche plus particulièrement des médecins généralistes pour siéger à la commission de réforme et au comité médical mais également des médecins spécialistes exerçant dans les disciplines suivantes : rhumatologie, psychiatrie, ophtalmologie, médecine interne, neurologie, ORL, cardiologie pour la réalisation des expertises Les secteurs géographiques de Saint-Marcellin, mais également de tout le Nord-Isère sont particulièrement recherchés.

La rémunération des médecins agréés est fixée par un arrêté ministériel.

Pour toute information s'adresser à : Secrétariat du comité médical et de la commission de réforme : dd38-cmcr@isere.gouv.fr

Catherine Mathurin, Secrétaire générale adjointe : catherine.mathurin@isere.gouv.fr

Menace pour la santé des populations

L'agence régionale de santé de Rhône Alpes prévoit de mettre en place un numéro de téléphone régional unique permettant aux professionnels de santé libéraux, ou exerçant en établissements de santé ou médico-sociaux, de signaler tout événement susceptible de représenter une menace pour la santé des populations. Ce numéro, mis à disposition 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, permet aux signalants d'être mis en relation directe avec les professionnels chargés de la réception et de la gestion des signalements au sein de la délégation territoriale de l'ARS, présente dans votre département d'exercice, ou au siège de l'agence, à Lyon. Il n'a pas vocation à être diffusé au grand public. Pour obtenir ce numéro, se mettre en contact avec : ars-rhonealpes-communication@ars.sante.fr.

Information sur un cas de charbon

Un cas d'infection par le bacille de charbon est survenu chez un usager d'héroïne de Rhône-Alpes. Cette alerte s'inscrit dans un contexte européen, quatre autres cas confirmés d'infection grave à bacille de charbon dont deux décès, ont été constatés dans l'Union européenne (Allemagne et Danemark).

Beaucoup d'usagers de drogues développent des infections au niveau des points d'injection. Dans le cas des infections par le bacille du charbon, l'efficacité d'un traitement antibiotique est corrélée à la précocité de sa mise en route. Une fiche pratique est disponible : www.invs.sante.fr/publications/2005/guide_charbon/guide_charbon.pdf

N'hésitez pas à faire remonter toute situation d'usagers de drogues qui vous semblerait préoccupante sur le plan sanitaire en particulier pour un problème infectieux auprès du nouveau numéro unique 0810 22 42 62 ou par mail ars69-alerte@ars.sante.fr du point local régional de la cellule régionale de veille et de gestion des alertes sanitaires de l'ARS Rhône-Alpes.

Conseil départemental de l'Ordre

Nouvelle adresse postale

Conseil de l'ordre des médecins
1A chemin de la Chantourne
CS 20100, 38701 La Tronche

Rappel sur les certificats

Avant de rédiger un certificat posez-vous la question :

- Est-il obligatoire ? (voir liste)
- Est-il facultatif ? : à quoi va-t-il servir ?
- Est-il interdit ? : comportant une infraction au code de déontologie : complaisance, secret médical, immiscion dans les affaires familiales...

En cas de doute : appelez le conseil de l'ordre : 04 76 51 56 00, ou envoyez copie du certificat que vous souhaitez faire par mail : isere@38.medecin.fr

A propos des difficultés rencontrées par les médecins experts dans l'exercice de leurs missions

Le Conseil Départemental a été interrogé récemment, à plusieurs reprises, par des médecins experts quel que soit le type d'expertise (médecin agréé, assurance, judiciaire) de difficultés rencontrées dans l'exercice de leur mission : attitude de patients, de leur avocat qui demande d'assister aux examens médicaux, pouvant ne pas respecter l'intimité de la personne ou qui récusé systématiquement un avis sappeur.

Nous demandons à nos confrères experts de consigner dans leur rapport d'expertise, ou dans une note annexe, les difficultés rencontrées et d'en avertir systématiquement le Conseil Départemental.

Élèves stagiaires de 3^e

Suite à de nombreuses demandes, le Conseil de l'Ordre des médecins rappelle qu'il n'est pas possible de faire assister des élèves de 3^e (collégiens) à des consultations ou actes médicaux (actes d'imagerie, gestes techniques, interventions médicales, etc.).

>>>



Conseil national de l'Ordre

Cour des Comptes

Le rôle de l'Ordre national des médecins dans l'organisation des soins et le respect de la déontologie médicale a fait l'objet d'un rapport de la Cour des Comptes consultable sur www.ccomptes.fr

Modification de l'article R 4113-23 relative au SEL

L'article R4113-23 a été complètement supprimé et remplacé. À retenir :

1. Le nombre de sites d'exercice d'une SEL n'est plus limité.
2. La condition d'implantation des sites d'exercice de la SEL dans des départements limitrophes entre eux est supprimée.
3. L'autorisation de site distinct d'exercice est demandée au Conseil départemental.
4. Le Conseil départemental, dans le ressort duquel se situe l'activité envisagée, rendra sa décision sur la base des critères qu'il utilise déjà pour l'exercice à titre individuel (R 4127-85 du code de la santé publique).
5. Le recours contre le refus d'accorder un site distinct ou contre l'autorisation donnée sera porté devant le Conseil national de l'Ordre des médecins (commission des appels en matière administrative). Il ne s'agit plus d'un recours en matière d'inscription porté devant le Conseil régional.
6. La réglementation n'a pas pour effet de remettre en cause les autorisations antérieurement données par le Conseil départemental du lieu d'inscription de la SEL, au titre de l'approbation des modifications statutaires.
7. La nouvelle réglementation s'applique aux demandes déposées à compter de l'entrée en vigueur du présent décret, soit le 20 juillet 2012. Il en résulte que les demandes déposées antérieurement sont toujours régies par les dispositions précédemment en vigueur. Bien entendu, le demandeur dispose de la possibilité de présenter une nouvelle demande sur la base de la nouvelle réglementation.
8. Les sites d'exercice des SEL doivent toujours figurer dans les statuts conformément aux statuts types adoptés par le Conseil national de l'Ordre des médecins. La commission des contrats du Conseil départemental reste à votre disposition pour toute information complémentaire à ce sujet.

PDS : rémunération médecins réquisitionnés

Depuis le vote de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires », publiée au Journal officiel le 22 juillet 2009 et la publication des cahiers des charges régionaux de la permanence des soins, la rémunération des astreintes est totalement sortie du champ conventionnel, elle relève désormais de l'Agence régionale de la Santé (ARS). La rémunération de l'astreinte de la permanence des soins est consacrée par l'article R.6315-6 du code de la santé publique (dans sa rédaction issue du décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010) qui ne fait aucune distinction suivant que le médecin effecteur ou régulateur était volontaire ou réquisitionné.

PDS : assurances des médecins réquisitionnés

Juridiquement, « la réquisition de services [...] entraîne de plein droit la suspension des effets des contrats d'assurance de dommage, dans la limite de la réquisition, et dans la mesure de la responsabilité de l'État » (article L.160-7 du code des assurances). A la demande du Conseil de l'Ordre, afin d'éviter à aux médecins réquisitionnés des difficultés juridiques, les principaux assureurs médicaux, ont décidé de maintenir leurs garanties en se réservant la possibilité d'appeler en garantie l'État ou d'intenter une action récursoire à son encontre

Prothèse mammaire PIP

L'ANSM vient de rendre publique son rapport sur « les prothèses mammaires implantables - PIP - État des lieux - un an après les dernières recommandations ». Vous pouvez consulter ce rapport d'avril 2013 en cliquant sur le lien suivant : [http://ansm.sante.fr/S-informer/Actualité/Les-protheses-mammaires-implantables-PIP-etat-des-lieux-un-an-apres-les-dernieres-recommandations-Point-d-information/\(language\)/fre-FR](http://ansm.sante.fr/S-informer/Actualité/Les-protheses-mammaires-implantables-PIP-etat-des-lieux-un-an-apres-les-dernieres-recommandations-Point-d-information/(language)/fre-FR)

Mésothéliome : nouvelle maladie à déclaration obligatoire

Le décret n° 2012-47 du 16 janvier 2012 ajoute à la liste officielle des maladies à déclaration obligatoire les mésothéliomes. Il s'agit d'une des mesures du Plan Cancer 2009-2013 qui vise à l'amélioration de la surveillance des cancers liés à l'environnement profes-

sionnel. L'INVS indique que tout nouveau cas de mésothéliome quel que soit son site anatomique, devra désormais être notifié au médecin de l'ARS, par tout médecin (pathologiste ou clinicien) exerçant en France métropolitaine ou ultramarine et qui en pose le diagnostic : il faut relever que deux formulaires distincts de déclaration sont disponibles, l'un pour les pathologistes et l'autre pour les cliniciens.

Nous vous rappelons que les médecins trouvent sur le site internet de l'INVS la liste des 31 maladies à déclaration obligatoire. À côté de chaque maladie ils peuvent télécharger la fiche de notification et prendre connaissance du dossier thématique de la maladie.

Directives anticipées : rôle du médecin

Les médecins ont un rôle éminent à jouer pour aider les patients à connaître leurs droits et les inciter à préparer leurs futures décisions de santé.

- Les patients ont le droit de rédiger des directives anticipées pour le cas où ils seraient un jour hors d'état d'exprimer leur volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révoquables à tout moment. (Article L. 1111-11 du code de la santé publique)
- Les patients ont aussi le droit de désigner une personne de confiance pour les accompagner dans leurs démarches de santé.

Pour plus d'information : numéro spécial du Bulletin de l'Ordre des médecins consacré à la fin de vie : www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_bulletin/MEDECINS_Special_fin_de_vie_2013.pdf

L'accessibilité des locaux professionnels

L'accessibilité des locaux professionnels aux personnes handicapées sera obligatoire le 1^{er} janvier 2015.

La MACSF/SOU Médical, la Médicale de France et AXA ainsi que de nombreux assureurs nous ont fait savoir que leur service de protection juridique pouvait apporter son aide au renseignement des formulaires complexes de demande de dérogation à leurs sociétaires médecins, titulaires de cette protection juridique. Cela n'exclut en aucun cas que d'autres assureurs en responsabilité civile médicale proposent ce même service.



Conseil national de l'Ordre

Faciliter la déclaration des effets indésirables

Une nouvelle rubrique est disponible sur le site Internet de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) afin de faciliter la déclaration des effets indésirables suspectés d'être liés à l'utilisation d'un produit de santé. La navigation par type de produit (médicaments, dispositifs médicaux...), puis par déclarant (professionnel de santé, patient...), permet d'accéder rapidement au formulaire adapté et aux informations pratiques pour le remplir. La transmission de cette déclaration à l'organisme chargé du recueil et de la gestion des signalements est également simplifiée. Il est désormais possible de déclarer en ligne les effets indésirables liés aux médicaments et prochainement les incidents liés aux dispositifs médicaux. <http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable>

Le Conseil de l'Ordre sur Internet

Le site internet du conseil de l'ordre de l'Isère est en ligne. Son adresse est : www.conseil38.ordre.medecin.fr

Les mots de passe pour ouvrir les rubriques accessibles aux seuls médecins sont à demander lors de l'inscription sur le site.

A NOTER

Permanence téléphonique de soins palliatifs en Isère

De 18h à 8h tous les soirs de semaine, samedi à partir de 14h, dimanche et jours fériés 24h/24h :

08 12 34 56 78

Associations

Association Hémochromatose France

Maladie grave par surcharge en fer l'hémochromatose génétique héréditaire, est la première maladie génétique en France par sa fréquence. L'hémochromatose héréditaire atteint un Français sur 300, soit 180 000 personnes susceptibles de développer une surcharge en fer de l'organisme. En l'absence de diagnostic et de traitement, cette maladie évolue insidieusement et risque de provoquer des complications graves susceptibles d'entraîner une invalidité ou une mort prématurée (2 000 par an).

La cause en est l'accumulation progressive du fer avec l'âge. En effet, l'hémochromatose est liée à l'anomalie d'un gène dénommé HFE. Cette anomalie entraîne un passage accru dans le sang du fer provenant de l'alimentation. L'excès de fer sanguin peut conduire à une accumulation et provoquer chez l'adulte des lésions graves : cirrhose, maladies de cœur, diabète sucré, rhumatismes, et surtout fatigue extrême, invalidante, avec troubles sexuels, par destruction des glandes endocrines, et état dépressif.

Le diagnostic doit être fait le plus tôt possible entre 20 et 35 ans, par une simple prise de sang pour doser le coefficient de saturation de la transferrine et la ferritinémie. La transferrine est la protéine qui transporte le fer depuis le tube digestif jusqu'à la moelle osseuse où il entre dans la composition des globules rouges ; la ferritinémie représente la surcharge en fer. Le test génétique confirme le diagnostic (recherche des mutations C282Y et H63D du gène HFE). Si le dépistage est précoce, l'espérance de vie est normale grâce au traitement par saignées. Ce traitement est simple, peu coûteux, efficace : des saignées répétées permettent d'éliminer la surcharge de fer accumulé dans l'organisme. En effet, les globules rouges sont très riches en fer, une saignée de 500 ml permet donc d'enlever 250 mg de fer. Leur volume et leur rythme sont déterminés en fonction du taux de ferritine, l'objectif étant, dans un premier temps, de désaturer l'organisme, puis d'éviter la reconstitution progressive de l'excès de fer. Les saignées peuvent être faites dans les Établissements Français du Sang avec centre de santé (« dons-

saignées ») ou bien à domicile (médecin, infirmière).

Le dépistage familial est indispensable et s'adresse en priorité aux frères et sœurs, mais aussi aux enfants majeurs et aux parents naturels lorsqu'un sujet est trouvé. Il permet de dépister des sujets jeunes où les saignées seront très efficaces. Ce n'est pas toujours le cas à 50-60 ans.

Le but de l'Association Hémochromatose France est de faire connaître cette maladie et susciter un dépistage précoce des malades qui auront alors une espérance de vie normale.

Contact : Pr Henri Michel, Association Hémochromatose France BP 57118 -30912 Nîmes Cedex 2 Tél. : 04 66 64 52 22 - Fax : 04 66 62 93 87

www.hemochromatose.fr
contact@hemochromatose.fr

Information des syndicats des infirmiers sur les prescriptions

Afin de nous éviter une perte de temps mutuelle, voici quelques points non exhaustifs mais incontournables dans la rédaction des ordonnances de soins infirmiers.

► Nos compétences inscrites dans la ngaP

Éléments de prescription indispensables

▷ Insulinothérapie :

- Glycémie capillaire.
- Nombre d'injections par jour et par insuline (lente/rapide)
- Horaires
- Doses et protocole d'adaptation

▷ HBPM ou Calciparine :

- Pour deux injections par jour, stipuler « à 12 heures d'intervalle ».

Prescription infirmière : uniquement en renouvellement dans le cadre de soins prescrits.

► Nos compétences mais hors Ngap

Donc soins non remboursés à vos patients.

- Prise de tension.
- Pose de bas et bandes de contention. Instillation de collyre
- Surveillance glycémie capillaire pour non insulino dépendant. Soins et ablation de sonde à demeure
- Distribution de médicaments tous les jours pour un patient ne relevant pas d'une affection psychiatrique.

En cas de doute, et dans l'attente d'une évolution de la nomenclature, pour tous ces soins merci de vous rapprocher des infirmiers de vos patients.



Associations (suite)

► Méconnue mais efficace :

La séance hebdomadaire de surveillance clinique et de prévention qui permet :

- la surveillance des constantes,
- la préparation des traitements,
- la prévention,
- la coordination...

La prescription au mot près, conforme à la nomenclature, reste la référence du remboursement CPAM.

Quand elle est nécessaire, la prescription requiert les notifications ALDIAT. Dans le cadre d'un partage de nos expériences professionnelles nos cabinets sont ouverts pour accueillir les internes de médecine générale en stage d'une journée.

Les infirmiers siégeant en commission paritaire et en commission des pénalités vous remercient de l'intérêt que vous portez à notre pratique et restent à votre disposition pour des compléments d'informations.

Donnez à l'AFEM

« J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité... »

Lorsque l'on évoque ce passage du serment d'Hippocrate on se heurte à une incompréhension totale.

Comment les médecins, eux-mêmes, peuvent-ils être victimes d'accidents ou être confrontés à la maladie, à la mort ? Comment ces médecins n'ont-ils pas anticipé la protection de leurs familles ? Et pour votre famille ? Que se passerait-il si demain vous étiez dans l'incapacité d'exercer ?

L'AFEM (Aide aux Familles et Entraide Médicale) aide depuis 1945 des familles de médecins et leurs enfants tout au long de leurs études. En effet, la disparition du médecin entraîne, bien souvent, au-delà de l'énorme perte affective, une chute de revenus qui affecte plus ou moins gravement l'avenir de ses enfants suivant le degré de prévoyance ou d'imprévoyance familiale.

Chaque année plus de 250 bourses d'études sont distribuées à des étudiants tout au long de leurs parcours. En fonction des besoins, elles peuvent aller jusqu'à 6 000 € par an. Grâce aux dons de confrères et de mécènes, les enfants de médecins peuvent poursuivre leurs études dans la sérénité, entourés de la bienveillance de l'équipe de l'AFEM présente dans

chaque département français. Si vous connaissez des familles de médecins dans le désarroi, ayez la gentillesse de leur signaler l'action de l'AFEM.

Françoise Guize, présidente

Contact : AFEM, 168 rue de Grenelle, 75007 Paris

Tél : 1er 45 51 55 90

Mail : info@afem.net

www.afem.net

Le Triangle Médical

Cette association de formation de médecin généraliste annonce le choix de ses sujets pour 2013-2014 :

- Infectiologie : vaccination.
- Gynécologie-obstétrique : contraception orale, traitement hormonal de la ménopause.
- Rhumatologie : polyarthrite rhumatoïde. Mise au point du traitement.
- Dermatologie : dermatologie courante en médecine générale.
- Maladies professionnelles : sur le plan administratif.
- Endocrinologie : Diabète de type II : objectifs, traitements et stratégie selon les critères (âge, comorbidité).
- Gastro-entérologie : bilan d'une diarrhée chronique.

Renseignements : Dr Nahim Jubran.

Mail : dr.njubran@orange.fr

Tél. : 04 76 33 37 84.

Amicale interâges des médecins retraités et des conjoints survivants

Créée il y a 30 ans, l'Amicale interâges des Médecins Retraités et des conjoints survivants – section de l'Isère de l'AMVARA – a pour but de défendre les retraités des médecins libéraux mais accueille aussi en son sein des médecins salariés et hospitaliers. L'AMVARA est l'organisme qui regroupe les Amicales de sept départements de la région Rhône-Alpes et a son siège à Lyon.

Si vous êtes jeunes retraités ou retraités de longue date vous êtes invités à venir rejoindre notre amicale de l'Isère qui organise des repas mensuels, des visites de musées ou de lieux du patrimoine dont est riche notre département.

La cotisation annuelle s'élève à 33 € pour les médecins et à 19 € pour les conjoints survivants.

Pour tout renseignement vous pouvez vous adresser au Président de l'Amicale, le docteur André Lagier, tél. : 04 76 52 44 75.

Académie de Grenoble

L'Académie de Grenoble attire votre attention sur la rédaction de certificats médicaux réalisés par des médecins traitants et qui concernent la scolarisation des enfants. Nous recevons de façon assez régulière des certificats médicaux organisant et validant des déscolarisations pour des durées longues (30 jours et plus).

Il apparaît qu'après entretien avec les médecins, ceux-ci ont rédigé ces certificats « à la demande des familles » ou « sous la pression des parents », voire « sans connaître les enfants ». Ce sont souvent des situations qui concernent des enfants en difficultés et pour lesquels les parents et les enseignants sont en lien.

Nous ne pouvons que recommander aux médecins de conseiller aux familles de se mettre en lien avec les services de santé de l'Éducation nationale et les psychologues scolaires et de garder la plus grande prudence avant de rédiger de tels certificats.

CHU de Grenoble Faculté de médecine Médecine Interne

Numéro d'astreinte du médecin en médecine interne pour avis et/ou hospitalisation en médecine interne : 06 85 65 61 13 (8h-18h du lundi au vendredi). Mail : avismedinterne@chu-grenoble.fr

DIU

Santé, solidarité, précarité : tel est le thème d'une formation organisée sur un an et d'une durée de 88 heures. Au programme : six modules de 2 jours du 16 janvier au 20 juin 2014.

1. Introduction à la Santé Publique.
 2. Les vulnérabilités particulières de populations ou d'âges spécifiques.
 3. Les liens entre santé et précarité en fonction des territoires ou en relation avec l'errance et la migration.
 4. Les pathologies en lien avec la pauvreté.
 5. Mise en œuvre d'actions en faveur de la santé.
 6. La mobilisation des acteurs dans la mise en œuvre des actions : partenariats, réseaux et complémentarité des compétences.
- Information : Dr Pierre Micheletti, pierre.micheletti@medecinsdumonde.net



Conseil général

La couverture vaccinale des adultes en Isère

Afin d'évaluer ses pratiques en Isère, le Conseil Général de l'Isère a réalisé une étude en 2002-2003 dont les objectifs étaient de mesurer la couverture vaccinale (CV) des vaccins obligatoires et recommandés des adultes âgés de 16 ans et plus en Isère; identifier les lieux de vaccination; comparer les CV des salariés de l'Isère, de la Savoie et de la Haute-Savoie. Quatre enquêtes indépendantes ont été réalisées en 2002-2003: en population générale, médecine générale (EMG), médecine du travail et centre de vaccination internationale du CHU de Grenoble. La publication récente de cette étude dans la revue Santé Publique est l'occasion de donner des éléments de couvertures vaccinales en Isère, information rarement disponible à l'échelle d'un

département.

Dans les quatre enquêtes, la couverture vaccinale (CV) certifiée variait de 31,6 % à 83,9 % pour le tétanos (EMG : 63,0 %), 24,1 %, à 44,0 % pour la diphtérie (EMG : 42,6 %), 25,9 % à 71,9 % pour la poliomyélite (EMG : 51,6 %), 17,6 % à 41,4 % pour l'hépatite B (EMG : 26,1 %). La couverture vaccinale certifiée rougeole-oreillons-rubéole des 16-24 ans était meilleure dans l'EMG par rapport aux autres enquêtes (respectivement 44,3 %, 41,5 % et 44,3 %). En Isère, dans les enquêtes en population générale, médecine générale et CHU, les lieux de vaccination principalement cités étaient le cabinet médical, suivi des services de médecine du travail. À l'inverse, dans l'enquête en milieu professionnel en Isère, les salariés annonçaient principalement le médecin du travail, le médecin généraliste venant secondairement.

Cette étude apporte des résultats importants sur l'état vaccinal des

adultes de la population iséroise grâce à la réalisation conjointe de quatre enquêtes, chacune de ces quatre enquêtes concernant une partie de la population adulte. La couverture vaccinale (CV) était difficile à estimer du fait de l'absence de justificatifs médicaux et d'informations dans les dossiers médicaux, se traduisant par une évaluation de la CV variant du simple au double selon les sources et selon le mode de calcul de la CV (certifiée ou totale). Nos résultats montrent une CV insuffisante qui diminue avec l'âge, résultat classiquement retrouvé dans la littérature. Tous les acteurs de la vaccination des adultes (médecins du travail, généralistes, hospitaliers, des voyageurs, des communes...) devraient être sollicités dans les groupes de travail sur la vaccination.

L'article complet est disponible sur commande :

http://www.cairn.info/resume.php?IDARTICLE=SPUB124_0329.



TABLEAU DU CONSEIL DE L'ORDRE

Nombre de médecins inscrits au Conseil de l'Ordre de l'Isère

au 31 décembre 2013

4 958 médecins inscrits au tableau

Inscriptions au tableau

de janvier 2013 à décembre 2013

202 inscriptions au tableau

Retraités

de janvier 2013 à décembre 2013

83 départs en retraite en 2013

Radiations (volontaires)

de janvier 2013 à décembre 2013

11 radiations en 2013

Départs

de janvier 2013 à décembre 2013

135 départs en 2013

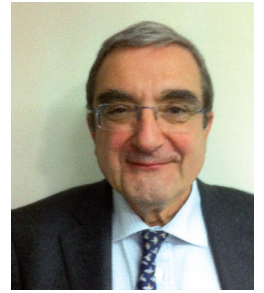
Décès

Séances de janvier 2013 à décembre 2013

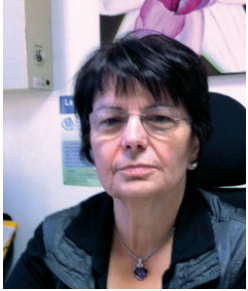
Dr AMILLAT Jean	8 septembre 2013	Dr FUG Céline	23 janvier 2013
Dr BALIER Claude	26 mai 2013	Dr GAGNAIRE Jean	16 janvier 2013
Dr BONNEAU Gérard	28 juillet 2013	Dr GARNIER Philippe	11 juin 2013
Dr BROCHIER Louis	8 juin 2013	Dr JEANNIN Jean	7 février 2013
Dr BRUN Odile	29 août 2013	Dr KIMCHÉ Nathalie	26 octobre 2013
Dr CHATELAIN Jean	25 mai 2013	Dr KUENTZ Maurice	29 août 2013
Dr DELERBA Jean	10 août 2013	Dr LAGRUT Bernard	13 janvier 2013
Dr DELOBEL Jean-Claude	14 juillet 2013	Dr MAGALLON Jean-Paul	9 mars 2013
Dr CONDOLIOS Hélène	19 février 2013	Dr SIRAND Louis	3 juillet 2013
Dr DELHOME Gérard	25 août 2013	Dr SLIWINSKI Jean-François	23 septembre 2013
Dr DE MASSON DE SAINT FELIX Guy	23 avril 2013	Dr SUPIEZ Frédéric	2 mars 2013
Dr DROIN Maurice	20 août 2013	Dr TESSIER GONTHIER-MAURIN Yannick	9 juillet 2013
Dr FLAMANT Jean-Charles	13 avril 2013	Dr TRUCHE Roger	12 octobre 2013



Les visages du Conseil départemental de l'Ordre des médecins de l'Isère



Dr Olivier Roux
Président



Dr Annie Jourand-Jambon
Vice-présidente



Dr Didier Legeais
Vice-président



Dr Hervé Aubert
Secrétaire général



Dr Pascal Jallon
Secrétaire général
adjoint



Dr Bruno Paliard
Secrétaire général



Dr Jean-Pierre Torrès
Secrétaire général



Dr Jean-René Cause
Trésorier



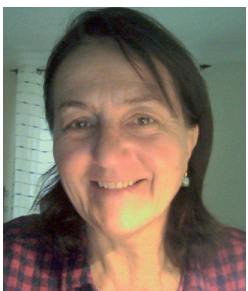
Dr Pierre Chalandre
Trésorier adjoint



Dr Agnès Caperan
Membre titulaire



**Dr Edmond Dumoulin-
Minguet**
Membre titulaire



Dr Laure Eymery
Membre titulaire



Dr Claire Faure
Membre titulaire



Dr Brigitte Font-Le Bret
Membre titulaire



Dr Jean-Marc Gueulle
Membre titulaire



Dr Roger Maréchal
Membre titulaire



Dr Elisabeth Opoix
Membre titulaire



Dr Gilles Perrin
Membre titulaire



Dr Christian Pichon
Membre titulaire



Dr Edith Pion
Membre titulaire



Dr Olivier Veran
Membre titulaire