

LES OUTILS DE L'URPS MIS À VOTRE DISPOSITION



L'e-journal : une publication mensuelle par mail

- Des sujets d'actualité médicale et socio-professionnelle.
 - Des Informations pratiques pour faciliter votre exercice quotidien.
 - Une revue de presse pour l'actualité médicale, législative ou réglementaire et la FMC.
 - Pour vous répondre ou vous informer : la proximité d'élus, praticiens de terrain, dans votre région, l'expertise et les moyens d'une institution régionale à votre service.
- Comment s'inscrire ? Rendez-vous sur le site internet de l'URPS Médecins Libéraux PACA : www.urps-ml-paca.org

Sur la page d'accueil de www.urps-ml-paca.org

L'espace DPC : la formation au bout du clic

- Les formations dispensées en PACA, agréées OGC tout organisme confondu, sont maintenant référencées dans notre base de données.
- Une recherche multicritères pour cibler parfaitement vos besoins



MELIERE : si vous êtes confrontés à des cancers atypiques

- Interface de signalement anonymisée et simple d'utilisation
- Analyse des cas par un comité scientifique
- Proposition éventuelle d'une consultation d'évaluation du contexte étiologique.

L'interface Démographie Médicale en PACA

- Le paysage médical (généralistes et spécialistes) en PACA découpé par bassins de vie
- Les opportunités d'installation par ville



Dans le menu "OUTILS"

- Un site internet indépendant d'aide à la prescription d'antibiotiques
- Pharmacovigilance : les formulaires d'effet indésirable en ligne
- La liste des certificats médicaux rationnels
- Dossier médical unique de demande d'admission en EHPAD
- etc...

LE JOURNAL DES MEDECINS LIBERAUX

PROVENCE ALPES CÔTE D'AZUR



N° 42 - Janv. 2013
ISSN : 1969-8356

ACTUALITÉS

- Droits des patients et Démocratie sanitaire
- Hygiène au cabinet : un audit pour tous

EXERCICE

- L'Homéopathie
- La Télémédecine

Travaux de l'Union Des engagements...



...aux résultats

- Permanence des Soins et Maisons Médicales de Garde : vers un modèle libéral.

TRAVAUX DE L'UNION

Travaux des Collèges et Commissions de votre Union : état des lieux	
Collège 1	4
Collège 2	5
Commission SROS et Démographie Médicale.....	6
Commission MEP et Autres Modes d'Exercice.....	8
“Je me souviens...”	10

ACTUALITÉS

Droits des patients et démocratie sanitaire.....	12
--	----

SANTÉ PUBLIQUE

L'hygiène au cabinet, un audit pour tous	20
Des arguments pour convaincre :	
Vaccination contre l'Hépatite B	33

EXERCICE PROFESSIONNEL

L'établissement de préparation et de réponses aux urgences sanitaires (EPRUS).....	22
La télémédecine	26
L'homéopathie : principes et bases.....	30

EN BREF.....35

LIBRE EXPRESSION

Honoraires médicaux : un mode de rémunération dépassé ?.....	36
Abécédaire vivant d'une crise :	
La crise perçue à partir d'un cabinet de généraliste.....	40



Le Docteur Jean-François GIORLA

Président de l'Union Régionale des Professionnels de Santé
Médecins Libéraux
Provence Alpes Côte d'Azur,

l'ensemble des élus,

et l'équipe administrative

**vous adressent leurs vœux les plus chaleureux
à l'occasion de la nouvelle année**

Le Journal des Médecins Libéraux PACA est une publication périodique de
l'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux Provence- Alpes-Côte d'Azur.
37-39, Bd Vincent Delpuech • 13255 MARSEILLE CEDEX 06
Tél. : 04 96 20 60 80 • Fax : 04 96 20 60 81
www.urps-ml-paca.org • e-mail : contact@urps-ml-paca.org

Directeur de la publication : Dr Jean-François GIORLA

Directeur de la rédaction : Dr Jean-Claude ABADIE

Comité de lecture :

Drs JC. ABADIE, S. BIHAR, R. BOVET, S. CINI, A. COLONGEON, D. COLONGEON, P. FREDENUCCI,
C. GIRAUD, W. GUARDIGLI, I. LECLAIR, D. LIEUTAUD, PY. LUSSAULT, P.J. PRADELLE, JC. REGI.

Réalisation : CPROD (04 91 55 05 51) - Photos : XDR - FOTOLIA

ISSN : 1969-8356

Les articles de cette revue sont écrits sous la seule responsabilité de leurs auteurs.

*“L'eau, si on sait l'entendre, si on en apprend la langue,
ouvrira toute la connaissance des êtres et des choses”*

L'URPS Médecins Libéraux PACA organise,
avec ses partenaires,
le 1^{er} Congrès Santé-Environnement sur le thème :

**Les pathologies environnementales
émergentes**

7 & 8 Décembre 2013 - Palais du Pharo - Marseille

EDITORIAL

LES MÉDECINS LIBÉRAUX SENTINELLES DE LA VEILLE SANITAIRE

L'environnement influence directement notre état de santé. C'est un lieu commun de le dire mais encore faut-il le prouver et le reconnaître.

Le constat des pathologies environnementales est, aujourd'hui, une réalité à laquelle nous sommes tous confrontés dans nos consultations.

Il nous reste à faire le lien entre nos constatations médicales et la réalité biochimique, moléculaire ou physique.

Les médecins doivent maintenant faire le lien entre ces pathologies et l'environnement, et répondre à des questions de plus en plus précises de leurs patients.

En organisant, **les 6 et 7 Décembre 2013 au Palais du Pharo de Marseille, le 1^{er} Congrès sur “les pathologies environnementales émergentes”**, l'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux PACA, en partenariat avec d'autres URPS, a décidé de s'impliquer dans cette démarche environnementale.

Ce congrès n'a pas pour ambition d'apporter des réponses à toutes les questions mais plutôt d'informer et de sensibiliser les confrères et de les amener à réfléchir aux notions de pathologies liées à l'environnement et aux risques sanitaires.

Connaissance par l'intégration des nouvelles données de santé environnementale dans notre pratique quotidienne mais aussi dans la formation de nos futurs confrères.

L'enseignement de la médecine environnementale devra être intégrée dans le cursus universitaire.

Certaines de ces pathologies environnementales émergentes sont communes aux façades maritimes et il est de notre devoir d'en informer, non seulement les professionnels de santé, mais aussi la population.

Ces nouvelles données modifient forcément notre mode de raisonnement médical, nous ne sommes plus seulement soignants mais aussi acteurs de la veille sanitaire et de l'environnement.

Nous aborderons lors de ce congrès les différents environnements dans lesquels nous évoluons : biologique (les résistances aux antibiotiques, ...), physique (rayonnements ionisants, ...), chimique (les résidus médicamenteux dans les eaux, ...) mais aussi l'environnement cognitif (les moyens par lesquels nous appréhendons notre milieu de vie), socio-anthropologique et comportemental.

La médecine environnementale, forcément pluridisciplinaire doit nous permettre d'anticiper ; nous avons un devoir “d'éveilleur de conscience”.

Cette grande réflexion, que nous mènerons ensemble avec l'aide de spécialistes reconnus chacun dans leurs domaines, est un enjeu de santé publique.

Notez dès à présent ces deux dates, votre participation sera le meilleur garant de notre réussite.

En attendant, je vous souhaite, au nom des élus de votre Union, une bonne et heureuse année 2013.



Dr Jean-François GIORLA
Président de l'URPS ML PACA



TRAVAUX DES COLLEGES ET COMMISSIONS DE VOTRE UNION : ETAT DES LIEUX

LE COLLÈGE 1

par le Dr Wilfrid GUARDIGLI,
Généraliste à Six-Fours, Coordonnateur du Collège 1 de l'URPS
Médecins Libéraux PACA

Le Collège 1, qui regroupe les généralistes, représente la moitié des élus de l'URPS. Il s'est structuré en 3 groupes de travail : une commission "Informatique", une commission "Interpro", et une commission "Formations et Prospectives".

La commission INFORMATIQUE

Elle s'est donnée comme objectif **d'accompagner l'informatique conventionnelle**, étant entendu que l'informatisation des cabinets médicaux est un élément capital de la nouvelle convention pour la CNAMTS.

Nous avons suivi la validation des logiciels métiers qui sont aujourd'hui (fin 2012) quasi tous conformes au cahier des charges de la HAS pour l'aide à la prescription, module interfacé avec les bases de données médicamenteuses, mais qui intègre aussi les téléservices de l'assurance maladie, comme la "déclaration médecin traitant" et l'"historique des remboursements", de même que la recherche aisée des indicateurs déclaratifs que sont : l'HbA1c, le LDLc, les valeurs tensionnelles, pour peu qu'elle soient présentes dans les dossiers...

Cette importante amélioration ne serait pas complète sans l'accès à la simplification administrative, qui permet de remplir très rapidement et simplement les certificats d'admission en EHPAD et les certificats MDPH.

Pour permettre la bonne coordination de ces améliorations fonctionnelles avec les administrations départementales, nous sommes intervenus au niveau des conseils généraux pour décliner localement les recommandations nationales.

Aujourd'hui l'ensemble des généralistes de la région PACA a la possibilité d'avoir beaucoup moins de charges administratives grâce à cette mise à niveau, qui bien que demandée par nos représentants est maintenant imposée par nos tutelles.

Cette commission a également essayé de **favoriser la messagerie sécurisée** à partir de l'existant, puisque nous sommes toujours dans l'attente de nouvelles solutions intégrées. En attendant il existe une solution qui permet, par exemple, en 1 ou 2 clics

d'intégrer les résultats de biologie dans un dossier patient en toute simplicité, le remplissage des items déclaratifs en est facilité d'autant.

L'informatisation du cabinet médical peut maintenant être considérée comme un gage de qualité et partant, donner lieu à une rémunération supplémentaire, juste retour des efforts consentis à perfectionner notre pratique.

Pour l'avenir, nous allons traiter de la "télémédecine" à partir du Programme Régional de Télémédecine, même si peu de sujets concernent directement le généraliste.

La commission INTERPRO

Elle a pour objectif de **réunir les différents intervenants qui concourent à la santé ou au maintien à domicile des patients**; en particulier : les IDE libérales, les pharmaciens d'officine, les kinésithérapeutes, les dentistes. Des rencontres ont eu lieu régulièrement avec les élus des URPS de ces différentes professions.

Le MG étant considéré comme un manager de santé autour duquel une équipe va fonctionner en synergie, que ce soit sous la forme d'un pôle de santé, d'une maison de santé ou d'une autre entité à définir.

L'évolution démographique, que ce soit celle des patients comme celle des médecins, va rendre inéluctable des modifications dans la prise en charge à domicile. Des modifications de l'organisation et du financement sont nécessaires : les "visite à domicile" payées à l'acte ne pourront plus être la seule réponse à la complexité des situations.

La santé à domicile est un nouveau marché émergent, qui aiguise les appétits des entreprises, aujourd'hui 4 milliards d'euros dont 2,8 pour les matériels, et une croissance prévue de 25 % pour les 5 ans à venir. Ces chiffres pour dire que les entreprises de matériels médicaux sont prêtes à développer ce marché, qu'elles coordonnent déjà, et ce, depuis le lit du malade à l'hôpital...

Nous, généralistes libéraux, conformément au rôle d'organisateur qui est le notre, en tant que "pivot du système de santé", devons proposer des solutions de coordination à nos tutelles et à nos patients.

La commission "FORMATIONS & PROSPECTIVES"

C'est celle qui fait le lien entre le passé et l'avenir. À la lisière de la formation médicale initiale et de l'installation en libéral, elle va **anticiper les possibles évolutions de notre système de soins.**

Elle a d'abord rencontré l'ensemble des acteurs : étudiants et enseignants pour faire un état des lieux. Après cette phase de bilan, il a été décidé qu'une de ses premières réalisations serait, en partenariat avec les collèges 2 et 3, de promouvoir une "JOURNÉE DE L'INSTALLATION". Cette manifestation qui se voudrait annuelle, d'ampleur, à destination des internes, devra

réunir les représentants des autorités universitaires, de l'ARS, de la CRAM et de l'Ordre des médecins. Il s'agira de favoriser le passage du monde hospitalo-universitaire au monde libéral. Dans 5 ans il est prévu 13 000 départs en retraite pour une installation de 1 400 nouveaux MG. À nous de les aider par cette opération de parrainage.

LE COLLÈGE 2

par le Dr Paul PITTALUGA,
Chirurgien à Nice, Coordonnateur du Collège 2 de l'URPS Médecins
Libéraux PACA

Dans le cadre de la loi HPST une représentation spécifique des praticiens travaillant sur "Plateau Technique Lourde" (PTL), a été créée au sein de l'URPS Médecins Libéraux PACA.

Un nouveau Collège (appelé Collège 2) représentant ces praticiens (en pratique chirurgiens, anesthésistes et gynécologues-obstétriciens) a été élu lors du dernier scrutin. Il comprend 11 membres : Dr Jean-François Amoros, Dr Bruno Crepin, Dr François Honorat, Dr Alain Gourcuff, Dr Charam Khosrovaninejad, Dr Denis Lieutaud, Dr Didier Lugrin, Dr Claude Mailaender, Dr Franck Piligian, Dr Paul Pittaluga, Dr Frédéric Thoreau

La première assemblée de ce Collège 2 s'est tenue en octobre 2011 et a élu le Docteur Paul Pittaluga comme coordonnateur, le Dr Alain Gourcuff comme rapporteur.

Les axes de travail ont été fixés au cours de l'assemblée générale quelques semaines plus tard, au mois de décembre 2011.

La priorité a été donnée à un travail sur la **Permanence Des Soins en Etablissement de Santé (PDES)** en réaction à la suppression par l'ARS de nombreuses lignes de garde officielles et rémunérées au détriment des praticiens libéraux, favorisant les hôpitaux publics.

L'enquête a été effectuée conjointement avec le Collège 3 (spécialistes ne travaillant pas sur PTL) par un questionnaire envoyé aux 110 présidents de commission médicale d'établissement (CME) d'établissements privés de la région PACA. Après une première moisson, une relance téléphonique de l'ORS PACA et l'implication personnelle des membres d'un groupe de

travail des Collèges 2 et 3 par contact directs, emails et appels téléphoniques a permis d'obtenir un total de 67 questionnaires exploitables (58.3%).

Les présidents de CME déclarent qu'il existe une liste de garde officielle dans 95,5 % des établissements, alors qu'il existe une autorisation d'accueil des urgences (UPATOU) dans seulement 86% des cas. Dans un objectif de réorganisation de la PDES, seulement 36 % des répondants accepteraient de mutualiser ces gardes avec un autre établissement privé et 26 % avec un autre établissement public. Les présidents de CME interrogés affirment que les praticiens souhaitent maintenir la liste de garde dans 85 % des cas, et parmi les 6 établissements ne souhaitant pas maintenir cette liste, l'obtention d'une indemnisation de ces gardes ferait changer leur réponse dans 3 cas.

Seules certaines spécialités chirurgicales sont concernées par une activité réglementée et rémunérée par la caisse d'assurance maladie (essentiellement la chirurgie viscérale, la chirurgie orthopédique et l'anesthésie-réanimation). Il est intéressant de voir à travers cette enquête que les praticiens de certaines spécialités chirurgicales ont mis en place des tableaux de garde officiels bien que non rémunérés, dans une majorité d'établissements. Cela concerne surtout la chirurgie vasculaire, thoracique, l'urologie et l'ORL.

Une analyse plus fine est en cours pour évaluer le décalage qui existe entre les lignes des gardes maintenues par l'ARS pour être financées et la réalité du nombre de tableaux de garde opérationnels en établissements privés.

Il est très important pour l'URPS Médecins Libéraux PACA de savoir si les financements définis par l'ARS pour le secteur libéral, sont notoirement insuffisants en regard du travail et de la disponibilité des praticiens PTL libéraux sur le terrain, afin d'assurer une offre de soins adéquate. L'offre publique de

TRAVAUX DES COLLEGES ET COMMISSION DE VOTRE UNION : ETAT DES LIEUX

permanence des soins qui est favorisée par l'ARS dans beaucoup de régions semble tout à fait insuffisante pour répondre aux besoins de la population.

Les autres axes de travail définis par Collège 2 qui seront développés au cours de la présente mandature concernent :

- Une **étude typologique des établissements de santé en région PACA** pour évaluer l'importance respective des différents type de structures privées (établissements mutualistes ou à but non lucratifs, groupes nationaux, groupes régionaux, cliniques familiales, clinique à actionnariat médical).
- De façon corollaire, le Collège 2 souhaite avoir une idée de **la place et de la liberté d'exercice des praticiens PTL dans les établissements où ils exercent**, tout particulièrement pour le choix du matériel disponible et la fixation des honoraires.
- Une **étude de la pratique tarifaire des praticiens PTL de secteur 2 en région PACA**, pour évaluer l'impact et la pertinence de l'avenant 8 récemment signé et promulgué au JO. En effet, le collège 2 a exprimé sa préoccupation quant à la volonté d'encadrement du secteur 2 suite aux négociations récentes sur les compléments d'honoraires. En effet, les chiffres rapportés par la CPAM et exposés par le Collège 2 lors de l'assemblée générale de l'URPS du 13 octobre

dernier démontrent que le secteur 2 n'empêche pas le maintien d'une importante offre d'accès aux soins en tarif opposable pour les actes chirurgicaux les plus fréquemment pratiqués, en particulier en PACA.

A titre d'exemple, dans les Alpes Maritimes où plus de 50% des spécialistes sont en secteur 2 (et plus de 90% des chirurgiens), ce qui représente un des plus fort taux national, 50% des prothèses de hanches sont posées au tarif opposable. Les chiffres de la CPAM démontrent également qu'à de rares exceptions près les praticiens en secteur 2 fixent leurs honoraires avec tact et mesure. Les chirurgiens secteur 2 effectuent plus de 63% de leur actes au tarif opposable pour les bénéficiaires de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS : revenus de 30% supérieurs au plafond CMU) et que lorsqu'un complément d'honoraire est appliqué pour aux patients ACS, celui-ci est limité en moyenne à 30% du tarif opposable. Le Collège 2 rappelle également que le secteur 2 n'existe que du fait de la non revalorisation des tarifs opposables depuis 30 ans.

En conclusion, à travers ces axes de travail le Collège 2 de l'URPS ML PACA veut répondre aux missions qui lui sont fixées, spécifiques aux praticiens PTL, tout particulièrement pour l'analyse des besoins et de l'offre de santé dans le cadre du schéma régional d'organisation des soins, et pour l'organisation de l'exercice professionnel.

qui n'est pas très souple reste un obstacle, le rôle du médecin traitant bien que considéré comme fondamental n'est pas de toujours vécu comme gratifiant. Il a été évoqué des pistes pour une plus grande implication des professionnels libéraux.

- Les relations interprofessionnelles : dans une perspective de plus en plus utilisée de regroupement des cabinets, il devient courant pour les médecins de travailler avec des paramédicaux, cela ne doit pas se cantonner à un simple regroupement géographique mais déboucher sur des actions communes. Certains pôles et maison de santé pluridisciplinaire sont des réussites, la commission a étudié certains projets et reste à la disposition de tous les praticiens qui désirent se regrouper en proposant une aide technique.
- La permanence des soins ambulatoires. La commission travaille de façon conjointe avec la commission permanence des soins en confrontant leurs travaux respectifs et les comptes rendus des conférences sanitaires de territoires où siègent les membres de la commission SROS, et les comptes rendus des CODAMU-PS où siègent les membres de la commission permanence des soins. Il y a également une réflexion commune sur les maisons médicales de garde qui concernent un nombre croissant de professionnels libéraux.

- La télémédecine : cette forme d'exercice est inscrite dans la loi HPST, et l'agence régionale de santé a décliné le texte national au niveau de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur. Pour l'instant les professionnels libéraux sont assez peu impliqués dans des projets qui concernent essentiellement les établissements de soins publics, mais au-delà de la téléexpertise qu'il faut absolument formaliser entre médecin généraliste et spécialiste, la téléconsultation pour des patients ayant des difficultés à se déplacer va nécessairement se développer.

Voici quelques-uns des nombreux thèmes analysés par la commission SROS. La commission s'est également intéressée à ce qui se passait sur le terrain, par la rencontre directe avec le médecin en zonédéficitaires :

- Rencontre au siège de l'union avec les médecins des Hautes-Alpes et analyse des moyens mis en œuvre pour répondre aux besoins de santé de cette population parfois isolée dans des vallées, cette réunion étant menée conjointement avec celle de la permanence des soins.
- Déplacement de la commission dans le Haut-Var, à Aups,

dans le cadre d'un projet de regroupement de cabinet, ce déplacement où chacun a pu s'exprimer a permis de mieux comprendre la difficulté de passer d'un exercice individuel auquel nous avons été habitués à un exercice collectif où on abandonne une conception "classique" de la médecine.

- Déplacement de la commission dans le Vaucluse, pour aborder avec les médecins du plateau de Sault les mesures urgentes à prendre pour éviter une totale désertification médicale de ce canton.

Les membres de la commission sont également amenés à participer aux conférences sanitaires de territoires, où l'on doit se prononcer et voter sur tous les textes concernant l'organisation des soins publics et privés du département, dans tous ses aspects, et depuis peu concernant la médecine libérale sur les maisons de santé pluridisciplinaires, la permanence de soins et les maisons médicales de garde. Ils participent également, en représentant l'Union, aux manifestations régionales concernant les aspects de l'organisation sanitaire.

Cette commission souhaite être mieux connue des professionnels de santé libéraux de la région PACA et espère être sollicitée pour pouvoir apporter un appui technique à tous les médecins qui souhaitent s'impliquer dans telle ou telle nouvelle forme d'exercice, ou modifier leur organisation.

Elle souhaite également être interpellée par tous les professionnels qui déposent des dossiers à la commission spécialisée d'organisation des soins pour pouvoir mieux défendre leur point de vue.

Les perspectives pour l'année qui vient restent toujours l'étude des textes réglementaires et l'analyse de nouvelles formes d'exercice dans un monde médical très mouvant, il faudra continuer à rencontrer des experts extérieurs et organiser deux ou trois fois par an des rencontres sur site en région démographiquement en difficulté avec les médecins concernés.

LISTE DES MEMBRES :

Coordonnateur : Dr Philippe SAMAMA

Rapporteur : Dr Christiane Giraud

Drs Jean-François Amoros, Jean-Philippe Arnau, Jean Baretge, Olivier Belgodere, Simon Filippi, Michel Galeon, François Honorat, Franck Piligian, Jean-Claude Regi, Alice Touzaa, Georges-Eric Tubiana.

COMMISSION SROS
ET DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

par le Dr Philippe SAMAMA,
Cardiologue à Carpentras, Coordonnateur de la Commission

La commission s'est réunie neuf fois pendant l'année 2012.

Touchant le domaine assez vaste de l'organisation des soins, elle est amenée à réfléchir sur des sujets très variés.

Elle essaye également de rencontrer des médecins sur le terrain pour évoquer les difficultés liées à l'organisation des soins en particulier face au risque démographique.

Elle s'efforce également d'inviter régulièrement des experts extérieurs, pour faire le point sur tel ou tel autre type d'organisation sanitaire.

De façon bien évidente elle est amenée à étudier et à accompagner les textes réglementaires du schéma régional d'organisation des soins.

Quelques sujets principaux étudiés en 2012 :

- Analyse de deux composantes importantes de l'agence régionale de santé qui sont la commission régionale de l'autonomie des soins et la commission spécialisée de l'organisation des soins, ou l'Union Régionale a des représentants qui doivent porter la parole des médecins libéraux, dans des réunions où siègent également des administratifs, des usagers, des associations de patients, des représentants de l'hospitalisation publique et privée, etc.
- La préparation de ces réunions par l'étude des dossiers qui sont discutés et présentés fait partie du rôle technique de la commission, en appelant si nécessaire et en rencontrant les professionnels de santé qui font des demandes d'autorisation ou de matériel.
- L'hospitalisation à domicile : il a été invité un intervenant extérieur directeur d'une HAD départementale, cette activité est essentiellement utilisée par les médecins généralistes et chirurgiens, mais le mode de fonctionnement

TRAVAUX DES COLLEGES ET COMMISSION DE VOTRE UNION : ETAT DES LIEUX

COMMISSION MEP
ET AUTRES MODES D'EXERCICE

par le Dr Michel FAURÉ,
médecin Acupuncteur à Cassis, Coordonnateur de la Commission

Présentation

Les Médecins à Exercice Particulier (MEP) et à autres Modes d'Exercice représentent une part importante de l'activité en médecine libérale. Ces Exercices Particuliers sont de plus en plus considérés comme des Expertises vis-à-vis des instances conventionnelles (JO 25 sept 2011 – texte 16/39 sous-titre 4), des médecins et des patients.

Chaque médecin doit avoir la possibilité à un moment ou l'autre de son activité d'évoluer dans son activité professionnelle. Cette évolution peut aussi se faire en fonction des progrès scientifiques et de motivations personnelles. C'est un moteur pour l'activité professionnelle et correspond au principe du Développement Professionnel Continu.

Les MEP et les Médecins d'autres Modes d'Exercice sont trop souvent méconnus de leurs confrères et pourtant ils peuvent apporter un plus à la disposition de leurs collègues et de leurs patients. Ils ont en commun, pour la plupart, la pratique d'une activité de "consultants" en plus ou moins grand pourcentage.

Parmi les MEP, les homéopathes, les acupuncteurs, les phytothérapeutes et les ostéopathes ont une activité de consultant dont le curseur est variable en fonction des cabinets. En revanche les médecins vasculaires, les médecins nutritionnistes ont essentiellement une activité de consultants.

Cette commission a donc pour vocation de mieux faire connaître ces disciplines.

Elle a reçu les professionnels les plus représentatifs tout au long de l'année. Un questionnaire a été soumis à chaque invité afin d'orienter les débats.

Un état des lieux (recensement, diplômes, nombre de praticiens, répartition géographique, problèmes spécifiques...) a déjà été fait, nous ne reviendrons pas sur celui-ci mais chacun de nos experts pourra préciser ce qui lui semble le plus pertinent.

- Quelles indications pour quel type d'exercice ?
- Quelle spécificité en termes de pratique professionnelle pour chacun d'entre eux ?
- Formation initiale et continue
- Problèmes spécifiques en termes de santé publique
- Problèmes spécifiques à la région PACA
- Niveau d'évaluation et problèmes spécifiques d'évaluation

- Quels niveaux de preuves scientifiques pour les disciplines avec de bons niveaux d'évaluation ?
- Intérêt en économie de santé, problèmes liés à l'exercice ...
- Place de la discipline au sein du corps médical et problématique à résoudre

Un débat constructif a permis de présenter ces disciplines sous un regard différent.

- Les disciplines invitées en 2012 :

- Médecins Acupuncteurs
- Médecins Homéopathes
- Médecins Phytothérapeutes
- Médecins ayant une Formation en Thérapie Cognitive Comportementale et reconnus Psychothérapeutes par l'ARS
- Médecins spécialistes en Nutrition
- Médecins sexologues
- Médecins Vasculaires
- Médecins du sport
- Médecins Anthroposophes

Les médecins acupuncteurs [2], homéopathes [4], vasculaires, phytothérapeutes [3], sexologues [1] ont déjà fait l'objet de publications en 2012 dans le journal.

- Les problèmes communs aux médecins MEP
 - Reconnaissance
 - Place dans l'organisation des soins
 - Besoin de santé publique : prévention, éducation, moindre coût des traitements, intérêt des MEP
 - Accorder une place dans les enseignements de base de chaque étudiant
 - Meilleure information auprès des médecins et des pouvoirs publics
 - Permettre une rémunération décente pour inciter les jeunes médecins à se former

Dans le cadre des missions de l'URPS ML PACA, la commission MEP et Autres Modes d'Exercices a le devoir d'informer les confrères sur l'apport à la médecine conventionnelle de ces disciplines.

D'autres expertises feront l'objet des prochaines réunions.

Ces disciplines sont de véritables spécificités professionnelles au service des patients, à la disposition des médecins spécialistes en Médecine Générale ou en d'autres spécialités. Les Médecins MEP ou d'autres modes d'exercices ont en commun pour la plupart une activité de consultant variant en fonction des disciplines.

Le 9 octobre 2012, la commission MEP & autres Modes d'Exercices a reçu le directeur adjoint de l'ARS Mr Norbert NABET et Mr BERTUCELLI directeur général de la CPAM BDR. Cette réunion, en présence du président de l'URPS ML PACA Mr le Dr Jean-François GIORLA, a été l'occasion de mieux faire connaître nos disciplines et d'exposer les problèmes spécifiques que nous rencontrons.

Orientations pour 2013

Toutes ces disciplines sont médicales et doivent être pratiquées exclusivement par des Médecins. Une cellule de travail URPS ML PACA – Commission MEP et l' A.R.S. va être mise en place afin d'étudier les problèmes spécifiques de ces spécialités (Non Professionnels de santé qui pratiquent certaines d'entre elles constituant un danger en termes de santé publique).

- Mieux faire connaître ces disciplines à l'ensemble des médecins de la région PACA. Ces médecins apportent une valeur ajoutée et une vision complémentaire.
- Permettre aux médecins de la région PACA d'appréhender les MEP dans une approche scientifique, pragmatique et rigoureuse.
- Pour 2013, la commission va poursuivre ses travaux en invitant les médecins mésothérapeutes (Dr Ernest Bigorra), les médecins algologues (Dr Patrice Rat), un représentant des médecins de médecine aéronautique, de médecine du sport (Dr Lots), les médecins auriculothérapeutes mais aussi une spécificité d'exercice, les médecins réalisant des échographies. Des débats seront organisés entre des Médecins MEP et d'autres Exercices et des non-MEP. Ces débats rentrent dans le cadre des missions des URPS : **la coordination avec les Professionnels de Santé.**

LISTE DES MEMBRES :

Coordonnateur : Dr Michel Fauré

Rapporteur : Dr Danielle Colongeon

Drs Nadine Besson, Paul Fredenucci, Jean-Claude Guegan, Jean-François Perret, Meyer Sabbah, François-Marie Santini.

Références :

- [1] *Le journal des médecins libéraux PACA, N°41 : sexologie et sexologues, qui sommes-nous ? Dr Marie Hélène Colson*
 [2] *Le journal des médecins libéraux PACA, N°41 : acupuncture, Tuina et Taijiquigong, Dr Michel Fauré & Dr Claude Pernice*
 [3] *Le journal des médecins libéraux PACA, N°40 : la phytothérapie, partie intégrante de la médecine, Dr Danielle Colongeon*
 [4] *L'Homéopathie : Principes et Bases n°42*

AIDONS NOS
FUTURS
CONFRÈRES !!!

L'URPS Médecins Libéraux PACA vient en aide aux Etudiants en Médecine pour la réalisation de leur Thèse.

Leur demande concerne essentiellement l'envoi de questionnaires auprès des Médecins Généralistes. L'URPS Médecins Libéraux PACA s'engage à envoyer ces questionnaires remplissables en ligne vers les Médecins de la région PACA dont elle possède l'adresse mail. Et cela gratuitement (L'URPS ML PACA prend en charge les frais d'envoi).

Un Comité se réunit tous les deux mois pour valider les questionnaires pris en charge, dont les sujets de thèse doivent concerner la Médecine Libérale.

Une rémunération des Médecins répondants est prévue: 30 euros pour 3 questionnaires remplis, et la rémunération surviendra annuellement autour du 15 Décembre.

**Alors, guettez vos mails !!!
Et pour ceux qui ne l'ont pas encore fait :
veuillez nous communiquer vos adresses mail
sur : contact@urps-ml-paca.org**

Dr Rémy SEBBAH
Secrétaire de l'URPS Médecins Libéraux PACA

Composition du Comité "Aide à la Thèse":
 Dr Jean-François GIORLA,
 Président de l'URPS Médecins Libéraux PACA
 Dr Rémy SEBBAH,
 Secrétaire de l'URPS Médecins Libéraux PACA
 Dr Wilfrid GUARDIGLI,
 Coordonnateur du Collège Généraliste
 de l'URPS Médecins Libéraux PACA
 Dr Hervé SAHY,
 Rapporteur du Collège Généraliste
 de l'URPS Médecins Libéraux PACA



“JE ME SOUVIENS...”

par le Dr Rémy SEBBAH,
Généraliste à Marseille, Secrétaire de l'URPS Médecins Libéraux PACA

...Que dans les années 80 la concurrence faisait rage...

...en 2012, nous cherchons des Médecins susceptibles de s'installer dans les "déserts médicaux" :

- Création de Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) par ci...
- Contrat d'Engagement de Service Public (C.E.S.P) que des Internes signent par anticipation dès leur fin de cursus, par là...
- Appels d'offres de municipalité en panne de Généralistes vieillissants, malades, ou en retraite, encore par ci...
- Appel à des sociétés privées de recrutement encore par là...

...Que dans les années 80, les Médecins Généralistes se bouscuaient pour "prendre les gardes"...

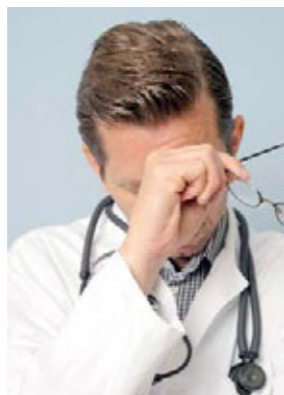
...la nuit de 20h00 à 08h00, le week-end, les jours fériés ; qu'ils étaient sur la brèche tout au long de leurs gardes, au téléphone, en voiture, ou à leur cabinet, et que fourbus et sans repos compensateur, ils reprenaient leurs activités aussitôt la garde terminée.

...Que dans les années 90, les autorités ont découvert la nécessité de créer des secteurs de garde et d'y accoler un Médecin de Garde...

Et puis qu'il fallait réguler les appels urgents, et que la Médecine Libérale devait y participer.

Ce fut le début de l'épopée du Centre 15.

En quelque sorte, tout se mettait en place pour éviter des réquisitions, et assurer l'accès aux soins à toute la population la nuit, le week-end, les



jours fériés. Pas loin de l'obligation de "prendre les gardes", les Médecins Libéraux, en ambulatoire et en Etablissements de Soins, se sont organisés pour assurer un maillage très serré sur toute la région. Ainsi se sont créés les secteurs de garde, la nuit entière, les week-ends et les fériés.

...Que dans les années 2000, des Médecins Libéraux téméraires ont imaginé la création des Maisons Médicales de Garde...

et l'exemple historique en fut celle de Gap dans les Alpes de Haute-Provence. Il s'en est créé depuis plusieurs dizaines sur le territoire de Provence-Alpes-Côte d'Azur...

Bien sûr, cela a pu fonctionner à l'aide de subventions (FAQSV, puis FIQCS), dans une démarche d'expérimentation.

...Fin Décembre 2012...

Le cahier des Charges de la Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA) élaboré par l'Agence Régionale de Santé a été acté par la Commission Spécialisée de l'Organisation des Soins (CSOS). L'URPS Médecins Libéraux PACA y a participé.

Car votre Union a rencontré les Médecins de Garde, voire les a sondés dans certains départements, et il était légitime d'accéder à certaines de leurs demandes.

Il y a eu finalement peu de litiges, si ce n'est dans le département des Alpes-Maritimes, dans lequel la configuration géographique aurait dû permettre la

conservation de lignes de garde, autant de par la difficulté de se déplacer dans des vallées escarpées, que pour maintenir la présence de Médecins Libéraux et l'accès aux soins pour ces populations.

Malheureusement, les Maisons Médicales de Garde existantes ont subi les réductions drastiques des budgets alloués, si ce n'est la disparition totale de ces subventions.

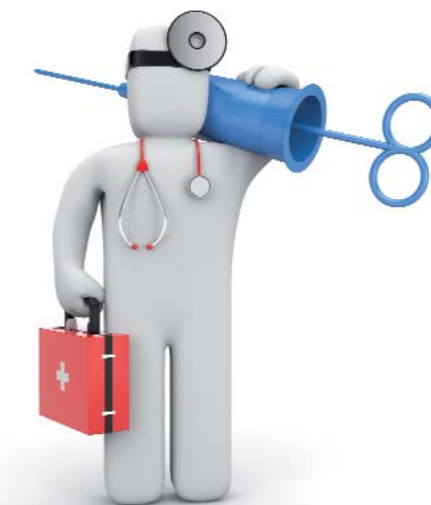
Une fois de plus nous constatons que les différentes politiques de santé mettent à contribution le monde libéral en lui imposant des orientations qu'il finit par mettre en œuvre. Malheureusement, quelques années plus tard c'est l'inverse qui lui est demandé.

Et régulièrement, bien qu'ils soient chahutés, ces Médecins Libéraux s'adaptent pour répondre le mieux possible à l'accès aux soins et à la qualité.

« Un monde plus juste devrait inclure la Médecine Libérale à l'initiative des politiques de santé. »

Avec Jean-François GIORLA, Président de l'URPS Médecins Libéraux PACA, et son Bureau, les propositions que nous allons développer vont consister à défendre la nécessité d'une régulation de la PDS sous la forme d'une régulation décentralisée, permettant aux Médecins motivés de réguler de leur domicile; la nécessité d'obtenir un numéro d'appel unique à 4 chiffres, et fonctionner à l'aide d'un système d'information libéral tel qu'un logiciel spécialisé existant actuellement dans d'autres régions.

Quant aux Maisons Médicales de Garde, c'est un cahier des charges libéral que l'URPS Médecins Libéraux PACA va conceptualiser, et de telle façon, que ce que le monde médical libéral a toujours apporté au système de soins français, il continue à démontrer qu'il en est encore capable, dans l'efficacité et la modernité.



Restons en contact et bénéficiez
d'informations professionnelles
par e-mails :

Inscrivez-vous pour recevoir l'e-journal
de votre Union sur
www.urps-ml-paca.org



DROITS DES PATIENTS ET DÉMOCRATIE SANITAIRE

par le Dr Jean-Claude ABADIE,
Hépatogastro-entérologue, pôle de santé, Gassin (83)
drabadiejc@orange.fr

DES DROITS DE L'HOMME AUX DROITS DES MALADES

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (loi Kouchner) ⁽¹⁾ et la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (loi Leonetti) ⁽²⁾ sont les actes fondateurs des droits des patients en France.

Elles renforcent et font la synthèse de textes dispersés : (code de déontologie médical, Constitution, Déclaration universelle des droits de l'homme du 10 décembre 1948, charte du patient hospitalisé du 6 mai 1995, lois de bioéthique) et de la jurisprudence administrative et judiciaire.

Elles tirent les conséquences législatives des évolutions de la société :

- Le malade est placé au centre du système.
- Le médecin paternaliste et l'autorité du sachant, délivrée sans explication, disparaît.
- Le malade est impliqué et informé à chaque étape du rapport bénéfique/risque des décisions.
- Il devient maître de ses choix, acteur de sa santé.

La loi Kouchner est directement le produit des États généraux de la santé (1998-1999).

Elle unifie des droits existants.

Elle reconnaît des droits nouveaux (les plus médiatisés étant le droit à une information complète sur son état de santé, le droit d'accès direct à son dossier médical, le droit de désigner une personne de confiance).

Elle distingue ce qui est "Droits individuels des malades" et "Droits collectifs des usagers du système de santé".

Ce dispositif législatif (126 articles) modifie déjà 8 codes (code civil, code pénal, code de la sécurité sociale, de l'action sociale et des législatifs (du travail, de la procédure pénale et de l'action judiciaire).

Il sera complété par :

- La loi du 22 avril 2005 (loi Leonetti) ⁽²⁾ qui encadre la limitation et la durée des traitements pour les malades en fin de vie et pose le respect de la volonté de la personne devenue inconsciente à travers notamment l'introduction des directives anticipées et de la reconnaissance du droit au consentement ou au refus des soins proposés.
- La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (définition de 100 objectifs de santé publique)
- La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires : <http://www.legifrance.gouv.fr> ⁽³⁾

DU DROIT DES PATIENTS À LA DÉMOCRATIE SANITAIRE

Les lois Kouchner et Leonetti ont traité principalement des droits individuels de la personne malade et ont posé les jalons des droits collectifs des usagers du système de santé et des droits sociaux (accès aux soins dans ces composantes, financière, territoriale et accès à l'information).



Dans le domaine de la santé il est possible distinguer 3 types de "démocraties" conduisant aux prises de décisions ⁽³⁾ :

- **La démocratie politique** (vote des citoyens).
- **La démocratie sociale** (gestion de l'assurance maladie par les syndicats des salariés et les représentants patronaux et cogestion de la médecine de ville avec les médecins Libéraux par le biais des conventions).
- **La démocratie sanitaire** ; les usagers sont représentés par une pluralité d'associations agréées issues des patients, des usagers ou du mouvement associatif familial.

La loi du 21 juillet 2009 (HPST), sur les relations médecins/malades, et la participation des usagers dans l'élaboration des politiques de santé renforce le rôle de ces associations représentatives sans équilibrer toutefois les 4 piliers du système de santé (état, caisses d'assurance maladie, professionnels de santé, associations de patients et d'usagers), faute d'avoir alloué des moyens à ces dernières.

CONNAISSANCE ET PERCEPTION DES DROITS DES PATIENTS

Nous avons référencé deux enquêtes : l'une sur la perception des droits des patients par le grand public, l'autre par les professionnels de santé.

Pour le grand public :

Sondage BVA de septembre 2010 : "Les Français et les droits des patients" auprès de 962 Français.

70% des Français interrogés n'ont pas le sentiment de savoir quels sont les droits des patients. Les droits qu'ils citent spontanément :

- Accès direct au dossier médical : 37 %
- Accès égal de tous aux soins : 24 %
- Droit à l'information sur son état de santé : 24 %
- Droit de choisir librement un praticien ou un établissement : 16 %
- Droit de refuser un traitement : 12 %

61% d'entre eux estiment que les droits des patients sont bien appliqués et 70% qu'ils sont bien respectés.

Le droit d'être représenté par des associations pour donner leur avis sur le

système de santé, le droit de participer aux décisions médicales en fin de vie et le droit d'être informé sur un accident médical sont les trois droits que les personnes interrogées jugent les moins bien appliqués.

45% réclament de nouveaux droits, déjà inscrits dans la charte du patient hospitalisé.

Pour les professionnels de santé :

Enquête qualitative TNS-SOFRES de mars 2011 auprès de 40 professionnels de santé.

Spontanément les professionnels de santé se disent favorable à la promotion des droits des patients estimant qu'ils viennent mettre fin à des abus qui ont pu exister par le passé et à une prise en compte insuffisante du patient en tant que personne.

Très peu de professionnels citent spontanément la loi Kouchner du 4 mars 2002 lorsqu'il s'agit d'évoquer les droits des patients. En revanche, beaucoup mentionnent la charte du patient hospitalisé ainsi que les livrets d'accueil. Deux lieux cristallisent les critiques en matière de non respect des droits des patients : les hôpitaux et les maisons de retraite.

INFORMATION DES PATIENTS ET DES MÉDECINS

De nombreux organismes donnent aux malades et professionnels de santé des informations et documents utiles sur le droit des patients.

Nous citerons :

- Tous les établissements de santé notamment à travers le livret d'accueil remis à l'admission au patient.
- Le conseil national de l'ordre des médecins : www.conseil-national.medecin.fr/ (rubrique code de déontologie)
- La Haute Autorité de Santé
- Le CISS (Collectif inter associatif sur la santé) regroupe plus de 30 associations de patients.

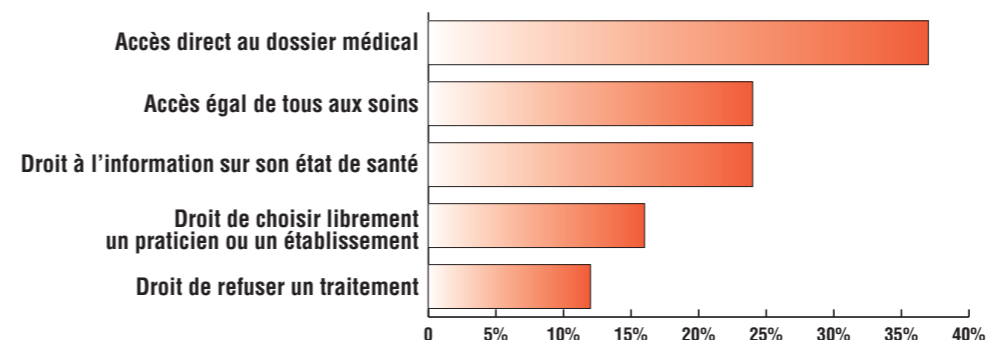
Ce dernier défend les intérêts communs à tous les usagers du système de santé.

Il propose :

- Une ligne téléphonique dédiée (Santé Info Droits - 0 810 004 333 (N° Azur - prix d'un appel local) ou 01 53 62 40 30 (pour un appel des DOM-TOM ou à partir d'un portable ou d'un abonnement illimité).
- Des courriers type et fiches pratiques sur les droits des patients sur le site www.leciss.org :
- Fiche CISS Pratique n° 11: accès au dossier médical et aux informations de santé.
- Fiche CISS Pratique n° 11 bis : accès au dossier médical et aux informations de santé : les cas particuliers.
- Fiche CISS Pratique n° 11 quater : la durée de conservation des dossiers médicaux.

- Il existe un espace dédié aux usagers du système de santé et à leurs droits sur le site du ministère de la santé.

Les Français et les Droits des patients



DROITS DES PATIENTS ET DÉMOCRATIE SANITAIRE

CE QU'IL FAUT SAVOIR POUR UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DES DROITS DES PATIENTS DANS NOS PRATIQUES QUOTIDIENNES

1/ Le droit à la sécurité et qualité des soins :

“Toute personne a, compte-tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.”

- Pour les professionnels de santé, la loi du 4 mars 2002 impose une obligation de formation continue, devenue développement professionnel continu depuis la loi HPST.

Ses objectifs sont : l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

- Pour les établissements de santé, la procédure de certification a été élaborée avec une volonté de concentrer la démarche sur les principaux leviers de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé, ainsi que sur des indicateurs spécifiques mesurés annuellement (ex : qualité du dossier du patient, prise en charge de la douleur).

2/ Le droit pour tout patient d'être informé sur son état de santé :

La loi du 4 mars 2002 a regroupé les grands principes de la jurisprudence



concernant l'obligation pour tout professionnel de santé d'informer son patient.

Tous patients a le droit d'être informé.

L'information est donnée au cours d'un entretien individuel.

L'information est donnée tout au long de la prise en charge du patient.

Il appartient aux professionnels de santé de prouver qu'ils ont bien donné une information claire, loyale et appropriée aux capacités du patient (dossier médical, mention dans les courriers et compte rendus médicaux).

Le professionnel se doit de répondre aux questions qui lui sont posées avec tact, empathie et de façon appropriée.

En juin 2008, la HAS a publié le guide méthodologique⁽⁹⁾ «Élaboration d'un document écrit d'information à l'attention des patients et des usagers de santé”.

La HAS rappelle l'obligation d'information à la charge de tous les professionnels de santé et précise que le guide méthodologique “peut être utilisé par les sociétés savantes et les organisations professionnelles qui souhaitent s'engager dans une démarche d'information des patients et des usagers dans laquelle une information écrite peut compléter une information

orale, qui s'appuie sur des recommandations professionnelles existantes”.

La loi n'impose pas la signature d'un document attestant que le patient a bien été informé. Sur ce point, la jurisprudence reste également constante et rappelle que la preuve peut être apportée par tout moyen (document d'information, échange de correspondances avec les professionnels de santé dont copie remise au patient, dossier médical...).

Le principal motif de plainte des patients est l'insuffisance ou l'absence d'information de la part du professionnel de santé.

La majorité des procès trouvent leur origine suite à un problème de communication lors de la survenance d'une complication...

La jurisprudence de la Cour de Cassation⁽¹⁰⁾ a renforcé le caractère impératif de cette information en concluant que l'absence d'information préalable à une intervention “cause à celui auquel l'information était légalement due, un préjudice qu'en vertu des textes visés, le juge ne peut laisser sans réparation”.

Depuis la décision de la cour de cassation n° 09-13.591 du 3 juin 2010 le défaut d'information est un préjudice moral indemnisable par le médecin

La cour de cassation consacre un droit à l'information et condamne le médecin à réparer le préjudice moral né de ce manquement.

3/ Le droit à l'accès direct au dossier médical :

Les professionnels doivent tenir un dossier médical et l'archiver.

Les établissements de santé privés ou publics ont l'obligation d'informer les patients des conditions d'accès (**livret d'accueil remis à l'admission**), et de donner suite à leur demande.

L'ordre recommande pour les médecins exerçant en cabinet médical de s'aligner sur les règles existant pour les établissements de santé.

Le médecin doit tenir pour chaque patient une fiche d'observation nominative. Le patient bénéficie d'un droit d'accès.

La connaissance de la loi, par les médecins traitants, spécialistes en médecine générale⁽⁶⁾ n'a pas entraîné d'augmentation des prescriptions défensives pour se prémunir d'un éventuel risque de procédure mais des améliorations dans la tenue du dossier médical (présence du consentement éclairé du patient tracé dans le dossier médical).

L'accès direct au dossier médical est le droit le plus connu des patients.

Ce droit a fait l'objet d'une large médiatisation lors du vote de la loi de 2002.

45 % des demandes ont pour motif la transmission à un médecin traitant, un médecin expert ou à un professionnel pour un second avis médical.

L'accès n'est possible qu'après un délai de 48 h et doit être effectif sous 8 jours pour les dossiers de moins de 5 ans et sous 2 mois pour les plus anciens.

Le délai de 8 jours peut poser des problèmes d'organisation aux établissements. Il convient qu'il soit respecté notamment en cas de pathologie lourde réclamant un deuxième avis et une décision rapide.

- *Spécificité du mineur⁽¹⁰⁾:*

Les soins délivrés au mineur ne peuvent l'être qu'avec le consentement de son représentant légal. A l'admission, l'hôpital doit s'assurer de pouvoir joindre les titulaires de l'autorité parentale dans des délais assez brefs afin d'autoriser une intervention.

Si les représentants du mineur refusent ou s'il est impossible de les joindre, le mineur ne pourra pas être opéré.

Toutefois, en cas d'urgence, si le représentant légal ne peut être prévenu, le médecin délivre les soins nécessaires.

Si le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale risque de mettre en danger la santé de l'enfant, le médecin délivre les soins indispensables, et peut éventuellement saisir le ministère public afin de prendre des mesures d'assistance éducative dans l'intérêt de l'enfant. En toute situation, le consentement du mineur ou du majeur incapable sous tutelle doit néanmoins être systématiquement recherché s'il est apte à s'exprimer et à participer à la décision, sans préjudice du consentement du représentant.

- *Les personnes âgées et l'exercice en EHPAD:*

Les personnes âgées sont trop souvent considérées comme inaptes à recevoir l'information. Les décisions concernant leur prise en charge vont être prises avec la famille sans concertation avec la personne âgée. Or, tant qu'une décision de justice ne place pas une personne sous régime de protection elle doit être associée à sa prise en charge. Même si la personne est placée sous tutelle il n'en demeure pas moins que son droit d'être informé de son état de santé subsiste et qu'il doit être recherché son consentement en vue de l'adhésion aux soins.

La Haute autorité de santé (HAS) a diffusé en octobre 2012 un guide pour accompagner le déploiement de la bientraitance en établissement de santé

et en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ehpad).

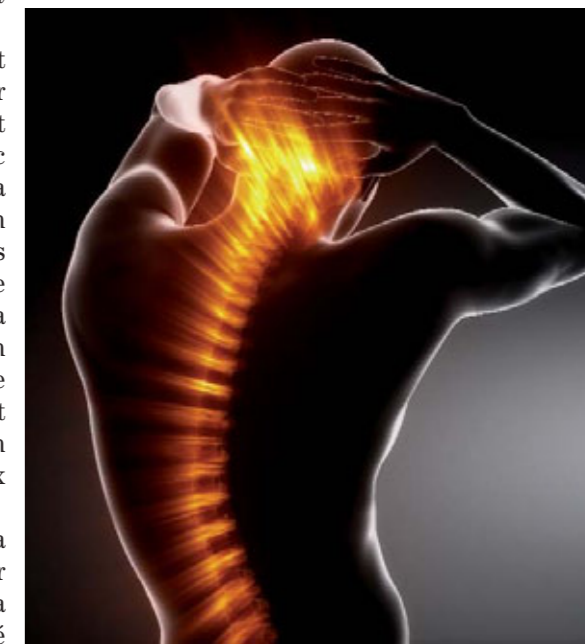
4/ Le droit à la prise en charge de la douleur

La lutte contre la douleur a longtemps été entravée : (arguments philosophiques ou religieux, crainte de nuire par la prescription d'antalgiques majeurs, diabolisation des médicaments morphiniques ou “respect” de la “douleur symptôme”).

Aujourd'hui le soulagement de la douleur est un droit.

L'article L.1110-5 du CSP précise que toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.

Cette obligation s'impose aux médecins qui doivent “en toutes circonstances s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement” et développer une prise en charge pluridisciplinaire impliquant tous les professionnels de santé.



DROITS DES PATIENTS ET DÉMOCRATIE SANITAIRE

Les établissements de santé doivent, mettre en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent sous l'égide de la CME (commission médicale d'établissement) et du CLUD (comité de lutte contre la douleur).

La prise en charge de la douleur est l'un des items prioritaires des démarches de certification et d'évaluation des pratiques professionnelles (audit, staffs protocolisés, RMM). Le traitement de la douleur est encore trop souvent associé à la fin de vie. C'est occulter une part importante des patients douloureux chroniques.

5/ Le droit de désigner une personne de confiance

La loi du 4 mars 2002 donne la possibilité pour le patient de désigner une personne de confiance pour l'accompagner dans son parcours médical.

Les médecins traitants doivent informer le patient de l'existence de ce dispositif et renseigner dans le dossier médical le nom et les coordonnées de la personne de confiance.

La même démarche doit être faite par les responsables de l'admission des personnes hébergées en établissements médico-sociaux.

Formulaire de désignation d'une personne de confiance⁽¹⁾

www.urps-ml-paca.org

Rubrique : OUTILS

6/ Le droit du malade en fin de vie

La loi relative aux droits des malades et à la fin de vie⁽²⁾ (loi Leonetti) a été promulguée en avril 2005.

Ses 2 principes sont le refus de l'acharnement thérapeutique et le refus de la douleur.

Son objet est de répondre aux difficultés posées aux médecins et aux familles confrontées à la fin de vie des personnes

atteintes d'affections graves et incurables : continuer à soigner au prix de la souffrance ou arrêter de soigner au risque de provoquer la mort. Elle vise explicitement à développer les soins palliatifs en France.

• **L'acharnement thérapeutique est illégal** *"En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations et la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie."*

• **Le malade a le droit de refuser un traitement.**

"Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie

en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables". Dans ce cas, le médecin dispose d'un délai raisonnable pour le faire changer d'avis, il ne doit pas hésiter à demander l'intervention d'un confrère.

Qui décide de ce qui est ou pas acharnement thérapeutique ?

Le malade, s'il est conscient. Sinon, c'est le médecin, en respectant la procédure collégiale⁽³⁾ d'arrêt ou de limitation des traitements chez une personne inconsciente.

• **Le médecin doit tout mettre en œuvre pour soulager la douleur.**

"Le médecin peut recourir à des produits sédatifs (faisant perdre conscience) pour soulager son patient dans certaines situations de la fin de vie".

La pratique d'une sédation n'est jamais responsable de la mort qui survient, si elle doit survenir, en raison de l'évolution de la maladie. C'est ce qui la différencie fondamentalement de pratiques d'injections létales.

La loi Leonetti⁽²⁾ maintient les textes

juridiques antérieurs qui interdisent de donner délibérément la mort à autrui. Elle n'autorise pas l'euthanasie. L'article 38 du CDM affirme que *"le médecin ne doit pas provoquer délibérément la mort"*.

- Chacun peut exprimer par avance ses souhaits pour organiser ses derniers moments (directives anticipées)⁽⁷⁾ L'article L.1111- 11 du CSP précise que *"toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de limitation ou d'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment."* Ces directives anticipées sont conservées dans le dossier médical du médecin de ville, ou dans le dossier médical hospitalier. Elles peuvent être conservées par leur auteur, remises à la personne de confiance, ou à défaut, à un proche. A condition qu'elles aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne, le médecin en tient compte pour toute décision.

Le droit du patient de formuler des directives anticipées est le résultat de l'évolution des lois et de l'éthique médicale vers le concept d'autonomie du patient. La plupart des personnes qui rédigent de telles directives craignent surtout le caractère excessif et inefficace des traitements curatifs en phase terminale de leur vie alors que leur situation physique et/ou intellectuelle s'avère manifestement irréversible.

La plupart des personnes qui rédigent de telles directives craignent surtout le caractère excessif et inefficace des traitements curatifs en phase terminale de leur vie alors que leur situation physique et/ou intellectuelle s'avère manifestement irréversible.

La plupart des personnes qui rédigent de telles directives craignent surtout le caractère excessif et inefficace des traitements curatifs en phase terminale de leur vie alors que leur situation physique et/ou intellectuelle s'avère manifestement irréversible.

Formulaire d'aide à la rédaction des directives anticipées⁽¹⁾

www.urps-ml-paca.org

Rubrique : OUTILS

7/ Le droit à l'information sur la tarification des prestations médicales

Les obligations du médecin peuvent se résumer en deux mots : affichage et devis⁽¹⁰⁾

Toute personne peut, à sa demande, être informée du montant des actes et prestations proposés.

L'information doit porter sur les conditions de prise en charge par les organismes d'assurance maladie et sur les éventuels dépassements d'honoraires. Les professionnels de santé ont l'obligation d'afficher de façon claire et lisible leurs honoraires et tarifications d'actes et de prestations, ainsi que le tarif de remboursement par l'assurance maladie.

Le praticien doit également indiquer de façon claire s'il exerce en secteur 1 ou en secteur 2.

Cet affichage est réalisé dans la salle d'attente ou le cabinet de consultation du praticien.

Dépassement d'honoraires

Sous certaines conditions, les professionnels de santé sont autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires, au-delà des tarifs fixés par la sécurité sociale. C'est le cas par exemple des médecins exerçant en secteur 2, ou lorsque le patient consulte sans respecter le parcours de soins.

Si les dépassements d'honoraires sont supérieurs à 70 €, le praticien doit remettre au patient une information écrite mentionnant les prix des actes et des dépassements. Cette information doit être faite avant l'exécution des actes.

Si les dépassements sont inférieurs à 70 €, ou si l'acte est à réaliser lors d'une prochaine séance, le praticien reste soumis à l'obligation d'information sur les montants et modalités de prise en charge des actes.

Pour fixer le montant des dépassements d'honoraires, les praticiens doivent se

référer à la réglementation (dépassements maîtrisés).

Le praticien ne peut demander des honoraires différents des tarifs fixés par la réglementation aux personnes bénéficiant de la CMU-Complémentaire, en vertu des documents qu'elles présentent.

Le non-respect des obligations d'affichage et d'information est notifié au professionnel de santé par un rappel à la réglementation. En cas de récidive, le praticien encourt une amende administrative ne pouvant excéder 3000 €.

Note préalable d'information sur les honoraires⁽¹¹⁾

(article L1111-3 du code de la santé publique et arrêté du 2 octobre 2008 paru au Journal Officiel du 11 octobre 2008)

www.urps-ml-paca.org

Rubrique : OUTILS

8/ Le droit à obtenir réparation d'un préjudice

La loi du 4 mars 2002 a mis en place un dispositif de règlement amiable qui permet aux victimes de préjudices lourds découlant d'un acte médical d'être indemnisées rapidement et gratuitement.

Il repose sur les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCI) et sur l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM).

Toute personne s'estimant victime d'un acte médical peut saisir la CRCI.

La CRCI est présidée par un magistrat et composée de représentants des usagers, des professionnels de santé et des responsables d'établissements de soins.

Si aucune erreur médicale n'est démontrée, on parle "d'aléa thérapeutique" et c'est la solidarité nationale qui intervient (ONIAM).

Avant 2002, la distinction entre la faute et l'aléa conditionnait l'indemnisation, l'aléa excluant toute indemnisation. Depuis,



DROITS DES PATIENTS ET DÉMOCRATIE SANITAIRE

avec l'introduction du principe de réparation des préjudices subis par les patients par la solidarité nationale, cette distinction fautive/aléa détermine le débiteur : le médecin/l'établissement ou la solidarité nationale.

De plus, concernant les choix thérapeutiques, le médecin doit respecter les données acquises de la science, ou les connaissances médicales avérées, et la Cour de cassation a introduit de nouvelles normes, comme les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé.

9/ Le droit des usagers à être représentés au sein des instances de santé

Il s'agit d'un droit collectif. Il s'exerce par le biais d'associations représentatives agréées. Une association d'usagers doit avoir une activité dans le "domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades". Cette activité doit viser "la défense des droits des personnes malades et des usagers du système de santé". L'association doit aussi faire preuve de son indépendance vis-à-vis de tout professionnel, établissement, organisme ou acteur économique intervenant dans le domaine sanitaire.

L'agrément est accordé pour une période de cinq ans renouvelable.

Il permet à l'association d'être représentée dans les instances des établissements hospitaliers et dans les organismes de santé publique nationaux, régionaux, départementaux ou locaux. Les médecins libéraux et leurs représentants, issus des URPS, sont amenés à siéger dans les mêmes instances aux côtés des représentants des usagers

La commission des relations des usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) est l'instance principale de la

représentation des usagers au sein des établissements. Elle veille au respect des droits des usagers.

10/ Le droit des patients à l'assurance et à l'emprunt :

S'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé en 2012 est facilité par la convention AERAS

L'accès au crédit représente un enjeu important de société.

La question se pose avec une acuité particulière lorsqu'elle concerne des personnes présentant un risque de santé aggravé du fait d'une maladie ou d'un handicap.

Signée en février 2011, par les pouvoirs publics, les fédérations professionnelles de la banque, de l'assurance et de la mutualité et les associations de malades et de consommateurs, la convention AERAS (S'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) a pour objet de faciliter l'accès à l'assurance et à l'emprunt des personnes ayant ou ayant eu un problème grave de santé.

Les points-clés de la convention AREAS peuvent être consultés sur le site homonyme.

Les avancées de la médecine sont prises en compte. Les malades ont un dossier médical unique, rempli par le médecin traitant.

11/ Le Droit des handicapés à l'Accessibilité des structures de soins

Les cabinets médicaux font partie des établissements recevant du public. À ce titre, ils doivent être en mesure d'accueillir, dès maintenant, les personnes handicapées pour les plus récents, tandis que les cabinets plus anciens ont jusqu'au 1er janvier 2015 pour se mettre en conformité.

Nous recommandons une grande vigilance sur la problématique de



l'accessibilité de nos cabinets, qu'il s'agisse d'une création ou d'une mise en conformité.

Il convient d'anticiper les demandes de dérogation liées à des impossibilités pratiques en sachant que les commissions préfectorales compétentes seront coordonnées par les représentants des différentes associations d'handicapés.

12/ Le Droit aux soins en France des ressortissants étrangers

En situation régulière : il bénéficie selon ses ressources de l'assurance maladie ou de la couverture maladie universelle (CMU).

En situation irrégulière : il peut bénéficier de l'aide médicale de l'Etat (AME) : il doit être en France depuis plus de 3 mois, faire une demande de carte AME auprès des services sociaux, dont l'obtention est conditionnée à un plafond de ressources. En situation irrégulière sur le territoire depuis moins de 3 mois ou si l'AME a été refusée ou non faite, prise en charge pour les soins à caractère urgent : soins dont l'absence pourrait conduire à une altération grave de l'état de santé ou pronostic vital,

soins concernant une pathologie contagieuse, tous soins aux mineurs, soins aux femmes enceintes et nouveaux-nés, les interruptions de grossesse volontaires ou pour motif médical.

Les ressortissants de la communauté européenne : avant de se rendre dans un autre pays de l'UE pour un bref séjour, doivent demander une carte européenne d'assurance maladie à leur organisme d'assurance maladie. Elle prouve leur droit à des soins médicaux et constitue la preuve matérielle qu'ils sont assurés dans un pays de l'UE.

CONCLUSION

La relation entre patient et médecin, et plus largement entre les usagers du système de santé et les professionnels de santé, a lentement évolué, vers plus de maturité au cours des décennies précédentes, aboutissant à un partage de l'information et à un meilleur accompagnement du malade.

C'est le résultat de l'évolution des lois et de l'éthique médicale vers le concept d'autonomie du patient.

L'évolution des esprits sur des sujets comme la prise en charge de la douleur, la dignité du patient ou la responsabilité médicale, ont permis d'établir de nombreux droits en faveur des malades. Les lois Kouchner (4 mars 2002) et Leonetti (22 avril 2005) ont à juste titre consacré ces droits individuels du patient et apporté des éléments novateurs (droit à une information complète, droit à l'accès direct au dossier médical, droit à l'indemnisation des risques médicaux et de l'aléa thérapeutique, désignation d'une personne de confiance, droit au traitement de la douleur et droits du malade en fin de vie)

Ces lois ont été le préalable à la reconnaissance de droits collectifs aux usagers du système de santé (associations de malades, représentation des usagers).

Les associations d'usagers se sont vues

reconnaître un rôle accru dans le système de santé et ainsi participent au développement d'une démocratie sanitaire (loi HPST), à côté de la démocratie politique (vote des citoyens) et de la démocratie sociale (cogestion syndicats patronaux et salariés, conventions, etc) pour les prises de décision dans le domaine de la santé et de l'assurance maladie.

Le débat n'est pas épuisé.

Demain de nouveaux droits viendront inmanquablement en discussion : (Droit à l'information sur la qualité des établissements et des professionnels⁽¹²⁾ ?

Droits sociaux des patients ? Droit à choisir sa fin de vie ?)

Les médecins doivent respecter ces droits dans leur pratique quotidienne. C'est un impératif éthique et déontologique⁽¹⁰⁾.

L'application effective reste toutefois encore variable d'un établissement à l'autre ou d'un professionnel à un autre et cela engage à poursuivre les actions d'information auprès des professionnels et des patients.

Ce peut être aussi l'occasion de rappeler aux patients et à leur famille que tout droit implique des devoirs :

- Devoir de comportements responsables pour préserver son capital santé.
- Devoir de respect des professionnels de santé et personnels soignant.

Et qu'aucun de ces droits ne saurait autoriser les demandes injustifiées ou les actes d'incivilité.

Références

(1) Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, <http://www.legifrance.gouv.fr>

(2) Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie : <http://www.legifrance.gouv.fr>

(3) Droits sociaux, nouveau combat des patients, entretien avec Didier Tabuteau, la revue du praticien médecine générale, tome 25, n° 871, décembre 2011.

(4) Guide Méthodologique. Elaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé. Haute Autorité de Santé, Service communication, 2 av. du Stade de France - 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX. Tel. : +33 (0)1 55 93 70 00

(5) Information préalable à un acte médical. Décision de la cour de cassation n° 09-13.591 du 3 juin 2010

(6) Loi Kouchner en médecine générale : le dossier d'abord. Serge Bismuth et coll. la revue exercer - septembre-octobre 2006 n° 79-115

(7) Décret n° 2006-119 du 6 février 2006 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).

(8) Décret n° 2006-120 du 6 février 2006 relatif à la procédure collégiale

(9) La LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, <http://www.legifrance.gouv.fr>

(10) Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins - Numéro spécial Sept-Oct. 2011, Les droits des patients, un progrès pour tous.

(11) les formulaires mis en exemple dans cet article sont téléchargeables sur le site de URPS-PACA

(12) Un nouveau site d'information sur la qualité et la sécurité des soins en ligne au premier semestre 2013

La Haute autorité de santé (HAS) va coordonner un nouveau site internet d'information sur la qualité et la sécurité des soins qui prendra le relais de Platines en 2013, selon le dossier remis lors de la conférence de presse présentant les résultats des indicateurs 2011.



L'HYGIÈNE AU CABINET, UN AUDIT POUR TOUS

par le Dr Paul FREDENUCCI, coordonnateur des Groupes qualité en PACA
Avec la collaboration de Madame Fanny JOZANCY et du personnel administratif de l'URPS ML PACA

Un audit réalisé auprès des 146 médecins participants aux 14 premiers Groupes qualité (GQ) constitués en PACA, fait apparaître que les recommandations préconisées par le Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS), ne sont pas toujours suivies au risque de conséquences graves. Les conclusions de cet audit devraient interpeller les médecins libéraux sur cette problématique.

Depuis l'arrêté du 23 septembre 2004 portant création d'un Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS), la lutte contre les infections nosocomiales concerne l'ensemble des professionnels de santé, quel que soit leur mode d'exercice au sein ou en dehors des établissements de santé.

Le médecin libéral doit donc mettre en œuvre les recommandations dans son lieu d'exercice dans le but de réduire les infections lors des soins, non seulement pour ses patients mais également pour lui-même et l'environnement.

Cette lutte s'accompagne d'obligations professionnelles réglementaires, déontologiques et éthiques pouvant engager la responsabilité disciplinaire, civile et pénale du médecin.

Avec pour objectif de sensibiliser les médecins participant aux Groupes qualité en PACA, le comité de pilotage a proposé de réaliser un audit sur l'hygiène au cabinet et d'en mesurer l'impact six mois après à partir de 7 items sous forme de questions :

1. La salle de consultation dispose-t-elle d'un poste de lavage des mains ?

Alors que le lavage des mains est une précaution d'hygiène de base, 1 médecin sur 10 en moyenne n'a pas de poste de lavage des mains dans sa salle de consultation. Il n'est pas noté de modification significative 6 mois plus tard, probablement en raison du délai trop court pour engager des travaux ou de leur coût.

2. La salle de consultation dispose-t-elle d'une table d'examen protégée par un drap à usage unique ?

L'ensemble des médecins répond à cette recommandation.

3. Disposez-vous du matériel à usage unique suivant : gants non stériles ?

99% des médecins utilisaient des gants non stériles avant l'audit.

Un médecin a modifié sa pratique en cours d'étude en utilisant dorénavant les gants, portant le score à 100 % en deuxième période.

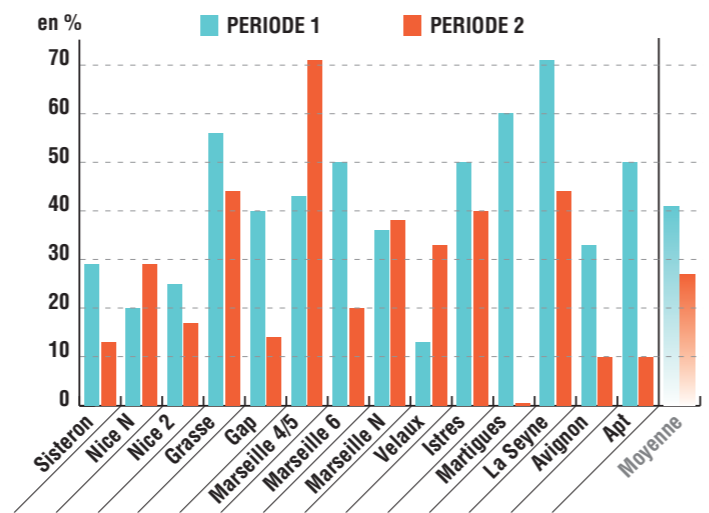
4. Existe-t-il des toilettes réservées aux patients ?

Près de 70% des cabinets médicaux possèdent des toilettes réservées à la patientèle. 6 mois plus tard le pourcentage reste identique. Il est probable que le délai de 6 mois soit, ici encore, trop court pour engager et réaliser d'importants travaux.

5. Encapuchonnez-vous les aiguilles après utilisation ?

41% des médecins continuaient à recapuchonner les aiguilles en début d'étude, ils étaient 28%, 6 mois plus tard soit près d'un tiers de moins !

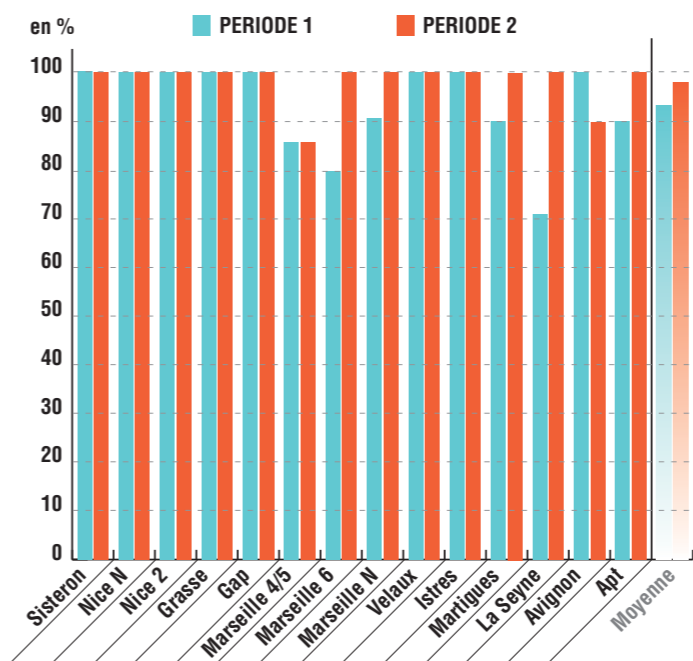
Il est important de rappeler ici que "Toute personne qui manipule le matériel souillé ou les déchets peut être victime d'un Accident Exposant au Sang, (AES)" (Infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé, Ministère de la Santé, janvier 2006). Le recapuchonnage des aiguilles est à éviter et mieux à proscrire. Face au risque, la vaccination contre l'hépatite B est recommandée et devient obligatoire pour l'exercice en établissement de santé.



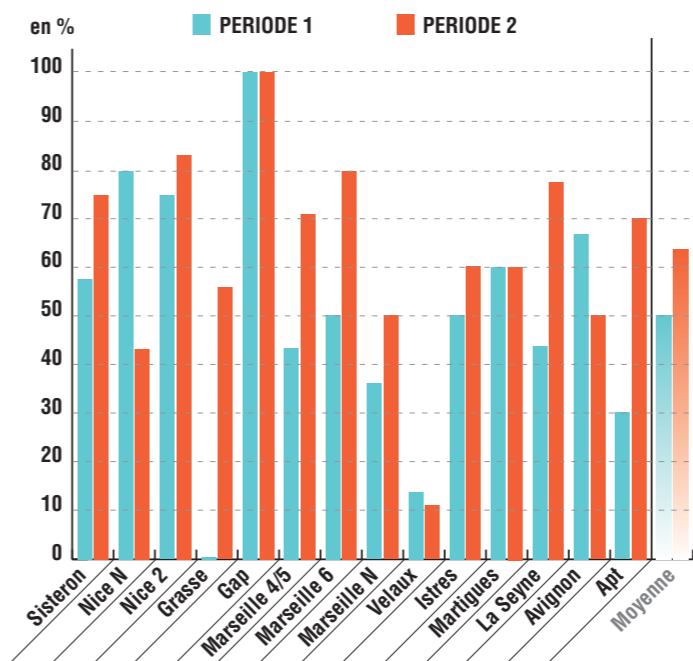
6. Disposez-vous d'un conteneur destiné aux déchets piquants-tranchants ?

Avant entrée dans l'étude 93% des praticiens possédaient un conteneur, 97% à la fin.

Nota : dans les graphes, seuls les médecins appartenant aux Groupes Qualité ont répondu dans les villes correspondantes.



7. Disposez-vous d'un conteneur destiné à recevoir les déchets infectieux ?



Seulement 50% des confrères répondaient à cette recommandation, ils étaient 62% après 6 mois. Plus remarquable encore aucun médecin d'un des Groupes qualité ne possédait de conteneur ; 6 mois plus tard, plus de la moitié d'entre eux s'étaient mis en conformité.

Pour des raisons de sécurité, les déchets d'activités de soins à risques infectieux doivent être collectés à part (article R.1335-1 et suivants du Code de la santé publique - arrêtés du 77/09/99 et du 24/11/03).

En jetant les seringues dans une poubelle, le personnel d'entretien ou les agents de collecte sont exposés à des risques infectieux (hépatites, VIH, etc.).

De cet audit il ressort une amélioration significative des pratiques des médecins libéraux participants aux Groupes qualité pour un grand pourcentage d'entre eux, allant jusqu'à un tiers pour le recapuchonnage des aiguilles.

Ce geste est responsable de 25 à 30% des blessures par piqûres d'aiguilles, elle est la principale cause d'AES. Il est souhaitable que l'ensemble des confrères abandonne cette pratique, au moins pour eux-mêmes ; dommage que certains continuent !!

RÉFÉRENCES :

Hygiène au cabinet médical ou paramédical - synthèse des recommandations [www/has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

Pour en savoir plus sur les Groupes qualité :

"Groupes qualité : engagement de l'URML PACA".

Journal des médecins libéraux n° 34, pages 6,7, janvier 2010

"les GQ de l'an 2". Journal des médecins libéraux n°38, pages 36,37, mai 2011

"De la qualité mais à quel prix ???". Journal des médecins libéraux n° 41, pages 4,5, octobre 2012



L'ÉTABLISSEMENT DE PRÉPARATION ET DE RÉPONSES AUX URGENCES SANITAIRES (EPRUS)

par le Dr Richard BOVET,
Généraliste à TOULON.

Un premier article sur la réserve sanitaire a été abordé dans une revue précédente.
Ce second article est consacré à l'établissement pharmaceutique.

L'Établissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires (EPRUS) a été institué le 5 mars 2007 pour répondre avec efficacité aux différentes menaces sanitaires graves, en France et à l'étranger, en facilitant l'organisation et le déploiement des forces de santé en cas de crise sanitaire exceptionnelle.

L'EPRUS participe à la protection et au secours de nos concitoyens, des français expatriés à l'étranger, mais aussi des populations meurtries, dans le monde, dans le cadre de l'aide humanitaire d'Etat.

Opérateur du ministère en charge de la Santé, l'EPRUS s'articule autour de 2 pôles d'activités:

- la Réserve Sanitaire, constituée de professionnels de santé en activité, retraités ou en fin d'études, prêts à intervenir sur le terrain en France et à l'étranger ;
- l'Établissement Pharmaceutique, qui gère le stock stratégique national santé mobilisable rapidement en cas de crise grave.

Les interventions que l'EPRUS a su mener à bien depuis sa création et son mode de fonctionnement unique en son genre, font aujourd'hui de cet établissement public une véritable référence en France, en Europe et dans le monde dans le domaine de la gestion des risques et des crises sanitaires graves.

ÉTABLISSEMENT PHARMACEUTIQUE

Conformément à la loi du 5 mars 2007, l'EPRUS a pour mission d'acquérir, fabriquer, importer, distribuer et exporter les produits et services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves. L'EPRUS agit sur demande du ministre de la santé, pour lequel il exerce les fonctions d'opérateur logistique et de gestionnaire des stocks de produits de santé acquis par l'établissement ou confiés par l'Etat.

En conformité avec la réglementation concernant les médicaments, produits et objets pharmaceutiques, un établissement pharmaceutique défini au 14ème alinéa de l'article R5124-2 du CSP, a été créé au sein de l'EPRUS.

Celui-ci dénommé "Établissement pour la protection de la

population face aux menaces sanitaires graves" est chargé, conformément à l'article L. 3135-1 du CSP et sur saisine du ministère de la santé, des opérations d'achat, de fabrication, d'importation, d'exportation, d'exploitation, de stockage et de distribution des produits nécessaires et prévus par les plans nationaux de réponse pour la protection de la population face aux menaces sanitaires. L'EPRUS peut sous-traiter tout ou partie de ces activités.

Il met donc en œuvre les programmes d'acquisition de produits de santé arrêtés par son ministère de tutelle à partir des recommandations de groupes d'experts, émet les ordres de mouvement et de répartition des stocks, participe à des exercices relatifs à la mise en œuvre des différents plans de réponse à une urgence sanitaire et en tant qu'opérateur, est pleinement associé au dispositif de gestion de crise.

Instrument à vocation nationale, l'EPRUS peut cependant :

- Dans le cadre de sa mission nationale, apporter son expertise ou s'intégrer dans des projets communautaires ou internationaux visant à harmoniser, coordonner ou mutualiser les contre-mesures destinées à répondre aux menaces identifiées dans les plans de réponse
- A la demande de son ministère de tutelle mettre ses moyens à la disposition d'opérations d'aides humanitaires internationales mises en œuvre pour répondre à des crises sanitaires issues de catastrophes naturelles, d'actions de terrorisme ou conséquences de conflits.

En plus de la gestion des stocks stratégiques d'Etat, l'EPRUS détient aussi des stocks particuliers pour répondre à des besoins de santé publique spécifiques (botulisme grave, diphtérie...).(cf infra).

Une procédure commune AFSSAPS/EPRUS/DGS a d'ailleurs été mise sur pied en 2011 afin d'assurer une mise à disposition la plus rapide possible aux établissements de santé et de toute façon en moins de 12 heures en tout point du territoire national ; des stocks étant pré-positionnés pour tenir compte de l'éloignement géographique.

Ce périmètre est en cours d'évolution avec le transfert de compétence du ministère de la santé à l'EPRUS en matière de gestion des PSM (postes sanitaires mobiles) et d'équipements NRBC.

Les champs d'action : produits de santé

La loi impose pour toute action concernant des médicaments, produits et objets pharmaceutiques, la création au sein de l'EPRUS d'un établissement pharmaceutique.

Celui-ci dénommé "Établissement pour la protection de la population face aux menaces sanitaires graves" est chargé des opérations d'achat, de fabrication, d'importation, d'exportation, d'exploitation, de stockage et de distribution des produits prévus par les plans nationaux de réponse aux menaces sanitaires graves. Cet établissement peut sous-traiter tout ou partie de ces activités.

Les stocks stratégiques

Ces stocks ont été constitués par les autorités de santé, pour faire face:

- aux risques biologiques, chimiques ou radionucléaires issus de menaces terroristes,
- aux risques accidentels de radio-contamination,
- aux menaces épidémiques de grande ampleur (pandémie)
- à des foyers hyper-endémiques localisés.

Ils sont composés de médicaments, de dispositifs médicaux (seringues, aiguilles, collecteurs, masques chirurgicaux, ...) et de matériels divers (notamment des équipements de protection individuelle : les masques FFP2).

Sur saisine du ministère de la santé (Direction générale de la santé), l'EPRUS procède à l'acquisition des nouveaux produits (appels d'offres et procédures adaptées dont certaines sont publiés sur le portail : <https://www.marches-publics.gouv.fr>), en assure le stockage (contrats de stockage ou établissements publics sous conventions) et gère les stocks (émet les ordres de mouvement et de répartition, contrôle les conditions de conservation, assure la traçabilité des produits, effectue des inventaires périodiques, procède à l'élimination des stocks périmés...).

Il s'agit de produits et équipements de santé placés sous la responsabilité de l'EPRUS, uniquement détenus et gérés par l'EPRUS à partir de ses plateformes nationales et zonales à



statut pharmaceutique. Ces stocks permettent à l'Etat de maintenir une capacité d'intervention en renfort pour répondre à des menaces épidémiques ou terroristes.

Ces stocks sont à différencier des stocks appelés "tactiques" qui sont tous les équipements et produits de santé dont doivent disposer les établissements de santé sièges de SAMU ou de SMUR pour assurer la gestion des situations sanitaires exceptionnelles. Ces stocks permettent d'assurer la réponse précoce dans l'attente de la mobilisation, le cas échéant, de stocks stratégiques, ou la gestion de tout événement exceptionnel hors champ d'emploi des stocks stratégiques (tel qu'incendie ou accident industriel).

Pour contacter l'établissement pharmaceutique :
contact-pps@eprus.fr

Mise à disposition des stocks nationaux de produits de santé destinés à la gestion de certaines alertes sanitaires: Antitoxines et antitoxines diphtériques

En plus de la constitution des stocks stratégiques d'Etat, l'EPRUS détient aussi des stocks particuliers pour répondre à des besoins de santé publique spécifiques (botulisme grave, diphtérie...). Il s'agit notamment de pallier aux difficultés d'approvisionnement des centres hospitaliers en raison de l'absence de commercialisation en France de certains produits rares afin d'assurer une prise en charge thérapeutique plus rapide des patients ; l'efficacité du traitement étant conditionnée par la rapidité de son administration.

Le circuit de stockage et de distribution des comprimés d'iodure de potassium

Préfigurant les dispositions du plan stratégique de stockage et de distribution, la circulaire interministérielle n° DGS/DUS/DSC/2011/64 du 11 juillet 2011 relative au dispositif de stockage et de distribution des comprimés d'iodure de potassium hors des zones couvertes par un plan particulier d'intervention (PPI) prévoit pour partie un pré-positionnement au niveau départemental permettant un délai de dispensation en cas d'incident rapide.

L'ÉTABLISSEMENT DE PRÉPARATION ET DE RÉPONSES AUX URGENCES SANITAIRES (EPRUS)

A ce titre, l'EPRUS est régulièrement chargé par le ministère chargé de la santé d'acquérir des produits de santé (antibiotiques, iode, antidotes...) répondant à des plans de lutte particuliers et dont le stockage est assuré sur quelques sites centraux. Afin de garantir une mise à disposition rapide à la population après déclenchement de l'alerte par les autorités sanitaires, une partie de ces produits peut être pré-positionnés en tant que "stock de proximité" au sein des départements.

La circulaire interministérielle n° DGS/DUS/DSC/2011/64 du 11 juillet 2011 relative au dispositif de stockage et de distribution des comprimés d'iodure de potassium hors des zones couvertes par un plan particulier d'intervention (PPI) prévoit un tel pré-positionnement.

Afin d'organiser au mieux la préparation et la mise en oeuvre du dispositif prévu par cette circulaire, les établissements de répartition pharmaceutique et l'EPRUS ont décidé de collaborer et mettre en commun leurs compétences et leur moyen notamment pour mener ensemble des activités de stockage, de mise à disposition des comprimés d'iodure de potassium, et en cas de possibilité par les établissements de répartition pharmaceutique, de distribution du stock d'Etat dans le cas des comprimés d'iodure de potassium, nécessitant des délais de mise à disposition rapide, le pré-positionnement proximal des stocks de sécurité dans chaque département permet le déclenchement immédiat des opérations et le réapprovisionnement simultané de ces sites départementaux par les plateformes zonales.

Le principe d'un stockage départemental correspondant à 1 comprimé d'iodure de potassium/habitant a ainsi été retenu par les autorités nationales, complété par des stocks zonaux pouvant être rapidement déployés en cas de nécessité. Le stockage départemental est soumis aux contraintes de conditionnement en palettes, pouvant induire un léger différentiel (positif ou négatif) entre le nombre de comprimés stockés dans chaque département et le nombre exact d'habitants.

De fait, le stockage, proportionnel à la population de chaque département, est réalisé dans la limite des possibilités sur un seul site par département et (par exception) sur plusieurs pour les départements les plus peuplés comme ceux d'Ile-de-France ou des Bouches-du-Rhône

Modalités d'exécution

- Prestations de stockage

Les comprimés d'iodure de potassium restent stockés dans les établissements de répartition dans l'attente d'instructions du

préfet territorialement compétent ou de l'EPRUS, le cas échéant sur demande des autorités nationales en charge de la santé, dans le cas d'une alerte locale.

- Prestations de déstockage et de mise à disposition des comprimés d'iodure de potassium en cas de déclenchement du plan ORSEC Iode

Les opérations de déstockage sont opérées à la demande du préfet territorialement compétent. En cas d'acheminement des comprimés d'iodure de potassium pour le compte des préfets, ceux-ci seront livrés sur les sites de distribution identifiés par les préfets dans le plan ORSEC Iode.

Dans tous les cas, toute opération de déstockage/mise à disposition de comprimés d'iodure de potassium fait l'objet d'une demande formalisée au détenteur; l'exécution du mouvement de stock correspondant donne lieu à la rédaction par le détenteur d'un procès-verbal de déstockage (nom du produit, dosage, forme, quantité déstockée) transmis à l'EPRUS.

Réapprovisionnement en cas d'urgence

Modalités d'approvisionnement des sites de distribution départementaux par les établissements de répartition pharmaceutique.

Sur demande formalisée du préfet territorialement compétent, et sous réserve de possibilité humaine et matérielle, les établissements de répartition pharmaceutique s'engagent à faire leurs meilleurs efforts pour assurer la livraison des comprimés d'iodure de potassium dans les sites de distribution identifiés dans les plans Iode départementaux dans les délais maximum fixés par les dits plans à compter de la réception de la demande.

Etablissement de répartition pharmaceutique dédié et sites de distribution

La liste des établissements de répartition pharmaceutique par département est fonction de leurs disponibilités volumétriques et situation géographique.

Les sites de distribution des comprimés d'iodure de potassium à la population sont déterminés par les préfets territorialement compétents dans le cadre de l'élaboration des plans ORSEC Iode.

Mise à disposition des stocks nationaux de produits de santé destinés à la gestion de certaines alertes sanitaires

En plus de la constitution des stocks stratégiques de l'Etat pour faire face aux menaces sanitaires graves, l'EPRUS peut également acquérir des produits de santé permettant de répondre à des besoins de santé publique spécifiques (botulisme alimentaire grave, diphtérie...) conformément aux dispositions

de l'article L.135-1 du code de santé publique. Il s'agit notamment de palier aux difficultés d'approvisionnement des centres hospitaliers en différents produits rares, ne disposant généralement pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM). Sur la demande du médecin prescripteur, la pharmacie à usage intérieur (PUI) adresse un bon de commande à l'EPRUS, comprenant notamment la désignation et la quantité du produit à livrer.

La livraison est assurée par l'EPRUS vers l'établissement de santé destinataire et utilisateur dans un délai maximum de 12 heures ouvrés à partir de la réception du dossier complet. Dans le cas où la livraison de ces produits ne peut être garantie dans ces délais, l'EPRUS pourra pré-positionner des stocks de produit au sein de certaines PUI par voie de convention avec les établissements de santé concernés.

L'EPRUS facturera ces produits aux établissements de santé à leur prix réel.

Cette procédure est applicable à compter du 1er mai 2011

Liste des produits de santé du stock national destinés à la gestion de certaines alertes sanitaires au 1er juin 2011

Antitoxine botulique

solution pour perfusion, flacon de 250 ml boîte de 1 2 427,88 € TTC

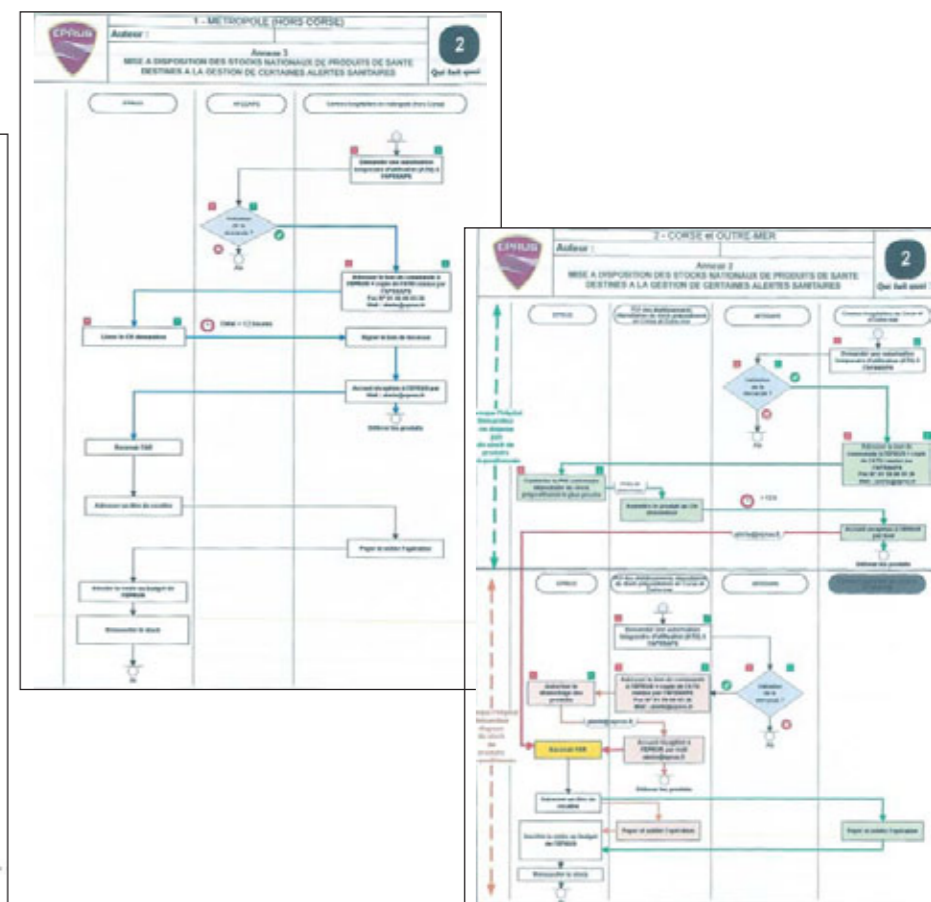
Antitoxine diphtérique

solution par voie parentérale, flacon de 5 ml boîte de 10 117,80 € TTC

LES DIFFERENTS CIRCUITS

www.urps-ml-paca.org
 Rubrique : ACTUALITÉ/ En ce moment

The image shows a screenshot of the ANSM (Agence Nationale de Sécurité Médicament) website. It features a blue header with the website URL and a play button icon. Below the header is a form titled 'DEMANDE D'AUTORISATION TEMPORAIRE D'UTILISATION NOMINATIVE D'UN MEDICAMENT'. The form includes fields for 'Date de la demande', 'Région', 'Titulaire de l'AMM', and 'Médicament concerné'. It also has a section for 'Justification de la demande' and a 'Préambule' section. At the bottom, there are buttons for 'Envoyer la demande' and 'Annuler'.



Ces documents sont visibles et téléchargeables sur : www.urps-ml-paca.org, rubrique "ACTUALITÉS"/ En ce moment. Le formulaire de Demande Temporaire d'Utilisation est remplissable en ligne dans la rubrique "OUTILS"



LA TÉLÉMÉDECINE

par le Dr Dr Jean-Claude FRANCESCHINI,
Pédiatre à Marseille



- **La régulation médicale :** les médecins des centres 15 établissent par téléphone un premier diagnostic afin de déterminer et de déclencher la réponse la mieux adaptée à la nature de l'appel.

• La télé-expertise

Les enjeux :

- réduire au maximum certaines inégalités d'accès aux soins, notamment pour les usagers dans des territoires isolés (zones rurales, montagneuses, insulaires ...);
- donner une réponse organisationnelle et technique :
 - épidémiologique (augmentation du nombre de patients souffrant de maladies chroniques et/ou de poly-pathologies liée au vieillissement de la population),
 - démographique des professionnels de santé (inégaie répartition des professionnels sur le territoire national)
 - économiques (contrainte budgétaire) auxquels fait face le système de santé aujourd'hui

Chaque acte de télémédecine doit être réalisé dans des conditions garantissant :

- L'authentification des professionnels de santé intervenant dans l'acte ;
- L'identification du patient ;
- L'accès des professionnels de santé aux données médicales du patient nécessaires à la réalisation de l'acte.

Doivent être inscrits dans le dossier du patient tenu par chaque professionnel médical intervenant dans l'acte de télémédecine et dans la fiche d'observation:

- Le compte rendu de la réalisation de l'acte ;
- Les actes et les prescriptions médicamenteuses effectués dans le cadre de l'acte de télémédecine ;
- L'identité des professionnels de santé participant à l'acte ;
- La date et l'heure de l'acte ;
- Le cas échéant, les incidents techniques survenus au cours de l'acte.

Tout projet de télémédecine doit comporter un volet relatif à la formation permanente des professionnels impliqués. En effet, au plan technologique, la convivialité de l'outil est fondamentale, l'éducation à la saisie manuelle, la qualité du soutien technique, et la définition du rôle de chaque intervenant étant nécessaire pour aider le patient à prendre conscience de sa maladie de même que pour répondre aux exigences de réactivité en cas de panne ou de problèmes techniques.

Les actes de télémédecine doivent s'exercer dans un cadre formalisé, matérialisé par un contrat, comportant un protocole médical et technique de mise en œuvre et une description des relations devant exister entre les partenaires impliqués, ainsi qu'entre ces derniers et le patient

Outre les garanties présentées par les prestataires techniques, la description technique des équipements utilisés (matériels, logiciels et services), leurs fonctionnalités, les standards et normes d'échange et de transmission employés, les dispositions assurant le respect du secret professionnel, le contrat doit contenir :

- Les modalités d'information et de recueil du consentement du patient
- L'exposé de la (ou des) situation (s) dans lesquelles les médecins et professionnels sont appelés à intervenir, en délimitant le champ de cette intervention
- Les modalités de coopération et de continuité des soins entre médecins, ou entre médecins et autres professionnels de santé impliqués dans une pratique de télémédecine
- Les responsabilités respectives des divers médecins et autres professionnels participant à l'acte de télémédecine
- La détermination, dans un chapitre financier, des modalités de rémunération de la pratique mise en œuvre, en précisant éventuellement les concours financiers apportés par les établissements, leurs groupements (type GCS Télémédecine) ou les organismes intéressés au

développement de la télémédecine (notamment les collectivités locales), tant pour l'équipement que pour la maintenance des dispositifs. L'acte médical – qu'il s'agisse de téléconsultation, de télé expertise de télésurveillance ou de télé assistance médicale – correspond à un temps médical et une compétence dont la reconnaissance implique une rémunération spécifique prévue et encadrée par la "protocollisation".

L'activité de télémédecine peut bénéficier des financements prévus aux articles L. 221-1-1 et L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale.



La pratique de la télémédecine représente une activité transversale, basée sur une mise en complémentarité de compétences.

RAPPEL DES TEXTES

Définition : La télémédecine est une pratique médicale à distance mobilisant des technologies de l'information et de la communication (TIC). Elle met en rapport entre eux, par la voie des nouvelles technologies :

1. soit le patient et un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels un professionnel médical,
2. soit plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels au moins un professionnel médical

Les 5 actes de télémédecine réalisables

- **La téléconsultation :** un médecin donne une consultation à distance à un patient, lequel peut être assisté d'un professionnel de santé. Le patient et/ou le professionnel à ses côtés fournissent les informations, le médecin à distance pose le diagnostic.
- **La télésurveillance médicale :** un médecin surveille et interprète à distance les paramètres médicaux d'un patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé. Deux logiques complémentaires de télésurveillance coexistent :
 - assurer un suivi clinique étroit, pour stabiliser un patient qui traverse un épisode de décompensation par exemple, ou responsabiliser un patient, ou lui apprendre à autogérer les problèmes d'observance
 - améliorer des protocoles pour permettre une adaptation au cas par cas, en établissant des niveaux d'alerte individualisés et non plus génériques, en modulant la fréquence de saisie des données ou la durée du suivi à distance.
- **La téléassistance médicale :** un médecin assiste à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.

LA TÉLÉMÉDECINE



CE QUE DIT LE CNOM AU REGARD DE LA DÉONTOLOGIE EN TÉLÉMÉDECINE :

1. La réalisation d'un acte de télémédecine doit être fondée sur une nécessité justifiée par l'absence dans la proximité géographique du patient d'une offre de soins similaire de même qualité
2. Le patient doit être informé de la nécessité, l'intérêt, les conséquences et la portée de l'acte ainsi que sur les moyens mis en œuvre pour sa réalisation, et doit donner librement son consentement
3. Le secret professionnel doit être respecté par toutes les personnes qui assistent le médecin, au cours de cette activité, dans l'obtention des données personnelles de santé, comme dans la circulation et les échanges de ces données, que celles-ci soient cliniques, biologiques, fonctionnelles, anatomiques ou thérapeutiques
4. Les coopérations entre médecins, ou entre médecins et autres professionnels de santé impliqués dans un protocole de télémédecine, doivent respecter les champs de leurs compétences réciproques afin que chacun reste responsable de ses actes et de ses décisions
5. L'acte thérapeutique qui découlerait immédiatement d'un acte diagnostique effectué par télémédecine doit être couvert par la responsabilité médicale du médecin qui le prescrit sans exclure celle du médecin ou du professionnel de santé qui le réalise
6. La réalisation d'un acte professionnel par télémédecine doit être reconnue et valorisée pour tous les médecins et autres professionnels qui y participent et ne doit pas s'apparenter à une pratique de dichotomie ou de compérage
7. Tous les professionnels impliqués doivent être en situation d'exercice légal de leurs professions, en France ou sur le territoire de l'Union européenne. A cet égard, ils doivent être inscrits en ce qui concerne la France aux tableaux de leurs Ordres respectifs, et couverts par une assurance en responsabilité précisant le lieu de compétence juridictionnelle
8. Le médecin, lors d'une activité faisant appel à la télémédecine, doit formuler ses demandes et ses réponses avec toute la clarté indispensable et veiller à leur compréhension par son interlocuteur: médecin, professionnel de santé ou professionnel technique qualifié dans l'usage des instrumentations utilisées
9. Le médecin doit connaître l'usage, le maniement et les limites des technologies qui sont mises en œuvre, et doit faire appel, en tant que de besoin, à des tiers compétents dans l'utilisation des technologies les mieux adaptées à la situation
10. Le médecin doit pouvoir s'assurer de la compétence de ces tierces personnes ainsi que du respect du secret professionnel auquel elles sont aussi personnellement soumises
11. Les documents générés dans la pratique de la télémédecine doivent être tracés et faire l'objet d'un archivage sécurisé en étant considérés comme partie intégrante des dossiers professionnels des médecins impliqués ou des dossiers d'établissements de santé
12. Les médecins ayant contribué à un acte de télémédecine doivent consigner dans les conclusions de cet acte que la continuité de la prise en charge et des soins qu'ils ont indiqués seront assurés par des tiers compétents, s'ils ne peuvent y pourvoir eux-mêmes.

TELEMEDECINE : Les préconisations du Conseil National de l'Ordre des Médecins – janvier 2009

Priorités	Objectifs
Télé radiologie dans le cadre de la PDSES	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer la continuité et la permanence de soins dans le contexte de pénurie de radiologues et d'augmentation de la demande d'examen d'imagerie • Optimiser l'organisation
PACS mutualisé	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre une plateforme technique de PACS ouverte à l'ensemble des établissements et structures de santé de la région, proposant un dispositif d'archivage légal intégré à la solution, également utilisable par les établissements ou structures de santé déjà équipés d'un PACS. • Définir un modèle organisationnel compatible avec la première phase de déploiement et pouvant être généralisé par extension à de nouveaux établissements ou structures publiques et privées et respectant les recommandations nationales de sécurité et de convergence vers le DMP
Avis neurochirurgical	<ul style="list-style-type: none"> • Equipement en station de télémédecine de la totalité des SAU de PACA à fin 2012/début 2013
Prise en charge AVC	<ul style="list-style-type: none"> • Optimiser l'organisation de la prise en charge par la gradation des compétences établies entre les différentes structures, dans la phase aiguë de l'AVC. • Rendre accessible l'expertise neuro-vasculaire
Diffusion de résultats de LABM	<ul style="list-style-type: none"> • Diffuser les résultats de manière sécurisée vers la médecine de ville • Optimiser le fonctionnement en réseau et l'interprétation à distance des examens de biologie dans un contexte de raréfaction des praticiens biologistes et de regroupement des LABM (en perspective)
Santé des personnes détenues	<ul style="list-style-type: none"> • Faire bénéficier les personnes détenues de la continuité et de la qualité des soins • Accéder à des consultations de spécialités sans recours à des extractions vers un CH
Signalement des patients remarquables	<ul style="list-style-type: none"> • Eviter les hospitalisations injustifiées par le signalement en amont de patients identifiés dans le cadre de prises en charge en réseau
Soins en secteur médico social	<ul style="list-style-type: none"> • Eviter les déplacements de personnes fragiles

CSOS - Programme régional télémédecine – novembre 2011





L'HOMÉOPATHIE : PRINCIPES ET BASES

par le Dr Alain COLONGEON,
Médecin homéopathe à Marseille (13)

De plus en plus de patients et de Médecins utilisent l'Homéopathie.

C'est une technique thérapeutique non toxique, sans effets secondaires indésirables, qui ne résout bien sûr pas tous les problèmes, mais peut être prescrite dans de nombreuses pathologies, éventuellement en complément d'une prise en charge allopathique, pour la compléter, en améliorer l'efficacité ou en diminuer les effets secondaires.

Mais c'est une thérapeutique plutôt difficile à maîtriser dont je voudrais aujourd'hui essayer de vous décrire les principes de base, sans pour autant prétendre à une complète exhaustivité, ni entrer dans des détails trop complexes.

DÉFINITION

L'Homéopathie est une méthode thérapeutique qui s'appuie sur deux principes fondamentaux : la similitude et la dose infinitésimale.

a) La loi de similitude ou loi des semblables:

"Toute substance qui, administrée à dose forte, voire toxique, à l'homme en bonne santé, déclenche des troubles précis devient, après dilution, donc à dose faible, le remède capable de faire disparaître ces mêmes troubles lorsqu'ils sont rencontrés chez un malade."

Par exemple la piqure d'abeille provoquera un œdème d'apparition rapide avec douleur piquante, brûlante, améliorée par des applications froides. En homéopathie on utilisera APIS (l'abeille) entre autre, dans des problèmes rhumatologiques avec œdème, épanchement intra articulaire, douleur brûlante, piquante, améliorée par les applications froides, aggravée par le toucher léger.

b) La dose infinitésimale :

La mise en œuvre du semblable implique l'utilisation de doses très petites dites infinitésimales, les doses homéopathiques. Elles consistent en la dilution progressive des substances de base en multiples de 10 ou de 100 appelées décimales ou centésimales Hahnemanniennes.



LES PATHOGENESIES

La mise en œuvre du principe de similitude implique que l'on connaisse les symptômes provoqués sur l'homme sain par les différentes substances utilisables.

Les pathogénésies regroupent l'ensemble des symptômes résultant de :

- L'intoxication aigue ou chronique de quelque origine qu'elle soit
- L'expérimentation pathogénétique :

Elle est faite en administrant à un groupe de sujets en bonne santé la substance à expérimenter à dose faible non toxique Certaines pathogénésies étant même réalisées avec des doses infinitésimales.

Ces pathogénésies sont rassemblées dans la matière médicale homéopathique.

LE MEDICAMENT HOMEOPATHIQUE

Il est préparé à partir de souches d'origine végétale, animales ou chimiques. Les principes en sont la dilution et la dynamisation.

La centésimale hahnemannienne : c'est la plus couramment utilisée. C'est une dilution au centième. Une partie de la substance de base mélangée à 99 parties de solvant puis fortement secouée, au moins cent fois, par un appareil vibratoire (dynamisation)

donne la première centésimale hahnemannienne : 1CH. Une partie de celle-ci mélangée à 99 parties de solvant donne la deuxième centésimale : 2CH. Ainsi de suite jusqu'à 30 CH.

Il existe aussi des dilution au dixième symbolisées DH (1DH, 2DH...), et des dilutions Korsakoviennes ou K.

LA NOTION DE TERRAIN

L'homéopathie implique une prise en considération du terrain du patient qui explique et sous-tend la maladie aiguë, modulant sa réponse personnelle à l'agression dont il est victime.

Le terrain d'un individu peut se définir comme l'ensemble de ses caractéristiques morphologiques, physiologiques, métaboliques, psychologiques conditionnant ses possibilités réactives normales et pathologiques. Une part en est prédéterminée. L'autre est acquise, modulée par des contraintes en provenance du monde extérieur, depuis la fécondation jusqu'à la période où nous voyons le malade.

Le terrain se définit par deux paramètres fondamentaux :
la Diathèse et la Constitution.



• La Diathèse :

Elle caractérise l'être humain dans le temps, donc évolutive. Nous intégrons dans notre analyse du patient son passé, son présent, son devenir. Elle définit un ensemble d'individus réagissant et évoluant dans le temps selon des modalités communes reproduisant certains symptômes de la pathogénésie de médicaments qui de ce fait sont spécifiques de cette diathèse.

• La Constitution :

Elle est typologie, donc appuyée sur la morphologie, c'est-à-dire l'aspect du malade.

LES DIATHÈSES : Elles sont au nombre de quatre.

La Psore, un des médicaments principaux est **Sulfur**.

- Troubles de la thermorégulation
- Fréquentes manifestations cutanées, muqueuses séreuses.
- Alternance ou succession de ces manifestations :
 - . Soit entre-elles dans le temps
 - . Soit avec des manifestations internes ou comportementales (asthme/eczéma par exemple)
- Tendance aux parasitoses
- Rétablissement difficile après maladies aiguës
- Manque de réaction favorable aux médicaments d'états aigus prescrits dans une pathologie répétitive.

Le tuberculisme, un des médicaments principaux est **Phosphorus**.

Sous groupe de la psore recensant des individus présentant un type particulier

- Plutôt maigres malgré un appétit bien conservé.
- Frileux ou sensibles au froid avec en corollaire une sensibilité particulière aux affections respiratoires.
- Nerveux, sensibles, irritables.

>>>

L' HOMÉOPATHIE : PRINCIPES ET BASES

La luèze,

Individus souvent d'aspect fragile, agités, aggravés la nuit. Souffrent de processus d'ulcération et de sclérose.

Un des médicaments principaux est **Mercurius**.

La Sycose, un des médicaments principaux est **Thuya**.

- Productions tumorales diverses.
- Imbibition générale des tissus provoquant un aspect plus ou moins infiltré localisé ou généralisé avec frilosité et aggravation générale par l'humidité.
- Catarrhe chronique des muqueuses d'installation progressive.
- Développement lent, torpide, insidieux, des pathologies
- Tendance générale dépressive

LES CONSTITUTIONS : Il s'agit d'une morpho-typologie définie par l'apparence du patient. On définit ainsi 4 Constitutions :

• **Carboniques :** Brévilignes. Membres et doigts plutôt courts avec les paumes des mains larges. Physique puissant. Pas très rapides mais vont jusqu'au bout de ce qu'ils ont entrepris.

Esprit logique et rationnel. Sujets à la prise de poids, aux problèmes métaboliques, aux pathologies cardiovasculaires (hypertension) et rhumatismales.

Calcarea carb est leur médicament.

• **Sulfuriques :** Normolignes. Bons vivants. Transpirent beaucoup. Solides. Se défendent très bien.

• **Phosphoriques :** longilignes, souvent un peu maigres. Intelligents, voir brillants, passionnés, extrêmement réactifs, mais s'épuisent vite et ne vont pas toujours au bout de ce qu'ils ont entrepris. Sujets aux problèmes rhumatologiques notamment liés à la statique, à la déminéralisation, aux pathologies respiratoires.

Calcarea phos est leur médicament.

• **Fluoriques :** Dissymétriques, plutôt maigres, hyper laxité ligamentaire.

Calcarea fluor est leur médicament.

En fait très souvent on a affaire à des constitutions mixtes dont la valeur n'est que d'orientation.

CONCLUSION

En pratique il s'agira pour prescrire le ou les médicaments homéopathiques de faire coïncider deux tableaux :

- D'une part celui composé par l'association des signes correspondant à la séméiologie classique, nécessaires au diagnostic, et des signes correspondant à la séméiologie homéopathique, recueillis auprès du patient en s'appuyant sur les différentes notions que nous venons d'exposer, spécifiques de son comportement, de son ressenti personnel,
- D'autre part celui décrit dans la ou des pathogénésies.

En corollaire et malgré la tentation inverse de certains, je me permets de vous redire ici ma ferme conviction que lorsqu'il est question de traitement seule une prescription par des Médecins bien formés et suffisamment expérimentés peut être garante de l'efficacité et de la sécurité indispensables.

N'oublions pas qu'établir une prescription homéopathique c'est aussi et d'abord faire un diagnostic, un pronostic, évaluer l'intérêt de ce traitement par rapport au traitement allopathique de référence, et qu'à priori il s'agit là du métier de Médecin.

REFERENCES

- JOUANNY Jacques, CRAPANNE Jean Bernard, DANCER Henry, MASSON Jean Louis. *Thérapeutique Homéopathique tome 1 : Possibilités en pathologie aiguë*. Editeur CEDH. 4^{ème} Edition. 2009

- JOUANNY Jacques, CRAPANNE Jean Bernard, DANCER Henry, MASSON Jean Louis. *Thérapeutique Homéopathique tome 2 : Possibilités en pathologie chronique*. Editeur CEDH. 4^{ème} Edition. 2011

- DEMARQUE Denis, JOUANNY Jacques, POITEVIN Bernard, SAINT-JEAN Yves. *Pharmacologie et Matière Médicale Homéopathique*. Editeur CEDH. 3^{ème} édition. 2009

- Michel GUERMONPREZ, Madeleine PINKAS Monique TORK ; *Matière Médicale Homéopathique*. Editeur Boiron. 3^{ème} édition. 2005

- Max TETAU. *Homéopathie, Bases Théoriques et Pratiques*. Editions le manuscrit. 2011.

DES ARGUMENTS POUR CONVAINCRE :

VACCINATION CONTRE L'HÉPATITE B

Avec la participation des Drs Jean-Claude FRANCESCHINI et Serge CINI

Septembre 2012 n° 1

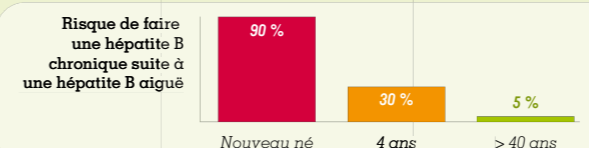
Vaccination
CONTRE L'HÉPATITE B,
des arguments pour convaincre...

? POURQUOI VACCINER UN BÉBÉ EN FRANCE ?

1. La vaccination universelle a pour but de tarir le réservoir strictement humain du virus de l'hépatite B (VHB).

En France, plus de 3 millions de personnes (7,30 % de prévalence) ont été en contact avec le virus de l'hépatite B et 280 000 personnes sont porteuses de l'antigène Hbs. L'hépatite B est responsable de 1 300 à 1 400 décès annuels. Le virus de l'hépatite B est 50 à 100 fois plus contagieux que celui du VIH.

2. L'objectif principal de la vaccination contre l'hépatite B est de protéger contre l'hépatite B chronique et ses complications. Le risque de faire une hépatite B chronique suite à une hépatite B aiguë dépend essentiellement de l'âge : il est majeur chez le nouveau né (90 %) et reste très élevé chez les moins de 4 ans (risque de 30 %).



D'où l'intérêt majeur de vacciner très précocement les nourrissons dès 2 mois. **La vaccination universelle contre l'hépatite B est recommandée en France jusqu'à l'âge de 16 ans.**

3. L'immunité protectrice créée par le vaccin contre l'hépatite B est bien meilleure quand le bébé est vacciné très jeune. Une fois le protocole vaccinal réalisé, en général en trois doses, aucun rappel n'est nécessaire.

Le vaccin est sûr et efficace. Depuis 1982, plus d'un milliard de doses ont été administrées dans le monde. Ce vaccin est le premier vaccin contre l'un des cancers majeurs de l'homme.

4. Il est plus simple de proposer un vaccin nécessitant 3 doses à des d'observance, même si les 13-25 ans, en France, sont la tranche d'âge où la contamination par l'hépatite B est la plus fréquente.

C'est pourquoi l'OMS propose depuis 1995 la vaccination universelle des nourrissons, y compris dans les pays de basse endémicité. Par ailleurs la multiplication des vaccins à cet âge n'altère pas leur efficacité.

5. Les enquêtes étiologiques sur le mode de contamination chez les sujets infectés retrouvent constamment 30 % de cas à mode de contamination inconnue, notamment chez les enfants ; l'hypothèse d'une contamination par le biais de micro blessures est la plus souvent avancée, le virus de l'hépatite B étant particulièrement virulent.



Recommandations générales pour la vaccination contre l'hépatite B ; sont concernés :

- tous les nourrissons
- tous les enfants et jeunes jusqu'à l'âge de 15 ans révolus, en rattrapage.

De nombreuses recommandations particulières existent ; elles sont liées aux statuts des personnes, à leur état de santé, à leurs professions, ou à leurs voyages.

Comment l'hépatite B provoque-t-elle le décès ?

L'hépatite B provoque chaque année en France la mort de 1 300 à 1 400 personnes par cirrhose ou par cancer du foie, conséquence de l'hépatite B chronique. Par ailleurs, l'hépatite B est responsable de 5 à 10 cas d'hépatite fulminante chaque année.



Avec la participation de l'Ordre des médecins, l'Ordre des infirmiers, l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, l'Ordre des pharmaciens de la région Paca.



Vous recherchez une formation DPC agréée OGC en région PACA ?

Rendez-vous sur : www.urps-ml-paca.org
rubrique "les formations DPC en PACA"

Ce portail vous permettra de trouver, à l'aide d'une recherche multicritères, la formation qui vous convient.

L'Agence régionale de santé PACA et le comité de pilotage régional vaccination (qui regroupe les principaux acteurs en matière de vaccination dans la région) ont sélectionné plusieurs actions en vue de faire remonter les taux régionaux de couverture vaccinale. Sous l'égide du CRES, un groupe d'experts a élaboré une première fiche technique sur la Vaccination contre l'hépatite B. Dans la prochaine revue nous vous proposerons une fiche sur la vaccination contre le pneumocoque.

www.urps-ml-paca.org
Rubrique : OUTILS

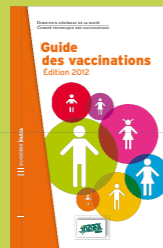
Vaccination CONTRE L'HÉPATITE B, des arguments pour convaincre...

Références

Le Calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2012 selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique, édité dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 14-15 du 10 avril 2012 : www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2012/BEH-n-14-15-2012



Le guide des vaccinations, édition 2012 : www.inpes.sante.fr/10000/themes/vaccination/guide-vaccination-2012/index.asp



Hernan MA, Jick SS, Olek MJ, Jick H. Recombinant hepatitis B vaccine and the risk of multiple sclerosis: a prospective study. Neurology 2004 ; 63:838-842.

Arrêté du 6 mars 2007 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique (référentiel pratique sur la conduite à tenir pour les professionnels soumis à l'obligation de vaccination contre l'hépatite B) : www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20070321&numTexte=38&pageDebut=05172&pageFin=05172

Arrêts de la Cour de cassation : Cass. Civ. 1^{ère}, 22 mai 2008, n° 05-20317 et n° 06-10967 ; Cass. Civ. 1^{ère}, 25 novembre 2010, n° 06-16556 et n° 09-71013 ; Cass. Civ. 1^{ère}, 28 avril 2011, n° 10-15289.

? RELATION ENTRE LE VACCIN HÉPATITE B ET LA SURVENUE D'UNE SCLÉROSE EN PLAQUES : QUE DIT LA SCIENCE EN 2012 ?

Après 30 ans de pratique vaccinale, aucune preuve scientifique ne permet à ce jour d'établir une causalité entre le vaccin hépatite B et la survenue de la sclérose en plaques (SEP) ; au contraire, de nombreuses études l'infirment. Il existe une étude discordante (et très critiquée) : l'étude de Hernan publiée en 2004, concluant à l'existence d'une corrélation entre le vaccin et la sclérose en plaques. Mais corrélation n'est pas équivalent à causalité, et l'auteur lui-même, au vu de l'ensemble des autres études, considère qu'il faut continuer la vaccination du fait d'un rapport bénéfice/risque favorable.



? ALORS POURQUOI EXISTE-T-IL DES PERSONNES INDEMNISÉES PAR LA JUSTICE ET DES PROCÈS AUTOUR DE CE VACCIN ?

Sans être exhaustif, il faut distinguer différentes situations selon le type de droit que l'on applique.

En droit commun, il faut établir la causalité entre la vaccination et l'apparition de la SEP ou, à défaut de preuve scientifique, ce qui est le cas ici, établir des « présomptions graves, précises et concordantes ». Les avis d'experts auprès des tribunaux sont divers et les juges indépendants, ce qui explique la diversité des jugements de premières instances, voire des Cours d'appel. Mais au 28 avril 2011, tous les jugements en faveur d'une allégation de lien entre le vaccin hépatite B et une SEP ont été invalidés par la Cour de cassation, celle-ci considérant qu'il n'y avait pas de « présomptions graves, précises et concordantes » entre la vaccination et l'apparition de la SEP.

Dans le régime des accidents du travail, c'est-à-dire en France dans le cas de l'obligation vaccinale professionnelle, la notion de « présomption d'imputabilité » signifie que la charge de la preuve n'est pas la même qu'en droit commun. Il suffit qu'une SEP soit apparue un certain temps après une vaccination de caractère obligatoire contre l'hépatite B pour obtenir une indemnisation, soit au titre de la solidarité nationale, soit du seul fait de la prescription par le médecin du travail.

Par ailleurs, le risque de poursuite individuelle du médecin pour ne pas avoir proposé la vaccination lorsqu'elle est indiquée n'est pas négligeable : notion de perte de chance ou de défaut d'information. Il est donc conseillé de garder une trace du refus de cette vaccination dans ses dossiers.

BULLETIN ÉPIDÉMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE DE LA GRIPPE EN FRANCE

Ce bulletin sera consultable chaque semaine sur le site www.urps-ml-paca.org

Réalisé par la coordination nationale des GROG (Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe).

Pour tout renseignement sur le GROG PACA, vous pouvez contacter l'URPS-ML PACA qui en assure la coordination.

CANCERS LIÉS À L'ENVIRONNEMENT EN RÉGION PACA

Parallèlement au projet MELIERE*, et de façon complémentaire, l'ARS PACA met en place un observatoire des cancers urinaires et des leucémies aiguës, REVELA 13. Ces deux projets devraient contribuer à faire progresser les connaissances sur les cancers liés à l'environnement en région PACA.

Observatoire REVELA 13 : Surveiller les cancers urinaires et les leucémies aiguës de l'adulte pour mieux connaître leurs liens avec l'environnement

Le projet pilote

Initié en 2011 par l'Agence régionale de santé (ARS) Paca et l'Institut de veille sanitaire (InVS), l'Observatoire REVELA 13 bénéficie d'un partenariat avec l'Assistance Publique des hôpitaux de Marseille, l'Institut Paoli-Calmettes et le réseau OncoPACA-Corse.

Les enjeux de l'Observatoire REVELA 13 sont :

- Identifier des zones de concentration de cancers ;
- Rechercher des risques professionnels ou environnementaux communs à ces cas ;
- Informer les professionnels de santé sur d'éventuelles zones à risques ;
- Favoriser le travail en réseau et les échanges d'informations dans le domaine santé environnement.

En pratique

Tout médecin prenant en charge un patient atteint d'un des cancers ciblé, et répondant à la définition de cas, peut le signaler à l'observatoire REVELA 13. Il s'agit de tout patient :

- Agé de plus de 18 ans ;
- Résidant dans les Bouches-du-Rhône au moment du diagnostic ;
- et pour lequel un cancer invasif du rein, de la vessie (stade pT1 à pT4) ou une leucémie aiguë, a été diagnostiqué depuis le 2 avril 2012.

Chaque médecin participant à l'étude adhère au réseau de l'Observatoire REVELA 13 en signant un bulletin d'adhésion à la charte de fonctionnement de ce réseau.

En signant cette charte :

- les médecins s'engagent à signaler leur cas et à informer leur patient à l'aide des documents transmis par l'équipe projet.
- l'équipe projet en retour s'engage à gérer la base de données et à assurer une rétro-information régulière.

Le signalement se fait par l'intermédiaire d'une fiche papier ou électronique.

Les cas recensés sont enregistrés sur une base de données informatisée centralisée à l'Observatoire.

Tous les documents relatifs à l'Observatoire REVELA 13 sont accessibles via le site internet de l'ARS Paca :

<http://www.ars.paca.sante.fr/Surveillance-de-cancers-cibles.132190.0.html>

Contact :

Dr Laurence Pascal : 04.13.55.83.11

laurence.pascal@ars.sante.fr

Karine Mantey : 04.13.55.83.12

karine.mantey@ars.sante.fr

Conclusion

Cette étude a pour objectif d'apporter une réponse sur la présence ou non de regroupements de cas de cancers ciblés sur le territoire des Bouches-du-Rhône et de déterminer s'ils sont en lien avec une zone ou une activité à risque.

En signalant à l'Observatoire REVELA 13, vous avez l'opportunité de participer à une étude de santé publique qui place le médecin au centre du système de recueil, et l'intègre au sein d'un réseau d'échange d'informations.

* cf. Journal n°41 de l'URPS ML PACA



HONORAIRES MÉDICAUX : UN MODE DE RÉMUNÉRATION DÉPASSÉ ?

par le Dr Pierre-Jean PRADELLES,
Généraliste à Marseille.

De tous temps la question des honoraires du médecin a fait l'objet de discussions et argumentaires. Le bon sens dont fait état le médecin genevois Louis Odier dans son mémoire sur les honoraires médicaux est à ce titre révélateur d'une problématique que chaque société, chaque époque, chaque nation essaie de résoudre, avec des disparités qui ne doivent pas faire oublier l'essentiel : "garantir une pratique morale délicate et éclairée avec des gains permettant au médecin de gagner sa vie honorablement, faire vivre sa famille et assurer la bonne marche de son cabinet".

L'évaluation qui est faite par de savants calculs par ce médecin en 1787 établit "pour une visite un coût équivalent à sept miches de pains ou à une journée de travail d'un manoeuvre, permettant ainsi au médecin de se constituer un capital retraite avec un tiers de cette somme mise de côté pendant ses vingt huit ans d'exercice en moyenne, et de dégager du temps pour ses activités non rémunérées administratives, sociales, intellectuelles, politiques ou philanthropiques"; on note la pondération des actes suggérée pour les patients "bavards, contradicteurs ou ennuyeux"; la durée de l'acte médical moyen s'évaluait déjà à l'époque à 16 minutes et le nombre d'heures de travail annuel à 2190 heures par année

Il y a eu certaines évolutions en apparence, surtout depuis 1945, mais ce bon sens universel soumis à l'épreuve du temps doit rester présent à l'esprit de tous ceux, patients, politiques, journalistes, qui gardent en point de mire une de leur cible favorite : le médecin ; ce statut

professionnel produit à sa simple évocation des espoirs électoralistes pour tous les bords politiques, commerciaux pour la presse et de gratuité absolue sans compte à rendre (ni même parfois le simple respect !) pour certains patients

Il y a en France environ 115 000 médecins libéraux qui représentent 60% des médecins, le mode de rémunération principal du médecin libéral se faisant à l'acte. Le paiement à l'acte est l'un des principes fondateurs de la médecine libérale. Il n'a pas été remis en cause par la socialisation des dépenses de santé en 1945, faisant des médecins une catégorie singulière de professionnels libéraux.

Ce système a participé au développement

d'une médecine accessible à tous et sans délai d'attente, reconnue par l'OMS comme l'un des meilleurs systèmes de santé mondial en terme d'accessibilité et d'efficience.

Hors, les progrès incessants de la médecine en matière de diagnostic et de traitement, et le vieillissement de la population dont l'espérance de vie a fortement augmenté, ont entraîné inévitablement une augmentation constante des coûts de la santé. En l'absence de budgétisation de ces augmentations, on a pu parler de déficit et introduire ainsi politiquement la notion de maîtrise des dépenses de santé qui a débuté dans les années 1970. Les pouvoirs publics n'ont eu de cesse depuis de vouloir encadrer l'activité des médecins : tarifs opposables, références médicales opposables ou non, augmentation de tarifs conditionnée à une modération des prescriptions, lettres clés flottantes, médecin référents et plus récemment le blocage du tarif de base en échange d'un paiement dit à la performance : le CAPI, puis une nouvelle mouture dans la dernière convention instaurant la généralisation de ce type de paiement à tous les médecins libéraux.

On note cependant ces dernières années que de nouveaux modes de rémunération ont été introduits dans l'objectif d'une meilleure prise en compte néanmoins timide des enjeux de santé publique : forfaits ALD (40 € par an) pour le suivi des patients en affection longue durée, consultation récapitulative annuelle CA (26 €) pour ces patients en ALD,

visite de coordination VL pour patients dépendants.

Afin de satisfaire la demande croissante de prise en charge universelle pour les bas revenus, la CMU a été créée à la fin des années quatre-vingt, augmentant l'accès aux soins pour les plus démunis, dont le nombre n'a fait qu'augmenter depuis le début de la crise obligeant les pouvoirs publics à relever bientôt les seuils pour permettre notamment à un grand nombre de retraités de pouvoir à nouveau accéder aux soins ; ces mesures phares se justifiant par l'ampleur de la crise doivent voir le jour sur le plan législatif en 2013 et ne peuvent être accueillies qu'avec bienveillance. Pour autant elles ne règlent pas le problème des comportements et laissent la porte ouverte aux excès (nomadisme médical,

consultations redondantes fruit d'exigences particulières, mauvaise compliance aux recommandations, voire aux traitements, ordonnances dictées aux médecins, mésusage de la PDS pour éviter les salles d'attente...).

Ce qui peut paraître surprenant dans l'ensemble des mesures politiques prises ces dernières décennies, c'est l'absence de tout encadrement des comportements des patients qui aurait dû mener à une responsabilisation individuelle ; de même lorsque l'on évoque le tact et la mesure cela ne concerne que les médecins et non les consultations abusives pour arrêt de travail ou accident de travail ou tout autre motif inapproprié : seuls les honoraires des médecins libéraux sont encadrés, leurs prescriptions sanctionnées en leur prêtant des délits

statistiques, et non les comportements abusifs des patients ; on sera étonné de voir à quel point le problème a pu traverser les siècles sans n'avoir effleuré l'esprit d'aucun énarque chacun d'eux étant bien trop occupé à ne pas heurter le corps électoral par des mesures contraignantes, ni à lui demander des comptes sur certaines déviances coûteuses, préférant garder le médecin comme otage permettant de stigmatiser des abus pourtant infiniment moindre que les abus constatés à la tête des appareils d'état et des grandes entreprises où dividendes et actions se redistribuent avec une tempérance pour le moins discutable...

Aussi voici ce que l'on pouvait lire en 1772 dans le mémoire sur les honoraires médicaux de Louis Odier :

"Voici ce que devrait payer à son médecin le bourgeois peu exigeant qui ne demande ni que le docteur ne fasse à chacune de ses visites le quart d'heure de civilité, ni qu'il se dérange de sa tournée pour venir à une heure fixe, au risque de manquer à d'autres engagements ou à d'autres malades, qu'il emploie dans la visite un temps précieux à réfuter des objections ridicules, à repousser d'absurdes préjugés, ou à discuter les opinions et les propositions de toutes les commères du voisinage, il s'en faut bien que ce modique salaire soit suffisant de la part du riche oisif qui veut non seulement qu'on le guérisse, mais encore qu'on l'amuse, encore moins de la part de ces petites maitresses qui, ne concevant pas que les heures des médecins doivent être plus respectées que celles de leurs toilettes et de leurs sociétés, se permettent de lui assigner un rendez-vous à heure fixe en même temps et de la même manière qu'à leur coiffeur, bien moins surtout de la part des vieilles bavardes à prétentions qui font venir le médecin pour avoir le plaisir de lui faire un mortel étalage de leurs maux, de la bizarrerie de leur tempérament, de la profonde étude qu'elles doivent en avoir faite, de critiquer la plus simple de ses ordonnances et de finir par lui dicter elles mêmes celles qu'elles veulent qu'il leur fasse, en se réservant d'entretenir au long leurs voisines de tout ce qu'il a dit et de ce qu'elles ont répondu, etc.,etc. Tous ces gens là doivent payer plus chèrement leur médecin, tant à raison de l'ennui qu'ils lui procurent que du dérangement qu'ils lui occasionnent et du temps qu'ils lui font perdre."



HONORAIRES MÉDICAUX : UN MODE DE RÉMUNÉRATION DÉPASSÉ ?

La durée de la consultation, la complexité du problème posé, le nombre de motifs de consultation, l'ampleur du dérangement occasionné en fonction de l'heure ou du week-end, les explications demandées de façon intense ou répétitive avec l'appui des "on m'a dit que" et des forums internet sont autant de variables d'ajustement du prix de la consultation ou de la visite que seul le médecin peut apprécier avec l'accord du patient : on pourrait multiplier à l'infini le nombre de facteurs de variation et donc ne vaudrait-il pas mieux que le médecin lui-même puisse les apprécier (ce qui est possible en secteur 2) ?, car une codification toujours plus riche des actes entraîne une très mauvaise lisibilité, ne permet pas de faire prendre conscience aux patients de la pertinence de leurs requête, et, au final, entraîne une perte de qualité des soins prodigués car les véritables compétences du médecin se perdent et s'usent dans d'inutiles conjectures où la santé devient un droit, un acquis social qui est automatiquement dû, même si l'état de santé ne le nécessite pas.

En terme de revenus, on constate qu'il existe de fortes disparités entre professionnels libéraux : les activités cliniques, le travail intellectuel souvent plus chronophage sont peu rémunérateurs au regard des actes techniques tandis que la rémunération pour les activités de santé publique telles que la prévention sont quasi inexistantes. La diversité des situations, notamment entre médecins généralistes et spécialistes accentuée par la coexistence de deux secteurs conventionnels, la complexité des dispositifs de rémunération et leur impact sur l'organisation du système de soins, nécessitent d'établir un état des lieux pour pouvoir analyser les caractéristiques, avantages et limites du système de rémunération français au regard d'autres professions et d'autres systèmes internationaux. Pourquoi ne pas oser la comparaison

avec les honoraires des avocats ?

La rémunération des avocats est aujourd'hui régie par la loi du 31 décembre 1971, modifiée par les lois des 31 décembre 1990 et 10 juillet 1991, et par le décret du 27 novembre 1991, organisant la profession d'avocat, remplaçant celui du 9 juin 1972.

La loi de 1971 a prévu le principe que les honoraires de consultation et de plaidoirie sont fixés en accord entre l'avocat et son client mais qu'est interdite la fixation à l'avance d'honoraires en fonction du résultat à intervenir, étant précisé que les honoraires rémunèrent l'ensemble des activités de l'avocat. Seule la rémunération de la postulation (nom donné à la représentation obligatoire des parties en justice) fait l'objet d'un tarif.

Par ailleurs, le justiciable à faibles ressources bénéficie de l'aide juridictionnelle (c'est-à-dire de la contribution apportée par l'Etat destinée à permettre aux personnes dont les revenus sont insuffisants de faire valoir leurs droits en justice). A cet effet, la loi du 10 juillet 1991 prévoit que l'avocat qui prête son concours au bénéficiaire de l'aide juridictionnelle perçoit une rétribution, l'Etat affectant annuellement à chaque barreau une dotation représentant sa part contributive aux missions d'aide juridictionnelle accomplies par les avocats et le montant de cette dotation résultant, d'une part, du nombre de missions d'aide juridictionnelle accomplies et, d'autre part, du produit d'un coefficient par type de procédure et d'une unité de valeur de référence.

Quant à la fixation des honoraires, la loi du 1991 a opéré une réforme majeure prévoyant qu'à défaut de convention entre l'avocat et son client, l'honoraire est fixé selon les usages, en fonction de la situation de fortune du client, de la difficulté de l'affaire, des frais exposés par l'avocat, de sa notoriété et des diligences de celui-ci et que :

"Toute fixation d'honoraires, qui ne le serait qu'en fonction du résultat judiciaire est interdite" et qu' "Est licite la convention qui, outre la rémunération des prestations effectuées, prévoit la fixation d'un honoraire complémentaire en fonction du résultat obtenu ou du service rendu".

Ainsi, la convention d'honoraires apparaît désormais comme le pivot d'une "conception nouvelle de l'honoraire".

Il y donc trois aspects des honoraires d'avocat qui peuvent intéresser les médecins : leur fixation en l'absence d'une convention d'honoraires, ce qui se passe en présence d'une telle convention et enfin la possibilité de réclamer un honoraire supplémentaire (dit de résultat pour les avocats).

1) En l'absence d'une convention ayant déterminé à l'avance le montant des honoraires, leur montant est donc fixé d'un commun accord entre l'avocat et le client. A défaut d'accord, il appartient d'abord à l'Ordre puis sur recours à un juge, de procéder à la fixation du montant des honoraires.

La loi de 1991 a énoncé les critères de cette fixation. Ce sont la difficulté de l'affaire, les frais exposés par l'avocat et ses diligences, sa notoriété et la situation de fortune du client.

Qu'est ce qui empêcherait de prendre en compte ces critères pour ce qui concerne les médecins ? Car au travers de ces derniers s'exprime la prise en considération de la spécificité de la mission dans laquelle se retrouve incontestablement celle du médecin.

D'ailleurs, l'existence de barèmes d'honoraires établis par le barreau auquel appartient l'avocat, voire, par un autre barreau, ne sont pas d'une grande utilité car l'Autorité de la concurrence a proscrit la diffusion de tels barèmes. La liberté demeure ainsi le principe rappelé aux avocats dans ce domaine.

Il reste que l'avocat doit remettre un

compte détaillé à son client avant tout règlement définitif. Un fonctionnement similaire pourrait-il être envisagé dans le prolongement du rapport entre patient et médecin référent ?

2) Par ailleurs, la convention d'honoraires est un contrat entre l'avocat et son client, ayant pour objet la fixation du montant des honoraires.

Alternative au mécanisme traditionnel des provisions successives couronnées par le solde final, cette faculté offerte aux parties a été consacrée par la loi du 10 juillet 1991.

Outil de prévision, son établissement peut cependant se heurter à la difficulté de connaître à l'avance l'étendue exacte des prestations à fournir, compte tenu en particulier des aléas du procès et de l'évolution de l'affaire. Toutefois, un modèle de convention d'honoraires a été conçu (à l'initiative du Conseil national de la consommation et approuvé par la plupart des professionnels et organisations de consommateurs).

S'agissant de son contenu, la convention peut prévoir une somme forfaitaire déterminée, comme un mode de calcul, voire une simple évaluation. Là encore, ne pourrait-on pas s'interroger sur la pertinence d'une convention pour certains patients afin de mettre en place un accompagnement de fin de vie par le médecin (en dehors de l'hospitalisation) ? Enfin, la conclusion d'une convention d'honoraires n'interdit pas à un avocat de mettre fin à sa collaboration avec un justiciable en cours de procédure.

Dans cette hypothèse, l'avocat n'ayant pu mener à terme sa mission, la convention d'honoraires doit être écartée et les honoraires doivent être fixés en fonction des critères de la loi évoqués précédemment.

3) Enfin, un honoraire complémentaire (dit de résultat) peut être dû par un client à son avocat, en sus de la rémunération des prestations fournies notamment lorsque

l'issue du procès dépasse par son ampleur ce qu'un pronostic mesuré laissait attendre.

De la même façon, ne serait-il pas plus conforme à la réalité que de prendre en compte les difficultés rencontrées parfois par les médecins devant faire face à des patients très chronophages (par exemple, un patient schizophrène non pris - ou plus - en charge par des structures adaptées) ? Aujourd'hui, comme pour les honoraires des avocats qui ont évolué au début des années 1990 pour tenir compte de l'évolution de la société et de l'accroissement de l'activité juridique, un renouveau des honoraires des médecins devrait de la même façon s'imposer sans une levée systématique de boucliers exclusivement dirigée contre la rémunération de certaines spécialités en secteur 2, avec la notion de "dépassements abusifs", lesquels demeurent tout à fait marginaux par rapport à l'ensemble de la problématique sur les honoraires des médecins.

En effet, comme pour les avocats vis-à-vis des justiciables, sachons garder à l'esprit tout à la fois le souci de préserver un équilibre entre le droit du médecin à une juste rémunération et le droit des patients d'accéder à la médecine et aux soins. Il y a trop longtemps que nos pouvoirs publics ont laissé volontairement dans l'ombre relayée par la presse la question de la juste rémunération ; d'ailleurs il suffit de taper sur n'importe quel moteur de recherche "honoraires médicaux" pour y voir quasi systématiquement accolé la notion de dépassement ! Comme si l'on ne pouvait plus envisager la question que sous cet angle ; il n'en reste pas moins que pour pouvoir "dépasser" il faut déjà considérer logiquement que l'on est déjà "dépassé", et que la stagnation tarifaire en est la cause principale. Ne parlons plus de "dépassement" mais de "non-respect de l'inertie tarifaire au regard de l'accroissement des prélèvements"...

Certains pourront objecter, notamment sur les bancs de l'ENA, que la sécurité sociale prend en charge une partie des prélèvements sociaux des médecins, et que donc ceux-ci sont "les seuls libéraux rémunérés sur fonds publics", ce qui justifie à leurs yeux qu'on bloque leurs honoraires en plus de leur imposer la prise en charge des plus démunis à de faibles honoraires.

Posons la problématique : pourquoi ne pas plafonner ces prises en charges sociales dans une certaine limite fixe sans la lier au chiffre d'affaires, comme l'aide juridictionnelle, en libérant ainsi une partie des honoraires du poids de la charges des fonds publics, laissant à l'appréciation des médecins le coût exact de sa pratique qu'il est le mieux à même d'apprécier en fonction de son investissement professionnel personnel et horaire ? Cette notion ne paraît pas utopiste lorsque l'on parle des avocats qui sont des hommes de lois.

Les médecins ne font pas les lois et les lois ne sont pas faites en matière d'honoraires pour placer ceux-ci comme des professionnels dignes d'un respect certain dans nos sociétés ; les collectifs de patients sont beaucoup plus virulents que les collectifs de justiciables et il serait temps de revoir sous un angle plus progressiste la question des honoraires afin que le dépassement concerne davantage le droit à la considération que les tarifs.

*Louis Odier : Les Honoraires médicaux et autres mémoires d'éthique médicale, Editions Classiques Garnier
L'éna : "options d'approfondissement" : la rémunération des médecins libéraux 2008-2010*



ABÉCÉDAIRE VIVANT D'UNE CRISE LA CRISE PERÇUE À PARTIR D'UN CABINET DE GÉNÉRALISTE

par le Dr Christiane GIRAUD, Généraliste à Marseille.

A L'Argent dans notre société, maître ou serviteur ? L'automne 2008 a inauguré une crise financière planétaire qui dure encore et encore, et tous les économistes vous le diront... Ce n'est pas fini ! Sans aller jusqu'à l'infini, personne n'ose en prédire le terme. Le crédit a joué un rôle clé dans une crise issue du système bancaire américain. Dans le cadre de l'accès au logement, les banques ont prêté à des millions de personnes sans s'assurer de leur solvabilité puis elles se sont revendues "les traites pourries", (vous voulez un mot plus savant ? Soit ! La titrisation) jusqu'à créer un krach financier sans précédent.

Antoine, 54 ans cadre commercial licencié, deux ans après n'a toujours pas retrouvé de travail. Il voulait ouvrir sa propre entreprise mais a perdu tout son argent en bourse au moment de la crise des Subprimes. Sa femme a demandé le divorce et la mise en vente de leur villa aixoise.

Il se retrouve en HLM dans la banlieue de Marseille : "j'ai tout perdu mais je suis en vie et vous venez de me le confirmer en bonne santé".

B La Bourse, la place financière où se vendent, s'échangent les actions, où leurs prix fluctuent de minute en minute. Pourquoi cette fluctuation ? "Parce que chacun, acheteur comme vendeur, évalue en permanence les variations qui ont eu lieu dans les minutes ou les heures qui précèdent, en tire une conclusion quant au fait que le prix va grimper ou baisser, et décide à partir de là d'acheter ou de vendre". Vous me suivez ? Sinon renoncez à jouer à la Bourse. La chute de l'ensemble des valeurs

boursières annonce un krach du système financier, comme le fameux Jeudi Noir 24/10/1929 de Wall Street, et plus proche de nous le Krach de Septembre 2008 où un séisme financier d'une ampleur inégalée a vu des sommes gigantesques partir en fumées (37000 milliards de dollars).

Bruno, retraité, touche une complémentaire à partir d'argent placé. En 2009 il constate une diminution de 20% de celle-ci, il appelle la banque, la réponse est sans ambiguïtés : "vous vous en tirez bien, cela aurait pu être pire mais désormais c'est comme cela et pas autrement !"

C Le Chômage est devenu une donnée permanente de notre économie, on parle de chômage structurel, au plan national 10,2% de la population active soit en France métropolitaine 2,8 millions de personnes, mais il est très inégal selon les endroits et les catégories de la population. Dans les banlieues pauvres chez les jeunes on va jusqu'à 40%. Pour en mesurer les conséquences il faut prendre en compte le rapport entre actifs et retraités : en France en 1960 4 actifs pour un retraité, aujourd'hui ce ratio n'atteint pas 1,8.

Catherine me parle mais j'ai du mal à comprendre, sa gorge est tellement serrée qu'il en coule un filet de voix. Je comprends : "ils ont mis en route un plan de licenciement, 5000 personnes ont perdu leur emploi, j'y ai échappé mais avant la fin de l'année ils en annoncent un autre, comment vais-je faire, seule avec deux enfants ?"

D La Dette publique et les Dettes privées sont la préoccupation des gouvernements et des ménages. Les politiques budgétaires des Etats se sont désarrimées des rentrées fiscales, elles

ont été soutenues par un endettement continu. Les salaires n'augmentent plus depuis une décennie, pour soutenir leur consommation les ménages optent pour le crédit. Le niveau d'endettement de la France (89,1% du PIB) a atteint ce qu'il était à la veille de la Révolution de 1789.

Dalila me confie son désarroi, elle ne mange plus, dort très mal, crises de larmes, son conjoint est en prison pour trafic de drogues, elle a perdu son emploi. Seule, elle doit subvenir à ses besoins et à ceux de ses deux enfants. Les impayés s'accumulent, elle avoue dix crédits à la consommation qu'elle n'est plus en mesure de régler.

E Les Expulsions chaque année reprennent en Mars après la trêve hivernale. Aux chômeurs qui n'arrivent plus à rembourser leurs emprunts, ni à vendre leur appartement (chute des valeurs immobilières ces deux dernières années), s'ajoutent ceux qui ne payent plus leurs charges. Certains retrouvent un logement plus petit, moins cher, d'autres sont hébergés, mais beaucoup se retrouvent sur les trottoirs où ils grossissent le nombre des SDF.

Elif est venu de son Kurdistan pour travailler comme maçon. Pour se loger avec sa femme et ses deux gosses, il a acheté un appartement dont il n'arrive pas à payer les charges. En quelques années sa dette au syndic dépasse les 10 000 euros, il est sous la menace d'une expulsion. Chaque fois qu'un de ses enfants tombe malade il décompense une angoisse aigüe et me recommande "docteur, c'est grave, il faut les mettre sous antibiotiques".

F La Finance et son produit l'argent dominant l'économie planétaire.

La crise en a dévoilé la dérégulation et le rôle pris par la spéculation, et le blanchiment d'argent. L'enjeu de sortie de crise avec reprise de la croissance repose dans la capacité des Etats à réglementer le secteur bancaire, à réduire l'endettement des états, à lutter contre les paradis fiscaux et à trouver d'autres moteurs de croissance et peut-être à redonner confiance...

François souffre d'une addiction à la cocaïne, très régulièrement la nuit il se rend dans une cité pour acheter sa dose -en liquide- «c'est incroyable la queue qu'il faut faire de 21h à 24h". En tous les cas ce n'est pas cela qui l'arrêtera, lui qui se complique gravement chaque année un peu plus (hépatite C active, abcès du poumon, abcès des bras, pancréatite...).

G La Grèce se révèle, dans la zone euro, le maillon faible de l'Europe : elle vit à crédit, truque ses comptes, ignore l'impôt, ses campagnes, le cadastre, sa politique interne est dominée par le clientélisme. L'Europe essaie d'éviter le scénario "sortir de l'Europe", mais les tensions sociales font craindre le pire. *Gisèle, française, a fui la Grèce avec son mari grec. La chute vertigineuse de leurs revenus les a contraints à vendre leur appartement sur Athènes pour venir cohabiter à Marseille chez les parents de Gisèle. Elle raconte : "j'ai échappé au pire, coupures d'eau, coupures d'électricité, cherté de la vie, et l'insécurité croissante..."*

H Héroïne, Haschich, leurs commerces prospèrent sur l'effondrement de l'économie légale. Dans les cités des banlieues la violence fait rage entre bandes rivales, la population est prise en otage, les médecins abandonnent progressivement des territoires. Vous avez-dit "accès aux soins" ?

Hassina me demande d'être son médecin traitant, elle vient de quitter la cité où elle habitait : "c'est plus possible docteur, nous sommes agressés en permanence : arrachages de sacs, rackets en tous genres... Si vous résistez

c'est pire, les trafiquants dominent la cité, je me suis enfuie avec mes gosses, je ne veux pas qu'ils vivent comme ça, avec la peur au ventre !"

I Immobilier, c'est la crise immobilière des Subprimes qui va inaugurer la crise en 2007. De l'après-guerre aux décennies 90, c'était la hausse régulière des salaires qui soutenait la consommation des ménages, qui elle-même soutenait la production, mais avec le développement des idées néolibérales on assiste à la déflation salariale et à l'accès aux crédits faciles. Pour soutenir leur consommation les ménages s'endettent... jusqu'à ne plus pouvoir rembourser.

Irène, secrétaire de direction, insiste toujours pour n'avoir que des médicaments remboursés sur l'ordonnance. Je lui fais remarquer que ce n'est pas toujours possible : "Mais Docteur depuis plus de 10 ans mon salaire n'a pas bougé, hormis la correction de l'inflation, mais mes charges elles ont toutes augmenté, je n'ai droit à aucune aide et je dois tout payer, plus je travaille, plus mes revenus diminuent".

J Justice. La crise a mis en lumière des pratiques bancaires douteuses, voire des escroqueries comme l'affaire Madoff, l'affaire Société Générale avec Jérôme Kerviel, des milliers d'actionnaires ont été ruinés par des affairistes sans scrupules. Cela a miné la confiance de la population dans le système bancaire et le système judiciaire : les responsables de la crise ont-ils été punis ?

Joanna sanglote, retraitée avec une toute petite retraite (moins de 1000 € pour elle et son époux), la surface commerciale où elle fait habituellement ses courses lui réclame 5000 € pour des achats à crédit qu'elle dit n'avoir jamais réalisé. Après enquête il va se vérifier qu'il s'agit d'une escroquerie à partir de sa carte de fidélité, le responsable ne sera jamais identifié (utilisation frauduleuse de n° de carte) et elle devra régler en partie la somme demandée.

K Keynes : John Maynard Keynes, théoricien de l'économie, meurt en 1946. Son œuvre est une référence

pour les économistes du monde entier, partisan de l'intervention de l'état comme régulateur de l'économie par une politique monétaire et financière, a vu son influence contrecarrée par l'école de Friedrich Hayek (1899/1992), prix Nobel d'économie qui prône la non intervention de l'état, la dérégulation des marchés. Il inspire le mouvement des économistes néolibéraux des années 1980 jusqu'à la crise de 2008 où l'on assiste au retour en force des idées de Keynes.

Keynes a été aussi un des dirigeants de la rencontre de Brentton Woods, 1944, qui a jeté les nouvelles bases d'une économie mondiale et qui a créé des instances internationales comme le FMI et la Banque mondiale.

L Vous avez dit Loi ? Dans le monde de la finance, tout le monde semble échapper à la loi : les traders, les spéculateurs, les banques.

Et les états ne sont pas en reste, eux qui créent leurs propres paradis fiscaux comme refuge pour abriter les immenses fortunes dont les heureux propriétaires ne veulent pas payer l'impôt. Si c'est votre cas, prenez vos vacances aux Iles Bahamas, à Guernesey, en Andorre....

Luigi sort de prison avec injonction thérapeutique, il doit me consulter régulièrement. C'est un garçon gentil mais il n'a jamais intégré la loi sous quelques formes que ce soit : les interdits, les règles, la morale. Il a des excuses, une famille sicilienne délinquante, son père est mort dans un règlement de compte dans son enfance... Je lui apprends à respecter les horaires de nos rendez-vous !

M "La Main invisible du marché" de l'économiste Hayek, censée réguler la dérégulation, censée réguler l'offre et la demande, limiter l'intervention de l'état. Spontanée, invisible, omniprésente, un "Deux ex machina", elle a fini par sombrer dans la panique boursière. Au temps des

ABÉCÉDAIRE VIVANT D'UNE CRISE : LA CRISE PERÇUE À PARTIR D'UN CABINET DE GÉNÉRALISTE

illusions, succède le temps d'une réalité drastique et austère avec coupes budgétaires, augmentation des impôts directs et indirects, chômage, déflation salariale, recul de la protection sociale.

Martine, cadre dans une entreprise internationale, souffre de troubles du sommeil, cauchemars, agitation : "Docteur, c'est depuis qu'on a changé de directeur, il applique de nouvelles méthodes de management, c'est une horreur ! Nous sommes espionnés par l'intermédiaire de nos portables, de nos ordinateurs. Nos allées et venues sont surveillées par nos badges". Sur le moment, je me suis demandée si elle ne devenait pas délirante, mais j'ai appris depuis la réalité de ces nouvelles méthodes de travail !



Network, mondialisation oblige il faut se mettre à l'anglais.

Network ou réseau, le réseau des économistes progressistes met au point un programme qui va à l'encontre des mesures d'austérité, redistribution des revenus, taxe sur les profits et non plus sur le travail, démocratisation avec ouverture des instances dirigeantes aux syndicats, nouveau rôle de la Banque centrale, diminution et renouvellement de la consommation d'énergie.

Naima rentre dans mon cabinet. J'ai un choc, elle est couverte d'un voile gris qui l'enveloppe de la tête aux pieds. Je la connais depuis l'enfance, jeune fille assez délurée sans croyances religieuses : "Docteur, j'ai rencontré Dieu (à mon avis c'est plutôt les islamistes), ils sont honnêtes, il n'y a qu'eux d'ailleurs, moi je ne peux rien faire dans la vie car je suis pauvre et que je ne connais personne, même pas obtenir du travail".



Un nouvel **Ordre** monétaire et international est-il possible ?

En Europe, la troïka constituée de l'Union Européenne, de la Banque Centrale Européenne et du Fond Monétaire International essaie de résoudre "la quadrature du cercle", relancer la

croissance combinée à une rigueur budgétaire qui permettent le remboursement de la dette.

Odrik, Rom en provenance du Kosovo, consulte pour des douleurs, séquelles de multiples fractures. Comme je lui demande comment il s'est fait ces fractures : "Au Kosovo, la population nous déteste, nous les Roms, elle nous rend responsable de tout, de la crise, elle nous pourchasse et quand elle nous attrape ils nous frappent. La dernière fois j'ai été hospitalisé avec une fracture du crâne, j'ai décidé de m'enfuir avec ma femme. J'ai entendu parler d'un pays la France où nous pourrions vivre sans danger pour notre vie".



La Protection sociale a joué, en France, un rôle d'amortissement des conséquences de la crise : même pauvres ou appauvris,

les français continuent à bénéficier de soins médicaux, les enfants sont scolarisés. Dans le domaine du logement la situation est plus contrastée, les allocations logements bénéficient à des milliers de personnes. Les banques françaises ont géré les crédits aux logements avec plus de rigueur que leurs homologues américaines, il y a donc eu moins d'expulsions, mais le droit au logement inscrit dans la loi échoue sur la pénurie de logements sociaux.

La famille Patrissi est à la rue, expulsée de son logement pour dettes accumulées de charges avec trois enfants de 12, 9 et 7 ans. Les enfants sont toujours propres et je rencontre régulièrement leur mère qui les accompagne à l'école et au collège, une famille normale en somme, personne ne se doute qu'ils vivent de centre d'hébergements en foyers, hôtels sociaux, parfois très éloignés du quartier où les enfants sont scolarisés.



Henry Quinson, un trader de Wall Street devenu célèbre par son évolution professionnelle et personnelle qui l'a mené de la place financière au monastère, puis dans une communauté religieuse de Marseille puis... Puis on n'en finit plus de suivre son évolution.

Il est venu à l'URPS où il nous a donné une brillante conférence sur la Crise, si vous n'étiez pas là dommage ! Vous avez raté quelque chose. Une de ses thèses m'a frappé : l'espérance de vie a atteint une limite et cela se traduira dans les budgets de la santé par une tendance négative. Les financiers ne voulant plus investir dans la santé. A voir !



Récession, nous sommes entrés en récession et ce pour une période indéterminée, plus de croissance ou des taux ridicules < 1%. Le Chômage augmente, les impôts augmentent, les revenus baissent. De nouveaux mots fleurissent dans la presse : déflation, déflation salariale (les salaires n'augmentent plus), recul de la protection sociale. Et dans le réel, fermeture des entreprises, faillites des commerces, chômage....

Reine est en arrêt maladie depuis plus d'un an. Suivie par un psychiatre pour dépression nerveuse, elle vient me voir et à ma grande surprise me demande une reprise du travail : "Vous allez mieux, vous êtes guérie ?

- Non docteur, mais j'ai calculé le montant de ma retraite, pas question de partir avec ce montant ridicule, je reprends le boulot et comme ils ont allongé le temps de travail j'ai le droit de travailler encore deux ans !"



Sumer, il était un royaume en Mésopotamie, IV millénaire avant notre ère, gouverné par un roi qui fit venir ses conseillers et leur dit : "nous avons trop de dettes, moi-même roi de ce royaume je suis trop endetté, le peuple est endetté, les agriculteurs sont endettés, les artisans sont endettés, moi roi de Sumer j'abolis toutes les dettes !" Certains conseillers approuvèrent, d'autres (ceux qui avaient prêtés ?) s'y opposèrent et finirent... dans la fosse aux lions !

Soraya est surendettée, se retrouve sous tutelle, interdite bancaire, saisies sur salaire, elle a au moins dix années de remboursements. Pour la reconforter je lui raconte l'histoire de Sumer "Pétard ! Tous mes créanciers dans la fosse aux

lions !" L'absolutisme fait encore rêver !



Travailleurs pauvres, nouveaux mots, nouvelles réalités ! Des personnes travaillent mais ne gagnent pas assez pour payer un loyer, de la nourriture, des

gardes d'enfants, etc... Et ils sont légions, c'est même la masse de travailleurs qui augmente le plus ces dernières années. Il s'agit souvent de femmes seules avec enfants qui occupent des emplois dans l'entretien ou les services à la personne.

Toyimina se lève à 4H et commence son travail à 6H, elle nettoie les espaces communs de l'HLM où elle habite. Le travail est très dur (bâtiment de plusieurs étages, conditions d'hygiène déplorables), elle réclame des heures supplémentaires que son patron refuse. Pour 52h/mois, elle gagne 400 €/mois, elle est seule, élève trois filles et rêve du SMIC.



Union Européenne, représente une fédération de 27 pays, peuplée de 500 Millions d'habitants, elle est la première puissance économique mondiale, mais elle pourrait s'attirer le commentaire de Saint Augustin sur le mariage : "Ceux qui sont à l'extérieur aspirent à y rentrer, ceux qui sont à l'intérieur aspirent à en sortir !" Sommes-nous "mauvaise langue" ? Car le 12/10/12 l'UE a reçu le prix Nobel de la paix pour "sa contribution à la promotion de la paix, la réconciliation, la démocratie et les droits de l'homme en Europe".

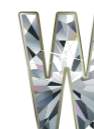
Unissa travaillait à Madrid depuis plusieurs années, dans les produits de beauté, elle a perdu son emploi, revient sur Marseille. Elle regrette l'Espagne et la gratuité totale du système de soins : "Docteur, vous m'avez envoyé chez la gynéco, elle m'a réclamé 60 €, comment vais-je trouver une somme pareille ? Dire qu'en Espagne..."



Voyages à l'heure de la mondialisation, tout le monde voyage, les hommes et les capitaux : il y a les voyages volontaires avec l'explosion du tourisme à

travers notre petite planète mais il y a aussi les voyages forcés et les migrations de populations qui fuient la guerre ou la misère. Sur ce terreau prolifère la Mafia avec ses réseaux clandestins : la traite des êtres humains est une des plus grandes sources de revenus de la Mafia.

Vania a fui avec son mari la Tchétchénie en guerre, ils ont obtenu le statut de réfugiés politiques et se sont intégrés rapidement, mais elle parle toujours très difficilement le français (langue natale le russe). La consultation se déroule à l'aide de quelques gestes, quelques mots, beaucoup de patience et d'observation de part et d'autre.



Wall Street, la plus grande place financière mondiale, celle qui donne le la à toute l'économie, depuis la crise des Subprimes

et les scandales bancaires a vu son image se détériorer au point qu'il est né aux USA un mouvement contestataire "Occupy Wall Street", à l'origine d'une contestation sociale à travers tous les USA.

Walter, 16 ans revient d'un séjour linguistique à Chicago. Invité dans une famille classe moyenne, il a adopté le mode de vie américain : ne manger que des pizzas, ne boire que des sodas, aller tous les week-ends aux bords des Grands Lacs, jouer au volley-ball, saluer le drapeau américain, décliner une religion qu'il n'a pas mais comme il en fallait une la religion catholique, mais il a noté aussi le grand nombre de noirs SDF sur les trottoirs des villes, les familles qui vivent dans des voitures sur les parkings, ou sous la tente à l'approche des grandes villes..



Xi Jinping, nouveau secrétaire du PC chinois, doit devenir le prochain président de la dernière grande nation communiste : La Chine. L'appareil d'état communiste s'est ouvert à l'économie libérale, ce qui donne un pays imprévisible dont tous les experts prédisent l'évolution. Certains y voient la prochaine puissance économique mondiale, d'autres une nation au bord de l'effondrement minée par les conflits sociaux et les désastres écologiques.



Génération Y, la génération de ceux et celles nés entre 1980/2000, c'est la génération internet, mobile en tous

genres, baladeurs, etc... C'est aussi la génération qui devrait rembourser la dette, celle que les générations précédentes lui ont laissée, celle que nous lui avons laissée. Mais connaissant nombre d'entre eux je me demande s'ils ne choisiront pas la solution sumérienne !

Yasmine 20 ans, vient pour sa pilule, mais pendant toute la consultation a les yeux rivés sur l'écran de son portable, même lorsqu'elle s'entretient avec moi lève les yeux quelques secondes puis revient sur le mobile. Lorsque je l'examine, elle le tient serré dans une main comme une bouée de sauvetage. Lorsqu'il sonne elle s'évade avec son interlocuteur, désolidarisée de ce corps que j'ausculte, seule compte une relation invisible présente sur les ondes.



La Zone euro, est une zone monétaire qui regroupe les pays de l'Union européenne qui ont adopté l'Euro, soit 17

pays sur 27. C'est une histoire qui avait plutôt bien commencé en 1999 mais depuis la crise de 2008 la zone euro est soumise à des turbulences économiques qui voient s'affronter les pays du Sud comme L'Espagne, le Portugal, la Grèce aux pays du Nord, Suède, Danemark, Allemagne. Et la France dans tout ça ? Suite au prochain épisode !

Zoé est née le 25/09/12, tous les économistes de la crise se sont penchés sur son berceau, mais nous nous voudrions lui dire ceci : "Ne te fais pas trop de soucis, si tes parents dans l'avenir posséderont moins d'argent, mettront moins d'essence dans la voiture, chaufferont moins la maison, sache qu'il te restera toujours les valeurs essentielles, l'amour, l'amitié, la capacité créative, les chemins désintéressés de la connaissance, la communion avec la nature et les belles oeuvres de l'humanité et cela ? Et cela jamais personne ne pourra t'en priver".