

E-JOURNAL URPS MÉDECINS LIBERAUX PACA COMMENT S'INSCRIRE ?

@-journal
de l'URPS-ML PACA



Novembre 2011

La Convention 2011 points par points

Lecture simplifiée par le Dr Simon BIHAR

Plusieurs événements majeurs marqueront la vie professionnelle des médecins libéraux pendant les prochaines années, et ceci dès cette fin d'année 2011 / début d'année 2012. 3 sujets ont été retenus et les 2 premiers seront traités ci-dessous :

1 - La nouvelle convention 2011 qui sera suivie de plusieurs avenants :

Avenants dont nous aurons l'occasion d'en reparler au fur et à mesure de leur finalisation (au minimum : fin 2011 mais surtout durant l'année 2012)

2 - La P4P, nouveauté de la convention 2011 :

Cette P4P (devant remplacer le CAPI) ne concernerait plus seulement les généralistes ...mais s'étendrait, au fur et à mesure des avenants, à plusieurs spécialités (cardiologues, endocrinologues, pédiatres, gastro-entérologues, puis aux autres spécialités.)

3 - La montée en charge des ARS, et plus particulièrement de l'ARS PACA dans le domaine de la réorganisation du mode de distribution des soins (discussions en cours...)

PDS des généralistes libéraux par le biais des CODAMUPS,

PDS en établissements : Reformatage /réorganisation /mutualisation des astreintes et gardes entre les différents secteurs hospitaliers et cliniques publiques/privés .

[Lire la suite](#)

Les vaccinations: défense passive ou défense active ?

par le Dr Serge CINI

Qui discute encore l'efficacité des vaccins ?

Les programmes de vaccinations des pays en voie de développement ne sont-ils pas vécus comme une amélioration nécessaire ? Un droit élémentaire à la Santé ? Un progrès quasi instantané des résultats sanitaires. Vite, vite un vaccin contre le Paludisme, contre le VIH.... !!

Qui discute encore l'innocuité des vaccins ?

Les vaccins sont de très loin les médicaments les plus sûrs de la pharmacopée moderne. Leur sécurité et leur tolérance sont plus étudiées et plus surveillées que n'importe quel médicament curatif.

MAIS ALORS QUI FREINE ?

[Lire la suite](#)

ONCOPACA

Le réseau régional ONCOPACA-Corse met à votre disposition sur son site <http://www.oncopaca.org> toutes les informations utiles à votre pratique : référentiels et guides ALD30, accès à la fiche RCP de vos patients, annuaire régional des établissements autorisés, déclaration des cancers professionnels, maintien dans l'emploi, formations régionales...

Créé en 2008 dans le cadre du Plan Cancer et mandaté par l'Institut National du Cancer (INCa) et l'ARS, le réseau contribue à la promotion et l'amélioration des soins en cancérologie.

Contact : secretariat@oncopaca.org

[Transférer cet e-mail à un ami](#)

URPS-ML PACA, 37/39 Bd Vincent Delpuech 13006 Marseille, Tél : 04 96 20 60 80

www.urps-ml-paca.org

Confidentialité des données : conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

Votre Union vous informe en temps réel :

- 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

Cliquez sur :

@-journal de l'URPS-ML PACA
>>> Inscription

puis remplissez le formulaire suivant :

Veillez saisir votre adresse e-mail pour recevoir notre newsletter!

Adresse e-mail:

Nom:

Prénom:

Spécialité:

S'abonner Se désabonner

C'est tout !

Vous faites, désormais, partie des abonné(e)s.
(Bien sûr, le désabonnement est possible et instantané.)

LE JOURNAL DES MEDECINS LIBERAUX

PROVENCE ALPES CÔTE D'AZUR



N°40 • Mai 2012
ISSN : 1969-8356

EXERCICE

- La Phytothérapie
- La fin des abus de certificats médicaux

SANTÉ PUBLIQUE

- Accès aux soins par les handicapés
- Accidents de la vie courante chez les personnes âgées



Le pouvoir médical :

la fin d'une légende ?

Etat des lieux
à l'heure de la
démocratie sanitaire

TRAVAUX DE L'UNION

- Permanence des Soins ambulatoires et en établissements de santé
- Coup d'oeil sur le nouveau site internet de votre Union

TRAVAUX DE L'UNION

PDSA en région PACA.....	4
PDS-ES en région PACA.....	5
Vers une évaluation véritable, reflet de l'activité du médecin.....	6

ACTUALITÉS

Le pouvoir médical à l'heure de la démocratie sanitaire.....	8
--	---

SANTÉ PUBLIQUE

L'évolution de l'accessibilité aux soins par les personnes handicapées.....	15
Les accidents de la vie courante : 3 ^{ème} cause de décès chez les personnes âgées.....	20

EXERCICE PROFESSIONNEL

La Phytothérapie, partie intégrante de la médecine.....	22
La messagerie "Apicrypt" pour les nuls.....	25
Special MG-Prevention du Burn-Out : comment ne pas faire tous les certificats médicaux.....	26
Appui social médecins : un service à la disposition des médecins du centre ville de Marseille.....	30

LIBRE EXPRESSION

Le Staff.....	32
---------------	----

COMMUNICATION

Questions sur le temps présent.....	37
Quelques éléments pour mieux découvrir le site internet de votre Union.....	38



**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**

**Vous désirez réagir à un article ?
L'actualité professionnelle vous
inspire des réflexions ?**

**Inscrivez-vous sur
le blog de l'URPS ML PACA
Rendez-vous sur
www.urps-ml-paca.org
rubrique "le blog"
et suivez la procédure d'inscription
(une vidéo didacticielle vous aidera
dans cette démarche)
(voir pages 38-39)**

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, PJ. 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.

COOPÉRATION INTER-PROFESSIONNELLE : ARLÉSIENNE OU RÉALITÉ ?

La coopération inter- professionnelle au centre de toutes les préoccupations en terme d'optimisation des soins depuis 2008 va-t-elle enfin voir le jour ?

Il faut rappeler toute la difficulté d'une telle négociation tant les intérêts des uns et des autres semblent divergents.

Tous les professionnels de santé sont d'accord sur la nécessité d'optimiser les soins dans l'intérêt de nos patients mais sans jamais toucher aux prérogatives des uns et des autres.

Et pourtant, il faudra bien nous entendre sous peine de nous voir imposer des solutions qui risquent de ne convenir à personne.

Les Unions Régionales de Professionnels de Santé sont les lieux idéaux pour mettre en commun notre volonté d'agir ensemble dans l'intérêt du patient.

L'URPS Médecins Libéraux a pris l'initiative de réunir à plusieurs reprises les autres professions de santé (chirurgiens dentistes, infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes, orthoptistes, orthophonistes, podologues, biologistes) afin de tenter de mettre en place une stratégie commune face à la toute puissante ARS.

Plusieurs expérimentations ont été négociées entre certains professionnels de santé et les ARS de différentes régions de France sans qu'une concertation avec les autres catégories de profession de santé n'ait eu lieu.

Le danger de la négociation isolée est toujours là, divisant les professionnels de santé en leur faisant miroiter quelques menus avantages ; les pouvoirs publics continuent leur marche à pas forcés vers la prise en main des libéraux.

La délivrance et la coordination des soins aux patients devront faire l'objet d'accords afin de rendre nos actes plus efficaces et d'optimiser les ressources.

La coordination autour de patients dépendants ou présentant des pathologies chroniques ou des poly-pathologies sera le terrain propice à ces accords, il y a de la place pour tous.

Des appels à projets dans ce sens pourront être financés (contactez l'URPS ML).

La délégation de tâches sous la responsabilité du médecin ne doit pas être confondue avec le transfert de tâche qui est du domaine du réglementaire et le suivi pluridisciplinaire de nos patients est la voie de l'avenir.

Organisons nous avant que l'on nous impose une organisation.



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

PDSA EN RÉGION PACA

LE NOUVEAU PARADIGME* DE LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES (PDSA)

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

10% : c'est la réduction de l'enveloppe des fonds destinés à la permanence des soins en région PACA, comme c'est le cas dans la grande majorité des 26 régions françaises.

Ce paradigme, imposé par l'Etat via l'ARS, repose évidemment sur une problématique d'économie, de réduction des déficits publics, et de la vision d'une Médecine libérale qui serait moins adaptée à la permanence des soins, alors qu'elle fut sollicitée, réclamée et investie à grands renforts de moyens.

Il y a encore peu de temps, un grand nombre de secteurs de garde assurant la permanence des soins de 20h00 à 08h00, les week-ends et les jours fériés, maillaient la région de façon complète, et de telle sorte que l'accès aux soins d'urgences était assuré pour toute la population.

Mais alors, que s'est-il passé?

Pourquoi une majorité de Médecins réclame-t-elle l'arrêt des astreintes pour ce que l'on appelle maintenant "la nuit profonde" (0h00 à 08h00) ? Et cela est entendu dans toutes les réunions des CODAMUPSTS (Comités Départementaux de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires), autant dans les départements alpins, qu'à l'intérieur des terres et sur le littoral. Cette désaffection est sûrement liée au fait que les appels de nuit se sont raréfiés, et qu'une astreinte, même rémunérée, n'apparaît plus justifiée.

Le nouveau paradigme de la PDSA, c'est aussi l'évolution (l'éducation) de la population, qui dans ce créneau de nuit profonde, fait que les personnes qui appellent en général pour une urgence grave, devraient de toute façon être acheminées vers un service d'urgence hospitalière.

Bien sûr, ceci est un bénéfice de confort pour les Médecins dont la moyenne d'âge avoisine la soixantaine, mais est-ce bien pertinent de réduire de façon drastique des secteurs de garde où le maintien des astreintes et leur rémunération permet le maintien d'une activité médicale? Comme certaines données du zonage dans les Alpes Maritimes qui ne prennent pas en compte la difficulté de traversée des vallées apparaissant très proches à vol d'oiseau !

La régulation des appels par le Centre 15 est obligatoire pour obtenir la majoration PDS du tarif de la visite ou de la consultation de nuit : malheureusement, les cabinets de Médecine Générale à horaires élargis ne peuvent en bénéficier, à moins qu'ils soient considérés comme effecteurs.

Domage! Mais qu'ils soient rassurés, la liberté d'exercer après 20h00, même jusqu'à des horaires nocturnes est conservée et l'URPS Médecins Libéraux PACA l'a réaffirmé.

L'URPS Médecins Libéraux PACA s'est engagée fortement sur le dossier de la PDSA.

Les élus ont siégé dans tous les sous-CODAMUPS afin d'élaborer les cahiers des charges de la PDSA dans chaque département, seul le Var n'en a pas programmé.

La commission Urgence et PDS de l'URPS (Coordonnateur: Dr Hervé SAHY, Rapporteur: Dr Hervé BESANCON) a programmé des réunions anticipant les réunions des CODAMUPSTS présidées par le préfet de chacun des départements, avec les responsables de l'ARS.

A l'heure où je donne cet article pour la publication dans la revue, seul le département des Bouches du Rhône l'a réalisé, une date est prévue pour le Vaucluse.

Et pour les Bouches-du-Rhône, le CODAMUPSTS en séance plénière s'est réuni Vendredi 23 Mars 2012. Les différentes concertations ont permis d'établir un cahier des charges de la PDSA, équilibré, ayant pris en compte les remarques et recommandations des Médecins de terrain.

Le zonage dans les Bouches-du-Rhône a réduit le nombre de secteurs d'astreinte de 65 à 49, les effecteurs demeurent en majorité libéraux, et les gardes sont "assurées" selon les secteurs, par des associations ou organismes de libéraux et des centres hospitaliers.

Ce cahier des charges qui sera rendu public et publié aux environs de mi-Avril 2012, sera opérationnel à ce moment là et le budget prévisionnel assure la rémunération des libéraux pour l'exercice 2012.

Sur la demande de l'URPS Médecins Libéraux, le représentant du Préfet et de l'ARS, sont unanimes pour prévoir une évaluation de ce dispositif fin Décembre, lors de la prochaine réunion du sous-CODAMUPS, afin de l'amender et l'adapter.

Les données de l'Assurance Maladie nous seront communiquées, ainsi que les indicateurs permettant cette évaluation.

Cela dit, une nouvelle donnée apparaît: celle de la création d'une modalité d'intégration des Médecins Libéraux au sein des services d'urgence hospitalière.

Cela doit relever de la compétence des syndicats, mais l'URPS

Médecins Libéraux doit s'y pencher et les informations vous seront diffusées par la revue ou l'e-journal (SVP: Veuillez nous communiquer votre adresse courriel!!!)

Ce changement de paradigme de la Permanence des Soins Ambulatoire a bien plusieurs facettes: une réduction drastique des fonds dédiés, certainement dans un souci d'économies, une réduction des appels de nuit dans certains secteurs, le vieillissement des confrères, le manque de renouvellement et

surtout le manque de motivation et le manque d'attractivité. Si certaines raisons sont valables, l'URPS Médecins Libéraux PACA demeure vigilante quant à la nécessité d'assurer la continuité des soins et la permanence des soins dans des secteurs "désertiques" au sens population de professionnels médicaux.

Cela n'exclut donc pas la nécessité de défendre la pérennité de l'exercice médical dans des secteurs où la perte d'une ressource liée à la PDSA les mettrait en danger.

PDS-ES EN RÉGION PACA

PERMANENCE DES SOINS EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ EN RÉGION PACA

par le Dr Claude MAILAENDER, Chirurgien orthopédique à Marseille et le Dr Jean-François Rey, Gastro entérologue à St Laurent du Var

Malgré le retard d'installation de l'URPS-ML en région PACA, nous avons pu participer activement aux négociations proposées par l'ARS aux côtés de la Fédération Hospitalière Privé (FHP) face à la Fédération Hospitalière de France (FHF publique), hégémonique.

La PDS-ES, de par la loi HPST, est devenue une obligation de mission d'intérêt général et se différencie de la continuité des soins, obligation au sein de l'établissement de santé :

- Les tableaux de garde de spécialités sont réglementaires
- Les tableaux de garde des urgences de chirurgie générale et orthopédique et d'anesthésie sont complémentaires.

L'organisation pratique sur le terrain est du ressort de l'ARS, le financement dépend du fond d'intervention régional (FIR), celui-ci est minoré cette année de 10% ce qui explique une refonte complète de la PDS avec une meilleure répartition en fonction de l'activité réelle des établissements de santé, au terme d'une enquête réalisée au deuxième semestre 2011.

Les astreintes et gardes sont donc partagées, mutualisées entre différents établissements et c'est bien là la particularité de la région PACA de l'avoir obtenu.

D'autres régions n'ont pas eu cette opportunité.

Les praticiens qui participent à cette PDS doivent signer un contrat tripartite avec l'établissement et l'ARS, les règlements interviennent après que les tableaux de gardes et astreintes soient transmis par le Président de CME à l'ARS. Ce règlement est réalisé sur une caisse pivot CPAM puis directement sur le compte du praticien.

Il ne peut pas y avoir de prélèvement sur ces émoluments réglementaires par l'établissement de santé.

Mais attention, l'URPS doit être vigilante :

- Il ne faut pas oublier que le patient a le choix de son hospitalisation et en particulier lorsque c'est possible entre le privé et le public.
- Le praticien de garde sur plateau technique lourd doit exercer son art dans son établissement et c'est le patient qui doit se déplacer.
- Nous devons être à l'écoute des confrères qui rencontrent des difficultés dans le partage, la mutualisation entre le privé et le public et alerter l'ARS à la moindre défaillance de ce nouveau système de régulation de la PDS-ES.

VERS UNE ÉVALUATION VÉRITABLE REFLET DE L'ACTIVITÉ DU MÉDECIN

par le Dr Guy RECORBET, Généraliste à Marseille

Le 10 décembre 2011, à Paris, un groupe de vingt cinq personnes, industriels hors du monde de la santé, philosophes, formateurs, experts de l'évaluation, de l'Éthique, universitaires et médecins, s'est isolé et a réfléchi pendant toute une journée sur un thème qui touche le monde médical dans le cadre d'un "Think Tank", sous l'égide de l'Institut Français de la Démarche Qualité en Santé.

L'évaluation est une mesure individuelle de la conformité d'une pratique médicale.

Elle doit être stratégique, tant pour le médecin que pour la collectivité. Elle doit jouer sur les leviers de la motivation intrinsèque et extrinsèque, dans le plus pur respect de l'éthique médicale. Elle associe des références issues de "l'Evidence Based Medicine" et des consensus d'experts mais aussi l'expérience du praticien. Elle doit être dynamisante. La pratique doit être tirée vers le haut par l'évaluation.

Il n'y a aucune raison de penser que l'activité d'un médecin doit être évaluée différemment de celle des autres professionnels.

Pour tous, l'objectif est d'évaluer une qualité de la pratique définie selon des règles. Il n'y a pas de raison de ne pas tenir compte de l'expérience et de la réussite des autres professions. La démarche qualité en médecine ne peut pas prétendre recourir à une méthodologie différente. De même les outils de l'évaluation médicale sont comparables à ceux utilisés par les autres professionnels.

Le médecin reste responsable de sa pratique et de ses conséquences.

Il sera évalué sur sa propre pratique, et rien que sur sa pratique. Il s'agit d'actes et de procédures, au sens large du terme, qui doivent répondre aux attentes du patient et de la collectivité. Cette précaution n'empêche pas de mesurer des objectifs collectifs institutionnels, au niveau de la globalité du système de santé.

Le médecin doit être évalué sur l'ensemble de sa pratique.

Ne l'évaluer qu'en se focalisant sur les indicateurs "strictement mesurables ou comptables" (nombre de comprimés ou d'examen complémentaires prescrits, par exemple), ne pas prendre en compte des indicateurs reflétant l'ensemble de son activité, expose non seulement à un rejet de l'évaluation par le médecin, mais aussi à une frustration d'une partie des acteurs de santé, dont les attentes vont bien au-delà de considérations strictement économiques. La globalité du jugement permet de mettre en exergue une pratique dans son ensemble, ce qui n'empêchera pas d'émettre des avis sur des actes ou des procédures dont la pratique doit être améliorée.

L'évaluation est un processus d'ouverture, de confrontation et de remise en cause permanente dynamique.

Les règles, les objectifs et les conséquences de l'évaluation doivent être élaborés en partenariat avec les acteurs

de santé. Ils ne doivent pas être modifiés sans accord des parties.

La confrontation avec la pratique des autres, et la mise en avant des référentiels d'experts, sont indispensables pour faire évoluer sa pratique dans une dynamique positive.

Les recommandations, par les indicateurs qui en découlent, sont à la base de toute évaluation.

Cela impose certaines règles (communes à tous les professionnels de notre groupe de travail, quelque soit leur origine) :

- La participation des professionnels est essentielle à tous les niveaux d'élaboration et d'application.
- Le médecin se doit d'adopter une recommandation si sa conception est reconnue rigoureuse et transparente. Un indicateur est d'autant plus robuste qu'il est universel et consensuel.
- L'acceptation d'une pratique consensuelle n'exclue pas des pratiques spécifiques différentes sur certains points, surtout lorsque le consensus ou le rationnel scientifique restent faibles. Toutefois, toute pratique doit être à même de pouvoir se justifier, de manière éthique et objective.
- L'évaluation utilise des indicateurs issus des professionnels (procédures, actes, ...) à côté d'indicateurs suggérés par les tutelles (RIAP, profils de prescriptions, demande d'examen complémentaires...) et par les patients (indice de satisfaction, relationnel, environnement, ...).

L'acceptabilité suppose que l'évaluation entraîne la

perception d'un bénéfice par l'évalué et par les différents acteurs impliqués.

Ce bénéfice doit être :

- Ressenti comme un outil d'amélioration de la pratique plutôt que comme un acte punitif.
- Concret, c'est-à-dire mettre en évidence l'amélioration de la pratique dans le temps et pour l'ensemble des acteurs (cf l'évaluation systématique annuelle dans les entreprises) et, pour l'évalué, apporter une compensation financière au même titre que tout acte médical (compensation du temps de l'évaluation).

- La discussion des résultats de l'évaluation doit être l'objet d'un véritable dialogue contradictoire entre évalué et évaluateur. Ce n'est qu'après cet entretien que l'on peut envisager des mesures correctives dans un premier temps, puis d'éventuelles mesures plus contraignantes.

La création d'un corps de médecins évaluateurs experts serait souhaitable.

Leur choix doit être consensuel, avalisé par l'ensemble des acteurs de santé, sur des bases éthiques et indépendantes, de formation médicale, de qualité des soins,

de connaissance des outils d'évaluation, et du rôle du médecin comme acteur socio-économique à part entière de notre société.

En résumé : D'une évaluation quasi universitaire de la connaissance on est passé naturellement à une évaluation des procédures puis du résultat médico-économique (KPI : Key Performance Indicator). On a simplement oublié que pour aboutir à l'évaluation d'un 'bon acte médical', il fallait utiliser des recommandations conformes aux données actuelles de la science et qui soient le reflet de l'humanisme médical.

EVALUATION

VERS UNE ÉVALUATION RÉPONDANT AUX OBJECTIFS DE CHACUN DES ACTEURS DE SANTÉ ?

Les acteurs de santé sont nombreux : le médecin, ses pairs, les paramédicaux, l'équipe médicale, le patient, les administratifs, les associations de malades, les organismes payeurs, les politiques ...

Tous sont légitimement impliqués dans la recherche d'une médecine de qualité :

- Ils ont tous une opinion légitime sur ce qu'ils pensent être un "bon médecin".
- Ils ont tous des raisons légitimes pour souhaiter une amélioration durable et mesurable de la pratique médicale.

Mais à l'image de la diversité des acteurs de la santé, l'évaluation que chacun réclame n'est pas univoque :

- Si la majorité des critères sont les mêmes pour tous, chacun les pondère à sa manière (médico-économique, ou "evidence based medicine" par exemple)
- Certains critères sont plus spécifiques d'un acteur de santé

(prépondérance par exemple de la disponibilité, de l'affect, du relationnel, du rôle social, du caractère scientifique ...)

- Le modèle absolu du médecin parfait est une illusion. Chaque profil souhaité par un acteur de santé s'avère fort différent. Dans ces conditions quelle doit être l'évaluation globale plurielle la plus optimale ?

Chaque acteur de santé est donc légitime pour exiger une évaluation sur les critères qui lui semble les plus adaptés à la conception qu'il a de la Qualité.

La difficulté sera de pondérer les attentes de chacun, le défi, de faire cohabiter les recommandations professionnelles et académiques (société savantes), les recommandations institutionnelles (commandes de l'institution), celles issues de la pratique et celles préconisées par les patients (associations)

La concertation et le travail en commun sont incontournables.

La réalisation pratique passe probablement par la création d'un groupe de travail d'experts en évaluation médicale indépendant.

Il faut investir dans des outils d'auto-évaluation de qualité

intégrés aux logiciels médicaux et ne pas hésiter à s'inspirer de l'expérience d'autres professions que médicales.

EN RÉSUMÉ :

Les outils de base et la culture de la qualité sont là. Le Développement Professionnel Continu (D.P.C.) dont les décrets viennent de paraître se veut la synthèse de l'évaluation et de la formation. S'il veut intégrer les progrès de la médecine et faire face à toutes les dérives, le médecin libéral devra s'approprier la réflexion du groupe.



LE "POUVOIR MÉDICAL" À L'HEURE DE LA DÉMOCRATIE SANITAIRE

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

LES DIVERS SENS DU MOT "POUVOIR"

Au cours des trente dernières années, l'exercice médical a été marqué par de grandes mutations entre des valeurs traditionnelles et de nouveaux impératifs.

Valeurs traditionnelles :

Autonomie professionnelle, déférence et respect des patients et de la société, sécurité professionnelle et garantie d'activité.

Nouveaux impératifs :

Le médecin est devenu moins autonome.

Le médecin est soumis à de nouvelles exigences de la part des patients (loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades) et à de nouvelles contraintes de la part des gestionnaires et des politiques (loi du 21 juillet 2009 dite HPST).

La relation de confiance et de respect s'est transformée. Le médecin est passé de "Médecin" à "Professionnel de santé".

Ainsi, l'association des termes Pouvoir et Médical, peut aujourd'hui paraître incongrue.

Le sens commun a l'habitude d'associer à médical, les termes : Soigner (cure) ou prendre soins (care).

C'est dans son sens second, que s'entend ici le terme "Pouvoir" : non pas commander ou autorité, mais avoir de l'influence, du crédit, avoir un ascendant, être sachant et le droit d'exercer certaines fonctions...

Ce "pouvoir médical" est d'abord un pouvoir professionnel qui consiste à mettre à la disposition du malade, tout le savoir, savoir-faire et savoir-être de l'ensemble des soignants coordonnés par le médecin.

Ensuite vient, le pouvoir médical politique du type "lobby", puis le pouvoir économique et le pouvoir social du médecin.⁽¹⁾

UN POUVOIR REMIS EN CAUSE AU FIL DES ANS

Ce "pouvoir médical" dans ses différentes composantes, est remis en cause sous des modalités multiples et inégales par l'évolution de la société.

De l'antiquité au milieu du XIX^e siècle, qu'il s'agisse d'Hippocrate ou



d'Esculape (sa couleuvre est restée l'emblème de notre caducée, symbole de la prudence et de la vigilance nécessaire au médecin), la médecine de la Grèce ou de la Rome antique avec ses rituels religieux et ses temples de guérison, compte surtout sur le surnaturel pour guérir la maladie.

Les médecins parlent le latin et sont plus proches d'un charlatanisme théurgique.

Ils n'ont pas de réel pouvoir.

Ils ne sont pas plus haut placés dans l'espérance face à la maladie que l'incantation à des divinités, les eaux thermales ou autres médocastres.

En tant que corps social, les médecins sont plutôt raillés ou caricaturés (Molière, Daumier, Maupassant, ...).

À partir du XIX^e siècle, avec Louis Pasteur (1822-1895) et la microbiologie (Hygiène, vaccinations, rôle des microbes dans les maladies) et Claude Bernard (1813-1878) tout change.

Le savoir des médecins s'étend et leur capacité à faire reculer la maladie et la mort devient réelle.

Le médecin identifie les microbes et les causes des épidémies, affirme de vrais diagnostics et s'il ne peut toujours guérir, est capable de donner un pronostic, de voir la face cachée des choses et prévoir le devenir.

La connaissance de la microbiologie, de l'asepsie et de l'antisepsie, permet par ailleurs l'exploitation de l'anesthésie et l'essor de la chirurgie et de l'obstétrique.



Ces avancées donnent aux Médecins une aura, un esprit de corps organisé, bref un pouvoir professionnel, social et politique.

L'Hôpital ou les Cliniques succèdent à l'hospice.

Les femmes ne meurent plus en couche.

Les facultés de médecine et leurs professeurs sont un fleuron de la nation, respecté par les politiques et pris comme conseil.

Le pouvoir médical devient une réalité et ne cessera de s'amplifier à mesure des progrès successifs : antibiotiques, insuline, cortisone, prothèses, greffes (1^{ère} greffe, le rein en 1953 à Boston), réanimation...

Ce savoir et ces aptitudes donnent au Médecin un pouvoir qui restera aux mains des cliniciens jusque dans les années soixante⁽²⁾. Tout le monde se souvient de Pasteur-Valéry Radot et Robert Debré !

Puis, au cours des dernières décennies, les éléments techniques qui viennent soutenir le diagnostic et le traitement vont prendre le dessus sur la relation médecin-malade et la clinique.

Le pouvoir médical passera des cliniciens, pour sa composante politique, à la sphère biomédicale et enfin aux médecins de santé publique et aux statisticiens.

Une deuxième accélération à ce pouvoir viendra après la deuxième guerre mondiale avec la création de la Sécurité sociale (ordonnances d'octobre 1945).

La sécurité sociale moderne est organisée selon un mode "Bismarckien" paritaire :

- Elle est financée par les cotisations des employeurs et des salariés ;
- Elle est gérée par l'ensemble des partenaires sociaux (syndicats et patronat).
- Elle rend solvable, à travers trois grands régimes (régime général, régime social des indépendants, régime agricole) et une centaine de régimes spéciaux (!), la demande de soins de l'ensemble de la population dans un contexte démographique (à sa création) de pénurie de médecins.

La sécurité sociale ajoute immédiatement au pouvoir de soigner, un pouvoir économique pour l'ensemble du corps médical.

Cette évolution va se révéler à double tranchant !

La médecine devient un bien de consommation remboursé par la collectivité⁽²⁾.

De ce fait d'autres acteurs médicaux et extra-médicaux font irruption :

"médecins" de santé publique et statisticiens, industriel de la santé et du médicament appuyés par la sphère biomédicale, comptables des deniers publics, politiques et technostructures. De nos jours, les contraintes économiques jointes à la

fragmentation de la profession et de sa représentation ont érodé ce qu'on n'ose plus appeler le pouvoir médical.

Les médecins se sont vus, au fil des ans, imposer des normes financières à l'exercice des soins et diminuer leur influence sur les décisions politiques en matière de santé, écartant toute concertation où ils occupaient une position centrale et unie.

UN POUVOIR AUX COMPOSANTES MULTIPLES

Le "pouvoir Médical" est fait de plusieurs composantes interagissant entre elles⁽¹⁾.

- le pouvoir professionnel qui comprend le monopole et l'auto contrôle de la pratique médicale par les médecins, la place dominante du médecin qui dirige ou prescrit les autres professionnels de santé, et les relations d'autorité avec les patients.
- le pouvoir politique : Comment le corps médical organisé peut peser sur les décisions politiques et administratives en matière de santé et défendre ses intérêts collectifs?
- le pouvoir économique : quel est la place des médecins dans l'échelle des revenus de la société?
- le pouvoir social : place symbolique des médecins dans la société, prestige, notabilité...

Le pouvoir professionnel :

Monopole d'exercice de la médecine par les médecins et subordination des autres soignants :

Ces deux composantes du pouvoir médical sont relativement conservées.

Elles viennent de la loi du 30 novembre 1892⁽³⁾ (suppression des officiers de santé et monopole d'exercer la médecine au docteur en médecine avec développement de professions prescrites).

"Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni du diplôme de docteur en médecine".

Trois objections d'actualité :

Remise en cause de l'omnivalence du diplôme de docteur en médecine favorisant l'hétérogénéité de la profession (ex: médicaments à prescription restreinte)

Développement des délégations ou transfert de tâches à certains paramédicaux et accroissement des domaines de compétence propre aux infirmières (consultation avec renouvellement de traitement dans certaines maladies chroniques) ou sages-femmes (gynécologie médicale).

Délégation de tâches appartenant à la consultation médicale ou

LE "POUVOIR MÉDICAL" À L'HEURE DE LA DÉMOCRATIE SANITAIRE

droit de substitution et de prescription des génériques et/ ou produits conseils ou de renouvellement d'ordonnance donnés aux pharmaciens.

Autocontrôle de l'exercice professionnel :

Il concerne :

- l'application du serment d'Hippocrate : le médecin a un contrat individuel avec le patient, fruit du colloque singulier, à partir duquel il doit mettre tous les moyens en œuvre pour la guérison du patient et donner des soins consciencieux attentif conformes aux données actuelles de la science (obligation de moyen primant sur les autres considérations)
- la définition par la profession et le contrôle par ses pairs des règles éthiques et déontologiques de l'exercice (conseil de l'ordre).

Le code de la sécurité sociale imposait déjà un respect de l'équilibre bénéfice/coût:

Les médecins sont tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.

L'auto contrôle de l'exercice professionnel est plus sérieusement remis en cause par tout ce qui concourt à l'évaluation médico économique de la pratique médicale :

- Evaluation du retentissement économique d'une situation ou d'une action de santé (coût de la maladie, coût de sa (non) prise en charge, impact budgétaire, etc.).
- Intervention dans la prise de décision de dimensions économiques (analyses coût/résultats ou minimisation de coût).
- Contrôle de l'activité (codages des actes) et obligation de traçabilité (programme de médicalisation des systèmes d'information, PMSI, outil de description et de mesure médico- économique de l'activité des établissements de soins)
- Maîtrise comptable des dépenses de santé à partir d'arguments budgétaires fixés a priori et avec intervention de tiers non médicaux (politiques, technostructures, critères de convergence budgétaires, dettes de l'Etat) sans placer les médecins au centre de la concertation.
- Mise en place des instruments limitant l'autonomie du médecin dans ses prescriptions en incluant dans les conventions le principe de Références médicales opposables (RMO) et de protocoles de soins avec des sanctions financières applicables en cas de manquement!

- Enveloppes globales ou lettres clé flottantes
- Imposition d'un parcours de soins avec réglementation du libre accès au spécialiste.
- Fixation a priori d'un objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) annuellement par le Parlement en fonction du taux prévisible des recettes ou de la situation budgétaire.
- Rémunération des médecins à l'efficacité économique ("p4p" de la convention médicale 2012) ou à l'atteinte d'objectifs de santé publique.

Si ces mesures peuvent contribuer à une élévation globale du juste soin, elles concourent à remplacer l'Autonomie professionnelle par un Contrôle externe aux Médecins !

Le pouvoir médical "politique": intervention de l'Etat et division de la profession.

C'est en avril 1978, au moment du Gouvernement de Raymond Barre (1924-2007) que la plupart d'entre nous ont entendu parler pour la première fois d'économie de santé et de maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

Jusqu'à cette date la sécurité sociale et le pacte social de 1945, financé par les cotisations salariales et patronales (pacte entre bien portant et malade, entre jeunes et vieux, avec des cotisations assises sur le coût du travail en période de plein emploi) permettait de dépenser sans compter pour la santé.

L'augmentation des dépenses était financée par la croissance des trente glorieuses.

À partir de la fin des années soixante-dix :

On prend conscience que "si la santé n'a pas de prix, elle a un coût".

Suite aux chocs pétroliers, la fin de la croissance économique et l'apparition du chômage entraînent une baisse des recettes.

Les dépenses de santé continuent à croître, entraînées par la demande de soins, la technicité et le vieillissement de la population.

Plus jamais les comptes financiers de la sécurité sociale ne seront en équilibre. Son budget ira de mesures correctrices en plans de redressement. Son financement sera finalement assuré par la dette au cours des trente "piteuses".

Une caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) sera créée. C'est un organisme gouvernemental créé par ordonnance en janvier 1996. Elle dépend de cinq ministères de tutelles (Economie, Comptes publics et les trois ministères chargés des trois branches de la sécurité sociale : Santé, Travail, Vieillesse). Elle s'est vue transférer le montant de la dette sociale avec pour mission de la rembourser d'ici à 2025.

Sa principale ressource est la perception de la Contribution

pour le remboursement de la dette sociale (CRDS), ainsi que d'une partie de la Contribution sociale généralisée (CSG). Pour son financement, la CADES fait appel également aux marchés financiers (elle émet sa dette en euros, mais aussi en dollar, en yen, en franc suisse et en différentes autres devises), l'Etat français restant responsable en dernier recours des engagements de la CADES.

Le terme "dette sociale" fait référence au déficit accumulé par le régime général de la protection sociale à la date de promulgation de l'ordonnance créant la CRDS.

Elle fait partie de la dette publique française au sens du traité de Maastricht, aux côtés de la dette négociable de l'Etat gérée par le Trésor et de la dette des collectivités locales.

Au total, la CADES a, depuis l'origine, repris 189,6 milliards d'euros de dette de la Sécurité sociale, et en a amorti 53 milliards au 30 juin 2011.

Si nous détaillons ce dispositif c'est pour bien montrer l'intervention croissante de l'Etat et de ses représentants et leur justification à imposer une maîtrise comptable et une baisse de pouvoir d'influence des médecins.

Entre 1975 et 2004 on ne compte pas moins de 18 plans de stabilisation de l'assurance maladie !

Les énumérer, serait citer le nom de tous les ministres de la santé ou des affaires sociales, de "gauche" comme de "droite", qui se sont succédés.

Tous imposent des mesures comptables à l'exercice des soins. Tous témoignent d'une érosion progressive du pouvoir médical. Celui-ci est à chaque fois écarté par la stratégie du pouvoir politique en place, ou contourné, en portant le débat sur des critères qui dépassent les simples impératifs de la politique de santé (critères de convergence budgétaire, affichage d'une volonté politique réformatrice du gouvernement, perte du soutien des relais politiques libéraux habituels voire "trahison" des élus médecins à l'Assemblée).



Les négociations incluent de moins en moins de façon centrale les avis du "corps Médical". Elles conduisent à des règles d'encadrement des pratiques médicales : comptabilisation des actes et vérification de la bonne application des règlements avec objectif comptable.

Elles mettent bien souvent en cause les intérêts collectifs de la profession (numerus clausus, pénalités financières, lettres clés flottantes, objectif quantifié a priori des dépenses de santé).

Beaucoup d'entre nous ont vécu "le plan Juppé" (1996) et sa "standing ovation" à l'Assemblée Nationale.

Quelque soit l'avis que l'on peut avoir sur le fond, c'est un contre-modèle de concertation sociale et un parfait exemple de l'abaissement de

l'influence politique des médecins ⁽¹⁾:

Le processus décisionnel s'est limité aux interactions entre cabinets ministériels et directions administratives concernées. le recours à la procédure des ordonnances (avril 1996) a empêché toute modulation parlementaire et toute influence du lobby médical.

Rappelons que ce plan a imposé un numerus clausus à moins de 3000 praticiens formés par an, ainsi qu'un mécanisme de cessation anticipé d'activité des médecins (MICA) sous prétexte que moins il y aura de médecins moins il y aura de dépenses de santé !

Sans préjuger des difficultés d'accès aux soins que cela entrainera plus tard, et alors que l'on s'apprête à faire l'inverse en dépenalisant le travail des médecins retraités actifs et en régularisant les médecins à diplôme étranger.

Plusieurs dispositions seront annulées par recours en Conseil d'Etat, émanant des syndicats médicaux représentatifs.

L'Etat ayant toujours la possibilité d'imposer un règlement minimum bloquant toute évolution tarifaire.

La deuxième cause d'affaiblissement du pouvoir politique des médecins est la fragmentation de la profession et de sa

LE "POUVOIR MÉDICAL" À L'HEURE DE LA DÉMOCRATIE SANITAIRE

représentation syndicale et professionnelle dans les structures faisant vivre la démocratie sanitaire.

La profession est divisée et loin de parler d'une seule voix. Elle est sous-représentée par rapport à la technostructure et aux associations d'usagers.

Au début entre les mains des cliniciens.

Le pouvoir médical s'est morcelé avec le temps en de multiples fiefs. Les intérêts des médecins de différents modes d'exercice ne sont pas convergents, ce qui ne favorise pas l'émergence d'une voix médicale unique auprès des pouvoirs publics comme c'était le cas auparavant.

Médecins cliniciens et médecins à plateau technique lourd, médecins en cabinet et médecins hospitaliers, médecins libéraux ou salariés ont des intérêts ou des impératifs d'exercice différents.

Il en est de même de la sphère biomédicale, des médecins travaillant dans l'industrie pharmaceutique ou des médecins de santé publique, très éloignés du lit du malade et pourtant souvent référents de l'espace médiatique pour influencer le public et l'administration par leurs données chiffrées...

Enfin notons le pouvoir croissant des Médecins contrôleurs dans les organismes payeurs et des médecins des départements d'information médicale (DIM) imposant une traçabilité sans faille de toute activité sans jamais ou presque voir un malade !

A l'explosion de la démographie médicale des années soixante-dix, a répondu une multiplication des scissions syndicales avec la création de syndicats catégoriels et de syndicats représentant chacune des 36 spécialités médicales!

C'est beaucoup pour négocier avec une technostructure politico-administrative soudée et de moins en moins complaisante.

Cette pluralité de la représentation syndicale, avec montée en puissance de syndicats multiples et/ ou mono catégoriel a permis aux pouvoirs publics de signer des accords tarifaires et des conventions séparées.

Le pouvoir économique

Autrefois fort inégalement reparté entre les médecins, selon leurs lieux d'exercice ou le niveau de revenu de la clientèle qu'ils soignaient.

Il a été ensuite "dopé" et uniformisé par la sécurité sociale donnant accès à des soins remboursés à tous, et la croissance des trente glorieuses.

Il n'a cessé ensuite de décliner à mesure de la faillite de l'état providence !

Le métier de Médecin possède en théorie des caractéristiques, lui permettant d'espérer une rémunération attractive :

- L'investissement en formation est élevé.

- Les diplômes sont difficiles à obtenir.
- Le médecin est détenteur d'un savoir et a historiquement une forte valeur symbolique.
- Le métier a une notoriété et une utilité sociale reconnue et si beaucoup de personnes prétendent le juger, peu de gens prendrait le risque de s'en passer.

Nul mieux que Jacques Attali, n'exprime les questions que nous nous posons :

"On n'ose pas affronter le fait que nos sociétés paient mieux les grands patrons de société que les grands professeurs, les footballeurs que les oncologues, les banquiers que les ingénieurs, autrement dit seul augmentent les revenus de ceux qui dirigent, qui financent ou qui distraient. Il faudrait avoir le courage de reconnaître qu'il est scandaleux qu'un jeune chercheur, même dans des secteurs aussi évidemment utiles que la médecine, gagne en général moins de 5000 € par mois quand son homologue dans la banque gagne 10 fois plus et même 100 fois plus dans le football ou la télévision".

La médecine fondée sur des preuves s'est crédibilisée et les moyens consacrés à la santé, contrairement aux revenus des professionnels, sont en croissance.

L'IRDES retient une augmentation de la dépense de soins médicaux dans le PIB depuis 1959 qui passe de 3,4% à 8,5% en 2007 et 9,5% en 2008 et actuellement supérieure à 11% en France.

Les Etats-Unis sont à 17% du PIB et l'un des objectifs de la "réforme OBAMA", était aussi de ramener la dépense proche du taux européen. Ce qui risque de se faire, entre autre, au détriment de la rémunération des professionnels !

En euro constant le décrochage de la valeur des actes médicaux est spectaculaire depuis 20 ans tandis que leur coût



de revient (investissements techniques, informatiques, mises aux normes administratives, primes d'assurances, charges sociales personnelles, charges salariales) a subi une très importante croissance, largement au-dessus de l'inflation.

On trouve bien là, la justification des compléments d'honoraires réclamés par les praticiens exerçant en "secteur 2"

Si le revenu déclinant de notre travail ne s'explique ni par la valeur créée, ni par l'utilité sociale, ni par le coût ou la durée de la formation, quelle est l'explication ?

A-t-on su négocier ce que nous valons ?

Nous sommes détenteurs d'un savoir et le plus souvent non interchangeable. Nous sommes producteurs d'un service considéré comme socialement nécessaire et d'un besoin grandissant.

Force est de constater que malgré ces atouts nous n'avons pas su ou pu nous placer en position sociale de négociation forte et que notre valeur symbolique historique est battue en brèche

La rémunération du travail n'est vraisemblablement pas due à des facteurs objectifs économiques de productivité ou à des notions d'utilité sociale mais au positionnement dans la société et l'opinion publique pour la négocier.

Tous nos débats internes, qui trop souvent nous divisent et nous affaiblissent, ne changeront rien si notre valeur symbolique et les valeurs que nous portons ne sont pas relayées dans l'opinion publique, qui pourtant nous est favorable.

Liberté, responsabilité et remise du curseur vers plus de libéralisme sont peut être des mots à remettre au goût du jour dans le modèle économique de notre profession.

Le pouvoir social

Il reste le moins atteint.

La côte d'amour des professions de la santé demeure au zénith. Elles trustent les quatre premières places des métiers préférés des Français, selon un sondage réalisé par IFOP auprès de 1017 personnes, en janvier 2011⁽⁵⁾.

Question : Personnellement, diriez-vous que vous avez une très bonne, une assez bonne, une assez mauvaise ou une très mauvaise opinion des personnes exerçant les professions ou les responsabilités suivantes ?

Récapitulatif : Total "bonne opinion" en pourcentage

- Les infirmières 99%
- Les médecins 94%
- Les dentistes 90%
- Les pharmaciens 89%

- Les commerçants 85%
- Les enseignants 76%
- Les policiers 74%
- Les chefs d'entreprise 71%
- Les notaires 64%
- Les avocats 63%
- Les prêtres, les rabbins, les imams 60%
- Les journalistes 58%
- Les banquiers 36%
- Les agents immobiliers 35%
- Les députés 34%

94% des sondés ont une bonne opinion des médecins et ce sans que les médecins fassent de campagne de valorisation grand public dans les média comme d'autres professions !

En queue de peloton, on retrouve les banquiers avec 36% d'opinions positives et les agents immobiliers (35%). Le bonnet d'âne revient aux députés (34%).

"La médiatisation de la spéculation financière, la hausse de l'immobilier et la défiance à l'encontre des hommes politiques constituent des éléments de compréhension pour expliquer ces mauvaises réputations".



En dépit des maladies émergentes, de quelques scandales retentissants (sang contaminé, hémophiles, hormone de croissance, médicaments autorisés sur le marché avec effets secondaires délétères connus, ...) ou de conflits d'intérêts manifestes démontrant les difficultés d'adaptation du système de santé en particulier quand il devient soumis aux notions de profit ou de rentabilité, le prestige social des médecins est conservé. Les usagers ne confondent pas dans leurs critiques le système de santé et le médecin.

Attention que cette image ne soit pas altérée par des débats tronqués dans la presse sur les honoraires et autres dépassements, où quelques excès spectaculaires occultent la réalité de la situation économique des médecins et la légitimité de compléments d'honoraires maîtrisés perçus avec tact et mesures.

LE "POUVOIR MÉDICAL" À L'HEURE DE LA DÉMOCRATIE SANITAIRE



Aujourd'hui un pouvoir partagé

Aujourd'hui le médecin n'est plus en mesure (exercice pluridisciplinaire) ou n'est plus autorisé (lois de bioéthique) à exercer ses pouvoirs de manière isolée.

Qu'il soit le médecin traitant ou le spécialiste de proximité, à côté de sa démarche de soin propre, il a aussi un rôle "d'Avocat" et de "Conseil" du patient :

Il conseille, informe et accompagne le patient, dans un parcours de soins diagnostic ou thérapeutique où les décisions se prennent le plus souvent en "Réunion de Concertation Pluridisciplinaire" et après information et consentement éclairé du patient.

La cancérologie avec les obligations incombant aux professionnels dans le cadre du plan cancer en est un exemple⁽⁶⁾. Pour certains domaines spécifiques⁽⁷⁾ (Greffes d'organe, transfusion sanguine, médicaments et produits biologiques ou dispositifs médicaux, procréation assistée), l'autonomie professionnelle du praticien a disparu.

L'Etat a créé des Établissements ou Agences spécialisées qui accréditent les praticiens ou les établissements de soins et fixent les règles de bonne pratique.

Attention pour demain à un médecin déresponsabilisé par un encadrement strict de la pratique médicale par des dispositions législatives ou réglementaires visant à diminuer son pouvoir.

Un équilibre doit être trouvé pour une action efficiente, entre les responsabilités et les pouvoirs des différents acteurs (médecins,

usagers, gestionnaires, instances éthiques, Juges...).

Attention pour demain à des patients sur-informés et/ou mal informés : les journaux spécialisés vulgarisent toutes les pathologies et classent les "bons ou moins bons" centres de soins.

Attention pour demain au développement des consultations sur l'internet qui va modifier profondément le dialogue médecin-patient.

RÉFÉRENCES :

- (1) Patrick Hassenteuffel, "vers le déclin du pouvoir médical "un éclairage européen .Pouvoirs-89,1999
- (2) Pr Jean-Paul Escande, " Médecin relève-toi!" édition Albin michel, 1998
- (3) Bernard Hoerni, "La loi du 30 novembre1892" Histoire des sciences médicales - tome XXII-1-1998.
- (4) Abadie Jean-Claude, "Utilité sociale du médecin et rémunération" - Revue de l'Union Régionale des Médecins Libéraux PACA n°34-01.2010
- (5) Le classement des métiers préférés des Français, sondage IFOP, janvier 2011.
- (6) Plan cancer 2009-2013, ministère de la santé, www.santé.gouv.fr
- (7) Pierre Jouannet, "Principes éthiques, pouvoir médical et responsabilité du praticien" Pouvoir-89-1999.
- (8) « Ne dites pas aux surdoués qu'ils seront médecins » www.jacquelinesimon.com 6 octobre 2008
- (9) « Qui mérite son salaire ? » - Jacques ATTALI. www.slate.fr 31 mai 2009
- (10) « Santé des Français en fonction du revenu » - IRDES et CSPS 2006. www.irdes.fr

L'ÉVOLUTION DE L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS PAR LES PERSONNES HANDICAPÉES

par le Dr Pierre-Jean PRADELLE, Généraliste à Caumont-sur-Durance.

La santé est la capacité pour chaque être humain d'identifier et de réaliser ses ambitions, de satisfaire ses besoins et de pouvoir s'adapter à son environnement qui devrait inclure un logement décent, un accès normal à l'éducation, une alimentation adéquate, un emploi stable avec un revenu régulier et une protection sociale suffisante.

I - INTRODUCTION

La prise en charge des personnes handicapées a été longtemps motivée, en France et en Europe par une logique compassionnelle, ce qui n'a pas facilité leur intégration au sein de la société.

Les personnes handicapées devraient d'abord être considérées dans le respect de leur potentialité. C'est ce que les dernières législations (**Loi du 11 février 2005**) ont souligné.

Ainsi, la personne handicapée doit être accompagnée vers une autonomie maximale. L'accessibilité "de tous pour tout" est primordiale dans une société qui rejette l'exclusion et la discrimination. Quelque soit le handicap, (troubles comportementaux, handicaps physiques, sensoriels, psychiatriques ou mentaux...), un regard professionnel et une approche adaptée, tenant compte des désirs de l'utilisateur et de son entourage, peuvent ouvrir des possibilités insoupçonnées.

Avec l'allongement de l'espérance de vie et les évolutions démographiques à venir, notre société doit répondre à un nouveau défi : les pathologies liées au "grand âge", (grande dépendance, maladie d'Alzheimer, etc.). L'enjeu est de garantir à chaque personne handicapée un accès à des soins indispensables, dans le respect de la dignité et ce, quelque soit le niveau de revenus.

Malgré la loi du 11 février 2005, la situation des personnes handicapées s'est détériorée au fil des années jusqu'à ce jour. Certes, ses ressources insuffisantes constituent la principale barrière à l'accès aux soins. La récente loi de sécurité sociale vient encore nuire le peu de confort de ces personnes en ruinant un peu plus leurs difficultés d'accès aux soins.

Mais les ressources ne constituent pas la seule barrière. Je propose "un état des lieux" et des réflexions sur les améliorations dans tous les domaines afin que l'objectif fixé par la Commission européenne pour 2015 soit atteint.

La loi du 11 février 2005

Le 11 Février 2005 a été votée l'une des principales lois sur les droits des personnes handicapées, depuis la loi d'orientation du 30 juin 1975 sur le handicap. Il s'agit de la Loi 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Cette loi donne une définition du handicap :

" Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant".

Les principaux axes et avancées de cette loi concernent :

- L'accueil des personnes handicapées,
- Le droit à compensation et les ressources,
- La prévention, la recherche et l'accès aux soins,
- La scolarité,
- L'emploi,
- L'accessibilité.

L'ÉVOLUTION DE L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS PAR LES PERSONNES HANDICAPÉES



Les Mendiants - BRUEGEL

II - CHRONOLOGIE D'UNE PRISE DE CONSCIENCE COLLECTIVE

Du Moyen-âge au début du XIX^e siècle

Le Haut Moyen-âge : édification des premiers "Hôtel-Dieu" destinés à accueillir les infirmes, confondus alors avec tous les pauvres, les miséreux de la société.

A partir du XIV^e siècle, la peur prend le dessus sur cette attitude charitable et conduit à la mise à l'écart, puis au renfermement de cette population composite de gueux et de pauvres gens et notamment des infirmes et des pauvres d'esprit : la création à Paris de l'Hôpital Général (La Salpêtrière à la fin du XVII^e siècle), est l'illustration même de cette période. Louis XIV crée l'Institution des Invalides pour héberger les vétérans devenus inaptes au travail.

Le début du XIX^e siècle voit l'émergence d'un nouvel intérêt pour les maladies de l'esprit et pour les enfants considérés comme idiots, avec des médecins et des éducateurs, comme d'Esquirol, qui cherchent à mettre au point de nouvelles méthodes médico-éducatives.

1889 : un congrès de l'assistance se réunit à Paris et rédige une

charte de l'assistance. Dans les années qui suivent, sont votées plusieurs lois d'assistance dont une loi d'assistance aux vieillards, infirmes et incurables (1905).

Début du XX^e siècle : après l'assistanat, vers la reconnaissance d'un droit à réparation

1898 : Loi sur les accidents du travail

1909 : Création des premières classes de perfectionnement dans quelques écoles par le ministère de l'Instruction Publique.

1919 : Le ministère des Anciens Combattants met en place un barème d'évaluation des handicaps subis par les victimes de la première guerre mondiale, de manière à déterminer le montant de leur pension d'invalidité.

1921 : Création de la Fédération des Mutilés du Travail.

1930 : Loi du 14 mai : elle donne le droit aux victimes d'accidents du travail d'être admises gratuitement dans les écoles de rééducation professionnelle créées par les militaires.

1939 : Création de l'Association des Paralysés de France (APF).

1945 : Création de la sécurité sociale qui permet d'assurer l'ensemble des salariés contre les conséquences de maladies et d'accidents non liés au travail mais les privant de leurs "capacités de gains".

1949 : Loi du 2 août : elle généralise l'aide à la réinsertion à tous les grands infirmes par la création de l'allocation de compensation aux grands infirmes travailleurs. Elle ouvre l'accès à la formation professionnelle de tous les grands infirmes.

1957 : Loi 57-1223 du 23 novembre sur le reclassement professionnel dans laquelle apparaît le terme de **travailleur handicapé**. Définition de la qualité de travailleur handicapé. Instauration de priorités d'emploi (quota théorique de 10 %). Définition du travail protégé. Création du conseil supérieur pour le reclassement professionnel et social des travailleurs handicapés.

Vers l'obligation nationale de l'intégration des personnes handicapées

30 juin 1975 : Loi 75-535 du 30 juin 1975 relative aux



institutions sociales et médico-sociales. Elle régit les conditions de création, de financement, de formation et de statut du personnel des établissements et services du secteur.

Loi 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées. importance de la prévention et du dépistage des handicaps ; obligation éducative pour les enfants et adolescents handicapés ; accès des personnes handicapées aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et maintien chaque fois que possible dans un cadre ordinaire de travail et de vie. La loi confie la reconnaissance du handicap à des commissions départementales, distinctes : pour les jeunes de 0 à 20 ans (CDES : commission départementale de l'éducation spéciale) et pour les adultes (COTOREP : commission technique d'orientation et de reclassement professionnelle à partir de 20 ans).

9 décembre 1975 : Adoption par l'Assemblée générale des Nations unies d'une déclaration des droits des personnes handicapées.

12 mars 1981 : Adoption de la "Charte européenne des handicapés" par l'Assemblée européenne à Strasbourg.

23 octobre 1982 : Manifestation de handicapés, à Paris, à l'appel de l'Association des Paralysés de France, pour demander une meilleure accessibilité aux lieux publics et privés.

10 juillet 1987 : loi n° 87-517 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés (JO n° 160) qui institue pour les entreprises de plus de 20 salariés l'obligation d'employer, à temps plein ou partiel, 6% d'entre eux.

L'AGEFIPH (Association Nationale pour la Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées) est créée afin de gérer le fonds pour l'insertion des personnes handicapées. Elle est soumise au contrôle de l'Etat et associée syndicats et associations de personnes handicapées.

31 janvier 1989 : Présentation en Conseil des ministres de mesures destinées à faciliter la participation des personnes handicapées aux opérations électorales et leur accès à des fonctions électives.

21 février 1989 : Présentation par MM. Michel Delebarre, ministre des Transports et de la Mer, et Michel Gillibert, secrétaire d'Etat chargé des handicapés, d'un plan d'action destiné à faciliter l'accès des transports en commun aux handicapés. Mise en œuvre d'une soixantaine de mesures pratiques pour un coût évalué à 150 millions de francs, par la SNCF, la RATP, les compagnies aériennes et les constructeurs de véhicules.

9 décembre 1989 : La Charte sociale européenne du Conseil de l'Europe engage les Etats membres à prendre les mesures nécessaires en vue de garantir aux personnes handicapées l'exercice du droit à l'autonomie, à l'intégration sociale et à la participation à la vie de la communauté (art.15).

13 juillet 1990 : Publication au JO n° 161 du 13 juillet 1990 de la loi n° 90-602 du 12 juillet 1990 relative à la protection des personnes contre les discriminations en raison de leur état de santé ou de leur handicap.

13 juillet 1991 : Promulgation de la loi portant diverses mesures destinées à favoriser l'accessibilité aux personnes handicapées des locaux d'habitation, des lieux de travail et des installations recevant du public (JO du 19).

Janvier 1995 : Communication en Conseil des ministres sur l'insertion des handicapés dans la fonction publique. Plusieurs mesures doivent permettre aux collectivités publiques de mieux remplir leurs obligations, dont la mise en œuvre d'un recrutement par contrat

de personnes handicapées dans toutes les catégories de la fonction publique, appelée à devenir la voie normale de recrutement, notamment quand les recrutements par concours se révèlent infructueux. De plus dans chaque ministère, un fonctionnaire d'encadrement sera chargé de coordonner les actions favorisant l'emploi des handicapés.

Avril 1999 : Mise en



L'ÉVOLUTION DE L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS PAR LES PERSONNES HANDICAPÉES

place du Programme Handiscol pour l'intégration scolaire des enfants et adolescents handicapés.

2000 : Adoption par le Conseil de l'Union européenne d'une directive (2000/78/CE) portant création d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail.

4 avril 2003 : Ouverture des premiers Etats généraux de la "citoyenneté" des personnes handicapées à Paris.

6 mai 2004 : L'Assemblée nationale vote la création d'une Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) chargée de contribuer au financement d'actions favorisant l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes. Cette caisse finance notamment la prestation de compensation personnalisée ainsi qu'une partie du coût de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Elle est en partie financée par une contribution versée par les employeurs sur le produit du travail effectué durant la journée de solidarité.

24 novembre 2004 : Publication par la Cour des comptes d'un rapport sur "Les politiques sociales en faveur des personnes handicapées adultes", qui critique le manque de cohérence de la politique d'insertion sociale et le fonctionnement "globalement défectueux" des structures administratives et financières.

11 février 2005 : Loi n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (voir le texte page précédente).

III - ETAT DES LIEUX EN 2012

Malgré un cadre législatif toujours rénové depuis la loi de 2005, le handicap reste une cause d'exclusion en termes d'éducation, d'accès aux infrastructures, d'intégration professionnelle mais aussi d'acceptation sociale. L'objectif pour les personnes handicapées reste le même : participer pleinement à la vie de la société.

En 2012, soit sept ans après la loi de 2005, le bilan que l'on peut réaliser sur l'accès aux soins des personnes handicapées est loin du résultat espéré : MDPH souvent inefficaces en raison de l'instabilité de leurs personnels, du manque d'organisation et de moyens ; diagnostic souvent tardif, incompréhension par les systèmes de santé et des personnels soignants font que les aspects sociaux sont délaissés sans oublier l'inaccessibilité de certains établissements de santé pour l'accès des personnes handicapées.

En France comme dans les 27 pays d'Europe, le bilan fait apparaître toujours les mêmes sept grands groupes de difficultés : communication et information ; psychologie, ethnologie, architecture et distance, transports et finances.

Pourtant, le handicap constitue un enjeu de société. En effet, en 2012, il y aurait environ 12 millions de personnes handicapées en France (APF 12/01/2012). Ce chiffre continuera d'évoluer en même temps que la courbe de croissance démographique.

IV - PROPOSITIONS POUR L'AVENIR

Promouvoir l'accès aux soins

Mise en œuvre des moyens permettant une réelle égalité d'accès aux soins de santé et mise en œuvre de couvertures universelles sociales et maladies : accès aux soins dentaires, oculaires, gynécologiques. Augmenter le seuil d'accès à la CMU, revoir la politique d'accès à la prise en charge à 100%.

Faire du handicap un des axes stratégiques de la recherche en France dont les objectifs seront :

- Donner une impulsion forte à la recherche sur le handicap,
- Fédérer les acteurs de la recherche dans le champ du handicap,
- Encourager la valorisation économique et sociétale de ces travaux, en favorisant le développement des innovations au profit des personnes handicapées.

Faire du handicap un modèle social

En expliquant l'ensemble des barrières physiques ou socioculturelles faisant obstacle à la participation sociale et à la pleine citoyenneté des personnes concernées. Pour cela, éduquer les jeunes dans le cadre scolaire aux réalités des personnes différentes. Choisir d'accueillir et d'appivoiser les différences qui nous font peur permet de contribuer à la construction d'une société plus ouverte, plus sereine et plus égalitaire.

Prévenir les déficiences, incapacités et handicaps

Cela passe par des stratégies de promotion de la santé à tous les niveaux. En effet, les patients concernés connaissent nombre de freins qu'il s'agit de débloquent : former les médecins, les assistants sociaux et tous les acteurs au dépistage et aux moyens de compenser le handicap pour une vie qui reste malheureusement humiliante en 2012.

L'aggravation du handicap se fait aussi en fonction de la baisse d'estime de soi

- Ainsi, plusieurs initiatives pourraient être prises comme :
- L'accès de tous à tout : favoriser l'inclusion dans les domaines de vie (loisirs, emploi, etc.).
 - Vie affective, sexuelle et parentalité : il importe de s'appuyer sur un cadre déontologique et d'intégrer les dimensions de la vie affective et sexuelle dans une démarche plus large de parcours de citoyenneté et de droits des personnes valorisant le principe d'autodétermination.
 - Aide humaine pour le respect de soi : offrir une aide-ménagère

auprès des personnes reconnues handicapées afin que la pathologie ne s'aggrave pas par manque d'hygiène, ce qui est hélas le cas aujourd'hui en 2012.

V - CONCLUSION

Tous les pays d'Europe effectuent plus ou moins un travail identique. Partout, on retrouve les mêmes problèmes avec le travail préliminaire, celui des ONG et leurs plaintes, la planification, les objectifs pour la planification et les mises en œuvre.

Des solutions sont cherchées pour toutes les étapes parcourues par les personnes handicapées afin d'avoir accès aux soins médicaux. Pour certains freins, on trouve des solutions. Pour d'autres, nous devons absolument prouver en 2015 que la recherche avance en apportant de réelles améliorations. Nous venons de passer le cap des 7 milliards d'habitants sur terre. En conséquence, nous devons comprendre la nécessité de répondre aux attentes des personnes âgées, dépendantes ou non, des personnes handicapées plus ou moins gravement et plus ou moins à court ou long terme. Chaque seconde compte.

Cette urgence consiste à offrir aux personnes handicapées les moyens financiers de se soigner. La liste des maladies ouvrant droit au remboursement à 100% (ALD) doit être révisée. En effet, des maladies invalidantes et irréversibles à ce jour, ne font pas partie de cette liste et les personnes qui en souffrent sont encore plus démunies que les autres. Leurs ressources sont minces et l'accès aux soins leur est de plus en plus difficile.

La prévention des affections ou maladies résultant du handicap doit constituer une priorité absolue auprès des personnes handicapées pour deux raisons :

La première est de rendre sa dignité au patient malade et de tout faire pour que cette dignité soit conservée et améliorée. La seconde est évidente : la prévention est moins onéreuse que le soin. Si l'on considère que l'on peut empêcher l'apparition de maladies ou d'affections résultant du handicap, l'argent épargné ainsi peut directement être versé pour la recherche en sciences sociales.

Enfin, la sensibilisation et la formation du personnel soignant doit être largement améliorée dans un laps de temps très court. En 2011, la personne handicapée fait encore partie d'une catégorie sociale marginalisée. En 2015, espérons qu'elle sera considérée comme une personne parfaitement intégrée dans notre société...

Le triple A décerné par les agences de notation issues du monde financier, qui fait la une des journaux depuis quelques mois est un jugement de valeur purement quantitatif et économique ; on est en droit d'espérer qu'un jour d'autres agences mieux inspirées décerneront un triple H aux pays prenant le mieux en compte sur un plan qualitatif le confort de ses citoyens les plus fragilisés...



Sources

- "La politique du handicap" DossPolitiques publiquesier mis à jour le 4.02.2011 - Article mis à jour le 4 02 2011
- Publication en 2010 par Jean-Paul Delevoye dans Droits sociaux et lutte contre la précarité
- Council of Europe Publishing Editions du Conseil de l'Europe Rapport élaboré par M. Marc Maudinet, Directeur Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations (CTNERHI), Paris, France en coopération avec le Groupe Éditorial adopté par le Comité pour la réadaptation et l'intégration des personnes handicapées (CD-P-RR) lors de sa 26e session (Strasbourg, 7-10 octobre 2003) Intégration des personnes handicapées
- Audition publique : Accès aux soins des personnes en situation de handicap. Paris, 22-23 octobre 2008
- Accès aux soins des personnes en situation de handicap. HAS, janvier 2009. Réalisé en collaboration avec des professionnels de la santé et de la médecine, sous la direction du docteur Pierrick HORDE <http://sante-medecine.commentcamarche.net>
- remerciements à Michelle Bourton, membre d'une association d'adultes handicapés



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
(voir pages 38-39)

LES ACCIDENTS DE LA VIE COURANTE :

3^{ÈME} CAUSE DE DÉCÈS CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

par le Dr Richard BOVET, Généraliste à TOULON.

Les accidents de la vie courante sont très fréquents et touchent tout particulièrement les personnes âgées. A tel point qu'ils constituent la troisième cause de décès chez l'adulte, après les maladies cardiovasculaires et les cancers. Et pourtant, beaucoup seraient évitables si les règles élémentaires de sécurité étaient mieux respectées.

Environ 20 000 décès sont dus chaque année aux accidents de la vie courante. Parmi ces victimes, 9 000 sont des personnes âgées décédées à la suite d'une chute survenue, dans plus de 70 % des cas, à leur domicile. Les chutes représentent la principale cause de décès (60 %), suivent ensuite les suffocations, les noyades, les intoxications et les accidents par le feu.

La réduction de ces accidents domestiques chez les personnes âgées repose principalement sur la sensibilisation au danger, la vigilance et l'aménagement adéquat des lieux de vie axée sur :

Prévention des risques

Expérimentations locales
des mesures de prévention

Information et sensibilisation
du grand public, notamment auprès
des seniors et de leur entourage

**Le médecin est le conseiller
incontournable et le principal
acteur dans la prévention**

LES CHUTES les personnes âgées sont les plus touchées

Elles représentent l'accident le plus fréquent et se produisent surtout au domicile. Chaque année, près d'une personne sur trois, âgée de plus de 65 ans, est victime d'une chute. Les raisons sont nombreuses : éclairage insuffisant, sol glissant, ostéoporose, malaises... Très souvent, les chutes se produisent lors de la marche, au cours d'activités ménagères ou du jardinage. Leur gravité tient au risque de traumatisme et de fracture, en particulier celle du col du fémur. La première des mesures préventives est donc d'aménager son habitat pour le rendre plus sûr.

LES CONSEILS

- Évitez les descentes de lit qui glissent ou les tapis non fixés au sol. Posez des tapis antidérapants dans les escaliers.
- Multipliez les points d'appui, notamment en installant des barres d'appui dans la salle de bain et une rampe d'escalier.
- Mettez un tapis antidérapant au fond de la douche ou de la baignoire.
- Évitez les fils électriques qui traînent, les petits meubles dans les lieux de passage vers la porte ou le téléphone.
- Ajoutez des éclairages.
- Dans la cuisine, rangez à portée de main les ustensiles dont vous vous servez le plus souvent.
- Évitez de monter sur un tabouret, utilisez plutôt un escabeau bien stable.

LES BRÛLURES attention au barbecue

Elles se produisent souvent pendant les vacances, par exemple à l'occasion d'un barbecue. C'est cependant dans la cuisine que les risques de brûlures restent les plus importants.

LES CONSEILS

- Faire attention aux friteuses et aux projections d'huile bouillante.
- Ne pas d'allumer ou raviver un barbecue à l'aide d'un liquide inflammable, tel l'alcool.
- Ne jamais touchez une lampe halogène avec les doigts.
- Ne posez jamais un aérosol sur une source de chaleur, comme un radiateur ou des plaques de cuisson. Ne jetez jamais un aérosol, même vide, au feu.
- Faire vérifier la chaudière à gaz tous les ans.
- Pour prévenir les brûlures par électricité, conseiller de n'acheter que du matériel électrique certifié NF et vérifiez que les prises sont bien reliées à la terre.

LES BLESSURES attention aux bricoleurs du dimanche

Le bricolage et le jardinage, sans oublier les activités ménagères, sont souvent à l'origine de plaies ouvertes et autres lésions dues à un mauvais maniement d'outils.

LES CONSEILS

- Maniez avec précaution les ouvre-boîtes et notamment les ouvre-boîtes électriques.
- Lorsqu'une boîte de conserve est ouverte, faire très attention au couvercle et le jeter-le dès qu'il est détaché.
- Ne compactez pas la poubelle en appuyant dessus sans vérifier son contenu.
- Être très prudent lors de l'utilisation d'un couteau électrique ou quand il est procédé au nettoyage des hélices d'un mixer.
- Portez des gants de protection pour enlever les morceaux d'une vitre cassée
- Pensez à la vaccination anti-tétanique : elle doit dater de moins de dix ans.

LES INTOXICATIONS ACCIDENTELLES évités l'automédication systématique

Chez l'adulte, ce sont surtout les médicaments qui peuvent être responsables d'intoxications, par inattention ou, plus regrettable encore, par automédication.

LES CONSEILS

- Rapporter les médicaments périmés chez le pharmacien.
- Ne jamais changez un médicament d'emballage.
- Respectez la fréquence des prises prescrite par le médecin.
- Ne jamais boire un sirop au goulot, le risque est un surdosage.
- Ne jamais prendre un médicament sur le seul conseil d'un proche.

LES NOYADES respectez les règles de sécurité

Bien qu'elles concernent majoritairement les enfants, les adultes sont également exposés au risque de noyade lorsqu'ils ne respectent pas les règles élémentaires de sécurité, à la mer comme à la piscine

LES CONSEILS

- Ne pas se baigner seul si l'on est atteint de pathologie cardio-vasculaire ou métabolique
- Entrez progressivement dans l'eau en particulier s'il fait très chaud ou si l'eau est froide
- Évitez la baignade après un repas très copieux et/ou si une importante quantité d'alcool a été consommée.
- A la plage, ne pas se baigner en dehors des zones surveillées et des heures de surveillance. Respectez les drapeaux de sécurité : vert (baignade autorisée), orange (baignade surveillée mais dangereuse), rouge : baignade interdite

Le médecin est un acteur incontournable dans la prévention et il doit afin de mieux prévenir tout risque d'accident domestique, fortement conseiller, à partir de 65 ans, d'effectuer un examen médical axé sur la capacité à la personne de se déplacer en sécurité.

Le bilan médical régulier

Il va vérifier :

- L'équilibre
- La motricité
- L'état de la vision
- L'utilité des médicaments pris (trop de médicaments augmentent le risque de chute)

De plus il faudra s'assurer que la personne âgée ne **soffre pas de pertes de mémoire** (Alzheimer), de maladie neurodégénératives et soit toujours consciente de son environnement et sache à quoi servent les objets du quotidien.

En prévention il est important de **travailler et d'entretenir son équilibre, sa mémoire et la mobilité de ses mains**. Pour la mémoire il existe beaucoup de jeux, d'exercices que tout le monde peut faire seul.

Ne pas oublier

Il ne faut pas oublier et prendre conscience qu'une **personne âgée seule ne peut pas se protéger efficacement contre les accidents domestiques**, elle a besoin d'un soutien et d'une surveillance médicale régulière.

Le médecin n'est pas le seul acteur : la famille doit jouer un rôle important mais l'entourage, les amis et les voisins doivent être également présent et chacun peut contribuer à améliorer et sécuriser l'environnement des personnes âgées.

LA PHYTOTHÉRAPIE, PARTIE INTEGRANTE DE LA MEDECINE

par le Dr Danielle COLONGEON, Médecin homéopathe à Marseille.

La Phytothérapie, étymologiquement, c'est le traitement par les plantes. Elle englobe également l'Aromathérapie qui utilise les Huiles essentielles de plantes et la Gemmothérapie, méthode thérapeutique à base de bourgeons et de jeunes pousses de certains végétaux.

Dans toutes les civilisations du monde, les plantes font partie intégrante de l'univers de l'homme, pour se nourrir, se vêtir, se soigner. Que ce soit magie ou expérience, vertus réelles ou supposées, elles ont toujours été utilisées pour soulager les maux.

Trois mille ans avant Jésus Christ, les Sumériens connaissaient déjà des décoctions de plantes.

Le Papyrus Ebers, un des plus célèbres de l'Égypte ancienne constitue un catalogue de remèdes et d'applications. Plus près de nous, le grec Dioscoride, médecin des armées de Néron, dans son célèbre "De materia medica" répertorie de nombreuses plantes et leurs indications.

Au II^{ème} siècle, Galien collige les connaissances de l'époque en matière de traitements par les plantes.

Des secrets de l'Égypte, aux pratiques des marabouts d'Afrique, de la médecine chinoise aux sorciers du moyen âge, les plantes ont toujours été omniprésentes dans la pharmacopée.

Au 19^{ème} siècle, les progrès de la science, de la médecine et de la chimie facilitent l'extraction des principes actifs et la mise en évidence de l'efficacité des plantes, confirmant ce que l'empirisme nous avait appris.

En Europe les plantes constituent alors l'élément essentiel de notre arsenal thérapeutique.

Après la seconde guerre mondiale, les choses vont changer avec l'avènement des médicaments de synthèse.

La rigueur de la démarche scientifique, la séduction des modèles expérimentaux, la maîtrise escomptée d'un nouvel arsenal thérapeutique, favorisent le rejet d'une médecine qui apparaît comme obsolète : la phytothérapie traditionnelle, peu à peu, tombe en désuétude.

En isolant les constituants majeurs de chaque plante, en renforçant leur activité tout en essayant de limiter leurs effets secondaires, les scientifiques s'engagent dans une course brillante à la recherche d'un effet immédiat, de plus en plus puissant, reproductible, et donc standardisé. La standardisation, les impératifs économiques qui en découlent (comment soigner un symptôme de manière codifiée, au meilleur prix) conduisent tout naturellement à l'utilisation de molécules chimiques, présentées comme moins chères et mieux contrôlables.

On s'attache à trouver un remède pour chaque symptôme, l'humain disparaissant peu à peu derrière la technique.

Cependant, une "Phytothérapie rénovée" voit le jour au début des années 80.

L'intérêt de l'utilisation du totum de la plante par rapport au principe actif seul est ravivé. Son efficacité, sa souplesse d'utilisation, la

personnalisation du traitement grâce notamment à la prescription magistrale, permettent d'élargir l'éventail des possibilités et de répondre aux attentes de nombreux patients. L'apparition de nouvelles formes galéniques, ouvre des perspectives plus étendues, avec en corollaire, une redynamisation de la prescription.

Une réglementation rigoureuse, toujours en vigueur, s'applique

EN QUELQUES MOTS :

La Phytothérapie est la plus vieille "médecine" du monde. Fondement de la thérapeutique depuis la plus haute antiquité jusqu'à la deuxième guerre mondiale, elle tombe peu à peu en désuétude avec les progrès de la chimie. Une phytothérapie rénovée a vu le jour, il y a une trentaine d'années, avec des formes galéniques modernes, fiables et pratiques.

Aujourd'hui, alors que la demande des patients s'accroît, les pouvoirs publics ne prévoient aucune place pour ce type de thérapeutique, les abandonnant aux mains des non professionnels de santé, poussant les patients à l'automédication.

La phytothérapie fait partie intégrante de la médecine. Sa prescription ne constitue pas une opposition à la médecine dite classique, encore moins un reniement.

Elle doit, sous l'autorité du médecin, retrouver sa place dans l'arsenal thérapeutique dont elle doit être considérée comme un élargissement.

au contrôle de la qualité des plantes et des médicaments qui en résultent. Des règles strictes régissent leur mode d'extraction et leur réalisation, nous garantissant des principes actifs de qualité constante.

La législation française ne permet pas la libre circulation des plantes de toutes provenances, protégeant ainsi la phytothérapie clinique des circuits douteux, fantaisistes, des plantes contaminées par diverses pollutions et micro organismes.

La phytothérapie actuelle, présente une grande facilité de prescription, et donne au praticien la possibilité de connaître avec exactitude la dose délivrée.

Les formes galéniques que nous utilisons sont simples et pratiques pour le patient et offrent un éventail suffisamment large pour s'adapter aux besoins de chacun : gélules, teintures de plantes, extraits sans alcool, bourgeons sous forme de macérats glycérolés.

En Aromathérapie, branche naturelle de la Phytothérapie, les Huiles Essentielles, substances très actives, sont fragiles, insolubles dans l'eau, et pour certaines, irritantes après ingestion. Nous pouvons les prescrire en toute sécurité, au dosage

voulu, dans des gélules gastro résistantes, des bourgeons de plantes, des suppositoires, des ovules ou des préparations en application cutanée.

La phytothérapie intéresse un large champ de pathologies en médecine générale.

Elle comporte peu de contre-indications et peu d'interactions médicamenteuses.

On vérifiera par exemple qu'il n'existe pas d'hypersensibilité aux dérivés Acétylsalicylés avant de donner du Saule blanc (Salix Alba) ou qu'un patient ne soit pas sous immunosuppresseur, anticoagulant ou antidépresseur avant de donner du Millepertuis (Hypericum Perforatum).

On demandera toujours au patient, à côté des médicaments classiques, les éventuels produits à visée thérapeutique absorbés par ailleurs (plantes, compléments alimentaires, et autres), insistant si besoin pour en connaître la composition, afin d'éviter toute redondance ou interaction non souhaitable.

Tous ces écueils sont aisément évités lorsque le prescripteur est un médecin compétent et l'emploi de la phytothérapie se révèle alors d'une grande sécurité.

>>>



LA PHYTHOTHERAPIE, PARTIE INTEGRANTE DE LA MEDECINE



Depuis quelques années, cependant, la phytothérapie, peine à retrouver la place qui est naturellement la sienne. Le déremboursement des préparations (1er janvier 1990) a porté un coup d'arrêt au développement de la thérapeutique, décourageant les jeunes praticiens de se former, vidant les écoles, freinant la recherche au profit de produits tout faits, intéressants mais standardisés.

La politique de santé actuelle ne prévoit aucun espace pour ce type de thérapeutique et de prise en charge personnalisée du patient.

La tendance politique, en France comme en Europe, consiste à ignorer les médecines à orientations spécifiques thérapeutiques, en les abandonnant aux mains de thérapeutes, non professionnels de santé.

Et pour ce qui concerne la phytothérapie, en poussant les patients à l'auto médication.

Une aubaine à l'heure de l'économie de santé à tout prix, de la médecine standardisée, formatée, robotisée, où l'individu est masqué par le symptôme, où la réponse thérapeutique devient binaire !

L'auto médication apparaît comme un acte simple, à la portée de tous, d'autant que nombre de préparations se retrouvent en

vente libre sur les comptoirs des parapharmacies, des épiceries "bio" avec en prime le conseil éclairé de l'épicière, voire en grandes surfaces, souvent même avec des "indications thérapeutiques".

Et que dire du docteur WEB, qui à la foi médecin et "propharmacien" vous diagnostique la maladie et vous vend un superbe traitement promotionnel !

Une prescription thérapeutique ne saurait exister sans un diagnostic médical préalable, établi par un médecin, seul compétent pour étiqueter les symptômes, les rattacher au contexte, demander si besoin des examens complémentaires et mettre en route un traitement cohérent.

Sa formation en phytothérapie lui permet de connaître parfaitement les plantes, leurs effets secondaires, les contre indications et les interactions médicamenteuses éventuelles, les dosages optimaux ; le médecin phytothérapeute est avant tout un médecin.

La Phytothérapie ne prétend pas apporter toutes les solutions, encore moins rejeter les progrès de l'industrie chimique qui nous ont permis des avancées thérapeutiques remarquables. Utilisée seule lorsque cela est possible, la Phytothérapie permet de traiter le patient dans sa globalité sans effet secondaire.

Utilisé en même temps que certains traitements chimiques (chimiothérapie, cortisone, antibiotiques...) elle permet d'en limiter les effets délétères et de les supporter plus aisément.

L'actualité de ces derniers mois, qui met en lumière les problèmes inhérents à de nombreux médicaments chimiques pousse les patients à s'interroger sur la légitimité de la surconsommation de certaines drogues pour soulager une infinité de symptômes, sans s'occuper de leurs causes.

La Phytothérapie avec son arsenal moderne, offre des réponses alternatives dont on ne saurait se passer.

Mais pour cela, il faut continuer de se battre pour qu'existent toujours des formations de qualité, un DPC spécifique et un mode d'exercice décent pour que de jeunes confrères aient encore le désir de se former.

Plus que jamais la phytothérapie doit retrouver sa place légitime dans le système de santé si nous saisissons la chance, nous médecins, de lui redonner ses lettres de noblesse, celles d'une Phytothérapie clinique rigoureuse.

LA MESSAGERIE "APICRYPT" POUR LES NULS

par le Dr Hervé Sahy (membre de la commission informatique du collège généraliste de l'URPS ML PACA).

Pourquoi utiliser une messagerie Internet sécurisée ?

Pour protéger les informations concernant mes patients.

Mais aussi pour simplifier mon travail de classement en diminuant les courriers papiers, les fax et en intégrant directement les résultats dans le dossier de chaque patient.

Pourquoi j'ai choisi Apicrypt ?

C'est un logiciel indépendant et pérenne, géré par l'association de médecins Apicem depuis 1996.

Cette solution est simple à intégrer et à utiliser (cf ci-dessous).

Le coût est modéré (70 € par an par médecin et par biologiste).

Apicrypt comprend un carnet d'adresse de ses utilisateurs (France entière) riche de plusieurs dizaines de milliers de correspondants.

L'astuce du système est de rendre inutile tout échange de clé de cryptage entre les utilisateurs.

Comment ça marche ?

En réception :

Je reçois sur mon ordinateur, dans une boîte aux lettres tous les courriers de mes correspondants et les résultats de biologie.

Dès que j'ai lu un courrier, il est classé automatiquement dans la fiche du patient (je

peux paramétrer mon logiciel pour que le courrier soit classé dans la fiche même sans avoir été lu).

Si la fiche de ce patient n'existe pas, le logiciel me propose de créer une fiche et en cas de doute entre deux fiches, il me demande de choisir le bon classement.

En émission :

Je peux adresser un courrier sécurisé à tout destinataire présent dans le carnet d'adresses Apicrypt.

Au niveau technique

Je reçois chaque année un CD avec une nouvelle clé de chiffrement personnelle. Apicrypt est un module additionnel que l'on "colle" par dessus le logiciel de messagerie ou le navigateur Internet que l'on utilise déjà (Internet Explorer, Outlook, ...).

Le serveur intermédiaire d'Apicrypt déchiffre le message de l'expéditeur et le recrypte avec la clé du destinataire.

Les messages ne font que transiter par le serveur intermédiaire (ils ne sont pas stockés).

L'utilisateur peut conserver le fournisseur d'accès de son choix (Orange, Free, Gmail, SFR ...).

Apicrypt est disponible sur Windows, Mac et Linux.

La plupart des logiciels métiers intègrent une interface avec Apicrypt.

En conclusion

La modernisation de notre métier passe par la maîtrise de nouveaux outils (messagerie sécurisée, visio-conférence, ...)

CORRESPONDANTS
+
BIOLOGIE



CARNET D'ADRESSES
APICRYPT



FICHE PATIENT
EXISTANTE

FICHE PATIENT
CRÉÉE

SPECIAL MG - PREVENTION DU BURN-OUT

COMMENT NE PAS FAIRE TOUS LES CERTIFICATS MÉDICAUX

par le Dr Wilfrid GUARDIGLI, Généraliste à Six-Fours.

L'abondance et l'extravagance des certificats que l'on nous demande a, suivant l'humeur du moment de chacun : irrité, fait rire ou carrément désespéré plus d'un praticien.

Cette situation ridicule va s'achever, tout au moins pour ceux qui appliqueront les recommandations de la commission de simplification administrative, mise en place à notre initiative par le ministère de la santé.

Initialement réservée à une élite éclairée, l'esquive du certificat devient une aptitude nouvelle du praticien, maintenant à la portée de tous.

En effet, nous pouvons aujourd'hui nous appuyer sur la circulaire du 27 septembre 2011, qui répertorie l'ensemble de ce qui est licite et de ce qui ne l'est pas.

La Direction de la Sécurité Sociale nous en fournit un résumé pratique, cf infra.

Découpez-le et posez-le sur un coin de votre bureau ; au moindre sentiment d'abus présentez-le au requérant, le résultat est garanti.

Cet effort de pédagogie prend un peu de temps au début, mais rapidement on a la satisfaction de voir diminuer les demandes irrationnelles.

Cette démarche anodine en apparence, a le mérite de nous resituer à un niveau de soignant et non plus de régulateur des absentéismes. C'est par la multiplication d'actions ponctuelles de ce type que nous pourrions espérer éviter le burn-out.



Qui	Pourquoi	Certificat médical		Remarques et textes de référence
		non	oui	
Enfants	Prise de médicaments <ul style="list-style-type: none"> • Assistantes maternelles • Crèches 	X		Dans le cas d'un médicament prescrit, lorsque son mode de prise ne présente pas de difficultés particulières ni de nécessité d'apprentissage et lorsque le médecin n'a pas prescrit l'intervention d'un auxiliaire médical, l'aide à la prise du médicament est considérée comme un acte de la vie courante. Ainsi, l'autorisation des parents, accompagnée de l'ordonnance médicale prescrivant le traitement, suffit à permettre aux assistantes maternelles d'administrer les médicaments requis aux enfants qu'elles gardent. Article L. 4161-1 du Code de la santé publique ; avis du Conseil d'État du 9 mars 1999 ; circulaire DGS/PS3/DAS n° 99-320 du 4 juin 1999 relative à la distribution de médicaments
	Allergies <ul style="list-style-type: none"> • Absence d'allergie • Régimes alimentaires spéciaux pour allergies dans les cantines scolaires 	X	Certificat médical en présence d'une pathologie lourde et dans le cadre du protocole d'accueil individualisée (PAI)	Il est impossible médicalement d'exclure <i>a priori</i> toutes allergies. En cas d'allergie nécessitant un régime alimentaire spécial, un certificat médical est nécessaire. Bulletin officiel n° 34 du 18 septembre 2003, accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période.
	Cantines scolaires		Certificat médical en cas de maladie contagieuse	Il n'existe pas de textes législatifs ou réglementaires fondant la nécessité d'un certificat médical pour absence à la cantine scolaire en dehors des cas de maladies contagieuses. En pratique, il est toutefois fréquemment demandé un certificat médical pour justifier l'exonération des frais de repas. Afin de répondre aux objectifs de simplifications administratives, l'adoption de règlements intérieurs limitant le recours aux certificats médicaux est recommandé.
	Crèches <ul style="list-style-type: none"> • Absences de - 4 jours • Réintégration • Absences ≥ à 4 jours 	X	X	La production d'un certificat médical n'exonère pas la famille du paiement de la crèche (délai de carence de 3 jours appliqué). La production d'un certificat médical exonère la famille du paiement. Lettre circulaire Cnaf n°2011-105 du 29 juin 2011
	Obligations scolaires <ul style="list-style-type: none"> • Absence à l'école • Entrée à l'école maternelle et à l'école élémentaire 	X (hors maladie contagieuse)	X	L'exigence des certificats a été supprimée par l'Éducation nationale depuis 2009 sauf en cas de maladie contagieuse. Décret n° 2009-553 du 15 mai 2009 ; rappel des règles dans la note de service EN n° 2009-160 du 30 octobre 2009. Cas des maladies contagieuses : arrêté interministériel du 3 mai 1989 et circulaire n° 2004-054 du 23 mars 2004 L'exigence des certificats a été supprimée par l'Éducation nationale depuis 2009. Seule l'attestation concernant les vaccinations obligatoires pour la scolarisation est exigée (carnet de vaccination, copie des pages « vaccination » du carnet de santé ou certificat médical). Décret n° 2009-553 du 15 mai 2009 ; rappel des règles dans la note de service EN n° 2009-160 du 30 octobre 2009

Qui	Pourquoi	Certificat médical		Remarques et textes de référence	
		non	oui		
Enfants	Obligations scolaires	X		Aucun certificat n'est nécessaire lors de sorties ou voyages collectifs dans le cadre scolaire. Circulaire n° 99-136 du 21 septembre 1999 et circulaires n° 76-260 du 20 août 1976 - rappel des règles dans la note de service EN n° 2009-160 du 30 octobre 2009	
	• Sorties scolaires				
	• Éducation physique et sportive - Participation - Inaptitude	X	X	Un certificat médical doit préciser le caractère total ou partiel de l'inaptitude à l'EPS et mentionner sa durée. Le décret n° 88-977 du 11 octobre 1988 ; rappel des règles dans la note de service EN n° 2009-160 du 30 octobre 2009	
Personnes handicapées ou dépendantes	Obtention d'un droit	Dans certains cas, pas de nouveau certificat médical*	Formulaire simplifié pour toute première demande de prestations ou aides financières	Toutes les demandes sont réunies dans un seul et unique formulaire disponible auprès de toutes les MDPH, valable pour toutes les prestations et aides financières pour lesquelles la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) doit prendre une décision. Arrêté du 23 mars 2009	
	• Formulaire de certificat médical pour une demande auprès des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)				
	• Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	Le dossier de demande d'APA ne nécessite pas de certificat médical.		Le remplissage de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources) relève exclusivement de la responsabilité des équipes médico-sociales des conseils généraux. L'article R. 232-7 du Code d'action sociale et des familles prévoit que le médecin traitant peut être consulté par l'équipe médico-sociale du conseil général. À la demande de la personne âgée, le médecin peut assister à la visite.	
Employeurs	Certificat d'embauche	X		Le salarié bénéficie d'un examen médical avant l'embauche ou au plus tard avant l'expiration de la période d'essai par le médecin du travail. Articles R. 4624-10 et suivants du Code du travail	
	Reprise du travail	X			Le salarié bénéficie d'un examen de reprise du travail par le médecin du travail dans des cas listés. Articles R. 4624-21 et suivants du Code du travail
	Inaptitude au poste de travail	X			Le certificat médical délivré par le médecin traitant n'est pas requis et n'a aucune valeur médicale. En application des articles L. 1226-2 et suivants du Code du travail , il appartient au médecin du travail de constater l'inaptitude à exercer une des tâches existantes dans l'entreprise.
Familles de personnes décédées	Déclaration du décès à l'état civil		Un certificat médical constatant le décès	L'autorisation de fermeture du cercueil ne peut être délivrée qu'au vu d'un certificat, établi par un médecin, attestant le décès. Le certificat de décès existe en version papier ou en version électronique. Article R. 1112-70 du CSP ; articles L. 2223-42 et R. 2213-1-1 et suivants du Code général des collectivités territoriales	

* **Pas de nouveau certificat** : si le patient a déjà eu un certificat médical lors d'une précédente demande auprès de la MDPH ou dans le cadre de dispositifs antérieurs tels que les demandes auprès de la COTOREP (Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel) ou de la CDES (Commission départementale de l'éducation spéciale) et si l'état de santé, l'état fonctionnel ou le handicap du patient n'est pas modifié de façon significative depuis le dernier certificat.

Qui	Pourquoi	Certificat médical		Remarques et textes de référence
		non	oui	
Aptitude à la conduite	Dispense du port de la ceinture de sécurité dans un véhicule	X		L'examen médical prévu pour la dispense du port de la ceinture de sécurité est réalisé par un médecin agréé par la préfecture du département. L'établissement d'un certificat de dispense par le médecin traitant n'a aucune valeur légale. Arrêté du 8 février 1999 modifié relatif aux conditions d'établissement, de délivrance et de validité du permis de conduire
	Aptitude ou inaptitude médicale à la conduite	X		L'examen médical relève des médecins agréés par les préfectures pour le contrôle de l'aptitude médicale à la conduite. Il convient donc d'orienter les patients vers ces médecins. Le médecin traitant doit néanmoins informer son patient d'une éventuelle inaptitude médicale (définitive ou temporaire) à la conduite, en rapport avec une pathologie ou une prescription médicamenteuse. Arrêté du 21 décembre 2005 modifié fixant les normes médicales incompatibles avec la délivrance ou le maintien du permis de conduire
Non-contre-indication à la pratique sportive	Licences sportives permettant la participation aux compétitions	Pas de certificat médical si production de la licence	Certificat médical datant de moins d'un an	La visite médicale pour pratiquer le sport a pour objectif de dépister des pathologies pouvant induire un risque vital ou fonctionnel grave, favorisé par cette pratique. Les articles du Code du sport régissent les cas de demandes de certificats médicaux. Articles L. 231-2 à L. 231-3 du Code du sport.
	• 1 ^e demande de licence • Renouvellement de licence			
	Participation aux compétitions sportives organisées par les fédérations sportives		Certificat médical datant de moins d'un an	
	• Licenciés pour la même discipline ou activité sportive • Licenciés dans une autre discipline ou activité sportive ou non licenciés	Certificat médical datant de moins d'un an		
	Licences sportives ne permettant pas la participation aux compétitions		Certificat médical datant de moins d'un an	Concernant les renouvellements d'une licence non compétitive : la fréquence du renouvellement du certificat médical est définie par chaque fédération sportive.
	• 1 ^e demande de licence • Renouvellement d'une licence			
Autres cas	Le recours au certificat médical ne devrait être réservé qu'aux seuls cas prévus par les textes.			

APPUI SOCIAL MÉDECINS : UN SERVICE À LA DISPOSITION DES MÉDECINS DU CENTRE VILLE DE MARSEILLE

par Mme MOLAS-GALI, inspecteur, chargée d'animation territoriale - ARS PACA

GÉNÈSE

Dans le cadre des travaux de l'atelier santé ville de Marseille centre, une interrogation est née sur les conditions d'accueil des publics précaires par les professionnels de santé. Aussi, une étude a été lancée auprès des professionnels du champ sanitaire du centre ville de Marseille. Les conclusions de cette étude, confiée au cabinet CAP Méditerranée, rendue début 2008 avaient permis de mettre en avant les difficultés des médecins généralistes pour suivre des patients rencontrant des problèmes sociaux importants et multiples.

L'isolement des médecins, leurs manques de repères pour orienter au mieux leurs patients vers les professionnels de l'action sociale.

Un comité de pilotage partenarial, mis en place dès la remise de l'étude, a recherché une solution et conçu le projet de l'appui social médecins, mis en place en Novembre 2010 sur un territoire expérimental: le quartier Saint Mauront Belle de Mai à Marseille 3°.

LE PROJET

Un accueil téléphonique est assuré par deux assistantes sociales en relais quatre jours par semaine.

Les assistantes sociales sont appelées par les médecins qui exposent la situation de leurs patients. Il s'agit de situations dans lesquelles la problématique sociale fait obstacle au processus de soins.

Les assistantes sociales établissent un pré-diagnostic, ce qui les oblige fréquemment à rappeler les personnes, et proposent une orientation vers un service compétent sur la problématique repérée.

LES PARTENAIRES DU PROJET

La ville de Marseille (CCAS et service santé publique et handicapés), le conseil général des Bouches du Rhône, l'ASV de Marseille centre et la DT 13 de l'ARS PACA sont les animateurs du projet. Au comité de pilotage les rejoignent la CPAM, le Conseil Régional, l'APHM, l'hôpital Edouard Toulouse, le conseil de l'ordre des médecins et l'URPS ML.

LE TERRITOIRE

Après une première phase d'expérimentation pendant laquelle le territoire était celui du quartier Saint Mauront Belle de Mai (lieu d'exercice du médecin) et une extension à l'ensemble du 3° arrondissement, le territoire est constitué des 1°, 2° et 3° arrondissements depuis la rentrée 2011, sur décision du comité de pilotage, au vu des résultats de l'évaluation.

LA COMMUNICATION

Chaque phase du projet a été accompagnée de communication écrite et orale envers les médecins et des réunions avec les partenaires vers qui les bénéficiaires pouvaient être orientés. Une plaquette d'information a été mise en circulation auprès des médecins.

Les DAM (délégués de l'assurance maladie) ont relayé l'information sur le projet auprès des médecins du 2° et 1er arrondissements.

Le projet a été présenté dans le film, diffusé nationalement, commémorant le premier anniversaire des ARS (agences régionales de santé).

ÉLÉMENTS DE BILAN DE L'ACTIVITÉ PENDANT LES 6 PREMIERS MOIS

Du côté des médecins

- un tiers de l'effectif total des médecins de Saint-Mauront / Belle-de-Mai a sollicité l'Appui Social Médecins, pour...
- ... 24 situations différentes...
- ... correspondant à 21 patients (certains d'entre eux étant impliqués dans plusieurs situations).
- Les médecins qui utilisent la plateforme téléphonique appellent plusieurs fois pour suivre la situation qu'ils ont orientée: les 11 médecins ont par exemple appelé 27 fois l'Appui Social Médecins.
- Les 24 situations ont généré 199 actes (appels téléphoniques, fax et mails¹), soit une moyenne de 8,3 actes par situation. Le nombre d'actes nécessaires pour traiter chaque situation est élevé, jusqu'à 21 appels téléphoniques pour une situation.
- Pour autant, les assistantes sociales parviennent à répondre rapidement à la demande du médecin et aux besoins du patient, puisque l'orientation est toujours réalisée dans le mois en cours.

On observe plusieurs profils de médecins :

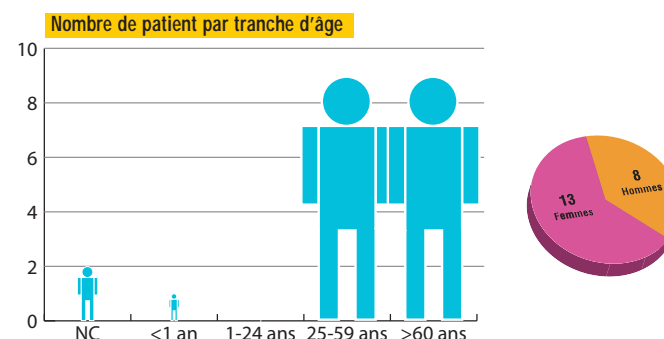
- quelques-uns qui font régulièrement appel à l'Appui Social Médecins,
- d'autres qui n'y pensent pas et qui peuvent faire appel au dispositif quand ils y sont incités (par le biais d'une information / communication ou lors d'un appel d'une assistante sociale),

- d'autres encore qui ont oublié l'existence de la plateforme et pour lesquels il est essentiel de poursuivre l'information.

Du côté des patients

Analyse des situations rencontrées par la plate-forme :

1) Profil des appelants (patients pour lesquels le médecin effectue la démarche)



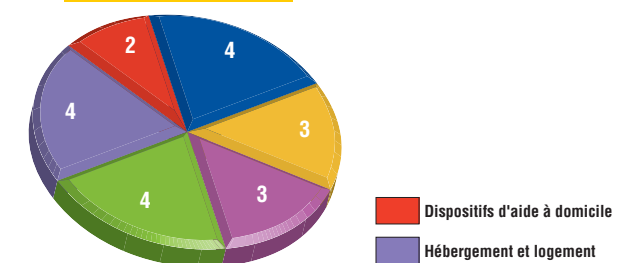
La quasi-totalité des situations concerne des adultes sans prédominance d'âge. Les appels concernent plus de femmes que d'hommes.

Les situations peuvent faire appel à différents types de besoin et les dispositifs sollicités pour y répondre peuvent être multiples, aussi a-t-on relevé jusqu'à 3 thématiques dominantes par situation.

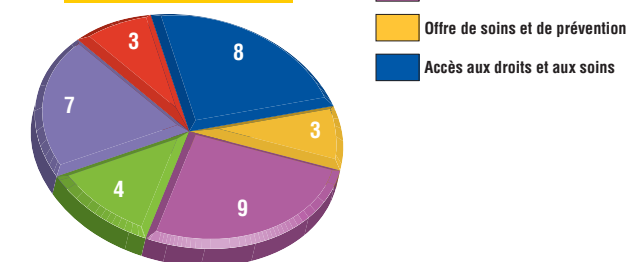
	dominante	dominante	dominante	Total
	1	2	3	
Accès aux droits et aux soins	4	3	1	8
Offre de soins et de prévention	3			3
Prise en charge sociale	3	6		9
Prise en charge médico-sociale	4			4
Hébergement et logement	4	3		7
Dispositifs d'aide à domicile	2	1		3
Toute question matérielle				0
NC	4			
Total	24	13	1	38

Si dans un premier temps, la problématique dominante relève de parts quasiment égales de l'ensemble des dispositifs, les questions de prise en charge sociale généraliste, de logement et d'accès aux droits dominent.

Analyse de la dominante 1



Ensemble des dominantes



La multiplicité des problématiques rencontrées pour chaque situation retrace la complexité des situations rencontrées.

2) Structures sollicitées le plus fréquemment

Pour répondre aux besoins, 24 structures différentes ont été sollicitées 53 fois (hors rappels et contacts réitérés pour une même situation). Pour une même situation, jusqu'à 8 structures différentes ont pu être contactées.

Institution	Nombre de sollicitations
Conseil Général	15
CCAS	5
CARSAT	8
Associations	11
Divers	10

3) Retour d'informations aux médecins

Le retour d'informations aux médecins est systématiquement effectué.

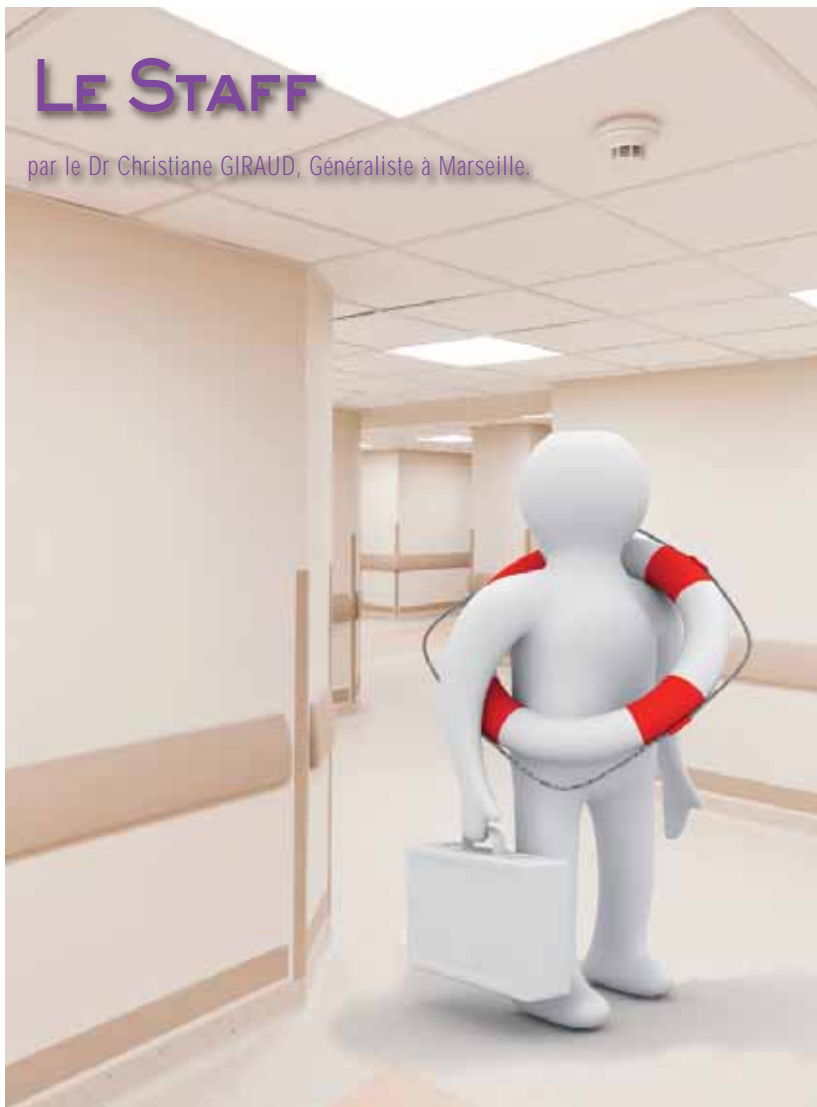
Les membres de la commission communication de l'URPS ML PACA s'associent à la démarche de l'ARS sur l'interrogation qui est née des conditions d'accueil des publics précaires par les professionnels de santé et sur les conclusions de cette étude, confiée au cabinet CAP Méditerranée, rendue début 2008 qui a permis de mettre en avant les difficultés des médecins généralistes pour suivre des patients rencontrant des problèmes sociaux importants et multiples.

Il est demandé à l'ARS, l'élaboration d'une plaquette permettant à tous les professionnels de santé d'accéder aux informations permettant la prise en charge des patients rencontrant des problèmes sociaux importants et multiples. Conscient de l'ampleur de la demande, l'URPS ML PACA souhaite être partenaire de l'ARS dans la prise en charge des problèmes sociaux des publics précaires.

1- Ne sont comptabilisés ici que les appels téléphoniques ayant abouti. Ne sont donc pas pris en compte tous les appels réellement réalisés.

LE STAFF

par le Dr Christiane GIRAUD, Généraliste à Marseille.



Vendredi 14/1
CHU de la ville de X,
réunion extraordinaire de la CME

Ce Vendredi matin, les participants de la CME s'engouffraient dans la salle du Conseil pour répondre à la convocation inattendue de leur président. Le directeur de l'hôpital siégeait à ses côtés, signe de l'importance de cette réunion. A peine furent-ils assis que le directeur prit la parole :

“Monsieur le Président, mesdames, messieurs, les chefs de service, je vous remercie de votre présence qui témoigne de votre engagement dans la Démarche Qualité que nous avons entreprise, en vue d'obtenir l'accréditation de notre établissement. Cela fait bientôt deux années que nous travaillons ensemble

pour obtenir un label d'excellence. Nous touchions au but, mais un événement grave remet tout en question ». Le timbre de voix du directeur s'altérait, forçant l'attention des auditeurs : « Nous avons dû choisir entre deux démarches, deux méthodologies différentes : l'une s'appuie sur une référence pour créer une dynamique d'amélioration, tandis que l'autre crée une dynamique d'amélioration pour ensuite intégrer les références. Nous nous sommes mis d'accord sur la première en suivant la progression des critères retenus, à savoir, la qualité des repas servis, l'information sur les examens dispensés, le dévouement de nos infirmières, la présence et le nombre de nos médecins. Et bien ? !” Ici la voix se brisa : “ Tout notre travail risque d'être anéanti !”

Avertissement :
L'auteur décline toute ressemblance avec des personnages existants, ou ayant déjà existé.

Il pointa son doigt en direction d'une pile de documents : *“vous avez là, ce qui peut causer notre ruine !”*

Le silence se pétrifia.

“L'association des Usagers, association dont je vous ai toujours dit que nous devons nous en méfier, vient de nous poignarder dans le dos. Elle publie, sans notre autorisation, sans nous tenir au courant, le journal d'un patient hospitalisé dans notre établissement. Lisez, mesdames, messieurs ! J'attends vos commentaires et vos suggestions pour qu'ensemble nous trouvions une issue à ce traquenard !”

Chacun des participants, sans se concerter, eût le même réflexe : se jeter sur l'exemplaire qui lui était destiné, se libérer d'une consultation, annuler un bloc opératoire voire se dispenser d'une séance d'enseignement pour se précipiter chez soi et se consacrer à la lecture du document.

Et voici ce qu'ils lurent.

JOURNAL DE CHARLIE, HOSPITALISÉ
DU VENDREDI 1^{ER} OCTOBRE
AU SAMEDI 9 OCTOBRE,
SERVICE D'ENDOCRINOLOGIE,
CHU DE LA VILLE DE X

Vendredi 1er Octobre, l'annonce

“A force de manger des cochonneries, tu deviendras diabétique” disait ma pauvre mère, et bien c'est fait, moi Charlie je suis diabétique ! Je suis encore sous le choc que m'a causé cette annonce, apprise de l'infirmière de la médecine du travail. Sans me laisser le temps de réaliser ce qui m'arrivait, elle a téléphoné à sa copine, major du service “d'endocrino”, et là *“une vraie chance profitez-en”*, il y avait un lit de libre, et je me suis retrouvé, hospitalisé, au 12^{ème} étage du CHU.

Ma chambre est vaste, avec deux lits, mais j'en suis le seul occupant. Aucun bruit en provenance du service, je n'entends que les hurlements du vent qui agresse la façade. Dans la lumière du jour qui décline, le blues m'envahit : Charlie tu es malade, gravement malade sinon tu n'aurais pas été hospitalisé aussi vite. Et si seulement j'avais Zoe à mes côtés ? Jamais depuis le divorce, je n'ai ressenti aussi cruellement ma solitude. Seul et malade ! Il me reste mon journal, mon confident, pour dialoguer avec moi-même.

Une femme de service est venue me dire : *“excusez-nous, mais vous n'aurez pas de plateau-repas ce soir, vous être rentré trop tard, mais si vous vous dépêchez, vous trouverez à manger à la cafétéria”*. Une infirmière lui a succédé, pour me dire de rester à jeun, demain matin, car on commence les bilans sanguins. Je lui ai demandé si je pourrais voir un médecin, ma question l'a choquée : *“Un week-end vous n'y pensez pas ! Lundi il y a Staff, vous le verrez avant ou après.”*

- C'est quoi un staff ?

- C'est une réunion entre médecins, vous n'avez pas besoin d'y être, ils ont votre dossier ça suffit”.

Je n'ai pas compris si le “ça suffit” se reportait à notre conversation ou au fameux staff.

J'observe l'avancée de la nuit au-dessus des toits, avec un coeur rongé par l'amertume. Tout me confirme que ma vie, depuis cette annonce, a pris un cours désastreux.

Samedi 2 et Dimanche 3 Octobre,
un compagnon dans l'épreuve

J'imaginai le CHU comme un lieu grouillant de vie et bien ce week-end, cela ressemble plutôt à une ville fantôme ! J'ai seulement vu la personne qui m'a prélevé des dizaines de tubes de sang, à tel point, que je me suis demandé si sous la blouse

blanche ne se cachait pas un vampire. La tête me tournait quand j'ai retrouvé mon lit, pour constater avec déception que mon plateau de petit-déjeuner avait disparu.

J'ai passé ma journée dans les ascenseurs, à saisir des bribes de conversation entre malades, attachés à des potences, ou couverts de pansements *“Alors j'y dis...”*, *“alors i'm dit...”*, *“alors j'y fais...”*, *“alors i'm fait...”*.

J'ai arpenté des centaines de mètres de couloirs vides où, désorienté, je me suis perdu.

Les heures se traînaient, mais Dimanche soir, en rentrant dans ma chambre j'eus une bonne surprise, le large visage d'une masse humaine prenait possession du lit voisin.

“Je m'appelle Louis, et toi ?” “C'est Charlie”.

En quelques minutes, on se tutoie, il m'appelle “mon petit Charlie” et je lui marque la déférence due à un aîné en l'écoutant, ce qui se révéla plus ardu qu'on ne le pense. Tout en défaisant sa valise il me livre en vrac son diabète *“toujours déséquilibré, rien n'y fait”*, ses multiples hospitalisations *“à cause de l'hb glyquée toujours à 10”*, sa vie familiale : veuf avec de nombreux enfants et petits enfants. Très vite je ne sais plus, qui se marie avec qui ? Qui divorce de qui ?

Les liaisons connues, ou tenues secrètes mais qui n'échappaient pas à sa perspicacité, lorsque, soudain, je le vois brandir un tournevis :

“Mais qu'est-ce que tu fabriques avec ce tournevis ?

- Mon petit Charlie, lorsque tu auras mon âge et plus de 10 ans d'expériences d'hospitalisation, tu ne rentreras plus à l'hôpital sans ton tournevis. A l'hôpital, il y a toujours quelque chose à réparer, tiens, regardes”, et son outil en main, Louis commence une inspection de la chambre, et, tel Sherlock Holmes découvrant l'indice, preuve de la rationalité de ses hypothèses, il rugit de

satisfaction devant un pied du lit qui s'en détachait :

“Elémentaire mon petit Charlie !”

Louis connaît tout du CHU, il a ses entrées partout et il m'a initié au parcours du diabétique que j'allais entreprendre, tout en partageant en frère, le poulet froid cuisiné chez lui. Auparavant, nous avions vidé nos soupes sans sel et nos compotes sans sucres dans l'évier, seule la portion de fromage fût sauvegardée *“on ne sait jamais”* dit Louis, *“ici il arrive souvent qu'on saute son repas”*. Cette nuit là je m'endormis paisiblement, rasséréiné d'avoir trouvé un guide et un allié dans l'épreuve que je traversais.

Lundi 4 Octobre, le bilan

Je n'ai pas vu le temps passer... J'ai été radiographié, échographié, enregistré, sous toutes les coutures, je croyais que côté examens c'était terminé. Et bien je me trompais, on est venu m'avertir de me tenir prêt demain, à la première heure, pour une scintigraphie au thallium. Quel nom ! Cela a quelque chose d'exotique, Scintigraphie au thallium. Pourvu que cela ne soit pas douloureux !

Avant chaque examen, je ne peux m'empêcher d'avoir un pincement au coeur, et lorsque j'en ai terminé, je pousse un “ouf” de soulagement, reste l'angoisse des résultats : lorsque je quémante une information, j'essuie un “vôtre médecin, vous le dira, vôtre médecin vous l'expliquera”, mais justement de médecin je n'en vois point !

Le médecin, c'est un peu comme mes plateaux repas, mon rythme n'est pas accordé à leur présence, ou trop tôt ou trop tard : quand le médecin est là, je suis en examen, quand je reviens, il est en staff, quand il sort du staff, je suis reparti...

LE STAFF

Quand j'ai mon plateau je dois rester à jeun, quand je peux manger, il a disparu !

A peine Louis est-il rentré qu'il a repris sa saga familiale. Il a retrouvé une ex-belle-fille, secrétaire en cardiologie, et de m'expliquer le pourquoi du divorce de son second fils avec son ex-belle-fille et combien il donnait tort à son fils "car tu vois mon petit Charlie, j'ai l'esprit large et bien que père de mon fils je reconnais ses torts, elle, c'est une fille épatante, mon fils, c'est malheureux à dire, etc.. etc.."

Pendant qu'il discourait, il m'est revenu en mémoire, un feuilleton télévisé qu'adorait Zoe "Les feux de l'amour" et qui m'endormait. J'avais beau me concentrer, je piquais du nez au bout de quelques minutes.

"C'est normal, disait Zoe, t'es pas sensible! Tu peux pas suivre !"

Zoe ! Les larmes me montent aux yeux, moi aussi j'ai perdu une fille épatante ! Un cauchemar m'a réveillé au cœur de la nuit, je cherche mon chemin dans un labyrinthe de ruelles obscures, je suis attendu mais ne je ne sais où. Une lumière m'attire au-dessus d'un porche, je m'approche et je lis en lettres fluorescentes : scintigraphie au thallium, en plus petit : Entrée, et là je m'avance et je bascule dans un puits sans fond.

Mardi 5 Octobre, une erreur

J'ai été surpris ce matin, quand, à la première heure, un brancardier est venu me chercher avec une infirmière qui m'a donné l'ordre de me déshabiller puis d'enfiler une blouse, mais comme je n'avais jamais passé de ma vie de scintigraphie au thallium, j'ai obéi. Nous voilà partis tous trois, moi à l'horizontale, eux à la verticale dans les étages du CHU, lorsque :

"Vous n'avez pas oublié votre prémédication ?

- On ne m'a rien donné", arrêt du mouvement.

"Mais avant d'être anesthésié vous devez

prendre votre prémédication."

Je proteste : "personne ne m'a averti que je devais être endormi pour la scintigraphie..."

- Quoi ? Que dites-vous ?"

Je répète et c'est alors que se produit un événement inouï, l'infirmière arrache la couverture qui me recouvre : "Vous trouvez cela intelligent d'avoir pris la place d'un autre ? Allez, descendez, on a assez perdu de temps avec vous !", et me voilà, debout, nu dans le couloir, la blouse cachant mal mon postérieur, non que j'en ai honte j'ai la fesse ferme et musclée mais delà à m'exhiber aux yeux de tous ! Des voix et des pas se rapprochent, la sueur m'inonde, une porte me fait signe, je m'engouffre dans une chambre et là, mon ange gardien veillait, sur le portemanteau, une robe de chambre à grosses rayures. Seul un bruit d'eau en provenance du cabinet de toilette témoigne d'une existence. Vite, je ressorts enfoui dans une masse d'une douceur exquise. Je n'avais jamais volé de ma vie mais je fis preuve de dons inexploités, dans une chambre voisine je dérobo des babouches et ainsi dissimulé, comme l'éclairer traversant invisible les lignes ennemies, je regagne ma chambre, où, là je suis interpellé par l'infirmière d'étage : "vous trouvez cela intelligent de disparaître au moment où je vous cherche pour la scintigraphie? Allez, dépêchons, ne perdons plus de temps !" C'est fou ce qu'on me trouve intelligent dans cet hôpital !

Mercredi 6 Octobre, le Staff

Une gentille élève-infirmière m'a dirigé jusqu'à la consultation diététique :

"Vous avez l'air stressé, ne vous inquiétez pas, vous allez voir ça va vous plaire c'est ludique, interactif et vous allez apprendre plein de choses qui vont vous servir".

J'ai surtout appris que je "faisais tout faux" dans ma façon de me nourrir et que je devais remplacer les pizzas, les spaghettis bolognaises et les frites par des

haricots verts, j'ai horreur des haricots verts, des endives, je déteste les endives, et des épinards, rien que d'y penser...

Mais comme je rentrais par les couloirs, je croisais une femme qui téléphonait :

"Excuse-moi, je ne reste pas en ligne je suis au staff, je les rejoins, ciao".

Le mot staff me cloue, marche arrière toute, je file la jeune femme, elle disparaît dans un angle, Je repère les lieux pour trouver une pièce vide, une porte entrebâillée : je découvre le Staff.

Une dizaine de bouses blanches sont assises autour d'une table chargée d'ordinateurs, un homme écrit sur un tableau tout en parlant :

"Bon nous en sommes à la synthèse du cas n° 10, je vous rappelle qu'aucun d'entre nous ne connaît ce patient sauf Karine qui l'a suivi durant son hospitalisation, notez les dates, du 10-9 au 15-9, mais nous avons en notre possession tous les examens permettant la prise de décisions : TDM, IRM, fibroscopie avec résultats anat-path, bilan bio sur plus de deux cent paramètres. Karine, à toi la parole".

Je ne voyais pas celle qui parlait car dissimulée par son écran, mais l'aurais-je vu je n'aurais pas été plus éclairé, car je n'ai rien compris à ce que j'ai entendu et lu sur le tableau :

"Cas n°10, Sexe : M, comorbidités : oui, Tabac : 100PA, VEMS : 8L, diagnostic anat-path : OUI, cancer broncho-pulmonaire primitif, bilan d'extension : T3N2M0, stade IIIA, proposition RCP, prévoir : TEPScan ou médiastino première afin de confirmer le staging Ganglionnaire, CT ok, RT OK, thesaurus OK, traitement conforme OK, suivi N2".

Je suis brutalement délogé de mon poste d'observation :

"Qu'est-ce que vous faites ici ?

- J'attends la fin du staff pour voir un médecin

- Sortez dans le couloir, c'est là que vous devez attendre".

Content de m'en être tiré à si bon compte

je médite sur les étranges propos recueillis : T3 N2 M0 Stade IIIA... Qu'est-ce que cela pouvait signifier ? Et Moi dans mon état, quels chiffres et quelles lettres me sont attribués ?

J'en discutais longuement avec Louis ce soir là mais il n'a pu m'éclairer. J'ai sombré dans un sommeil peuplé de cauchemars : je comparais devant un tribunal de blouses blanches, un juré se lève, il crie "vous êtes reconnu coupable T3N2M0". Condamné, j'étais condamné !

Une main me secoue, c'est Louis, penché au-dessus de moi : "ça va pas, mon petit Charlie, tu n'arrêtes pas de crier, demain avant de partir je m'occupe de toi".

Je suis trop perturbé pour comprendre ce qu'il veut dire.

Jeudi 7 Octobre, une image inquiétante

Avec un moral au plus bas, j'ai dû encaisser une mauvaise nouvelle :

"Venez, vous allez passer une IRM abdominale.

- Mais pourquoi ?

- Ne vous inquiétez pas, c'est juste une image à préciser"



Mes jambes se mirent à flageoler.

"Mais non, rien de grave, à l'échographie, sur le rein gauche, une opacité".

Devant le tube dans lequel j'allais être emprisonné, j'ai eu un haut-le-cœur, mais le technicien a été très sympa : "je vais rester auprès de vous, même si vous ne me voyez pas je suis là".

Il a tenu parole et m'a parlé pendant l'examen m'encourageant par sa présence. J'ai vainement attendu les résultats de l'IRM mais on m'a rabroué : "votre médecin vous donnera les résultats". Mais de médecin je n'en vois pas et puis ce n'est peut-être pas pour rien que je ne le vois pas ? J'ai désormais la conviction d'être gravement atteint, peut-être un cancer généralisé. Je me souvenais d'un voisin entré à l'hôpital, apparemment en bonne santé et six mois après je suivais son enterrement.

Ce soir je suis au bout du rouleau. Je m'approche de la fenêtre, douze étages plus bas, les pelouses luttent contre les parkings, Charlie, un peu de courage, tu ouvres la fenêtre, un saut et puis c'est fini, même Zoe ne te regretteras pas. C'est à ce moment que Louis est entré, il m'observe : "Et bien mon petit Charlie, ça va pas ? !" J'ai rougi.

"Et bien ! Et moi qui viens t'annoncer une bonne nouvelle. Tu te souviens de ma belle-fille, celle qui était complètement hystérique, même qu'à cause d'elle tous les repas de famille se terminaient aux Urgences, et bien elle a été sauvée, et je dirais même nous avons tous été sauvés, par le Pr Dupont. Dès qu'il l'a vue, il a tout de suite compris : c'était la thyroïde..."

J'avais un mal fou à suivre les digressions de Louis lorsqu'il pointe son doigt dans ma direction :

"Et qui a rendez-vous avec le Pr Dupont? Qui ?" L'espoir s'éveille, je lève les yeux "Qui ?

LE STAFF

- *C'est mon petit Charlie !*
 - *C'est pas vrai mais comment t'a fait ?*
 - *Et bien tu te rappelles de mon ex-belle-fille, celle qui est devenue secrétaire, mais non pas celle de la cardio, tu ne suis pas ce que je dis, une autre, et bien elle gère les consultations du Pr Dupont et demain une personne s'est désistée à 11H, et, ni vu ni connu, c'est mon petit Charlie qui prend la place.*
 - *Magnifique !*

J'embrasse Louis. Je ne savais comment le remercier quand soudain une idée merveilleuse :
"Tiens Louis prend cette robe de chambre, elle est à toi.
 - *Non, c'est trop !*" mais elle avait déjà disparu dans sa valise.

"La seule chose, ne la mets pas à l'hôpital c'est une denrée très convoitée. - Ne me fais pas la leçon ! Je connais la musique."

Vendredi 8 Octobre, la consultation

Il y a eu un avant, il y a eu un après ! Avant la consultation avec le Pr Dupont j'étais une loque humaine, à bout de ressources, aux prises avec des idées suicidaires, après la consultation je suis vivant, un vivant plein de vie, je sens en moi un courant qui coule dans mes veines. Ma respiration est profonde, j'ai faim, j'aime la vie, j'aime Zoe.

C'est en tremblant que j'ai poussé la porte du cabinet, j'essayais de puiser au fond de moi la force d'assumer une terrible révélation : n'allais-je pas apprendre que je n'avais plus beaucoup de temps à vivre ?

Je ne sais pas comment le Pr Dupont s'y est pris, je ne me souviens plus du cheminement de notre entretien mais il m'a levé l'angoisse. A son contact mes frayeurs se sont dissipées, converties en fantasmes d'un individu dépressif. Après m'avoir entendu, examiné, étudié mon dossier et tous ces résultats, il en a

déduit que je n'avais rien, ou si peu, il a parlé « d'un terrain diabétique », il s'est même étonné de la normalisation de mes glycémies pendant mon hospitalisation (perso, j'ai pensé que c'était à cause du nombre des plateau-repas que j'avais sauté !).

Il griffonne une ordonnance tout en m'expliquant que je dois suivre un régime. Je suis sur un petit nuage, devenu conciliant sur les haricots verts, les endives et même les épinards, mais au moment de partir, la main sur la poignée de la porte, toute ma souffrance m'est revenue, tout ça pour rien ? Un fort ressentiment me rend agressif, je reviens vers lui :

"Pourquoi vous êtes toujours en staff ?"

Ça l'a déstabilisé, il cherche ses mots : *"je n'y peux rien, c'est... C'est culturel."* Nous nous séparons sur cette énigme.

Une dernière frayeur en prenant l'ascenseur, je suis coincé entre deux malades et dès les premiers mots qu'ils échangent, je rentre mon cou dans mes épaules et je me plonge dans l'étude des rainures du plancher :

- Ouais, mon vieux même les robes de chambre
 - C'est pas vrai !
 - Je ne sais pas où l'on va dans ce pays mais on y va !
 - Ouscequ'on va ?

Samedi 9 Octobre, l'amour de ma vie

Les formalités sont finies. J'ai avalé de travers lorsque j'ai dû payer le forfait hospitalier. Sans humour l'employé me précise que le forfait règle la restauration ! Mais bon je travaille, je peux payer.

Des ailes me poussent dans le dos, j'ai déjà perdu trop de temps. L'amour de ma vie, Zoe m'attend, elle n'attend même que moi. Je dévale les escaliers, je traverse le

hall, je cours sur les pelouses. Dire que j'ai voulu les tacher de mon sang ! Charlie tu étais dingue, complètement dingue !

Le bus est plein, je louvoie et m'accroche à la rampe, c'est alors que Bonté divine, j'accroche un regard langoureux ombragé de longs cils. Je suis pris de tremblements. Je frémis devant une bouche vermeille entrouverte, des formes qui débordent d'un jean et d'un tee-shirt.

Par bonheur, un coup de frein brutal plaque les collines et les vallons de ce corps contre le mien. Ma partenaire se dégage en pouffant de rire. Oh Vénus, Vénus de banlieue, tu m'as incendié de désir !

Une voix intérieure chuchote : *"Et Zoe ?"*
 Zoe ? Zoe ! Ah mais oui évidemment Zoe !

Qu'est-ce qui interdit au voyageur qui entreprend un long chemin de se désaltérer dans une oasis ?



Vous souhaitez réagir à un article ?

Grâce au blog de l'URPS ML PACA donnez votre avis et débattrez avec vos confrères

Inscrivez-vous sur www.urps-ml-paca.org rubrique "blog" (voir pages 38-39)

QUESTIONS SUR LE TEMPS PRÉSENT

par le Dr Jean-François GIORLA, PRÉSIDENT de l'URPS Médecins Libéraux PACA

Le mot crise est dans tous les médias, mais il s'inscrit aussi au cœur de la réalité sociale, comme un fait durable qui nous inquiète.

Quel médecin parmi nous ne se pose pas la question des conséquences de la crise sur le système de soins ?

Nous avons décidé d'en débattre à l'URPS ML PACA en invitant Henry Quinson le 8 février dernier sur le thème : "Notre temps, le temps de la crise quelles conséquences pour les médecins et leurs patients".

Ce débat répondait bien à une attente et, entre "une personnalité hors du commun, en témoigne son parcours de Wall Street aux cités des Quartiers Nord de Marseille" et un public très motivé, s'est noué un dialogue qui nous a captivé.

Le Groupe "Médecine et Humanisme" qui avait organisé cette soirée, avait bien travaillé en amont de la conférence et nous nous sommes glissés dans les rails des questions qui balayaient le sujet :

La crise existe-t-elle, ou est-elle une invention médiatique ? La durée de la crise est-elle prévisible ? Qu'est-ce que cette crise a de différent par rapport aux crises antérieures ? La crise signifie-t-elle que nous vivons dans un monde dominé par l'économie où l'humain a peu de place ? Quelles sont les conséquences de la crise sur les politiques budgétaires en matière de santé sur les pays européens ? Les états vont-ils choisir la voie de l'impôt ou celle des politiques d'austérité ? Jusqu'où peut-on diminuer les dépenses de santé ?

Notre conférencier a tenu à nous répondre point par point avec beaucoup de précision et de disponibilité. Mais comme le dit avec justesse François² : "Si cette conférence-débat nous a apporté à tous des éléments concrets sur la crise économique, elle fait plus encore, elle permet, à nous médecins, de poursuivre notre réflexion sur le sujet : économie et santé ; il a éveillé en nous des questions".

Personnellement j'en garde une en mémoire : "Sommes-nous arrivés à une limite en matière d'espérance de vie ? La crise ne démasque-t-elle pas le stade ultime d'un progrès matériel jusqu'ici indéniable mais pas forcément infini"

Et si c'était le cas, pourrait-on alors justifier l'augmentation des coûts de l'innovation médicale, qui sont la cause la plus importante de l'augmentation des dépenses de santé ?

Cette conférence nous a-t-elle rassuré ? Sans rajouter à la dépression ambiante, je dirais plutôt avec Guy⁴, qu'elle nous a laissé sur un paradoxe : Henry Quinson exprime un pessimisme profond sur la crise que nous vivons et qui est loin d'être terminée, mais lorsqu'on lui demande si la crise signifie l'écrasement de l'humain, il répond "non" ! "Bien au contraire, s'il y a une crise c'est que l'humain revient au premier plan".

Alors j'exprime une divergence avec notre conférencier, le retour de l'homme au premier plan de la situation est un facteur d'optimisme, nous croyons en l'homme et c'est une conviction qui fonde, envers et contre tout, l'espérance ; Comme vous le voyez nous n'avons pas épuisé le débat, mais cela ne nous a pas empêché d'en être très satisfait.

Nous remercions tous les membres du Groupe "Médecine et humanisme".

Le Jeudi 19 Avril a eu lieu une nouvelle conférence : "Regards d'anthropologue sur les dimensions sociales et éthiques du soin" avec Yannick Jaffré, Anthropologue de la santé, directeur de recherche au CNRS.

1- Hani Hoballah membre du groupe
 2- François Turk membre du groupe
 3- Henry Quinson
 4- Guy Recorbet membre du Groupe
 5- En plus des personnes déjà citées : Jean-François Perret, Alice Touzaa, Marc-André Guerville, Rémy Sebbah, Christiane Giraud

WWW.URPS-ML-PACA.ORG

QUELQUES ÉLÉMENTS POUR MIEUX DÉCOUVRIR LE SITE INTERNET DE VOTRE UNION



Une interface de navigation simplissime...

L'accès aux menus, sous-menus et articles se fait de manière hiérarchique et visuelle. Vous ne vous retrouverez jamais, après 3 ou 4 clics, perdus dans les méandres du web !

Sur la page d'accueil :

- Les rubriques principales
- Les dernières informations mises en ligne
- Les informations sélectionnées (florilège d'infos utiles de type agenda ou de brèves professionnelles)
- Le formulaire d'inscription à l'e-journal (courriel d'informations mensuel distribué par mail).



Des outils pertinents d'aide à la pratique...

Pharmacovigilance

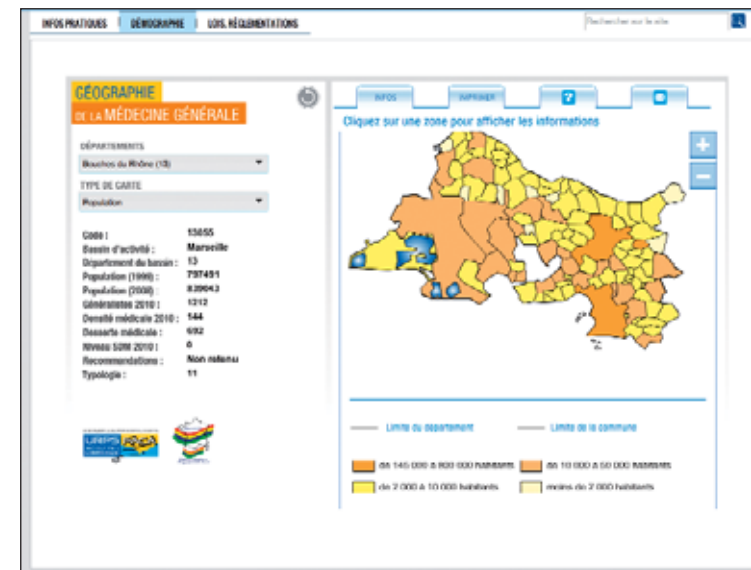
Fini la recherche du formulaire, son remplissage manuel et son envoi postal. Dans la rubrique "OUTILS", on peut désormais facilement remplir en ligne et envoyer directement sur le bureau de nos pharmacologues préférés, le même formulaire dématérialisé. Cette facilité matérielle qui nous est offerte doit nous inciter à déclarer sans hésitation tous les effets indésirables que nous rencontrons.

Certificats médicaux

La liste des "certificats médicaux rationnels": suite aux recommandations de la commission de simplification administrative, mise en place à notre initiative par le ministère de la santé, vous trouverez sur un document imprimable l'ensemble de ce qui est licite et de ce qui ne l'est pas. Au moindre sentiment d'abus présentez-le au requérant, le résultat est garanti...
Egalement, de nombreux formulaires bien utiles (certificat MDPH ou encore pour demande d'admission en EHPAD,...).

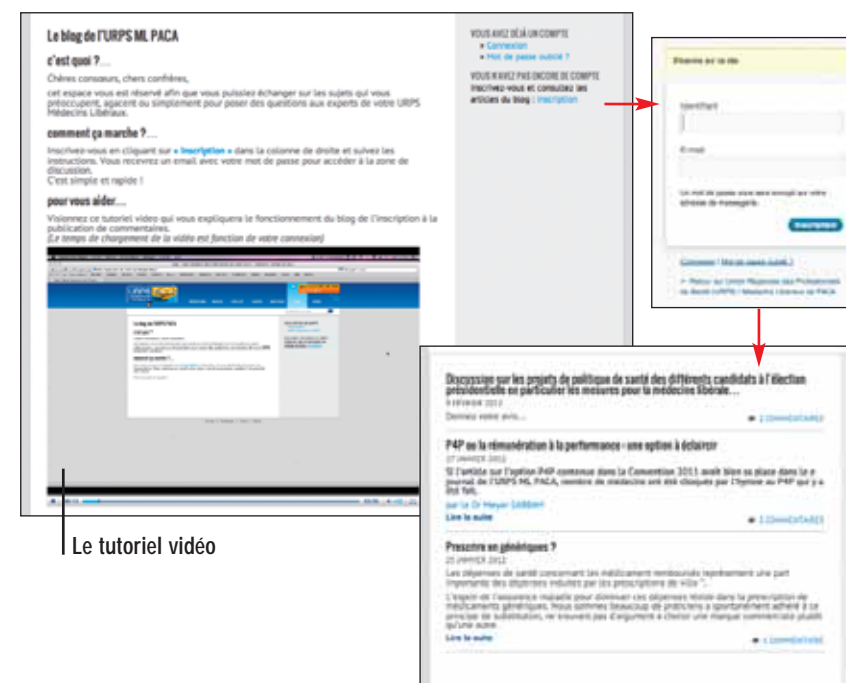


Ceci étant bien sûr destiné à être complété et enrichi régulièrement !
Faites-nous part de vos besoins ou suggestions...



Démographie médicale

Une cartographie interactive de la région PACA découpée en bassins d'activité ou par départements. Une vision instantanée de la population médicale ainsi que les opportunités d'installation pour la médecine générale et 20 spécialités ! Possibilité de télécharger le document papier de cette synthèse régionale par département (pour la médecine générale) ou par spécialités.



Le Blog...

Cet espace de discussion est accessible par identifiant + mot de passe. Pour cela, cliquez sur "inscrivez-vous". Vous atteindrez le formulaire ci-contre où il faut renseigner votre identifiant (choisissez votre nom) et votre adresse mail. Faites "envoyez". Vous recevez très rapidement par mail votre mot de passe.

Avec votre identifiant + ce mot de passe faites "connexion" et, pour plus de facilité pour la suite choisissez un nouveau mot de passe qui vous est propre. Vous pouvez maintenant accéder au sommaire des discussions proposées et donner votre avis !

Remarque : un tutoriel vidéo vous explique pas à pas l'inscription sur le blog, consultez-le !

Bientôt sur vos écrans

Un site web dédié aux actions de DPC en région PACA

La loi HPST de 2009 met à la charge des URPS la promotion, vis à vis des médecins libéraux, du DPC (Développement professionnel Continu). Ce dernier remplace notre vieille FMC (qui n'a pas pas au demeurant démerité). Le bureau de l'URPS ML PACA, conscient de l'obligation dès 2012, pour les médecins libéraux, de valider leur DPC, a chargé sa commission FMC-DPC de proposer, à tous nos confrères, un site web dédié aux actions de DPC de notre région. Cet outil permettra à chaque médecin de trouver sur PACA, avec simplicité, les thèmes, les méthodes, les dates, les lieux et les organismes de DPC, qui lui conviendront le mieux. Ce site dédié sera disponible en fin de ce semestre et sera accessible directement à partir du site de notre URPS.