

LES OUTILS DE L'URPS MIS À VOTRE DISPOSITION



L'e-journal : une publication mensuelle par mail

- Des sujets d'actualité médicale et socio-professionnelle.
- Des Informations pratiques pour faciliter votre exercice quotidien.
- Une revue de presse pour l'actualité médicale, législative ou réglementaire et la FMC.
- Pour vous répondre ou vous informer : la proximité d'élus, praticiens de terrain, dans votre région, l'expertise et les moyens d'une institution régionale à votre service.

Comment s'inscrire ? Rendez-vous sur le site internet de l'URPS Médecins Libéraux PACA : www.urps-ml-paca.org

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

L'espace DPC : la formation au bout du clic

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



DECLARATION CANCERS ATYPIQUES



MELIERE : si vous êtes confrontés à des cancers atypiques

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

L'interface Démographie Médicale en PACA

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



Dans le menu "OUTILS"

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

LE JOURNAL DES MEDECINS LIBERAUX

PROVENCE ALPES CÔTE D'AZUR



N°41 • Oct. 2012
ISSN : 1969-8356

ACTUALITÉS

- Alerte aux entérobactéries multirésistantes
- Evolution de la relation médecin-patient

EXERCICE

- Gestion du risque médical et télémédecine
- Chirurgie ambulatoire

MEDECINE

Les enjeux de la Qualité

TRAVAUX DE L'UNION

- Groupes Qualité : de la qualité, mais à quel prix ?
- Vous êtes confronté à des cancers atypiques ? MELIERE est là...

TRAVAUX DE L'UNION

- De la Qualité...mais à quel prix ?4
 Vous êtes confrontés à des cancers atypiques ? Meliere est là6

ACTUALITÉS

- Alertes aux enterobactéries multirésistantes8
 Evolution de la relation médecin-patient
 et qualité des soins après l'avènement du
 Paiement à la Performance en France10

SANTÉ PUBLIQUE

- Préserver les antibiotiques : l'enjeu majeur de santé
 publique des prochaines années14

EXERCICE PROFESSIONNEL

- L'établissement de préparation et de réponses
 aux urgences sanitaires (EPRUS)16
 Gestion du risque médical et télémédecine20
 La chirurgie ambulatoire, un enjeu majeur
 pour l'assurance maladie23
 Sexologie et sexologues, qui sommes-nous ?26
 Acupuncture, Tuina et Taijiqigong28

LIBRE EXPRESSION

- Mort d'un dealer30
 Dépenses de santé...et les recettes ? Points de vue croisés33

EXPERIENCES

- Une journée à Kanabougou : un conte d'Andersen malien36

COMMUNICATION

- De l'audio-visuel dans nos salles d'attente
 et de sa bonne utilisation39

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ



**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)**

Inclus dans cette revue :

- une fiche d'information MELIERE
- 2 livrets "Résultats du Panel"

MÉDECIN TRAITANT, MÉDECIN DU TRAVAIL : RELATIONS INDISPENSABLES

Combien d'entre nous notent dans le dossier médical de nos patients les coordonnées du médecin du travail (rebaptisé médecin de santé au travail) ?

Combien d'entre nous pensent à contacter le médecin du travail en cas de problème spécifique ?

Combien d'entre nous faisons effectuer une visite de pré-reprise après avoir prescrit un arrêt de travail long afin d'optimiser les conditions de réinsertion professionnelle ?

Combien de prolongations d'arrêts de travail pourraient être évitées par une adaptation ou un aménagement du poste de travail ou du temps de travail ?

Combien de pathologies professionnelles pourraient être évitées par l'intégration dans nos réseaux de ce confrère qui connaît mieux que personne les spécificités professionnelles de chacun de nos patients ?

Et pourtant l'énergie que nous déployons au service de nos malades pourrait être rendue plus efficace par ce simple contact.

Nous sommes, nous médecins traitants, aux premières loges du dépistage et sommes les premiers à constater les effets néfastes de certaines situations professionnelles, les problèmes économiques actuels renforçant les contraintes des salariés, compétitivité oblige !

Alors agissons et mettons tout en œuvre afin de maintenir nos patients dans leur emploi, dans les meilleures conditions possibles, avec l'aide de ce correspondant à part entière qu'est le médecin du travail, en l'intégrant dans nos réseaux de correspondants.



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

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

Directeur de la publication : Dr Jean-François GIORLA

Directeur de la rédaction : Dr Jean-Claude ABADIE

Comité de lecture :

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



DE LA QUALITÉ... MAIS À QUEL PRIX ???

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

OUI !!! Les Médecins Libéraux sont volontaires pour rencontrer leurs Confrères du quartier ou du canton, un soir par mois, 10 mois par an, pour échanger entre Pairs.

OUI !!! Les Médecins Libéraux sont capables de s'approprier les recommandations de bonne pratique et d'en "retirer la substantifique moelle" pour délivrer le meilleur soin à leurs patients.

OUI !!! Les Médecins Libéraux acceptent l'évaluation de leur pratique, même quand il s'agit d'être confrontés à leurs profils de prescription, à condition que cela s'inscrive dans le cadre d'une évaluation collective et le respect d'un anonymat assuré par la Direction Régionale du Service Médical de l'Assurance Maladie.

En Provence-Alpes-Côte d'Azur, 200 Médecins Généralistes Libéraux se sont engagés dans cette démarche innovante et efficiente, appelée "Groupe Qualité".

L'ancêtre du "Groupe Qualité", la "Formation Médicale Continue", conviviale et très souvent réunissant des Médecins d'un même secteur, s'appuyait sur des objectifs pédagogiques, et donnait lieu à des questionnaires de satisfaction.

On acquérait des connaissances, on ne les appliquait pas forcément, et on ne se souciait quasiment pas si on améliorait le soin, ni la qualité de vie du patient.

Mais tout le monde était content d'avoir bénéficié d'une soirée de formation agréable!

L'aïeule du "Groupe Qualité", l'Évaluation des Pratiques médicales, avait franchi un pas décisif dans l'amélioration du service médical rendu : le Médecin s'appropriait une recommandation de bonne pratique clinique, et à l'aide d'un questionnaire, il s'auto évaluait.

Les objectifs pédagogiques de la démarche de FMC devenaient des objectifs de formation professionnelle: le Médecin pouvait mesurer l'amélioration de sa pratique à l'aide d'une grille d'audit clinique.

Cet aïeul pourra vivre encore longtemps à coté de ses descendants, car les organismes de formation actuels sont capables de les développer et les multiplier.

Ils pourront encore le faire dans le nouveau dispositif du DPC (Développement Professionnel Continu).

Le descendant, le petit dernier, c'est ce "Groupe Qualité expérimental".

Il allie la formation médicale continue à l'évaluation des pratiques médicales.

Il allie la convivialité à l'échange de pratique entre pairs d'un même territoire.

Il allie l'appropriation d'une recommandation de bonne pratique médicale et le regard sur sa propre pratique médicale.

Il allie l'application des dernières données de la science pour le meilleur soin délivré à son patient, et la restitution objective de ses actes à l'aide des "profils" fournis par le Service Médical de l'Assurance Maladie.

Ces "profils" de prescription, prenant en compte des prescriptions médicamenteuses et/ou cliniques, ne peuvent être fournis actuellement que par l'Assurance Maladie.

Ce "Groupe Qualité" allie la réponse à un besoin de formation et l'objectivation du service médical rendu au patient.

Il allie le respect de l'anonymisation des profils personnalisés dans le cadre d'une évaluation collective, et une relation de bonne intelligence entre les Médecins Libéraux et le service médical de l'Assurance Maladie.

Il aura fallu que des Médecins Libéraux "un peu fous" acceptent de "s'engager" dans cette démarche qualité pour qu'un aspect efficient de notre système de santé soit concret et non une utopie, qu'il s'inscrive dans une démarche de progression plutôt qu'une résistance au changement.

Il aura fallu que l'URPS Médecins Libéraux s'implique fortement dans ce projet "Groupe Qualité" pour que les institutions telles que l'Agence Régionale de Santé et l'Assurance Maladie lui emboitent le pas et qu'une convention tripartite soit signée pour la réalisation de ce projet.

Il aura fallu que le Coordonnateur "Groupes Qualité" (Dr Paul FREDENUCCI) soit compétent, tenace, déterminé et efficace, pour que de 11 Groupes de 10 Médecins en Mars 2010, nous en soyons à 21 "Groupes Qualité" qui démontrent la pertinence de cette démarche, et surtout son efficacité et son efficience.

Il aura fallu que l'URPS Médecins Libéraux PACA adhère à la



Fédération Française des Groupes Qualité (FFGQ), pour montrer que la région n'est pas isolée, et rejoint les 8 autres régions développant ce concept. L'Union fait la force.

Pour que ce projet expérimental se poursuive, et donc permette aux Groupes Qualité d'obtenir les profils personnalisés de prescription, un Organisme Agréé (O.A) DPC vient d'être créé sur le plan national pour être le relais du financement des indemnités des Médecins Engagés.

L'URPS Médecins Libéraux PACA peut-elle se permettre d'éviter l'adhésion à l'Organisme Agréé DPC « Groupes Qualité » ???

La poursuite de cette expérimentation qui testera tous les 6 mois la restitution des profils devra faire l'objet d'un nouvel audit dans les trois ans qui suivront la fin de l'expérimentation actuelle, soit en Mars 2016.

Des moyens sont nécessaires pour assurer la coordination du projet, et l'organisation des comités de pilotage et technique.

L'ARS PACA et l'Assurance Maladie pourront-elles tergiverser quant au financement de ces postes, alors que tout le volet indemnisation des Médecins sera maintenant assuré par la profession à travers le DPC, par l'intermédiaire de l'OA DPC Groupe Qualité.

Si ce que nous avons commencé à démontrer se confirme, le futur consacrera la descendance des "Groupe Qualités expérimentaux" : elle sera la **génération spontanée de "Groupes Qualité".**



**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 ÊTES CONFRONTÉS À DES CANCERS ATYPIQUES ? MELIERE EST LÀ...

par le Dr Guy RECORBET,
Généraliste à Marseille, Coordonnateur de la Commission Environnement et Veille Sanitaire

Depuis cette soirée du 6 mai 2010 qui a vu la présentation du projet par Denis MULLOR, beaucoup d'eau a coulé sous le pont de l'URPS.

De Commissions en Comités de Pilotage, de communications téléphoniques en réunions formelles ou informelles et après une grossesse difficile de..... 24 mois, MELIERE est né.

Pour lui permettre de grandir et de devenir mature il a besoin de toute sa famille, les médecins libéraux.

RAPPEL: DE QUOI S'AGIT-IL ?

Intellectuellement

- De signaler les cas de Cancers Atypiques afin de dresser une cartographie régionale d'apparition de ces cancers.

- D'optimiser la prise en charge de ses derniers par les médecins qui sont souvent démunis face une jeune femme de 45 ans, non fumeuse, qui présente un cancer pulmonaire ou par tout autre patient, jeune, qui présente une pathologie cancéreuse.

Politiquement

- De permettre à l'URPS Médecins Libéraux PACA d'être maître d'œuvre et propriétaire des données recueillies lors de ce travail.

- De confirmer le rôle incontournable des médecins dans les domaines de Santé Environnementale et de Santé Publique.

CANCERS ATYPIQUES : C'EST QUOI ?

Tout cancer qui, par l'âge du patient, par sa localisation, par sa présence répétée dans une même famille, par un environnement qui paraît à risque (personnel ou professionnel), interpelle

le médecin. MELIERE vise à mobiliser tous les médecins libéraux, en s'appuyant sur un outil extrêmement simple.

Ainsi, les items retenus sont :

- **Cancer du poumon avant 40 ans et fumeur**
- **Cancer du poumon avant 50 ans et sans tabagisme**
- **Leucémie aigüe**

Une rubrique libre "autre pathologie atypique" figure également sur le masque de saisie.

MÉTHODE

La réflexion de fond de la Commission et du Comité de pilotage (Copil) a porté sur la simplicité.

En effet le médecin est sollicité de toute part et a peu de temps à consacrer aux études et aux enquêtes.

Là en quelques clics :

www.urps-ml-paca.org, rubrique "MELIERE" il est assuré d'avoir une réponse automatisée dans un premier temps et personnalisée dans un deuxième.

Il peut analyser lui même l'apparition de cancers atypiques dans son environnement proche et améliorer le dépistage à partir de sa réflexion personnelle.

Le travail de recueil des données du Copil peut aider, à partir des cas signalés, à prendre conscience, dans une zone géographique, du risque d'apparition de ces cancers atypiques.

La devise des mousquetaires prend ici tout son sens "Un pour Tous, Tous pour Un".

Le masque de saisie du signalement

Les cas signalés seront catégorisés par le Copil :

- Cas peu atypique
- Cas atypique ne nécessitant pas de consultation spécifique.
- Cas atypique auquel une consultation est proposée.

Ce projet ambitieux n'a aucun équivalent en France et probablement dans le Monde, il est assuré par notre URPS ML PACA, en partenariat avec l'Institut Paoli Calmettes, en accord avec le Plan National Cancer et le Plan Régional de Santé Environnementale.

Il ne pourra vivre qu'avec le concours des médecins libéraux de la Région. Ne laissons pas passer cette chance de montrer notre rôle d'acteur dans la Santé environnementale qui sera sans nul doute une part importante de notre activité dans un futur proche. A nous de la faire reconnaître à sa juste valeur.



AIDONS NOS FUTURS CONFRÈRES !!!

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

Leur demande concerne essentiellement l'envoi de questionnaires auprès des Médecins Généralistes, pour le moment.

L'URPS Médecins Libéraux PACA s'engage à envoyer ces questionnaires remplissables en ligne vers les Médecins de la région PACA dont elle possède l'adresse mail.

Et cela gratuitement (L'URPS ML PACA prend en charge les frais d'envoi).

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

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

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

Dr Rémy SEBBAH

Secrétaire de l'URPS Médecins Libéraux PACA

Composition du Comité "Aide à la Thèse":

Dr Jean-François GIORLA,
Président de l'URPS Médecins Libéraux PACA
Dr Rémy SEBBAH,
Secrétaire de l'URPS Médecins Libéraux PACA
Dr Wilfrid GUARDIGLI,
Coordonnateur du Collège Généraliste
de l'URPS Médecins Libéraux PACA
Dr Hervé SAHY,
Rapporteur du Collège Généraliste
de l'URPS Médecins Libéraux PACA

ALERTE AUX ENTÉROBACTÉRIES MULTIRÉSISTANTES : LE NOUVEAU PÉRIL FÉCAL

par le Dr Jean BARETGE et le Dr Véronique MONDAIN, CIAB CHUN

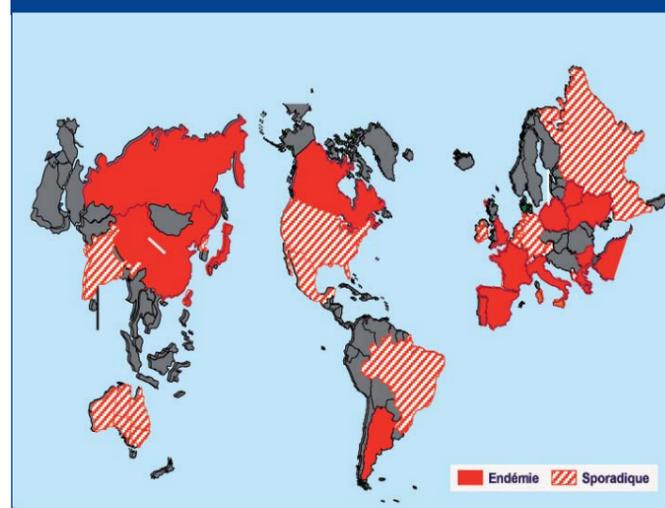
L'épidémiologie des entérobactéries et notamment des E.coli, est en train de changer rapidement, avec la dissémination mondiale d'un mécanisme de résistance appelé **BLSE (Béta Lactamase à Spectre Etendu)**, responsable d'une résistance à presque toutes les pénicillines et céphalosporines, et qui s'accompagne dans 2/3 des cas d'une résistance aux quinolones et au cotrimoxazole, et dans 1/3 des cas aux aminosides.

Trois phénomènes sont à l'origine de ce problème :

- la pression de sélection exercée par les antibiotiques, dans leur usage chez l'homme ou l'animal
- la facilité de diffusion du mécanisme de résistance au sein des entérobactéries liée à un support génétique transférable (plasmide)
- la transmission manuportée via le réservoir digestif communautaire (péril fécal)

A Nice, 6 à 12% des E.coli sont maintenant BLSE, mais dans les pays où il n'y a pas de maîtrise de l'utilisation des antibiotiques, et où le niveau d'hygiène est précaire, plus de 50% des souches sont multirésistantes (Asie, Afrique, Turquie, Grèce, Balkans..).

2005 : dissémination BLSE



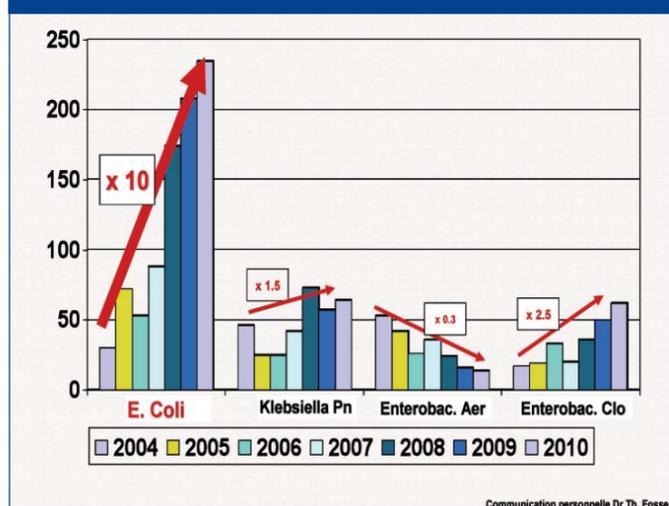
Cette dissémination des entérobactéries BLSE en médecine communautaire pose parfois des problèmes de diagnostic microbiologique, certains laboratoires d'analyse n'ayant pas les moyens nécessaires pour reconnaître ces mécanismes de résistance ou organiser une alerte au médecin traitant du patient.

Dans ce contexte, il y a **urgence** à mettre en place une organisation ciblée visant à améliorer chaque étape de la prise en charge des patients, du diagnostic microbiologique aux traitements, sans oublier les mesures d'hygiène. Des recommandations ont été rédigées par le Haut Conseil de Santé Publique :

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?ae=avisrapportsdomaine&clefdomaine=3&menu=09>.

Le CHU de Nice, en partenariat avec de nombreux acteurs de soin publics (CHG Antibes, Cannes, Draguignan, Fréjus, Grasse, Monaco) ou privés (Clinique Les Sources, Saint-Jean, Saint-George..) s'est organisé (**RésO InfectiO PACA Est**) pour mener une action multidisciplinaire intersectorielle.

Evolution du nombre de patients colonisés / infectés par une BLSE au CHU de Nice de 2004 à 2010



Nous avons élaboré des outils d'aide à la prise en charge de ces patients en ville :

Le KIT BLSE

Protocole thérapeutique
Check-list récapitulative des actions à mener
Fiche BMR à expliquer aux patient

Nous le mettons **à disposition de tous les médecins**, soit par le biais des Laboratoires d'Analyse Médicale qui participent au projet (Labazur, Labco, Bio-Esterel, Coïc-Amrane, Novetia, Vigibio), soit en contactant directement le **04 92 03 96 88** (N° de téléphone du conseil en Infectiologie ouvert aux professionnels de santé de PACA-Est).

Cette organisation, en dehors de sa vocation première qui est le service rendu aux patients, permettra de connaître et de suivre l'épidémiologie de ces bactéries et l'impact de nos actions en retournant les check-lists pour évaluation.

La France, après un effort notable ces dernières années, voit le niveau de consommation des antibiotiques remonter, et est encore **en 2009 à la 3^{ème} place en Europe, derrière la Grèce et Chypre !!**

Dans le cadre de la prévention, rappelons **toutes les situations pour lesquelles il n'y a pas lieu de prescrire un antibiotique** :

- angines à TDR négatif,
- bronchites aiguës ou chroniques stade 1,
- colonisation urinaire.

Attention à l'usage des quinolones en probabliste étant donné la fréquence des résistances.

Sensibilisons nos patients aux règles d'hygiène simples mais incontournables et efficaces, comme le lavage des mains après usage des toilettes et avant les repas.



Dans cette optique, des actions d'éducation sur les infections et leur transmission sont entreprises dans de nombreux établissements scolaires en France et en Europe (projet **e-bug** où Nice est le centre référent national).

Notre réseau a également comme ambition de travailler avec **d'autres acteurs** (vétérinaires, agences de voyage, médias..) pour diffuser ces informations et tenter de **modifier les comportements** à l'échelon sociétal.

Tous ceux qui se sentent concernés et souhaiteraient travailler avec nous sont les bienvenus.

EN BREF

Calendrier vaccinal 2012

Quels vaccins doit-on faire ? A quel âge ? Une fois pour toutes ?

Pour promouvoir les recommandations du calendrier vaccinal, le CRES PACA réalise chaque année le disque vaccinal que vous trouverez à l'adresse suivante : <http://cres-paca.org/vaccination/index.php>, et qui vous permet, en cliquant sur une tranche d'âge, de visualiser les vaccins à faire ou à mettre à jour.

Le calendrier vaccinal fixe en effet chaque année les vaccinations applicables aux personnes résidant en France, selon l'avis du Haut conseil de la santé publique.



EVOLUTION (RÉVOLUTION ?) DE LA RELATION MÉDECIN-PATIENT ET QUALITÉ DES SOINS APRÈS L'AVÈNEMENT (L'ÉVÈNEMENT) DU PAIEMENT À LA PERFORMANCE EN FRANCE

par le Dr Pierre-Jean PRADELLE, Généraliste à AVIGNON

Après la concertation des partenaires sociaux et le choix de signer la nouvelle convention, l'épreuve de la consultation vient déranger les certitudes des uns et modérer les incertitudes des autres ...

Une aire nouvelle s'est ouverte avec le paiement à la performance apparu dans la dernière convention signée par les partenaires sociaux ;

Certes le raisonnement qui a poussé les médecins à signer cette convention, en plus du blocage de leurs honoraires, c'est qu'en temps de crise il n'y a pas de petites économies pour autant qu'elles ne mettent pas en danger l'individu et à travers lui la société toute entière : ce qui reste à prouver ;

Largement inspiré du modèle anglo-saxon, ce nouveau mode de rémunération fait redouter à nombre de médecins libéraux des effets pervers déjà dénoncés chez nos voisins par de nombreuses études (cf. bibliographie en fin d'article).

L'expérience des britanniques et celle des USA depuis 2004 montrent bien des incertitudes en matière d'efficacité et se révèlent bien peu flatteuses en matière d'amélioration de la qualité des soins.

Le colloque singulier médecin-patient va-t-il souffrir de ce risque de manque de franchise lors de l'échange communicatif médecin-patient, les véritables motivations à soigner disparaissant plus ou moins derrière une multitude de préconisations évolutives et mal

évaluées, à l'impact incertain sur la santé publique à long terme.

Les auteurs australiens d'un article paru dans le BMJ le 14 août 2012 sur les résultats obtenus par les pays appliquant ce mode de rémunération depuis plusieurs années (Etats unis, Australie, Royaume Uni) concluent de façon très nuancée sur le bénéfice réel de cette méthode, pire ils avancent qu'elle pourrait bien être contre-productive.

Les anglais n'ont pu éliminer les risques qui consistent à privilégier l'intérêt de la rémunération sur celui du patient : ne plus soigner voire exclure des patients peu observant devenant les victimes abusives de réprimandes et de culpabilisation face à de mauvais résultats imputés (à tort ou à raison) au non-respect des consignes est aussi devenu le moyen d'améliorer ses statistiques et donc ses primes.... Quel paradoxe lorsque l'on connaît tous la valeur de l'empathie et son efficacité pour entraîner une meilleure adhésion aux différents projets thérapeutiques.

A contrario quelles ressources et quelles motivations autres que financières va-t-on donner aux médecins confrontés à des patients difficiles, peu compliant et/ou cumulant de multiples problèmes psychiatriques, sociaux, diététiques avec des comportements difficilement maîtrisables face à la malbouffe, happés par une société de consommation sans pitié pour les petits budgets (sucres lents, sodas, graisses, huiles de palme...publicités mensongères et

omniprésentes aux heures de grande écoute et pour les enfants, absence totale de veille sanitaire scolaire, d'information et de suivi des adolescents en difficulté)

En effet les problématiques multiples et chronophages de ces patients - pour lesquels le seul rempart à l'abandon des soins est sans doute l'empathie développée lors du colloque singulier médecin-patient dans un rapport de confiance où seul l'objectif individuel de santé du patient compte - risquent d'être davantage marginalisées, sans écoute et finalement sans réponse adaptée.

Ce colloque singulier médecin-patient si cher à notre médecine française et défini par le serment d'Hippocrate, pourrait souffrir d'un certain manque de transparence voire de franchise lors de l'échange communicatif médecin-patient. Ce moment clé (bientôt transformé en instant clé...) de la santé de chacun souffre déjà de la pression mise sur la prescription de génériques qui soustrait au temps thérapeutique un temps précieux en nécessitant d'expliquer de façon redondante le pourquoi économique de leur raison d'être (pour autant que l'on puisse avancer des certitudes !).

Toutes ces frustrations subies par le patient en consultation et partiellement issues d'une insuffisance de communication nationale sur le sujet peut entraîner le patient dans un certain nomadisme médical voir une désertification de la prise en charge très

délétère par la suite en terme de prévention, puisqu'à terme, on le sait, les pathologies lourdes mal prises en charges gangrèneront les services hospitaliers pour des thérapeutiques plus souvent palliatives avec au final les pertes d'autonomie que les discours politiques prétendent combattre.

Sur le plan philosophique, si l'on s'en réfère à Adam Smith, philosophe écossais qui pausa les bases du libéralisme, l'individu éprouve de la sympathie pour ses semblables, ce qui est le cas des médecins libéraux ; mais il est aussi mu par ses propres intérêts ... et pour Smith réaliser son propre bonheur, c'est aussi réaliser le bien de tous.

Dans ces conditions, où situe-t-on le bonheur du médecin de demain ? Dans son épanouissement personnel au travail, certes, qui passe par sa capacité à vivre heureux (donc avec des moyens...) et à celle de rendre ses patients heureux ou en tout cas moins malheureux (voire à les convaincre qu'ils le sont ou le seront).

Hors pour être épanoui, le médecin ne doit-il pas être convaincu du bien-fondé de ses actions plutôt que motivé par l'appât des gains que la société en crise peine à lui concéder ?

Et où place-t-on les curseurs de l'efficacité ? Doit-on les pondérer eux aussi en fonction d'objectifs économiques, de résultats chiffrés, de durée de vie, de qualité de vie, de maintien au travail, de maintien à domicile, de bonheur espéré, de malheur évité, de confort de vie, de bonheur ressenti, d'exigences satisfaites ? A ce jour il semblerait que seuls aient été pris en compte des critères économiques à un temps t, ce qui ne présage pas de l'état de santé de la population de demain à t+n.

Par ailleurs des études au Royaume-Uni commencent à démontrer que les cibles choisies peuvent atteindre assez rapidement des seuils qu'il est ensuite impossible de faire évoluer ; que deviendra alors la rémunération basée sur des progrès ? Quel avenir pour ces

cibles quand on sait qu'elles évaluent davantage les actes médicaux que le véritable impact sur la santé du patient ? Et de quels patients puisque le risque de sélection adverse (antisélection) n'a pas même été écarté outre-Manche : les anglo-saxons n'ont en effet pu éliminer le risque majeur qui consiste à exclure les patients peu observant du système de soins afin de ne pas léser les statistiques sur lesquelles vont reposer les rémunérations des médecins généralistes.

Certes l'on peut améliorer des statistiques sur le papier en sélectionnant le haut de la courbe de Gauss des patients compliant, mais globalement fait-on mieux en Angleterre qu'auparavant ?

C'est pourquoi le choix des objectifs auxquels ne prennent pas directement part les médecins sera déterminant dans l'avenir de ce mode de rémunération, ainsi que la capacité des syndicats et des partenaires sociaux de les faire évoluer en n'hésitant pas à les remettre en cause partiellement ou en totalité si des études- que nous sommes tous



ÉVOLUTION (RÉVOLUTION ?) DE LA RELATION MÉDECIN-PATIENT ET QUALITÉ DES SOINS APRÈS L'AVÈNEMENT (L'ÉVÈNEMENT) DU PAIEMENT À LA PERFORMANCE EN FRANCE

en droit d'attendre en tant que citoyens-venaient à conforter la première impression des anglo-saxons qui pour l'instant restent très réservés sur le bilan de ces actions déjà éprouvées depuis plusieurs années chez eux.

L'avenir nous dira si soigner sans contraintes économiques arbitraires comme le revendiquent certains d'entre nous, c'est davantage que de la compassion, si chère aux médecins libéraux, avec au final autant de qualité, et s'il ne s'agit pas en fait simplement de continuer à viser (comme ils ont le sentiment de l'avoir toujours fait) à l'épanouissement des citoyens et donc de veiller à la bonne santé collective, elle-même source d'efficacité économique ; cette notion ultra-libérale qui replace le travail comme seule source de richesse matérielle, préconisant de préserver l'homme et son bien le plus précieux en lui apportant et maintenant un capital santé exceptionnel, est une vision globale du bien être de notre société qui repose sur le constat évident que le travail et les conditions de vie sont intimement liés à l'état de santé de chacun.

La lourde charge qui consiste à agir autant en prévention qu'en échanges apaisés lors des consultations médicales repose de toute façon sur les médecins à qui la société est redevable de certains moyens et d'une sérénité sociale : le temps patient doit donc rester un chèque en blanc et ne se négociera pas de façon perversité contre du temps administratif détériorant la qualité relationnelle génératrice d'efficacité.

En effet la compassion que le médecin traduit par de l'empathie pour son malade peut être mise à mal par des

contraintes trop lourdes administrativement et trop incertaines lorsqu'érigées en principes pour des raisons économiques.

Dans cette relation médecin malade, Pascal dirait que les principes premiers viennent du cœur et de l'instinct. Jusque-là le cœur et l'instinct, sans cesse guidés par les progrès de la science ont plutôt bien fait les choses en France en matière de satisfécit (plus de 90% des patients satisfaits de leur médecin, progression somme toute très faible des procédures et des plaintes à leur égard, augmentation inégalée de la durée de vie ... une égalité d'accès et un maintien d'une couverture sociale à moindre coût grâce aux conventions avec les caisses : bref un système de soins qui fait des envieux ...)

La prudence s'impose donc quant à se polariser sur l'équilibre des comptes alors que l'équilibre social et l'efficacité économique sur le plan du travail ont une

longueur d'avance sur bien d'autres pays (y compris les Etats-Unis où l'on a vu récemment combien Barack Obama peinait à modifier un tant soit peu le système pour permettre un plus large accès aux soins) : la confiance du patient pourrait être altérée par une trop grande rigidité et des normes trop draconiennes en matière de résultats attendus (comme l'hémoglobine glycosylée, pour laquelle il n'a jamais été établi qu'elle augmentait la qualité de la prise en charge en fonction de la fréquence de surveillance et des taux escomptés, des études montrant même le contraire sur la durée de vie ...).

La qualité relationnelle du patient avec son médecin est la clé de voûte garantissant un bon suivi et une meilleure compliance au traitement ; elle doit s'adapter individuellement et rester souple en fonction du type de personnalité du binôme : en ce sens ne pas faire clairement de distinction entre ce qui est logique, intuitif et la plupart du temps déjà éprouvé par l'expérience du

médecin s'appuyant sur l'EBM et des recommandations validées par des pairs, et des principes arbitraires imposés pour des raisons d'économie, risque de dégrader cette relation de confiance au bénéfice du doute, grand pourvoyeur de stress, d'inquiétude, de nomadisme médical et de réassurance par le biais d'examen complémentaires autant coûteux qu'inutiles.

Une médecine déshumanisée pourrait en découler si l'on n'y prend pas garde en restant toujours très vigilants sur l'appât financier que représente le P4P ; car il sera tentant pour les pouvoirs publics de ne pas revaloriser la consultation et les actes médicaux afin d'accroître cette contrainte de « performance » en nourrissant des espoirs d'économies chiffrées à court terme sur les médecins et les patients.

Bref, le paiement dit à la performance a fait son entrée discrète dans la consultation médicale sans emporter la conviction par défaut de preuve : l'épreuve qui nous attend est donc de réussir à démontrer leur pertinence ou de dénoncer leur impertinence afin de préserver le colloque singulier médecin-patient qui est notre seule richesse avec notre savoir, issus tous deux de notre investissement professionnel très chronophage et que nous devons transmettre

à la jeune génération avec la certitude qu'ils ont fait le bon choix.

Que l'on fasse des progrès en matière d'accueil, de qualité de prise en charge, d'hygiène, de prévention et de suivi est une évidence qui n'a pas attendu cette convention pour se réaliser : les médecins ont toujours su évoluer avec leur temps, et continueront à se préserver des idées qui, brillantes sur le papier, n'apporteraient rien de mieux que ce qu'ils savent faire au quotidien depuis toujours dans leurs consultations. Pour cela ils continueront à se battre pour pouvoir réaliser de façon égalitaire le juste soin au juste prix et au moindre coût.

Bibliographie :

Bevan G, Hood C (2006) *Have targets improved performance in the English NHS?* BMJ.
Beaulieu, N., Cutler, D., Ho, K., et al. (2006) *The Business Case for Diabetes Disease Management for Managed Care Organizations*, (2006) *Forum for Health Economics & Policy*
Birkmeyer N., Birkmeyer J. *Strategies for improving Surgical quality-should payers reward excellence or effort?* *N Eng J Med*, 2006 354,8:864-70
Bras PL, Duhamel G., *rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères,*

rapport IGAS RM2008-047P
The side effects of "P4P" Douglas Kamerow BMJ 2007; 334:0.2 (Published 28 June 2007)
Rémunération à la performance dans le contexte sanitaire français : Etat des lieux et perspectives HAS Juillet 2008
Vaghela, P. et coll (2009). *Population intermediate outcomes of diabetes under pay-for-performance incentives in England from 2004 to 2008. Diabetes Care 32(3) : 427-429*
Gubb J (2009) *Have targets done more harm than good in the English NHS? Yes. BMJ. 16;338:a3130*
Bevan G (2009) *Have targets done more harm than good in the English NHS? No. BMJ.16;338:a3129*
Reeves D., Doran, T. Valderas J., Kontopantelis E., Trueman P., Sutton M. *How to identify when a performance indicator has run its course, BMJ 2010*
Serumaga, B., Ross-Degnan, D., Avery, A.J., Elliott, R.A., Majumdar, S.R., Zhang, F., Soumerai, S.B., (2011) *Effect of pay for performance on the management and outcomes of hypertension in the United Kingdom : interrupted time series study. BMJ, 342 : p. d108*
Lessons from America Richard Jenkins (Published BMJ 17 January 2012)
Le quotidien du médecin : le bémol des expériences étrangères (28.08.2012)-BMJ 14 aout 2012



**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**

PRÉSERVER LES ANTIBIOTIQUES : L'ENJEU MAJEUR DE SANTÉ PUBLIQUE DES PROCHAINES ANNÉES

par le Pr. Dellamonica, CHU de Nice

Dans le cadre de la déclinaison régionale du Plan National d'alerte sur les antibiotiques, l'ARS PACA a demandé au Professeur Dellamonica quels sont les enjeux majeurs du bon usage des antibiotiques.

Les antibiotiques sont des "médicaments miracles" qui ont sauvé des millions de patients atteints d'infection. C'est la seule classe thérapeutique qui agit sur des cibles qui ne sont pas constituantes de nos cellules. De plus, les antibiotiques n'agissent pas spécifiquement sur l'espèce bactérienne qui nous agresse en générant une maladie, mais sur les très nombreuses espèces bactériennes vivant sur nos muqueuses et sur notre peau.

Ces bactéries constituent nos flores et contribuent à notre équilibre ; par exemple par l'aide à la digestion et la production de vitamine K dans le tube digestif. Sur notre peau et nos muqueuses, elles jouent un rôle "barrière" empêchant l'implantation d'autres espèces potentiellement pathogènes. Tout traitement antibiotique éradique les bactéries sensibles de nos flores. Il ne reste que les résistantes.

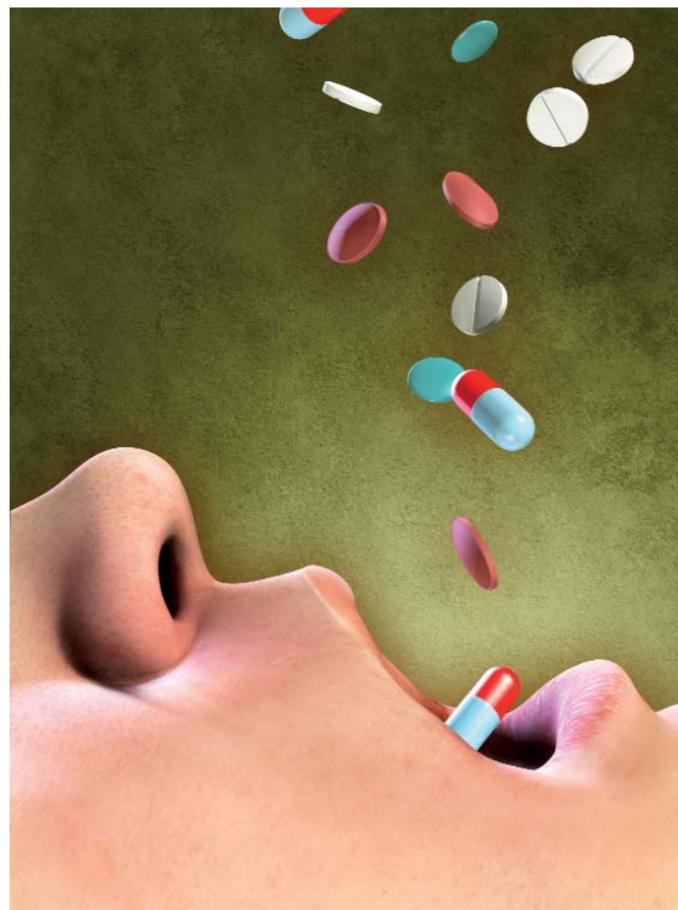
Les bactéries se défendent des antibiotiques en activant des mécanismes de résistance qui peuvent être transmis d'une espèce à une autre. Les antibiotiques, lors d'un traitement, sont excrétés, on les retrouve dans les effluents et donc dans l'environnement où ils continuent d'exercer leur activité pour la majorité d'entre eux. Un patient ou un animal traité peut rester porteur de bactéries résistantes pendant une période variable parfois très longue (quelques mois à plusieurs années), qu'il excrète contribuant à la diffusion des bactéries résistantes dans l'environnement. S'il développe ultérieurement une infection (urinaire, intra-abdominale...), celle-ci peut être due à ces bactéries résistantes. Les personnes proches d'un patient ou d'une personne porteuse de ces bactéries devenues résistantes peuvent les transmettre par les mains...

Les antibiotiques apportent un bénéfice individuel, mais ils ont un effet "écologique" par la sélection des bactéries résistantes qui génère un risque individuel et collectif.

La résistance des agents infectieux aux antibiotiques a augmenté ces dernières années de façon très inquiétante. Les échecs thérapeutiques sont de plus en plus fréquents.

A l'échelon européen, il a été estimé en 2010 que 25 000 personnes décèdent chaque année en relation avec une infection à bactérie multirésistante. Le problème est particulièrement préoccupant car la recherche de nouveaux antibiotiques est en panne. Il n'y aura pas d'antibiotiques innovants dans les 7 à 10 ans à venir.

L'étude des consommations européennes montre clairement que certains pays consomment 2 à 3 fois plus d'antibiotiques que d'autres (figure n°1). La résistance bactérienne aux antibiotiques évolue dans le même sens que la quantité d'antibiotiques utilisée. C'est la raison pour laquelle nous avons lancé un programme ciblé sur le bon usage dans les Alpes-Maritimes en 2000 (campagne "Antibios quand il faut") qui a fait la preuve que la baisse de la consommation pouvait entraîner une baisse de la résistance.



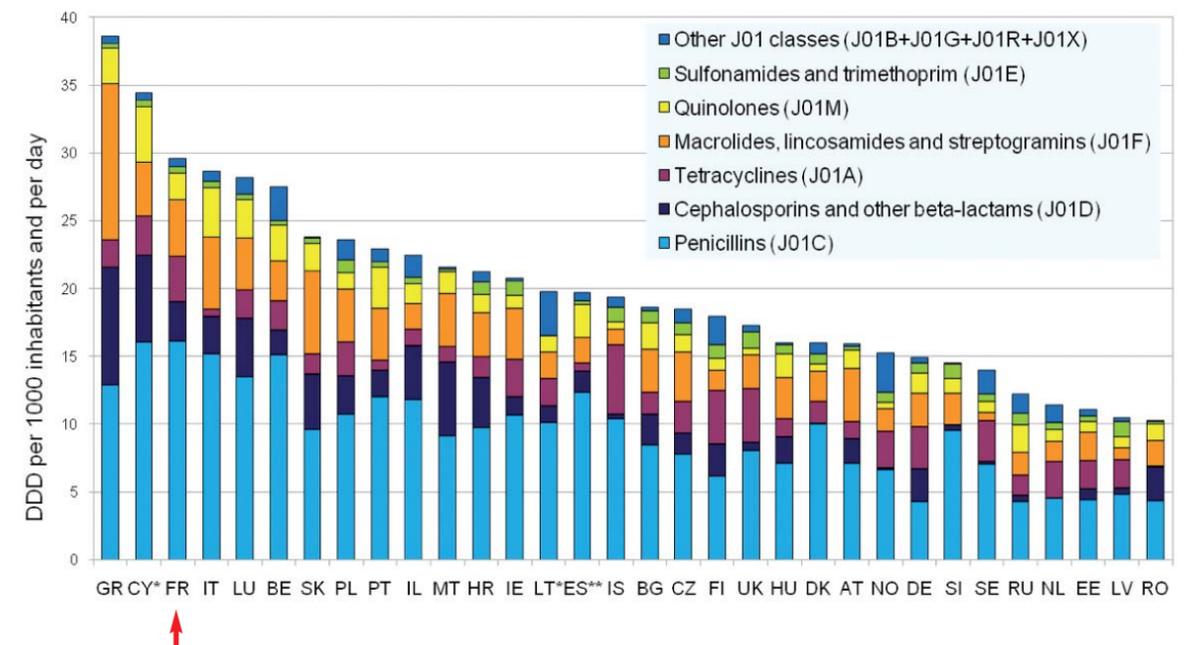
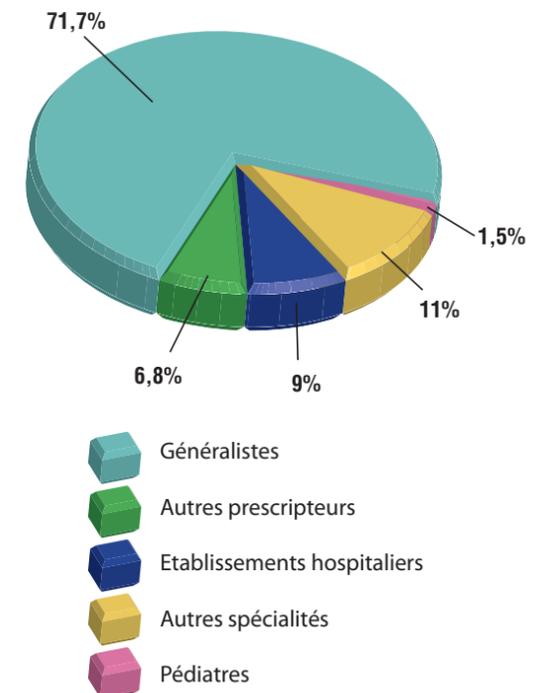
Cette campagne a ensuite été relayée par l'Assurance Maladie, à partir de 2002, par la campagne "Les antibiotiques, c'est pas automatique", puis "Les antibiotiques utilisés à tort deviendront moins forts".

Le bon usage doit donc aussi associer un moindre usage. Un usage plus raisonné a été promu dans beaucoup d'établissements de soins, mais les établissements de soins de suite et réadaptation (SSR) et les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ont une marge d'amélioration importante. Leurs prescriptions sont assimilées aux prescriptions de ville qui représentent 71% en 2009 (figure n°2) de la totalité des prescriptions.

Le problème de la résistance est mondial, puisque l'on sait maintenant que les voyageurs peuvent facilement contracter ces bactéries multi-résistantes dans les pays en voie de développement dans lesquels il n'y a aucun contrôle de la qualité de l'usage.

Ceci amène à proposer une mobilisation générale à l'échelon mondial (figure n°1), afin que l'on puisse préserver l'efficacité des antibiotiques.

Prescriptions d'antibiotiques en ville en 2009





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

par le Dr Richard BOVET,
Généraliste à TOULON.

L'EPRUS, établissement public administratif, est un opérateur du ministère en charge de la Santé. L'EPRUS a été institué par la loi du 5 mars 2007 modifiant le code de la santé publique.

Il possède deux missions principales :

- la mise en place, la gestion administrative, financière et opérationnelle d'une réserve sanitaire de l'Etat ;
- la gestion des stocks stratégiques des produits de santé de l'Etat (antidotes, antiviraux, dispositifs médicaux, etc.).

Nous aborderons dans cet article le premier volet :

LA MISE EN PLACE, LA GESTION ADMINISTRATIVE, FINANCIÈRE ET OPÉRATIONNELLE D'UNE RÉSERVE SANITAIRE DE L'ÉTAT

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

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

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

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



L'EPRUS travaille en étroite collaboration avec l'ensemble des organismes compétents, parties prenantes de la gestion des crises en France et à l'étranger :

- La Direction Générale de la Sécurité civile et de la Gestion des Crises, le Service de Santé des Armées, le centre de crise du ministère des Affaires étrangères et européennes...
- La Croix Rouge Française, la Société Française de Médecine de Catastrophe (SFMC), la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), l'association « Les transmetteurs », ...
- Les représentations des professionnels de santé, le SAMU de France, l'Association des Médecins Urgentistes de France (AMUF), l'Association Nationale des Étudiants en Médecine de France (ANEMF), ...
- Les ONG : Médecins Sans Frontières, Médecin Du Monde, Bioforce.

LA RÉSERVE SANITAIRE: UN DISPOSITIF RÉACTIF, SOUPLE ET INNOVANT FONDÉ SUR LE VOLONTARIAT AU SERVICE DE LA POPULATION

L'engagement dans la Réserve Sanitaire est une démarche volontaire et un acte citoyen. Il prend la forme d'un contrat de 3 ans établi entre le volontaire et l'EPRUS et d'une convention passée avec l'employeur du réserviste.

L'ensemble des professionnels de santé est concerné par la Réserve Sanitaire.

L'extrême variété des crises sanitaires nécessite l'adhésion à cette démarche citoyenne de tous les métiers de la santé, y compris les étudiants et les retraités du secteur médico-social depuis moins de 5 ans.

L'employeur du professionnel de santé est associé à chaque étape de la vie du réserviste – engagement, mobilisation, formation.

Ce fonctionnement tripartite évite la désorganisation des activités de soins dès lors que la Réserve Sanitaire serait sollicitée.

Un dispositif qui protège ses réservistes

De par un cadre législatif et réglementaire singulier, l'EPRUS assure une reconnaissance institutionnelle et un statut protecteur pour ses réservistes.

Cette protection à la fois juridique et économique permet le maintien de la rémunération pour les salariés, une indemnisation pour les professionnels de santé libéraux, ainsi que la prise en charge intégrale des frais de mission.

Dans le cadre opérationnel, le pôle Réserve Sanitaire assure un dispositif d'encadrement et une logistique globale pour suivre au quotidien les réservistes envoyés en mission. Tout événement indésirable survenant en mission et concernant le réserviste fait l'objet d'une prise en charge immédiate par l'EPRUS.

Valorisation et maintien des compétences professionnelles

L'une des missions essentielles de l'EPRUS est de maintenir en permanence la capacité opérationnelle de la Réserve Sanitaire et de ses professionnels de santé.

Grace à l'ensemble des outils de formation, le réserviste acquiert des compétences qui le valorisent dans ses pratiques quotidiennes, mais aussi auprès de son employeur.

La durée de mobilisation pour les missions et les formations accomplies au titre de la Réserve Sanitaire ne peut excéder 45 jours cumulés par année civile.

LES RISQUES SANITAIRES

On définit généralement le domaine de la sécurité sanitaire comme « l'ensemble des programmes, décisions et actions visant à protéger la population contre tous les dangers et les risques considérés comme échappant au contrôle des individus et définis à ce titre comme relevant des pouvoirs publics et de leur régulation ». On peut également définir le risque sanitaire comme une menace pour l'état de la santé de la population conjuguée à un risque de déstabilisation des pouvoirs publics chargés de la sécurité sanitaire.

La gestion des risques sanitaires en France consiste généralement à explorer différentes hypothèses de réponse à une crise et de mesurer leurs conséquences puis de mettre en œuvre les mesures



permettant de prévenir, réduire, réparer ou compenser les risques identifiés. Cette approche s'est traduite par :

- la mise en place d'un système de veille et d'évaluation
- l'élaboration de normes garantissant un niveau élevé de protection sanitaire et de règles encadrant certaines activités (normes, lois, guides de bonnes pratiques, autorisations, décisions de police sanitaire...);
- la production des plans de réponse aux urgences sanitaires et aux situations exceptionnelles (ex : plan de pandémie grippale, plans blancs, plan biotox,...);
- l'information des populations et le développement d'une culture partagée du risque dans la société (ex : campagne de sensibilisation, éducation,...)

LES CATASTROPHES SANITAIRES

Parmi les différentes menaces citées précédemment, il convient de distinguer celles qui sont à l'origine des catastrophes sanitaires.

On entend par catastrophe sanitaire tout événement entraînant une crise majeure pendant laquelle par définition la réponse sanitaire n'est plus suffisante pour prendre en charge l'afflux de victimes. Cette situation entraîne inexorablement une désorganisation du système de soin habituel. Une catastrophe sanitaire se distingue à la fois par le nombre de victimes et par le délai réduit de leur apparition. On peut répertorier les aléas à l'origine d'une catastrophe sanitaire en plusieurs catégories :

- risques technologiques (ex : AZF, Tchernobyl);
- risques naturels (ex : tsunami en Indonésie, tremblement de terre au Pakistan, Ouragan Katrina en Nouvelle Orléans);
- risques terroristes hors NRBC (ex : attentats du 11 septembre 2001, attentats du 11 mars) et NRBC (ex : attentat au gaz sarin à Tokyo en 1995, anthrax, potentielle menace variole); les risques épidémiques (ex : pandémie de grippe, SRAS, peste, rage, chikungunya, dengue, variole, ebolavirus).

Dans chacun de ces exemples on dénombre un potentiel de victimes très élevé avec une croissance du nombre de victime qui est très rapide dans le temps. La capacité de réponse du

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

système de soin présente dans la zone où se déroule la catastrophe est dépassée et des renforts sont nécessaires. La Réserve Sanitaire a pour vocation de déployer rapidement en complément des moyens de renfort locaux et zonaux existants les renforts nécessaires pour la prise en charge de ces nombreuses victimes. Le temps est un enjeu central de la réponse à mettre en œuvre dans ce genre de contexte.

Il existe par ailleurs des risques liés à l'environnement ou à l'alimentation (amiante, plomb, OGM, ondes radio, encéphalopathie spongiforme bovine « ESB », mélamine, etc.) qui se sont traduits jusqu'à présent par des événements à cinétique lente. Toutefois, une pollution ou l'émergence d'un nouvel aléa pourrait également entraîner un grand nombre de victimes dans un délai très court.

LA GESTION DES CRISES SANITAIRES

La gestion de crise peut être définie comme l'ensemble des modes d'organisation, des techniques et des moyens qui permettent à une organisation de se préparer et de faire face à la survenance d'une crise puis de tirer les enseignements de l'évènement pour améliorer les procédures et les structures dans une vision prospective.

Il désigne aujourd'hui les situations pendant lesquelles le système de prise en charge sanitaire se retrouve dépassé.

Quel que soit le type d'évènement auquel il faut faire face, la gestion de crise présente certaines caractéristiques permanentes :

- une capacité d'action et de décision. La situation étant avant tout une situation d'urgence, il est déterminant de percevoir rapidement les priorités et les décisions les plus adaptées aux circonstances ;
- une organisation spécifique. Il s'agit de la cellule de crise qui permet de rassembler les efforts des différents intervenants. Le préfet en France, est au centre de l'ensemble du dispositif, il veille à l'unité et à la cohérence des différentes interventions.

Dans le domaine de la santé, la gestion de crise sanitaire reprend les caractéristiques de la gestion de crises « classique ». La gestion des situations d'urgence comprend la coordination et la conduite des opérations de secours en cas de crise, et le financement des mesures d'urgence.

MOBILISATION DE LA RÉSERVE SANITAIRE

En cas de crise sanitaire sur le territoire français, les réservistes mobilisés sont mis à disposition de l'autorité requérante : directeur de l'Agence Régionale de Santé et/ou autorité préfectorale territorialement compétente.

L'ARS concernée pilote l'affectation des réservistes sanitaires sur sa zone de compétence, en fonction de la typologie et de la nature de la crise sanitaire. Les réservistes sanitaires peuvent

alors être mis à disposition des acteurs sanitaires locaux pour venir renforcer les organisations de soins (par exemple, directeurs d'établissement, directeurs de SAMU, etc....)

A l'international, les réservistes sont mis à disposition du CDC et/ou de l'ambassade concernée, et s'intègrent alors dans un dispositif plus global en fonction des consignes données par le MAEE. Les moyens opérationnels déployés par l'EPRUS (Réservistes sanitaires, médicaments).

La durée moyenne prévisible des missions opérationnelles accomplies au titre de la Réserve Sanitaire est d'environ 10 jours. Elle ne peut pas excéder 45 jours cumulés par année civile. Cette durée peut être portée à 90 jours sur décision des ministres chargés de la santé et de la sécurité civile en cas de situation exceptionnelle.

En cas de catastrophe sanitaire sur le territoire français, les mesures de réponse immédiate sont mises en œuvre par les secours usuels (SAMU, sapeurs-pompiers...) dans le cadre des plans spécifiques.

Les hôpitaux voient leur plan blanc déclenchés (plan blanc départemental et/ou plan blanc élargi), et l'ensemble des informations remonte au niveau des ARS, et ARS de Zone pour y être traitées.

Le Département des Urgences Sanitaires de la Direction Générale de la Santé (DUS - Ministère de la santé) est immédiatement averti.

En fonction des informations et éléments recueillis, et si les moyens de la zone de défense ne sont pas capables de faire face à la crise sanitaire, la Direction Générale de la Santé prend les mesures adaptées. La Réserve Sanitaire peut alors être déclenchée par le Département des Urgences Sanitaires, grâce à un arrêté conjoint signé par le ministre chargé de la Santé et le ministre de l'Intérieur.

L'EPRUS devra ensuite mobiliser les réservistes en répondant aux besoins d'affectations (nombre, qualification, durée de mobilisation, zone géographique, etc.) évalués par les ministères, les préfets ou les autorités locales compétentes au niveau international. Conformément à l'engagement qu'ils ont souscrit, les réservistes rejoignent leur affectation aux lieux prévus et dans les conditions qui leur sont assignées.

En cas de crise sanitaire à l'étranger, le poste diplomatique concerné (ambassade) et/ou le CDC (Centre de Crise du Quai d'Orsay), émettent une demande de moyens médicaux (réservistes sanitaires) au ministre chargé de la Santé. La mise en alerte de la Réserve Sanitaire est validée par le ministre chargé de la Santé, grâce à un arrêté de mobilisation, et l'EPRUS met à disposition du MAEE les réservistes sanitaires requis. L'action opérationnelle de l'EPRUS (ressources en professionnel de santé, médicaments) rentre alors dans le cadre des crises touchant les français de l'étranger (assistance aux ressortissants

français et/ou européens, etc.) ou dans le cadre de l'action humanitaire d'Etat : à ce titre, l'action de l'EPRUS diffère de l'action engagée par les différentes ONG.

Depuis le début de l'année 2011, de nombreuses missions ont été réalisées par les réservistes sanitaires

COMMENT S'INTÈGENT LES RÉSERVISTES DE L'EPRUS DANS UN DISPOSITIF DE SECOURS ?

En cas de crise sanitaire sur le territoire français, les réservistes mobilisés sont mis à disposition de l'autorité requérante : directeur de l'Agence Régionale de Santé et/ou autorité préfectorale territorialement compétente.

L'ARS concernée pilote l'affectation des réservistes sanitaires sur sa zone de compétence, en fonction de la typologie et de la nature de la crise sanitaire. Les réservistes sanitaires peuvent alors être mis à disposition des acteurs sanitaires locaux pour venir renforcer les organisations de soins (par exemple, directeurs d'établissement, directeurs de SAMU, etc....)

A l'international, les réservistes sont mis à disposition du CDC et/ou de l'ambassade concernée, et s'intègrent alors dans un dispositif plus global en fonction des consignes données par le MAEE. Les moyens opérationnels déployés par l'EPRUS (Réservistes sanitaires, médicaments).

A noter : Les réservistes sanitaires mobilisés par ailleurs au titre de la réserve opérationnelle ainsi que les médecins, pharmaciens ou infirmiers sapeurs-pompiers volontaires du service de santé et de secours médical du service départemental d'incendie et de secours ne pourront être mobilisés au titre de la Réserve Sanitaire.

La durée moyenne prévisible des missions opérationnelles accomplies au titre de la Réserve Sanitaire est d'environ 10 jours. Elle ne peut pas excéder 45 jours cumulés par année civile. Cette durée peut être portée à 90 jours sur décision des ministres chargés de la santé et de la sécurité civile en cas de situation exceptionnelle.

Les missions dites "d'intervention"

Les professionnels de santé qui ont vocation à y participer reçoivent une formation adaptée, les préparant à faire face à des situations sanitaires dégradées et à évoluer sur les théâtres de catastrophes.

Lors de crises sanitaires graves, la Réserve Sanitaire peut renforcer l'offre de soins sur le territoire national ; **qui plus est, à la demande du ministère des Affaires étrangères et européennes, elle peut également intervenir à l'étranger.**

Lors de situations sanitaires dégradées, une mission "d'intervention" de la Réserve Sanitaire a notamment pour objectifs :

- d'appuyer de façon ponctuelle l'offre de soins locale ;
- de participer à la protection et au secours des citoyens sur

le territoire métropolitain et ultra-marin, de nos expatriés à l'étranger ;

- de participer à la protection de populations locales meurtries dans le cadre de l'aide humanitaire d'Etat.

A l'exception des étudiants en cursus médical et des anciens professionnels de santé ayant cessé d'exercer leur profession depuis moins de 5 ans, qui ont vocation à participer à des missions dites "de renfort", l'ensemble des professionnels de santé appartenant aux catégories suivantes peuvent entrer dans la Réserve Sanitaire et participer, s'ils le souhaitent, à des missions dites d'intervention :

- Les professionnels de santé
- Les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale ;
- Les ingénieurs du génie sanitaire, les ingénieurs d'études sanitaires, les techniciens sanitaires et les adjoints sanitaires ;
- Les ingénieurs, techniciens supérieurs et adjoints techniques territoriaux exerçant des fonctions à caractère sanitaire ;
- Les personnels des établissements publics nationaux à caractère sanitaire ;
- Les vétérinaires et les personnes exerçant une activité professionnelle dans les services vétérinaires ;
- Les personnes autorisées à faire un usage professionnel du titre de psychologue dans les conditions définies par l'article 44 de la loi du 25 juillet 1985 susvisée ;
- Les thanatopracteurs ;
- Les personnes exerçant une activité professionnelle dans un établissement sanitaire, médico-social ou une entreprise de transport sanitaire ;
- Les personnes exerçant des fonctions techniques dans les domaines d'activité des agents mentionnés dans cette liste.

Les missions dites "de renfort"

Une mission « de renfort » sera déployée :

- en complément de la réserve d'intervention à l'étranger ou en France dans le cadre de tensions persistantes de l'offre de soins,
- d'emblée dans les crises sanitaires de grande ampleur sur le territoire (canicule par exemple) et/ou de temporalité longue (pandémie grippale).

LA FORMATION À L'EPRUS

Grâce à l'ensemble des outils de formation, le réserviste acquiert ou développe des compétences nécessaires à l'exercice de son activité au sein de la Réserve Sanitaire. L'élargissement de ses compétences le valorise dans ses pratiques quotidiennes, mais aussi auprès de son employeur.



GESTION DU RISQUE MÉDICAL ET TÉLÉMÉDECINE

par le Dr Pierre-Yves LUSSAULT,
Généraliste à Sainte Maxime (83).

Cet article propose une approche de la gestion du risque médical au cours de la téléconsultation

La **télémédecine** est ainsi définie par le CNOM : *“une des formes de coopération dans l'exercice médical, mettant en rapport à distance, grâce aux technologies de l'information et de la communication, un patient (et / ou les données médicales nécessaires) et un ou plusieurs médecins et professionnels de santé, à des fins médicales de diagnostic, de décision, de prise en charge et de traitement dans le respect des règles de la déontologie médicale.”*

La télémedecine englobe :

- **La téléconsultation** : régulation médicale ou consultation à distance d'un second médecin
- **La téléassistance médicale** : acte au cours duquel un médecin assiste techniquement un confrère à distance (télé chirurgie par exemple) ;
- **La télé expertise** : échange professionnel entre deux ou plusieurs médecins ;
- **La télésurveillance** : transmission d'un ou plusieurs indicateurs physiologiques d'un patient déjà connu par le médecin ou l'équipe soignante.

La télémedecine se développe, favorisée par les nouvelles technologies et le temps consacré à cette activité augmente chez les médecins.

Quant je me suis installé en 1982, j'ai été très heureux de pouvoir quitter mon cabinet et continuer à recevoir des appels sur un téléphone portable... Dans un rayon de 300 m du poste principal. Et puis la technologie des mobiles est apparue avec une couverture inégale mais extraordinaire par rapport au téléphone portable. Enfin les téléphones sont devenus de véritables ordinateurs avec réception des e-mails, des SMS, etc. Cette évolution de l'usage du téléphone, permise par la technologie,



correspondait à un besoin du médecin de ne pas perdre des appels et de se libérer de son cabinet médical.

De nos jours, il est devenu de pratique courante, et cela ne surprend plus personne, que les patients cherchent à joindre leur médecin par téléphone ou par email, pour un conseil, mais aussi un avis diagnostique, voire une ordonnance ou un certificat.

Le médecin est alors dans le champ de la téléconsultation, telle que définie par l'article 78 de la loi du 21 juillet 2009, dite loi HPST, concernant la télémedecine et l'article 7 du code de déontologie médicale, codifié à l'article R.4127-7 du code de la santé publique.

Il ne s'agit pas d'un service mais d'un développement d'une activité du médecin considérée comme normale.

La sécurité du patient parle d'évènements indésirables, ou d'accidents dans la prise en charge du patient, qui entraînent une perte de chance pour ce dernier.

Nous faisons tous des erreurs, mais pour progresser nous devons faire une analyse de notre pratique pour y repérer les mécanismes et les causes d'accidents et faire en sorte que cela ne puisse plus se reproduire ⁽¹⁾.

CAS CLINIQUES

Tirés de suppléments “Décisions de justice” des revues de formation sur le risque médical RESPONSABILITE publiés par la MACSF Le Sou médical

Les assurances professionnelles publient chaque année des jugements faisant intervenir l'usage du téléphone et c'est une analyse réflexive de votre pratique qui s'invite après les histoires dramatiques qui suivent ...

1- Histoire d'un conseil téléphonique :

Appel sur le tél mobile du Médecin Traitant vers 13h00 de l'épouse d'un Homme de 53 ans pour douleurs thoraciques antérieures et sueurs après le déjeuner. Le médecin se rappelle qu'il le traite pour HTA en monothérapie. Il se fait expliquer la situation par téléphone et peste intérieurement d'avoir répondu car il est au golf à plus de 20 kms du domicile de son patient et c'est sa journée de repos ! Il lui conseille “par prudence” d'appeler le 15 et de le tenir au courant.

Nouvel appel 30 minutes plus tard de l'épouse inquiète car son mari se sentant un peu mieux n'a pas appelé le 15, mais est d'accord pour consulter au Cabinet médical. Le médecin voit alors un double appel qui est celui de son associé et lui demande de voir ce patient dès qu'il arrivera au Cabinet médical.

Trois minutes après être arrivé dans la salle d'attente, le mari perd connaissance et malgré l'intervention immédiate du médecin puis du SAMU il décède 20 min après.

2- Vous recevez régulièrement les examens par courrier et par télétransmission

et n'avez pas relevé les examens depuis quelques jours en raison d'un problème informatique. Les résultats d'un INR sont alarmants et le laboratoire vous a laissé 4 messages sur votre mobile il y a 3 jours que vous n'avez pas écouté car vous avez profité d'un “pont” pour vous reposer. Vous n'avez pas changé le message de votre répondeur de mobile qui indique que vous êtes absent ou non joignable à cet instant et de laisser un message dont vous prendrez connaissance au plus tôt !

Le patient sera hospitalisé en urgence pour une hémorragie digestive qui lui sera fatale car ayant déjà un état de santé fragile.

3-Aujourd'hui « il a été dit » que vous seriez dérangé tout le temps !

Le facteur, les RDV, des demandes de renseignements ou d'avis sur des bilans, des délégués médicaux...

Cette consultation de votre patient diabétique est pour le moins un véritable puzzle !

En fin de matinée la pharmacienne vous appelle au sujet de votre patient qui vient se faire délivrer votre ordonnance car vous avez modifié la prescription et que le dernier produit inscrit est formellement contre-indiqué...

Ouf le filtre pharmacie à fonctionné ! Vous avez eu chaud !



La pratique libérale...

Cette gestion des appels téléphonique est loin d'être anecdotique !

Ainsi en 2012 une enquête de l'URPS médecins Ile-de-France montre que les médecins généralistes passent plus de 7h au téléphone par semaine pour leurs patients. Chaque jour, les médecins généralistes restent directement joignables par les patients et en moyenne ils répondent directement à 15 appels téléphoniques.

GESTION DU RISQUE MÉDICAL ET TÉLÉMÉDECINE

Les risques de la téléconsultation ⁽²⁾⁽³⁾

- 1°) Risque de ne pas s'assurer de l'identité du correspondant : pour contourner cet écueil, dans son rapport au conseil national de l'Ordre de juillet 1998, le professeur Bernard Hoerni préconisait de demander à l'appelant son numéro de téléphone, afin de le rappeler peu après... Ce qui ajoute du travail et du temps et ne dispense pas d'apprécier et de mesurer le degré d'urgence de la situation de l'appelant !
- 2°) Risque aussi de ne pas identifier la nature exacte de la demande (par personne interposée surtout)
- 3°) Risque de remplacer une consultation ordinaire par une consultation téléphonique avec une importante perturbation de la consultation en cours.
- 4°) Risques liés à la compréhension des informations données
- 5°) Risques concernant le suivi des préconisations : Par exemple si le médecin conseillait de consulter ou de contacter un confrère : il devrait vérifier si cela a été fait !
- 6°) Risque de ne pas conserver au dossier du patient concerné par l'appel quelques notes relatives à l'échange téléphonique. Éléments indispensables pour sa défense en cas de procès.
- 7°) Risques liés au suivi des résultats de laboratoire qui pourraient imposer le rappel du patient qui pourrait ... ne pas être joignable au moment de l'appel !

Préconisations de l'ordre des médecins quant à la téléconsultation

- 1°) Limiter les réponses aux appels :
 - Si possible en consultation ne pas décrocher pour tous les appels
 - Ne pas donner de conseils téléphoniques pour un patient que l'on ne connaît pas
 - Eviter d'être dérangé lors des consultations présentes
- 2°) Si vous avez accepté l'appel, il est conseillé de mentionner la téléconsultation dans le dossier à la date du jour.
 - Si vous pratiquez un interrogatoire il doit se limiter à une régulation : Questions ouvertes et reformulations avec le temps nécessaire pour bien orienter le patient avec si possible un accès au dossier médical et une conclusion opérationnelle claire.
 - Si l'appel au 15 nécessaire pour le médecin, il lui est conseillé de faire lui-même l'appel.
- 3°) Le répondant doit mentionner les N° d'urgences et se terminer par "Ce répondant ne prend pas de message".

En conclusion :

Avec le développement des moyens de communication, les médecins seront de plus en plus exposés, en dehors du colloque singulier qu'ils entretiennent avec leurs patients, par ce que nous appelons la téléconsultation.

Faudra-t-il pour autant qu'ils se recroquevillement dans une attitude de défense ?

Non car cette évolution pose la question de la sécurité des soins et nous oblige à reconsidérer notre pratique !

De plus une telle attitude ne serait pas protectrice pour le praticien.

Aussi à chacun de s'organiser individuellement dans le cadre de la téléconsultation en suivant les recommandations de pratique mises à jour régulièrement sur la toile.

Et aux représentants de la profession de suivre de très près les évolutions de la téléconsultation pour la garder dans les limites de la déontologie, de la pratique médicale, éviter les dérives commerciales et lui trouver un financement !

Bibliographie principale conseillée

- (1) Sécurité du patient ; Le concours médical, juin 2011 Les défis de la Sécurité du Patient ; René Amalberti, HAS et Prévention Médicale
- (2) téléconsultations pièges à éviter ; Dossier revue d'avril 2012 / MACSF/LE SOU MEDICAL
- (3) Risques de la téléconsultation en médecine ; Rev Med Suisse 2009; 5:1149-1151.



LA CHIRURGIE AMBULATOIRE UN ENJEU FINANCIER MAJEUR POUR L'ASSURANCE-MALADIE

par le Dr Denis LIEUTAUD,
Chirurgien orthopédiste à Grasse (06)

Véritable révolution à ses débuts, la Chirurgie Ambulatoire concerne les actes chirurgicaux faits pendant une hospitalisation de moins de 12 heures, sans hébergement nocturne, pour des patients sélectionnés, excluant les urgences.

Née aux Etats-Unis, où l'hospitalisation a une culture différente de la nôtre, elle est devenue la règle, avec plus de 80% des actes.

Chez nous aussi, elle s'est très vite développée depuis une vingtaine d'années.

Mais nous n'atteignons pas encore l'efficacité américaine en la matière, ni même celle de nos voisins d'Europe du Nord, nous sommes vraiment les mauvais élèves avec un taux pour la France d'à peine 37%, tous secteurs de santé et toutes régions confondus !

Il faut tout de même souligner que notre région Paca est à la pointe, avec un taux de plus de 50% pour le secteur privé.

Si la progression de nos efforts est aussi à mettre en avant : +5% entre 2007 et 2010, cette efficacité est très variable selon les régions, et bien moindre pour le secteur public, en particulier les CHU.

LES OBJECTIFS DES TUTELLES

Pour la DGOS (Direction Générale de l'Organisation des Soins), la chirurgie ambulatoire doit devenir l'acte ciblé, et nous dit : "il faut un changement de paradigme dans la pratique chirurgicale".

Les ARS fixent maintenant des objectifs aux établissements publics dans chaque région, pour qu'ils atteignent des modes de prise en charge voisins de 50% d'ici 2016.

L'Assurance Maladie, à partir de 2008, a mis en place un dispositif de MSAP (Mise Sous Accord Préalable), pour 5 gestes chirurgicaux, puis 12 nouveaux actes l'année suivante, où l'ambulatoire doit être la règle, mais quand une hospitalisation complète est souhaitée ou nécessaire pour un patient, l'accord du Médecin-Conseil de la CPAM est requis.

Mais y a-t-il eu une carotte pour le secteur privé, qui atteint plus vite les objectifs ?

Et bien non, au contraire ! Depuis la mise en place de la Tarification à l'Activité, les tarifs pour une pathologie sont différenciés pour la prise en charge réalisée en hospitalisation et celle en ambulatoire, mais ces derniers sont moins favorables que les premiers. Ce qui n'incite pas au développement de l'Ambulatoire...

Et lorsqu'un acte est fait en ambulatoire, il a une durée de séjour plus faible que la borne dite basse de la durée fixée pour ce GHM



LA CHIRURGIE AMBULATOIRE, UN ENJEU FINANCIER MAJEUR POUR L'ASSURANCE-MALADIE

(Groupe Homogène de Malades), et il est rémunéré à hauteur de 50% du tarif.

Sur près de 90 GHM de niveau 1, seuls 18 ont un tarif unique, les autres présentent donc encore une différence en défaveur de l'Ambulatoire, et en plus le tarif du Public est le double de celui du Privé.

L'existence des bornes basses relève d'un archaïsme idéologique flagrant de nos technocrates, pour payer moins le séjour de durée inférieure à la moyenne nationale. Et de plus, pour les actes chirurgicaux nécessitant la pose de DMI (Dispositif Médical Implantable), leur coût est compris dans le tarif du GHM !

Et lorsque ce DMI est cher, la Direction va nous demander de faire cet acte en hospitalisation complète. Malgré ces gros freins tarifaires, le secteur privé tient ses objectifs.

LES FREINS POUR LE SECTEUR PUBLIC

Le frein principal vient du changement de philosophie dans la prise en charge du patient.

L'hébergement des malades en Hospice depuis le Moyen-âge a précédé historiquement les progrès de la Médecine et l'efficacité thérapeutique, et cette culture nous est restée, contrairement aux Nord-Américains.

Tout comme le concept de "système court", et de « marche en avant », inventés aux USA, et qui ne correspond pas du tout à ce que nous avons appris dans les CHU de notre formation.

Ces freins ont été mieux maîtrisés par les acteurs du secteur privé, tout comme le développement de techniques chirurgicales, en particulier le mini-invasif, et de techniques d'anesthésie et d'analgésie post-opératoire, adaptées à une sortie rapide.



Les interventions les plus courantes



En fait pour les hôpitaux, cette organisation ambulatoire impose une révolution culturelle, car elle va à l'encontre du cheminement et de la prise en charge du patient en hospitalisation classique.

Le caractère ambulatoire va modifier profondément l'organisation et la culture médicale des hôpitaux de demain "hors des murs".

Si les objectifs de la DGOS sont atteints en 2016, c'est-à-dire le

Admission
Préparation

Bloc et
Intervention

Salle de réveil

Retour
en chambre

Espace d'aptitude
à la rue

Sortie

Parcours du patient en chirurgie ambulatoire : le concept de marche en avant

passage de la moitié des actes chirurgicaux du Public en ambulatoire, on estime à 45000 le nombre de lits de chirurgie qui seront progressivement à reconverter.

C'est une véritable aubaine pour l'Assurance Maladie, qui pourra ainsi dégager des marges de manœuvre pour la prise en charge du vieillissement de la population et des maladies chroniques.

La HAS et l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance) viennent de produire un Socle de connaissances sur la Chirurgie Ambulatoire*, première étape d'un programme d'actions pour guider les opérateurs dans cette petite révolution, qui permettra à notre pays de relever les défis qui l'attendent en matière de santé.

CONCLUSION

La chirurgie ambulatoire, véritable changement de paradigme dans le monde médical, est en profonde progression depuis une vingtaine d'années en France.

Si les chirurgiens et les anesthésistes progressent chaque jour dans la maîtrise des risques, les techniques mini-invasives, l'analgésie postopératoire, le raccourcissement des suites, qui ont permis cette petite révolution, ils l'ont fait pour améliorer la qualité des soins, dans l'intérêt du patient, et pas du tout par incitation financière de l'Assurance Maladie.

Elle a trop tendance au contraire à considérer et à rémunérer la chirurgie ambulatoire comme une chirurgie low-cost, qui de plus va permettre la reconversion des lits de chirurgie, devenus inutiles maintenant, en moyens d'assurer la prise en charge de la Dépendance.

* Le rapport « socle de connaissances » est un état des lieux et des connaissances réalisé à partir des données françaises et internationales, construit pour servir de base d'informations sur laquelle les futurs travaux de la HAS et de l'ANAP se fonderont. Il reprend les définitions de la chirurgie ambulatoire, ainsi qu'un point sur la réglementation française, la description de l'environnement et des différentes modalités d'organisation, une analyse des bénéfices/risques pour les patients, un état des lieux de son développement en France et des modalités actuelles de tarification.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1242334/chirurgie-ambulatoire-socle-de-connaissances



Vous recherchez une formation DPC agréée OGC en région PACA ?

Rendez-vous sur
www.urps-ml-paca.org

rubrique "les formations DPC en PACA"

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



SEXOLOGIE ET SEXOLOGUES, QUI SOMMES-NOUS ?

par le Dr Marie Hélène Colson,

Directeur d'Enseignement DIU de Sexologie (Faculté de Médecine de Marseille). Secrétaire Général FF3S (Fédération française de Sexologie et de Santé Sexuelle). Praticien Hospitalier CRIR-AVS. Hôpital Sainte Marguerite Marseille.

Fondements

La sexologie est née dans les années 60, sur la côte ouest des Etats-Unis, imaginée et développée tout d'abord par un gynécologue William Howell Masters, et une sage-femme Virginia Eshelman Johnson. Très vite, leurs succès cliniques et leurs recherches seront largement médiatisés (ils feront plusieurs fois la couverture de Times magazine). Ils encourageront le développement ultérieur de thérapies plus intégratives, principalement avec Helen S. Kaplan et l'école de Cornell aux USA, dont les travaux constitueront les premières bases théoriques de la sexologie actuelle¹. L'originalité des sexothérapies est de développer des prises en charge spécifiques aux difficultés sexuelles, en rupture avec la tradition psychanalytique et s'inscrivant dans la mouvance des thérapies cognitives et comportementales (TCC) déjà fortement implantées aux USA à l'époque. Elles se structureront peu à peu des deux côtés de l'atlantique, avec en Europe et principalement en France Jean Cottraux² dès la fin des années soixante-dix, puis Xavier Poudat et Noella Jarousse³.

Les prises en charge sexologiques

Les premières sexothérapies, négligeant l'introspection chère aux psychanalystes, vont privilégier l'information sur la sexualité, le développement et l'acquisition d'habiletés sexuelles par l'apprentissage et la remise en fonction progressive de la sexualité déficiente. Mais l'originalité de Masters et Johnson est aussi

de s'adresser non plus seulement à l'individu en difficulté dans sa sexualité, mais au couple lui-même, considéré comme le véritable patient à prendre en charge. "Il n'y a pas de difficulté sexuelle sans difficulté de couple" diront-ils dans un de leur ouvrage culte "les mésententes sexuelles"⁴.

L'accent est ainsi mis sur les techniques de communication verbales et sensorielles, permettant de relancer le dialogue entre partenaires sexuels, en particulier avec l'innovation du "Sensate Focus", technique qui autorise entre partenaires la découverte réciproque des zones érogènes corporelles de chacun.

H. Kaplan de son côté soulignera davantage le rôle de l'anxiété dans le maintien de la difficulté sexuelle et l'importance thérapeutique de l'apprentissage de conséquence : le succès obtenu en essayant au moins une fois de fonctionner différemment permet de s'acheminer vers une modification durable des comportements et à terme

vers la guérison.

La "reprogrammation sexuelle" se fait en plusieurs étapes largement inspirées des techniques déjà utilisées par les TCC, avec l'exposition graduée in vivo, l'autostimulation pédagogique, et l'interdiction de dépasser le stade des caresses, afin de reprogrammer la sensorialité et de court-circuiter l'anxiété de performance. Cette prise en charge s'applique à toutes les difficultés sexuelles.

Elle s'accompagne d'une "restructuration cognitive", particulièrement importante dans le cadre des dysfonctions sexuelles, où le silence sur la sexualité est responsable de nombreuses idées reçues et de fausses croyances pouvant être à l'origine des difficultés sexuelles ou contribuer à leur aggravation. L'information des deux partenaires, et l'éducation à la santé centrée sur la connaissance de la physiologie sexuelle et des attentes de chacun, y tiennent un rôle majeur.

La sexologie en France

En France, la Sexologie est enseignée dans les facultés de médecine depuis 30 ans, et donne lieu depuis 2000 à un DIU (Diplôme Inter Universitaire) dispensé dans 9 villes universitaires. Les médecins issus de cet enseignement sont principalement des médecins généralistes, psychiatres, urologues ou endocrinologues. L'enseignement universitaire de sexologie est aussi ouvert à des non médecins impliqués dans le champ de la santé sexuelle et donne alors lieu à



un Diplôme Universitaire de Sexologie (DU) qui concerne en particulier psychologues cliniciens, sages-femmes, ou conseillers conjugaux.

Depuis 2000 l'exercice de la sexologie est mieux réglementé, et l'absence de ce diplôme pour la pratique sexologique, si elle n'est pas vraiment sanctionnée, est limitée par l'inscription dans les pages jaunes dans une rubrique étiquetée "profession non réglementée".

En pratique en France, la mise en place du Diplôme Universitaire de Sexologie a limité les enseignements privés "sauvages" et fantaisistes et les installations tout aussi sauvages d'individus sans réelles compétences cliniques, mais sans les exclure totalement toutefois.

Actuellement, les 2/3 des sexologues sont médecins et pratiquent en secteur II, et les consultations durent en règle générale ¾ d'heure. Les succès cliniques ne sont plus à démontrer, de nombreux patients ayant bénéficié avec bonheur d'une prise en charge ayant abouti à un réel bénéfice et à une amélioration décisive de leur qualité de vie.

Activité et recherche en sexologie et en médecine sexuelle

De nombreuses publications et recherches, disponibles sur Medline viennent étayer nos succès thérapeutiques, en partie diffusés par le JSM (Journal of Sexual Medicine) ou la revue française bilingue anglais-français "SEXOLOGIES". La Fédération Française de Sexologie et de Santé Sexuelle (FF3S) fédère les sociétés savantes impliquées en France, ainsi que le Syndicat des Médecins Sexologues (SMS) et compte près de 600 membres. Elle dispose d'un site internet ouvert au grand public (www.ff3s.fr), le seul site associatif d'éducation à la santé sexuelle mis à la disposition de tous. Notre Congrès annuel réunit depuis plus de 30 ans les acteurs de la Sexologie et de la santé sexuelle. Près de 800 à 900 praticiens s'y retrouvent chaque année, médecins et non médecins, universitaires et libéraux, tous réunis pour confronter leurs pratiques, leur expérience clinique et leurs savoir-faire, rendant ainsi bien compte de la transversalité du champ de la sexologie.

La demande de soins

Le nombre de patients souffrant de dysfonctions sexuelles et souhaitant y remédier est important. Les grandes études épidémiologiques et les études de cohorte les plus récentes mettent bien cela en avant. On estime aujourd'hui par exemple que 25% des plus de 40 ans sont atteints de dysfonction érectile, et que cette proportion peut atteindre 67% dans certaines populations de patients chroniques souffrant, en particulier, de diabète ou d'hypertension. La fréquence de l'éjaculation précoce est de 3% à 25% selon les publications⁶. La sexualité des femmes est elle aussi très souvent

entravée par des difficultés affectant en profondeur leur qualité de vie. 25% d'entre elles souffrent de troubles de l'orgasme⁷, 6% de vaginisme, 35% de troubles du désir.

Conclusion

Les difficultés sexuelles sont fréquentes. Elles affectent en profondeur la vie de ceux qui en sont atteints. Elles sont particulièrement importantes chez les hommes et les femmes souffrant de maladies chroniques, aggravant ainsi le vécu de la maladie et venant bien souvent en compliquer la prise en charge et l'observance thérapeutique. Le dépistage et la prise en charge des difficultés sexuelles est aujourd'hui une nécessité. Au sein des réseaux de soins qui commencent à se constituer en ce sens, les médecins sexologues ont un rôle de premier plan à jouer.

Références

- 1 - H.S. Kaplan, *The New Sex Therapy*. Brunner/Mazel, New York, 1974.
- 2 - Cottraux J. *Les Thérapies comportementales*, Masson, 1978.
- 3 - Poudat X., Jarousse N. *traitement comportemental des difficultés sexuelles*, 1986 Maloine Paris
- 4 - Masters, W.H.; Johnson, V.E. (1970). *Human Sexual Inadequacy*. Toronto; New York: Bantam Books
- 5 - Giuliano FA, Leriche A, Jaudinot EO, de Gendre AS. Prevalence of erectile dysfunction among 7,689 patients with diabetes or hypertension, or both. *Urology* 2004;64:1196-201.
- 6 - Melnik T, Althof S, Atallah AN, Puga ME, Gline S, Riera R. Psychosocial interventions for premature ejaculation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Aug 10;(8):CD008195.
- 7 - Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Corona G, Hayes RD, Laumann EO, Moreira ED Jr, Rellini AH, Segraves T. Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. *J Sex Med*. 2010 Apr;7(4 Pt 2):1598-607.





par le Dr Michel FAURE, Médecin Acupuncteur à CASSIS,

L'ACUPUNCTURE, LE TUINA ET LE TAIJIQIGONG : AU-DELÀ DE L'EXOTISME, UNE EFFICACITÉ MÉDICALE



et le Dr Claude PERNICE, Médecin Acupuncteur à Aix-en-Provence

L'ACUPUNCTURE

L'acupuncture est une partie de la Médecine Traditionnelle Chinoise (MTC) elle-même partie de la médecine. Cette MTC a pour objet l'étude, l'application et le développement des pratiques et savoirs médicaux issus du monde chinois.



Traditionnellement, elle a pour but de rétablir l'équilibre de l'énergie (qi ou tchi). Cet équilibre, objectif de santé, est obtenu entre autres par trois techniques, l'acupuncture, le tuina et les techniques psychocorporelles connues sous le nom de taijiquan et de qigong. Ces techniques s'appuient sur un examen, un diagnostic, un raisonnement et une pratique, comme pour toute médecine.

L'acupuncture fait l'objet actuellement d'une importante recherche clinique et expérimentale. Au 1er janvier 2011, 155 000 références bibliographiques sont

indexées dans la base de données spécialisée Acudoc2, rattachée au Collège Français d'Acupuncture et de Médecine Traditionnelle Chinoise (CFA-MTC, société savante des médecins acupuncteurs) et à la FAFORMEC (Fédération des Médecins Acupuncteurs pour la Formation Médicale Continue). Plus de 5000 essais contrôlés randomisés (ECR) évaluant l'acupuncture ont été recensés, ainsi que 316 revues systématiques et méta-analyses dans 116 pathologies avec 14 pathologies de haut niveau de preuve [tableau 1]. Un groupe de travail du CFA-MTC et de la FAFORMEC est chargé d'identifier les pathologies pour lesquelles existe un niveau de preuve élevé en faveur de l'acupuncture. Ce qui est particulièrement notable, c'est la croissance exponentielle de ces recherches en quantité comme en qualité méthodologique. En France, l'ANAES a validé en 2002 puis en 2004 dans le cadre de la classification commune des actes médicaux (CCAM) un certain nombre de libellés de pathologies [tableau 2].

Tableau 1 : Groupe Etude de Recherche en Acupuncture – Dr Olivier Goret 14 Pathologies avec le plus haut niveau de preuve

Source : Groupe Etude de Recherche en Acupuncture – Dr Olivier Goret

1. Sevrage tabagique (Castera 2002, White 2006, White 2011)
2. Arthrose (Ernst 1999, Kwon 2006, Ernst 2010, Manheimer 2010)
3. Endoscopie digestive (Lee 2004)
4. Epicondylalgies (Trinh 2004, Bisset 2005, Ernst 2010, Schleicher 2010)
5. Versions foetales (Nguyen J 2004, Van Den Berg 2005)

6. Dépression (Gerlier 2005, Wang L, Wang H 2008)
7. Lombalgies chroniques (Manheimer, Furlan 2005, Trigkilidas 2010, Ernst 2010, Hopton 2010, Lin 2011)
8. Nausées-vomissements postopératoires (Lee 1999, Lee 2006, Abraham 2008)
9. Nausées-vomissements chimiothérapie (Ezzo 2006)
10. Nausées-vomissements gravidiques (Helmreich, Streitberger 2006, Smith 2009)
11. Gonarthrose (White, Manheimer 2007, 2010, Ernst 2010, Hopton 2010)
12. Analgésie post-opératoire (Sun Y, Meissner 2008)
13. Céphalées (Linde 2009, Hopton 2010)
14. Migraines (Linde 2009)

Tableau 2 : Indications validées par l'ANAES dans la CCAM technique

- nausées et vomissements : curatif postopératoire (traitement de seconde intention)
- préventif postopératoire chez l'adulte, induit par la chimiothérapie (traitement de seconde intention), gravidique (cf. dossier 2001)
- à visée antalgique : comme traitement adjuvant (cf. rapport 2000)
- dans les conduites addictives : tabagisme (en début de sevrage), alcoolisme (comme traitement adjuvant), toxicomanie (comme traitement adjuvant, héroïnomanie exclue) (cf. rapport 2001)
- énurésie (traitement d'appoint, alternative acceptable ou faisant partie d'un programme de prise en charge globale)
- syndrome anxiodépressif (comme traitement d'appoint, alternative acceptable ou faisant partie d'un programme de prise en charge globale)
- récupération neuromotrice après accident

vasculaire cérébral, paralysie faciale (comme traitement d'appoint, alternative acceptable ou faisant partie d'un programme de prise en charge globale)

LE TUINA MÉDICAL

C'est un massage particulier qui est assez proche du massage occidental par certaines manœuvres, mais il a en outre de nombreuses manœuvres spécifiques car il s'y ajoute un travail sur les points énergétiques et une action sur le système de production et de distribution de l'énergie par l'intermédiaire des méridiens

Il est pratiqué par des masseurs Kinésithérapeutes et constitue une technique complémentaire de soins.



1- Liu Tianjun et Chen kw. Chinese medical qigong. London: Singing dragon; 2010.

2 - <http://www.acudoc2.com/>

3 - http://www.gera.fr/modules.php?name=Downloads&d_op=viewdownload&cid=4718

4 - <http://www.cfa-mtc.org/> et http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/prevention_des_chutes_-_argumentaire.pdf



LE TAIJIAN ET LE QIGONG MÉDICAL

Le qigong est un ensemble de techniques psychocorporelles traditionnellement utilisées dans le monde chinois. Le taijiquan est un prolongement du qigong en incluant des techniques ayant un objectif martial. Leur institutionnalisation récente (1955) et leur diffusion internationale ont dégagées ces techniques du courant religieux qui les accompagnaient historiquement. Les fondements de thérapie et d'entretien de la santé ont été rassemblés et publiés¹. Pour illustration, la base de données Pubmed les classe tous deux dans les exercices de mobilisation et dans les techniques psychocorporelles ; le taijiquan est seul dans la rubrique arts martiaux au sein des activités de loisir.

La base de données Acudoc 2² a réuni 2519 articles sur le sujet (mise à jour Février 2011), tandis que le site du Collège Français d'Acupuncture et de Médecine Traditionnelle Chinoise (CFA-MTC)³ propose dans sa séquence Formations médicales en acupuncture une rubrique de qigong médical et taijiquan qui réunit des articles couvrant les chapitres suivants : l'anthropologie et la sociologie, les applications médicales et les indications, le développement historique, les études expérimentales, la littérature chinoise classique, la pensée médicale chinoise et les techniques du corps, enfin les pratiques et techniques.

Si les effets sur la qualité de vie sont globalement positifs, c'est dans l'autonomie des personnes âgées et la prévention des chutes que l'HAS le recommande⁴.

L'acupuncture et ses thérapies associées au sein de la médecine traditionnelle chinoise constituent une spécialité médicale regroupant de nombreuses domaines de pathologies. Elle doit être exclusivement exercée par des Professionnels de Santé dans leur domaine de compétence.



MORT D'UN DEALER

par le Dr Christiane GIRAUD,
Généraliste à Marseille.

Les cités et la drogue

Sonia, 16 ans arrive au cabinet, cité du Mail, elle ne mange plus, elle vomit. Son père dit *“elle n'est pas bien depuis que son copain est mort ; vous avez du le lire dans les journaux, le gars de 25 ans, celui qui a été assassiné à Font Vert, il y a quelques jours”*.

Cité Font Vert le 5/4/12 un jeune homme meurt, tué par balles. Il ne savait pas, ou ne voulait pas savoir, qu'en travaillant pour un réseau de drogues il abandonnait son espérance de vie, (78,2 ans pour un français de sexe masculin) et tel Faust pactisait avec le diable.

Il n'est pas le seul, 13 personnes ont été tuées dans les Bouches du Rhône depuis Janvier 2012, dont 9 sur Marseille, dont 5 dans les Quartiers Nord (âge moyen 35 ans)¹.

Les cités de Font Vert, La Simiane, le Mail, Consolat, sont les lieux de ces tragédies, mais ce sont aussi les lieux de travail des médecins généralistes². Ils soignent une population tissée par des vagues migratoires successives, issues de l'histoire mouvementée de la Méditerranée : depuis les années 90, la guerre civile d'Algérie, les guerres du Moyen Orient (Kurdistan, Irak, Liban).

La misère économique participe aussi à ces arrivées de population, elle chasse sur les routes terrestres et maritimes : les Comoriens, les Roms, les Africains de l'Ouest.

Pour ces immigrés, depuis la fin des Trente Glorieuses, s'intégrer par le travail

prend du temps et se heurte à de nombreux obstacles. Aussi la grande majorité des habitants : jeunes sans activité, chômeurs, travailleurs pauvres, femmes seules avec enfants, personnes âgées, possèdent-ils des revenus modestes. Certains d'entre eux trouveront une occasion de les accroître, en répondant aux offres très lucratives de l'économie parallèle des trafics de drogue, très développée dans les cités.

Un patient âgé de 30 ans, qui sort de prison pour trafic de cannabis, livre cette drôle de confiance : *“regardez Docteur, comme j'ai du mérite, je travaille aujourd'hui à mi-temps, comme coursier, je gagne une misère, quelques centaines d'euros par mois, avant avec le shit, il m'arrivait de gagner 1000€/J, je tiens le coup, rapport à ma femme et mes gosses.”*

Des conséquences d'une économie parallèle

Quelles sont les conséquences de cette économie de la drogue sur la vie des populations et des professionnels engagés auprès d'elles ?

Le monde de la drogue, sa culture, ses règles est un monde régi par la violence. Organisé sur un mode hiérarchique autour de caïds, il s'auto-détruit en permanence, et tel le phénix renaît en permanence de ses cendres. La police et la justice lui livrent un combat sans merci, mais en interne, il s'y déroule une concurrence acharnée et meurtrière pour posséder des parts de marchés. Une ville est une ville, c'est-à-dire une entité commerciale finie, et toutes les

transactions commerciales (et les transactions illégales n'échappent pas à la règle) sont soumises aux enjeux, de la saturation des marchés, de la concurrence des prix, des produits, du renouvellement de l'offre.

Les médecins généralistes se définissent comme des médecins de proximité, ils sont accessibles, installés au cœur des cités, effectuant des visites aux domiciles, ils travaillent en immersion dans la population. Ils vivent pourrions-nous dire à la frontière, invisible mais pourtant bien réelle qui marque la séparation entre le monde légal, officiel, le monde des citoyens, éduqués, formés qui travaillent, et le monde des délinquants.

Quelques faits quotidiens, “banaux” survenus ces dernières semaines pour témoigner de la rencontre de ces deux mondes : X kidnappé à son cabinet, doit remettre ses cartes bancaires et leurs codes, délivré après leur utilisation - Y sort de voiture pour une visite, bousculé arrachage de sa sacoche, jeté à terre il voit sa voiture disparaître - Z visite dans une cité, vient pour soigner une patiente âgée, malade, se trouve entouré, revolver sur la tempe, obligé de décliner son identité, dire où il va, reçoit des instructions horaires pour désormais pénétrer dans la cité.

Pouvons-nous nous rassurer : ces faits divers existent depuis toujours ? Menacent-ils de façon durable l'activité médicale ? Ces cités sont-elles des territoires, où règne la Loi de la République Française où sont-elles des zones de non-droit, incontrôlables ?



Radiographie de la ville de Baltimore

Pour répondre à cette question, nous proposerons un détour par la fiction, à l'aide de la série vidéo exemplaire de David Simon : *“Sur Ecoute”*³.

Dans cette série en 70 épisodes David Simon radiographie la ville de Baltimore, ses quartiers Ouest avec ses réseaux de drogue. Dans une enquête sociologique très précise, minutieuse, il rend compte de l'activité de ces réseaux, de la vie des populations et notamment des jeunes au service du réseau, mais aussi les réponses des institutions : la police, la justice, les écoles, le pouvoir politique. Pourquoi avoir choisi la ville de



Baltimore grande ville de la côte Est ? Elle est touchée de plein fouet par la récession économique et le chômage, le déclin du port n'arrive pas à être enrayer par les syndicats de dockers. Elle est célèbre pour deux raisons qui sont en parties liées : le taux de criminalité avec un taux de mortalité par homicide qui rejaillit sur l'espérance de vie, les performances de ses équipes chirurgicales⁴. Ces équipes réceptionnent en urgence, toute l'année, du fait de la circulation des armes à feu, des blessés dont la gravité des plaies est comparable aux blessés des champs de guerre.

Face au crime organisé quelles sont les réponses des institutions de Baltimore ? Les personnels politiques, (ici c'est la

Mairie qui est en première ligne avec à sa charge, les écoles et la police municipale) connaissent la situation mais ils sont préoccupés avant tout par les élections, or pour être élus il faut de l'argent et des chiffres, témoins de leur lutte contre la drogue. Pour l'argent, hommes et femmes politiques courent en permanence à la recherche de mécènes : (entreprises privées, associations, réseaux divers), pour les résultats chiffrés, (pourcentages d'arrestations, de meurtres élucidés,) ils mettent une pression sur la police afin d'obtenir des bilans cohérents avec le discours du moment : En campagne on a besoin de chiffres alarmants, entre les élections on a besoin de bilans rassurants.

>>>

1- La Provence, samedi 12 mai 2012 « Terrifiante réalité »

2- C'est aussi le lieu d'autres professionnels de santé mais nous nous en tenons à l'exemple des MG.

3- Série DVD américaine « sur écoute » de David Simon.

4- Dernière en date, mars 2012, réfection de la face d'un homme défiguré par blessure par arme à feu.

MORT D'UN DEALER

Les hommes et les femmes politiques sont très exigeants vis à vis de leurs personnels de police, mais ils sont peu crédibles car ils ne possèdent pas les moyens de leurs exigences : Les caisses de la mairie sont vides et les salaires sont à la baisse, (quand ils ne sont pas suspendus), de même que les crédits affectés aux moyens de la lutte contre la drogue.

Le ver est dans le fruit, la conséquence de cet écart permanent entre l'obligation de résultats et l'impossibilité concrète d'y parvenir aboutit aux mensonges des institutions publiques, qui trafiquent leurs bilans. Tout le monde ment ou "s'arrange" avec la réalité, ceux qui ne mentent pas sont obligés de démissionner !

Même chose pour les écoles qui doivent publier de bons résultats de réussite aux examens, alors que dans la réalité, une partie des élèves sont des asociaux, des marginaux sans aucune ressemblance avec le modèle d'élève pour lequel les programmes scolaires ont été élaborés.

C'est donc un tableau très noir qui nous vient des Etats Unis où la loi n'est plus respectée, où la justice se ramène à un marchandage entre l'accusation et la défense avec comme conséquences que le crime n'est pas sanctionné comme il devrait l'être, où la prison enferme, mais à l'intérieur de ses murs elle reproduit le milieu de la drogue régi par les mêmes règles et la même violence.

La synthèse de cette fiction-documentaire peut se résumer dans le titre de plusieurs enquêtes menées dans les milieux de la drogue : La Guerre perdue contre la drogue⁵.

Marseille et la société française

Marseille n'est pas Baltimore, la société française n'est pas la société américaine ! Malgré tout, beaucoup de ressemblances donnent à réfléchir : Le contexte de crise économique qui touche durablement la ville, la pauvreté de certains quartiers, le manque de moyens de la police et l'obligation de chiffres, l'échec scolaire

patent dans les milieux défavorisés, une justice confrontée aux mêmes réalités et qui donnent les mêmes réponses insuffisantes....

Des différences positives parlent pour la société française, un milieu social qui n'est pas encore déserté par les travailleurs sociaux, par les professionnels de la santé, un milieu éducatif qui se développe dès la petite enfance, une protection sociale et médicale accessible à tous.

Tout ceci œuvre à la protection des populations, permet de vivre dans les rails d'une société policée, ou des règles de vie commune, inspirées par la conception de la République persévèrent. Mais que les professionnels désertent ces

quartiers, que le niveau de protection sociale baisse, que l'école n'accueille plus tous les enfants et c'est le vivre ensemble qui va reculer.

Les médecins généralistes, médecins de proximité, participent de ce dispositif contre la désocialisation et la violence, ils ne doivent pas faire les frais d'une politique de manque de moyens contre la drogue.

A l'heure où la crise financière mondiale incite les gouvernements à des politiques d'austérité, réfléchissons au paradoxe qui veut que le corps politique réprime les marchés de la drogue mais sans les moyens de cette politique ?



5-"La guerre perdue contre la drogue", Jean François Boyer, édition la découverte
6-La Provence, vendredi 11 mai 2012 "le malaise des policiers"

DÉPENSES DE SANTÉ ?... ET LES RECETTES ?... POINTS DE VUE CROISÉS

par le Dr Hani HOBALLAH,
Gastro-entérologue à Marseille.



Nul n'est prophète en son pays.

Je suis médecin et non économiste. N'ayant aucune compétence pour résoudre les problèmes d'économie de santé, je suis toutefois, en béotien, interpellé par toute la saga mélodramatique qui nous est régulièrement resservie, pour nous charger, nous médecins de tous les maux de la DETTE PUBLIQUE.

La SANTE serait la principale cause de notre plongée dans les eaux abyssales du DEFICIT. Nos "remarquables dirigeants" nous prouvent, chiffres en mains, que les coûts de la Santé sont un puits dont le fond traversera bientôt la terre de part en part. Toujours nos « remarquables dirigeants », du reste en bonne santé grâce à la médecine française, nous pointent du doigt en nous disant : " vous dépensez trop" !...

Notre SANTE coûterait trop cher !? INACCEPTABLE ! Elle représenterait plus de 11,6% de notre PIB ! C'est certes beaucoup ; mais aussi peu comparé au 17,6% des Etats-Unis¹, dont on connaît les faiblesses de la solidarité sociale, et particulièrement médicale.

En somme :

- Nous dépensons trop !
- Il faut réduire les dépenses de santé !
- La médecine coûterait trop cher !..
- etc....

Mais depuis quand une entreprise n'est-elle gérée que par la lorgnette de ses dépenses ? Depuis quand les recettes sont occultées dans la gestion entrepreneuriale ? La balance serait négative !? Nous vivrions au-dessus de nos moyens !? Nous dépenserions l'argent que nous n'avons pas ? Tant de griefs martelés et ressassés pour

culpabiliser cette pauvre engeance humaine, dont 8 millions d'individus vivent au-dessous du seuil de pauvreté (950 € par mois), dont le revenu médian est de 1600 € brut par mois, alors que la France est la 5^e puissance économique mondiale, avec un PIB de plus de 2200 milliards d'Euros².

A force de se voir culpabiliser par les chiffres négatifs qui s'alignent en milliards, nous posons-nous les vraies questions, dont celles-ci par ex. :

- Est-il utile et rentable de maintenir en bonne santé la population ?
- Que sont devenus nos rôles et place de médecin dans la société ?

Les propos tenus dans cet article n'engagent que moi.

Dans un premier temps restons dans l'aspect purement comptable de l'approche sanitaire, telle qu'elle nous est présentée, et que nos représentants syndicaux nationaux affrontent vaillamment dans les nombreuses réunions auxquelles ils participent, et qui ressemblent plutôt à des tribunaux d'accusation.

RECETTES ET DEPENSES

Il faudrait de nombreux articles et réunions pour détricoter les mailles des bilans de l'économie de Santé présentés, souvent contradictoires, et changeants de mois en mois.

Restons simples, pour une meilleure compréhension globale des tenants et aboutissants, dont les rouages sont toutefois très complexes. La solidarité française est régie par la **PROTECTION SOCIALE** qui inclut la maladie, les arrêts de travail, la vieillesse, les retraites, les

complémentaires, le chômage, la maternité, les aides sociales de l'Etat... Cela représente environ 620 Milliards d'€

La Sécurité Sociale gère environ 500 Milliards de ce budget³. L'enveloppe Santé est d'environ 175 milliards d'€⁴ (Cf. RCSS, DRESS, INSEE). Il n'est point besoin de polémiquer sur les chiffres avancés, d'autant plus qu'il faut en laisser la responsabilité aux économistes férus et compétents qui les ont étudiés. Globalement, il ressort que le déficit évalué pour 2011, et reproductible sur 2012, de la branche maladie serait d'environ **6,8 milliards d'€** (évaluation volontairement pessimiste).

Soit : retenons le chiffre tel quel, dans le cadre du raisonnement amorcé.

Par contre, si les dépenses sont bien étayées, les colonnes recettes sont peu précises, notamment concernant les indus, les impayés et les exonérations de charges. Il est, certes, difficile de corroborer les "on-dit", sans chiffres officiels ; mais tout un chacun sait que l'administration, notamment l'armée, et certaines grosses entreprises, ont des retards de paiement de cotisations, qui combleraient aisément le "fameux trou de la SECU". Ne nous attardons pas sur ces points qui ne changent rien à la démarche ici entreprise.

Au total : le déficit serait de 6,8/175, soit **"3,8%"**. Est-il vraiment "abyssal" pour un pays qui s'honore d'avoir une des plus juste, belle, et meilleure médecine du monde ? Elle est reconnue comme telle par le reste du monde.

En restant dans la gestion purement comptable, il faudrait rappeler la multitude d'organismes officiels qui

DÉPENSES DE SANTÉ ? ET LES RECETTES ? POINTS DE VUE CROISÉS

gravitent autour de l'économie de Santé, et qui font, heureusement vivre de nombreuses familles françaises grâce à leur budget de fonctionnement (ACOSS, CADES, CDC, ATIH...)⁵. Ceux que cela intéresse peuvent consulter les sites Internet correspondant.

Reprenons notre raisonnement : la branche maladie présenterait un déficit de 3,8% ! Mais que fait-on de "l'impact de la Santé" sur la productivité ? Quel est l'impact positif de l' "industrie de la Santé" sur le PIB ?

A chaque fois que la question est posée, les réponses des économistes restent évasives, du type : "impossible à évaluer..., ce ne sont pas des valeurs marchandes..., ce n'est pas productif... etc."

PIB

Dans les manuels d'économie, le PIB mesure l'activité économique. Deux formules simples :

- PIB = Somme des valeurs ajoutées + TVA + droits de douane - subventions à l'importation ;

- PIB = PIB non marchand + PIB marchand.

Comment est-il possible de s'abstenir d'évaluer l'impact positif de la Santé sur l'environnement économique et la productivité ?

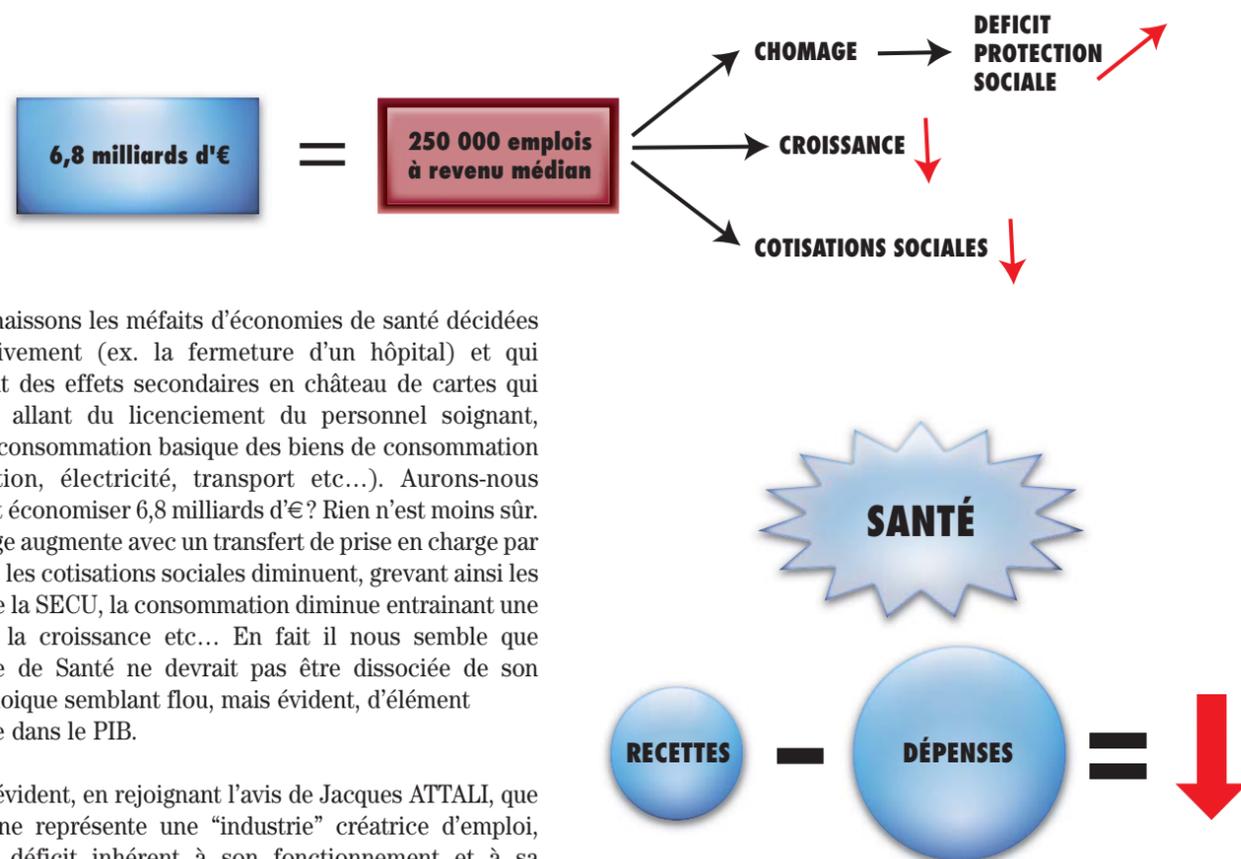
Jacques ATTALI a parfois alerté le corps médical en les incitant "à ne pas se laisser enfermer dans un piège intellectuel, selon lequel l'augmentation des dépenses de

santé... représentait une charge intolérable pour la société". Il estime que l'augmentation des dépenses est "une bonne nouvelle" pour la croissance ! Sic...⁶

Il a écrit ceci : "La santé n'est pas une charge mais un facteur de croissance. La médecine n'est pas une consommation mais un investissement, puisque les hommes vivent mieux et plus longtemps grâce à elle".⁷

En dehors du rôle fondamental de la médecine dans les sciences informatiques, les biotechnologies, les nanotechnologies, la pharmacologie etc..., proposons un exemple simple, pouvant être considéré comme simpliste par les économistes, car simplifié !...

Supposons que, par des mesures extraordinaires, le fameux déficit de 6,8 milliards d'€ soit immédiatement réduit.



Nous connaissons les méfaits d'économies de santé décidées intempestivement (ex. la fermeture d'un hôpital) et qui engendrent des effets secondaires en château de cartes qui s'effondrent allant du licenciement du personnel soignant, jusqu'à la consommation basique des biens de consommation (alimentation, électricité, transport etc...). Aurons-nous réellement économiser 6,8 milliards d'€ ? Rien n'est moins sûr. Le chômage augmente avec un transfert de prise en charge par l'UNEDIC, les cotisations sociales diminuent, grevant ainsi les recettes de la SECU, la consommation diminue entraînant une baisse de la croissance etc... En fait il nous semble que l'économie de Santé ne devrait pas être dissociée de son impact, quoique semblant flou, mais évident, d'élément dynamique dans le PIB.

Il semble évident, en rejoignant l'avis de Jacques ATTALI, que la médecine représente une "industrie" créatrice d'emploi, malgré le déficit inhérent à son fonctionnement et à sa gestion. Mais cela n'est qu'un aspect, certes important, de la mission qui nous est confiée en temps que médecins.

LA SANTÉ

Nous sommes tenus à une éthique, en temps que médecins, ne serait-ce qu'à travers le serment d'HIPPOCRATE qui nous engage à soigner du mieux que l'on peut. Cela peut-il être entrepris uniquement sous l'angle comptable, tel que nos dirigeants nous y incitent par des méthodes alliant la "carotte et le bâton" ? Nos élus syndicaux s'époumonent dans les multiples réunions avec les nombreuses instances administratives, avec brio et compétence, pour défendre les quelques bribes de liberté qui nous restent.

Mais où se situe le problème ? Les médecins sont-ils des nantis ? Certainement pas... Nos revenus sont en dessous de nos collègues américains, allemands, suisses, hollandais, belges etc, pour une qualité de soins mondialement reconnue. Nous ne pouvons pas nous contenter uniquement des contingences financières, en étant la cible de technocrates formés au maniement des chiffres. Nous avons une obligation de soins, qui ne peut faire abstraction de valeurs éthiques.

Au centre de ces valeurs se situe l'Homme, qui est devenu assujéti à l'économie, alors que, théoriquement, l'économie a été initiée pour être au service de l'Homme, pour l'aider à organiser sa vie.

La médecine française est reconnue d'excellente qualité, en grande partie grâce à la complémentarité "Public-Privé", et moins coûteuse que des médecines moins efficaces (américaine entre autre...).

Au-delà des hypertrophies des egos, il serait souhaitable de se concerter pour optimiser "ce qui marche", et de corriger "ce qui est déficient", en sachant que, logiquement, les dépenses de santé ne peuvent pas diminuer du fait du vieillissement de la population, de l'accroissement de celle-ci, du renchérissement des technologies innovantes.



Qu'en sera-t-il de ces sociétés qui n'auront que le mot "argent" à la bouche. Ne devons-nous pas redéfinir, tels que le préconisent de nombreux penseurs économistes, philosophes et autres, les notions de PIB, et les contours du "bien-être" de l'Homme.

Est-il illusoire de suivre l'expertise de STIGLITZ qui dit : "le PIB par personne mesure nos dépenses de santé, pas leur résultat- notre état de santé tel que le reflète, par exemple l'espérance de vie."⁸

Cette dichotomie "argent-santé" ne peut-elle devenir "santé ; bien-être ; argent" ? L'argent ne devient-il pas le "rival-obstacle" tel que le définit Jean-Pierre DUPUY dans son remarquable ouvrage⁹. A nous, médecins, de faire la part des choses, en étant des forces de propositions, élaborées par des concertations, à la base.

EN CONCLUSION

Les médecins ont le devoir :

- de prouver, dans le cadre de l'économie de marché, que la médecine française, de haute qualité, est rentable, et qu'elle est un facteur de croissance ;
- mais aussi de respecter leurs engagements éthiques, qui mettent l'Homme au centre du cercle, place que l'économie lui a usurpée.

Même si le mot "libéral" n'a plus de sens pour les médecins dits "libéraux", la médecine que nous pratiquons est efficace, et mérite d'être défendue en l'optimisant par des propositions évolutives se calquant sur les transformations sociétales inévitables.

Mais elles ne peuvent être mises en place, qu'en toute sérénité, en n'acceptant plus d'être sur le banc des accusés. La concertation permanente est nécessaire, et incontournable pour l'avenir de la Santé.

Nous devrions en être les principaux initiateurs.

1- <http://www.oecd.org/health/healthgrowthin-healthspendinggrindstoahalt.htm>

2 - Source FMI (Fonds monétaire international). Site Internet

3 - Lire Rapport des Comptes de la Sécurité Sociale Juillet 2012

4 - Se référer aux tableaux et chiffres du Rapport de la DRESS Août 2012

5 - CADES = Caisse d'amortissement de la dette sociale

ACOSS= Agence centrale des organismes de la Secu (qui anime les réseaux de l'URSSAF)

CDC = Cours des comptes

ATIH= Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

6 - Conférence dans le cadre du Salon Hôpital Expo 23 mai 2012

7 - "Le sens des choses" Jacques ATTALI, Ed. Robert Laffont p. 161

8 - « Le triomphe de la cupidité » (Ed. ACTES SUD) Joseph E. STIGLITZ, p. 497,2010

9 - « L'avenir de l'économie » (Ed. FLAMMARION) J.P. DUPUY, 2012



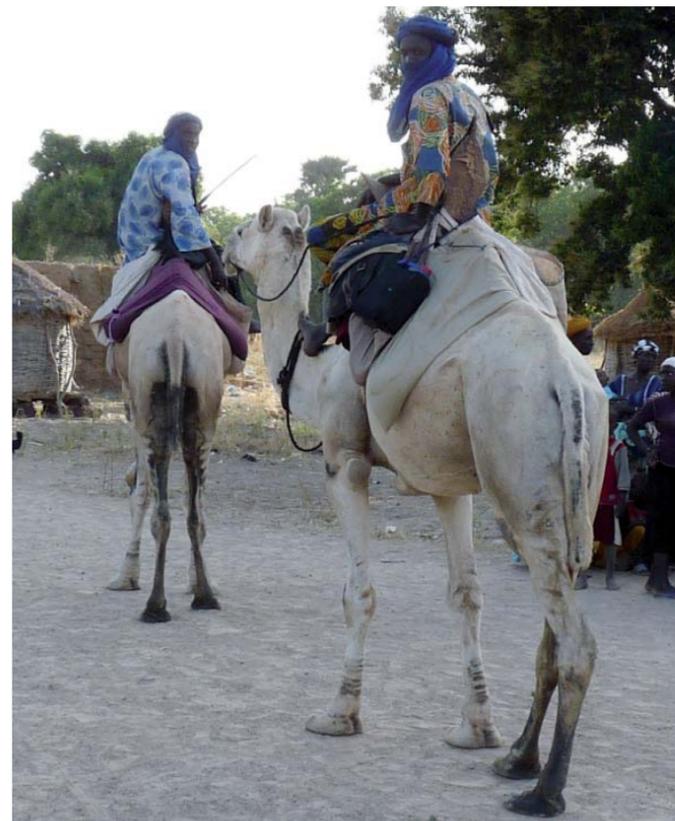
UNE JOURNÉE A KANABOUGOU : UN CONTE D'ANDERSEN MALIEN

par le Dr Lucien CHAULIAC, Association ACDH (Au Cœur Des Hommes).

Je vous le promets; dans cette histoire rien n'est rajouté, enjolivé, noirci ou galéjé. C'est comme ça, exactement, que ça s'est passé. Exactement.

C'était un mercredi, je crois, du côté de Kanabougou. Bertrand et moi avons consulté de concert dans deux petites pièces contiguës de la Case de Santé, heureux d'être de nouveau ensemble après deux jours de travail en solo dans des villages différents, de pouvoir discuter et échanger des avis réciproques. Geneviève qui avait investi la "salle d'accouchement" pour effectuer les soins dentaires venait nous faire des petits coucous, dans l'attente qu'une anesthésie en cours lui permette d'intervenir.

Hugo lui, installé entre elle et nous dans la salle médiane (la salle "de repos" où sont disposés quelques grabats faisant fonction de lits et où les parturientes, après la délivrance, demeurent une heure ou deux avant de faire le ménage et de rentrer chez elle) gérait le flux des consultations avec l'aide de membres quelque peu bilingues de l'ASACO*, l'association villageoise.



La matrone** de la Case traduisait alternativement nos consultations, secondée périodiquement par Tatou, notre interprète malienne, que Geneviève libérait, par épisodes pré-anesthésiques, de sa promotion d'assistante dentaire.

Beaucoup de monde, mais à deux, les consultations roulant bien, nous voilà au milieu de l'après-midi sans même avoir eu l'idée de s'arrêter pour casser la croute et le flux des patients commence à se ralentir. Bertrand décide alors, à la demande d'Hugo, d'apprécier la sensibilisation des femmes par les "relais" pour le Programme contre la malnutrition.

A l'ombre du soleil déclinant les femmes (celles qui ne sont pas restées dans les champs pour travailler) se réunissent en demi-cercle, en face de la Case de Santé. On convoque les deux hommes et Bertrand leur demande:

«Allez-y; montrez-nous comment vous procédez, quels messages vous avez; on vous aidera si besoin».

Et, là : le grand mutisme! D'abord parce qu'ils sont tétanisés, pleins d'appréhension, nous percevant comme des censeurs venus les contrôler; ensuite parce que dans leur culture il est loin d'être évident pour eux de prendre la parole devant l'assemblée des femmes; et puis surtout parce qu'ils ne l'ont sans doute jamais fait, et qu'en fait de répétition, pour eux, c'est une première.

Du coup Bertrand qui se voyait simple observateur prend littéralement le relais. Obligé d'improviser une intervention il leur explique quelques recommandations simples pour l'alimentation des enfants, leur demandant ce qu'elles font déjà



Démonstration de l'usage du brassard pour périmètre brachial en présence d'un "relais" et d'une matrone.



Dr Bertrand CARLES devant une assemblée de femme. Les cheveux de l'enfant sont indiqués comme un signe de malnutrition en cas de décoloration.

en orientant un peu les choses. Il va faire chercher les brassards de mesure du périmètre brachial*** que les "relais" n'avaient probablement jamais sorti du fond des cases et montre à tout le monde ce moyen simple de suivre l'état nutritionnel des enfants. Enfin il insiste sur le caractère gratuit de la prise en charge tant pour la délivrance des produits de réalimentation, qu'en cas d'hospitalisation... Moi, pendant ce temps, je fais l'essuie-glace entre la Case où quelques consultations continuent à arriver et la réunion pour lui donner un petit coup de main.

Les femmes sont intéressées et posent une foule de questions; loin de disqualifier les relais, on essaie de les mettre en valeur, de les faire participer, et ils en deviennent plus fiers qu'Artaban. Et les deux médecins français ont l'impression que, parfois, ils peuvent servir à quelque chose.

A ce moment là, quelqu'un me murmure à l'oreille:

« _ Tu as vu ?

_ Hein, quoi ??

_ Là, derrière toi. »

En me tournant je me trouve face à, plantés là, à deux mètres de moi, à DEUX mètres vraiment, entre ombre et lumière, comme sortis de nulle part, arrivés dans un silence absolu et figés dans une majestueuse immobilité, face à deux touaregs juchés sur leurs dromadaires. Un bizarre sentiment exotique se met à flotter et la réminiscence des voyages au Soudan, d'Henri de Monfreid à Rimbaud, cogne à la porte de nos imaginaires où des rêves d'Afrique Mystérieuse restaient probablement tapis derrière nos motivations humanitaires.

Nous prenons quelques photos – pourquoi après tout ne pas se laisser aller à ce bête émoi touristique ? – et même Hugo, le plus "africain" d'entre nous, s'étonne et avoue n'avoir encore jamais croisé dans le Cercle de Kati ces solitaires d'un désert dont les portes se trouvent tout de même à plusieurs centaines de kilomètres.

Leurs yeux que l'on devine à peine entre les plis du chèche survolent quelques minutes le curieux et insolite théâtre de ces blancs en représentation devant les femmes assemblées et puis, aussi soudainement et furtivement qu'ils étaient apparus, ils ébranlent leurs montures avec une fluidité surprenante pour repartir à la poursuite de leur ombre démesurément allongée qui s'enfuit vers le levant.

Un brin encore interloqué Bertrand entreprend d'achever son intervention quand il avise au sein de l'assistance un enfant enveloppé dans des linges, porté par une vieille femme, qui lui semble présenter des stigmates de malnutrition: cheveux décolorés et visage hâve. Ouvrant les linges il

a le choc de se trouver devant un enfant atteint de Kwashiorkor, à un stade donc très avancé de dénutrition, un enfant tel qu'on en voit dans les grandes catastrophes humanitaires, guerre ou famine, mais que nous croisons rarement dans nos missions.

Déstabilisé, il embraye tout de même immédiatement son discours en expliquant que cet enfant est très gravement malade, que c'est pour éviter d'en arriver à ce genre de situation que nous – nous; soignants maliens et européens, "relais" et femmes maliennes – devons travailler à dépister et prendre en charge la malnutrition, et que cet enfant doit être admis à l'Hôpital, à Kati, dans l'unité de réalimentation intensive car sinon il va mourir en quelques jours. Et il termine, assez choqué, en remerciant les femmes et les "relais" ainsi que la matrone qui lui a servi d'interprète, accompagné par les remerciements unanimes et les applaudissements de l'assemblée.

L'après-midi s'achève. Nous nous mettons à rentrer le matériel et à charger le 4 X 4. Et le chef du village vient nous parler:

«On emmènera l'enfant demain à l'hôpital»

On connaît ça. En malien ça veut dire: on n'emmènera PAS l'enfant.

Hugo est rompu à cette négociation:

«Ne vous inquiétez pas: les soins sont gratuits pour les enfants dénutris, et puis si nécessaire l'association prendra en charge d'éventuels frais supplémentaires».

Mais là, ça ne passe pas. C'est malheureusement très fréquent, parce qu'il faut en plus qu'un adulte reste auprès de l'enfant, très

UNE JOURNÉE A KANABOUGOU : UN CONTE D'ANDERSEN MALIEN

loin du village, que ça aussi c'est un coût difficile à assumer, et que ça représente deux bras de moins pour travailler.

Mais Hugo ne lâche jamais le morceau; il dégainé la menace dans ces cas-là :

«C'est le ministre qui nous envoie ici, et s'il arrive quelque chose à cet enfant vous serez – vous, le chef du village – tenu pour responsable personnellement auprès de lui».

Ça, ça marche toujours (même si en fait c'est du bluff), parce que la crainte de l'autorité et le respect de la hiérarchie sont culturellement très, très forts.

Mais là, ça ne marche pas; bien que le chef blêmissé (oui, je l'ai vu, de mes yeux vu); ça ne marche pas. Et il nous dit:

«C'est pas moi, c'est le grand-père qui refuse. Sa fille a eu l'enfant hors mariage, il a trouvé un mari pour l'épouser, mais ce mari refuse l'enfant».

On a tourné et retourné la question dans tous les sens, cherché des alternatives et des solutions, négocié à n'en plus finir; mais au bout on se heurtait toujours au même mur: cet enfant était né dans un société qui n'envisageait aucune place, voire aucune existence pour lui. Cet enfant était condamné.

Je vous le promets; dans cette histoire rien n'est rajouté, enjolivé, noirci ou galéjé.

C'est comme ça, exactement, que ça s'est passé. Exactement.

Et Bertrand de répéter depuis: «Cet enfant, il n'a pas fini de me poursuivre... ». Et certainement pas que lui.

Rappelez-vous cette petite fille qui meurt de froid et de faim au milieu des passants un soir de Noël. C'était un conte d'Andersen. Dans mon enfance «La petite vendeuse d'allumettes» me rendait terriblement triste.

C'était il n'y a pas si longtemps que ça, en Europe.

Continuons à oeuvrer avec modestie mais constance pour que des enfants ne meurent plus dans l'indifférence.



* Les ASACO (Associations de Santé Communautaires) sont des associations villageoises qui gèrent les Cases de Santé de brousse et essayent de diffuser des messages simples (hygiène, prévention du paludisme, dépistage de la malnutrition etc.) auprès des populations. Leurs vecteurs sont les « relais »; villageois qui reçoivent de brèves formations de l'ordre d'une demi-journée par thème.

** Les matrones sont les seuls « personnels de santé » des villages de brousse. Du niveau scolaire de la primaire elles reçoivent une formation de 6 mois suivie de quelques stages. Elles accompagnent les accouchements, prodiguent des soins de première intention et disposent d'un pharmacopée réduite (antipaludéens, antibiotiques..).

Les Cases de Santé dépendent d'un CESCO (Centre de Santé Communautaire) sous la responsabilité d'un infirmier chef de poste secondé par une sage-femme, un ou deux aide-

soignant et un gestionnaire de pharmacie. Les CESCO dépendent d'un Hôpital de Référence où des médecins peuvent être consultés et où des hospitalisations sont possibles.

Les Cases de Santé sont à quelques heures de marche des CESCO qui peuvent être éloignés de plusieurs dizaines de kilomètres de piste des Hôpitaux de Référence.

*** Le périmètre brachial est un bon

indicateur de dépistage de la malnutrition pour les enfants de 6 mois à 5 ans. La couleur retrouvée sur le brassard donne une information immédiate: vert: sans problème, orange: actions de réalimentation à mettre en place rapidement, rouge: malnutrition grave nécessitant souvent hospitalisation.

Les balances sont des denrées rares en brousse y compris dans les CESCO.



DE L'AUDIO-VISUEL DANS NOS SALLES D'ATTENTE ET DE SA BONNE UTILISATION

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

Malgré toutes les critiques portées à l'encontre de la télévision, celle-ci s'est imposée dans notre société comme l'un des principaux médias d'informations, de communications et de publicités, omniprésent dans notre vie. Nous ne pouvons nier l'influence qu'elle a sur nous sans que nous puissions exercer un quelconque contrôle sur les messages et les publicités qu'elle diffuse.

Aussi, nombreux sont ceux parmi nous qui, à juste titre, n'ont pas installé de télévision car les programmes diffusés sont le plus souvent inadaptés à notre contexte professionnel.

Concernant la presse écrite, également source importante d'informations, si nous maîtrisons les messages par les revues et journaux que nous choisissons, pour autant nous n'en contrôlons pas plus la publicité qu'ils contiennent. Ceux-ci pour partie d'entre eux sont néanmoins placés dans nos salles d'attentes pour distraire nos patients.

Par ailleurs il nous incombe d'informer régulièrement nos patients en termes de messages de santé publique, de prévention, d'hygiène ou autres données sociales que le temps consacré à la consultation ne nous permet pas toujours de faire passer et qu'ils ne trouvent pas dans la plupart des revues que nous mettons à leur disposition.

Il est regrettable que nous ne transformions pas ces minutes d'attentes parfois longues en "détente-information".

Or, il existe un moyen de concilier distraction, information et messages publicitaires par un programme télévisuel diffusé dans notre salle d'attente mais que nous pouvons contrôler et qui nous offre la possibilité de diffuser ces messages, personnalisés ou non, que nous souhaitons faire passer.

C'est pour avoir compris cela que, depuis 7 ans, j'offre à mes patients les programmes proposés par une société spécialisée dans la télévision des salles d'attentes, seule à assurer les services à la fois de programmes de détente et de programmes ciblés et personnalisés, et incluant pose et fourniture du matériel pour un abonnement mensuel modique.

En 2005, il s'agissait de diffuser des DVD envoyés chaque mois et dont les programmes passaient en boucles par l'intermédiaire d'un lecteur et d'une télévision installés et mis à disposition par

cette société, les programmes étant différents selon la spécialité. S'agissant de la mienne, la pédiatrie, ils étaient destinés aux enfants et aux jeunes parents, entrecoupés de spots publicitaires orientés pour la plupart sur la puériculture. La satisfaction des enfants et de leurs parents m'a encouragé à conserver ce moyen de distraction.

Depuis, la technologie a évolué et permet de bénéficier de programmes sur lesquels je peux intervenir diffusés par ADSL sur un écran plat suspendu.

Cette diffusion de programmes permet une grande souplesse d'utilisation et notamment une programmation à la fois personnalisée et diversifiée:

- insertion d'informations administratives propres au cabinet : horaires, permanence des soins, congés, honoraires du cabinet, modifications des tarifs de consultations, de la nomenclature ou autres informations administratives;
- programmation de messages de préventions "généraux" habituellement affichés dans la salle d'attente mais dont la lecture est ainsi assurée comme, par exemple l'incitation des jeunes parents à mettre à jour leurs vaccinations telles la coqueluche ou la rougeole;
- composition de messages de préventions "spécifiques et ciblés" (qui ne font pas l'objet de campagnes officielles) écrits par le ou les praticiens du cabinet;
- diffusion de messages "type" relatifs à sa "spécialité" où à sa "région" (montagne, rurale, côtière..);
- recommandations et conseils aux patients notamment sur les sites Internet "sérieux" et validés.

La réappropriation du message préventif du praticien et la restauration de son statut de "réfèrent-conseils" peuvent être ainsi renforcées auprès de patients en demande d'informations-santé qui, à 80 pour cent, attendent en moyenne 40 minutes dans une salle d'attente "bien nommée".

L'URPS-ML PACA pourrait s'appuyer sur cet outil médiatique pour diffuser, à travers nos cabinets, des messages à visée régionale ou nationale.

