médecins

N°14 NOV. - DÉC. 2010

Bulletin d'information de
l'Ordre national des médecins

SUPPLÉMENT « RÉVISION DE LA LOI BIOÉTHIQUE » JOINT À CE NUMÉRO

Dossier :

Médecine du travail : une réforme au goût d'inachevé

p.22

L'essentiel
Remplaçants : qui êtes-vous ? p.6

Réflexion
Maisons de santé pluriprofessionnelles : miroir aux alouettes ? p.11

Jurispratique
Un cabinet médical doit être géré comme une entreprise p.14

POUR RECEVOIR NOTRE LETTRE D'INFORMATION MENSUELLE
http://www.conseil-national.medecin.fr

médecins n° 14
Déc. 2010

L'essentiel | 04
• Remplaçants : qui êtes-vous ?

L'essentiel informatique | 06
Dématérialisation et échange des données de santé : on progresse !

Sur le terrain | 10
La Brigue (06)
Une maison de santé polyvalente

Ailleurs | 10
La libre prestation de services

Réflexion | 11
Maisons de santé pluriprofessionnelles, panacée ou miroir aux alouettes ?

La voix des associations | 28
Association de recherche pour la sclérose latérale amyotrophique : faciliter le quotidien des malades

Courrier des lecteurs | 30

Culture médicale | 31
La sélection du mois

À vous la parole | 32
Dr Jean-Philippe Fizaine, remplaçant en médecine générale dans la Meuse

Dossier | 22

La réforme
de la médecine du travail

Phanie

La santé au travail est dans une situation critique qui nécessitait une réforme urgente. Invalidées par le Conseil constitutionnel, les dispositions votées dans le cadre de la réforme des retraites doivent faire l'objet bientôt d'un texte spécifique.

Cahier jurispratique | 13

PRESCRIPTION Prise en charge en rhumatologie | 13
Élection complémentaire à la chambre disciplinaire nationale | 13
GESTION DU CABINET « Un cabinet médical doit être géré comme une entreprise » | 14
EXERCICE PROFESSIONNEL Les motifs d'exemption de gardes | 16
CONTRATS Le contrat d'engagement de service public | 18
Les règles de la libre prestation de services | 19

Vos réactions nous intéressent

Envoyez vos messages
à l'Ordre des médecins
180, bd Haussmann
75389 Paris Cedex 08
ou par mail
conseil-national@cn.medecin.fr

Promouvoir les valeurs d'écoute et de respect

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

L'Ordre partenaire du médiateur de la République

Accès au dossier médical, consentement aux soins, information sur les honoraires, personne de confiance… Depuis deux décennies, notre pays s'est doté d'un arsenal législatif et réglementaire conséquent pour faire vivre les droits des patients. Pourtant, ces droits restent méconnus de nos concitoyens, des plus vulnérables en particulier. Mieux informer les patients constitue une donnée fondamentale pour améliorer le fonctionnement de notre système de santé et lutter contre les inégalités d'accès aux soins. L'année 2011 a d'ailleurs été déclarée « année des patients et de leurs droits ». C'est dans ce contexte que j'ai souhaité engager un partenariat avec le médiateur de la République. Le médiateur dispose en effet d'un pôle d'information et de médiation « Santé et sécurité des soins » chargé de renforcer le dialogue entre les usagers du système de soins et les professionnels de santé. Cette convention, signée le 7 septembre dernier, entend faciliter l'échange d'informations entre nos deux institutions, dans le respect du secret médical ; promouvoir les valeurs d'écoute et de respect des usagers et des professionnels de santé ; favoriser l'accès aux droits. Concrètement, le médiateur peut demander un avis à l'Ordre sur les réclamations ayant trait à l'éthique, à la déontologie et à l'exercice professionnel qui lui sont adressées. À l'inverse, l'Ordre pourra analyser ces réclamations et identifier les points qui doivent faire l'objet de compléments d'investigation de sa part. Aux termes de cette convention, le médiateur et l'Ordre peuvent aussi échanger analyses et expertises sur des propositions de réformes que le médiateur ou l'Ordre souhaiteraient envisager. Ensemble, nous espérons ainsi renforcer la qualité et la sécurité des soins, dans l'intérêt des patients comme des médecins.

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 – COORDINATION : Evelyne Acchiardi – CONCEPTION ET RÉALISATION : CITIZEN PRESS 48, rue Vivienne, 75002 Paris – RESPONSABLE D'ÉDITION : Claire Peltier – DIRECTION ARTISTIQUE : Marie-Laure Noel – SECRÉTARIAT DE RÉDACTION : Alexandra Roy – FABRICATION : Sylvie Esquer – COUVERTURE : Phanie – IMPRESSION : IGPM – Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs – DÉPÔT LÉGAL : novembre 2010 – n° 16758 – ISSN : 1967-2845. Ce numéro est diffusé avec un numéro spécial consacré à la révision de la loi de bioéthique.

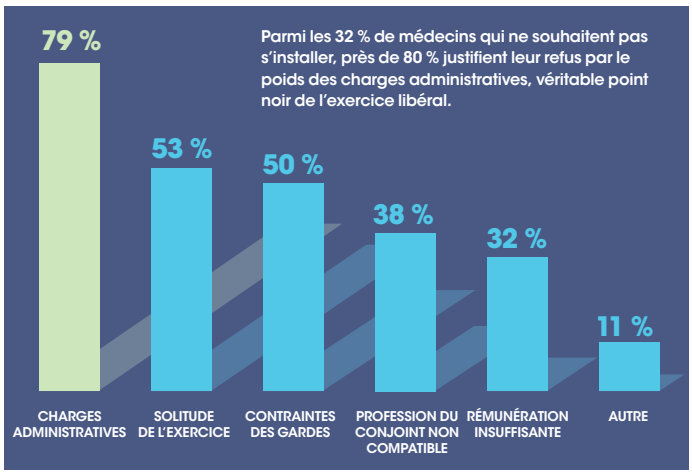
Ce document a été réalisé selon des procédés respectueux de l'environnement.

Démographie médicale

Remplaçants : qui êtes-vous ?

La section Santé publique et démographie médicale du Conseil national de l'Ordre des médecins vient de rendre public l'Atlas 2010 de la démographie médicale. Pour la première fois, deux études qualitatives viennent compléter ce travail d'analyse quantitative. Nous publions dans ce numéro l'enquête qualitative consacrée aux médecins remplaçants jamais installés.

LES MOTIFS DE NON-INSTALLATION



Au 1er janvier 2010, le tableau de l'Ordre dénombre 10006 médecins remplaçants ; soit + 754 % en trente ans. Parmi eux, 6000 ne se sont jamais installés. L'Ordre a souhaité les interviewer afin d'établir un état des lieux de leur activité professionnelle et de recenser leurs besoins et leurs attentes.

Qui sont les médecins remplaçants ?

- Ils sont plutôt jeunes.
  Un médecin sur deux a moins de **34 ans**.
- Ce sont majoritairement des femmes **(66 %)**.
- **54 % ont été qualifiés** après 2006, mais un certain nombre le sont depuis longtemps (10 % avant 1989).
- Il faut d'ailleurs noter un nombre significatif de médecins remplaçants qui **ont plus de 50 ans** et n'ont jamais voulu s'installer.

Où et quand exercent-ils ?

- **82,8% exercent** leurs remplacements dans le secteur libéral, seul ou en cabinet de groupe.
- Près de **80 % travaillent plus de 6 mois par an.** Le remplacement constitue donc un mode d'exercice pérenne et à plein temps.
- Les hommes privilégient en majorité les remplacements longs de plus de 3 jours par semaine.
  50 % des femmes interrogées travaillent moins de 3 jours par semaine.

Quels sont leurs projets ?

- **45%** envisagent de s'installer à plus ou moins court terme (< 3 ans). Ils privilégient l'exercice de groupe (85 %) en zone urbaine (76 %).
  Parmi eux, un quart a pour projet de s'installer à la campagne.
  On peut nourrir de fortes inquiétudes pour les médecins qui exercent seuls actuellement en zone rurale et qui ne trouveront pas de successeur ou difficilement.
- **32%** ont déclaré ne pas souhaiter s'installer. Un grand nombre d'entre eux (84 %) envisagent de continuer les remplacements ou, dans une moindre mesure, de diversifier leur activité entre exercices salarié, libéral ou hospitalier. Se pose la question inévitable de la nécessité ou non de créer un statut particulier du médecin remplaçant.
- Contrairement aux idées reçues, ce n'est pas la recherche d'une rémunération conséquente ou de temps libre qui priment dans le refus de l'installation, mais bien les problèmes d'organisation du travail et le poids des charges administratives, véritable point noir de l'exercice libéral (cf. graphique).

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

- **Atlas 2010 de la démographie médicale**
- **Focus sur les médecins remplaçants**
- **Lire aussi le témoignage du Dr Fizaine, p. 32**

POINT DE VUE

Dr Patrick Romestaing,

président de la section Santé publique et démographie médicale

« Cette étude qualitative permet d'appuyer les nombreux propos tenus par le Cnom depuis plusieurs années. Elle confirme que les charges administratives pèsent lourdement sur l'exercice libéral, qui joue pourtant un rôle majeur dans l'offre de soins en France. L'Ordre est déterminé, en particulier, à appuyer toutes les démarches de nature à alléger les charges du cabinet et à accompagner les nouveaux modes d'exercice. Ces éléments vont permettre de nourrir la réflexion que mène l'Ordre pour améliorer l'attractivité de la médecine libérale. En attendant, le remplacement devient un mode d'exercice à part entière. L'Ordre et ses conseils départementaux sont d'ailleurs particulièrement attentifs à ce que les contrats qui lient médecins remplacés et remplaçants soient respectueux des intérêts des deux parties. Reste qu'un autre statut encore méconnu, celui de collaborateur libéral, pourrait lui aussi répondre aux attentes des médecins remplaçants, en leur permettant de se constituer une patientèle stable tout en bénéficiant, par exemple, plus facilement d'une formation continue. »

Dématérialisation des protocoles de soins

L'Ordre échange depuis début 2010 avec la Cnamts sur les conditions dans lesquelles les protocoles de soins feront l'objet d'une procédure dématérialisée, en cours d'expérimentation en Île-de-France. Cet échange de correspondances n'a pas permis d'apaiser les inquiétudes de l'ordre, ni les interrogations d'un certain nombre de praticiens conseils. La procédure envisagée semble en effet contraire au code de déontologie médicale, le médecin ne signant plus le protocole qui fera l'objet d'un cachet « service médical » apposé par un technicien. Il apparaît également que la procédure méconnaît la concertation prévue par la loi entre médecin conseil et médecin traitant, le cachet « selon liste des actes et prestations de la HAS » faisant office de dialogue confraternel. Enfin, on assiste, sur le plan de l'activité des médecins conseils, à une démédicalisation de la gestion des protocoles ALD qui est justifiée par la pénurie médicale. Cette situation est contraire à la loi, qui prévoit expressément l'intervention du médecin conseil pour chaque protocole de soins.

Ne plus confondre Préviscan et Préservision

Depuis 2004, huit cas d'erreurs de délivrance du médicament Préviscan (anticoagulant de la famille des antivitamines K) à la place du complément alimentaire Préservision (à visée oculaire, contenant des vitamines anti-oxydantes et des sels minéraux) ont été recensés par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps). En cause : des erreurs de lecture d'ordonnances en raison de la proximité des deux dénominations. Huit cas d'accidents médicamenteux graves sont survenus à cause de cette confusion. Médecins et pharmaciens doivent donc se montrer particulièrement vigilants à toutes les étapes de la prescription jusqu'à la délivrance de la spécialité Préviscan ou du complément alimentaire Préservision.

Un rapport sur le post-internat

Le post-internat est confronté au nombre croissant d'internes qui choisissent ce statut et repoussent ainsi de plusieurs années le début de leur carrière, en salarié ou en libéral. Le rapport de l'Igas et de l'Iganer propose de recentrer ce dispositif sur un objectif de mise en responsabilité du jeune médecin à travers une année de seniorisation encadrée à l'issue de l'internat et avant l'obtention du DES. Il suggère par ailleurs de réorganiser l'accès à la carrière universitaire qui reposerait dorénavant sur la formalisation d'un projet de recherche. Il recommande enfin des mesures d'urgence : un pilotage du dispositif au niveau régional pour une meilleure adéquation de l'offre et de la demande ou encore le développement du clinicat en médecine générale.

+ D'INFOS :

Pour lire ce rapport : http://www.ladocumentationfrancaise.fr

Dématérialisation et échange des données de santé : on progresse !

Le Dr Jacques Lucas est le vice-président du Conseil national de l'Ordre des médecins chargé des Systèmes d'information en santé. Jean-Yves Robin est directeur de l'Agence des systèmes d'information partagés en santé (ASIP Santé). Ils nous livrent leur analyse sur les évolutions actuelles et les nouvelles dispositions de la e-santé.

Quelles sont, pour l'Ordre, les avancées récentes en termes de partage et d'échange de données de santé ?

J.Lucas : La dématérialisation des données de santé et les services de partage et d'échange qui s'y attachent sont une nécessité. Aujourd'hui, nos confrères voient leur activité se déployer dans un cadre multidisciplinaire et collectif qui impose une informatisation pratique. Cela correspond non seulement à leurs besoins mais aussi à une plus grande efficience du système de santé. Ils demandent, à juste titre, des solutions qui leur permettent de préserver du temps médical en disposant rapidement et simplement des informations pertinentes pour la décision médicale : comptes rendus de toutes natures, résultats d'analyse, etc.
Les politiques publiques en matière de e-santé doivent répondre à ces enjeux. En amont, elles doivent être concertées avec les organisations professionnelles représentatives, comme avec les conférences médicales d'établissement. L'ASIP Santé est l'agence opératrice de ces politiques publiques une fois qu'elles ont été décidées. L'Ordre, lui, s'attache à ce que le processus de construction des systèmes d'information de santé se fasse dans le respect d'une pratique déontologique et juridique sûre, conforme aux impératifs réglementaires, nationaux et européens, tout en répondant aux besoins de la profession.

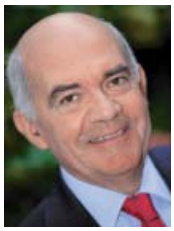
J.-Y.Robin : Les pratiques médicales connaissent effectivement des évolutions fortes, que nous constatons tous les jours dans les cabinets et les établissements de santé. La télémédecine notamment se développe inexorablement, afin de permettre aux médecins de communiquer plus vite et plus facilement entre eux. La loi HPST et le décret d'application répondent à des besoins concrets de mise en œuvre sur les territoires. Le principe des réunions de concertation pluridisciplinaires démontre ses vertus pour améliorer l'égalité d'accès pour tous à des soins conformes à l'état de l'art en tout point du territoire. Ces nouvelles pratiques nécessitent un cadre juridique, des organisations et des pratiques nouvelles pour les professionnels, qu'il nous faut accompagner et appuyer, au plus près des besoins des patients et des professionnels.

Jean-Yves Robin, confirmez-vous que la création du dossier médical personnel sera possible en décembre 2010 ?

J.-Y. Robin : Pour respecter le droit des malades et apporter aux professionnels des garanties juridiques, le partage des données de santé personnelles doit obéir à des règles univoques, notamment en matière de sécurité et d'habilitation. Jusqu'à maintenant, ces règles, largement

L'ORDRE : UNE COOPÉRATION VIGILANTE AVEC L'ASIP SANTÉ

Les médecins ont le souci constant d'apporter des soins de qualité. Leurs pratiques ont toujours évolué avec les avancées scientifiques, techniques et technologiques, au service des patients. Aujourd'hui, les technologies de l'information et de la communication (TIC) doivent être mises à leur service.
Oui, mais… Cela suppose un cadre déontologique et juridique assuré pour créer la confiance.
• Le conseil national de l'Ordre des médecins y contribue par la publication de plusieurs rapports énonçant des préconisations ou des recommandations pratiques qui sont directement attachées à l'exercice de ses missions.
• Dans le même temps, la stratégie publique dans le domaine des TIC a été clarifiée, avec la mise en place de l'ASIP Santé (Agence des systèmes d'informations partagés en santé). Les systèmes d'information, par l'usage des outils informatiques, ont des spécificités fortes dans le domaine de la santé, notamment au regard de la protection de la confidentialité.
Le conseil national de l'Ordre entend inscrire durablement son action dans une coopération vigilante avec l'ASIP Santé, dont les projets sont amenés à avoir des impacts sur les pratiques professionnelles : présidence du conseil d'éthique et de déontologie, comité de liaison et de coopération avec les professionnels de santé, comité conjoint de gestion du RPPS et plusieurs groupes de travail thématiques.



Dr Jacques Lucas, vice-président du conseil de l'Ordre des médecins, chargé des systèmes d'information en santé.

Jean-Yves Robin, directeur de l'Agence des systèmes d'information partagés en santé (ASIP Santé).

expérimentales, étaient propres à chaque système. Le DMP représente donc une étape majeure en permettant d'établir des règles homogènes dans le respect d'un cadre légal stable.
Sa conception a nécessité de nombreux travaux périphériques majeurs : revoir les principes de la carte de professionnel de santé (CPS), modifier les logiciels selon un cadre d'interopérabilité national, construire un environnement réglementaire adapté… Le DMP a, en cela, un effet très structurant pour l'informatique de santé. Concrètement, nous allons procéder progressivement à un déploiement de ce nouveau service à partir de décembre 2010, puis en 2011 et 2012. Un retour de la part des utilisateurs, et notamment des médecins, sur les premiers mois d'usage du DMP, est essentiel. Nous organiserons pour cela mi-2011, avec, je l'espère, le concours du conseil national de l'Ordre des médecins, une grande revue de projets fonctionnelle, associant les professionnels de santé utilisateurs aux niveaux régional et national. Ceci nous permettra d'établir une concertation étroite au plus près des pratiques et d'instruire les évolutions du système…

Quel est le point de vue du conseil national de l'Ordre ?

J.Lucas : Le conseil national de l'Ordre s'est associé à la relance du DMP en 2009. Il restera proactif dans sa coopération avec l'ASIP Santé. L'annonce d'un échange constructif entre l'ASIP Santé et les professionnels de santé, dans les prochains mois, est une chose positive. Le Cnom s'y associera naturellement. Je me répète : il faut que l'informatisation libère du temps médical, facilite l'exercice professionnel, contribue à la qualité des soins. Le « service DMP » doit donc être intégré directement et facilement au poste de travail.
De plus, le DMP ne résume pas les outils de coopération qui existent entre professionnels de santé. Du moins jusqu'à la phase où il sera abouti. Par conséquent, un cadre clair concernant les échanges médicaux par messagerie est aussi une demande pressante des médecins. Il en est de même pour les dossiers informatisés professionnels pouvant être appelés à être partagés, non seulement dans les établissements, mais encore dans toutes les structures où se délivrent des soins. Le Cnom a déjà pris des initiatives dans ces domaines. Il continuera car tout cela s'inscrit non pas dans des antagonismes entre ces outils informatiques mais dans des complémentarités et même des moyens d'alimentation du DMP. Ils reposent tous, sous le regard de la déontologie, sur la traçabilité des accès dans les bases informatiques conservant des données de santé.

De nouvelles évolutions sont prévues pour la CPS : pourquoi sont-elles nécessaires ?

J.-Y. Robin : La CPS constitue le principal dispositif de sécurité que l'ASIP Santé met au service des professionnels pour l'échange et le partage des données de santé, afin de préserver la confidentialité des données. Pour répondre aux évolutions techniques, la CPS 3, qui sera lancée début 2011, intègre de nouveaux standards (d'identification et de signature électronique) et de nouvelles fonctionnalités (sans contact, c'est-à-dire ne nécessitant pas d'insertion dans un lecteur). Afin de permettre son usage pour sécuriser les données de santé conformément à la loi, la CPS sera diffusée à l'ensemble des médecins inscrits au tableau et non plus aux seuls médecins émettant des FSE.

J.Lucas : Le conseil national de l'Ordre est demandeur depuis longtemps de l'évolution du système CPS, comme les autres Ordres de santé d'ailleurs. On évoquait il y a quelques années la convergence CPS avec les cartes ordinales. Aujourd'hui, il s'agit en fait d'autre chose. La Cnom pense que tout médecin inscrit au Tableau doit détenir une carte unique d'identification professionnelle et ordinale pour tous les usages professionnels dans l'espace numérique. Une carte unique diffusée à tous les médecins inscrits au Tableau et enregistrés dans le RPPS. Le Cnom en a adopté le principe lors de sa dernière session plénière à une écrasante majorité. C'est indispensable à une pratique médicale intégrant les avantages de l'informatisation, et cela pour tous les médecins quels que soient leur statut et leur secteur d'activité. En outre, cette nouvelle carte électronique d'identification professionnelle aura des applications proprement ordinales dans la dématérialisation de nos besoins d'administration.

+ D'INFOS

www.conseil-national.medecin.fr
www.esante.gouv.fr

Textes : **Éric Allermoz** Photos : **Patricia Lecomte**

La Brigue (06)

Une maison de santé polyvalente

Sous l'impulsion de son maire, un petit village des Alpes-Maritimes, situé à quelque 80 kilomètres de Nice, lutte contre la désertification médicale. Pas moins d'une dizaine de praticiens se relaient au sein du nouvel espace médico-social ouvert en juillet dernier.

La scène se passe à La Brigue, village médiéval qui borde la frontière italienne du haut de ses 780 mètres d'altitude : une habitante avance lentement, boitant bas, et se dirige vers une grande bâtisse bleue nichée aux pieds des montagnes de la vallée de la Roya. Elle se rend chez son médecin généraliste. Rien d'exceptionnel ? Bien au contraire, c'est même une petite révolution à La Brigue. « *Depuis plus de trente ans, nous n'avions plus de médecin dans le village. Pour une consultation, il fallait aller à Saint-Dalmas-de-Tende, à trois kilomètres, voire à Menton ou Nice pour rencontrer un spécialiste. C'est compliqué sans moyen de transport ou quand on ne peut pas se déplacer* », explique le maire, Bernard Gastaud, 54 ans. Lui-même médecin-conseil de l'Assurance maladie à Nice, ce Brigasque de cœur est particulièrement conscient de ce problème. Alors lorsqu'il est élu en mars 2008 (suivant ainsi les pas de son grand-père Aimable Gastaud, maire de La Brigue 1949 à 1965), il décide d'agir.

Un nouvel espace médico-social

Deux ans plus tard, le 5 juillet dernier, un espace médico-social ouvre ses portes. Il réunit sept médecins généralistes, un pédiatre, un psychiatre, un dermatologue, trois masseurs-kinésithérapeutes, quatre pédicures et une orthophoniste, qui y organisent des permanences de soins. Une ou deux fois par semaine, chaque mois ou à la demande. Ils sont indépendants et gèrent eux-mêmes leurs plannings. Ils versent simplement à la municipalité deux euros par heure de consultation. « *Avant, je consultais à domicile. Mais, à présent, je reçois les patients dans un cabinet médical équipé, je gagne du temps, et eux ne paient plus le supplément lié au déplacement* », témoigne le Dr Geneviève Lavigne, médecin généraliste qui assure deux permanences par semaine. Une patiente, croisée dans la salle d'attente, confirme : « *Je souffre du dos depuis de longues années, mais je n'avais jamais reçu de soins de kinésithérapeute. C'est seulement sa présence à La Brigue qui m'a incitée à prendre rendez-vous.* »

Rassurer les habitants

Autre atout : les pensionnaires de la maison de retraite locale et du centre pour personnes handicapées s'épargnent ainsi près de 200 déplacements par an dans les villes voisines et sur la Côte d'Azur (Nice, Monaco, Menton, etc.). En prime, cette maison de santé polyvalente héberge aussi des services sociaux, comme une permanence de sécurité sociale, une assistante sociale, un juriste ou encore la médecine du travail. « *Il s'agit avant tout de rassurer les habitants, de leur rendre un service* », souligne Agnès Franca, première adjointe au maire. La prochaine étape ? Le Dr Bernard Gastaud aimerait bien qu'un cardiologue rejoigne l'aventure. Les temps changent à La Brigue. La vie de ses habitants aussi.

L'espace médico-social

Entièrement réhabilité pour un montant de 30000 euros, l'espace médico-social est une ancienne école maternelle léguée à la mairie en juin 2009 par la fondation bienfaitrice locale Arnaldi.

« La situation ne pouvait plus durer »

Dr Bernard Gastaud, maire de La Brigue, médecin conseil de l'Assurance maladie, assesseur de la section nationale des assurances sociales

témoignage

« Alors que les médecins de campagne se font de plus en plus rares, la création d'un espace médico-social est une solution peu coûteuse et souple. Elle répond à un vrai besoin en proposant une offre de soins diversifiée et de proximité. Car la situation ne pouvait plus durer. Grâce à cet espace, certains habitants qui hésitaient à rester ici au-delà de l'été de peur d'être trop isolés en cas de souci de santé sont à présent plus tranquilles. Car aujourd'hui, ce ne sont plus les patients qui vont chez le médecin, mais le médecin qui se rend à La Brigue. D'ailleurs, certains patients viennent des communes voisines pour consulter un spécialiste. Le ministère, via les agences régionales de santé, semble intéressé pour développer le projet au niveau national. Et dire qu'au début je pensais réunir deux médecins et un kinésithérapeute ! Mais le succès de ce dispositif repose en grande partie sur la coopération et la motivation des professionnels de santé. D'ailleurs, le Conseil de l'Ordre des médecins a joué un rôle de facilitateur en les autorisant à exercer sur un second site. »

Vue de la salle d'attente

Au total, cinq salles ont été rénovées, dont la salle d'attente, une pièce d'exposition ou de débat et deux cabinets médicaux, offrant des conditions de confort optimales aux patients.

Cabinet médical

La municipalité assure l'équipement des cabinets médicaux, ce qui n'empêche pas les professionnels de santé de venir avec leur propre matériel s'ils le souhaitent.

Travail avec le kiné

« Je rencontre ici des patients que je ne reçois jamais dans mon cabinet. Notamment ceux qui ont des difficultés pour se déplacer. Ce lieu favorise un meilleur accès aux soins », explique Cécile Gribaudo, kinésithérapeute.

La libre prestation de services

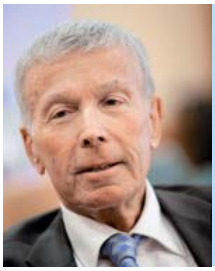
On entend de plus en plus souvent parler de « libre prestation de services ». Ce dispositif, réglementé par l'article L. 4112-7 du code de la santé publique, permet à un médecin formé et installé légalement en Europe d'exercer temporairement et occasionnellement la médecine en France sans être inscrit au tableau de l'Ordre. Le point avec le Dr Francis Montané, délégué aux affaires européennes et internationales du Conseil national de l'Ordre des médecins.

La prestation de services, c'est pour qui ?

La libre prestation de services représente une opportunité intéressante pour les équipes médico-chirurgicales qui fonctionnent à flux tendu. Aujourd'hui, un praticien français peut facilement et rapidement venir prêter main-forte à une équipe soignante où qu'elle soit en Europe, et réciproquement. C'est d'autant plus vrai que la généralisation du transport « low cost » a permis de diminuer considérablement les coûts de déplacement. Par ailleurs, la prestation de services peut également intéresser des médecins généralistes, en particulier dans les bassins transfrontaliers.

Cette disposition apporte-t-elle suffisamment de garanties ?

La libre prestation de services est une procédure réglementée. Le médecin qui effectue une libre prestation de services doit répondre à un certain nombre de critères : avoir obtenu une qualification dans un État membre de l'Union européenne ou dans un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, être légalement établi dans l'un de ces États et maîtriser la langue française. Il est enregistré sur une liste spécifique par le Conseil national de l'Ordre, auquel il doit d'abord avoir envoyé une déclaration et les pièces justificatives nécessaires.



« La libre prestation de services est une disposition peu connue des médecins européens. »

Le médecin remplacé par un médecin prestataire de services doit-il faire des démarches particulières ?

Non, mais il est indispensable de s'assurer que le médecin prestataire de services a bien été enregistré par le Conseil national de l'Ordre et a fourni les documents nécessaires, notamment en matière d'assurance professionnelle. Si tel n'était pas le cas, la responsabilité du médecin remplacé serait elle aussi engagée. L'Ordre des médecins a un rôle à jouer pour faire connaître ces dispositions à tous les médecins européens. Je suis d'ailleurs intervenu à la dernière conférence européenne des ordres des médecins à Lisbonne pour sensibiliser nos homologues européens.

+ D'INFOS :

Lire la note juridique sur la libre prestation de services dans notre cahier jurispratique, page 20 de ce Bulletin.

Propos recueillis par Nathalie Da Cruz

Avec la participation de…

Pr Jean-Michel Chabot, professeur de santé publique et conseiller médical auprès du président de la HAS.
Dr Yann Bourgueil, médecin de santé publique et directeur de l'IRDES.
Dr François Simon, médecin généraliste, conseiller national de l'Ordre des médecins et président du conseil départemental du Finistère.

Maisons de santé pluriprofessionnelles, panacée ou miroir aux alouettes ?

Destinées à résoudre les problèmes de désertification médicale, les maisons de santé pluriprofessionnelles ont le vent en poupe depuis quelques années. Elles permettent aux médecins libéraux de sortir de l'isolement tout en préservant l'offre de soins. Mais sont-elles LA solution miracle ? La législation est-elle adaptée à leur extension sur tout le territoire ?

Les maisons de santé pluriprofessionnelles sont aujourd'hui au nombre de 160, dont une grande partie dans l'est de la France, selon un bilan remis à la ministre de la Santé en janvier 2010[1]. Elles sont devenues un mode d'exercice de groupe qui a tout pour séduire, rassemblant, autour de plusieurs médecins généralistes, différentes professions paramédicales : infirmiers, kinésithérapeutes, podologues… « *Elles répondent à deux mutations de notre société : d'une part, la chronicisation des maladies qui requiert une prise en charge multidisciplinaire ; d'autre part, l'aspiration des jeunes médecins à travailler en groupe* », estime le Pr Jean-Michel Chabot, conseiller médical auprès du président de la Haute Autorité de santé. Aussi ces structures suscitent-elles un vif enthousiasme, en particulier chez les élus locaux, qui y voient un remède au manque de personnel médical sur leur territoire. Au point d'être considérées comme la « solution miracle » par certaines collectivités, qui s'empressent de construire de tels établissements, sans vraiment se soucier des besoins des confrères et des patients sur place. Ce qui mène parfois à des situations d'échec, avec des maisons qui restent vides…

Avant d'envisager un déploiement à plus grande échelle, les maisons de santé pluriprofessionnelles nécessitent d'être évaluées, pour modérer l'enthousiasme qui naît à leur égard. Car, pour l'heure, de nombreuses inconnues demeurent. Quel est leur coût pour la collectivité ? Les patients y sont-ils mieux suivis ? Les médecins y connaissent-ils un meilleur confort d'exercice ? Une étude de l'IRDES[2], pilotée par le chercheur en économie de la santé Yann Bourgueil, apporte quelques éléments de réponse. Mais elle nécessite d'être approfondie. En outre, il n'existe aucun statut juridique pour ces structures. Et leur fonctionnement requiert des évolutions législatives, en particulier sur la coopération et le partage d'informations entre professionnels.

1. Rapport « Bilan des maisons de santé et propositions pour leur déploiement », rédigé par Guy Vallancien, Jean-Marc Juilhard, Bérengère Crochemore et Annick Touba, janvier 2010.
2. IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé.

Bon à savoir

UN SURCOÛT DE 4 400 EUROS PAR MÉDECIN

Les maisons de santé ont un coût : investissement (immobilier et équipement), ingénierie, accompagnement et fonctionnement (salaires). Ce surcoût est estimé à 4 400 euros annuels par médecin exerçant en maison de santé.

Pr Jean-Michel Chabot,

professeur de santé publique et conseiller médical auprès du président de la Haute Autorité de santé (HAS). Il a signé plusieurs articles dans des revues spécialisées, entre 2008 et 2010, sur les maisons de santé pluriprofessionnelles.

Dr Yann Bourgueil,

médecin de santé publique et directeur de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES). Il a coréalisé l'étude « Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne » (article paru en octobre 2009 dans la revue *Questions d'économie de la santé*).

EN CHIFFRES

160 maisons de santé en France

La mission mandatée par le ministère de la Santé autour du Pr Guy Vallancien a dénombré environ 160 maisons de santé en France fin 2009. 79 % d'entre elles sont situées dans des zones sous-médicalisées.

Quels sont les points positifs des maisons de santé pluriprofessionnelles ?

Pr Jean-Michel Chabot : Ces structures permettent de garantir l'accès aux soins, en particulier dans les zones sous-médicalisées. Elles représentent aussi un mode d'installation en groupe qui correspond largement aux aspirations des jeunes générations.

Dr Yann Bourgueil : L'évaluation menée par l'IRDES en 2007-2008 sur neuf maisons de Franche-Comté et de Bourgogne montre que les médecins de ces structures ont une charge de travail moins lourde que leurs confrères qui exercent seuls. En moyenne, ils déclarent neuf jours de vacances de plus. Par ailleurs, ils échangent des informations avec les autres professionnels de santé, organisent des réunions, travaillent en équipe : tout cela joue en faveur de la qualité et de la sécurité de l'exercice, tout en répondant aux demandes des jeunes médecins. Ce travail en équipe permet aussi un meilleur suivi des patients atteints d'affections chroniques : nous avons pu mesurer que le suivi des patients diabétiques de type 2 était plus efficace dans les maisons de santé.

Quel était l'objectif de l'étude de l'IRDES ?

Dr Yann Bourgueil : Cette étude nous a été commandée par la Cnamts, qui souhaitait disposer d'éléments chiffrés sur les dépenses de soins dans ces structures. Plus globalement, il s'agissait de proposer un regard objectif sur ce nouveau mode d'exercice qui suscite beaucoup d'enthousiasme sans qu'on ait un recul suffisant pour estimer son efficience. L'étude que nous avons menée est un travail préliminaire qui demande à être approfondi. Sur la consommation de soins, nous avons noté certes un surcoût, mais il est faible, de l'ordre de 2 % par patient, avec de grands écarts d'une maison à l'autre. Les dépenses chez les généralistes sont plus élevées ; en revanche, la consommation de médicaments est moindre (- 5 % de dépenses de pharmacie). Nous n'avons pas pu, en revanche, évaluer l'impact sur le recours à l'hôpital et aux urgences.

Pourquoi faut-il modérer l'enthousiasme soulevé par les maisons de santé ?

Dr François Simon : Ce mode d'exercice, pour être efficace, doit avoir été pensé et porté par des professionnels de santé, et réalisé après une analyse fine des besoins du territoire. Si le projet est uniquement politique, on s'expose à un risque d'échec. Il faut que

CAHIER JURISPRATIQUE

n° 14 sommaire :

PRESCRIPTION Prise en charge en rhumatologie I Élection complémentaire à la chambre disciplinaire nationale I 13
GESTION DU CABINET « Un cabinet médical doit être géré comme une entreprise » I 14
EXERCICE PROFESSIONNEL Les motifs d'exemption de gardes I 16
CONTRATS Le contrat d'engagement de service public I 18
Les règles de la libre prestation de services I 20

Prise en charge en rhumatologie

L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps), en concertation avec l'Inca, a délivré une autorisation de mise sur le marché pour les spécialités pharmaceutiques Thalidomide Celgene 50, Revlimid et Velcade qui exclut les services de rhumatologie hospitaliers de la prescription. Or ces services de rhumatologie prennent en charge depuis des décennies les patients atteints de myélome, dans un cadre pluri-disciplinaire, sans que leur compétence dans ce domaine n'ait été remise en cause. À l'issue d'une réunion de concertation à la laquelle le Conseil national de l'Ordre a associé les commissions de qualification de rhumatologie, d'oncologie et d'hématologie ainsi que les sociétés savantes de ces disciplines, il a demandé à l'Afssaps de compléter les conditions de prescription de ces trois spécialités en les ouvrant aux rhumatologues et aux services de rhumatologie hospitaliers.

Élection complémentaire à la chambre disciplinaire nationale

En application de l'article R. 4125-4 du code de la santé publique, a eu lieu une élection complémentaire à la chambre disciplinaire nationale.

Deux sièges de suppléants au collège interne étaient à pourvoir. Viennent d'être élus :
- **Dr Jean-Pierre GICQUEL**
- **Pr Bernard GUERRIER**

Deux sièges de suppléants au collège externe étaient à pourvoir. Viennent d'être élus :
- **Dr Jean-Pierre BOBOIS**
- **Dr Gilles MUNIER**

« Un cabinet médical doit être géré

Un cabinet médical est une entreprise libérale qu'il faut apprendre à gérer. Comment préserver l'équilibre économique de son cabinet, quels sont les principaux écueils à éviter? Le point avec Me Cosme Rogeau, mandataire judiciaire, vice-président du Conseil national des administrateurs judiciaires et mandataires judiciaires (CNAJMJ).

Existe-t-il des outils de gestion adaptés aux cabinets médicaux ?

Un cabinet médical est une entreprise, et comme toute entreprise, il doit être géré avec des outils adaptés. Les médecins n'en sont pas suffisamment conscients. Le premier de ces outils, c'est le bilan qui décrit la situation comptable de l'entreprise. Le deuxième, c'est le compte d'exploitation prévisionnel qui permet d'anticiper les charges et les recettes du cabinet sur l'année à venir. Le troisième, c'est le plan de trésorerie prévisionnel. Globalement, un cabinet médical a quatre sorties d'argent importantes sur une année : les charges sociales chaque trimestre ; les cotisations sociales personnelles du médecin tous les 4 mois, l'assurance responsabilité professionnelle, et l'impôt sur le revenu. Le plan de trésorerie prévisionnel permet au médecin d'anticiper ces charges pour qu'il dispose de réserves suffisantes afin de les honorer. Enfin, un médecin ne doit pas oublier que les cotisations sociales et les impôts sont exigibles à n+1. Quand le médecin clôt son exercice au 31/12 de l'année en cours, il doit avoir constitué une réserve suffisante pour pouvoir payer les charges qui seront affectées à son exercice clos. Un cabinet médical doit toujours avoir une réserve de trésorerie correspondant à ces charges décalées, sinon il vit à découvert. Si un cabinet médical se dote de ces outils comptables, il a suffisamment de garde-fous pour éviter les principaux pièges qui guettent une entreprise libérale.

Le médecin peut-il assurer seul la gestion financière de son cabinet ou doit-il se faire aider ?

Les médecins ne sont pas formés à la gestion d'une entreprise. Ils doivent donc se faire aider, soit par une association de gestion agréée, soit par un expert-comptable. Mais s'ils rencontrent des difficultés, ce n'est pas suffisant. Il est alors prudent de contacter un mandataire judiciaire pour mettre en place des procédures ad hoc.

À partir de quand peut-on dire d'une entreprise libérale qu'elle est en difficulté ?

L'entreprise qui n'a pas constitué de réserves pour payer les charges

À RETENIR

Pour bien gérer un cabinet médical, quatre éléments sont indispensables :

1/ Un bilan comptable de l'année écoulée
2/ Un budget prévisionnel pour l'année à venir
3/ Un plan de trésorerie prévisionnel
4/ Une réserve financière pour faire face aux charges éligibles à n+1 de l'année en cours (charges sociales, impôts).

comme une entreprise »

qui seront affectées en n+1 à son exercice clos (charges sociales, impôts sur le revenu) présente déjà des difficultés. La situation n'est pas inquiétante mais elle est anormale. Ensuite, il y a l'entreprise qui ne peut plus faire face à ses charges mais qui n'est pas encore endettée. Celle-là a tout intérêt à se faire aider au plus vite pour réorganiser sa trésorerie. Enfin, il y a l'entreprise qui a déjà constitué un stock de dettes et qui ne peut plus les honorer. Dans ce cas, la situation diffère selon que les dettes ont été constituées avant le 01/01/2006 ou après, date d'entrée en vigueur de la loi du 26 juillet 2005 de sauvegarde des entreprises. Depuis le 01/01/2006, en effet, les entreprises libérales peuvent faire appel aux procédures de prévention mises en place par la loi si elles rencontrent des difficultés économiques.

Comment le médecin peut-il se faire aider?

La loi du 26 juillet 2005 a mis en place différentes procédures. En voici les principales :

1. Le mandat ad hoc

Dès qu'elle est déclenchée, cette procédure permet au président du tribunal de désigner un mandataire ad hoc pour négocier des délais avec les créanciers du médecin et évaluer les besoins de restructuration de son cabinet.
Cette procédure est confidentielle et très simple. Elle a un effet très positif sur l'entreprise car elle lui permet de se réorganiser avec l'aide d'un tiers.

2. La conciliation

Cette procédure concerne de plus grosses structures, comme un cabinet de radiologie, qui éprouvent des difficultés économiques, avérées ou prévisibles.
L'entreprise ne doit pas être en cessation de paiement depuis plus de 45 jours.
Le cadre est plus formalisé. Le médecin saisit le président du tribunal de grande instance d'une demande d'ouverture de procédure de conciliation. Elle se termine par un accord entre l'entreprise et ses créanciers. Cet accord peut rester confidentiel ou être entériné par un jugement, à la demande des créanciers.

3. Le redressement judiciaire

Cette procédure peut être déclenchée à la demande du débiteur et/ou des créanciers. Elle concerne l'entreprise qui est dans l'impossibilité de faire face à son passif exigible avec son actif disponible. L'objectif est de sauvegarder l'entreprise, de maintenir l'activité et l'emploi, et d'apurer le passif. Le médecin continue son activité, sous le contrôle du tribunal. Il doit néanmoins présenter à ses créanciers, au maximum 12 à 18 mois après l'ouverture de la procédure, un plan de paiement de ses dettes échelonné sur une durée de 10 ans au plus. Le jugement qui adopte ce plan de redressement met fin à la procédure et le débiteur poursuit l'activité avec les aménagements imposés par ce plan. Le médecin bénéficie ainsi d'un crédit gratuit pour étaler le paiement de ses dettes et se restructurer : c'est donc une procédure intéressante à condition de l'utiliser au bon moment ! L'un des effets pervers de cette procédure, c'est la potentielle perte de confiance des partenaires de l'entreprise, mais les entreprises médicales y sont très peu sensibles.

4. La liquidation judiciaire

C'est le stade ultime : l'entreprise ne peut plus poursuivre son activité ; son actif est inférieur à ses dettes et le redressement est constaté impossible. Les objectifs sont de restructurer radicalement la dette et le patrimoine ; de réaliser les actifs (rendre liquides les actifs pour les transformer en disponibilités) ; de payer les créanciers autant que c'est possible, en respectant l'ordre défini par la loi. Une fois que la clôture de la liquidation judiciaire est prononcée par le tribunal, les créanciers ne peuvent plus poursuivre le médecin pour le paiement des dettes qu'il a constituées avant la liquidation.

+ D'INFOS :

Loi du 26 juillet 2005 de sauvegarde des entreprises

Les motifs d'exemption de gardes

Conformément à l'article R. 6315-4 du code de la santé publique, les conseils départementaux de l'Ordre peuvent accorder des exemptions de permanence des soins. Le point sur les motifs qui peuvent les justifier.

1/ Les motifs justifiant l'exemption

L'ÂGE

• Aucun texte ne fixe d'âge précis au-delà duquel le médecin pourrait ne plus participer à la permanence des soins. Le conseil départemental de l'Ordre apprécie chaque demande avec la plus grande attention et veille aux difficultés qu'elle peut susciter. Des aménagements peuvent aussi être décidés : réduction du nombre de gardes, participation à la régulation du centre 15, consultation au cabinet ou au sein de la maison médicale de garde, le jour plutôt que la nuit…

• À titre indicatif, en application de l'arrêté du 30 avril 2003 modifié relatif à la permanence des soins dans les hôpitaux publics, les praticiens hospitaliers peuvent être dispensés par le directeur du centre hospitalier de leur participation à la permanence des soins à compter de l'âge de 60 ans sous réserve des nécessités du service, sur avis du responsable de la structure et de la commission de l'organisation de la permanence des soins.

L'ÉTAT DE SANTÉ

• Un médecin qui estime ne pas être en mesure, en raison de son état de santé, d'assurer les gardes doit accompagner sa demande d'un certificat médical descriptif. Il lui appartient d'apporter au conseil départemental tous les éléments objectifs nécessaires et suffisants de nature à justifier sa demande. Il importe, dans ce domaine touchant à la vie privée, de rappeler que les éléments qu'il fournit sont couverts par le secret des délibérations du conseil et que celui-ci peut aussi déléguer à un ou quelques-uns de ses membres uniquement le soin d'examiner les pièces médicales communiquées.

• Le conseil départemental examinera ces éléments et en appréciera la valeur probante. La décision du conseil départemental est d'ordre administratif et non médical : elle repose sur la compatibilité de l'état de santé du médecin avec les exigences du service de garde. À cet égard, les modalités de participation à la permanence des soins doivent être prises en considération (amplitude horaire de la garde, garde postée, garde de jour ou de nuit, etc.).

LES CONDITIONS D'EXERCICE

• **L'exercice exclusif de l'allergologie et de l'angéiologie**

- L'allergologie et l'angéiologie sont des compétences qui peuvent être exercées exclusivement sur déclaration au conseil départemental. Dans ce cas, les conditions d'exercice de ces praticiens ne leur permettent pas de participer au tableau de permanence des soins en médecine générale. Ces exercices particuliers que sont l'allergologie ou l'angéiologie peuvent être le fait de praticiens qualifiés dans ces disciplines ou titulaires d'une capacité.

- Rappelons que, depuis 2004, la réglementation ne permet plus au Conseil de l'Ordre de délivrer des compétences mais uniquement des qualifications de médecins spécialistes. Les commissions de qualifications en angéiologie et en allergologie ont été supprimées

• **L'exercice exclusif de pratiques spécifiques**

Certains confrères se sont orientés vers certaines activités qui absorbent toute leur activité médicale, comme l'expertise, la médecine légale… Dès lors que ces pratiques les conduisent à abandonner totalement la médecine de soins, leurs conditions d'exercice, soumises à l'examen de l'Ordre, peuvent justifier une exemption de garde.

• **Les médecins non conventionnés**

Depuis la publication de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 et plus précisément avec la modification de l'article L. 6314-1 du code de la santé publique, les actes réalisés par les praticiens non conventionnés, dans le cadre de la permanence des soins, sont pris en charge par l'assurance maladie. Cette mesure sera réellement effective dès publication du cahier des charges régional. Il en résulte

que le statut de médecin non conventionné ne pourra bientôt plus être regardé comme une modalité d'exercice justifiant une exemption de garde.

2/ Les motifs ne justifiant pas l'exemption

• Le Conseil d'État a jugé que la liste des motifs d'exemption énumérés par la réglementation était limitative et qu'aucun autre ne pouvait y être ajouté.

LES CONDITIONS D'EXERCICE

• L'exercice de l'acupuncture et de l'homéopathie

Conformément à la jurisprudence constante du Conseil d'État, ces options ne constituent pas des conditions d'exercice justifiant une exemption de garde même si le demandeur argue d'un exercice exclusif (à titre d'exemple : CE, 26 avril 2006, Dr A. req 281006, pour l'homéopathie ; CE, 19 novembre 2003, Dr X. req 254133, pour l'acupuncture). Le conseil départemental peut accorder un délai au praticien pour actualiser ses connaissances. (CE, 7 mai 2003, Dr Jacques YX req 230585, délai de 6 mois).

• L'exercice de la médecine thermale

Le Conseil d'État a considéré que les conditions d'exercice de la médecine thermale n'étaient pas de nature à justifier une exemption du tour de garde (CE, 13 janvier 1999, Dr B req 184357).

• Les activités de recherche et d'enseignement

Le Conseil d'État a considéré que les engagements contractés par un praticien, en dehors de ses activités de soins, vis-à-vis d'un laboratoire spécialisé dans la diététique et les activités de recherche et d'enseignement qui en résultaient n'étaient pas de nature à justifier une exemption du tour de garde (CE, 28 avril 2003, Dr HX req 248898).

• L'activité de médecine de prévention

Dans une décision du 3 septembre 2009, le Conseil d'État a considéré que le fait pour un médecin généraliste d'exercer une activité de médecine de prévention, en cabinet libéral, ne constituait pas une condition d'exercice susceptible de justifier une exemption de garde dès lors qu'il remplaçait pendant leurs absences ses associés généralistes dans leur activité habituelle de soins et qu'il lui appartenait, comme à tout médecin, d'entretenir et de perfectionner ses connaissances afin d'être en mesure de pratiquer les actes de diagnostic et de traitement correspondant à sa qualification (CE, 3 septembre 2009, req 318332).

• L'activité hospitalière

Le conseil national de l'Ordre a estimé à plusieurs reprises que la participation de médecins généralistes à des activités hospitalières, y compris dans des services d'urgence, ne les dispensait pas ipso facto de leur participation au tour de garde.

• L'activité de régulation médicale

L'organisation de la permanence des soins concerne aussi bien les médecins effecteurs figurant sur le tableau départemental que les médecins régulateurs. Il n'y a donc pas lieu d'exempter les médecins régulateurs de participer à la permanence des soins puisqu'ils y participent bien au travers de leur activité de régulation médicale.

L'INSÉCURITÉ

L'existence de zones à risques ne constitue pas un motif d'exemption mais peut justifier, comme le Conseil national de l'Ordre le réclamait, des modalités particulières d'organisation du service de garde (CE, 5 novembre 2001, Dr M. req 215544). Ces modalités peuvent consister en consultation de garde à l'exclusion des visites, en mesures d'accompagnement du médecin…

LES MOTIFS FAMILIAUX

Le Conseil d'État a jugé que les charges familiales d'un médecin ne constituaient pas un motif d'exemption dans la mesure où elles ne figuraient pas parmi celles limitativement énumérées par les dispositions réglementaires (CE, 5 février 1997, CD des Yvelines req 168664).

QUE DIT LA LOI ?

• Il peut être accordé par le conseil départemental de l'Ordre des médecins des exemptions de permanence pour tenir compte de l'âge, de l'état de santé et éventuellement des conditions d'exercice de certains médecins.
Article R. 6315-4 du code de la santé publique.

↘ Isabelle Jouannet, conseillère juridique

Le contrat d'engagement de service public

L'article 46 de la loi HPST prévoit la possibilité pour les étudiants en médecine de signer avec le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers un contrat d'engagement de service public. Le décret n° 2010-735 du 29 juin 2010 et l'arrêté du 27 juillet 2010 précisent les conditions d'application de la loi.

1/ Que stipule ce contrat d'engagement ?

• Ce contrat ouvre droit au versement d'une allocation mensuelle jusqu'à la fin des études médicales. En contrepartie, les signataires s'engagent à exercer, à l'issue de leurs études, dans un lieu où l'offre médicale est insuffisante ou dans un lieu où la continuité de l'accès aux soins est menacée.
• La durée de l'engagement est égale à celle pendant laquelle l'allocation a été versée mais ne peut être inférieure à deux ans. Au cours du mois qui précède l'échéance du contrat, le médecin doit informer le directeur général du centre national de gestion, le directeur général de l'agence régionale de santé et le président du conseil départemental de l'Ordre des médecins de sa décision de poursuivre ou non son activité sur ce lieu d'exercice.
• Pendant la durée de cet engagement, les médecins qui exercent en libéral doivent pratiquer les tarifs conventionnels. Toutefois, cet exercice libéral n'équivaut pas, selon la loi, à une première installation afin de leur laisser ouverte la possibilité d'exercer en secteur 2 à l'issue de leur engagement.
• L'arrêté comporte un contrat-type qui devra être communiqué au conseil départemental de l'Ordre par le médecin qui l'a signé au moment où le praticien sollicitera son inscription.

2/ Qui est concerné ?

• Le contrat d'engagement de service public est ouvert aux étudiants en médecine et aux internes. Le nombre d'étudiants et d'internes pouvant signer un contrat dans l'année est fixé par arrêté (pour l'année universitaire 2010-2011, 200 contrats sont proposés aux étudiants et 200 aux internes).
• C'est une commission qui procède à la sélection des étudiants et des internes qui ont fait acte de candidature à la signature d'un contrat d'engagement de service public. Cette commission de sélection est créée dans chaque unité de formation et de recherche de médecine. Le président du conseil régional de l'Ordre des médecins ou son représentant y siège. La commission se prononce en fonction des résultats universitaires et des projets professionnels des intéressés. Sollicité avant la publication du décret, le Conseil national de l'Ordre avait indiqué, dans son avis, qu'il serait difficile pour des étudiants en 2e cycle et a fortiori en 1er cycle d'évoquer un projet professionnel.
• L'interne ou l'étudiant dispose de trente jours pour signer le contrat qui lui est proposé.

3/ Quel est le montant de l'allocation ?

• Il est fixé à 1 200 € bruts par mois.
• Le versement de cette allocation cesse à la date d'obtention du DES et l'exercice professionnel est considéré comme débutant à cette date. Un report de l'installation ou de la prise de fonction peut être accordé.
• Le décret relatif à l'engagement de service public n'a cependant pas vocation à modifier :
– ni le cursus des études médicales qui prévoient que le diplôme d'État de docteur en médecine ne peut être délivré qu'aux candidats ayant à la fois soutenu avec succès leur thèse et obtenu le DES ;

– ni les règles d'exercice qui prévoient que les médecins qui ont obtenu leur DES et leur thèse sont tenus d'être inscrits à l'Ordre pour exercer.

4/ Dans quels lieux ce contrat est-il éligible ?

• Les lieux d'exercice qui peuvent être proposés aux signataires du contrat font l'objet d'une liste établie par les directeurs généraux des ARS. Le conseil régional de l'Ordre des médecins peut aussi faire des propositions dans ce domaine. Dans ces lieux d'exercice, le médecin pourra avoir une activité libérale, salariée ou mixte.
• C'est au cours de leur dernière année que les internes optent pour leur futur lieu d'exercice.
• Si plusieurs internes choisissent un même lieu d'exercice, ils sont départagés par le directeur général de l'ARS en cas d'exercice libéral et par l'employeur en cas d'exercice salarié ! Cette différence de traitement est inacceptable.
• Le médecin peut demander, au cours du contrat, à changer de lieu d'exercice au sein de la même région ou à changer de région dans la limite des listes établies par les ARS.

5/ Le contrat peut-il être résilié ?

• Le centre national de gestion peut résilier le contrat uniquement dans des cas déterminés (interdiction d'exercer, non-respect des engagements souscrits…).
• La loi envisage également que le médecin peut se dégager de son obligation d'exercice moyennant le paiement d'une indemnité dont le montant égale les sommes perçues au titre du contrat et une fraction des frais d'études engagés.
Le contrat annexé à l'arrêté du 27 juillet évoque la résiliation du contrat par le médecin. Mais les modalités de calcul et de recouvrement de cette indemnité seront fixées par un arrêté non encore publié. Sauf circonstances exceptionnelles (état pathologique…), toute résiliation du contrat à l'initiative du Centre national de gestion ou du praticien entraînera le paiement de l'indemnité.

Caroline Nicet-Blanc, conseillère juridique

Les règles de la libre prestation de services

Selon l'article L. 4112-7 du code de la santé publique, un médecin peut exercer temporairement et occasionnellement la médecine sur le territoire français sans être inscrit au tableau d'un conseil départemental de l'Ordre. Le point sur cet exercice nommé « libre prestation de services ».

Cet exercice temporaire et occasionnel est subordonné à une déclaration préalable dont les modalités sont fixées par décret (articles R. 4112-9 et suivants du code de la santé publique). Le caractère temporaire et occasionnel de la prestation est apprécié au cas par cas, notamment en fonction de la durée, de la fréquence, de la périodicité et de la continuité de l'activité du médecin (article 5.2 de la directive 2005/36/CE). Par exemple, un médecin roumain qui vient 3 jours par mois soigner des patients en France effectue une prestation de services.

>> p.20

1/ Quelles sont les conditions pour bénéficier du régime de la libre prestation de services ?

Le médecin doit :
1. Être ressortissant d'un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen et titulaire de diplômes, certificats ou autres titres obtenus dans l'un de ces États ;
2. Être légalement établi, c'est-à-dire être en situation régulière d'exercice dans un État membre autre que la France (le médecin ne doit pas être privé, même temporairement, du droit d'exercer dans son pays).

En outre, le médecin prestataire doit apporter la preuve, par tout moyen, qu'il possède :
1. Une connaissance suffisante de la langue française ;
2. Les qualifications professionnelles requises pour la pratique de l'activité concernée.
En cas de doute, le Conseil national de l'Ordre peut procéder à une vérification des connaissances linguistiques ou des qualifications professionnelles du médecin, au besoin par l'intermédiaire du conseil départemental de l'Ordre.

2/ Quelles sont les démarches à accomplir ?

• Par le médecin prestataire de services :
- Avant la première prestation de services, il doit adresser au conseil national de l'Ordre des médecins une déclaration, accompagnée de pièces justificatives. Le modèle de déclaration et la liste des pièces justificatives sont fixés par l'arrêté ministériel du 20 janvier 2010 (publié au J.O. du 3 février 2010).
- Lorsque la déclaration et les pièces justificatives sont complètes, il est enregistré sur une liste spécifique tenue par le Conseil national et peut alors exercer sa prestation sur le territoire français.
- La déclaration de prestation de services est annuelle. Le médecin doit renouveler sa déclaration chaque année s'il compte exercer de manière temporaire et occasionnelle sur le territoire français.
- Le médecin doit informer le Conseil national de toute modification de la situation établie par sa déclaration et fournir les pièces justificatives s'y rapportant.
- Le médecin est soumis aux règles professionnelles en vigueur sur le territoire français et à la juridiction disciplinaire compétente de l'Ordre des médecins. À cet égard, le médecin prestataire de services est tenu de communiquer au conseil départemental de l'Ordre dans le ressort duquel il réalise une prestation de services tous les contrats et avenants concernant son activité (article L. 4113-9 du code de la santé publique ; article 91 du code de déontologie médicale figurant sous l'article R. 4127- 91 du code de la santé publique).

• Par les confrères souhaitant se faire remplacer par un prestataire de services
Les remplacements effectués sur le territoire français par des médecins européens établis dans un État membre autre que la France relèvent de la prestation de services. Les confrères qui souhaiteraient se faire remplacer par un médecin prestataire de services doivent s'assurer que leur remplaçant :
- dispose de connaissances linguistiques suffisantes et des qualifications professionnelles pour assurer la prise en charge des patients dans la discipline concernée. À cette fin, le médecin qui envisage de se faire remplacer peut demander au prestataire de lui communiquer une copie du récépissé délivré par le Conseil national ;
- est bien titulaire d'une assurance en responsabilité civile professionnelle pour son activité de remplaçant.

↘ Caroline Héron, conseillère juridique

Dr François Simon,

médecin généraliste, conseiller national de l'Ordre des médecins et président du conseil départemental du Finistère. Il est l'auteur du rapport « Maisons de santé pluriprofessionnelles et déontologie médicale » adopté par le Cnom en décembre 2008.

l'initiative parte des ressources existantes, et qu'elle soit réfléchie et mûrie pendant un certain temps.

Pr Jean-Michel Chabot : En effet, une difficulté se présente, c'est le double leadership qu'exercent, d'une part, les élus locaux et, d'autre part, les professionnels de santé. Or pour être viable, le projet doit être médical, animé par des professionnels de terrain, et non « téléguidé » par des politiques. Nous avons des échos de maisons de santé créées par des élus qui restent désespérément vides, au point que des chasseurs de tête doivent être sollicités pour le recrutement de médecins…

Dr François Simon : Autre handicap : pour l'heure, aucune des structures juridiques existantes (SCM, SEL, association…) n'est adaptée à la gestion des maisons de santé, tant au niveau de la responsabilité que de la répartition des finances. Le Conseil national de l'Ordre participe aux travaux du groupe ministériel en charge de la rédaction de nouveaux statuts.

Pourquoi l'Ordre a-t-il rédigé ce rapport sur les maisons de santé fin 2008 ?

Dr François Simon : Notre objectif était d'adapter et de commenter le code de déontologie au regard de cette nouvelle forme d'exercice, en particulier l'article 23 sur le compérage et l'article 68 sur l'indépendance des pratiques et le libre choix du patient. Depuis la réalisation de ce rapport, nous rencontrons régulièrement les autres Ordres pour réfléchir à la rédaction d'un règlement intérieur en accord avec nos déontologies professionnelles respectives.

Les maisons de santé sont-elles coûteuses ?

Pr Jean-Michel Chabot : Pour l'heure, le coût d'investissement et de fonctionnement est plus élevé que pour un cabinet classique. Une maison de 15 à 20 professionnels coûte environ 2 millions d'euros. Mais il s'agit d'un investissement probablement valorisable et certainement cessible.

Dr Yann Bourgueil : Il s'agit de locaux neufs qu'il faut d'emblée mettre aux normes, ce qui a un coût. Pour ce qui est de la dépense de soins, nous avons vu qu'elle n'était guère plus élevée.

Faut-il mettre en place un système d'information sur les patients qui puisse être partagé ?

Pr Jean-Michel Chabot : Oui. Par la coordination et la concertation permanentes entre les différents intervenants autour du patient, les maisons de santé améliorent la prise en charge. Elles vont vers une qualité des pratiques professionnelles, ce qui explique le soutien de la Haute Autorité de santé. Et pour cela, le système d'information partagé est essentiel. Mais il induit un coût conséquent.

Dr François Simon : En effet, car seul un système d'information hautement sécurisé peut permettre, à travers une gestion rigoureuse des accès, le partage des données utiles à la prise en charge des patients dans le respect de leurs droits.

Quelles sont les autres questions qui restent en suspens et qui nécessitent une maturation ?

Pr Jean-Michel Chabot : Ces maisons vont permettre d'aller vers les délégations de tâches ; mais pour que ces « nouvelles coopérations » soient effectives, il faut des évolutions réglementaires (responsabilité et rémunération, en particulier…). Autre point important : il est indispensable que les étudiants, en particulier en 3e cycle de médecine générale, reçoivent une information précise sur les maisons de santé, afin qu'ils aient le réflexe de s'y installer à l'issue de leurs études.

En conclusion, que faut-il penser des maisons de santé pluriprofessionnelles ?

Dr Yann Bourgueil : Elles sont une des solutions possibles pour développer l'exercice en groupe, mais pas la seule : il est possible de recourir aux centres de santé ou aux regroupements de libéraux en pôles… On peut aussi imaginer des tissus de petits cabinets disséminés sur un territoire.

Texte : Arlette Chabrol

Médecine du travail : une réforme au goût d'inachevé

Le dispositif de la santé au travail est dans une situation critique qui nécessitait une réforme urgente. Invalidées par le Conseil constitutionnel, les dispositions votées dans le cadre de la réforme des retraites doivent faire l'objet bientôt d'un texte spécifique.

« Le médecin doit être l'animateur de l'équipe pluridisciplinaire »

© Julien Daniel/Myop

Annoncée depuis 2008, dans le cadre de la préparation du Plan de santé au travail 2010-2014, la réforme de la médecine du travail s'est retrouvée de façon inattendue parmi les amendements de la réforme des retraites… au prétexte que la pénibilité du travail et les incapacités dues aux maladies professionnelles ou aux accidents du travail étaient au cœur des débats. Cet « accrochage » a suscité de vives réactions de la part des organisations professionnelles, qui ont dénoncé une aggravation de la mainmise des employeurs sur le dispositif, l'opposition reprochant au gouvernement de vouloir « *la mort de la médecine du travail* » !

Au lendemain du vote de la première version à l'Assemblée nationale, mi-septembre, le Conseil national de l'Ordre des médecins s'était lui aussi élevé contre ce texte, qui « *ne répondait pas aux attentes des salariés* » ni « *aux nécessités de l'exercice des médecins du travail dans le respect de leur indépendance technique* ». De fait, en « *l'absence de toute concertation* », l'Ordre a demandé – en vain – pendant six mois à être reçu par le ministre du

POINT DE VUE de l'Ordre

« Exercer en pleine autonomie et en toute indépendance »

Dr André Deseur,

président de la section Exercice professionnel

L'accent mis sur la pénibilité dans le cadre de la réforme des retraites risque de mettre les médecins du travail dans des positions inconfortables, voire difficiles. Mais c'est leur responsabilité de médecin, et la plupart d'entre eux l'acceptent… à condition qu'on garantisse leur indépendance technique vis-à-vis des employeurs ou des services interentreprises de santé au travail ! Ce point est absolument capital pour l'institution ordinale.

Nous l'avons dit dans nos préconisations publiées en juin dernier : le médecin du travail ne doit en aucun cas être l'objet de pressions de la part des employeurs ; il n'est pas là non plus pour jouer un rôle dans la lutte des classes. Sa mission relève de la santé publique et de la surveillance de la santé des salariés au travail. Il est donc essentiel qu'il l'exerce en pleine autonomie et en toute indépendance.

Et s'il est logique qu'il travaille en coordination avec les employeurs ou la direction du service de santé au travail, il ne doit pas être à leurs ordres. En pratique, cela implique qu'il pilote l'équipe pluridisciplinaire, définisse les axes des actions à mener au sein de la commission médicale technique et prescrive les interventions.

Son statut de salarié protégé lui permet d'assumer cette responsabilité pour les autres membres de l'équipe qui, n'étant pas médecins, ne bénéficient pas de la même protection.

Dans la même logique, le Conseil national de l'Ordre insiste également sur l'indispensable sécurisation des locaux et des outils informatiques des médecins du travail. Pour renforcer le lien avec les médecins traitants et améliorer le suivi des salariés, il est en effet souhaitable qu'ils aient, comme tout médecin, un accès au DMP en lecture et en écriture. Cela leur avait auparavant été refusé… mais ne peut évidemment s'envisager qu'avec la garantie de leur totale indépendance et – autre impératif – avec une sécurisation « en béton » des systèmes informatiques et des locaux des services de santé au travail, dont la porosité avec les entreprises et les services administratifs interentreprises est encore trop souvent dénoncée.

Travail – ses préconisations *(voir encadré ci-dessous)* publiées en juin dernier n'étant absolument pas prises en compte. Plus réceptifs à ses remarques et aux préoccupations des acteurs de la santé au travail, les sénateurs ont tout de même amendé le texte sur plusieurs points essentiels, notamment en levant l'ambiguïté sur le rôle et l'indépendance des médecins et des services de santé au travail (SST). La réforme a finalement été votée, mais invalidée par le Conseil constitutionnel. Ses dispositions feront l'objet d'un projet de loi spécifique dans les meilleurs délais, a déclaré le gouvernement.

La pluridisciplinarité est confortée

Que peut-on retenir en quelques mots du texte qui devrait être bientôt entériné, sous réserve de modifications supplémentaires à venir ? Tout d'abord, elle renforce la notion

©BSIP

La démarche collective de santé au travail est renforcée en complément d'une démarche individuelle.

Initiative

Les préconisations de l'Ordre

En juin dernier, le Conseil national de l'Ordre des médecins a publié ses recommandations pour une véritable réforme de la médecine du travail.

1. L'indépendance des médecins du travail ne doit pas être altérée par de nouvelles règles de gouvernance des services de santé au travail.
Le directeur du service de santé au travail ne doit donc pas définir et valider seul les orientations et les objectifs médicaux du service.

2. Des solutions innovantes doivent être mises en œuvre pour diminuer la pénurie médicale sans porter atteinte à la qualité du service pour les salariés et les employeurs.
L'ouverture d'un DESC permettant aux médecins une reconversion vers la médecine du travail doit s'accompagner de la création d'autres passerelles offrant aux médecins du travail et aux autres spécialistes de réelles perspectives de reconversion. Au-delà, des exercices mixtes peuvent être envisagés. Des généralistes pourraient ainsi, après avis du conseil départemental de l'Ordre, faire bénéficier d'un suivi médical certaines catégories de salariés (travailleurs à domicile, saisonniers, etc.). L'Ordre préconise que les généralistes puissent effectuer ces missions au sein du service de santé au travail sous forme de vacations hebdomadaires.

3. Le médecin du travail doit rester le coordinateur de l'équipe pluridisciplinaire.
La délégation de tâches aux infirmiers peut intervenir au niveau de l'entretien de santé au travail, de certains actes médicaux bien identifiés sur la base d'un protocole de coopération médecin-infirmier validé par la HAS ou de l'action en milieu de travail, sur la base de protocoles établis par les médecins. Pour l'Ordre, les infirmiers, et plus largement tous les professionnels qui jouent un rôle dans la santé au travail, doivent n'intervenir auprès des

de pluridisciplinarité au sein des services de santé au travail, dont elle rappelle la mission fondamentale, celle d'éviter toute altération de la santé des travailleurs. Concrètement, cela devra se traduire par quatre grands types d'actions. La surveillance de l'état de santé des travailleurs, la plus classique. Des conseils donnés aux employeurs pour les aider à réduire au maximum les risques professionnels et la pénibilité. Des actions de santé au travail. Enfin, assurer la traçabilité des expositions aux risques des travailleurs tout au long de leur vie professionnelle. Le médecin du travail est clairement identifié dans ce dispositif en tant qu'animateur de l'équipe pluridisciplinaire.

Pour les Drs François-Xavier Ley et Denis Saint-Paul, tous deux médecins du travail consultants au Cnom qui ont analysé le texte, comporte incontestablement des points positifs, mais aussi des points discutables… et d'autres qui sont totalement absents, laissant à l'ensemble un arrière-goût d'inachevé.

L'indépendance du médecin affirmée

Premier point : l'indépendance des médecins du travail semblait si peu assurée dans la version initiale – le mot avait tout simplement été oublié ! – que son affirmation nette et sans appel dans la version finale a été ressentie comme un soulagement. Le texte stipule que les médecins du travail « *agissent en toute indépendance et en coordination avec les employeurs, les membres du CHSCT (comité d'hygiène et sécurité et des conditions de travail) ou les délégués du personnel et intervenants en prévention des risques professionnels* ».

Reste que ce soulagement est entaché d'un regret. Les membres de la commission mixte paritaire ont en effet retiré en dernière lecture une phrase importante aux yeux des professionnels de santé : « *le directeur est garant de l'indépendance du médecin du travail et des membres de l'équipe pluridisciplinaire* ». Ce retrait, peu significatif pour le médecin du travail qui a un statut de salarié protégé, risque d'être problématique pour les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire. N'oublions pas que la France n'a jamais signé la convention de Genève sur les services de santé au travail de 1985…

Un rôle d'animateur

Préciser le rôle du médecin au sein de l'équipe pluridisciplinaire était un autre point essentiel, d'ailleurs souligné par tous les précédents rapports sur la santé au travail (Frimat-Dellacherie, Conseil économique et social, etc.) ainsi que par l'Ordre des médecins. Il a finalement été inscrit noir sur blanc dans le texte définitif : « *le*

salariés et/ou des entreprises que sur la base d'une prescription du médecin du travail.

4. L'accès au dossier médical personnel par le médecin du travail doit être encadré, en lecture comme en écriture.
Le salarié doit donner un consentement libre et éclairé au médecin du travail. Par ailleurs, le législateur doit prendre toute mesure pour garantir la confidentialité absolue des données de santé à l'égard des employeurs.

Pour consulter ces préconisations : www.conseil-national.medecin.fr Rubrique rapport.

témoignage

Dr Jean-Michel Wendling,
médecin du travail dans une association interentreprises (ACST) autour de Strasbourg

« J'ai la chance d'exercer dans d'assez bonnes conditions, l'association disposant d'une belle équipe pluridisciplinaire (ingénieur en toxicologie, technicienne métrologie, formatrices, ergonome…). La direction nous fait confiance, met à disposition des moyens et les médecins définissent les actions collectives et animent l'équipe. Ça fonctionne plutôt bien… ce qui ne veut pas dire qu'on ne pourrait pas faire mieux ! Notre expérience de terrain nous a d'ailleurs amenés à imaginer des pistes d'amélioration. Par exemple, pourquoi, au sein d'une même équipe, ne pas spécialiser les médecins selon des secteurs d'emplois et des types de risques plutôt que par secteurs géographiques ? On y gagnerait en performance. Et au niveau national, cela faciliterait les échanges d'expérience et la coordination, l'identification des problèmes et des bonnes pratiques. Bien utile pour élaborer des référentiels et des conseils adaptés ! Autre idée : ne serait-il pas plus sain de financer systématiquement les services de santé au travail par un fonds alimenté par les cotisations des entreprises sur la base de leur masse salariale ? Dans le système actuel, les chefs d'entreprise ont tendance à ne voir que les visites médicales et à ignorer l'autre partie de notre travail, pourtant essentielle (évaluations des risques, conseils, enquête et études, sensibilisation, formations, etc.). »

EN CHIFFRES

5810

C'est le nombre de spécialistes

en médecine du travail inscrits au tableau de l'Ordre des médecins au 1er janvier 2010. D'ici 2013, du fait des départs à la retraite, le nombre de médecins du travail ne devrait guère dépasser 5000.

médecin du travail est l'animateur de l'équipe pluridisciplinaire ». Ces équipes étant « *composées d'intervenants en prévention des risques professionnels et des infirmiers* », éventuellement complétées « *par des assistants des services de santé au travail et des professionnels recrutés après avis des médecins du travail* ». Il y a donc satisfaction sur ce point mais aussi sur le fait que son rôle de conseil dans les entreprises sera renforcé ; l'employeur devra même justifier désormais par écrit pourquoi, le cas échéant, il ne suit pas ses recommandations.

Quid de la démographie ?

Cela étant, l'un des problèmes majeurs de la santé au travail et du fonctionnement des SST, celui de la démographie médicale, est à peine survolé. La réforme n'aborde la question que de façon marginale, au travers de deux ou trois dispositions. L'une d'elles va permettre de mettre fin à une curieuse anomalie : jusqu'ici, un SST ne pouvait pas recruter un interne de la spécialité. Ce sera désormais possible, l'interne étant recruté « à titre temporaire » et à condition de disposer d'une licence de remplacement et de l'autorisation du conseil départemental de l'Ordre des médecins. Il travaillera « *sous l'autorité d'un médecin du travail du SST expérimenté* ».

Autre anomalie à laquelle la réforme va mettre fin : certains salariés continuaient de ne pas bénéficier du tout ou très peu de la médecine du travail (artistes, mannequins, employés de maison : au total environ 2 millions de personnes !). Mais comment envisager ce surcroît des salariés avec des SST déjà surchargés ? La réforme prévoit que ces personnes pourront désormais être suivies par des médecins non spécialisés en médecine du travail, et cela dans les conditions préconisées par l'Ordre en juin dernier – donc, en l'occurrence, par des généralistes qui accompliront leur mission au sein des équipes pluridisciplinaires des SST… Sur ce chapitre, toutefois, les Drs Ley et Saint-Paul regrettent l'absence de toute référence aux passerelles de formation de la médecine générale vers la capacité en médecine du travail. Il est vrai que le problème est plus global puisque la demande de passerelles concerne en fait toutes les spécialités.

Au même chapitre, une autre absence préoccupante : la coopération entre professionnels de santé n'est pas du tout abordée. Enfin, si le chapitre « dossier santé au travail » pose bien que le consentement du salarié devra être recueilli dans tous les cas pour toute transmission, une inquiétude demeure : elle concerne la fiche individuelle qui relèvera l'exposition du travailleur à un ou plusieurs facteurs de risques « *susceptibles de laisser des traces durables, identifiables et irréversibles* ». Ces éléments peuvant être retenus dans l'évaluation de décision du caractère pénible ne seront pas transmis directement au médecin du travail mais passeront d'abord par les SST… Un futur point d'achoppement pour la réforme de la santé au travail ?

POINT DE VUE extérieur

Jean-Denis Combrexelle,
directeur général du Travail au ministère du Travail, de l'Emploi et de la Fonction publique.

Pour en savoir plus

- « L'avenir de la médecine du travail » Rapport du Conseil économique et social, 2008
- « Recommandations sur les dispositifs de prise en charge des risques psychosociaux », Conseil national de l'Ordre des médecins, 2008
- « Le bilan de réforme de la médecine du travail », IGAS-IGAENR, (www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports)

« La réforme doit donner une place centrale au médecin du travail »

interview

Pourquoi les dispositions concernant la réforme de la médecine du travail ont-elles été ajoutées par voie d'amendement à la réforme des retraites ?

Jean-Denis Combrexelle : La loi de modernisation du dialogue social du 31 janvier 2007, dite loi Larcher, prévoit qu'un projet gouvernemental impliquant des réformes dans le secteur du travail doit d'abord comporter une phase de renvoi à une négociation interprofessionnelle avec les partenaires sociaux. Des discussions ont donc été engagées sur la base d'un document d'orientation, mais elles ont échoué. Pour le gouvernement, ce dossier était néanmoins prioritaire et il y avait urgence à faire la réforme. Surtout, le fait d'introduire des amendements dans la réforme des retraites avait d'autant plus de sens que le médecin du travail joue un rôle déterminant dans la prévention de la pénibilité et dans l'amélioration de la santé au travail. Il existe un lien de plus en plus étroit entre les conditions de travail, la santé au travail, la pénibilité, la qualité de l'emploi, le maintien dans l'emploi et le médecin du travail. Précisons enfin qu'une partie importante de la réforme relèvera du décret d'application qui sera rédigé en concertation avec les partenaires sociaux et notamment l'Ordre des médecins. Reste, bien entendu, qu'il aurait été préférable qu'un accord soit conclu en amont par les partenaires sociaux !

Quels sont les axes fondamentaux de la réforme de la médecine du travail ?

J.-D. C. : La réforme propose d'abord une vision très large de la santé au travail, incluant santé physique et santé mentale du salarié tout au long de son parcours professionnel. Elle implique une démarche collective des médecins du travail et des services de santé au travail sur des thèmes prioritaires de la santé au travail, conçue comme un élément de santé publique (les troubles musculo-squelettiques, les cancers professionnels ou les risques psychosociaux). Il n'est pas question d'abandonner la démarche individuelle, mais de redonner place à la démarche collective. La réforme vise, ensuite, une meilleure gouvernance du système, grâce à une gestion paritaire, et une meilleure cohérence entre tous les acteurs compétents, en fixant des objectifs précis et concrets, par la voie de la contractualisation entre l'État et les Carsat (caisses d'assurance retraite et de la santé au travail) d'une part, et les services de santé au travail, de l'autre. Un exemple : si le taux de TMS est anormalement élevé dans une région, l'État, la Sécurité sociale, les services de santé au travail concernés et les partenaires sociaux pourront fixer ensemble des objectifs et des actions pour améliorer la situation. La réforme renforce par ailleurs la pluridisciplinarité de l'équipe de santé au travail autour du médecin du travail qui l'anime. Enfin, la réforme étend le champ de la médecine du travail à tous les salariés, quel que soit leur statut. Le décret devra en préciser les modalités d'application.

Cette réforme est-elle en mesure de répondre aux défis de la santé au travail ?

J.-D. C. : La santé au travail est une priorité pour les salariés, qui attendent des garanties de la part des employeurs pour leur santé et leur sécurité. Par ailleurs, les entreprises sont de plus en plus nombreuses à reconnaître que leur performance dépend de l'amélioration des conditions de travail. Pour faire face à ces défis, la médecine du travail doit se mobiliser afin d'être porteuse de progrès réel et effectif. La réforme n'« assassine » pas la médecine du travail, c'est tout le contraire. Elle lui donne une place centrale. Enfin, l'indépendance du médecin du travail est garantie par le code de déontologie et par la protection dont il bénéficie pour toute mesure concernant sa carrière. Elle n'est absolument pas remise en cause. Si elle est une condition nécessaire, elle n'est pas suffisante pour assurer, et c'est l'objet même de la loi, un véritable renforcement des missions des services de santé au travail.

Texte : Eric Allermoz

Association de recherche pour la sclérose latérale amyotrophique

Faciliter le quotidien des malades

6 000 personnes
sont atteintes de sclérose latérale amyotrophique en France. 1 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année.

17 centres SLA
ont été créés en France à l'initiative de l'ARSla. Ils accueillent 4 800 patients (dont 1 400 nouveaux en 2009)

6 000 adhérents
font partie de l'ARSla, qui souhaite associer patients, familles, professionnels de santé et bénévoles.

La sclérose latérale amyotrophique (SLA) est l'une des plus graves maladies neurodégénératives. D'autant plus grave qu'il n'existe aucun traitement curatif. C'est dans ce contexte qu'une association fondée en 1985, l'ARSla, se bat pour améliorer la prise en charge des patients et soutenir la recherche.

Les maladies rares du cerveau sont souvent redoutables, implacables. La sclérose latérale amyotrophique (SLA) ne fait pas exception. Également dénommée maladie de Charcot (du nom du célèbre neurologue français qui, pour la première fois, a décrit cette pathologie en 1865), la SLA est une maladie dégénérative des neurones moteurs. « *Elle se caractérise par une paralysie progressive des muscles entraînant une perte de la motricité des bras et des jambes, de la parole, des troubles respiratoires ou de la déglutition* », explique le Pr Vincent Meininger, neurologue à la Pitié-Salpêtrière et spécialiste de cette maladie (il dirige notamment le centre référent SLA d'Île-de-France). En revanche, les fonctions intellectuelles ne sont pas touchées. « *Dans la moitié des cas, le décès survient rapidement. La médiane de survie oscille entre trois et cinq ans après le diagnostic. Mais cela peut aussi être fulgurant, ou durer plusieurs années. Il est impossible de prédire l'évolution de la maladie* », poursuit le professeur. Aucun test ne permet de diagnostiquer la maladie. Aucun traitement pour la stopper n'a été découvert. Et les causes de la SLA sont encore largement méconnues. Elle touche aussi bien les femmes que les hommes (avec une légère prédominance masculine), se déclare entre 20 et 80 ans, avec un « pic » entre 55 et 65 ans. Enfin, seulement 5 % à 10 % des cas diagnostiqués présentent un caractère héréditaire.

17 centres dédiés

Face à cette fatalité, l'Association pour la recherche sur la sclérose latérale amyotrophique et autres maladies du motoneurone (ARSla) agit depuis vingt-cinq ans. Née en 1985 sous l'impulsion de Guy Serra, touché par la SLA, de ses proches et du professeur Meininger, son neurologue à l'époque, l'ARSla (reconnue d'utilité publique en 1991) poursuit une double ambition. Tout d'abord, améliorer la prise en charge et la vie au quotidien des patients. « *La nature évolutive et les nombreux handicaps engendrés par la maladie exigent une prise en charge adaptée, rapide et multidisciplinaire* », détaille Yves Tronchon, délégué général de l'association. C'est pour cette raison que l'ARSla a participé au lancement, dès 1990, des premiers centres SLA. « *L'objectif est d'accueillir les patients et leur proposer un suivi médical, paramédical et social cohérent en réunissant autour d'eux les différents professionnels de santé concernés par la prise en charge de la maladie : neurologue, kinésithérapeute, infirmière, orthophoniste, ergothérapeute, psychologue, etc.* ». Il existe aujourd'hui 17 centres SLA en France, créés par le ministère de la Santé sous la pression de l'ARSla, et animés par les bénévoles de l'association et les praticiens de l'hôpital qui héberge le centre. Deux réseaux régionaux spécialement dédiés à la SLA (Île-de-France et PACA) complètent ce maillage pour une meilleure coordination des soins à domicile.

La recherche progresse

Autre ambition de l'ARSla : soutenir la recherche médicale, aider au financement de nouveaux programmes d'études. Car, à ce jour,

« Le chemin parcouru est énorme »

Emmanuel Hirsch, **président de l'ARSla, directeur de l'Espace éthique de l'AP-HP.**

interview

L'ARSla célèbre cette année ses vingt-cinq ans d'existence. Quel bilan tirez-vous de ce parcours ?
En 1985, on diagnostiquait peu ou mal la sclérose latérale amyotrophique, il n'y avait aucun traitement pour limiter ses effets, ni de piste thérapeutique crédible. Aujourd'hui, les 17 centres SLA favorisent une prise en charge adaptée, multidisciplinaire. Le délai entre l'apparition des premiers signes de la maladie et le diagnostic est passé de 18 mois à 6-7 mois. L'accès aux soins s'est élargi, la durée de vie des personnes malades a progressé de 20 à 30 %. Les fondateurs historiques sont partis de zéro, ont tout construit. En vingt-cinq ans, l'association a fait avancer la question de la prise en charge de ces patients atteints d'une maladie rare, dont on parle peu. Le chemin parcouru est énorme, mais il reste encore de nombreux projets à mener à terme.

En quoi consiste l'aide que vous apportez aux malades atteints de SLA ?
Des représentants de l'association accueillent et accompagnent les patients dans les centres SLA. Mais au-delà de cette présence, nous les aidons dans leurs démarches administratives, leur apportons un soutien juridique et social grâce à l'intervention d'une assistante sociale. Nous soutenons les familles dans leur investissement de chaque jour, y compris après la disparition d'un des leurs. Nous organisons également le prêt de matériels adaptés au handicap : fauteuils roulants, synthèses vocales et matériels de communication, contrôles d'environnement, etc. Nous mettons tout en œuvre pour que chacun puisse vivre le mieux possible avec sa maladie, et fasse valoir ses droits. Nous tentons de faciliter le quotidien de l'existence sous de multiples aspects. Notre rôle est aussi d'informer les patients à propos des dernières évolutions de la maladie, de sensibiliser l'opinion publique, d'alerter les pouvoirs publics, de développer de nouveaux partenariats.

Quelles sont les prochaines échéances de l'ARSla ?
Nous allons tenter de maintenir cet élan. Nous militons pour qu'un 18e centre SLA ouvre en 2011. Nous espérons que seront initiés de nouveaux réseaux régionaux ou interrégionaux dédiés à la SLA.
Il nous paraît indispensable de contribuer à l'ouverture de structures de répit permettant à une personne de bénéficier d'un séjour de qualité, durant un mois, pour préserver le plus longtemps possible ses capacités d'autonomie et mieux appréhender sa maladie. Il s'agit aussi d'un temps de repos pour les proches. Quatre ou cinq lits dédiés et adaptés suffiraient par département. Enfin, nous comptons mettre en place un fonds d'aide d'urgence destiné aux personnes les plus précaires. Mais tous ces projets sont conditionnés par les choix politiques en matière de santé publique. Or, je crains qu'il n'y ait progressivement une remise en question des acquis. Nous serons vigilants, au côté des personnes affectées par la SLA.

seul le riluzole (découvert par les équipes du Pr Meininger en 1995), freine l'avancée de la maladie. Mais la recherche progresse, et les mécanismes biologiques de la SLA sont de mieux en mieux compris. En janvier, l'ARSla financera une vaste étude sur un millier de patients en France, afin de déterminer si l'extrême diversité de cette maladie ne reflète pas des « sous-groupes » différents. « *La SLA n'est peut-être pas une maladie unique, mais plutôt un syndrome, c'est-à-dire plusieurs formes de maladie. Cela pourrait expliquer pourquoi nous ne trouvons pas de traitement efficace* », poursuit Vincent Meininger. Les résultats pourraient donner de nouvelles orientations extrêmement précieuses aux futures recherches.

+ D'INFOS :

- **ARSla, 75, av. de la République 75011 Paris**
Numéro vert : 0 800 600 106
Fax : 01 43 38 31 59
Site Internet : www.ars.asso.fr
Adresse e-mail : ars@wanadoo.frwww.franceparkinson.fr

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

Les jeunes et la médecine libérale

Je viens de lire avec beaucoup d'attention vos dossiers sur la démographie médicale en 2009 et sur la réforme de la médecine libérale. Vous semblez tomber des nues en constatant avec effarement que la médecine libérale n'attire plus les jeunes médecins. Alors, permettez-moi de vous informer, en mon nom propre et au nom de mes confrères médecins, des causes réelles de ce désaveu.
1. Nous ne souhaitons plus travailler 50 à 60 heures par semaine, durée moyenne de travail hebdomadaire d'un praticien généraliste libéral.
2. Nous souhaitons pratiquement tous être SALARIÉS par l'État (même si l'on est « de droite »), ce qui nous soulagerait de ce terrible fardeau que sont les charges fiscales et sociales écrasantes que nous devons payer.
3. Par ailleurs, comprenez que les médecins aspirent à une couverture maladie (et maternité) digne de ce nom et qui leur est DUE, comme à tous les autres citoyens français. Enfin, nous voulons aussi une retraite garantie.
Le système de la médecine libérale est MORIBOND. Dans dix ans, vous ne trouverez plus aucun candidat à ce mode d'exercice délirant.

Un médecin (de 40 ans) en colère

Burn out ou Beurnaouter ?

Votre dernier numéro me fait bondir! J'aimerais que vous ne nous beurnaoutassiez plus à longueur d'article, sous prétexte de faire « IN ». Au lieu d'employer le mot anglais « BURN OUT » qui donne en français le verbe « BEURNAOUTER » dont j'ai utilisé plus haut le subjonctif français, pourquoi ne pas employer le mot « épuisement » ou « épuisement psychologique » tout simplement… ou encore faire comme nos amis canadiens qui sont encore les seuls à s'intéresser à l'avenir de notre langue française et qui pourraient créer des néologismes comme « cramage » (qui exprimerait l'idée de la combustion complète) ou « fricassage » ou « laminage »? Évidemment ces mots feraient sourire et on leur préférera l'anglais, qui fait savant et jeune cadre dynamique.
Yours sincerely,

Dr M.B. (22)

La douleur en psychiatrie

La douleur doit être soignée. Je sais que l'Ordre s'en préoccupe depuis longtemps. D'ailleurs un des exergues du Bulletin n° 13 (sept.-oct. 2010, p. 23) affirme « Ce n'est pas parce que les personnes ne s'expriment pas qu'elles ne souffrent pas » (Dr Cressard). Cependant, après trente ans de métier, je sais que si les médecins soignent la douleur physique, ils sont démunis face à la douleur morale d'un trouble psychiatrique. Or cette douleur peut être atroce, prolongée, insupportable. Dans le domaine somatique, le traitement étiologique d'une maladie soulage souvent la douleur. Mais il existe conjointement, pour quand c'est nécessaire, le traitement symptomatique de la douleur. Et en psychiatrie? Le traitement étiologique apporte aussi un soulagement : l'antidépresseur, l'anxiolytique, etc. Mais ce traitement peut être insuffisant ou inefficace. Alors que faire? Eh bien rien car, hélas, en psychiatrie, le traitement symptomatique de la douleur n'existe pas. L'Ordre pourrait-il peser de tout son poids pour que des chercheurs s'y intéressent? Il y aurait la piste pharmacologique, capitale, et sûrement d'autres pistes. Elles sont inexplorées en 2010. **Dr J.B.**

Splendeurs et dangers de la faune marine

Quel contraste entre la splendeur des aquarelles qui illustrent ce très intéressant ouvrage rédigé par Pierre Aubry, professeur de médecine tropicale, et Bernard-Alex Gaüzère, praticien hospitalier à La Réunion, et les dangers, souvent méconnus, de certains poissons (telle la raie), des fruits de mer qui peuvent donner une intoxication grave, ou des calmars ! Intéressant et pratique, l'ouvrage envisage les envenimations, intoxications, blessures et traitements à la suite d'un contact, de la piqûre, morsure ou ingestion d'un des membres de la faune marine. On apprend ce qu'est la ciguatera (ichtyosarcotoxisme spécifique) ou comment se comporter face à un requin. On y trouve des fiches pratiques pour les traitements, le contenu de la pharmacie de bord, les modalités d'appel au centre de consultation médicale maritime. C'est un ouvrage indispensable, complété d'un CD, pour tous les praticiens exerçant en bord de mer et pour ceux qui font de la plongée ou de la chasse sous-marine. **»Maurice Hodara**

Splendeurs et dangers de la faune marine, **de P. Aubry & B.-A. Gaüzère. Xavier Montauban éditions scientifiques, 157 pages, 34,90 euros.**

La relation humaine en médecine

La relation humaine en médecine s'est modifiée au cours des siècles et, en particulier, dans les cinquante dernières années. Les deux auteurs bordelais Bernard Hoerni, cancérologue, et Michel Bénézech, psychiatre et docteur en droit, analysent l'évolution de cette relation du médecin dominateur/malade passif à celle de soignant/soigné, ce dernier participant à la prise en charge de ses problèmes de santé, aidé par les associations de malades. Cette évolution a été influencée par celles de la société, du statut du médecin, du système de santé, des mentalités des patients et des médecins et enfin, par les progrès de la médecine. La conséquence de cette modification des rapports soignant/soigné, c'est une meilleure information des patients. Véritable somme de nos connaissances actuelles, agréable à lire, cet ouvrage est vivement recommandé comme outil de formation initiale pour les étudiants en médecine et les jeunes confrères, et comme outil de formation continue pour les autres. **»M.H.**

La relation humaine en médecine, **de Bernard Hoerni et Michel Bénézech, Glyphe Edit., 349 pages, 25 euros.**

Guide pratique de la création et gestion du cabinet médical

Ce petit guide est la réponse indispensable à tout médecin qui projette de s'installer et de créer son cabinet médical. Il passe en revue les obligations administratives et juridiques liées aux différentes modalités d'exercice. Cet ouvrage rappelle aussi les principales règles concernant les conditions d'aménagement, le fonctionnement et la gestion du cabinet, les dispositions déontologiques, les relations confraternelles… Sans oublier les dispositions pour préparer sa retraite ou bien s'assurer. Il faut féliciter l'auteur d'avoir rédigé cet outil très pratique à l'intention de nos jeunes confrères. **»Jean Pouillard**

Guide pratique de la création et gestion du cabinet médical **de J.-P. Blanchère, éd. Masson, 76 pages.**

La métamorphose de la médecine

C'est à partir du début du XXe siècle que les auteurs retracent le bouleversement de la pratique médicale, comme étant une « révolution ». Le développement des sciences de la vie et l'installation de l'Inserm en 1964 ont été les événements notables de cette période. L'explosion scientifique qui s'est ensuivie a conduit le praticien à mettre en œuvre des techniques normalisées applicables à la médecine, d'où le terme de « métamorphose de la médecine ». Le rapprochement de la biologie cellulaire et de la biochimie comme celui des hommes de science et des savants de laboratoire a justifié pour la première fois la place des cliniciens dans la recherche médicale : une source de progrès qui amena la recherche à se rapprocher des sciences humaines et sociales, l'Inserm étant au cœur de ces événements. La réforme hospitalo-universitaire devait alors permettre l'émergence de deux voies, *« celle du biologiste partant du fondamental à ses applications, la seconde partant de l'observation clinique à la découverte de la pathologie »*, ainsi que s'exprimait le Pr Jean Bernard. **»J. P.**

La métamorphose de la médecine, **de Jean-François Picard et Suzy Mouchet. éd. PUF, 2009**

Propos recueillis par **Claire Peltier**

« Je m'installe après dix ans de remplacements »

Dr Jean-Philippe Fizaine

Remplaçant en médecine générale dans la Meuse

©DR

témoignage

Je suis remplaçant en médecine générale depuis 2001. J'ai commencé dans la Marne, puis, suite à la naissance de nos jumeaux, j'ai continué mon activité dans la Meuse, en 2005, où nous avons des attaches familiales. Actuellement, je remplace 6 à 7 médecins par an de façon régulière, je continue notamment de remplacer deux médecins marnais et un médecin meusien avec qui je travaille depuis le début. On peut choisir d'être remplaçant pour de nombreuses années, mais j'ai toujours eu l'ambition de m'installer. Financièrement, on gagne presque aussi bien sa vie en tant que remplaçant que lorsqu'on est installé, surtout dans un département en déficit de praticiens. Aujourd'hui, pour la première fois depuis dix ans, j'ai un projet d'installation au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire, près de Verdun. Je rejoindrai début 2011 une équipe de deux médecins généralistes, trois kinés, un dentiste et quatre infirmiers. Cette opportunité est venue à moi un peu par hasard, l'un des médecins généralistes de la maison m'a contacté, ça tombait bien ; en effet, l'activité de remplaçant implique aussi des déplacements quotidiens, des aspects logistiques à gérer, on n'a pas suffisamment l'occasion de se former, puisque l'on remplace les confrères pendant les sessions de formation, pas de véritable travail en réseau… De plus, la perspective de travailler en groupe m'attire beaucoup. Nous exerçons dans un département rural, où les généralistes sont de plus en plus rares. Le volume d'activité est élevé et l'exercice isolé peut être difficile. Quoi qu'il en soit, je ne regrette pas du tout cette longue expérience de remplaçant. J'ai beaucoup appris, au contact de mes confrères, sur les modes d'organisation potentiels d'un cabinet médical. J'ai toujours travaillé dans la confiance et toujours bénéficié de leur soutien. Demain, une fois installé, je pourrai constituer ma patientèle, tout en travaillant en réseau avec l'ensemble des structures de santé locales.

PARCOURS

1992
Inscription à la faculté de médecine de Nancy

1997
Premier stage de sensibilisation à la médecine générale en DCEM3

2000
Stage chez le praticien de 6 mois dans la Meuse

2001
Déménagement et début des remplacements dans la Marne

Oct. 2003
Thèse de médecine générale « Le médecin généraliste et la prévention dans le domaine périnatal : pour une participation au plus large des professionnels dans le cadre du réseau périnatal lorrain »

2005
Déménagement dans la Meuse (Verdun). Remplacements dans la Meuse et dans la Marne

2011
Installation dans une maison pluriprofessionnelle