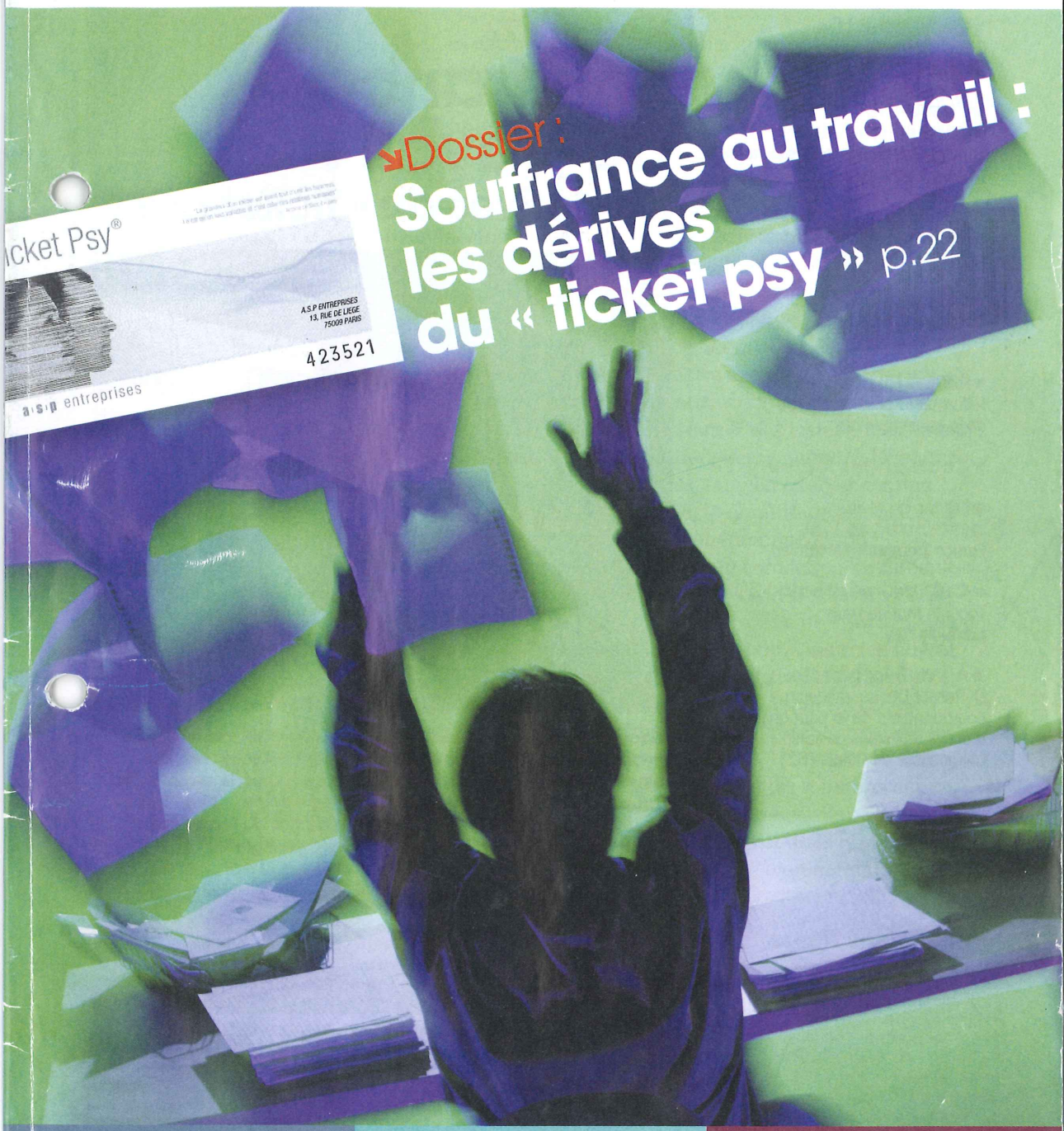
médecins

N°5 MAI-JUIN 2009

POUR ALLER PLUS LOIN : L'ACTUALITÉ EN LIGNE
www.conseil-national.medecin.fr

Bulletin d'information de
l'Ordre national des médecins



Dossier :
Souffrance au travail : les dérives du « ticket psy » p.22

L'essentiel
Insécurité : 535 agressions contre des médecins en 2008 p.4

Sur le terrain
Brest : rencontre entre médecins et étudiants p.8

Réflexion
Réformer la prise en charge de la santé mentale p.11

ABONNEZ-VOUS À NOTRE LETTRE D'INFORMATION MENSUELLE
http://www.conseil-national.medecin.fr

médecins n°5
mai 2009

L'essentiel | 04
Observatoire de l'insécurité : les chiffres 2008

L'essentiel informatique | 06
Échanges professionnels sécurisés : pourquoi l'Ordre agit

Sur le terrain | 08
Brest : rencontre entre médecins et étudiants

Ailleurs | 10
Directive patients : l'Ordre donne son avis

Réflexion | 11
Réformer la prise en charge de la santé mentale

Courrier des lecteurs | 28

La voix des associations | 29
France Traumatisme crânien

Culture médicale | 30
Tact : le mot du mois par Alain Rey

À vous la parole | 32
Dr Pascal Dubus, médecin coordonnateur de la permanence d'accès aux soins de santé médicalisée de Calais (62)

Dossier | 22

Souffrance au travail : les dérives du « ticket psy »

©Jupiter Image

La souffrance au travail ne date pas d'aujourd'hui, mais sa prise en considération est un phénomène récent qui a généré, au sein des entreprises, le développement de dispositifs d'alerte des risques psychosociaux et autres cellules d'écoute… avec des dérives qui préoccupent l'Ordre, les médecins du travail et les psychiatres attachés au respect de la déontologie.

Cahier jurispratique | 13

- **ASSURANCE** Couverture en RCP pour une activité médicale à l'étranger | 13
- **FICHE PRATIQUE** La fiche de signalement d'incident du Conseil national | 14
- **EXERCICE PROFESSIONNEL** Quelques conseils pour l'affichage de vos honoraires | 16
- **DÉONTOLOGIE** Aide médicale d'État/Couverture maladie universelle : ce que dit la déontologie | 19

Vos réactions nous intéressent. Vous souhaitez réagir, commenter ou témoigner ?

Envoyez vos messages
à l'Ordre des médecins
180, bd Haussmann
75389 Paris Cedex 08

La médecine libérale a-t-elle encore un avenir ?

Dr Michel Legmann, président du Conseil national de l'Ordre des médecins

« Désormais, les jeunes préfèrent être salariés ou remplaçants »

Les clichés ont la vie dure en matière de démographie médicale. Ainsi, les pouvoirs publics continuent de focaliser leur attention sur le nombre total de médecins en activité, en augmentant de façon continue le *numerus clausus*. Pourtant, le problème n'est pas tant celui du nombre total de médecins en activité que celui du nombre de médecins libéraux réellement en exercice.

La médecine libérale n'intéresse plus les médecins !

Seule institution à détenir les véritables statistiques de la démographie médicale, l'Ordre des médecins peut témoigner, chiffres à l'appui, de la désaffection croissante des jeunes médecins pour l'exercice libéral. En 2007, le Tableau de l'Ordre a ainsi enregistré quatre fois plus de médecins salariés que de médecins libéraux. Au total, parmi les nouveaux inscrits au Tableau, seuls 9 % s'installent en libéral (dont 74 % de spécialistes en médecine générale). Désormais, les jeunes préfèrent être salariés, ou bien exercer comme remplaçants. Entre 1988 et 2008, le nombre de remplaçants a augmenté de 523 % : c'est un phénomène inédit !

La crise de la médecine libérale a un corollaire : les difficultés croissantes d'accès aux soins dans les zones rurales et dans les banlieues déshéritées où plus personne ne veut s'installer. Les rares confrères qui optent encore pour l'exercice libéral choisissent de travailler dans les grandes villes, près des universités et des grands hôpitaux, ou dans le Sud de la France. Force est d'ailleurs de constater que les incitations financières à l'installation dans les zones sous-dotées n'ont pas porté leurs fruits…

Face à cette situation, trouvons ensemble les moyens et les solutions pour donner à nos jeunes confrères l'envie de commencer une carrière en libéral. Cela passe notamment par une revalorisation du statut et de la rémunération de la profession, même si la valeur de C = CS demeure bien entendu du ressort des partenaires conventionnels. Mobilisons-nous vite pour redorer le blason de la médecine libérale !

médecins

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : **Dr Walter Vorhauer - ORDRE DES MÉDECINS, 180, bd Haussmann, 75389 Paris Cedex 08. Tél. : 01 53 89 32 00. E-mail : conseil-national@cn.medecin.fr** – RÉDACTEUR EN CHEF : **Dr André Deseur** – CONCEPTION ET RÉALISATION : **CITIZENPRESS 48, rue Vivienne, 75002 Paris** – RESPONSABLE D'ÉDITION : **Claire Peltier** – DIRECTION ARTISTIQUE : **Marie-Laure Noel** – SECRÉTARIAT DE RÉDACTION : **Élisabeth Castaing** – RESPONSABLE DE LA RUBRIQUE « CULTURE MÉDICALE » : **Dr Maurice Hodara** – IMPRIMERIE : **IGPM - Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs** – DÉPÔT LÉGAL : **mai 2009 – n° 16758 – ISSN : numéro en cours.**

en bref

PRÉCISION SUR LES ÉCHOGRAPHIES OBSTÉTRICALES

Marie-Josée Keller, présidente du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, nous a fait part de l'émoi suscité par la lecture de l'article « À qui confier la pratique de l'échographie obstétricale ? » publié dans le cahier jurispratique du numéro de janvier 2009 du bulletin de l'Ordre des Médecins. Clairement, l'article concerne le remplacement des médecins gynéco-obstétriciens pendant leurs absences et les solutions possibles pour permettre la réalisation de ces échographies au cabinet de ce praticien alors que, absent, il est remplacé par un gynéco-obstétricien ne les pratiquant pas. Bien évidemment, l'article ne met pas en doute la qualité reconnue des échographies réalisées par des sages-femmes formées à cette pratique et leur capacité à les pratiquer. Il convenait d'en donner acte aux sages-femmes et à la présidente de leur ordre en soulignant que, pour nous, à aucun moment la confusion n'existait. Nous nous réjouissons de savoir notre magazine lu attentivement par des sages-femmes et pouvoir user de cette occasion pour souligner les excellentes relations et coopérations entretenues entre nos deux ordres.

Dr André Deseur, vice-président de la section Exercice professionnel

RÉVISION DES LOIS DE BIOÉTHIQUE

Le 4 février dernier, la ministre de la Santé a donné le coup d'envoi des États généraux de la bioéthique, en vue de la révision de la loi du 6 août 2004 relative à la bioéthique. De nombreux débats auront lieu partout en France et sur Internet. Trois forums régionaux se dérouleront, en juin, à Marseille, Rennes et Strasbourg ; ils se concluront, le 23 juin, par un colloque national, à Paris, où sera réalisée une synthèse des travaux citoyens. De son côté, le Conseil national de l'Ordre des médecins a réuni, en janvier dernier, une conférence sur la valeur prédictive des tests génétiques.

+ D'INFOS SUR LE SITE : www.conseil-national.medecin.fr

- **Bulletin de l'Ordre des médecins de janvier/février**
- **Lire le compte-rendu des débats www.etatsgenerauxdelabioethique.fr**

Le bilan comptable 2008

Lors de la session du 2 avril 2009, le Dr Gérard Lagarde a présenté le rapport de la Commission de contrôle des comptes qui s'est réunie le 25 mars 2009 conformément aux dispositions de l'article L.4132-6 du code de la santé publique. Les comptes 2008 ont été approuvés et quitus a été voté aux trésoriers. Il ressort de l'exercice 2008 qu'un résultat positif de 1 399 776 euros, principalement dû aux produits financiers positifs, a été dégagé, somme affectée sur la ligne « excédents des exercices antérieurs » participant ainsi à conforter les réserves.

BILAN 2008	
ACTIF	
IMMOBILISATIONS CORPORELLES	17 117 955,81
IMMOBILISATIONS FINANCIÈRES	123 069,08
CRÉANCES	17 080 982,13
DISPONIBILITÉS	164 988,51
FRAIS PAYÉS D'AVANCE	122 029,06
TOTAL GÉNÉRAL	34 609 024,59
PASSIF	
CAPITAL dont :	4 742 521,64
• Fonds d'harmonisation	**2 670 750,87**
• Fonds d'entraide	**1 298 526,93**
GESTION ADMINISTRATIVE	20 407 212,19
PROVISIONS POUR RISQUES & PENSIONS	1 522 838,00
DETTES	7 936 452,76
TOTAL GÉNÉRAL	**34 609 024,59**

GESTION ADMINISTRATIVE	
CHARGES	**31.12.2008**
ACHATS	
Bulletins	630 417,63
Impressions	336 459,00
Fournitures	170 686,49
AUTRES CHARGES EXTERNES	
Loyers et charges locatives	84 117,18
Location, entretien et réparations	595 134,77
Assurances	83 147,82
Documentation et colloques	118 299,25
Personnel extérieur	1 948,53
Honoraires	791 909,27
Indemnisations des conseillers	1 654 376,00
Communication, annonces	231 625,51
Déplacements et missions	1 563 513,45
Frais du Conseil	460 547,33
Frais postaux	1 216 631,89
Cotisations, pourboires et dons	44 492,49
Informatique	1 323 472,48
IMPÔTS TAXES ET VERSEMENTS ASSIMILÉS	1 063 107,38
CHARGES DE PERSONNEL	6 203 586,88
AUTRES CHARGES DE GESTION	955 808,51
CHARGES FINANCIÈRES	257 959,28
CHARGES EXCEPTIONNELLES	11 121,72
TOTAL	17 798 362,86
PRODUITS	
PRODUITS DE GESTION COURANTE	17 980 650,96
PRODUITS FINANCIERS	925 857,94
PRODUITS EXCEPTIONNELS	291 630,91
TOTAL	19 198 139,81
RESULTAT DE L'EXERCICE	1 399 776,95

Observatoire de l'insécurité :

535 agressions en 2008

Comme chaque année, le Conseil national de l'Ordre a rendu publics les chiffres de l'Observatoire pour la sécurité des médecins, en partenariat avec l'institut Ipsos.

1 Les principales données pour 2008

Les chiffres de l'Observatoire reposent sur les déclarations volontaires des médecins. En 2008, ceux-ci ont déclaré 535 incidents contre 837 en 2007, 518 en 2006 et 639 en 2005. On reste au niveau des résultats enregistrés entre 2003 et 2006.

2 Quelques indicateurs

- La Seine-Saint-Denis est toujours le département le plus touché.
- Les ophtalmologistes et les psychiatres demeurent les spécialistes le plus souvent victimes de violences.
- L'intimidation verbale reste le principal motif d'incident (46 %), avant le vol et le hold-up (25 %).
- Le lieu de l'agression est le cabinet dans le cadre d'un exercice de médecine de ville dans 61 % des cas.
- On constate une surreprésentation des médecins généralistes et des violences en milieu urbain. Mais on note aussi une augmentation des déclarations en milieu rural : un phénomène à surveiller.
- 44 % des médecins ne déposent pas plainte après avoir été victimes d'un incident.

3 Les actions de l'Ordre des médecins

L'Ordre est conscient que ces chiffres ne traduisent pas complètement la réalité, un certain nombre de médecins n'informant pas l'Observatoire des agressions dont ils sont victimes. Il entend inciter davantage les médecins victimes d'agression à déclarer ces incidents à l'Ordre ou à déposer plainte. Il souhaite également intensifier ses relations avec les représentants des services de police, de gendarmerie et de la justice pour que les dispositions de la loi de mars 2003 sur l'insécurité – qui prévoient des peines aggravées pour les infractions commises à l'encontre des professionnels de santé – soient réellement appliquées. Aujourd'hui, les médecins ont plutôt le sentiment, au contraire, que leurs plaintes ne sont pas vraiment prises en compte. L'Ordre veut aussi organiser des actions de sensibilisation et de formation des médecins à la gestion des situations à risque. Enfin, l'Observatoire de l'Ordre intensifiera ses relations avec l'Observatoire des violences hospitalières du ministère de la Santé pour avoir un meilleur niveau d'information sur les agressions en milieu hospitalier.

POINT DE VUE de l'Ordre

Dr Jean-François Guyonnard,
coordonnateur du comité de pilotage pour l'Observatoire de la sécurité des médecins

« L'Ordre constate globalement une tendance inquiétante à la banalisation des actes de violence commis contre des médecins et, parallèlement, à une certaine résignation de la part des médecins qui ne veulent pas ou n'osent pas porter plainte. L'Ordre refuse ce phénomène de banalisation et fait tout ce qui est en son pouvoir pour s'y opposer. Nous devons notamment renforcer la sensibilisation des médecins pour qu'ils fassent systématiquement la démarche de porter plainte en cas d'incident. »

+ D'INFOS :

- **Lire les résultats de l'observatoire : www.conseil-national.medecin.fr - Espace communiqués de presse**
- **Consulter, pages 14 et 15, la fiche de déclaration d'incident.**

DVD « Profils macabres »

Le Conseil national de l'Ordre tient à alerter les médecins ayant reçu un courrier de Frédéric Grossmann, président de la Commission des citoyens pour les droits de l'homme, accompagné d'un DVD *Profils macabres – L'histoire cachée des drogues psychiatriques.* Cette correspondance émane en réalité de l'Église de scientologie et manifeste un certain nombre de dérives sectaires. La Mission de vigilance et de lutte contre des dérives sectaires (Miviludes) a, elle aussi, été alertée par le Conseil national de cette tentative de déstabilisation du corps médical.

© Photos Philippe Garo

1 et 1 bis- La conférence de l'Ordre lors de l'édition 2009 du Medec.
2- René Mazars, administrateur du CISS.
3- Marthe Wehrung, directrice du GIP-CPS.
4- Isabelle Adenot, membre de l'Ordre des pharmaciens.
5- Michel Gagneux, président du GIP-CPS.
6- Sophie Vulliet-Tavernier, directrice des Affaires juridiques de la Cnil.

Échanges professionnels sécurisés

Pourquoi l'Ordre agit

Lors de l'édition 2009 du Medec, le Conseil national de l'Ordre des médecins a organisé une conférence sur l'informatisation et le partage des données médicales. L'occasion de tirer les leçons du passé pour se placer dans une vision résolument prospective.

L'annonce ministérielle d'une feuille de route devait, début avril, relancer la construction et la mise en œuvre du Dossier médical personnel. Le réalisme et la progressivité devraient être les maîtres mots de la nouvelle gouvernance du projet. On doit s'en réjouir. Les sévères critiques formulées sur le grand projet informatique lancé en 2004 – par les grands corps de contrôle de l'État comme par les pionniers expérimentateurs – n'ont pas remis en cause l'utilité d'informatiser des dossiers médicaux et de pouvoir les partager entre professionnels, avec l'accord du patient. À condition toutefois que ce nouvel outil de coordination des soins réponde à cette fonction, et que la confidentialité et la traçabilité soient parfaitement assurées dans l'utilisation des données des patients. « *Les questions de la confidentialité et de la sécurisation dans l'hébergement et la circulation des données sont fondamentales dans la mise au point d'une solution informatique d'échanges professionnels, c'est une exigence éthique et déontologique majeure* », a rappelé, en préambule, le Dr Jacques Lucas, vice-président du Cnom, chargé des Systèmes d'information en santé. René Mazars, administrateur du Collectif interassociatif sur la santé (CISS), s'est solidarisé avec cette position, en précisant : « *Les informations concernant les patients doivent faire l'objet d'une traçabilité sans faille, grâce à un historique détaillé. Une charte éthique, commune à tous, doit permettre de définir les responsabilités de chacun et assurer une transparence optimale pour les patients.* »

Identifier le patient et le professionnel

De son côté, la Cnil a rappelé qu'elle portait une vigilance particulière au traitement des données de santé et ce d'autant plus avec le développement d'Internet. « *La Cnil n'est pas seulement présente pour contrôler ou sanctionner les manquements aux droits des patients,* affirme Sophie Vulliet-Tavernier, directrice des Affaires juridiques de l'institution.

POINT DE VUE de l'Ordre

Dr Jacques Lucas,
vice-président du Cnom, chargé des Systèmes d'information en santé

« Le rôle de l'Ordre, dans l'élaboration des systèmes d'informations partagées en santé, est de faciliter leur développement dans le respect des principes majeurs de la déontologie médicale. C'est ce que l'Ordre redira sans cesse : la déontologie se vit sur le terrain, dans le quotidien des établissements de soins et des cabinets médicaux. Elle s'applique au service du patient. Les technologies informatiques doivent par conséquent aider l'exercice des médecins dans leurs offices près des patients. Elles doivent préserver le temps proprement médical dans la relation patient-médecin, notamment en améliorant la coordination des soins et la rapidité de la circulation d'informations nécessaires à la qualité des prises en charge.

Tout cela suppose de fixer rapidement des règles de base : établir l'Identifiant national de santé différent du « numéro sécu », permettre une identification forte et adaptée aux usages des professionnels de santé, sécuriser l'hébergement des données, notamment par leur cryptage, définir les formes de recueil explicite pour le consentement des patients. Voilà, aux yeux de l'Ordre, quelques objectifs immédiats.
Il faut créer la confiance. La confiance des usagers du système de santé et la confiance des médecins. C'est-à-dire faciliter les usages dans le respect du secret médical. La déontologie revient finalement à appliquer des normes morales à des fins utiles. C'est cela qui crée la confiance.
Très concrètement. C'est ce que nous nous employons à faire. »

Nous avons étudié en amont tous les projets institutionnels liés à l'informatisation des données médicales : Dossier médical personnel, Dossier pharmaceutique, "Web médecin". Nous avons, par exemple, contrôlé les expérimentations du DMP en 2006. Nous avons notamment estimé, à l'issue d'une large concertation, que l'identification des patients ne pouvait reposer sur le numéro de sécurité sociale, mais sur un identifiant spécifique, sectoriel et pérenne. »
« La confidentialité est un élément essentiel de la confiance, dans le cadre du partage et des échanges de données dans les systèmes d'information de santé, a renchéri Marthe Wehrung, directrice du GIP-CPS (Groupement d'intérêt public-Carte de professionnel de santé). *La carte CPS permet d'apporter la preuve de l'identité du professionnel de santé. Elle est la base du contrôle d'accès, de la traçabilité. Elle permet aussi la signature des documents et des actes. »*

Une déontologie au quotidien

Si cet « impératif éthique de protection des informations » est partagé par tous, les moyens de l'assurer dans le quotidien des hôpitaux et des cabinets médicaux restent en discussion. Cependant, l'expérience réussie du Dossier pharmaceutique prouve que le partage des informations présente de nombreux avantages au quotidien. *« Il est possible d'utiliser les réseaux numériques de manière éthique. Le Dossier pharmaceutique est assis sur une loi et une délibération de la Cnil. Ce protocole de mise en place des données partagées entre les pharmaciens assure une qualité de service pour les patients en permettant, par exemple, de prévenir les contre-indications médicamenteuses,* constate Isabelle Adenot, du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens. *Aujourd'hui, trois millions de patients ont ouvert un Dossier pharmaceutique. »*
« Tout l'enjeu se situe donc dans la tension entre l'efficacité, l'apport donné au patient et la sécurité des données de santé », a estimé Michel Gagneux, le président du GIP-DMP, dans sa conclusion.

+ D'INFOS SUR LE SITE : www.conseil-national.medecin.fr

- **Le livre blanc du Cnom sur l'informatisation de la santé (mai 2008).**
- **Le livre blanc du Cnom sur la télémédecine (Janvier 2009).**
- **Le compte-rendu de ces débats au Médec 2009.**
- **Le compte-rendu de la table ronde sur l'interopérabilité médicale en Europe (décembre 2008).**

Textes : **Nathalie Da Cruz** Photos : **Patricia Lecomte**

Brest

Rencontre entre médecins et étudiants

Pour la deuxième année consécutive, le conseil de l'Ordre des médecins du Finistère a organisé un Forum des métiers pour aider les étudiants en médecine à mieux cerner la réalité et la diversité des spécialités de la profession.

Introduction

L'après-midi débute par quelques mots du Pr Marc de Braekeleer, doyen de la faculté de médecine de Brest, puis du Dr François Simon, président du conseil de l'Ordre des médecins du Finistère.

Le 11 mars dernier, la faculté de médecine de Brest grouillait d'une activité particulière. Plus d'une trentaine de praticiens avaient accepté, à l'invitation du conseil de l'Ordre du Finistère, de venir consacrer une après-midi à rencontrer des étudiants, dans le cadre de la deuxième édition du Forum des métiers. Objectif? Aider les jeunes, de la deuxième à la sixième année de formation, dans leur choix d'orientation en leur parlant de leur métier, de leur quotidien, de leurs difficultés, de leurs joies. Tout simplement.

L'idée de cette rencontre émane du Dr François Simon, président du conseil de l'Ordre des médecins du Finistère. En contact avec les médecins de son département, il a constaté que nombreux sont ceux qui regrettent leur choix de spécialité. Les causes? Manque d'information sur la réalité du métier, idéalisation de certaines spécialités, ignorance du panel de postes à occuper dans le milieu de la médecine… Pour éviter cet écueil, il lui a semblé nécessaire de resserrer les liens entre le milieu professionnel et celui de la formation. Un premier forum des métiers est organisé en juin 2008, avec la faculté de médecine et la corporation de médecine. C'est une réussite. L'expérience a donc été réitérée cette année avec toujours le même succès. « *Les médecins que nous contactons sont, la plupart du temps, enthousiastes pour participer à ces rencontres, heureux d'échanger sur leur métier* », se réjouit le Dr Albert Fontrier, l'un des organisateurs du forum. De leur côté, les étudiants y trouvent des réponses à leurs questions. « *Je suis en deuxième année,* explique Guillaume en sortant d'un entretien avec des médecins. *Je suis attiré vers la médecine générale, et la discussion que je viens d'avoir avec des praticiens, installés depuis plusieurs années, m'a ouvert les yeux sur leur quotidien.* »

Le conseil de l'Ordre du Finistère souhaite organiser un forum par an en ciblant sur une spécialité, à tour de rôle, de façon à permettre aux étudiants d'avoir un aperçu global des grands domaines de la médecine, au moment du choix décisif en sixième année.

Dr François Simon,
président du conseil de l'Ordre des médecins du Finistère

témoignage

« Trop de praticiens se retrouvent dans un mode d'exercice ou de spécialité qui ne leur convient pas. Ce n'est pas une particularité du Finistère mais bien un mouvement de fond, général à toute la France. Je rencontre souvent des praticiens déçus par leur métier, qui peut être en réel décalage avec ce qu'ils imaginaient, voire avec leur nature profonde. Certains médecins s'aperçoivent, une fois en poste, qu'ils ont une répulsion pour le toucher, par exemple. C'est tout de même dommage, après autant d'années d'études supérieures, de constater, qu'on s'est trompé. Surtout que les possibilités de reconversion, au terme d'une spécialité, sont quasi nulles. Toutes

Débat

Deux salles sont consacrées à la médecine générale et aux critères de choix d'orientation. Elles accueillent, tout l'après-midi, un large public pour un débat entre médecins et étudiants.

Préparer son orientation

L'intérêt des jeunes est réel. Les étudiants, de la deuxième à la sixième année de formation, ont pris sur leur temps de loisir ou de travail personnel pour préparer leur orientation.

Échanges

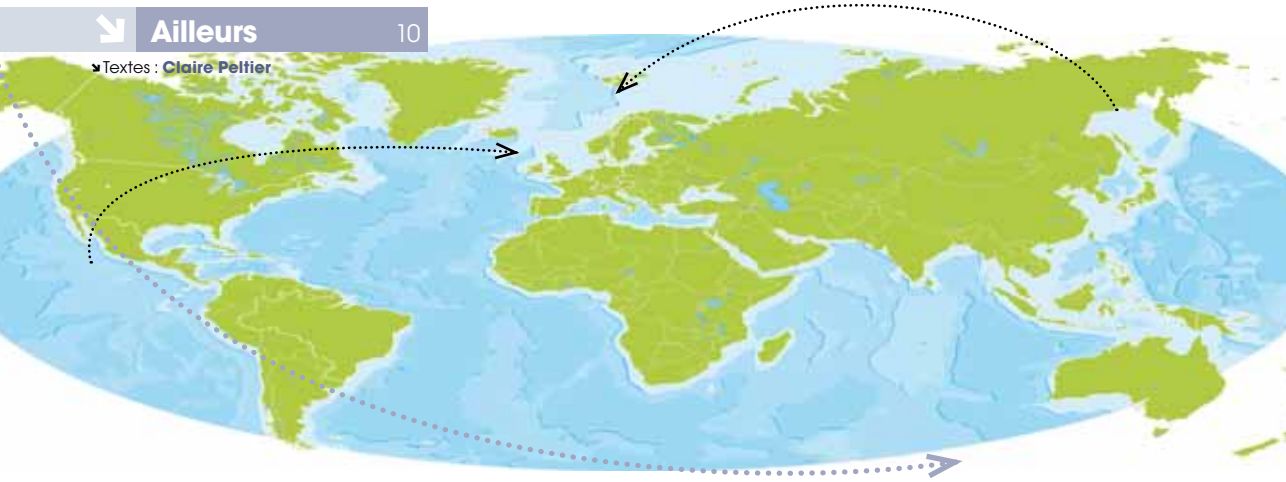
Le hall de la fac s'est transformé en lieu d'échanges. Les praticiens se regroupent par spécialité et se mettent à la disposition des étudiants pour répondre à leurs questions.

ces raisons m'ont conduit à proposer l'organisation de ce Forum des métiers. Je souhaiterais, tout d'abord, que les jeunes s'interrogent en profondeur sur eux-mêmes, qu'ils puissent appréhender ce que représente le travail au quotidien d'un généraliste, d'un obstétricien, d'un endocrinologue, d'un psychiatre, etc. Mais aussi qu'ils s'aperçoivent que le monde de la médecine offre des tas de possibilités professionnelles. Souvent, durant leur cursus, ils n'ont de contact qu'avec l'hôpital. Mais la médecine recouvre aujourd'hui une multitude de métiers qui s'exercent sur de nombreux terrains : hôpital, ville, clinique, services non soignants, etc. L'objectif est qu'ils choisissent en connaissance de cause. Et qu'ils s'épanouissent dans ce qu'ils font.

La réalité de notre quotidien

« Il existe beaucoup de clichés et d'idées fausses sur la pratique de nos professions. Cette rencontre permet aux jeunes de mieux cerner la réalité de notre quotidien », estime le Pr Véronique Kerlan, endocrinologue.

Textes : Claire Peltier



Directive patients

L'Ordre donne son avis

En janvier 2009, le Conseil national de l'Ordre a émis un avis sur la proposition de directive relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.

Dans cet avis, l'Ordre se félicite des avancées de la proposition de directive qui entend sécuriser les règles juridiques encadrant la mobilité des patients et mieux les informer sur leurs droits et sur les soins disponibles dans l'Union européenne. Mais il regrette aussi que le thème de la mobilité des patients soit à ce point dissocié de la mobilité des professionnels. *« Un certain nombre de problématiques, comme l'accès à des soins de qualité ou la sécurité des patients, leur sont pourtant communes »*, déplore le Dr Francis Montané, délégué général aux Affaires européennes et internationales de l'Ordre.

1. Les points d'intérêt

• Une meilleure information des patients. Le principe de l'autorisation préalable devrait être conçu comme une occasion offerte au patient d'être entouré dans sa démarche de recherche d'une meilleure prise en charge plutôt que comme un frein à sa mobilité.
• La possibilité de faire valoir une prescription médicale dans l'ensemble des États membres.
• La création des réseaux européens de référence.
• Le développement de l'e-santé dans le respect des règles de la confidentialité.

2. Les déceptions

La directive insiste sur la qualité de l'acte médical et la sécurité du patient, mais les professionnels de santé en sont les grands absents. Un certain nombre d'aspects ne sont pas traités :
- l'harmonisation du contenu des formations et de toutes les qualifications ;
- les échanges d'informations relatives à l'autorisation et l'aptitude à exercer ;
- le mécanisme de réparation, d'indemnisation et/ou de prise en charge de l'aléa thérapeutique.

3. Les inquiétudes

Le débat sur la définition du soin hospitalier qui déterminera les situations dans lesquelles l'autorisation préalable sera requise ou non risque, pour le Dr Montané, d'être instrumentalisé par les États membres en fonction de leur souhait de libéraliser ou non la mobilité des patients.

LES AMENDEMENTS ADOPTÉS

La commission parlementaire du Parlement européen en charge de la Directive a adopté le rapport du député européen M. Bowis (du groupe PPE) le 31 mars amendant la proposition de directive de la Commission européenne. Le vote définitif du Parlement, qui aura lieu en session plénière avant les élections européennes, sera décisif, car le vote en commission a été serré, le groupe socialiste s'étant abstenu, alors qu'un accord *in extremis* entre les députés européens avait été obtenu la veille. Les principaux amendements adoptés sont :

- **une définition nationale des soins hospitaliers (et non par la Commission européenne) ;**
- **l'autorisation préalable doit pouvoir être prise sur la base d'une expertise médicale ;**
- **un système de notification préalable volontaire qui permet au patient de ne pas avancer les frais ;**
- **l'instauration d'un médiateur pour les patients européens. Dans son avis, le Conseil national de l'Ordre avait recommandé les deux premiers amendements.**

» Propos recueillis par **Nathalie Da Cruz**

Avec la participation de…

Pr Jean-Pierre Olié, chef de service à l'hôpital Sainte-Anne à Paris.
Édouard Couty, conseiller maître à la Cour des comptes.
Pr Claude-François Degos, neuropsychiatre, vice-président de l'Ordre des médecins.

Réformer la prise en charge de la santé mentale

Avec une prévalence des maladies psychiatriques toujours plus élevée, la prise en charge de la santé mentale est plus que jamais d'actualité. Quelles orientations et inflexions faut-il apporter à l'organisation actuelle des soins ? Le rapport rédigé par Édouard Couty, de la Cour des comptes, propose des pistes de réflexion.

Bon à savoir

UNE PRÉVALENCE PRÉOCCUPANTE

Selon l'OMS, les maladies mentales se classent au troisième rang des maladies en termes de prévalence et sont responsables du quart des invalidités. Elles affectent une personne sur cinq chaque année et une sur trois si l'on se réfère à la prévalence sur la vie entière. L'OMS retient cinq maladies mentales parmi les dix pathologies les plus préoccupantes pour le XXIe siècle (schizophrénie, trouble bipolaire, addiction, dépression et trouble obsessionnel compulsif).

+ D'INFOS
« Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie ». Le rapport peut être téléchargé à l'adresse : www.sante-sports.gouv.fr/publications-documentation/publications-documentation-sante/rapports/rapport-missions-organisation-sante-mentale-psychiatrie.html

Réformer la prise en charge de la santé mentale : oui, mais comment ? Un plan a été mené en 2002 et un autre en 2005-2008. Cependant, la prévalence des maladies mentales, de plus en plus importante (lire l'encadré ci-contre), incite à la vigilance. C'est pourquoi le gouvernement a fait part de sa volonté de préparer un projet de loi. Il s'agit aussi de prendre en compte la loi du 11 février 2005, qui intègre le handicap psychique dans la définition du handicap, et d'articuler l'organisation de la psychiatrie avec le maillage territorial promu par les futures agences régionales de santé (ARS).

À la demande de Roselyne Bachelot, ministre de la Santé, une commission présidée par Édouard Couty, conseiller maître à la Cour des comptes, a conduit une étude sur l'organisation et les missions de la psychiatrie. Comment faire face au manque de psychiatres, qui est une des sources du malaise du secteur ? Comment changer le regard du grand public sur la santé mentale ? Le rapport, qui a été rendu public en février 2009, propose plusieurs pistes pour répondre à ces questions. Le texte insiste aussi sur la nécessité de mieux articuler la prise en charge médicale avec l'accompagnement social. Pour cela, il suggère de créer des Groupements locaux de coopération (GLC), qui rassembleraient psychiatres, travailleurs sociaux, intervenants des établissements spécialisés… Certains psychiatres se sont opposés à cette proposition, craignant la fin de l'organisation de la psychiatrie publique en « secteurs ». Le rapport Couty propose aussi de donner plus de poids aux malades, aux familles et aux proches dans les institutions. « Une loi est nécessaire. Elle devra intégrer les différentes facettes de l'accompagnement et des prises en charge des usagers, des familles et des proches : le repérage et le diagnostic précoce, l'accès aux soins rapide et adapté, le suivi personnalisé et continu, la réhabilitation sociale, la prévention des risques… », conclut le rapport. Qu'en pensent les praticiens ? Nous avons ouvert le débat.

Pr Jean-Pierre Olié,

chef de service de santé mentale et de thérapeutique de l'hôpital Sainte-Anne (AP-HP) à Paris. A publié plusieurs ouvrages dont *Les Maladies dépressives* (avec Marie-France Poirier et Henri Löo), *Les Nouveaux Visages de la folie*, et *Fou, moi ? La psychiatrie hier et aujourd'hui* » (avec Pierre Deniker).

Édouard Couty,

conseiller maître à la Cour des comptes. Ancien directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), Édouard Couty est membre du conseil d'administration de l'École des hautes études en santé publique et président du Haut Conseil des professions paramédicales. Il préside le conseil d'administration de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux.

Quelle est l'étendue de la pénurie de psychiatres ?

Pr Jean-Pierre Olié : La France compte plus de 10000 psychiatres : on dit parfois que cette densité est la plus forte au monde. Faux : ailleurs, on comptabilise séparément psychiatres, psychothérapeutes, spécialistes en psychologie médicale. La réalité est préoccupante : plus de 1000 postes des hôpitaux sont non pourvus alors que la courbe démographique et le *numerus clausus* vont provoquer une chute du nombre de psychiatres d'ici à 2020. En 1960, on comptait en France 3 lits à l'hôpital psychiatrique pour 1000 habitants : nous sommes aujourd'hui à moins d'1 lit pour 1000 habitants, sans qu'aient été mises en place les alternatives médico-sociales (foyers, lieux de vie nécessaires pour les handicaps mentaux).

Et en ville ?

Pr Claude-François Degos : Une précision : je suis neuropsychiatre mais je travaille surtout en neurologie. J'interviens donc dans le débat en tant que personne s'intéressant à l'organisation des soins en général. En ville, la pénurie de psychiatres est moins marquée. Cela dit, la situation varie beaucoup d'une région à l'autre. Les médecins généralistes manquent parfois de psychiatres libéraux vers qui se tourner et sont obligés de faire de la psychiatrie dans leur cabinet. Sans parler de la réticence des patients à consulter un psychiatre. Nous nous posons la question de reconnaître une qualité – et non une qualification, je précise – de psychiatrie pour certains médecins généralistes.

En chiffres

- En France, les troubles psychiatriques sont responsables de **12000 morts** par suicide par an, auxquels s'ajoute la surmortalité non suicidaire – accidentelle, consommation de tabac, d'alcool et de drogue (ministère de la Santé, 2009).
- En 2004, on dénombrait en moyenne **22,2 psychiatres pour 100000 habitants...** mais seulement **1,9 pédopsychiatre pour 100000 habitants** (DREES).
Toutefois la situation française se caractérise par de très fortes disparités régionales ou départementales dans l'offre de soins en psychiatrie.
- En 2006, le nombre de lits d'hospitalisation en psychiatrie était de **97,1 pour 100000 habitants,** soit moins d'1 lit pour 1000 habitants (statistique annuelle des établissements de santé, 2006).
- « La barre de **1000 postes** de praticiens hospitaliers vacants vient d'être franchie début 2009 », indiquait le Syndicat des psychiatres d'exercice public (SPEP) le 13 janvier dernier.

Comment former davantage de psychiatres ? Faut-il développer la délégation de tâches ?

Édouard Couty : Augmenter le *numerus clausus* n'est peut-être pas la bonne réponse. Je suggère, dans mon rapport, de tenter des expériences de partage des tâches, notamment vers les infirmiers, et de former des infirmiers spécialistes. Je préconise aussi une meilleure formation des médecins généralistes, qui sont en première ligne, en rendant obligatoire, pendant l'internat, un stage en psychiatrie.

Pr Jean-Pierre Olié : Il est en effet urgent de mettre en place

CAHIER JURISPRATIQUE

n°5 sommaire :

↘**ASSURANCE** Couverture en RCP pour une activité médicale à l'étranger | 13
↘**FICHE PRATIQUE** La fiche de signalement d'incident du Conseil national | 14
↘**EXERCICE PROFESSIONNEL** Quelques conseils pour l'affichage de vos honoraires | 16
↘**DÉONTOLOGIE** Aide médicale d'État/Couverture maladie universelle : ce que dit la déontologie | 19

Couverture en RCP pour une activité médicale à l'étranger

Le Conseil national de l'Ordre a interrogé les assureurs médicaux sur la couverture en responsabilité civile professionnelle des médecins appelés temporairement ou durablement à exercer à l'étranger.

Trois compagnies d'assurance ont répondu. Voici les conclusions que l'on peut en tirer.

1/ Les assureurs ne sont pas disposés à assurer la RCP des médecins pour des activités médicales en dehors de l'Union européenne.

Si Axa évoque des extensions de garantie pour des missions humanitaires de durée temporaire, cette situation apparaît exceptionnelle.

2/ Dans le cadre de l'Union européenne,

les trois assureurs ne répondent pas de manière identique à la question.

- Le Sou médical prévoit de garantir dans son contrat de base une activité au sein de l'Union européenne (voire au-delà, en Suisse et à Monaco) si l'assuré y exerce pendant une période maximale de deux mois au cours de l'année d'assurance.
- La Médicale de France prévoit également dans son contrat de base de garantir l'activité médicale au sein de l'Union européenne et de la Suisse dans le cadre d'une prestation de services qui aura fait l'objet d'une déclaration préalable auprès de l'autorité de tutelle du pays concerné.

- En revanche, Axa ne l'envisage que comme une extension de garantie sur demande de l'intéressé déjà assuré et pour une durée temporaire.

Observatoire pour la sécurité des médecins :

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

Événement survenu le :

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

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

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

De quel incident avez-vous été victime ou témoin ?
(Une seule réponse possible)

- **Une agression verbale** entre un patient et une personne travaillant avec vous ☐
- **Une agression physique** entre un patient et une personne travaillant avec vous ☐
- **Une agression verbale** entre un patient et vous-même ☐
- **Une agression physique** entre un patient et vous-même ☐
- **Une agression verbale** entre une personne accompagnant un patient et vous-même ☐
- **Une agression physique** entre une personne accompagnant un patient et vous-même ☐
- **Un vol** ou un *hold-up* dans votre lieu de pratique habituel ☐
- **Un acte de vandalisme** sur votre lieu de pratique habituel ☐
- **Un vol de votre véhicule** ou dans votre véhicule, dans un contexte professionnel ☐
- **Un acte de vandalisme sur votre véhicule,** dans un contexte professionnel ☐
- **Autre.** Merci de préciser la nature de l'incident : ☐
  _____
  _____
  _____
  _____
  _____

Quel était le motif de cet incident ?

- **Un reproche** relatif à un traitement ☐
- **Un temps** d'attente jugé excessif ☐
- **Un refus** de prescription ☐
- **Un refus** de donner un médicament ☐
- **Autre.** Merci de préciser les motifs de l'incident : ☐
  _____
  _____
  _____
  _____
  _____
  _____
  _____
- **Pas de motif particulier** ☐

Les informations fournies ne feront l'objet d'aucun traitement nominatif par le Conseil et d'aucune autre exploitation que celles permettant une meilleure connaissance des problèmes de sécurité liés à l'exercice de la médecine. Les données recueillies sont collectées par votre conseil départemental, qui les transmettra au Conseil national. Elles seront ensuite traitées, anonymement, sur le plan technique par l'institut Ipsos Opinion, pour le compte du Conseil national de l'Ordre des médecins. Conformément à la loi, vous avez un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en vous adressant à votre conseil départemental.

recensement national des incidents

IDENTIFICATION DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL

Vous êtes...

Médecin généraliste : ☐

Médecin spécialiste : ☐ Si oui, quelle est votre spécialité ?

_____

_____

Cet incident a eu lieu...
(Une seule réponse possible)

Dans le cadre d'un exercice de médecine de ville, dans votre cabinet	☐
Dans le cadre d'un exercice de médecine de ville, dans un autre lieu que votre cabinet	☐
Dans un établissement de soins (hôpital, clinique, dispensaire...), dans le cadre d'un service d'urgences	☐
Dans un établissement de soins, mais pas dans le cadre d'un service d'urgences	☐
Dans un autre cadre	☐

À la suite de cet incident, vous avez...

Déposé une plainte, avec constitution de partie civile	☐
Déposé une plainte, sans constitution de partie civile	☐
Déposé une main courante	☐
Rien de cela	☐

Cet incident a-t-il occasionné, pour vous ou pour une personne travaillant avec vous, une interruption temporaire de travail (ITT) ?

Oui, supérieure à 8 jours	
Oui, comprise entre 3 et 8 jours	
Oui, inférieure à 3 jours	
Non	

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

Oui	
Non	

Vous exercez principalement...

En milieu rural	
En milieu urbain, en centre-ville	
En milieu urbain, en banlieue	

Déclaration d'incident
remplie le _____ / _____ / 200 _____

Quelques conseils pour l'affichage de vos honoraires

..... L'obligation d'afficher ses honoraires s'impose à tous les médecins « qui reçoivent des patients ». Le Conseil national de l'Ordre a donc conçu quatre modèles d'affiche pour chaque catégorie de médecins : généraliste, secteur 1 ou 2, spécialiste, secteur 1 ou 2.

Ces conseils résultent des termes du décret, de l'analyse qui en a été faite, et de précisions apportées par la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF). Ces modèles d'affiche ont été communiqués à la DGCCRF.
Les remplir représente pour vous une garantie, celle que vous respectez la loi.
L'absence d'affiche ou un affichage déficient peut donner lieu à des sanctions administratives pouvant atteindre 3000 €. Elles n'interviendraient toutefois que dans un deuxième temps, si après un rappel par l'enquêteur des exigences de la loi et de la réglementation, le médecin ne s'est pas mis en conformité lors de la 2e visite de celui-ci, quel que soit le moment de celle-ci (au plus tôt 15 jours après le 1er contrôle). La DGCCRF nous a bien indiqué qu'il n'y aurait pas un deuxième rappel.

1. **L'obligation d'affichage s'impose aux médecins « qui reçoivent des patients ».** Un médecin spécialiste (médecin biologiste ou anatomo-cyto-pathologiste) qui ne recevrait des patients qu'exceptionnellement, doit cependant souscrire à cette obligation et procéder à l'affichage des tarifs des actes pratiqués.
2. **L'obligation d'affichage s'impose également aux praticiens hospitaliers** à temps plein autorisés à développer une activité libérale à l'hôpital.
3. **Dans le cadre d'un cabinet de groupe** et si tous les médecins qui exercent relèvent du même secteur conventionnel et pratiquent les mêmes actes et tarifs d'honoraires, l'affiche peut être commune et précisera alors le nom de tous les praticiens.
4. **L'affiche doit être apposée de manière visible et lisible** dans la salle d'attente. L'information doit être accessible et compréhensible, et l'affiche ne doit pas être dissimulée au regard des patients. À défaut de salle d'attente, elle doit être apposée de manière tout aussi visible et lisible dans le cabinet de consultation du médecin.
5. **Les mentions en italique sont des mentions obligatoires** définies par l'article R.1111-22 du code de la santé publique.
6. **Dans un souci de simplification de l'information destinée au patient, le détail sur l'affiche des actes et majorations** (exemple CS+MPC+MCS) n'est pas nécessaire, mais uniquement la mention du montant final de l'acte.
7. **Les deux premiers tableaux des médecins généralistes et le premier tableau des médecins spécialistes correspondent aux informations obligatoires libellées à l'article R.1111-21 du code de la santé publique : consultation, visite à domicile et majoration de nuit, majoration de dimanche, majorations pratiquées dans le cadre de la permanence des soins.** Si le médecin effectue, même ponctuellement, certains de ces actes, l'affiche doit obligatoirement en indiquer les tarifs.

Ainsi, un médecin spécialiste qui ne réaliserait des visites que de façon exceptionnelle devra cependant en indiquer le tarif. En revanche, si le médecin ne réalise jamais certains de ces actes, l'affiche ne les mentionnera pas. Il en va ainsi du médecin généraliste qui, compte tenu de l'organisation locale de la permanence des soins, n'effectuerait aucun acte en nuit profonde. En ce qui concerne le troisième tableau correspondant aux actes ou prestations les plus couramment pratiqués : il peut s'agir d'actes techniques mais aussi de consultations majorées couramment réalisées. Il peut s'agir aussi d'ensembles d'actes facturés de façon forfaitaire conformément à la NGAP ou la Convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes. Ce tableau peut comporter moins de 5 actes ou prestations si les modalités d'exercice du professionnel ne permettent pas de dégager d'actes fréquemment réalisés.

+ D'INFOS :
Pour retrouver ces fiches et les adapter à votre pratique www.conseil-national.medecin.fr

Fiche d'information pour les médecins généralistes secteur 1

Dr (.....) ,
médecin généraliste conventionné relevant du secteur à honoraires réglementés (secteur 1)

- Votre médecin applique les tarifs de remboursement de l'Assurance maladie.
  Ces tarifs ne peuvent pas être dépassés, sauf dans deux cas :
  – exigence exceptionnelle de votre part, s'agissant de l'horaire ou du lieu de la consultation ;
  – non-respect par vous-même du parcours de soins.
- Si votre médecin vous propose de réaliser certains actes qui ne sont pas remboursés par l'Assurance maladie, il doit obligatoirement vous en informer.
- Dans tous les cas cités ci-dessus, où votre médecin fixe librement ses honoraires ou ses dépassements d'honoraires, leur montant doit être déterminé avec tact et mesure.

	HONORAIRES PRATIQUÉS	BASE DE REMBOURSEMENT
Consultation	22 €	22 €
Visite à domicile et majoration de nuit	60,50 € (entre 20h et 24h/6 h et 8h)	60,50 €
	65,50 € (entre 24h et 6h)	65,50 €
Visite et majoration de dimanche et jour férié	44,60 €	44,60 €
HONORAIRES DU MÉDECIN DE GARDE APRÈS RÉGULATION		
Consultation et majoration de dimanche et jour férié	48,50 €	48,50 €
Consultation et majoration de nuit	64,50 € (entre 20h et 24h/6h et 8h)	64,50 €
	73,50 €	73,50 €
Visite et majoration de dimanche et jour férié	52 €	52 €
Visite à domicile et majoration de nuit	68 € (entre 20h et 24h/6h et 8h)	68 €
	77 € (entre 24h et 6h)	77 €
ACTES OU PRESTATIONS LES PLUS COURAMMENT PRATIQUÉS		
exemple 1 : consultation pour nourrisson	27 €	27 €
exemple 2 :		
exemple 3 :		
exemple 4 :		
exemple 5 :		

+ D'INFOS :
Pour retrouver ces fiches et les adapter à votre pratique www.conseil-national.medecin.fr

Fiche d'information pour les médecins généralistes secteur 2

Dr (.....) ,
médecin généraliste conventionné relevant du secteur à honoraires libres (secteur 2)

- Votre médecin détermine librement ses honoraires. Ils peuvent donc être supérieurs au tarif du remboursement par l'Assurance maladie.
- Si votre médecin vous propose de réaliser certains actes qui ne sont pas remboursés par l'Assurance maladie, il doit obligatoirement vous en informer.
- Dans tous les cas, il doit fixer ses honoraires avec tact et mesure.
- Si vous bénéficiez de la Couverture maladie universelle complémentaire, votre médecin doit appliquer le tarif de remboursement de l'Assurance maladie.

	HONORAIRES PRATIQUÉS	BASE DE REMBOURSEMENT
Consultation	Entre 22 € et … €	22 €
Visite à domicile et majoration de nuit	Entre 60,50 € et … € (entre 20 h et 24 h/6 h et 8 h)	60,50 €
	Entre 65,50 € et … € (entre 24 h et 6 h)	65,50 €
Visite et majoration de dimanche et jour férié	Entre 44,60 € et … €	44,60 €
HONORAIRES DU MÉDECIN DE GARDE APRÈS RÉGULATION		
Consultation et majoration de dimanche et jour férié	48,50 €	48,50 €
Consultation et majoration de nuit	64,50 € (entre 20 h et 24 h/6 h et 8 h)	64,50 €
	73,50 €	73,50 €
Visite et majoration de dimanche et jour férié	52 € (entre 24 h et 6 h)	52 €
Visite à domicile et majoration de nuit	68 € (entre 20 h et 24 h/6 h et 8 h)	68 €
	77 € (entre 24 h et 6 h)	77 €
ACTES OU PRESTATIONS LES PLUS COURAMMENT PRATIQUÉS		
exemple 1 : consultation pour nourrisson	Entre 27 € et … €	27 €
exemple 2 :		
exemple 3 :		
exemple 4 :		
exemple 5 :		

Fiche d'information pour les médecins spécialistes secteur 1

Dr (.....) ,
médecin spécialiste conventionné relevant du secteur à honoraires réglementés (secteur 1)

- Votre médecin applique les tarifs de remboursement de l'Assurance maladie. Ces tarifs ne peuvent pas être dépassés, sauf dans deux cas :
  – exigence exceptionnelle de votre part, s'agissant de l'horaire ou du lieu de la consultation ;
  – non-respect par vous-même du parcours de soins.
- Si votre médecin vous propose de réaliser certains actes qui ne sont pas remboursés par l'Assurance maladie, il doit obligatoirement vous en informer.
- Dans tous les cas cités ci-dessus, où votre médecin fixe librement ses honoraires ou ses dépassements d'honoraires, leur montant doit être déterminé avec tact et mesure.

	HONORAIRES PRATIQUÉS	BASE DE REMBOURSEMENT
Consultation	28 €	28 €
Visite à domicile et majoration de nuit	50,15 €	50,15 €
Visite et majoration de dimanche et jour férié	44,06 €	44,06 €
ACTES OU PRESTATIONS LES PLUS COURAMMENT PRATIQUÉS		
exemple 1 :		
exemple 2 :		
exemple 3 :		
exemple 4 :		
exemple 5 :		

Fiche d'information pour les médecins spécialistes secteur 2

Dr (.....) ,
médecin spécialiste conventionné relevant du secteur à honoraires libres (secteur 2)

- Votre médecin détermine librement ses honoraires. Ils peuvent donc être supérieurs au tarif du remboursement par l'Assurance maladie.
- Si votre médecin vous propose de réaliser certains actes qui ne sont pas remboursés par l'Assurance maladie, il doit obligatoirement vous en informer.
- Dans tous les cas, il doit fixer ses honoraires avec tact et mesure.
- Si vous bénéficiez de la Couverture maladie universelle complémentaire, votre médecin doit appliquer le tarif de remboursement de l'Assurance maladie.

	FOURCHETTE DES HONORAIRES PRATIQUÉS	BASE DE REMBOURSEMENT
Consultation	Entre 23 € et ... €	23 €
Visite à domicile et majoration de nuit	Entre 50,15 € et ... €	50,15 €
Visite et majoration de dimanche et jour férié	Entre 44,06 € et ... €	44,06 €
ACTES OU PRESTATIONS LES PLUS COURAMMENT PRATIQUÉS		
exemple 1 :		
exemple 2 :		
exemple 3 :		
exemple 4 :		
exemple 5 :		

AME/CMU : ce que dit la déontologie

Le médecin ne doit pas avoir d'attitude discriminatoire vis-à-vis d'un patient en situation de précarité, ni pratiquer de refus de soins.
C'est une obligation déontologique et un devoir moral.

1/ Le cadre légal

• Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC)
Les patients bénéficiaires de la CMUC ont accès à tous les soins de santé, sans avance de frais. La CMUC prend en charge le ticket modérateur en soins de ville comme à l'hôpital. Elle est accordée pour un an sous conditions de ressources : celles-ci ne doivent pas dépasser un plafond qui varie selon la composition du foyer (environ 7500 euros par an pour une personne seule, non hébergée à titre gratuit). Les bénéficiaires de la CMUC (et de la CMU) sont des personnes en situation de grande fragilité.

• Aide médicale d'État (AME)
Cette aide est dispensée à des personnes en situation irrégulière. Elle permet notamment la prise en charge gratuite de soins d'urgence. Les bénéficiaires de l'AME sont eux aussi des personnes en situation de très grande précarité.

2/ La déontologie

• Le médecin doit ses soins à tous, sans discrimination. Selon l'article 2 du code de déontologie, « le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité (...) » De même, l'article 7 stipule que « le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes, quels que soient leurs origines, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou non à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur situation de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée. » L'article 47 précise aussi que le premier devoir du médecin est de porter secours aux patients et qu'il ne saurait s'y dérober, sauf circonstances particulières. Si le médecin ne peut délivrer les soins lui-même, il doit avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins. Enfin, l'article 50 du code de déontologie prévoit que « le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit. »

• Si le patient est bénéficiaire de la CMUC ou de l'AME, le médecin doit rester strictement dans le cadre des honoraires conventionnels, même s'il est en secteur 2.

• Si un patient est en situation de grande pauvreté et n'a pas de protection sociale, il est logique que les soins urgents lui soient donnés à titre gratuit.

3/ En pratique

Le Conseil national de l'Ordre tient à rappeler fermement que les médecins ne doivent pas avoir une attitude discriminatoire vis-à-vis d'un patient précaire ou refuser des soins. Cependant, il n'ignore pas les difficultés économiques que peuvent rencontrer les médecins dont la patientèle est majoritairement en situation de précarité ou de grande pauvreté. Le Cnom s'est notamment mobilisé pour alléger les procédures et limiter les tracasseries administratives. Désormais, le médecin peut se faire régler, dans le cadre du tiers payant, par transmission électronique, avec la carte Vitale du patient et son code CMUC. Dans le cas d'une transmission papier, le médecin doit scanner l'attestation CMUC.

• De même, le médecin ne sera plus taxé si son patient CMUC est hors parcours de soins, comme c'était le cas auparavant.

• Pour l'AME, l'attestation papier est désormais moins falsifiable et la procédure plus simple. Elle a été uniformisée pour faciliter le travail des professionnels.

Si vous rencontrez des difficultés dans la prise en charge administrative des patients bénéficiant d'une CMUC ou de l'AME, merci de bien vouloir les faire connaître auprès de votre conseil départemental.

Pr Claude-François Degos,

neuropsychiatre, a pendant longtemps enseigné à la faculté de médecine de Broussais-Hôtel-Dieu à Paris. Président du conseil régional de l'Ordre d'Ile-de-France, il est aussi vice-président de l'Ordre national des médecins, en charge des Relations avec les institutions et membre de la direction des Affaires européennes et internationales.

des transferts de compétences, lorsqu'ils sont possibles, à la profession infirmière en particulier.

Pr Claude-François Degos :
J'ajouterais qu'il faut changer l'image de la psychiatrie auprès du public et des étudiants : c'est souvent une discipline qui intrigue, relevant à leurs yeux à la fois de la littérature et de la psychanalyse… Or c'est un secteur de la médecine comme un autre. Nous devons avoir une approche plus médicale de la psychiatrie. Cela permettrait peut-être de former davantage de psychiatres et de renforcer les compétences des généralistes dans ce domaine.

Édouard Couty, votre « proposition phare » porte sur la création de Groupements locaux de coopération (GLC)…

Édouard Couty :
Nos auditions ont confirmé les difficultés que rencontrent les équipes, par exemple pour le logement ou les activités sociales pour les patients, en raison d'un cloisonnement entre les différents partenaires de la prise en charge… Je propose donc d'aborder la santé mentale comme une politique de santé publique : prévention, soins, suivi et réinsertion sociale. Au sein des GLC, qui agiraient sur un territoire d'environ 100000 habitants, trois acteurs devraient nouer un partenariat fort : l'hôpital (avec le secteur), les institutions médico-sociales (pour le suivi) et la collectivité locale concernée (pour le logement, la formation et l'emploi). Les décisions sur la prise en charge thérapeutique restent naturellement aux équipes du secteur psychiatrique.

Pr Jean-Pierre Olié :
Il est pertinent que soignants, élus, responsables sociaux coopèrent à la mise en place de conditions d'hygiène propices à une bonne santé mentale pour chacun, y compris les plus vulnérables. Le travail en réseau a été largement développé dans la psychiatrie publique à travers la politique de secteur depuis un demi-siècle. Il faut maintenant définir le minimum nécessaire en moyens budgétaires et humains rapportés au nombre d'habitants. Ceci corrigera les inégalités non justifiées d'un territoire à l'autre, et parfois entre services d'un même hôpital…

Pr Claude-François Degos :
Tout projet visant à modifier l'organisation en secteurs doit être mûrement réfléchi. Les suggestions du rapport Couty n'ont pas rencontré l'adhésion de tous les psychiatres. Certes, il faut soulager la charge de travail des psychiatres; mais le secteur y pourvoit déjà. Alors, pourquoi y toucher?

Édouard Couty :
Les psychiatres croient que j'ai voulu restreindre le secteur en coupant l'extrahospitalier (en ambulatoire, en centre médico-psychologique…) de l'intrahospitalier; cela est faux. Je dis simplement que le secteur hospitalier ne peut pas tout faire, notamment pour la prévention et la réinsertion. L'objectif est de redonner à la psychiatrie toute sa place dans la prise en charge des pathologies mentales ainsi que les moyens d'agir avec d'autres partenaires en additionnant les compétences et les moyens. Un débat sur ces sujets me semble nécessaire; c'est pourquoi je propose une loi.

Certains récents faits divers impliquant des malades mentaux ont suscité beaucoup de commentaires… Qu'en pensez-vous?

Pr Jean-Pierre Olié :
Lorsqu'un drame survient parce qu'un malade mental a commis un acte aussi horrible qu'absurde, il importe de se demander si tout ce qui pouvait être fait sur le plan thérapeutique l'a été. La communauté internationale redéfinit périodiquement les stratégies thérapeutiques à mettre en place face à une pathologie schizophrénique résistante aux traitements de première intention, ou une dépression résistante. Il n'existe pas de schizophrènes dangereux mais des situations cliniques dont la dangerosité est avérée : lorsque le patient atteint d'un trouble schizophrénique ne prend plus son traitement, consomme des toxiques et est désocialisé…

Texte : Arlette Chabrol

Souffrance au travail : les dérives du « ticket psy »

La souffrance au travail ne date pas d'aujourd'hui, mais sa prise en considération est un phénomène récent qui a généré, au sein des entreprises, le développement de dispositifs d'alerte des risques psychosociaux et autres cellules d'écoute… avec des dérives qui préoccupent l'Ordre, les médecins du travail et les psychiatres attachés au respect de la déontologie.

« C'est un faux traitement, à la limite de l'exercice illégal de la médecine, pour un vrai problème »

Dr Bernard Salengro, président du Syndicat général des médecins du travail CGC, à propos du ticket psy.

« *Depuis quelque temps, fleurissent des cellules d'écoute dont bon nombre ont des pratiques qui nous paraissent condamnables. Parce qu'elles fonctionnent avec des médecins sans statut, sans contrat validé, qui interviennent hors du cadre médical officiel, qui n'établissent même pas de dossier médical pour les patients/salariés reçus en consultation*, explique le Dr Denis Saint-Paul, médecin du travail chargé de mission au Conseil national de l'Ordre. *Pour le moment, ces dispositifs sont surtout l'apanage de quelques grandes entreprises disposant de services de santé au travail intégrés. Le comble, c'est que certains médecins du travail, ayant refusé de participer ou de contribuer à ces cellules dont ils jugeaient le dispositif peu éthique, se sont retrouvés en difficulté dans les entreprises concernées…* »

Dans la mesure où 85 % des salariés français travaillent dans des petites entreprises, les cellules d'écoute mises en cause ne concernent pour le moment qu'une minorité de personnes. Cela dit, si elles ont été

EN CHIFFRES

50
services de pathologies professionnelles
ont été recensées en milieu hospitalier et 20 consultations spécialisées souffrance au travail (CST).

© Jupiter Image

POINT DE VUE de l'Ordre

« La médecine n'est pas un commerce ! »

Dr Piernick Cressard
Section Éthique et Déontologie du Conseil national de l'Ordre des médecins

C'est la goutte d'eau qui a fait déborder le vase. Le « ticket psy » a fait son apparition depuis peu dans quelques grandes entreprises. Cette innovation proposée par une société de conseil spécialisée dans les problèmes de mal-être au travail repose sur le concept suivant : le médecin du travail ayant identifié une souffrance chez un salarié peut lui remettre un carnet de cinq ou dix tickets, chacun donnant droit à une consultation gratuite auprès d'un «écoutant». Ces consultations sont entièrement prises en charge par l'entreprise adhérente[1].
Sur un plan commercial, ce concept est peut-être très astucieux… mais sur le plan médical, il est choquant car totalement antidéontologique !
La médecine n'est pas un commerce et le rôle du médecin du travail ne consiste pas à distribuer des tickets donnant accès à on ne sait quel «écoutant» susceptible d'aider les salariés en souffrance à mieux supporter leur travail ! Son rôle est de conseiller le salarié, de l'informer des risques générés par son travail, des protections à utiliser, à préciser les travaux inadaptés à son état de santé par une mention sur la fiche de visite destinée au salarié et à l'employeur. Et, en cas de dysfonctionnements générateurs de mal-être au sein de l'entreprise, à intervenir pour tenter de résoudre les problèmes qui mettent en danger sa santé.
Autre entorse à la déontologie : les médecins «écoutants» sont choisis et rémunérés par la société qui propose ce service, donc indirectement par l'entreprise.
La liberté de choix du patient, théoriquement inaliénable, n'existe plus.
Face à de telles dérives, est-ce un hasard si les médecins qui ont accepté de se prêter à ce type de dispositif ont «omis» de soumettre à leur conseil départemental le contrat qui les lie à l'entreprise, comme les y oblige le code de déontologie ? Faut-il ajouter que le risque de violation du secret médical n'est pas mince dans un tel contexte ?

1. Facturées entre 100 et 120 euros la séance !

« épinglées » par les instances ordinales, c'est que le concept gagne du terrain. Certains services de santé au travail interentreprises commencent eux aussi à s'y intéresser, et l'on voit fleurir, ici et là, dans la littérature spécialisée, des prises de position très favorables à une telle évolution. Ainsi, des médecins, en général collaborateurs de sociétés ayant engagé une coopération avec des services de santé au travail, disent regretter l'approche française de médecine du travail, « basée sur la seule détection des pathologies professionnelles (accidents ou maladies) ». Ils voudraient qu'elle soit non seulement axée sur la prévention, mais aussi sur la dimension du soin !

Coordonner les soins

« Entendons-nous bien : faire de la prévention des risques psycho-

©Jupiterimage

POINT DE VUE extérieur

« Pour la consultation souffrance au travail, la demande est de plus en

Dr Alexandra Trichard,
PH en médecine du travail. Assure une consultation souffrance au travail au sein du service de pathologies professionnelles du Pr Paul Frimat (CHRU Lille).

interview

En quoi consiste votre consultation ?

Dr Alexandra Trichard : Je reçois des patients, généralement envoyés par un médecin du travail qui, face à une situation complexe de souffrance dans le cadre professionnel, souhaite avoir un avis extérieur. Cette consultation spécialisée a été créée parce que la demande des médecins était de plus en plus forte sur ce terrain-là. Il s'agit le plus souvent, après avoir fait un historique complet du problème du patient, de compléter, confirmer ou infirmer l'avis du médecin du travail. Il est très rare de prononcer une inaptitude pour maladie professionnelle : il n'y a pas de « tableau » pour l'établir et la pathologie elle-même est mouvante.

Assurez-vous un suivi thérapeutique des patients si nécessaire ?

Dr A. Trichard : Non, ce n'est pas notre vocation. Au sein

CERTIFICAT : NE PAS PARLER DE « HARCÈLEMENT MORAL » !

Attention à ne pas se laisser emporter par la compassion lors de la rédaction d'un certificat médical : le médecin du travail, tout autant que le médecin traitant, n'a pas à parler du « harcèlement moral » dont serait victime son patient, car il ne peut pas en apporter la preuve. Cette mention relève de la justice, non de la médecine. Le médecin, lui, peut seulement témoigner d'un mal-être, d'une souffrance, d'un état dépressif que son patient attribue au cadre professionnel. En cas de conflit du travail porté devant les tribunaux des prud'hommes, cette précaution vous évitera que le certificat, utilisé comme preuve par le salarié, ne soit attaqué – à juste titre – par la partie adverse.

sociaux n'est pas condamnable en soi, bien au contraire, précise le Dr François-Xavier Ley, lui aussi médecin du travail, chargé de mission au Conseil national de l'Ordre. *C'est d'ailleurs notre rôle, faut-il le rappeler ? Nous devons veiller à ce que les salariés travaillent dans des conditions qui ne portent pas atteinte à leur santé physique ou psychique. Lorsque la souffrance d'un salarié relève d'un dysfonctionnement dans l'entreprise, notre devoir est d'abord d'agir pour tenter de résorber la cause au sein de l'entreprise. Par exemple, proposer un changement de poste ou bien intervenir auprès de la hiérarchie. Bien sûr, face à un salarié en détresse, notre priorité sera de le protéger, éventuellement, en décidant d'une inaptitude temporaire, voire d'une inaptitude définitive si le maintien dans le poste présente un risque immédiat (suicide) ou accule le salarié à démissionner et à se retrouver doublement victime. Dans ce cas, nous jouons un peu le rôle de soupape sociale… mais ne mélangeons pas tout : ce n'est pas à nous de prescrire un traitement ou une prise en charge thérapeutique au salarié ! »*

Les Drs Ley et Saint-Paul insistent en effet beaucoup sur la démarche à suivre : *« Dans la plupart des cas, le médecin du travail va adresser le salarié en détresse à son médecin traitant – parfois, à un service de pathologie professionnelle – accompagné éventuellement d'un courrier pour exposer la situation. Et ce sera à ce médecin de juger si le patient doit bénéficier de soins particuliers. Nous, nous sommes un pivot, nous*

plus forte

du service de médecine du travail du personnel hospitalier, nous travaillons avec deux psychologues qui, certes, peuvent entendre un patient à notre demande ou à celle d'un médecin du travail. Mais c'est toujours pour avis complémentaire. Il n'est pas question d'instaurer la moindre régularité et d'entamer un suivi thérapeutique. Lorsqu'un patient semble nécessiter une prise en charge psychologique – et si elle n'est pas déjà en place –, je l'oriente sur des structures de soins appropriées, médecin traitant ou réseau de CMP[1]. C'est à lui, avec son médecin, de décider, de choisir. Pour ma part, je fais toujours un courrier en retour au médecin du travail et au médecin traitant.

Que pensez-vous des cellules d'écoute mises en place par certaines entreprises ?

Dr A. Trichard : Je ne les approuve pas dans leur forme actuelle, mais peut-être devrait-on réfléchir à une définition de telles structures. Après tout, la première des préventions, en cas de souffrance psychologique, c'est de pouvoir en parler, être écouté, reconnu. Que les entreprises se soucient de cette problématique, c'est plutôt positif… à condition que le suivi thérapeutique soit strictement indépendant des entreprises. Qu'il soit assuré dans un système de soins classique et coordonné par le médecin du travail ! Car, vue de l'entreprise, la souffrance au travail ne doit pas être individualisée : ce serait la fin de toute démarche visant à mieux organiser le travail, à améliorer les conditions de travail pour l'ensemble des salariés. Le monde du travail doit réfléchir pour améliorer les conditions de travail qui peuvent être pathogènes pour les salariés (perte du collectif de travail, manque de reconnaissance, objectifs irréalistes…).

1. Centres médico-psychologiques.

Contre les dérives, l'Ordre rappelle la déontologie

Réagissant à la récente mise en place, dans quelques grandes entreprises, de cellules d'écoute et de médiation dont les modalités appellent parfois les plus extrêmes réserves, le Conseil national de l'Ordre des médecins a tenu à rappeler les principes réglementaires et déontologiques sur les rôles respectifs du médecin du travail, des cellules d'accompagnement et du médecin écoutant.

1. L'écoute d'un salarié en détresse est un acte médical qui entre totalement dans le champ de compétence du médecin du travail (art. L.4624-1 du CDT[1]). Il en résulte que le médecin du travail doit être le point d'entrée et le pivot de tout dispositif de prise en charge des risques psychosociaux[2].

2. Le médecin du travail peut être sollicité par le salarié lui-même, qui peut demander un examen ou un entretien médical. Dans le but de faciliter l'accès au médecin du travail par les salariés, une meilleure information doit être apportée à ceux-ci sur les dispositions de l'article R.4624-18 du CDT et la faculté qu'elles offrent de rencontrer le médecin du travail à tout moment. L'examen médical peut être également demandé par l'employeur (art. R.4624-18 du CDT).

3. Le médecin du travail, dans le cadre de la santé au travail, peut assurer lui-même l'accompagnement du salarié en détresse.

4. Le médecin du travail peut, s'il l'estime nécessaire, recourir à l'aide du dispositif mis en place dans l'entreprise ou dans le service interentreprises pour la prévention des risques psychosociaux, et orienter le salarié vers le médecin écoutant, primo-interlocuteur dans le dispositif.

5. Cette orientation peut se faire sur proposition du médecin du travail ou à la demande du salarié. En tout état de cause, elle ne peut en aucun cas intervenir sans l'accord exprès du salarié.

6. À aucun moment de cet accompagnement, le salarié ne doit faire l'objet d'une quelconque stigmatisation, et la décision de rencontrer le médecin écoutant du dispositif spécifique doit résulter d'une décision du salarié libre et anonymisée vis-à-vis de l'employeur. Il s'agit là de la mise en œuvre du principe déontologique fondamental du consentement du patient (art. R.4127-36 du CDM[3]) et pour préserver la liberté du salarié, l'entreprise ne doit pas être en mesure de tirer une quelconque conclusion ou sanction du refus par le salarié de consulter le médecin écoutant.

7. Quelles que soient les mesures d'accompagnement du salarié (par son médecin du travail ou dans le cadre du dispositif spécifique), tout ce qui relève de l'entretien du salarié avec le médecin du travail ou le médecin écoutant est couvert par le secret médical et doit faire l'objet de mention dans le dossier médical (du médecin du travail et du médecin écoutant) auquel le salarié peut avoir accès conformément aux dispositions de l'art. L.1111-7 du CSP[4]. Il s'agit, là encore, de principes déontologiques fondamentaux.

8. Les cellules d'accompagnement et autres dispositifs similaires doivent être créés dans le seul intérêt du salarié et dans le souci exclusif de répondre à sa souffrance au travail. Il ne peut en aucun cas s'agir d'outils à vocations multiples (lutte contre l'absentéisme, évolution de carrière du salarié, modification notoire du contenu de son poste de travail, etc.).

9. Le rôle de la cellule d'accompagnement ne consiste pas à offrir un suivi thérapeutique au salarié. Elle a pour objet un rôle d'analyse et de proposition. Si le salarié nécessite une prise en charge thérapeutique, il appartiendra au médecin du travail, avec l'accord exprès de celui-ci, d'en informer son médecin traitant.

10. Le rôle du médecin écoutant consiste à :
- entendre en première intention le salarié qui lui est adressé par le médecin du travail ;
- relever et analyser ce qui relève strictement du domaine médical

et ne doit pas être porté à la connaissance des membres de la cellule ;
• apporter au salarié le soutien qu'il requiert et qui relève de sa compétence ;
• faire une synthèse des dysfonctionnements semblant être à l'origine du mal-être du salarié et restituer celle-ci sous forme anonyme aux membres de la cellule.

11. Les membres de la cellule d'accompagnement sont bien évidemment tenus au respect le plus strict de la confidentialité des débats.

12. Le médecin écoutant communiquera au médecin du travail du salarié, avec l'accord de celui-ci, les conclusions de la cellule d'accompagnement.

13. Le médecin écoutant saisi par le médecin du travail se trouve dans une situation équivalente à celle d'un médecin consultant. Le médecin écoutant doit justifier d'une formation diplômante ou d'une formation dispensée par un organisme agréé par le CNFMC à la prise en charge des risques psychosociaux.

14. Lorsque le médecin écoutant est un médecin du travail formé et volontaire pour assurer cette mission, il doit voir formaliser cette activité dans un avenant à son contrat de travail précisant son rôle et le temps accordé à chaque activité, avenant communiqué au conseil départemental de l'Ordre des médecins (article R.4127-83 du CDM).

1. Code du travail.
2. Cf. « L'avenir de la médecine du travail », Conseil économique et social, 2008.
3. Code de déontologie médicale.
4. Code de la santé publique.

PATHOLOGIES ASSOCIÉES AU STRESS

L'état de stress chronique peut se traduire par :
- **un syndrome « métabolique » (obésité abdominale, résistance à l'insuline, hypertension artérielle, cholestérol, triglycérides) ;**
- **un risque accru de maladies coronariennes, des AVC plus fréquents et des décès par maladies cardio-vasculaires ;**
- **des troubles anxieux, des dépressions (le suicide attribué au travail ou sur les lieux du travail est un phénomène émergent préoccupant),**
- **des troubles musculo-squelettiques (TMS).**

D'autres problèmes de santé (diminution de la résistance aux infections, maladies immunoallergiques, colites fonctionnelles, désordres hormonaux, etc.) sont également évoqués, mais nécessitent des études complémentaires.

(Source : INRS)

assurerons la coordination. Nous ne pouvons pas intervenir sur le parcours de soin ! »

Garantir la formation des « écoutants »

C'est cette frontière que certaines structures de type « cellules d'écoute », oublieuses des règles, ont allègrement franchie. Sortant du cadre légal de la médecine du travail, elles proposent des prises en charge à visée thérapeutique, sur la demande du médecin du travail (ou des salariés, en accord avec le médecin). Ces consultations sont gratuites, les « écoutants » étant sélectionnés et rémunérés par l'employeur. Ce qui fait bondir Jean-Pierre Capitain, président du Syndicat des psychiatres français : *« Le choix se fait à partir d'une liste établie par l'entreprise »*, s'insurge-t-il.

Précisons en tout cas qu'il existe un flou complet sur la qualité des « écoutants ». Leur liste, non divulguée, comporterait le nom de quelques psychiatres, mais surtout des psychologues cliniciens et psychothérapeutes dont on ignore la compétence et la formation. *« Il est vrai qu'il n'y a aujourd'hui aucune formation universitaire proposant un cursus adapté à ce type de pathologies professionnelles »*, reconnaît le Dr Saint-Paul. En attendant que l'université assure une telle formation, l'Ordre propose toutefois de garantir la compétence des intervenants à partir de l'expérience et du vécu des médecins. Étant bien entendu que les prises en charge thérapeutiques devront se faire dans un cadre médical classique… et non dans les coulisses de l'entreprise !

EN CHIFFRES

Entre 1 et 1,4 %

des personnes actives ont été touchées par une pathologie liée au stress professionnel, (étude publiée en 2004 par Sophie Béjean et Hélène Sultan-Taïeb, chercheuses à l'Université de Bourgogne). Le stress est la conséquence d'un nombre important de maladies cardiovasculaires, de dépressions et de troubles musculo-squelettiques (TMS).

1. Voir le cahier spécial « Santé et Travail » de la revue *Préventique Sécurité* (n°103, janv.-fév. 2009).
2. *Le Figaro* du 26/01/09.

Vos réactions nous intéressent. Vous souhaitez réagir, commenter ou témoigner?

Envoyez vos messages à l'Ordre des médecins, 180, bd Haussmann – 75389 Paris Cedex 08

« Avez-vous vu l'hebdomadaire Le Point *daté du 26 mars 2009, dont les pages 67 à 73 font la publicité du* Livre noir des hôpitaux *sans aucune discussion ou explication des faits ? Je ne saurais que vous en conseiller la lecture, afin de découvrir à quelle sauce ces trois soi-disant journalistes de ce magazine ont cuisiné la médecine française et la chirurgie en particulier, avant de les jeter en pâture à l'opprobre publique. Je cite, pour vous faire rêver : « Bavures à l'hôpital, 40 décès en moyenne par jour » (…) ou bien « Ces grands malades qui nous soignent, dépressifs, alcooliques, incompétents… au sein de quelle profession peut-on trouver des personnes aussi dangereuses ? (…).*
Avec la récente loi HPST de Madame Bachelot, voilà encore un argument de poids qui vient à point nommé discréditer un peu plus (mais si, c'est possible !) ce métier et l'ensemble des gens qui le pratiquent au quotidien. Alors, je m'interroge : quelle est la position de nos grandes instances nationales, et comment comptent-elles réagir face à ces attaques répétées contre notre profession ? Ou bien va-t-on continuer à servir de paillasson sans même protester ? »

Dr L. C., chirurgien plasticien, praticien hospitalier attaché

Le président de l'Ordre a réagi vivement contre cette publication dans la presse professionnelle. Son point de vue a également été relayé dans la newsletter de l'Ordre des médecins de mai. www.conseil-national.medecin.fr (rubrique « Newsletter »).

« C'est avec beaucoup d'attention pour le médecin de famille que je suis que j'ai pris connaissance de votre dossier sur la maladie d'Alzheimer dans le bulletin de l'Ordre de janvier/février 2009. J'ai beaucoup apprécié la première partie du point de vue de l'Ordre où vous soulignez, à juste titre, le non-intérêt d'un dépistage systématique de cette maladie. Votre prise de position sur un diagnostic précoce est, elle, beaucoup plus discutable, mais peut être argumentée et, actuellement, nous trouvons autant de spécialistes que de médecins généralistes ou de gériatres contre.
Par contre, je ne comprends absolument pas le procès d'intention que vous faites aux médecins généralistes sur leur incompétence à diagnostiquer la maladie d'Alzheimer, en insinuant que « seuls les neurologues et les gériatres sont capables de poser ». Je trouve vos propos blessants pour notre profession de médecins généralistes et de famille qui nous dévouons quotidiennement corps et âme à cette catégorie de patients particulièrement fragilisés par cette maladie. »

Dr L., médecin de famille (33)

Il n'est pas du tout dans mon objectif de porter un tel jugement, d'autant que ma pratique neurologique m'a amplement montré que les diagnostics étaient portés par les médecins traitants de manière tout à fait justifiée. J'ai simplement indiqué qu'il était souhaitable que l'information des généralistes, premiers médecins à dépister l'affection, soit amplifiée, d'autant que de nouveaux critères de diagnostic précoce s'affirment de jour en jour. Il est vrai que le texte définitif qui comprend le segment de phrase « seuls capables de poser le diagnostic » est abusif et n'était pas directement dans mon propos ; je pensais seulement aux possibilités de mettre en œuvre des investigations sophistiquées. Je suis désolé et sans doute coupable d'avoir laissé passer ce texte en l'état qui ne correspondait pas à ma pensée.

Pr C.-F. Degos, vice-président du Conseil national de l'Ordre

Propos recueillis par **Nathalie Da Cruz**

France Traumatisme crânien

Travailler en synergie

1990 : création
de l'association par le Pr Dominique Laplane, en collaboration avec le Pr Jean-Luc Truelle, tous deux neurologues. Objectifs de cette association de professionnels dédiée aux personnes victimes de traumatisme crânien : promouvoir la formation des personnels, participer à la recherche et apporter un soutien aux familles.

2006 : création
du prix annuel France Traumatisme crânien-Sofmer[1] d'un montant de 15000 euros. Il est destiné à soutenir un projet de recherche clinique dans les domaines sanitaire, médico-social ou technologique pour améliorer la prise en charge des traumatisés crâniens.

1. Sofmer: Société française de médecine physique et de réadaptation.

100000
On estime à 100000 le nombre de personnes vues chaque année en France à l'hôpital pour un traumatisme crânien (tous degrés de sévérité confondus). Ces traumatismes crâniens sont encore souvent le résultat d'accidents de la voie publique.

Un handicap souvent invisible. Telle est la problématique du traumatisme crânien. La lésion cérébrale est lourde de conséquences sur la vie professionnelle et sociale du patient. S'il retrouve la plupart du temps une apparence normale, il n'en est pas de même sur le plan intellectuel et comportemental. « *Il en résulte fréquemment un défaut de contrôle qui désinhibe la personne*, explique le Dr Anne Laurent-Vannier. *Ce comportement, qui peut être involontairement blessant, risque d'entraîner une exclusion sociale.* » Le cheval de bataille de l'association : la synergie des professionnels des champs sanitaire, médico-social et social. Et ce, pour faire face à la complexité de la prise en charge, et pour permettre un traitement adapté au blessé et à sa famille. Afin de mieux accueillir les patients, l'association a aussi participé à la conception des centres d'accueil de jour de Puteaux (Hauts-de-Seine) et de Paris-Belleville et des foyers de vie de Villebouvet (Seine-et-Marne) et de Lixy (Yonne).

+ D'INFOS :

www.francetraumatismecranien.fr

Dans la rubrique « Zoom sur les TC légers », on peut télécharger des plaquettes sur les traumatismes crâniens légers destinées aux médecins généralistes et urgentistes.

« Des actions concrètes pour les généralistes et les urgentistes »

Dr Anne Laurent-Vannier, spécialiste en médecine physique et de réadaptation et **présidente de France Traumatisme crânien**

interview

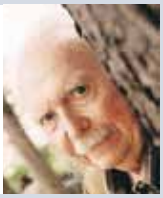
Pourquoi la synergie des professionnels autour du blessé est-elle importante ?
Nous œuvrons pour l'organisation d'un parcours personnalisé et coordonné associant étroitement les proches. Car c'est en travaillant ensemble et en assurant une prise en charge cohérente du blessé que celui-ci pourra s'insérer ou se réinsérer au mieux dans la société. Une véritable synergie s'est donc créée entre médecins, psychologues, paramédicaux, professionnels du secteur médico-social et social… Le médecin de médecine physique et de réadaptation évalue les conséquences de la lésion : quelles sont les compétences du patient aux plans intellectuel et comportemental ? Quel est le contexte socio-familial ? Assistantes sociales et psychologues jouent un rôle essentiel. Cette prise en charge pluridisciplinaire commence depuis l'accident et se poursuit de longues années après, parfois tout au long de la vie du blessé.

Vous agissez aussi beaucoup en direction des proches…
Le traumatisme crânien est aussi une épreuve pour la famille, que nous devons également accompagner dans le temps. De quelle aide a-t-elle besoin ? Faut-il prévoir l'assistance d'une tierce personne ? Doit-on mettre en place une mesure de protection juridique ? Autant de questions qui intéressent les proches. C'est pourquoi France Traumatisme crânien (FTC) collabore étroitement avec l'UNAFTC[1].

Quelles sont vos actions en termes de formation ?
Afin de faire connaître et reconnaître la spécificité du traumatisme crânien, nous menons des actions d'information, de communication et surtout de formation – une dimension indispensable. FTC est à l'origine de plusieurs DU et DIU consacrés au traumatisme crânien, dans ses aspects médicaux, sociaux et médico-légal ; le traumatisme crânien de l'enfant et l'état végétatif et pauci-relationnel sont aussi abordés. Autre initiative : nous organisons chaque année trois forums sur un même thème, réunissant chacun de 100 à 200 professionnels et des représentants des associations de familles.

1. UNAFTC : Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens.

Tact



Alain Rey, auteur, avec **Danièle Morvan,** du *Dictionnaire culturel en langue française*, 2005.

Parmi les qualités qui rendent les rapports humains supportables, et parfois agréables, figure le tact. Mais ce n'est qu'au XVIIIe siècle que ce mot bref, proche de l'onomatopée, est devenu voisin de la délicatesse. C'était une métaphore réalisée autrement par le mot « doigté », appliqué lui aussi à l'habileté délicate, mais qui vient de ce sens, le toucher.

« Tact » procède en effet du latin *tactus,* nom qui correspond au verbe *tangere,* « toucher ». C'est ainsi que les choses tangibles peuvent être perçues et devenir tactiles. Avant que le tact ne devienne psychologique, on l'employait là où nous disons aujourd'hui : le toucher. Et cette signification a survécu lorsqu'il s'agit d'apprécier les divers contacts entre les objets et la peau, en particulier celle des doigts, ou avec les muqueuses. Ce tact-là est fort savant, et on pourra préférer ses traductions plus familières, par exemple la caresse ou le baiser, ce tact des lèvres.

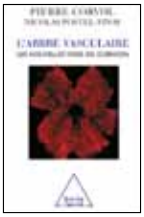
Ces innovations qui vont changer notre vie

« La prospective constitue un exercice difficile, dangereux même, si l'on s'aventure des années plus tard à comparer les prévisions aux réalisations », écrit Philippe Kourilsky dans la préface. Mais notre confrère Paul Benkimoun, journaliste au *Monde*, et ses collaboratrices Sandrine Cabut et Sylvie Riou-Milliot, également médecins et journalistes, « ont simplement voulu écrire pour chaque domaine abordé un scénario possible à partir de prémisses réelles ». Et c'est ce qui fait le grand intérêt de ce passionnant ouvrage : à partir de l'historique d'une affection ou d'une technique donnée, les auteurs envisagent la vraisemblance des innovations médicales diagnostiques et/ou thérapeutiques qui vont durablement modifier cette affection ou cette technique en 2035, un peu plus tôt, ou un peu plus tard. La source des prémisses est indiquée à la fin de chaque chapitre dont le contenu a été soumis à la critique d'un comité scientifique afin d'en assurer le caractère plausible. L'écriture est fluide et la lecture agréable signant la double spécificité des auteurs : médecins et journalistes. Un conseil : allez vite acquérir cet ouvrage dont la lecture est enrichissante.

Maurice Hodara

Médecine objectif 2035 – Ces innovations qui vont changer notre vie, de Paul Benkimoun, préface de Philippe Kourilsky, éd. L'Archipel, 375 p., 24,95 euros.

L'arbre vasculaire



Les similitudes entre l'arbre végétal et l'arbre vasculaire animal ou humain sont nombreuses : ramifications, rôle nutritif du sang ou de la sève, etc. Le développement de l'arbre vasculaire est décrit depuis le stade embryonnaire jusqu'à son état adulte, en insistant sur l'importance des facteurs angiogéniques et antiangiogéniques. Le rôle des vaisseaux est important au cours des états physiologiques (grossesse et vieillesse) et dans des états pathologiques aussi variés que l'obésité, les cancers, les rétinopathies diabétiques et la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), la pathologie cardio-vasculaire ischémique. Leur prise en charge est amenée à être bouleversée par les traitements antiangiogéniques de découverte récente, justifiant ainsi le sous-titre de l'ouvrage *Les nouvelles voies de guérison.* Cet ouvrage, destiné au grand public, est passionnant et sa lecture vous permettra la mise à jour de vos connaissances sur l'arbre vasculaire. Surtout, vous entrerez ainsi dans ce nouveau monde de la recherche et de ses implications dans le monde de la santé.

M. H.

L'arbre vasculaire – Les nouvelles voies de guérison, de Pierre Corvol et Nicolas Postel-Vinay, éd. Odile Jacob, 290 p., 29,90 euros.

© Jupiter images

Prévention des pathologies des musiciens

Les musiciens, en quête de perfection pour la qualité de leur jeu, supportent mal leurs troubles de santé, souvent liés aux antécédents traumatiques ou pathologiques, à leur profil comportemental ou psychique et à l'instrument joué ou aux conditions de leur pratique. Les pathologies musculo-tendineuses, articulaires permettent d'en déduire les éléments de prévention. Ce livre est utile aux enseignants, aux étudiants, à leurs parents et à tous les musiciens professionnels ou amateurs comme aux kinésithérapeutes et aux médecins… **Jean Pouillard**

Prévention des pathologies des musiciens, **sous la direction du Pr Raoul Tubiana, éd. Médecine des arts, 296 p., 29 euros.**

Histoire de la médecine

Ce petit ouvrage va de la préhistoire à la médecine scientifique du XXIe siècle en abordant l'évolution des sciences médicales : chronologie de la médecine scientifique, principales découvertes, évolution des grandes théories médicales et des méthodologies de recherche, avec quatre chapitres croisant l'analyse de l'histoire, de la philosophie et de la sociologie des sciences. À noter une chronologie et une bibliographie. À recommander aux étudiants en médecine, dès leur première année.

J. P.

Histoire de la médecine, **de Catherine Allamel-Raffin et Alain Leplège, éd. Dunod, 128 p., 2008, 9,40 euros.**

Le Pied diabétique

Les complications de toutes origines, neurologiques, artérielles, infectieuses sont nombreuses, suivies de longues hospitalisations, la prise en charge préventive ou curative n'étant pas toujours efficace. Cet ouvrage, à l'approche pluridisciplinaire, concret et pragmatique en donne les grandes lignes de conduite pratique, bilan et traitement, y compris les erreurs à éviter. Tous les professionnels de santé sont concernés, médecins, chirurgiens, orthopédistes, infirmières, pédicures et podologues…

J. P.

Le Pied diabétique, **de G. Ha Van, éd. Masson, 240 p., 35 euros.**

Propos recueillis par **Nathalie Da Cruz**

« Faciliter l'accès des migrants aux soins »

Dr Pascal Dubus,

Médecin coordonnateur de la permanence d'accès aux soins de santé médicalisée de Calais, il témoigne d'une pratique de la médecine aux côtés des patients migrants particulièrement fragiles

Témoignage

Le Dr Pascal Dubus habite à Sangatte, dans le Calaisis. Après avoir ouvert son cabinet libéral en 1985, il a passé le concours de praticien hospitalier, en 2000. Dans son exercice, il est confronté à la prise en charge d'un public précaire à Calais : les migrants. Une fois par mois, il intervient à la permanence d'accès aux soins de santé (Pass) médicalisée, créée à l'hôpital, qui a pris le relais du travail mené de manière informelle par Médecins du monde après la fermeture du fameux centre d'hébergement de Sangatte, en 2002. Les Pass accueillent tous les patients qui n'ont pas de droits ouverts pour un accompagnement social et/ou médical. « *Chaque consultation médicale est réalisée en compagnie d'une infirmière et d'un interprète recruté par l'hôpital, et les médicaments sont distribués sur place* », explique le Dr Dubus. Mais pour ces patients qui vivent dans la rue, tout est problématique… « *Comment prendre son traitement à chaque repas si on ne mange qu'une fois par jour ? Comment se remettre d'une entorse ou d'une grippe quand on n'a pas de toit pour se reposer et qu'il faut dormir sous la pluie… ?*, se demande toujours Pascal Dubus. *La solution est peut-être un hébergement sanitaire "temporaire" pour pallier ces situations qui ne nécessitent pas d'hospitalisation.* »

En tant que praticien hospitalier, Pascal Dubus intervient aussi au centre de rétention administrative de Coquelles. Tous les jours, il passe deux heures dans cette structure où sont rassemblés des migrants qui ont été arrêtés, pour des séjours de neuf jours en moyenne (de un à trente-deux jours maximum).

Autant d'expériences qui ont changé sa vision de la médecine et lui ont appris à relativiser l'impact de certaines pathologies. Cela dit, pour rien au monde il ne laisserait tomber l'exercice libéral du « médecin de famille » qu'il a endossé au tout début de sa carrière. « *La relation de confiance avec le patient qui vient vous voir régulièrement, qui vous envoie ses enfants… pour moi, c'est cela, la médecine à part entière.* »

PARCOURS

1955
Naissance à Bully-les-Mines (62).

1983
Doctorat en médecine.

1985
Il s'installe en cabinet libéral avec deux associés à Sangatte. Jusqu'en 2001, il effectue une garde par semaine aux urgences du centre hospitalier général (CHG) de Calais.

2000
Il obtient le concours de praticien hospitalier (PH) à temps partiel aux urgences du CH de Calais.

depuis 2002
Vice-président du conseil départemental de l'Ordre chargé de la permanence des soins.

2003
Ouverture du centre de rétention administrative de Coquelles. Pascal Dubus y intervient en tant que PH détaché.

2007
Ouverture de la Pass médicalisée à Calais. Pascal Dubus est le médecin coordonnateur de cette structure dans laquelle interviennent vingt praticiens libéraux et hospitaliers.