Remerciements

Nous tenons ici à remercier les personnes qui ont bien voulu apporter leur concours à la rédaction de ce guide :

Mme Wolniewicz, responsable du service Relations Professionnels de Santé, CPAM Douai,

Mmes Breton, Héron et Jouannet, des services juridiques du Conseil National de l'Ordre des Médecins,

Les Docteurs Soulary et Chassort, pour les précisions qu'ils nous ont apportées,

Le Dr Boisnault et la Société Française de Médecine Générale.

Et pour leur aide concernant certains articles signalés dans le guide:

Maître Hoffman, SCP Robert et Hoffman, cabinet d'avocats, 65 rue Monceau, 75008 Paris,

Maître Abordjel, avocate, 7 rue Auber, 75009 Paris,

François Lagache, juriste,

Ainsi que notre secrétaire, Lydie Lanson, pour son travail quotidien attentif.

Le Guide du remplaçant est édité par le SNJMG

Directeur de publication : Yassine Bouakaz.

Rédacteur en chef: Mathias Huitorel.

Comité de rédaction édition 2006 :
Sandrine Buscail, Sophie Rachou, Laurence Rival,
Anne Saint Martin, Pierre Martin.

Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes
7 bis, rue Décrès 75 014 PARIS
Tél. : 01 45 41 38 10 - Fax : 01 45 41 72 93

Mise à jour sur le site Internet : www.snjmg.org

Toute reproduction est interdite sans l'accord du SNJMG.

Introduction

Voici la nouvelle édition du guide du remplaçant.
« Enfin ! », nous direz-vous. Nous aurions pu faire un simple tirage de la précédente édition. Mais ceci nous est apparu impossible compte tenu du chemin parcouru depuis 2002, de l'abondance des réformes concernant les généralistes dans leur exercice professionnel, et au regard de l'actualité particulièrement mouvementée.

Notre métier de généraliste connaît une évolution spectaculaire. La loi du 4 mars 2002 sur le droit des malades en constitue un point de repère évident. Elle arrive au point culminant d'une succession de crises politico-médicales (sang contaminé, prion, arrêt Perruche) qui font alors prendre conscience de la nécessité d'une implication forte des médecins dans les politiques de santé publique. La loi de 2002, en formalisant un certain nombre de jurisprudences et de textes législatifs, entend jeter les bases d'une relation de confiance équilibrée entre les professionnels de santé et les citoyens. Elle impose de facto aux praticiens un certain nombre de dispositions qui vont les contraindre à se remettre en question dans leur exercice quotidien. C'est aussi l'éclatement au grand jour de la gestion jusque là calamiteuse du nombre des médecins (moins de médecins = moins de dépenses), et du recul démographique que connaîtra la France, avec les départs en retraite, massifs aux alentours de 2010, des médecins de la génération « baby-boom ». Quant à lui, le mythique « trou de la sécu » n'en finit pas de se creuser. Parce qu'il est plus facile d'agir sur les milliers de médecins prescripteurs, donc forcément dispendieux, que sur les recettes, c'est à dire sur les électeurs, les années 1995-1996 voient avec les ordonnances « Juppé » la naissance de la maîtrise prix-volume des dépenses de soins. Il s'agit, à enveloppe constante, de réduire le prix des actes prescrits, quand leur nombre augmente, afin d'induire un rétrocontrôle négatif sur le volume des prescriptions. C'est le système des « lettres-clés flottantes ». Ce sont des mois de grève pour les internes et résidents, qualifiés par le pouvoir en place « d'étudiants les mieux payés de France », afin d'obtenir le fameux « repos de sécurité », permettant de ne pas travailler 72 heures d'affilée. Et pour les médecins libéraux, près de 9 mois de grève pour obtenir une revalorisation d'honoraires. Ce sont aussi de plus grandes contraintes médico-légales qui, si elles ne se traduisent pas forcément par un nombre de condamnations plus fréquentes des professionnels de santé, créent un climat de suspicion à l'égard de professionnels déjà sur la défensive. Ainsi, en ce début d'année 2006, l'un des principaux assureurs en responsabilité civile professionnelle décide de ne plus prendre en charge les obstétriciens à compter du 1er janvier 2007.

Au sortir de près de 50 ans d'hospitalo-centrisme d'après-guerre, faisant la part belle aux spécialistes-mandarins, il semble que la médecine générale, construite dans leur ombre, longtemps méprisée, et dont pourtant chaque conférence de consensus s'accorde à reconnaître le rôle central dans la prise en charge globale des patients, semble gagner quelques galons. Reconnue spécialité universitaire à part entière en 2004, elle ne semble pourtant pas recueillir les faveurs des internes de la promotion 2005, près de 1000 postes restant vacants sur l'ensemble du territoire. Pour en comprendre les causes, pourtant évidentes, il faut comprendre les aspirations nouvelles des jeunes médecins. Nous percevons là un véritable fossé générationnel. Nos promotions ont des aspirations désormais bien éloignées de l'image d'Épinal du médecin cinquantenaire, travailleur isolé, en milieu rural dont il représente l'un des riches notables, corvéable à merci, dont la compagne répond au téléphone et l'assiste dans son exercice. La réalité sociologique est bien autre, et les carrières médicales, tout comme d'autres corps de métiers, seront de moins en moins linéaires, alternant ou combinant différents modes d'exercice, naviguant entre salariat et libéral.
Derrière notre diplôme omnivalent de médecin généraliste, ce n'est pas un, mais DES métiers qui se cachent. Nous exerçons un métier passionnant, riche d'expériences humaines, formidable observatoire de la société, qui apportera de grandes satisfactions à ceux qui l'aborderont avec curiosité. C'est aussi un métier contraignant, et non valorisé, ni

financièrement, si l'on compare la rémunération des généralistes français à celle de leurs homologues anglais ou allemands, ni dans la place qu'on veut bien lui donner. Il est pourtant incontournable : il est la principale porte d'entrée dans un système de soin devenu complexe. C'est à n'en pas douter aussi dans nos cabinets médicaux que les patients se rendront en premier lieu en cas d'épidémie de grande envergure. Devons-nous attendre que nos décideurs politiques et syndicaux s'en rendent compte le moment venu ? Ne voient-ils pas que désormais, chaque gouvernement qui arrive au pouvoir risque de trébucher sur de grandes questions de santé publique ? La France a besoin de ses médecins, et pourtant, elle ne leur offre pas de perspectives professionnelles dignes de ce nom, ne sait pas les recruter, ne sait pas se les attacher. Notre société formule des attentes parfois bien ambivalentes, exige qualité et auto-évaluation, permanence des soins, mais commence par demander des comptes. Nul ne se saisit de l'épineuse question de la responsabilité civile professionnelle alors même que l'évolution de ce dossier aura un impact majeur sur la prise en charge médicale des patients, laissant certains praticiens aux mains d'une justice elle-même peu sereine (certificats médicaux, maltraitance, expertise judiciaire,…). Il faudrait pourtant désormais envisager les questions de fond que soulèvent l'évolution du métier de médecin, et de l'organisation des soins.

Le remplacement est un statut envié, fantasmé par tant de confrères installés. Ces derniers ont bien vite oublié que derrière cette liberté se cache une irrégularité dans les revenus. Que les remplaçants sont redevables des mêmes charges sociales, dont la taxe professionnelle, qui, paradoxe bien français, est calculée sur…la superficie du domicile personnel. Ils oublient qu'il faut être capable de se glisser dans la peau du médecin remplacé, se calquer sur ses habitudes, subir parfois son « sens de l'organisation ». S'il y a une qualité dont il faut faire preuve quand on exerce en tant que médecin remplaçant, c'est bien la flexibilité. Le « médecin remplaçant », que certains journaux médicaux à gros tirage n'hésitent pas à qualifier avec mépris dans leurs titres de «toujours plus exigeants », n'est pas un médecin de seconde zone. Dans le cadre d'un échange dépassionné avec celui qu'il remplace, et qui lui fait confiance à priori, il peut même être le messager d'une manière de pratiquer différente, renouvelée. Métier pour certains, phase transitoire pour d'autres, nous vous proposons le remplacement comme le laboratoire de votre exercice futur. C'est l'occasion de rencontres et d'expériences inédites, parfois perturbantes, mais toujours passionnantes. Car il y en a pour tous les goûts.

Au delà des aspects administratifs et réglementaires de l'exercice médical, nous essaierons tout au long de ce guide de vous faire découvrir quelques facettes de ce métier. Fruit de l'expérience de l'équipe du SNJMG, nous souhaitons vous inciter aussi à la réflexion, et prendre une part active à la vie de ce métier, pour tenter de le faire évoluer ensemble. Nous vous encourageons également à la consultation régulière de notre site Internet, que nous tentons de faire évoluer au gré de l'actualité, très active, de notre monde professionnel.

Nous ne prétendons pas être exhaustifs, et des erreurs ont pu se glisser malgré le soin que nous avons porté à la rédaction de ce guide. Merci de nous faire part de vos remarques, de nos erreurs, et pourquoi pas participer vous-mêmes à la rédaction de la prochaine édition.
Bonne lecture !

Mathias Huitorel, rédacteur en chef du Guide.

Le remplacement : formalités administratives

1) Conditions de remplacement

CONDITIONS GENERALES

Les médecins thésés doivent être inscrits au Conseil Départemental de l'Ordre de leur domicile pour avoir le droit de remplacer.
Le Conseil Départemental de l'Ordre attribue un numéro d'inscription et une carte professionnelle, sur laquelle on reporte la vignette correspondant à l'année de cotisation en cours. Une attestation d'inscription au tableau est également fournit qui doit être présentée lors de chaque remplacement.

Les remplaçants non-thésés doivent remplir les conditions légales et être titulaires d'une licence de remplacement.

La licence n'est pas une autorisation de remplacement, elle atteste seulement que l'étudiant remplit les conditions légales requises pour effectuer un remplacement. L'autorisation était jusqu'à il y a peu délivrée par la Préfecture.
Depuis l'Ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions (publiée au Journal Officiel du 27 août 2005) et modifiant l'article L 4131-2 du Code de santé publique, c'est le Conseil de l'Ordre départemental qui délivre l'autorisation de remplacement.

Rappelons que cette possibilité de remplacer sans être thésé est une **exception française** dans le paysage européen, qui disparaîtra sans doute un jour….

L'obtention de la licence de remplacement se fait auprès :

- soit du Conseil de l'Ordre du département où siège la faculté de l'étudiant en médecine,
- soit au Conseil du département où il effectue son stage de résidanat/internat.

La licence de remplacement est valable jusqu'au 15 novembre et renouvelée chaque année sur demande.

Le médecin installé qui souhaite se faire remplacer effectue une demande auprès du Conseil de l'Ordre de son département. **Il ne doit pas exercer pendant cette période, même partiellement**.

Le médecin doit joindre la licence de remplacement de l'étudiant, ou, si le remplaçant est thésé, l'attestation d'inscription à l'Ordre.
Il doit s'assurer que le remplaçant remplit les conditions légales nécessaires.
Le Conseil de l'Ordre ne transmet plus la demande, avec son avis favorable, au préfet, seul habilité à délivrer l'autorisation de remplacement. Désormais, en vertu de l'Ordonnance citée plus haut, l'Ordre départemental délivre lui-même l'autorisation de remplacement.

L'autorisation est accordée pour une durée maximale de 3 mois, renouvelable sur demande.

En cas d'urgence, il est admis que le remplacement puisse débuter avant réception de cette autorisation, à la condition expresse que le Conseil de l'Ordre en soit averti par téléphone. Il faudra alors confirmer la demande par écrit.

Il est obligatoire de passer un contrat de remplacement écrit (art. 91 du code de déontologie).

Si un remplaçant est amené à remplacer le même médecin de manière itérative, il est possible de ne rédiger qu'un seul contrat à condition de joindre des **annexes calendaires** indiquant trimestre par trimestre les dates de remplacement prévues (à transmettre à l'Ordre avant le début du remplacement).

Attention !

L'Ordre national des médecins rappelle qu'un médecin remplaçant, étudiant en médecine sans licence ni autorisation de remplacement, ou docteur en médecine non inscrit au Tableau de l'Ordre, exerce dans des conditions irrégulières. Il alors commet un délit **d'exercice illégal de la médecine,** et donc susceptible de sanctions pénales lourdes si sa responsabilité est engagée. Le médecin remplacé peut être considéré comme complice de cet exercice illégal. Le médecin remplacé doit donc vérifier que l'autorisation de remplacement a bien été délivrée. C'est l'une des raisons pour lesquelles l'ensemble des formalités doit être mené à terme **avant** le début du remplacement.

Qui peut remplacer ?

Vous êtes	Conditions requises
Docteur en médecine générale non-installé	inscription au Tableau de l'Ordre des médecins
Médecin généraliste non-thésé	• inscrit en 3ème cycle de médecine générale • licence et autorisation de remplacement • nationalité française (a) • **thèse soutenue dans les 5 ans suivant la première inscription en 3ème cycle** (b)
Résident ou Interne en médecine générale (c)	• inscrit en 3ème cycle de médecine générale ayant validé 3 semestres *(dont stage chez prat.)* • licence et autorisation de remplacement • nationalité française (a)
Externe ayant validé le DCEM (d)	3 conditions réunies simultanément : • afflux exceptionnel de population constaté par arrêté préfectoral • autorisation de remplacement • arrêté ministériel

(a) : Conditions de nationalité : en principe la licence de remplacement ne peut être établie qu'au bénéfice d'étudiants de nationalité française ou ressortissants de l'un des Etats membres de l'UE effectuant leurs études de médecine en France. Cependant, en raison de conventions d'établissement existantes (circulaires CN n° 408 du 11 août 1969, n° 957 du 26 février 1982 et n° 95-134 du 13 décembre 1995), les ressortissants de certains pays sont soumis aux mêmes règles d'exercice professionnel que les Français, et par conséquent, les étudiants nationaux de ces pays qui accomplissent leurs études de médecine en France peuvent effectuer des remplacements en France. Il s'agit des pays suivants : République centrafricaine, Congo Brazzaville, Gabon, Mali, Tchad, Togo. (d'après « Formalités diverses, obligations » sur : www.conseil-national.medecin.fr).

(b) : Il était possible à un résident de remplacer après avoir effectué 3 semestres hospitaliers, et ce jusqu'en novembre 2001.

Il faut désormais obligatoirement avoir effectué au moins 2 semestres hospitaliers et le stage chez le praticien pour pouvoir obtenir une licence de remplacement (décret n°2000-590 du 29/06/2000).

Ces semestres doivent être complets (6 mois effectifs par stage).

(c) : +++ ATTENTION ! +++

1. **Les congés de maternité** sont compris dans cette période de 5ans. Il en allait de même quand le service national existait encore…
2. La durée du troisième cycle étant de 6 semestres depuis la rentrée 2001, il est donc possible de remplacer sans être thésé jusqu'à **2 ans** après la fin du troisième cycle (et non pas 2 ans ½ comme c'était le cas lorsque le TCEM comportait 5 semestres).

(d) : C'est la grande nouveauté de l'été 2005 : le titre III de l'Ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions, publiée au Journal Officiel du 27 août 2005, et modifiant l'article L 4131-2 du Code de santé publique autorise le remplacement par des externes ayant validé leur DCEM (cf chapitre « conditions particulières »).

Les conditions d'application de ces dispositions sont en attente de publication de décret.

CAS PARTICULIERS DE REMPLACEMENT

L'autorisation de remplacement est délivrée pour 3 mois au maximum, renouvelable.
Au-delà d'un an de remplacement continu, l'Ordre des médecins incite à la cession du cabinet.

Remplacements réguliers de courte durée

Ils sont **admis** dans la limite d'une journée par semaine. Toutefois l'ordre des médecins tolère actuellement les remplacements d'une demi-journée.
Le remplacement régulier de courte durée ne peut normalement être autorisé sans raison valable telle que :

- surmenage excessif permanent en rapport avec l'importance de la clientèle.
- incapacité partielle prolongée due à un état de maladie.
  perfectionnement post-universitaire.
- obligation d'absences régulières pour remplir un mandat d'ordre politique, professionnel ou administratif.

Ce motif doit être mentionné sur le contrat.

Remplacements en cabinet de groupe

On ne peut remplacer qu'un seul médecin à la fois. L'autorisation de remplacement n'est pas transmissible à un autre confrère.

" Tenue du cabinet " d'un médecin décédé

Un médecin décédé ne peut pas avoir de remplaçant. Il ne peut avoir qu' un successeur. En accord avec le Conseil Départemental de l'Ordre, les héritiers peuvent temporairement faire tenir le cabinet par un médecin inscrit au Tableau de l'Ordre qui exercera sous son nom propre pour une durée maximale de 3 mois, renouvelable.

Ce médecin exerçant en son nom propre, il lui faut demander à la CPAM des feuilles de soins identifiées à son nom, et ne pas utiliser les feuilles du médecin décédé. Il perçoit l'intégralité des honoraires et reverse au conjoint du médecin décédé une indemnité forfaitaire correspondant aux frais de fonctionnement du cabinet.

Il faut établir un contrat écrit précisant le montant de l'indemnité forfaitaire, la perception de l'intégralité des honoraires par le médecin « successeur », et définir une clause de non-réinstallation en cas de désistement du candidat à la succession.

Chefs de clinique, assistants des hôpitaux

Ils sont autorisés à faire des remplacements dans la limite de 30 jours par an la 1ère année d'embauche, et de 45 jours annuels les années suivantes. Ils doivent pour cela être inscrits au tableau de l'ordre des médecins bien sûr, ce qui est théoriquement le cas s'ils sont chefs ou assistants. Il faut poser un congé sans solde et obtenir l'avis favorable de leur chef de service (art 26-9 décret 87622 du 03/08/87).

De fait, ils sont redevables des cotisations sociales dues par les médecins remplaçants (cf. chapitres suivants).

Remplacement par un médecin salarié

Les médecins salariés peuvent remplacer en libéral. Ceci à la condition que ne figure pas dans leur contrat d'exercice salarié une clause d'exercice exclusif. Une vigilance particulière doit être apportée quant au temps de travail, et aux journées de remplacement prévues. Les modalités du remplacement sont alors communes à celles s'appliquant à tout médecin thésé. Cette activité libérale sera soumise à cotisations sociales, ce qui peut poser la question de sa viabilité financière.

Médecins libéraux retraités et remplacements

La loi portant réforme des retraites n°2003-775 du 21 août 2003 autorise le cumul de l'allocation du régime de retraite de base avec une activité libérale. Des dispositions transitoires valables jusqu'au 31 décembre 2003 ont été remplacées par de nouvelles dispositions en mars 2004 (il n'était possible de remplacer que dans les départements à densité médicale inférieure à 210 médecins/ 100 000 habitants, et si le montant des revenus de l'activité libérale ne dépassaient pas 50% des prestations retraite).

Le médecin retraité ayant exercé en libéral est désormais autorisé à exercer une activité médicale libérale quelle que soit la densité médicale du département où il exerce, à condition que son revenu (hors revenu provenant de la participation à la Permanence Des Soins) ne dépasse pas le montant annuel du plafond de la sécurité sociale (31 068 euros pour 2006).

Il doit informer le Conseil départemental de l'Ordre des médecins, la CARMF, de cette activité. Il est soumis à l'obligation de cotiser aux régimes de base complémentaire vieillesse et ASV, sans acquisition de points, ainsi qu'au régime de l'allocation de remplacement de revenu. Il peut aussi être redevable de la taxe professionnelle, acquitter une cotisation à l'Ordre des médecins, ainsi que satisfaire aux obligations assurancielles (RCP). Ceci limite forcément la portée de la loi.

Ces dispositions ne concernent pas les médecins de moins de 65 ans retraités au titre de l'inaptitude, qui ne peuvent exercer aucune activité. Elles ne s'adressent pas non plus aux bénéficiaires du MICA. Ces bénéficiaires peuvent néanmoins participer à la PDS, par exception à l'interdiction de poursuivre une activité médicale libérale (article 46 de loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) adoptée le 27 novembre 2004). Ils devront alors figurer au tableau de permanence des soins de l'ordre départemental.

Référence : bulletin de l'ordre des médecins n°5, mai 2004.

Remplacement d'un médecin suspendu d'exercice par le contentieux du contrôle technique de la sécurité sociale

Le médecin suspendu d'exercice peut se faire remplacer, mais son remplaçant n'est pas autorisé à soigner des assurés sociaux, ce qui réduit à néant sa possibilité d'exercer ...

Remplacement d'un médecin suspendu d'exercice par l'Ordre des médecins

Un médecin interdit d'exercice par l'Ordre ne peut pas se faire remplacer : sous réserve de l'accord de son Conseil départemental, il pourra louer ses installations pendant cette période à un confrère inscrit à l'Ordre, exerçant sous son nom propre et conservant l'intégralité des honoraires.

Remplacement d'un médecin installé en secteur 2

Le remplaçant adopte les tarifs d'honoraires du médecin remplacé. Ses cotisations et prestations sociales restent celles d'un médecin secteur 1.

Médecins étrangers

Certains médecins de nationalités étrangères en cours d'études en France peuvent remplacer dans les mêmes conditions que les médecins français (cf tableau "qui peut remplacer ?") : ressortissants de l'union européenne, de Centre-Afrique, Congo, Gabon, Mali, Tchad, Togo.
Les médecins à diplôme étranger ne sont pas autorisés à remplacer.

Assistanat

L'assistanat consistait pour un médecin installé, à se faire aider dans son exercice par un confrère, le remplacé continuant d'exercer. L'assistanat est illégal (Art. 87 du code de déontologie : « *Il est interdit à un médecin d'employer pour son compte, dans l'exercice de sa profession, un autre médecin ou un étudiant en médecine »*).

Mais dans certaines circonstances exceptionnelles, afflux de population (station de villégiature par exemple), épidémie, voire pour raison de santé, le médecin installé peut se faire aider d'un adjoint. Il s'agit d'une procédure spéciale permettant aux médecins d'avoir un adjoint temporaire (art. L.4131-2 du code de la santé publique, ancien art. L. 359).

Les formalités de demande d'autorisation sont alors les mêmes que pour les remplacements. De telles autorisations sont subordonnées à l'existence d'un contrat qui devra être soumis au Conseil de l'Ordre avant tout début d'exercice. Un modèle type est disponible au secrétariat de votre Conseil départemental. L'article 87 du code de déontologie a été modifié dans le cadre de la mise en place du contrat dit « collaborateur libéral ». Cette collaboration ne constitue pas un remplacement, mais un nouveau « partenariat » entre médecins, déjà existant dans d'autres professions réglementées (sages-femmes, dentistes). Un chapitre spécifique lui est consacré.

Remplacement par les externes

C'est la grande surprise de l'été 2005 !

Un externe ayant validé son DCEM peut être remplaçant, du fait de l'ordonnance (donc pas de débat parlementaire) ministérielle n°2005-1040 du 26 août 2005 modifiant l'article L. 4131-2 du Code de la Santé Publique. Les dispositions suivantes sont introduites :

« Art. L. 4131-2. - Les étudiants en médecine, français ou ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, et inscrits en troisième cycle des études médicales en France peuvent être autorisés à exercer la médecine soit à titre de remplaçant d'un médecin, soit comme adjoint d'un médecin en cas d'afflux exceptionnel de population, constaté par un arrêté du représentant de l'Etat dans le département.

Les autorisations mentionnées à l'alinéa précédent sont délivrées pour une durée limitée par le conseil départemental de l'ordre des médecins qui en informe les services de l'Etat. Lorsque les besoins de la santé publique l'exigent, le ministre chargé de la santé peut, par arrêté pris, sauf en cas d'extrême urgence, après avis des conseils de l'ordre intéressés, habiliter pendant un délai déterminé les représentants de l'Etat dans le département à autoriser, pour une durée limitée, l'exercice de la médecine par des étudiants ayant validé le deuxième cycle des études médicales. »

Les conditions d'application (durée maximale des autorisations, conditions de prorogation, niveau d'études requis selon la qualification du remplacé !) seront soumises à un décret pris après avis du Conseil national des médecins. Les regards se tournent ainsi vers l'instance ordinale. Les conditions d'application relèvent selon le Code de Santé Publique modifié, de

circonstances « exceptionnelles » (canicule ? risque bioterroriste ?), et ne devraient donc pas s'appliquer en cas d'affluence exceptionnelle…de touristes !
Officiellement, le Ministère a déclaré qu'il ne s'agissait que de la remise à jour de textes réglementaires plus anciens…

Référence :
www.conseil-national.medecin.fr
www.snjmg.org (Communiqué de presse sur l'ordonnance ministérielle n°2005-1040 du 26 août 2005)

LES GARDES

Le médecin remplaçant est souvent sollicité pour effectuer des gardes, soit dans le cadre de remplacement de plusieurs jours, soit uniquement pour les gardes (nuits ou week-end).

Selon le code de déontologie (article 77), **les médecins installés doivent**, sauf circonstances particulières ou dans le cadre d'un remplacement de plusieurs jours, **assurer eux-mêmes leurs gardes et ne pas se faire remplacer**.

Il est de plus en plus fréquemment observé que les gardes sont souvent, voire exclusivement, effectuées par des remplaçants.

Les gardes sont parfois l'objet de conflits entre remplaçants et remplacés, les uns présentant les gardes comme un complément de rémunération, les autres découvrant parfois à l'occasion de leur remplacement que les gardes à effectuer sur le secteur ont été méticuleusement groupées durant leur remplacement.

L'organisation des gardes libérales constituant la permanence des soins (PDS) a un nouveau visage depuis le mouvement de grève des libéraux de l'hiver 2001-2002, et la publication des décrets de septembre 2003 et avril 2005 concernant cette organisation. L'avenant n°4 à la convention médicale signée entre les syndicats représentatifs des médecins libéraux, les caisses et l'Etat prévoit une rémunération de l'astreinte téléphonique, ainsi que des revalorisations d'honoraires pour les actes réalisés en garde. Malheureusement, si au moment où nous publions, la revalorisation des actes est bien effective, il est impossible dans de nombreux départements d'obtenir le paiement des astreintes par les caisses primaires d'assurance maladie.

De plus, le versement du montant de l'astreinte du médecin remplacé vers son remplaçant pour le travail effectué ne semble pas toujours aller de soi.

Des chapitres spécifiques sont consacrés d'une part à la rémunération des actes en garde, et d'autre part à l'organisation de la PDS en ville.

2) Formalités à accomplir avant de remplacer

Si vous n'êtes pas encore thésés, vous devez effectuer une demande de licence de remplacement, et vous acquittez d'un certain nombre de formalités (cf. infra).
Si vous êtes thésés, certaines démarches doivent être effectuées dés la thèse soutenue.

QUELLES DEMARCHES EFFECTUER APRES LA THESE ?

L'obtention de la thèse oblige à certaines démarches, dés la thèse soutenue :

- faire enregistrer son diplôme auprès de la DDASS,
- s'inscrire au tableau de l'Ordre des médecins,
- avertir votre assurance civile professionnelle,
- avertir la CARMF.

ENREGISTREMENT DE LA THESE

La faculté vous délivre une attestation de soutenance de thèse, qui tient lieu de diplôme avant que celui-ci ne soit établi (parfois plusieurs mois après la soutenance).
L'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé a changé les modalités concernant l'enregistrement du diplôme.

Désormais **dans le mois suivant son inscription au tableau** ou après une reprise d'activité après cessation d'exercice pendant 2 ans, le médecin doit faire enregistrer le diplôme à la préfecture ou à la sous préfecture, par les services de la DDASS du département de son domicile. L'inscription auprès du Tribunal de Grande Instance du lieu d'exercice, celui du domicile pour les remplaçants, n'est plus nécessaire.

L'Ordre départemental notifie au préfet les décisions d'inscription et les modifications intervenues dans le tableau, qui est publié par le préfet chaque année.

« Art. L. 4113-1. - Les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes sont tenus de faire enregistrer sans frais leurs diplômes, certificats ou titres auprès du service de l'Etat compétent ou de l'organisme désigné à cette fin. En cas de changement de situation professionnelle, ils en informent ce service ou cet organisme. »

Référence : bulletin de l'ordre des médecins n°1 janvier 2004.

INSCRIPTION AU TABLEAU DE L'ORDRE DES MEDECINS

Celle-ci doit être effectuée **dans les deux mois suivant la soutenance** de la thèse.
Le Conseil départemental de l'Ordre de votre lieu d'habitation vous renseignera par téléphone sur les pièces à fournir en vue de votre inscription, vous adressera un questionnaire à remplir, ainsi que le code de déontologie. Cette inscription constitue la reconnaissance par les pairs de la capacité à exercer la médecine.

URSSAF

Que vous soyez thésés ou non, vous devez signaler à l'URSSAF de votre région votre début d'activité **dans les 8 premiers jours de remplacement effectif**. Pour cela, rendez-vous à l'URSSAF ou bien adressez-leur un courrier déclarant la date de début de votre activité de remplacement. Après c'est une question de patience, car vous pouvez n'être contacté par l'URSSAF que plusieurs mois après votre déclaration.
La date de début du 1er remplacement doit être gardée en mémoire, car elle peut vous être redemandée.

SECURITE SOCIALE (SS)

Que vous soyez thésés ou non, vous devez également signaler votre début d'activité libérale à la CPAM de votre domicile.

Dès que vous aurez effectué plus de 30 jours cumulés de remplacement, vous serez affiliés au régime de sécurité sociale des remplaçants : régime des **PAMC** (Praticiens et Auxiliaires Médicaux Conventionnés).

Ce régime de sécurité sociale vous versera les prestations (maternité, maladie), même si vous cotisez déjà au régime des travailleurs salariés en tant qu'interne/résident par exemple.

Si vous bénéficiez encore du régime de sécurité sociale des étudiants (**c'est-à-dire jusque 28 ans**, majoré des périodes du service national), **vous ne serez pas affilié au régime de sécurité sociale des PAMC**.
Certaines CPAM considèrent que tout remplaçant ayant effectué plus de 30 jours d'activité doit être affilié au régime de sécu des PAMC. En tout cas, il est actuellement beaucoup plus intéressant d'être affilié au régime des PAMC qu'à celui des étudiants, notamment dans le cadre des prestations maternité par exemple.

Si vous n'effectuez pas ces démarches, vous courez le risque de vous voir réclamer les arriérés de cotisations, assortis de majorations de retard ...
De plus en plus, les URSSAF demandent la copie des demandes d'autorisation de remplacement, et sont donc averties de vos périodes d'activité.

LA CAISSE AUTONOME DE RETRAITE DES MEDECINS FRANÇAIS

Si vous êtes thésés et assujettis à la taxe professionnelle, vous devez obligatoirement cotiser pour votre retraite.

Si la CARMF ne vous a pas écrit, vous avez intérêt à vous signaler spontanément. Ceci afin d'éviter le paiement d'arriérés de cotisations, ce qui n'est jamais agréable, surtout au moment d'une installation.

L'ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE

Depuis l'Arrêt "Mercier" du 20 mai 1936, la responsabilité du médecin à l'égard du patient ayant subi un préjudice est de nature dite contractuelle.

C'est cet arrêt qui fonde le principe de l'obligation de moyens, différent de l'obligation de résultat : on ne saurait attendre du médecin qu'il guérisse à tout coup, même si de nos jours l'obligation de moyens relative au succès des soins prodigués semble progressivement "encerclée" par un réseau d'obligations de résultat. Nous reviendrons plus en détail sur la notion de responsabilité dans un chapitre dédié.

L'assurance en RCP est obligatoire depuis les dispositions de la loi de mars 2002 (cf. chapitre « responsabilité du médecin remplaçant »). Tout acte de soin ou de diagnostic peut engager votre responsabilité civile ou pénale s'il y a eu faute, un préjudice subi, et si une relation de causalité existe entre cette faute et le préjudice.
Ceci est vrai **y compris dans le cadre de votre activité hospitalière**, car les hôpitaux peuvent invoquer une faute « détachable du service » pour dégager leur responsabilité.

De plus, vous pouvez encourir des sanctions ordinales, que vous soyez condamnés ou non par les tribunaux.

Si vous êtes déjà assurés en RCP pour ce risque en tant qu'interne/résident, signalez à votre assureur que vous effectuez des remplacements. Certaines assurances appliquent une surprime, d'autres pas.

Le coût de ce type d'assurance :
Les remplaçants non thésés sont considérés par la plupart des assureurs comme des étudiants. Le prix s'élève alors à environ 10 euros par an (voire gratuit pour certaines compagnies, en 2005).

Lorsque vous êtes thésés, il faut le déclarer à l'assurance : le coût de la cotisation passe alors à 100-120 euros environ, assurance juridique incluse.

Vérifiez également que vous n'êtes pas déjà assurés auprès d'une autre compagnie, car l'adhésion à certains syndicats ou mutuelles étudiantes constituent en fait un « package » comportant déjà une assurance RCP.

Or le fait d'être déjà assuré ailleurs constitue dans la plupart des cas une condition d'exclusion des garanties !…Quand on veut être trop couvert, on n'est plus couvert !…

C'est la raison pour laquelle l'adhésion au SNJMG ne comporte pas une adhésion automatique à une assurance RCP.

ASSURANCE AUTOMOBILE

Si vous possédez un véhicule, celui-ci est forcément assuré. **Mais votre voiture est-elle assurée pour un remplacement en médecine libérale ?** Posez cette question à votre assureur, signalez que vous effectuez des visites au domicile. Il faut également lui demander si dans votre contrat figure une clause vous permettant de transporter un malade à titre gratuit.
Il existe de grandes variations de prix d'un assureur à l'autre.
Faites marcher la concurrence. Précisez également que l'utilisation professionnelle de votre véhicule n'est pas aussi intensive que celle d'un commercial par exemple, ce qui peut permettre d'atténuer la majoration de cotisation.

Si le médecin remplacé met à disposition son véhicule pendant le remplacement, vérifiez que l'assurance du praticien vous couvre. Pour ne pas avoir vérifié le contrat assurance automobile du médecin, la responsabilité d'une remplaçante a été mise en cause à la suite d'un accident avec le véhicule du médecin qu'elle remplaçait.

AUTRES ASSURANCES FACULTATIVES

- L'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE MALADIE vous assure le complément des prestations déjà servies par votre régime de sécurité sociale.
- L'ASSURANCE PREVOYANCE vous permet d'obtenir des indemnités journalières (dont le montant varie avec les primes versées) : cela peut vous assurer des ressources financières dès le premier jour d'incapacité d'exercice (la cotisation obligatoire à la CARMF permet d'obtenir une indemnité journalière **seulement à partir du 91ème jour** d'incapacité à exercer).

Néanmoins, pour éviter toute mauvaise surprise, nous ne pouvons que vous engager à bien vous faire préciser par l'assureur le **mode de calcul** de vos indemnités journalières et leur **montant** selon le type de contrat auquel vous avez souscrit, car le résultat peut varier grandement d'une compagnie à une autre. L'activité de remplacement étant généralement irrégulière, le résultat est parfois surprenant...Certains contrats stipulent que le versement des indemnités n'est effectif qu'en cas de remplacement en cours, ou prévu à la date de l'interruption d'activité (contrat exigé).

De plus, certaines compagnies d'assurance n'assurent **que les remplaçants thésés** (car ils cotisent à la CARMF).
Le versement des indemnités journalières court, dans la plupart des contrats, à partir du 15ème jour d'arrêt de travail, et du 3ème jour d'hospitalisation.

Encore une fois, renseignez-vous bien !

- UNE RETRAITE COMPLEMENTAIRE peut être souscrite auprès d'assurances spécialisées ou non dans la profession médicale, ou auprès de la CARMF.
- Il est également possible de souscrire une ASSURANCE VOLONTAIRE INDIVIDUELLE ACCIDENT DE TRAVAIL ET MALADIE PROFESSIONNELLE auprès de la CPAM, cette assurance garantit le versement de prestations en nature (prise en charge des soins relatifs à l'accident de travail ou à la maladie professionnelle), mais ne permet pas d'obtenir d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail. En cas d'incapacité permanente à exercer, un capital ou une rente sont versés.

Les assurances complémentaires "contrat de groupe" peuvent bénéficier de la loi Madelin. Dans ce cas, **la prime d'assurance est déductible fiscalement dans le cadre de vos frais professionnels**, et les prestations versées sont **imposables**.

ASSOCIATION DE GESTION AGREEE (AGA)

Afin de bénéficier de l'abattement de 20% sur vos revenus imposables que procure l'inscription à une AGA, cette inscription doit être effective dans les 3 mois suivant le début de votre premier remplacement, ou bien avant le 1er avril de chaque année. L'adhésion à une AGA est recommandée en raison des avantages fiscaux procurés (voir chapitre « cotisations sociales »).

Notez vos kilométrages professionnels, **gardez vos factures de frais professionnels** et ouvrez un **second compte bancaire que vous utiliserez comme compte professionnel,** la lecture comptable de votre activité étant bien plus aisée.

Attention !
Les banques entendent par « compte professionnel » un compte dont le fonctionnement est spécifique, et qui comporte des prestations payantes, et des frais de gestion. Un simple compte-courant réservée à l'activité professionnelle suffit amplement.

SYNDICATS

Il est toujours intéressant d'être inscrit à un syndicat, ne serait-ce que pour être tenu au courant de l'actualité professionnelle et de ses dessous, et pour bénéficier des services proposés (cf. « environnement professionnel »). Quelles que soient vos convictions, il importe de leur faire prendre corps par une voie syndicale. En effet, cette adhésion permet d'asseoir la représentativité des syndicats médicaux, et leur donne une légitimité incontestable dans leurs négociations avec les acteurs institutionnels.

Les cotisations à toute organisation syndicale ou parti politique est déductible du revenu imposable à hauteur de 35%.

Le SNJMG se prévaut d'une indépendance totale vis à vis de l'industrie pharmaceutique, des autres syndicats médicaux, et des partis politiques. Toute nouvelle adhésion nous permet de nous tenir à cette volonté farouche d'indépendance tout en nous donnant les moyens de développer guides et outils pour tous. Pour faire plus ample connaissance, car il ne s'agit pas de transformer ce guide en lieu polémique ou en tribune politique, vous pouvez vous connecter sur le site internet du syndicat **(www.snjmg.org**), recevoir gratuitement notre publication d'information générale (Jeune MG) pour quelques numéros, ou tout simplement venir débattre avec nous au cours des différentes réunions organisées par nos bureaux régionaux.

TABLEAU RECAPITULATIF DES FORMALITES

<table>
<tr><th colspan="2">OBLIGATOIRES</th></tr>
<tr><th>Non thésés</th><th>Thésés</th></tr>
<tr><td>Licence de remplacement</td><td>Inscription au tableau de l'Ordre (et cotisation)
Enregistrement du diplôme à la DDASS (s/prefecture)</td></tr>
<tr><td></td><td>CARMF
(si paiement de la taxe professionnelle)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Assurance Responsabilité Civile Professionnelle
Assurance automobile (couvrant les trajets professionnels)</td></tr>
<tr><td colspan="2">URSSAF et CPAM :
Assurance maladie, Allocations Familiales, CSG
Cotisation à la formation professionnelle</td></tr>
<tr><td colspan="2">Taxe professionnelle
(selon revenus)</td></tr>
<tr><th colspan="2">NON OBLIGATOIRES, MAIS CONSEILLÉES</th></tr>
<tr><td colspan="2">Assurance complémentaire maladie
Assurance prévoyance (indemnités journalières)
Association de Gestion Agréée
Syndicat</td></tr>
</table>

REPERTOIRE PARTAGE DES SOIGNANTS

Une base de données des professionnels de santé devrait voir le jour. Les professionnels de la santé dépendant des 4 Ordres (médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes) seront répertoriés. Puis ce sera l'ensemble des acteurs de santé.

Car si le Conseil de l'Ordre, l'Assurance Maladie et le Ministère de la santé disposent déjà de fichiers, ces données ne sont pas identiques, ce qui rend leur recoupement difficile.

Un numéro identifiant unique et pérenne sera attribué à chaque professionnel. Les informations concerneront la civilité, la formation, l'activité. Elles seront vérifiées par le professionnel lui-même.

Ordre, Etat et Assurance Maladie, mais également URML auront accès à tout ou partie des données. Les secteurs d'exercice relevant du champ conventionnel ne devraient pas figurer dans ce répertoire. Au moment où nous publions, les choses ne sont pas encore formalisées et l'inscription à ce répertoire ne donne lieu à aucune procédure spécifique supplémentaire.

3) L'équipement du médecin remplaçant

Dans le cadre de vos remplacements, le médecin remplacé vous laisse la jouissance de son matériel habituel. Comme nous le verrons plus loin, outre le gîte, et parfois le couvert, il est possible qu'il laisse à votre disposition sa trousse médicale, ainsi que tout le matériel dont vous pourriez avoir besoin (kits de suture, matériel gynécologique,…).

Néanmoins, il nous semble plus confortable d'avoir son propre équipement, taillé « sur-mesure », au moins en ce qui concerne le matériel de base.
Rappelons que l'ensemble du matériel acheté rentre dans le cadre des frais liés à l'exercice professionnel, et sont donc déductibles des revenus imposables (cf. chapitre dédié aux frais professionnels). Gardez vos factures !

De nombreux détaillants et grossistes, voire des sites Internet spécialisés, proposent du matériel médical, cher par essence. N'hésitez pas à faire jouer la concurrence.

A notre connaissance, et après recherche bibliographique, il n'y a pas de trousse médicale universelle. Nous avons pris le parti de diviser le matériel en 2 trousses, de manière sans doute un peu arbitraire et donc… contestable. Voici des propositions concernant ce dont vous pourriez avoir besoin, chacun les adaptera selon ses habitudes.

LES TROUSSES

En fonction de votre type d'activité, il peut être intéressant de diviser son matériel en 2 trousses, dont l'une plus lourde, peut rester dans la voiture, l'autre comportant les « outils » incontournables.

Attention néanmoins aux conditions de conservation des médicaments, injectables notamment, dont certains, assez instables, ne supportent pas toujours l'attente du docteur dans la voiture laissée en plein soleil (adrénaline par exemple). De même, vérifiez régulièrement les dates de péremption.

Trousse de visite

- stéthoscope,
- tensiomètre,
- otoscope, pouvant tenir lieu de lampe de poche, spéculums d'oreille jetables,
- abaisses langues,
- gants, doigtiers, vaseline,
- thermomètre,
- marteau à réflexes,
- solution hydro-alcoolique pour lavage des mains après examen,
- stylos,
- ordonnances, 100%, feuilles de maladie, arrêts maladie, certificat médical d'accident de travail, bons de transport, certificats de décès, certificats d'absence scolaire,
- tampon du cabinet,
- Vidal visite ou Dorosz, éventuellement guide des certificats médicaux.

Dans sa voiture

- caducée,
- lampe de poche et piles de rechange (la nuit les noms de rue ne sont pas toujours très accessibles),
- tous les plans des différentes villes où l'on risque d'aller en visite, voire système GPS,
- répertoire des correspondants,

- carte téléphonique et menue monnaie,
- tous les bouquins pouvant vous rassurer au début dans vos gardes, à visée anxiolytique...
- téléphone portable (devenu indispensable) ainsi que son chargeur de voiture,
- Trousse d'urgence.

Trousse d'urgence

Elle doit vous permettre de faire face à toute situation d'urgence que vous êtes susceptibles de rencontrer, tant dans vos gardes que lors d'une visite apparemment banale. Il faut pouvoir administrer les premiers soins dans l'attente du SMUR.

Voici quelques idées. La Revue Prescrire a consacré à ce sujet plusieurs articles très intéressants qui pourront vous servir de référence (Prescrire n° 101 et 102 en 1990, n°145 en 1994), et une compilation spécifiquement dédiée à l'activité d'urgence : « Urgences, conduites pratiques », mai 2003.

Attention *!*
N'utilisez que des produits dont vous maîtrisez parfaitement les indications, les effets secondaires et la posologie, car en cas d'urgence vous n'aurez pas le temps de vérifier dans vos bouquins.

Matériel

- Bandelettes urinaires avec nitrites,
- Appareil à dextro et lancettes,
- peak-flow meter,
- chambre d'inhalation pédiatrique,
- antiseptique, gants stériles, compresses stériles, sparadrap, ciseaux, petits pansements et bandes,
- matériel d'injection (SC, IM, IV), seringues petit volume, garrot,
- ampoulier, petite glacière pour les injectables en pèriode chaude,
- matériel de suture éventuellement (plutôt réservée au cabinet médical),
- Boîte pour aiguilles usagées, rigide +++.

Pédiatrie

- Stéthoscope pédiatrique (ou à embout modulable),
- ampoules de Diazépam avec embouts pour injections intra-rectales.

Il est conseillé d'avoir des antipyrétiques, des sachets de soluté de réhydratation voie orale, qui dépannent bien.

Médicaments de la trousse d'urgence

Injectables

- antalgiques
- AINS
- antispasmodique
- antiémétique
- anxiolytique
- neuroleptique sédatif
- adrénaline
- antihistaminique H1
- corticoïde
- diurétique
- atropine
- des ampoules de G30%
- des antibiotiques (péni ou C3G injectables pour purpura fulminans)
- bêtamimétique
- eau PPI, ampoules sérum physiologique

autres

- anxiolytique en comprimés
- un dérivé nitré spray
- un bêtamimétique spray
- quelques comprimés des antibiotiques usuels de différentes classes
- corticoïde dispersible
- HBPM
- antalgiques

Il est également suggéré de se constituer une petite documentation par spécialité, fiches récapitulatives, atlas iconographique de dermatologie, et autres polycopier de fac (et pourquoi pas le *guide du remplaçant !*), parfois fort utiles lorsqu'il faut faire appel aux connaissances enfouies sous la poussière accumulée au cours des âges.

Il n'est pas honteux d'expliquer que l'on a besoin de vérifier une information pour plus de sécurité, ou de passer un coup de fil à un confrère pour solliciter son avis (exemple du Samu-centre 15 en garde, en cas de doute sur une urgence, sur le mode de transport adapté,…), plutôt que de commettre une grosse boulette en ayant l'air intelligent…ce qui fait louper l'objectif visé de toute façon.

Les plus modernes (et les plus fortunés) résoudront le problème de l'encombrement en utilisant un PDA ou un ordinateur portable, qui finement paramétré, peut s'avérer fort utile.

4) Comment trouver un remplacement

Vous trouverez aisément des offres de remplacement, le " marché " étant actuellement en votre faveur. Néanmoins, certaines offres, aussi alléchantes puissent-elles se présenter, sont en pratique bien éloignées de ce qu'elles prétendent être.

Vous ne savez peut-être pas où vous adresser, surtout si vous n'avez jamais remplacé.
La difficulté deviendra rapidement non pas de trouver du travail, mais d'organiser ses remplacements tout au long de l'année, afin d'arriver à travailler de manière à peu près régulière, le pic des demandes de remplacement se trouvant souvent les mercredis et samedis, et au moment des vacances scolaires. Une certaine mobilité est requise si on veut s'assurer un bon rythme de travail, mais aussi pour élargir son horizon professionnel.

Vous pouvez chercher à contacter directement des médecins, soit en leur écrivant ou en leur téléphonant, soit en répondant à une demande qu'ils auront affichée à la faculté ou dans les internats.

Les syndicats ou les associations de médecins (notamment en charge de l'organisation de la permanence des soins) sont aussi des relais possibles : on finit toujours par trouver « quelqu'un qui cherche quelqu'un ».

Les départements de médecine générale, et les maîtres de stage sont aussi de précieux relais, si l'ambiance a été bonne au cours du stage bien sûr. C'est un moyen assez sécurisant de rentrer dans l'exercice professionnel, le maître de stage confiant son cabinet médical non plus à l'interne qu'il a contribué à former, mais au médecin remplaçant.

Attention aux médecins qui utilisent leurs stagiaires comme s'ils étaient remplaçants : pas de confusion des rôles !

Vous pouvez également passer par des " intermédiaires " :

LE CONSEIL DEPARTEMENTAL DE L'ORDRE

Il notera votre nom sur une liste mise à la disposition des médecins installés.

LES PETITES ANNONCES DES JOURNAUX MEDICAUX

Les principaux journaux médicaux sont le Quotidien du médecin, le Panorama du Médecin, le Concours médical, La Revue du Praticien, le Généraliste.

Le coût de ces annonces est parfois assez élevé pour les non-abonnés. Il est possible d'y trouver un remplacement par ce moyen. Ils sont généralement consultables à la bibliothèque des facultés de médecine.

LES SERVICES TELEMATIQUES, LE WEB

Ils sont assez nombreux, mais de qualité inégale. Leur principal avantage consiste en leur facilité d'utilisation, et le contact remplaçant-remplacé reste direct. Leur multiplicité devrait théoriquement vous permettre de ne pas engager de frais pour avoir accès à leur base de données.

En tout premier lieu bien sûr, le site internet du syndicat : www. snjmg.org
Vous pouvez laisser sur le site votre demande, ou bien consulter le registre de nos petites annonces, tout ceci **gratuitement**…

LES ASSOCIATIONS ET ORGANISMES PRIVES

Le Centre Bonaparte, Groupement d'Intérêt Économique (GIE) issu des assurances MACSF et MAVPS met en contact remplaçants et médecins installés. Il est d'accès gratuit pour les remplaçants et les remplacés.

D'autres organismes proposant des remplacements et des remplaçants sont des sociétés privées à but lucratif fonctionnant comme des assurances. Le remplaçant doit parfois cotiser pour figurer dans un fichier. Nous citerons : MEDIA-SANTE, ALLO-MEDIC-ASSISTANCE, PRO-DIE.

Le système le plus fiable nous semble finalement le bouche à oreille, le contact direct avec le confrère que l'on rencontre à l'occasion de l'exercice professionnel. Les adresses que l'on se passe entre remplaçants sont aussi très appréciables. Attention néanmoins, pas d'angélisme : il y a sans doute autant de remplacés « grippe-sous » que de remplaçants indélicats. On peut bien s'entendre dans la vie, avoir des hobbies communs, mais ne pas pouvoir travailler ensemble dans un climat de confiance.

5) Relation contractuelle remplaçant-remplacé

PREMIER CONTACT AVEC LE REMPLACE

Le plus souvent il s'agit d'un contact téléphonique, donc bref. Voici les renseignements les plus importants à obtenir :

La localisation exacte du cabinet

Le type de clientèle

- rurale ou citadine
- très jeune ou âgée

Le mode d'exercice du médecin

- médecine générale pure,
- mode d'exercice particulier (M.E.P.) : acupuncture, homéopathie, ostéopathie, mésothérapie, …
- médecine du sport.
- suivi de toxicomanes ou de patients atteints de pathologies chroniques.

NB : Il est possible de remplacer un médecin en M.E.P. sans l'être soit même, mais le médecin remplacé doit savoir que vous ne ferez pas les actes correspondants.
S'il ne fait " que " du M.E.P., vous risquez de beaucoup vous ennuyer durant ce remplacement …
Si vous n'avez pas l'expérience de ce M.E.P., abstenez-vous de le pratiquer !

Les horaires

- des consultations (libres ou sur rendez-vous),
- des visites.

Les gardes éventuelles + + +

Le fonctionnement du réseau d'urgence

- pompiers
- SAMU
- Existence d'une association de médecins libéraux organisant la PDS

L'existence de structures hospitalières proches

Le médecin a t-il une secrétaire, un secrétariat téléphonique

Dans le cas contraire, il faudra parfois être accompagné.

Il faut penser qu'il est très utile de bénéficier des services d'un secrétariat, car il est difficile de jouer tous les rôles, et la fragmentation du travail lié aux appels téléphoniques, surtout émanant de patients non familiers est un facteur non négligeable de stress !

Les conditions financières (cf. contrat de remplacement)

Dans ce domaine tout peut se voir. Elles dépendent de l'importance de la clientèle, des charges de fonctionnement du cabinet et des avantages offerts.

La rémunération se décompose classiquement en un pourcentage des honoraires perçus, et un minimum journalier. Cependant, le fait d'accorder un minimum journalier peut poser des problèmes : en effet certaines URSSAF prétendent que ce mode de rémunération introduit un lien de salariat entre remplaçant et remplacé, lequel risque alors de payer des cotisations patronales pour son remplaçant... Pour cette raison, le Conseil national de l'Ordre a proposé un nouveau modèle de contrat en février 96, sur lequel aucun minimum journalier n'est mentionné.

Cependant, si vous remplacez en jour fixe, c'est-à-dire de façon régulière un jour par semaine toute l'année, le minimum journalier permet de garantir un revenu minimum au remplaçant, surtout si le médecin a une petite clientèle. Dans ce cas, évitez de mentionner l'existence d'un minimum journalier sur le contrat. Une reconnaissance d'accord d'un minimum journalier peut éventuellement être signée, distincte du contrat, et à garder par les deux co-contractants.

Le pourcentage des honoraires gardés par le remplacé doit correspondre aux charges de fonctionnement du cabinet médical, qui restent à la charge du médecin remplacé. Il ne doit pas servir à payer les vacances du remplacé !

De plus, sachez que ce que vous percevez est un revenu brut, dont vous aurez à retrancher les cotisations sociales, la CARMF, la taxe professionnelle, ce qu'oublient parfois les remplacés (auparavant, peu de remplaçants étaient assujettis au paiement de cotisations sociales).

C'est pourquoi un pourcentage de rétrocession à 50/50 ne semble plus acceptable, 70/30 est souvent un bon compromis (pour le secteur 1).

Si vous remplacez loin de votre domicile, le transport jusqu'au lieu de remplacement est habituellement payé par le remplacé.
Pour les gardes (nuits et week-end), l'usage est de laisser **100%** des honoraires au remplaçant, selon les recommandations du Conseil de l'Ordre.

Gîte et couvert

- Si vous remplacez loin de votre domicile, vous devez être logés par le remplacé, voire nourris,
- renseignez-vous donc sur les conditions de logement,
- enfin certains médecins demandent que vous soyez accompagnés par une personne pouvant répondre au téléphone lorsque vous serez en visite. Cette personne peut être rémunérée par le remplacé.
  Nous vous rappelons qu'il est toujours possible de prendre un contrat temporaire avec un secrétariat téléphonique pour la durée de votre remplacement.

La voiture

- Si vous utilisez la vôtre, les frais peuvent être à votre charge, sinon une indemnité d'essence peut être versée par le remplacé. N'oubliez pas de vérifier si votre assurance vous couvre lors des déplacements professionnels,
- s'il s'agit de la sienne, rappelez-lui qu'il doit être assuré pour vous, ce que vous devez impérativement vérifier lors de votre visite au cabinet : c'est délicat mais vous serez reconnu(e)s responsables si vous ne l'avez pas fait (c'est déjà arrivé).

Habitudes de travail

Enfin vous tenterez de savoir si vos habitudes de travail sont suffisamment proches de celles du médecin remplacé pour que le remplacement ne se transforme pas en véritable galère pour vous, et/ou vos malades. Ainsi si vous aimez passer 1/2 heure avec chaque patient, ne remplacez pas un stakhanoviste qui fait 50 actes par jour, dimanche compris (cela existe), et vice versa ...

SECONDE RENCONTRE AVEC LE MEDECIN

Cette rencontre s'effectue le plus souvent au cabinet du remplacé.
Vous confirmerez les points discutés lors de la première prise de contact, vous visiterez le cabinet, vous vous ferez expliquer si nécessaire l'utilisation de tous les papiers administratifs, et lui remettrez une photocopie de votre licence de remplacement (si vous n'êtes pas thésés), ainsi qu'une photocopie de votre assurance RCP. Enfin, vous rédigerez et signerez ensemble le contrat de remplacement, dont vous garderez une copie.

Visite du cabinet

Rangement des papiers

- les ordonnances de rechange,
- les feuilles de sécurité sociale,
- les ordonnanciers ALD 100%, dont les ordonnances 100% sécurisées
- les arrêts maladie,
- les certificats d'accident de travail,
- les bons de transport,
- les demandes de cures,
- les ententes préalables,
- les déclarations de grossesse,
- les certificats de décès,
- les fiches de pharmacovigilance,
- les feuilles d'accord d'ALD.

Le mode de classement et la tenue des dossiers médicaux

- le carnet de rendez-vous,
- le répertoire des correspondants (spécialistes, hôpitaux, cliniques, ambulances, auxiliaires ...) ,
- le plan de chacune des communes où l'on peut être amené à faire des visites,
- où et comment noter les actes au jour le jour,
- tenue de la comptabilité (informatique ou papier),
- rangement de la caisse,
- le tampon du médecin,
- le caducée si vous n'avez pas le vôtre.

Noter

- les habitudes de cotation (dépassements d'honoraires) + + +
- les honoraires pratiqués si vous remplacez un médecin en secteur à honoraires libres.

Prendre les clés

- prévoir un correspondant possédant un double des clés au cas où ... et étant habilité à résoudre les problèmes matériels comme une déclaration de vol, une fuite d'eau ...
- avoir le numéro de téléphone personnel de la secrétaire s'il y a lieu.

Se familiariser avec chaque appareil

- téléphone (transfert d'appel, signal d'appel ...),
- répondeur, fax,
- secrétariat téléphonique,
- éventuellement, le chauffage et l'électricité,
- le matériel informatique,
- Le lecteur de carte vitale : peut-il accepter votre carte professionnelle de santé (si vous n'en avez pas, vous ne pouvez théoriquement pas télétransmettre les feuilles de soins électroniques !).

Repérer l'emplacement du matériel médical

- thermomètre,
- abaisse-langue et spéculum d'oreille,
- gants et doigtiers,
- coton, compresses, réserve d'antiseptique,
- boîte de gynécologie, matériel pour frottis (penser à l'enveloppe pour le labo),
- matériel de suture et petite chirurgie,
- stérilisateur (connaître son mode de fonctionnement),
- voire / plâtre, matériel pour mésothérapie, acupuncture ..., électrocardiogramme (savoir s'en servir est bien utile !).

Quelques petites mises au point pas si anodines

- **faire la transmission (obligation déontologique !)**: malades chroniques à domicile, désensibilisations en cours, pathologies aiguës en cours de traitement potentiellement problématiques ...Il en va de la sécurité des patients, et cette transmission peut vous éviter bien des déconvenues. Elle ne semble pourtant pas toujours naturelle à tous. Vous découvrirez peut-être à cette occasion que votre confrère travaille…sans dossier médical !
- quelle attitude adopter face aux actes impayés ?
- le remplacé, fait-il des " dû pour autorisation d'avance ",
- qui fait le ménage et sort les poubelles ?
- qui dépanne l'informatique quand tout « plante » ?

CONTRAT DE REMPLACEMENT

Le nouveau code de déontologie rend **obligatoire** l'établissement d'un contrat entre le médecin remplacé et son remplaçant (Art.91 du code de déontologie).
Ce contrat doit, dans tous les cas, être passé par écrit et transmis **avant** le début du remplacement au Conseil départemental de l'Ordre. Ce dernier vérifie sa conformité avec le code de déontologie et avec les clauses des contrats types établis par l'Ordre national des médecins.

Le non-respect de conclusion d'un contrat écrit peut exposer à des poursuites disciplinaires de la part du Conseil de l'Ordre.

Précisions importantes :

- Même s'il n'est pas communiqué à l'Ordre en temps et en heure, un contrat doit être respecté, car ce retard n'affecte en rien ni sa validité ni les obligations qu'il comporte ! (arrêt rendu en cassation civile le 15/05/2001).
- Le devoir de transmission à l'Ordre est une **obligation déontologique** (art. 83 du code de déontologie). La sanction, en cas de non respect, est donc d'ordre disciplinaire. Le seul moyen de se protéger si l'un des contractants n'est pas médecin lui-même (clinique, collectivité territoriale…), et donc non contraint par une obligation déontologique, est d'exiger et poser par écrit que le partenaire contractuel transmette le contrat lui-même.

Pourquoi un contrat écrit ?

En dehors du fait qu'il s'agisse désormais d'une obligation déontologique (ce qui n'est pas rien) un remplacement pourrait s'effectuer sur des accords verbaux, mais en cas de litige, la preuve d'un engagement oral deviendrait difficile à apporter.

Le contrat écrit permet de clarifier les obligations du remplaçant et du remplacé et engage les deux parties : en cas de litige, le contrat pourra être dénoncé devant le juge civil en application des dispositions de l'article 1134 du code civil. Si une des parties manque à ces dispositions, elle peut être déférée devant la juridiction ordinale.

Il vaut mieux, compte tenu de l'importance de cette relation contractuelle, utiliser les contrats-types que l'Ordre met à disposition des médecins (disponibles sur : www.conseil-national.medecin.fr, à la rubrique « contrats »).

Les clauses du contrat

Le contrat rappelle les obligations du code de déontologie : le remplaçant s'engage à donner des soins consciencieux et attentifs (Art. 32 et 7), il est seul responsable de ses actes (Art. 69). A la fin du contrat, le remplaçant s'engage à se retirer en abandonnant l'ensemble de ses activités provisoires (Art. 66).

Le contrat rappelle les conditions habituelles qui ne font pas l'objet de négociation :

- mise à disposition du remplaçant du local et du matériel professionnels,
- les frais de fonctionnement restent à la charge du remplacé,
- le remplaçant utilise les feuilles de soins et les ordonnances identifiées au nom du remplacé,
- les déclarations fiscales du remplaçant et du remplacé sont indépendantes,
  Cela sous-entend qu'il ne peut y avoir de lien de salariat entre eux (Art. 87 du code de déontologie),
- le remplaçant perçoit les honoraires et les reverse intégralement au remplacé. Celui-ci fera une " **rétrocession d'honoraires** " au remplaçant sur la totalité des honoraires**, y compris ceux dont le paiement est différé** (accident du travail, article L 115, Couverture Maladie Universelle (CMU), ...).

Attention ! : Il faut éviter l'encaissement des honoraires pour le compte du remplaçant, avec reversement par ce dernier d'une somme correspondant aux frais de fonctionnement du cabinet. En effet cela pose des problèmes comptables, et donc, fiscaux. L'assiette de calcul de

la taxe professionnelle est plus élevée pour le remplaçant, et le remplacé peut se voir assujetti au paiement de la TVA sur la somme qui lui a été versée par son remplaçant...

Enfin, le contrat définit les modalités du remplacement : comme il n'existe pas de législation fixant le montant des honoraires rétrocédés au remplaçant, ni de barème concernant les avantages consentis (logement, nourriture, frais de déplacement), il vous faudra négocier ces conditions avec le remplacé.

Il est possible de trouver sur le site du syndicat (www.snjmg.org) un **générateur automatique de contrat de remplacement**, sur le modèle du contrat ordinal type, et comportant les recommandations du SNJMG.

QUE FAUT-IL NEGOCIER AVEC LE MEDECIN REMPLACE ?

Le montant des honoraires rétrocédés

Le médecin remplacé vous proposera la réversion d'un pourcentage des honoraires encaissés, pourcentage qui varie de 60 à 75 %, voire 100% (cela arrive, notamment lors de remplacements au « pied-levé ») en fonction :

- d'une part des avantages en nature offerts. Certains médecins proposent 75 %, mais ne fournissent ni le gîte ni le couvert. D'autres offrent 60 % auxquels s'ajoutent les indemnités de logement, nourriture et frais de déplacement.
- d'autre part des frais de fonctionnement du cabinet : s'ils sont importants, le pourcentage de rétrocession sera moindre, puisque le médecin remplacé continue d'assumer les charges du cabinet.

Il n'est pas inutile de rappeler que si le pourcentage conservé par le remplacé lui permet de couvrir les frais de fonctionnement de son cabinet pendant son absence, il n'est pas censé lui servir de congés payés.

Attention: **le fait de demander un minimum journalier** peut vous faire assimiler à un salarié du médecin installé. Dans ce cas, les URSSAF peuvent réclamer des cotisations patronales au médecin remplacé ...De fait, l'accord l'offre de remplacement peut la mentionner, mais elle ne peut pas être reprise sur le contrat.

Bien que généralement rémunérés sous forme d'honoraires pour leur activité auprès des patients pris en charge en maison de retraite, certains médecins effectuent parfois des **vacations en maison de retraite** ou autres établissements pour lesquels ils perçoivent un salaire. Il est logique que vous perceviez une indemnité supplémentaire. Il faudra dans ce cas négocier un contrat avec l'établissement en question.

La durée du remplacement et les gardes prévues

Il faut bien préciser le **jour d'arrivée** et la **fin effective** du remplacement (il y a souvent des litiges à ce sujet). Les gardes de nuit ou de week-end doivent bien être notifiées. Combien de remplaçants se sont retrouvés de garde la nuit de Noël sans avoir été prévenus !
Pour éviter tout problème organisationnel se reportant sur le remplaçant, il vaut mieux aussi préciser les horaires des gardes, ces horaires pouvant différer sensiblement d'un secteur à l'autre.

La garde est désormais basée sur le volontariat (article 77 rénové du code de déontologie). Pourtant de nombreux médecins n'assurent pas eux-mêmes leurs gardes et se font remplacer systématiquement. Si vous remplacez un médecin uniquement pour ses gardes, **il convient de garder 100 % des honoraires**, car vous n'utilisez pas son cabinet (selon les recommandations du conseil national de l'Ordre). Néanmoins, les habitudes évoluant, ce sont

les patients qui se déplacent au cabinet médical pendant les gardes, et non plus le médecin qui passe ses gardes en visites. Lorsque la garde s'effectue en cabinet libéral personnel et non en maison de garde, avec utilisation du matériel et des locaux d'un médecin installé, le médecin remplacé peut vouloir demander une partie des honoraires de la garde. Mais en contrepoint, l'activité en garde s'est ralentie sur les tranches horaires de nuit depuis la mise en œuvre des nouvelles dispositions de la Permanence des Soins (régulation préalable par le SAMU-centre 15). Or le médecin installé qui veut se faire remplacer pour ses gardes a tout intérêt à rendre ces gardes attractives...

D'une manière plus général, la permanence des soins entrant dans le cadre des missions d'intérêt général, les collectivités territoriales, l'Etat, ne devraient-ils pas investir, fournir locaux et matériels pour cette dernière ? Le médecin remplaçant a-t-il vocation à se substituer à la carence qui prévaut trop souvent en la matière ?

Quand les gardes s'inscrivent dans un remplacement de plusieurs jours, on propose **d'intégrer parfois les honoraires de garde dans le chiffre d'affaire global** : ceci ne devrait pas se voir, et les termes du contrat type proposé par l'Ordre sont très clairs sur ce point.

Suite à la grève des gardes en ville durant l'hiver 2001-2002 et depuis la parution des avenants conventionnels concernant la permanence des soins et son organisation, il est prévu une **rémunération de l'astreinte** que le médecin effectue durant sa garde, **en sus du paiement à l'acte par les patients**.

A l'heure où nous publions, cette disposition peine à trouver sa réalité sur le terrain, les CPAM arguant de l'absence d'arrêtés préfectoraux définissant les secteurs de garde pour effectuer leur versement, bien que les gardes soient opérationnelles sur le terrain. Il paraît évident, mais apparemment pas pour tout le monde, que cette rémunération échoit au médecin qui effectue la garde, et en l'occurrence, au remplaçant si c'est lui qui l'effectue. Malheureusement, pour couper court à toute discussion, les contrats-types, antérieurs à ce nouveau dispositif, ne précisent pas l'obligation pour le remplacé d'effectuer le versement au profit de son remplaçant. Le SNJMG a ainsi demandé au Conseil national de l'Ordre des médecins de clarifier les choses : est-il nécessaire de mentionner ce versement, au besoin à la main, sur les contrats-types ? Les services juridiques de l'Ordre national ont jugé ceci comme tout à fait envisageable, dans la mesure où remplacé et remplaçant sont d'accord. Néanmoins, ceci n'évitant pas toujours les discussions au moment de la signature du contrat, et afin de formaliser les choses, il faudra sans doute modifier les contrats-type afin de couper court à toute contestation. Le modèle de contrat qui se trouve sur le site Internet du SNJMG inclut déjà cette précision. A suivre…

Enfin, certains médecins ne vous parleront que de la « garde » pour les patients du secteur géographique, mais pas forcément du fait qu'ils sont joignables par leurs propres patients toutes les nuits !

Plusieurs possibilités : soit ceci constitue en fait une astreinte au sens de la nouvelle organisation de la permanence des soins, et elle s'intègre donc dans un tableau de garde, et est indemnisée par la CPAM : ce forfait doit vous être versé. Soit il s'agit d'une « convenance personnelle » du médecin à l'égard de ses propres patients…et alors il n'est pas illogique, dans la mesure où ceci vient se greffer sur un système déjà organisé, que vous bénéficiez d'une gratification pour ce faire.

Les conditions de logement

Lorsque le lieu de remplacement est éloigné de votre domicile, le médecin peut vous proposer :

- son domicile,
- un logement indépendant, souvent attenant au cabinet (vérifiez que ce ne soit pas une studette-bar américain/toilettes communes avec la salle d'attente,…ça s'est vu ...),
- une indemnité forfaitaire de logement, vous vous logerez alors par vos propres moyens.

Les frais de nourriture

Le plus souvent vous serez servi en nature : " Servez-vous dans le congélateur ".
On peut aussi vous proposer un forfait, par exemple le barème fiscal 2005 est, pour un repas par jour, de 4,50 euros (repas pris au domicile).

Les frais de déplacement

Si vous utilisez votre propre véhicule, vous pourrez être dédommagés soit en indemnités kilométriques (barème fiscal disponible auprès de votre AGA ou de votre centre des impôts), soit en nature (remboursement des frais d'essence, qu'il vous faut justifier par les factures). Notez les kilomètres effectués sur un carnet dédié si vous avez opté pour le « forfait kilométrique » pour vos frais de voiture professionnels.

Si le remplacé vous prête sa voiture, vérifiez que son contrat d'assurance vous couvre en cas d'accident. Vous conserverez les justificatifs de frais (essence, réparation).

Clauses de restriction à l'installation

Elle est **facultative**. En son absence, c'est l'article 86 du code de déontologie qui s'applique. Il est souhaitable que le contrat précise le nom des communes et le périmètre (canton à la campagne, quartier en ville) dans lequel le remplaçant ne pourra pas s'installer pendant une durée donnée, en général 2 ans. La clause de restriction ne s'applique que si la durée cumulée des remplacements est supérieure ou égale à 90 jours. Le contrat peut également prévoir l'absence de restriction ultérieure à l'installation.
Soyez donc attentif à cette clause, de sorte qu'il ne vous soit pas impossible de vous installer dans la région où vous aurez remplacé.

Modèle de contrat de remplacement

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins propose un contrat type que vous pouvez obtenir auprès de votre Conseil départemental. L'utilisation des contrats proposés par l'Ordre national n'est pas obligatoire, mais conseillé, dans la mesure où ces derniers on fait la preuve de leur « stabilité », c'est à dire peu remis en cause par la jurisprudence. Le nouveau modèle (février 1996) est très général : il vous faudra éventuellement établir un avenant, précisant notamment les avantages en nature consentis par le remplacé, ainsi que les gardes prévues.
Toute modification peut faire l'objet d'un avis auprès du Conseil départemental de l'Ordre, avant signature.

TRANSMISSION DES CONTRATS

Tous les contrats que les médecins concluent dans le cadre de l'exercice médical sont soumis à un devoir de transmission au Conseil départemental selon les termes de l'article 83 du code de déontologie. Ceci permet de vérifier que l'indépendance du médecin n'est pas mise en cause par ces contrats. Il en va de même s'il ne s'agit que d'une mise à disposition de matériels.

La transmission de ce contrat n'est pas la condition de sa validité. Cela signifie que même s'il n'a pas été transmis dans les conditions normal au Conseil départemental de l'Ordre, à partir du moment où il a été signé par les co-contractants, ses conditions s'appliquent à la date d'exécution.

REGLEMENT DES CONFLITS ENTRE MEDECINS OU MEDECIN-CLINIQUE

(article rédigé avec l'aide de Maître Hoffmann)
Remplaçant et remplacé s'engagent contractuellement et conformément au code de déontologie, à solliciter la médiation du conseil de l'Ordre départemental (art 56 du code de déontologie) en cas de conflit. Il s'agit de la **procédure de conciliation**, qui est donc obligatoire.

En l'absence de conciliation, les co-contractants peuvent procéder à :

- soit à la saisine du Conseil régional en cas de litige d'ordre déontologique,
- soit à la saisine des juridictions civiles en l'absence de clause ou de compromis, d'arbitrage prévus contractuellement,
- soit à la saisine de la CAMED (Chambre nationale d'Arbitrage des Médecins) si ces clauses sont prévues.

Jusqu'alors réservé aux contrats entre commerçants, le champ de l'arbitrage a été élargi par la loi du 15 mai 2001 à tous les contrats « conclus à raison d'une activité professionnelle ». Pour résoudre les différends auxquels ils peuvent être confrontés, les médecins disposent donc de cette voie, dont la flexibilité est la caractéristique majeure.

L'arbitrage, organisé par le Conseil national de l'Ordre des médecins, sous forme d'une « chambre nationale d'arbitrage » à statut d'association loi 1901, offre désormais à la profession une solution alternative au procès classique pour trancher les litiges que la conciliation n'aura pu apaiser. L'ambition est de régler le contentieux médical pour qu'il soit moins lent, complexe et coûteux.

Ce Comité d'arbitrage est mi-professionnel, mi-juridique en même temps que neutre par sa composition. Son appui est permanent depuis la phase initiale de la procédure jusqu'à l'exécution de la sentence. Chaque partie peut se faire assister d'un avocat.

Chaque partie décide de solliciter un arbitre dans une liste établie à l'avance. La procédure est dite « contradictoire », comme devant un tribunal civil. Si il n'y a pas d'accord entre les parties, le tribunal arbitral rend une sentence dans un délai de 6 mois. Audience et sentences ne sont pas rendues publiques. La sentence s'impose aux parties. Les motifs de recours sont prévus par l'article 1482 du nouveau code de procédure civile (appel ou recours en annulation de la sentence).

Le détail de la procédure peut être consulté sur : www.web.ordre.medecin.fr/arbitr/proceduredarbitrage.pdf

Et son règlement sur : www.web.ordre.medecin.fr/arbitr/reglementarbitrage.pdf

6) La responsabilité du médecin remplaçant.

(Ce chapitre a été écrit en collaboration avec Maître Hoffmann, « Suspension d'un médecin » exclu)

LA RELATION CONTRACTUELLE : QUEL CONTRAT ENTRE LE MEDECIN ET SON PATIENT ?

Anciennement sanctionnée par une responsabilité de nature délictuelle, la responsabilité du médecin pour les dommages qu'il cause à ses patients relève depuis l'arrêt Mercier d'une **responsabilité contractuelle** :
« Il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant pour le praticien l'engagement de donner des soins attentifs, consciencieux et, sous réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science ; la violation, même involontaire, de cette obligation contractuelle est sanctionnée par une responsabilité de même nature, également contractuelle » (Arrêt Mercier, Cass. Civ. 1, 20 mai 1936).

La « contractualisation » de la responsabilité médicale a permis de consacrer le contenu du contrat de soins, et partant, de rendre plus facile la mise en œuvre de la responsabilité des praticiens dont les obligations, désormais, étaient connues.

L'arrêt "Mercier" est aussi l'occasion de donner corps à la Doctrine développée par Demogue, de la distinction entre « obligation de moyens » et « obligation de résultat ».
Cet arrêt affirme en effet le principe non-encore démenti de l'obligation de moyens du médecin, dont on ne saurait attendre qu'il guérisse à tout coup.
Si de nos jours l'obligation de moyens relative au succès des soins prodigués semble progressivement "encerclée" par un réseau d'obligations de résultat quant aux moyens mis en œuvre ou aux contraintes réglementaires concernant le matériel utilisé par exemple, le principe de la nature contractuelle de la responsabilité du médecin demeure.
La loi du 4 mars 2002 ne parait pas de nature à affecter directement cette relation, puisqu'elle ne se prononce pas sur la nature juridique de la responsabilité du médecin.

LA RESPONSABILITE MEDICALE

L'acte médical a ceci de particulier qu'il constitue, en général, une agression corporelle librement consentie dans une optique diagnostique et/ou thérapeutique, l'objectif recherché étant l'amélioration de l'état de santé du patient.
Le problème se situe alors dans le rapport entre bénéfice et risque d'un acte médical.

Le médecin remplaçant est **seul responsable** de ses actes professionnels (Art. 69 du code de déontologie).
La responsabilité du médecin peut être engagée sur quatre terrains : pénal, civil, administratif et disciplinaire.

En droit civil, être responsable c'est être tenu de réparer le dommage que l'on a causé à autrui en raison d'une faute et que le but, en matière civile, c'est l'indemnisation de la victime.
En droit pénal, être responsable c'est répondre d'une infraction dont on s'est rendu coupable et le but recherché est la répression du coupable.

La responsabilité pénale

La responsabilité pénale du médecin peut être engagée quel que soit son statut. Le praticien répond en effet personnellement des conséquences pénales de ses fautes.
La responsabilité pénale du médecin peut être engagée, comme celle de tout individu, pour toute infraction sanctionnée par le Code Pénal.

La responsabilité pénale étant individuelle, elle ne peut donc être couverte par une assurance (l'assureur ne fera pas de prison à votre place).
Selon la gravité de la faute, il s'agit alors d'un crime, d'un délit, ou d'une contravention.
Vous pouvez être condamnés à un emprisonnement et/ou une amende.
Au pénal, toute amende reste à la charge du médecin.

Les infractions au code pénal qui concernent l'exercice médical sont les suivantes :

- homicide ou blessures involontaires (Art. 221-6, 221-19, 222-20),
- non assistance à personne en danger (Art. 223-6),
- violation du secret professionnel (Art. 226-13, 226-14),
- rédaction de faux certificats (Art. 441-1 et 441-8),
- expérimentation sur la personne effectuée sans son consentement (Art. 223-8),
- interruption illégale de grossesse (Art. 223-10, 223-11, 223-12).

La responsabilité civile

Principe général d'une responsabilité médicale fondée sur la faute :
En droit privé, cette responsabilité est contractuelle, comme précédemment indiqué.
Elle concerne le respect du contrat implicite passé entre le médecin et le malade.

Ce contrat comporte l'obligation de donner des soins **consciencieux**, **attentifs** et **conformes aux données acquises de la science**, et l'obligation d'obtenir l'assentiment du malade pour toute intervention.
Il s'agit en principe d'une obligation de moyens, non de résultat, depuis la solution posée par l'arrêt Mercier.

Cette responsabilité est fondée sur la notion de faute ainsi que le rappelle l'article L1142-1-I du code de la santé publique.
La loi du 4 mars 2002, tout en maintenant ce principe de responsabilité fondée sur la faute, n'a cependant nullement défini cette notion de sorte qu'il convient de se référer aux acquis de la jurisprudence antérieure dégagée par les Tribunaux.

Par application des dispositions combinées des articles 1151 et 1382 du Code Civil, la responsabilité civile du médecin peut donc être mise en cause s'il y a une **faute**, un **préjudice**, et une **relation de cause à effet** entre les deux.

Il appartient en principe au demandeur de prouver l'existence du lien de causalité entre la faute du médecin et le préjudice subi (article 1315 du code civil) sauf dans certains cas exceptionnels expressément prévus par le législateur (ex : article L3122-2 du code de la santé publique (victimes post-transfusionnelles du sida); article 102 de la loi du 4 mars 2002 (victimes de l'hépatite C).

La responsabilité du professionnel de santé peut donc notamment être engagée pour un manquement à ses obligations techniques, ou pour une faute d'éthique médicale.

S'agissant du manquement aux obligations techniques : il s'agit d'une faute commise dans l'établissement du diagnostic, le choix du traitement, la réalisation de l'acte médical, la surveillance du patient. Conformément aux principes traditionnels de responsabilité rappelés ci-dessus, le patient, demandeur à l'action, doit prouver la faute du médecin.

S'agissant de la faute d'éthique médicale, la loi du 4 mars 2002 a codifié pour la première fois de façon générale, les règles relatives à l'information et au consentement du patient. Concernant le devoir d'information du patient, et par dérogations aux articles du code civil précités, la Cour de Cassation a imposé un **renversement de la charge de la preuve** en énonçant que *« celui qui est légalement ou contractuellement tenu d'une obligation particulière d'information doit rapporter la preuve de l'exécution de cette obligation »* (arrêt du 25-02-1997).
Cette jurisprudence a été suivie par le Conseil d'Etat (arrêt du 5 janvier 2000).
Cette solution a été consacrée à l'article L1111-2 alinéa 7 du code de la santé publique.

Pour ce qui concerne le consentement libre et éclairé du patient, la loi du 4 mars 2002 n'a pas pris expressément position même s'il est probable que la solution dégagée pour l'information soit étendue au consentement par les tribunaux.

La loi du 4 mars 2002 a par ailleurs laissé subsister les hypothèses de **responsabilité sans faute** reconnues par la jurisprudence antérieure notamment dans les hypothèses de dommages causés par le défaut d'un produit de santé, d'infection nosocomiale (article L1142-1 I du code de la santé publique) et bien sûr, d'**aléa thérapeutique**.

L'assurance responsabilité civile, désormais obligatoire, permet de couvrir les frais financiers inhérents à une action en justice civile et conseille sur les procédures à suivre.

Le matériel mis à la disposition du remplaçant par le médecin remplacé, relève également de la responsabilité civile du remplaçant. Il existe pour ce dernier une **obligation de restitution**, et une **obligation de conservation** (en l'état).

Il existe également une obligation liée à la conformité du matériel utilisé et à son entretien avec les normes de sécurité en vigueur. C'est en ce sens que l'on peut considérer qu'il existe pour les médecins une **obligation de résultat**.

En cas de dommage, même accidentel, le remplaçant est considéré comme responsable. Mais comment alors prouver que le matériel prêté était en bon état de fonctionnement au moment de son prêt, ou bien qu'une cause étrangère a causé le dommage ? La jurisprudence existante est pour l'instant défavorable au remplaçant, sur la base de cette obligation de résultat.

La responsabilité civile est également engagée en cas de chute d'un patient survenant au cabinet médical. Il convient, outre de réaliser un examen clinique lésionnel, avec examens para-cliniques si nécessaires, d'effectuer un compte-rendu qui servira éventuellement de déclaration d'accident. Il vous faut ainsi vérifier que votre contrat d'assurance en responsabilité civile professionnelle (RCP) vous couvre bien pour ces incidents.

La responsabilité administrative

Elle concerne les médecins travaillant dans un établissement hospitalier. Les médecins exerçant en établissement public sont couverts en responsabilité civile professionnelle, du fait de leur statut d'agent public, par l'établissement (sauf cas des fautes détachables du service).

En effet, ils travaillent en tant qu'agent de l'Etat, et l'Etat est son propre assureur. Tout conflit avec ses agents ou son administration relève du tribunal administratif, et non du tribunal civil. Ceci est une spécificité du droit français, qui a construit un droit spécifique des administrations.

L'établissement répond pécuniairement des fautes commises par ses agents durant l'exercice de leur fonction : c'est la faute dite **« de service »**. Elle est « simple », ou plus grave, « caractérisée », par manquement aux devoirs élémentaires (négligence, non respect des

données acquises par la science). Elle peut être caractérisée comme « faute lourde », considérée par le juge comme inexcusable au regard des compétences de l'agent comme de ses responsabilités.
Elle peut aussi être **« détachable du service »** quand elle est d'une gravité exceptionnelle et qui, de fait, ne peut raisonnablement être rattachée au fonctionnement du service.

Il existe quatre types de fautes détachables :

- L'acte se détache matériellement de la fonction et ressort de la vie privée de l'agent,
- L'acte révèle chez l'agent une intention malveillante avec volonté de nuire,
- La recherche d'un intérêt personnel peut être constatée,
- La faute est inadmissible, inexcusable au regard de la déontologie de la profession.

C'est le cas par exemple d'un praticien qui refuserait de se déplacer au cours d'une astreinte. Mais aussi de la malveillance à l'égard du patient, état d'ivresse, excès de langage, négligence impardonnable,… Dans ce cas c'est la responsabilité personnelle de l'agent qui est engagée et non plus celle de son administration hospitalière. Le médecin est condamné à indemniser personnellement ses victimes et, s'il n'est pas assuré, cette indemnisation provient forcément de ses deniers personnels.

En cas de procès contre l'agent de l'Etat, l'administration prend en charge les frais y compris les dommages et intérêts auxquels il peut être condamné, mais pas les amendes.
Il est à signaler que l'hôpital bénéficie d'une possibilité d'action dite « récursoire » : condamné devant une juridiction administrative, l'hôpital peut se retourner contre un médecin en prétendant que ce dernier a commis une faute détachable de sa fonction, afin d'être relevé de toutes les condamnations prononcées à son encontre.

Enfin, signalons aussi que les actes médicaux réalisés par le médecin hospitalier en dehors de l'établissement, y compris en cas d'urgence, ne sont pas couverts par le statut de médecin hospitalier.

La responsabilité disciplinaire

Le médecin remplaçant, comme tout médecin inscrit au tableau de l'Ordre, est tenu au respect du code de déontologie.
Les dispositions du code de déontologie s'appliquent à tous les médecins inscrits au tableau de l'ordre, quelle que soit l'activité exercée par la personne inscrite, qu'il s'agisse d'une émission de radio ou de tout autre activité non directement médicale (art. 1er).

Le praticien doit ainsi s'abstenir de tout acte visant à déconsidérer la profession (art. 13).
Un médecin ne sera libéré de cette contrainte qu'en demandant son retrait du tableau. Il peut se faire réinscrire dans un 2ème temps s'il souhaite exercer la médecine à nouveau.

En cas de manquement à ce code, le médecin est passible de sanctions disciplinaires de la part du Conseil de l'Ordre, même si par ailleurs il n'a été sanctionné par aucune autre juridiction, ce qui caractérise nettement l'autonomie procédurale de l'action disciplinaire.

Pour en savoir plus : « La responsabilité civile, pénale, administrative et disciplinaire du médecin », faculté de médecine de Reims, consultable sur :
http://helios.univ-reims.fr/UFR/Medecine, rubrique « Actualités de la FMC » et « Cours de la capacité de pratiques médico-judiciaires ».

L'OBLIGATION ASSURANCIELLE

C'est le fruit d'une longue histoire.

La genèse

L'Arrêt Perruche est proclamé par la Cour de Cassation le 17 novembre 2000 (consultable sur : www.courdecassation.fr). Elle condamne un médecin pour la naissance d'un enfant anormal, à raison du préjudice subi par les parents, mais aussi à raison du préjudice subi par l'enfant tout au long de sa vie. Cet arrêt met le feu au monde assuranciel et marque le début de l'explosion des tarifs en RCP, ainsi que le désengagement de nombreux professionnels de l'échographie obstétricale.

Ainsi, fin 2002, plusieurs centaines de cliniques, d'anesthésistes réanimateurs et de gynécologues obstétriciens risquent de se trouver sans assurance RCP. L'augmentation du montant des indemnités décidées par les juges, l'augmentation du nombre des plaintes, mais aussi l'absence de limitation dans le temps du contrat assuranciel, et donc le manque de solvabilité du marché vu le « faible » nombre de souscripteurs, rend le marché peu solvable aux yeux des assureurs. Certains ont rétorqué que les assureurs peuvent compenser leurs pertes par les produits financiers provenant du marché boursier, et que c'est un défaut de rendement de ce marché qui explique en partie l'augmentation des primes d'assurance.

Dans ce contexte, la loi n°2002-203 du 4 mars 2002, dite « loi Kouchner », aménagée par la loi n°2002-1577 du 30 décembre 2002 :

- a mis fin à la jurisprudence Perruche en interdisant l'indemnisation de l'enfant et en exigeant une faute « caractérisée » du praticien,
- a instauré l'obligation d'assurance pour les professionnels de santé et les établissements de santé, auparavant facultative (mais vivement conseillée !),
- a instauré un bureau de tarification des assurances,
- a réduit le délai de responsabilité de 30 ans à 10 ans, mais après consolidation,
- a instauré une réparation des préjudices au titre de la solidarité nationale lorsque le dommage causé au patient est la conséquence d'un accident médical (principe de la responsabilité sans faute).

L'obligation assurancielle

(article L1142-2 du code de la santé publique repris par l'article L251-1 du code des assurances)

Elle **est imposée par la loi du 4 mars 2002**, pour tout praticien en exercice libéral, donc également pour les remplaçants (thésés ou non). Il ne faut pas s'offusquer de ce qu'un médecin remplacé demande à son remplaçant une preuve qu'il a bien souscrit à cette obligation, car il est censé s'en assurer, conformément aux recommandations de l'Ordre national des médecins.

Les médecins, sages-femmes et paramédicaux exerçant à l'hôpital de façon exclusive en service public ne sont pas obligés légalement de s'assurer en responsabilité professionnelle. Comme nous l'avons vu, seul l'Etat est dispensé de l'obligation assurancielle : il est son propre assureur. Les médecins salariés sont également dispensés d'obligation assurancielle, car les établissements de santé publics ou privés les employant est tenu de s'assurer pour leur activité.

Il n'en va pas de même si les praticiens exercent pour leur compte au sein de l'établissement, l'assurance ne les couvrant plus (sauf arrangement local inverse).

Ces médecins exerçant en établissement de santé ont néanmoins intérêt à le faire pour prendre en charge les conséquences des éventuelles fautes détachables de la fonction qui pourraient leurs être reprochées, les poursuites pénales, les actions mal engagées ainsi que les actes exercés à l'extérieur de l'établissement. Une assurance personnelle dont la prime est réduite permet de se prémunir de façon appréciable. Elle permet de couvrir les frais de justice.

Le bureau central de tarification

Etant donné la désertion des assureurs envers le marché de la RCP médicale, et du fait des risques particuliers inhérents à l'exercice de certaines disciplines (chirurgie, anesthésie, obstétrique, réanimation), certains professionnels ont vu leurs primes monter en flèche, voire, se sont retrouvés du jour au lendemain sans assurance. Pourtant, leur obligation assurancielle reste la même.

Corrélativement à l'obligation d'assurance, la loi du 4 mars 2002 a mis en place des mécanismes permettant au professionnel concerné d'être assuré. Elle a ainsi créé une obligation d'assurer dont le respect est placé sous l'égide du bureau central de tarification (prévu à l'article L.252-1 du Code des assurances). Ses règles de fonctionnement sont précisées par le décret du 28 février 2003 (n°2003-168 du 28-02-2003, publié au JO N°52 du 2-03-2003).

Le BCT a pour objet de fixer les montants des primes lorsque les professionnels se sont vus opposer deux refus d'assurance.
Le décret précité fixe également le montant de la franchise restant à la charge de l'assuré.

Lorsqu'il s'agit de professionnels de santé exerçant à titre libéral, le bureau central des tarifications peut décider d'appliquer :

- soit une franchise fixe de 10 000 euros par sinistre dans la limite de 200 000 euros par année d'assurance,
- soit une franchise proportionnelle dont le montant maximum par sinistre est fixé à 20 % du montant de l'indemnité due dans la limite des 100 000 euros par année d'assurance.

Enfin le décret fixe la date à partir de laquelle les personnes soumises à l'obligation d'assurance pourront être poursuivies et sanctionnées. C'est à compter du 3 juin 2003 que les personnes n'ayant pas souscrit à cette obligation seront passibles d'une sanction pénale (45000 euros d'amende, interdiction d'exercice (Articles L1142-25 et L1142-26 du code de la santé publique)) et déontologique.

Référence : bulletin ordre des médecins n°16 juin 2003,
consultable sur: http://bulletin.conseil-national.medecin.fr

Le délai de responsabilité

La loi a revu les délais de prescription, dans un souci d'uniformisation.
En effet, en matière de responsabilité administrative, le délai de prescription était de 5 ans.

En revanche, pour les médecins exerçant en libéral, pour lesquels la responsabilité civile est recherchée, le délai de prescription était de 30 ans suivant l'acte fautif (!) par application des dispositions de l'article 2262 du code civil.

Si le patient est mineur, ce délai était majoré du nombre d'années séparant les faits de la majorité (pour un enfant de 3 ans, le délai de prescription est de 30 + 15, soit 45 ans). Passés ces délais, il y avait prescription, les patients ne pouvaient donc plus rechercher la responsabilité des professionnels concernés (1). Ainsi, ce sont les héritiers qui assumaient parfois les conséquences de cette responsabilité si le médecin décédait entre temps.

En cas de poursuite d'un médecin devant les tribunaux, c'était à la compagnie d'assurance ayant contracté avec le professionnel au jour de l'acte critiqué de couvrir l'accident. Ceci quelle que soit la date à laquelle le patient formulait sa réclamation, et que le contrat d'assurance ait été résilié ou non (médecin à la retraite par exemple).

L'article L1142-28 du code de la santé publique issu de la loi du 4 mars 2002 a donc modifié le délai de prescription des actions relative à la responsabilité médicale en instaurant un **délai unique de dix ans** *« courant à compter de la consolidation du dommage ».*

La consolidation pouvant cependant intervenir de longues années après le fait dommageable, rendant ainsi de fait très difficile la gestion du risque médical pour les assureurs.

La loi du 30 décembre 2002 est donc intervenue pour aménager notamment la question de la durée de la garantie dans le temps des contrats d'assurance de responsabilité médicale.

Désormais, l'assureur qui couvre l'accident est celui en charge du professionnel **au jour où est déposée la réclamation de la victime**. Ceci est une nuance de taille, et n'est pas sans conséquence.

Par ailleurs, aux termes de l'article L251-2 AL.4 du code des assurances, le 1er assureur a désormais l'obligation de maintenir sa garantie pendant 5 ans après la résiliation du contrat, en cas de défaillance du nouvel assureur. Ce délai est porté à dix ans pour le dernier contrat souscrit par le professionnel avant sa cessation d'activité.

Il appartiendra au professionnel de tenter de négocier avec son assureur un délai de garantie plus important. A défaut, et si la réclamation de l'assuré est formée après le délai fixé par le contrat, le risque d'une absence de garantie du professionnel parait donc sérieux.

Cette durée correspond à la nouvelle prescription « uniformisée » (tribunal administratif ET civil) posée par la loi de 2002 en matière de responsabilité médicale.

Parallèlement, le législateur a instauré une **clause de reprise du passé inconnu**, l'assureur devant prendre en charge les sinistres déclarés en cours de contrat, même si le fait générateur lui est antérieur, à la condition toutefois que l'assuré en ait ignoré la survenance lors de la souscription du contrat (article L251-2 al.7 a contrario du code des assurances).
A cet égard, il appartiendra à l'assureur de rapporter la preuve de la « mauvaise foi » de l'assuré.

Cette disposition est toutefois susceptible de poser des problèmes. Par exemple, l'assureur du professionnel qui a connaissance d'une première réclamation, peut en effet être conduit à résilier le contrat l'unissant à son assuré. Mais le nouvel assureur ne saurait couvrir les réclamations ultérieures formulées par les victimes puisque ces dernières se fonderaient alors sur un fait générateur par hypothèse connu de l'assuré lors de la souscription du nouveau contrat.

Le risque d'une absence de garantie du professionnel parait donc sérieux dans ce cas.

Il faut donc être particulièrement vigilant aux termes de votre contrat d'assurance RCP. Si les contrats proposés sont relativement uniformisés, l'activité des jeunes médecins ne l'est pas, combinant parfois plusieurs activités (libérale, régulation en structure privée ou en association, rapatriement sanitaire, médecine d'urgence, interventions en centre de soins,…).

Il est impératif d'engager un dialogue avec l'assureur, quitte à faire jouer la concurrence si besoin.
Qui plus est, le statut de médecin généraliste ne protège pas de poursuites en cas d'intervention dans un domaine médical pointu, nécessitant l'avis d'un spécialiste. Car le diplôme de médecin généraliste est omnivalent. La responsabilité des 2 praticiens peut être recherchée.

Références : (1) : bulletin de l'ordre des médecins n°6 juin-juillet 2004.
Pour en savoir un peu plus en matière de droit médical : « Centre de documentation multimédia en droit médical », hébergé par la faculté de droit Paris V, sur :
http://www.droit.univ-paris5.fr/cddm/index.php
Et la partie médecine légale dans : http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/

Concernant les accidents médicaux et leur réparation : « Le système de réparation des préjudices causés par les accidents médicaux », Prescrire n°250 mai 2004, page 381-385.

Pour comprendre le contexte « sociétal » dans lequel la problématique RCP vient se poser aux médecins : « La société du risque », par P. Peretti-Watel, collection Repères, édition La Découverte.

Cas des maîtres de stage en médecin ambulatoire

Le maître de stage doit informer son assureur qu'il va accueillir un stagiaire, et lui demander que cette activité soit couverte.
Le stagiaire, interne/résident, doit également contracter une assurance pour les actes qu'il sera amené à réaliser dans le cadre de ses activités de ville.

Cas des médecins exerçant en établissement privé

Les médecins exerçant dans une clinique peuvent opter pour une rémunération salariale, ou être rémunérés en honoraires.

Dans ce cas, ils versent une redevance à l'établissement qui les emploie, calculée en pourcentage des honoraires en contrepartie des différents services qui sont rendus par l'établissement aux médecins.

<u>Médecin exerçant à titre libéral :</u>
En ce qui concerne la RCP, l'établissement privé comme le praticien libéral exerçant au sein de cet établissement doivent souscrire à un contrat d'assurance.

Le praticien engage sa responsabilité pour les actes liés à son exercice, l'établissement étant pour sa part responsable de l'environnement sécuritaire du patient et du personnel qu'il emploie.

La jurisprudence a souvent été hésitante entre invoquer la responsabilité de l'établissement ou celle du praticien, notamment concernant les infections nosocomiales.

La Cour de cassation a plusieurs fois considérée que le praticien a la même obligation de sécurité/résultats (et non plus seulement de moyen), que l'établissement de santé. La loi du 4 mars 2002 considère désormais que seul l'établissement de santé est responsable concernant les infections nosocomiales (en dehors d'une faute professionnelle).

Cas du médecin salarié du secteur privé :

La loi du 4 mars 2002 impose que dans le cadre de l'obligation d'assurance de l'établissement, l'assurance doit prévoir la garantie des salariés qu'il emploie, même si ceux-ci disposent d'une indépendance technique, comme c'est le cas pour les médecins (art. L 1142-2 du Code de santé publique).

Il appartient aux médecins salariés du secteur privé de confirmer auprès de l'assurance de l'établissement qu'ils sont bien couverts en RCP pour leur activité au sein de l'établissement. Néanmoins, une clinique condamnée à indemniser un patient, pourra dans tous les cas, se retourner contre le praticien responsable du dommage sur le fondement de l'article 1382 du code civil (Cour de cassation : arrêt du 13-11-2002).

La portée pratique d'une telle solution doit cependant être relativisée dans l'hypothèse concrète la plus probable où le recours en contribution serait formé non par la clinique elle-même, mais par l'assureur de cette dernière.

En effet, le médecin salarié étant désormais automatiquement garanti par le contrat d'assurance souscrit par l'établissement qui l'emploie, l'action de l'assureur à son encontre se trouve paralysée puisque celui-ci ne peut recourir contre son propre assuré.

Référence : bulletin de l'Ordre des médecins n°6 juin-juillet 2004.

Si votre responsabilité se trouve engagée ...

Prévenez d'abord votre assureur. Celui-ci instruit un dossier et met à votre disposition des conseillers (juristes, avocats, médecins).

La société d'assurance recherche dans la mesure du possible un accord amiable. C'est le cas pour la plupart des litiges. C'est l'assureur qui prend l'initiative d'une telle démarche, et qui mène les négociations avec la victime. Il se substitue à l'assuré dans ce cas (code des assurances).

L'assuré peut néanmoins intervenir dans les débats. Si la victime refuse de transiger, c'est la démarche contentieuse.

L'assureur s'occupe du procès, choisit l'avocat sauf clause contraire, le médecin conseil de l'assurance assiste le sociétaire dans la procédure judiciaire.

Les indemnités éventuelles à verser à la victime sont prises en charge par l'assurance responsabilité civile professionnelle.

Quel que soit le type de responsabilité engagée, l'assistance juridique est généralement incluse dans le contrat RCP.

Si vous pensez que votre responsabilité pourrait être engagée durant un remplacement, faites une déclaration " pour ordre " au médecin conseil de l'assurance. Cela vous permettra d'établir précisément la chronologie des faits, de rassembler des pièces, …

Il vaut mieux transcrire les faits dans les jours qui suivent, même s'il s'agit d'une « fausse alerte » que plusieurs mois ou années après.

Prévenez aussi votre conseil départemental de l'Ordre.

Enfin, n'oubliez pas que ces situations ne vous délivrent pas du secret médical …

Quelques conseils ...

Concernant la souscription d'un contrat assuranciel :
Comme nous l'avons vu, s'assurer est devenu OBLIGATOIRE. Et c'est sans doute mieux comme ça !

Il importe de préciser impérativement la date de début effectif de votre activité, et de vérifier que c'est à partir de cette date que vous êtes pris en charge.

Il importe également de préciser au commercial de l'assurance **tous les types d'activité** que vous êtes amenés à effectuer : activité mixte hospitalière/libérale, réalisation d'actes obstétricaux, activité de régulation (libérale ou non, *cf. chapitre dédié*), **…** mais également, en cas de changement d'assureur, de vérifier que votre nouveau contrat reprend l'antériorité de votre activité (cf. supra, délais de prescription).

Les montants des contrats proposés, si ils sont assez uniformisés, peuvent s'envoler rapidement (cas de la régulation libérale).

Il importe également de jeter un œil aux montants des **franchises** et des **plafonds de garantie**. Car si le montant des indemnités qui doivent être versées à la victime dépasse ce plafond, l'excédent reste à la charge du médecin. Attention également aux clauses prévoyant un **plafond par année d'assurance**, et non par sinistre, qui peut laisser rapidement une partie des indemnités à la charge du médecin.

Enfin, faites jouer la concurrence, même si le marché s'est quelque peu rétréci.
Le montant de votre contrat assuranciel est déductible dans le cadre de vos frais professionnels. Gardez précieusement les contrats (qu'il faut bien lire), et les factures.

Pour les gardes : n'acceptez pas de travailler avec un répondeur téléphonique**.**
En effet, le médecin de garde doit toujours être joignable, et en son absence un tiers doit pouvoir répondre aux appels et les retransmettre au médecin. De même méfiez-vous des téléphones portables, qui ne fonctionnent pas à certains endroits... : il est prudent alors de laisser un message prévenant que vous rappellerez dés que possible, mais qu'en cas de danger immédiat, il faut contacter le 15.

Si vous êtes seul, pensez qu'il existe des sociétés de secrétariat téléphonique.
A partir du moment où vous avez reçu un appel vous êtes responsable du patient, et devez, si vous ne pouvez pas vous déplacer, vous assurer que le patient reçoit des soins appropriés.

Avant le remplacement, vous devez vous assurer que les locaux et le matériel médical du remplacé vous permettront d'exercer dans des conditions respectant l'obligation de moyens qui s'impose. Ainsi, il y a encore des médecins qui connaissent tellement bien leurs patients qu'ils travaillent sans dossiers médicaux !

SUSPENSION D'UN MEDECIN

Le décret n° 2004-1445 du 23 décembre 2004 relatif à la suspension d'un médecin, d'un chirurgien-dentiste, d'une sage-femme ou d'un pharmacien, et publié au JO du 30/12/2004, introduit les modalités pratiques des dispositions énoncées par la loi du 4 mars 2002 (qui trouvera son application dans l'article L 4113-14 du code de santé publique).

Cette procédure de suspension préfectorale se distingue des procédures disciplinaires et d'incapacités déjà existantes.

Un médecin peut être suspendu immédiatement du droit d'exercer la médecine, pour une durée maximale de 5 mois, si il expose ses patients à un danger grave au cours de son exercice. Ceci est également valable pour les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les pharmaciens.

Cette suspension est prononcée par le préfet, ou par le directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation si le praticien exerce en établissement de santé.

Le président du conseil départemental des médecins doit en être immédiatement informé, qui saisit le conseil régional de l'Ordre (inexistant à ce jour, ce sont les juridictions ordinales existantes qui ont compétence !). Il informe également les organismes d'assurance maladie dont dépend le professionnel concerné.

En cas de faute déontologique, le conseil départemental saisit la chambre disciplinaire de première instance. Le conseil régional ou la chambre disciplinaire sont censés statuer dans les 2 mois. En l'absence de réponse dans ce délai, c'est la chambre disciplinaire nationale ou le conseil national qui doivent se prononcer, dans un nouveau délai de 2 mois. En l'absence de réponse, la suspension prononcée par le préfet prend fin.

Cette décision du préfet ou du directeur d'ARH doit être remise en mains propres au médecin, mentionner la date à laquelle le médecin sera entendu, et doit être motivée. Cette audition doit avoir lieu sous 3 jours.

Le médecin peut y être assisté par une ou plusieurs personnes de son choix. Elle doit permettre au praticien de s'expliquer sur son cas, et de demander la levée de la suspension. Si ceci est refusé, le médecin peut saisir le tribunal administratif en référé. Le juge doit statuer dans les 48 heures. Ce recours permet d'obtenir la fin de la suspension et de recouvrer l'autorisation d'exercer.

Des dispositions sont prévues pour protéger la situation financière du praticien fonctionnaire ou exerçant en tant que salarié. Pour le médecin libéral, rien n'est prévu. Si dans l'exercice de ses prérogatives le préfet commet une faute, et qu'il en résulte un préjudice pour le médecin, ce dernier pourra prétendre à une indemnisation. Il faudra entreprendre une procédure devant le tribunal administratif.

Cotisations sociales, prestations sociales, fiscalité du médecin remplaçant.

1) Cotisations des remplaçants

Toute rémunération est soumise au paiement de cotisations sociales :

- allocations familiales,
- assurance maladie,
- retraite,
- contribution sociale généralisée.

En tant que remplaçant, et même si vous (ou votre conjoint) bénéficiez par ailleurs d'une autre couverture sociale (celle de résident/interne salarié par exemple), vous devez vous déclarer à l'URSSAF et à la CPAM et payer des cotisations sociales. Celles-ci sont **forfaitaires** les 2 premières années.

Si vous interrompez votre activité libérale pendant une année civile entière (du 01/01 au 31/12), il faut le signaler à la CPAM et à l'URSSAF, et vous ne paierez pas de cotisations.

Si cette interruption est inférieure à une année civile entière, vous paierez des cotisations d'assurance maladie pour l'année entière (sauf si cet arrêt d'activité est lié à une maladie).

En revanche, les cotisations d'Allocations Familiales (AF) et la CSG ne sont pas dues pour les trimestres non travaillés (ces cotisations sont en fait remboursées ultérieurement).

L'UNION DE RECOUVREMENT DES COTISATIONS SECURITE SOCIALE ET ALLOCATIONS FAMILIALES (URSSAF)

C'est l'organisme chargé du recouvrement des cotisations sociales des professionnels libéraux (assurance maladie, allocations familiales, CSG et contribution à la formation professionnelle).

Il faudra vous y affilier **dans les 8 jours suivant le début de votre activité de remplacement**. L'URSSAF compétente est celle de votre domicile fiscal.

L'URSSAF ne fait que recouvrer les cotisations, elle ne verse aucune prestation.

Ce rôle est dévolu aux différents organismes de sécurité sociale tels que la CPAM ou la CAF qui sont théoriquement informés par l'URSSAF si vous êtes à jour dans vos cotisations.

Les cotisations recouvrées par l'URSSAF sont : l'assurance maladie, les allocations familiales, la contribution sociale généralisée, la contribution au remboursement de la dette sociale, la contribution à la formation professionnelle et la cotisation aux unions professionnelles.

La base du calcul des cotisations recouvrées par l'URSSAF est le " revenu professionnel net tiré de l'exercice en clientèle privée " : ceci équivaut au bénéfice imposable (noté ligne 46 de la déclaration 2035). Par souci de simplification, nous avons ci-dessous utilisé le terme de " revenu net ".

Grâce à l'intervention du SNJMG, depuis le 1er mai 1993 les remplaçants, qu'ils soient thésés ou non, bénéficient du régime d'assurance maladie des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés.

Cela a entraîné une diminution de 2/3 des cotisations des remplaçants non thésés, qui jusqu'alors étaient affiliés au régime des travailleurs indépendants. Les cotisations que doivent payer les médecins sont égales à 0,11 % du revenu professionnel, la CPAM prend en charge une partie des cotisations 9,70 %, correspondant grosso modo à la part patronale).

Petit rappel !
Il faut également déclarer le début de votre activité de remplacement **dans les 8 jours** auprès de la CPAM.

Dès que vous aurez effectué 30 jours de remplacement (de façon consécutive ou discontinue), vous serez affiliés, au titre de votre activité libérale, au régime de sécurité sociale des **PAMC** (Praticiens et Auxiliaires Médicaux Conventionnés), **sauf** si vous bénéficiez encore du régime de sécurité sociale des étudiants (**jusqu'à 28 ans**).

Le problème du lieu d'affiliation des remplaçants.
L'article D 722-1 du Code de la Sécurité Sociale indique que : *« les personnes mentionnées aux articles L 722-1, 722-2 et 722-3 sont immatriculés à la CPAM de la circonscription dans laquelle est située leur résidence »*.

La détermination de l'URSSAF compétente pour la gestion du compte praticien est celle dont relève la CPAM à laquelle il est affilié.

Lorsqu'un remplaçant exerce dans une seule circonscription ou département, son affiliation doit être effectuée auprès de la CPAM de cette circonscription, quel que soit son lieu de résidence personnel. En revanche, s'il remplace dans plusieurs départements ou circonscriptions, il relève de la CPAM du lieu de le sa résidence personnelle.

La petite surprise 2005 *!*
Sur la feuille de déclaration des revenus envoyée annuellement par l'URSSAF, il est fait mention du *« montant total des honoraires tirés de l'activité conventionnée mentionnée sur le relevé SNIR* »*, en sus du montant total des honoraires perçus, et du montant total des dépassements d'honoraires. Ceci est lié au changement d'assiette des cotisations sociales prises en charge par l'assurance maladie.

En effet, depuis le nouveau dispositif conventionnel (art 4.4 du chapitre 4), et avec l'entrée des médecins spécialistes dans la convention, cette assiette s'est réduite, excluant désormais la partie des honoraires liée aux dépassements tarifaires, ou à tout autre revenu libéral annexe.

Les médecins remplaçants ne sont pas concernés, car ils ne possèdent pas de relevé SNIR propre ! Il convient de ne rien inscrire dans la case correspondante, et d'indiquer sur la feuille que l'activité exercée est celle de « médecin remplaçant ».

Seule la case correspondante au montant total des honoraires perçus doit être remplie. Si ceci semble aller de soi dans certaines URSSAF, d'autres continuent d'exiger un relevé SNIR,…qui n'existe pas pour les remplaçants !

** SNIR = système national inter-régime, élaboré par la CNAMTS.*

L'ASSURANCE MALADIE (AM)

La cotisation est recouvrée par l'URSSAF et les prestations sont versées par la caisse d'assurance maladie (CPAM). Cette cotisation est **due à partir du 31ème jour d'exercice**.

Les 2 premières années, les cotisations sont forfaitaires et payables en 4 échéances.
Cependant, compte tenu du faible montant de la cotisation annuelle due, celle-ci est appelée en globalité **au 1er juin de chaque année** :

La première année, il vous en coûtera 17 € (en 2005) soit 0,11% du 1/2 plafond annuel moyen de la sécurité sociale (30 192 x ½ x 0,11% =17 € pour 2005). Si votre affiliation à la SS est postérieure au 1er mai, le montant de la cotisation est réduit au prorata de la période comprise entre la date d'affiliation et le 30 avril suivant.

La 2ème année, vous paierez 22 € soit 0,11 % des 1/2 du plafond annuel moyen de la sécurité sociale pour 2006 (base forfaitaire 40256) .

La 3ème année la cotisation est de 0,11 % du revenu net de la 1ère année (pour les généralistes en secteur 1), auquel on ajoute autant de plafonds mensuels de SS que de mois non travaillés entre le 1er janvier et la date d'affiliation ;

par exemple, si la 1ère année vous avez été affilié en milieu d'année civile (par exemple, au 1er mars), le calcul de la cotisation sera la somme de :

- 0,11 % du revenu net de la 1ère année
- + 0,11 % du plafond mensuel moyen de la sécurité sociale (2 442 €), multiplié par le nombre de mois d'inactivité, soit pour une affiliation au 1er Mars, 2 mois x 2 442 € x 0,11 %

A partir de la 4ème année, le taux est de 0,11 % sur la totalité du revenu net de l'avant-dernière année civile.
Contrairement aux cotisations d'allocations familiales (AF) et la CSG, il n'y a pas de régularisation des cotisations forfaitaires d'assurance maladie d'après le revenu professionnel réel des 2 premières années.

Il n'est pas possible de bénéficier d'exonération sur cette cotisation.

LES ALLOCATIONS FAMILIALES (AF)

Cette cotisation est **due pour tout revenu**, et ce **dès le premier jour effectif de travail**. Le paiement est trimestriel (et a lieu le 15 mai, le 15 août, le 15 novembre et le 15 février).

Les deux premières années, vous payez une cotisation **forfaitaire** " provisionnelle " : Celle-ci est d'environ 86 € la première année (2005) et de 129 € pour la seconde année (2006).
A partir de la 3ème année d'exercice, la cotisation est égale à 0,4% du revenu net de l'avant-dernière année, + 2,1% sur la partie du revenu supérieur à 30 192 € (= plafond de la SS pour 2005).

Les modalités de calcul sont :

- pour l'année 2004, la cotisation provisionnelle versée est calculée sur le revenu net de l'année 2002 ;
- la cotisation est ensuite ajustée sur le revenu de 2003 (les 15/11/02 et 15/02/03) ;
- elle est enfin régularisée sur le revenu réel de 2003 (les 15/11/03 et 15/02/04) ...

Cas d'exonération : en cas de revenus professionnels annuels inférieurs à 4 243 € (quelle que soit la durée d'activité) on peut, sur demande expresse, obtenir un remboursement des cotisations d'AF.

Les remplaçants qui ne sont pas affiliés au régime de sécurité sociale des PAMC paient des cotisations d'AF des médecins en secteur 2 (au taux de 5,4% sur la totalité du revenu).

LA CONTRIBUTION SOCIALE GENERALISEE (CSG)

La première année, vous paierez un forfait de 477€
(soit 7,5 % de la base de cotisation, soit en 2005 : 6365€).

La deuxième année, la cotisation forfaitaire s'élevait à 716 €
(soit 7,5% de la base de cotisation soir en 2006 :9547€).

A partir de la 3ème année, la CSG est calculée sur la base de 7,5 % du bénéfice imposable de l'avant-dernière année, complété des cotisations sociales obligatoires versées (AF, AM, CARMF).
La formule est la suivante : (bénéfice imposable + AF + AM + CARMF) x 7,5 %.

Le nouveau mode de calcul (cotisation provisionnelle, ajustement, régularisation) est le même que pour les allocations familiales.

La CSG est partiellement déductible des impôts, pour 5,10 % de la cotisation. La part non déductible, égale à 2,4%, devra être réintégrée sur la déclaration d'impôts.
La CSG est prélevée en même temps que les allocations familiales et que la RDS.

LA CONTRIBUTION AU REMBOURSEMENT DE LA DETTE SOCIALE (CRDS)

Nouvel impôt instauré par le plan Juppé sur la sécurité sociale, la CRDS est instauré pour une période de 18 ans, soit jusqu'en 2014, afin de renflouer le « trou de la sécu ».

L'assiette de cotisation est celle de la CSG à laquelle s'ajoutent certains revenus (revenus d'épargne et de vente de biens précieux).
Le taux de la contribution est de 0,5 %.
Les deux premières années, la cotisation est **forfaitaire** et s'élève à 7 € la 1ère année, et 12 € la 2ème année (montants pour 2005).

La CRDS est recouvrée par les URSSAF, et **n'est pas déductible des impôts**.

Montants cumulés CSG + CRDS pour 2005 :

- **1ère année :** 127 € par trimestre soit 508 € par an
- **2ème année :** 191 € par trimestre soit 764 € par an

LA CONTRIBUTION A LA FORMATION PROFESSIONNELLE (CFP)

La CFP est destinée au financement de la formation professionnelle des travailleurs indépendants.

Il s'agit ici de la **FMC non conventionnelle**, organisée par des associations ou sociétés savantes ayant reçues l'**agrément du FAF-PM** (Fond d'Assurance Formation de la Profession Médicale) (cf. chapitre sur la FMC pour y voir plus clair).

En tant que remplaçant, tout comme les médecins installés, vous pouvez bénéficier de l'indemnité journalière prévue.

Cette contribution s'élève à 45 € en 2005 (soit 0,15 % du montant annuel du plafond de la sécurité sociale, 30 192 €).
Elle est recouvrée par l'URSSAF. La cotisation est due intégralement pour toute année commencée. Le recouvrement de la CFP 2005 a lieu le 15 février 2006.

LA COTISATION AUX UNIONS PROFESSIONNELLES DE MEDECINS (CUM)

Cette cotisation est destinée au financement des unions professionnelles de médecins libéraux (URML) (cf. chapitre sur la convention nationale).
Cette cotisation est **due uniquement par les médecins libéraux conventionnés et installés**, puisque eux seuls élisent et peuvent être élus.

Les remplaçants en sont exonérés (puisqu'ils ne peuvent participer à ces URML).
Si néanmoins l'URSSAF vous réclame cette cotisation (ce qui arrive régulièrement !), faites un courrier en précisant que vous êtes médecin remplaçant.
Pour les médecins installés, la CUM est égale à 0,5 % du revenu net (dans la limite d'un revenu égal à 30 192 € pour 2005) soit pour 2005 151€.

CAISSE AUTONOME DE RETRAITE DES MEDECINS FRANÇAIS (CARMF)

La CARMF est le régime de retraite obligatoire des médecins libéraux.
Elle comprend 3 régimes :

- le régime de base,
- le régime complémentaire,
- l'ASV (Avantage Social Vieillesse).

Il faut leur ajouter le régime invalidité décès et celui de préretraite (Allocation De remplacement de Revenus : ADR, et Mécanisme d'Incitation à la Cessation anticipée d'Activité : MICA ayant pris fin en 2003).

Attention !
La loi du 21 août 2003 réformant les retraites modifie les règles applicables au régime de base de la retraite de professions libérales. Les cotisations pour 2005 ne sont que provisionnelles et les premières régularisations de ce nouveau système n'interviendront qu'en 2006.

Vous devez payer la cotisation CARMF si vous remplissez deux conditions :

- être thésés**,**
- être assujettis à la taxe professionnelle.

Nous vous conseillons de vous manifester auprès de la CARMF dès que vous serez thésé, même si cet organisme ne vous a pas encore contacté.

Les deux premières années, la cotisation est **forfaitaire** :

- la première année vous payez : 2 319 € (chiffres 2005)
- la deuxième année vous payez : 2 610 € (chiffres 2005)

A partir de la 3ème année, la cotisation est **proportionnelle** au revenu de l'avant-dernière année.

Depuis 1996, la cotisation au régime complémentaire de retraite est entièrement proportionnelle au revenu professionnel net (9 % en 2005).

Depuis 2004, la cotisation au régime de base est, elle aussi, **proportionnelle** au revenu.

Détail des cotisations CARMF des 3 premières années d'affiliation

Cotisations CARMF 2005	**1ère année d'affiliation**	**2ème année d'affiliation**	**3ème année d'affiliation**
RÉGIME DE BASE	547 €	807 €	**Tranche 1** 8,6 % jusqu'à 25663 € **Tranche 2** 1,6% de 25 663 € à 150 960 € (1)
RÉGIME COMPLÉMENTAIRE	0	0	9 % (2)
INVALIDITÉ DÉCÈS	572	572	572
AVANTAGE SOCIAL VIEILLESSE	1 200	1 200	1 200
Allocation de remplacement	0	31	61
TOTAL	2319	2610	Variable

(1) : Si le revenu < 1522 € la cotisation s'élève à 131 € .
(2) : 9% du revenu de l'avant dernière année dans la limite de 104 900 €.

A partir de la 4eme d'affiliation Exemple de cotisation pour 2005

Revenus	***Base provisionnelle***	**omplémentaire**	ASV sect 1	ID	ADR	**Total *sect. I***
20 000 €	1 720 €	800 €	1 200 €	572 €	81 €	**5 373 €**
60 000 €	2 652 €	400 €	1 200 €	572€	243 €	**10 171 €**
90 000 €	3 236 €	100 €	1 200 €	572 €	365 €	**13 473 €**
148560 €	4 212 €	441 €	1 200 €	572 €	611 €	**16 036 €**

Des dispenses peuvent être accordées en cas d'insuffisance de revenus :

- pour le régime ASV dès la première année,
- pour le régime complémentaire à partir de la 3ème année d'affiliation.

Il faut en faire la demande à la CARMF dans les 3 mois suivant l'appel de cotisation.
Les dispenses de cotisation pour insuffisance de revenus entraînent une réduction du nombre de points de retraite. Celle ci est proportionnelle au taux de dispense.

Depuis 2004, il n'y a plus de réduction de cotisation pour le régime de base pour insuffisance de revenus.

Taux de dispense de cotisations CARMF en 2004

ASV	revenu < à 10 000 €	dispense de 100 %
Régime complémentaire	revenu de 0 à 4 000 € 4 001 à 10 000 € 10 001 à 16 000 € 16 001 à 23 000 € Plus 23 000 €	dispense de 100 % 75 % 50 % 25 % 0 %

NB : Il faut savoir que si vous demandez le report du paiement de vos cotisations CARMF, il vous sera demandé des majorations de retard

Exonérations pour raisons de santé (avec acquisition de points de retraite)

En incapacité totale d'exercice :

	3 mois	***6 mois***
Régime de Base	néant	100 %
Régime Complémentaire	100 % d'un semestre	de la cotisation annuelle

Depuis 2004, il n'y a plus réduction de cotisation pour les femmes enceintes !

Calcul des points retraite

Régime de base :

- Tranche 1 : les points seront fixés par décrets soit selon les données actuelles 450 points pour 25 255 € de revenus. (Si les revenus sont inférieurs à 25 255 € les points sont proportionnels au revenu)
- Tranche 2 : les points seront fixés par décrets soit selon les données actuelles 100 points pour un revenu plafond de 148 560 € (Pour la partie des revenus supérieurs à 25 255 €, les points sont calculés proportionnellement au revenu)

Régime complémentaire : 1 point par tranche de 10 490 € avec un maximum de 10 points
ASV : 27 points

Valeurs des points pour 2005

Régime de Base : 0,493 €
Régime complémentaire : 70 €
ASV : 15,55 €

La réforme de la CARMF

Bien sûr, ceci peut sembler un peu lointain, et pourtant la cotisation à la CARMF pèse lourd dans les charges sociales des médecins. Il n'est pas possible de ne pas en parler ici, car les réformes qui s'annoncent vont avoir un impact direct sur l'attractivité de l'exercice libéral, tant elles promettent d'être douloureuses.

Le régime de base est sous la responsabilité de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Professions Libérales (CNAVPL), regroupant l'ensemble des professions libérales. Il n'y a plus de système de compensation des régimes déficitaires entre les professions libérales.
La CARMF assure le recouvrement et les prestations, et gère le régime complémentaire, dont l'ASV.

Du fait de l'arrivée en retraite de la génération des « baby-boomers », le nombre de cotisants au régime de retraite des médecins va décroître rapidement alors que celui des bénéficiaires augmente. Le régime ASV des 5 professions de santé conventionnées (médecins, dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux, directeurs de laboratoires d'analyses médicales non médecins) a été crée dans les années 60-70 pour inciter ces professionnels à adhérer aux conventions entre syndicats et caisses d'assurance maladie, en échange d'un plafonnement des honoraires. Ce régime initialement facultatif a été rendu obligatoire en 1972. Actuellement, l'ASV pèse pour 28% des cotisations, et « rapporte » 39% du montant de la retraite.

Les cotisations sont assises sur la valeur du C (180 C / an au total dont 2/3 pris en charge par les caisses d'assurance maladie), et ont donc augmenté avec le passage à 20 euros, tandis que la valeur du point a été bloquée depuis 1999 à 15,50 euros.
C'est lui qui pose problème, car du fait de l'effet de cisaille entre cotisants et bénéficiaires, l'équilibre financier ne sera pas assuré.

Le président de la CARMF milite pour une fermeture pure et simple du régime ASV, l'assurance maladie finançant les droits déjà acquis. Cette solution est écartée par la Cour des Comptes, qui estime que ce surcoût serait exorbitant. La Loi Fillon du 21 août 2003 portant réforme des retraites a déjà modifié le régime de base des professions libérales, en faisant disparaître la part forfaitaire qui existait auparavant, et en instituant une cotisation unique au régime de base, celle présentée plus haut. L'article 49 du Projet de Loi de Finances de la Sécurité Sociale 2006, prévoit de déconnecter le montant des cotisations de la valeur du C, de moduler la valeur des points acquis selon la période d'acquisition, et la possibilité de créer une cotisation d'ajustement non génératrice de droits !

En clair, il nous appartient, au moment où le monde syndical commence à bouillir, d'être particulièrement vigilants quant à l'évolution des débats. En effet, le risque de pénalisation des jeunes générations est important, l'âge tardif de début de carrière repoussant un peu plus celui de la retraite, les droits acquis s'amenuisant, et la marge de manœuvre financière pour se constituer un capital durant l'exercice professionnel étant particulièrement étroite.

TAXE PROFESSIONNELLE (TP)

Elle est recouvrée par les impôts **le 15 décembre de chaque année.**
Elle est due par les personnes exerçant une activité non salariée à titre habituel : les remplacements en font partie (Art. 1447 du Code Général des Impôts).

La taxe professionnelle n'est pas due la première année d'activité.
La TP est calculée d'après les revenus de l'avant dernière année (Art. 1467), sauf pour la première année d'assujettissement (la TP est alors calculée d'après les revenus de l'année précédente).

A partir de quand peut-on dire que l'activité est exercée à titre habituel ?
Il n'y a pas de règle précise, et **la décision reste à l'appréciation de votre inspecteur des impôts** !

Le bulletin officiel des impôts du 18/02/93 mentionne que : *« Sont imposables les médecins remplaçants qui exercent leur activité à plusieurs reprises et dès lors que la durée des remplacements et l'importance des honoraires perçus permettent de regarder l'intéressé comme ayant exercé à titre habituel l'activité professionnelle considérée. Le caractère habituel de l'exercice ne peut être apprécié qu'en fonction des circonstances particulières propres à chaque contribuable ».*

Si le caractère habituel de l'activité est indéniable pour un remplaçant de longue date, la situation est autre chez les internes effectuant des remplacements durant leurs congés. Les centres des impôts considèrent que l'activité est habituelle dès lors qu' un interne a remplacé plusieurs années consécutives, même si les sommes perçues ne devraient pas entraîner d'assujettissement à la TP.

A titre indicatif, le Conseil d'État a jugé qu'une étudiante en médecine qui avait effectué des remplacements moins de deux mois dans l'année pour des revenus compris entre 25 000 FF et 31 000 FF (de 1976 à 1979) n'était pas redevable de la TP (arrêt Flouquet du 19/11/86).
Donc, un étudiant en médecine qui assure des remplacements **pendant plusieurs années consécutives mais moins de 2 mois par an et pour des revenus limités n'y est pas soumis**.

En pratique, les limites* en-deçà et au-delà desquelles vous devez ou non payer la taxe professionnelle sont :

recettes brutes < *4 726€*	*4 726€* < recettes brutes< *7 417€*	recettes brutes > *7 417€*
non redevable de la TP	selon inspecteur des impôts et jurisprudences à venir	redevable de la TP

- *Les sommes n'ont pas été réactualisées.*

La Cour d'Appel Administrative de Bordeaux a émis un arrêt allant dans le même sens le 19 février 2004 : un médecin libéral remplaçant exerçant entre 18 et 33 jours, lui rapportant 5 000 euros environ par an sur 3 ans n'a pas à être assujetti à la taxe professionnelle.

La base de calcul se fait sur **1/10ème des honoraires rétrocédés** et sur la **valeur locative des immobilisations professionnelles** (Art. 1467 CGI).
Pour les remplaçants, il n'y a pas lieu de tenir compte de la valeur locative, car le remplaçant utilise les locaux professionnels des médecins remplacés, et ces derniers paient déjà pour la valeur locative de leurs immobilisations professionnelles !

Il faut donc vérifier que sur l'avis d'imposition à la TP dans la case « base d'imposition », qu'aucun chiffre ne figure en face de « valeur locative des biens ».

Il s'est posé de nombreux problèmes d'interprétation sur le lieu d'imposition des remplaçants, qui sont amenés à exercer dans plusieurs communes. De fait, il a été tranché que :

La TP est établie au lieu du principal établissement mentionné par l'intéressé sur sa déclaration de résultats (déclaration 2035) (Art. 1473 CGI).

Les remplaçants n'ayant pas de lieu de " principal établissement ", c'est leur **lieu d'habitation** qui sert à la domiciliation pour le calcul de leur taxe…professionnelle ! La base d'imposition à la TP varie suivant le lieu d'habitation, puisque les taux appliqués sont votés par délibération du Conseil municipal.

Le calcul de la taxe professionnelle pour les remplaçants ne tient donc pas compte de la valeur locative du lieu d'habitation, mais de fait, son **montant** peut donc varier considérablement d'une commune à une autre.

Il arrive qu'un remplaçant qui exerce dans un même cabinet très régulièrement se voit rattaché à la commune du principal lieu d'exercice pour le calcul de sa TP. Il est toujours possible de contester.

La TP est établie pour une année civile. La date limite de paiement est fixée au 15 décembre.

La TP est, heureusement, déductible des revenus imposables.

L'article 1647 D du code général des impôts peut accorder une diminution de la cotisation minimale de la taxe professionnelle due jusqu'à 50 % de son montant pour les redevables exerçant leur activité **à temps partiel** ou **pendant moins de 9 mois dans l'année**.

Réclamation au centre des impôts: elle doit être effectuée **avant le 31/12 de l'année suivant celle de la mise en recouvrement** (ex : pour la TP de 2005, réclamer avant le 31/12/2006).
Pour cela, il faut envoyer une lettre recommandée avec accusé de réception au directeur du centre des impôts. Datez et signez cette réclamation et accompagnez la d'une copie de l'avis d'imposition. Indiquez clairement la nature de la contestation.

Si vous contestez la décision rendue ou en l'absence de réponse dans les 4 mois, vous pouvez vous rendre au **tribunal administratif**.

Attention, la réclamation n'est pas suspensive de paiement !…
Tant que le service des impôts ne s'est pas prononcé sur la suite réservée à la demande, vous êtes redevable de la somme figurant sur l'avis d'imposition, et devez en régler le montant si le délai de paiement expire avant que ne soit rendue la décision de l'administration.

Si vous êtes assujetti à la TP et si vous êtes thésé, vous devez payer la CARMF.

Il arrive que les médecins remplaçants soient "oubliés", et il ne faut pas forcément s'en réjouir : car le service des impôts peut vous demander une taxe professionnelle pour 3 années antérieures. Quand cela s'accompagne du paiement des 3 années de cotisations CARMF avec majoration de retard, ce n'est pas forcément très agréable... Pour éviter ces incidents, nous vous conseillons de vous signaler au service des impôts si vous exercez au 1er janvier de l'année, et vous aurez à remplir un imprimé 1003 P.

ASSOCIATION DE GESTION AGREEE (AGA)

*(Les * renvoient au petit lexique de fiscalité)*
L'adhésion à une Association de Gestion Agréée (AGA) est **facultative**, mais vivement conseillée si vous effectuez des remplacements réguliers.

Les AGA sont des associations loi 1901 dont le rôle consiste à :

- s'assurer de la régularité des déclarations fiscales,
- informer et conseiller les adhérents sur les obligations fiscales et administratives,
- former et assister les adhérents à la gestion et la comptabilité.

Le principal avantage de l'adhésion à une AGA est l'abattement * de 20 % sur le bénéfice imposable * n'excédant pas 120 100 euros pour l'exercice 2005 (l'abattement maximal étant de 24 020 euros). Ce calcul est réalisé par l'administration fiscale.

Il faut adhérer avant le 1er avril de l'année, ou dans les 3 premiers mois suivant le début de votre activité de remplacement pour une première adhésion pour pouvoir bénéficier de cet abattement de 20%.

Néanmoins, après l'avis du Conseil d'Etat de l'automne 2000 interdisant le cumul des abattements conventionnels, il n'est plus possible de cumuler cet abattement avec l'abattement de 2% sur le montant des recettes brutes pour frais professionnels et autres (cf. chapitre fiscalité).

Il convient de vérifier que l'avertissement d'imposition, reçu vers le mois d'août, prend bien en compte cet abattement de 20% sur le revenu imposable dû au titre de l'adhésion à une AGA.

Il semble que la loi de finances pour 2006 (qui s'appliquera à l'imposition 2006), prévoit entre autres mesures modifiant l'imposition des français, que cet abattement de 20% dont bénéficient les adhérents à une AGA soit désormais inclus dans le calcul de l'impôt sur le revenu.

Si vos recettes sont inférieures à 27 000 euros prorata temporis *, et qu'une déclaration contrôlée a été déposée (formulaire 2035), vous pouvez obtenir une réduction ***** du montant de votre impôt correspondant aux frais d'adhésion à l'AGA ainsi qu'à d'autres frais de comptabilité (dans la limite de 915 euros par an).

Il vous faudra alors réintégrer le montant de la cotisation et des frais de comptabilité à la ligne 35 de la déclaration 2035 et déclarer ce montant sur votre déclaration d'ensemble des revenus (2042 C) à la case FF *(« frais de comptabilité et d'adhésion à un centre de gestion agrée »*).

L'adhésion à une AGA implique certaines obligations :

- tenir une comptabilité (livre-journal des recettes et dépenses),
- tenir un registre éventuel des amortissements et immobilisations,
- avant son envoi au service des impôts, adresser à l'AGA sa déclaration d'impôts (formulaire 2035).

L'AGA fournit une attestation qui est à envoyer aux services fiscaux avec les formulaires originaux 2035, 2042 et 2042C.

La liste officielle des AGA pour les professions libérales a été mise à jour dans une publication du Bulletin officiel des Impôts en novembre 2005 (publication 5 J-3-05 N° 189 du 16 novembre 2005, consultable sur : http://alize.finances.gouv.fr/dgiboi/boi2005/cadliste.htm).

ORDRE DES MEDECINS

La médecine est une profession réglementée : nul ne peut exercer la médecine s'il n'est pas titulaire d'une part des diplômes requis par la législation française, et d'autre part s'il n'a pas obtenu de ses pairs l'inscription au tableau de l'Ordre.

Comme pour d'autres professions libérales comme les avocats ou les experts comptables, la profession de médecin fait l'objet d'une réglementation particulière.

Mais c'est aussi une profession autonome. L'Etat, à l'origine de la réglementation, a confié le soin de son application à la profession elle-même, réunie au sein de l'Ordre des médecins, mode d'organisation inspirée d'une autre profession réglementée, les avocats.

L'Ordre veille à l'application du code de déontologie professionnelle, prononce l'inscription au tableau des candidats à l'exercice de la profession, à leur suspension, voire à leur radiation, il se prononce sur les fautes commises par les médecins durant l'exercice de la profession, parallèlement aux procédures potentiellement engagées devant les juridictions de droit commun.

Les juridictions ordinales ne sont soumises à contrôle qu'au stade de la cassation devant le Conseil d'Etat (appel des décisions rendues concernant le droit et la procédure, à l'exclusion des questions de fait).

Créé en 1940 puis refondu en 1945, l'Ordre des médecins *« veille au maintien des principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine, et à l'observation par tous ses membres, des devoirs professionnels ainsi que des règles édictées par le code de déontologie [...]. Il assure la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession médicale »*.

Vous paierez cette cotisation dès que vous serez thésés (montant des cotisations 2005) :

- la 1ère année, vous devrez seulement les droits d'inscription : 35 euros,
- les 2 années suivantes, vous paierez 50 % de la cotisation, soit 122,50 euros*,
- à partir de la 4ème année la cotisation annuelle s'élève à 245 euros**.**

(*) Le bulletin de l'Ordre national des médecins de février 2006 nous informe que désormais la réduction de 50% du montant de la cotisation n'est plus due que pour la seule 1ère année pleine d'inscription.

Des réductions et exonérations sont prévues :

- exonération totale durant le service national,
- exonération partielle ou totale en cas de difficultés financières. Il faudra alors justifier des ressources globales du foyer (fournir la photocopie des déclarations d'impôts 2042 N et 2035/ 2037),
- 77 euros pour les médecins exerçant à l'étranger.

Tout médecin inscrit au tableau de l'ordre est électeur des membres du conseil départemental. **Pour être éligible**, il faut être inscrit au tableau depuis au moins 3 ans, être âgé de 30 ans révolus, et posséder la nationalité française. Les remplaçants thésés depuis au moins 3 ans sont donc éligibles !.

Références : Ordonnance du 24/09/45, Art. L382 du code de la santé publique.

TABLEAU DES COTISATIONS DES 3 PREMIERES ANNEES D'EXERCICE LIBERAL

Cotisations 2004	Année	Allocations familiales	Assurance maladie (3)	CFP	AGA
remplaçant Ou installé	1ère	86 €	17 € (4)	45 €	Conseiller
	2ème	129 €	22 € (5)		Conseiller
	3ème *15/05 et 15/08* *15/11 et 15/02*	¼(0,4%RP 2004 +2,1% (1)) puis s'y associe un ajustement (2)	0,11% (6)		Conseiller

Cotisations	Année	CUM (installés seulement)	Taxe professionnelle	CARMF (9)	Ordre	CSG + CRDS *(2005)*
remplaçant Ou installé	1ère	32 €	calcul sur la base de 1/10 des honoraires rétrocédés (8)	2 319 €	35 €	508 €
	2ème	46 €		2 610 €	122,50 € (10)	764 €
	3ème	0,5 % du revenu (max 151€)		En fonction des revenus	*245 €*	

(1) 0,4 % de la base de cotisation ; remboursable si revenu professionnel net annuel inférieur à 4 243€.

(2) Pour les appels à cotisation de novembre et février : ¼ (Revenu Professionnel 2001 x 0,4% + 2,10% sur la partie des revenus 2004 excédant le plafond de Sécurité Sociale)
+/- ½ ajustement (1er et 2ème trimestre 2003) sur RP 2005
+/- ½ régularisation(1er et 2ème trimestre 2002) sur revenu 2005

(3) L'affiliation ne prend effet qu'à partir de 30 jours cumulés de remplacement.

(4) 0,11 % de la 1/2 du plafond annuel de la sécurité sociale (soit 30 192 *1/2*0.11%= 17€ pour 2005)

(5) 0,11 % des 1/2 du plafond annuel de la sécurité sociale (soit 40 256 *1/2*0.11%= 22€ pour 2006)

(6) 0,11 % du RNADAC complété, pour chaque mois d'inactivité, du plafond mensuel de la SS.
A partir de la 4ème année : 0,11 % du RNADAC.

(7) 7,5 % sur le total revalorisé du RNADAC après réintégration des charges sociales obligatoires.

(8) selon les revenus, la régularité et la durée des remplacements.

(9) si vous êtes thésé et assujetti à la taxe professionnelle.

(10) correspond à 50 % de la cotisation normale due à partir de la 3ème année (montant des cotisations 2005).

2) Prestations sociales

Les prestations sociales comprennent les prestations en nature ou en espèces versées en cas de maladie, de maternité, ou d'invalidité.

PRESTATIONS MALADIE

En tant que remplaçant, vous n'avez pas le choix et devez être inscrit à la **CPAM de votre domicile**, au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC).

Cette affiliation vous permettra en cas de maladie de bénéficier du régime général de la sécurité sociale pour ce qui est des prestations en nature, c'est à dire du remboursement à 65 % du tarif de la SS pour les actes et médicaments (identique au régime salarié).

Libre à vous d'avoir une mutuelle complémentaire pour le remboursement du complément.

Pour bénéficier de ces prestations en nature, vous devez être inscrit à la CPAM et avoir fait trente jours de remplacement.

Si vous n'avez pas encore effectué trente jours de remplacement, vous êtes encore pris en charge par votre précédent régime, soit pour la majorité d'entre vous le régime salarié, valable encore **un an après la fin de votre résidanat/internat** (ou si vous étiez assistant ou FFI).

En ce qui concerne les prestations en espèces, vous ne percevrez rien de votre CPAM en cas d'arrêt maladie. **Seules la CARMF ou une autre assurance prise à titre personnel peuvent vous verser des indemnités journalières** (à partir du 91ème jour d'arrêt pour la CARMF, ou plus tôt pour d'autres assurances complémentaires (contrat de prévoyance).

Attention !
Les remplaçants non thésés, ne cotisant donc pas encore à la CARMF, ne bénéficient en conséquence d'aucune indemnité journalière…

PRESTATIONS MATERNITE

Ces prestations sont versées par la CPAM. Pour en bénéficier, vous devez donc remplir les **mêmes conditions que pour la maladie.**

Si vous avez effectué moins de 30 jours de remplacement, **et** si vous êtes **encore salariée ou l'avez été il y a moins d'un an**, c'est la caisse des travailleurs salariés qui vous versera des prestations en nature et en espèces.

Si vous avez remplacé plus de trente jours, c'est le régime des PAMC qui vous prendra en charge.
Depuis le 31 mars 1995, les modalités de la protection maternité des femmes exerçant une activité libérale ont sensiblement changé (Réf. : décret n° 95-336 du 28/03/95). Aux **prestations en nature** (remboursement à 100% des examens obligatoires, remboursement des soins des 4 derniers mois de grossesse, des honoraires d'accouchement et frais de séjour), s'ajoutent des **prestations en espèces**. Ces dernières peuvent être réclamées **pendant 2 ans**.

Il est à signaler que les **conjointes** collaborant à l'activité de leur mari sans être rémunérées peuvent également prétendre à ces mêmes prestations, mais également à une « indemnité de remplacement », lorsqu'elles font appel à du personnel salarié pour se faire remplacer dans les travaux professionnels ou ménagers qu'elles effectuent habituellement.

Les prestations en espèces se composent de deux indemnités distinctes :

L'allocation forfaitaire de repos maternel

Allocation destinée à compenser partiellement la diminution d'activité.
D'un montant égal au plafond mensuel moyen de la sécurité sociale, soit 2 516 € (en 2005). Son montant est égal à celui en vigueur au moment de l'accouchement.

Elle est **versée en deux fois** :

- la première moitié à la fin du 7ème mois de grossesse, après envoi à la caisse primaire d'assurance maladie du feuillet n° 5 du carnet de maternité (examen prénatal du 7ème mois).
- l'autre moitié à l'accouchement, après envoi à la CPAM du feuillet n° 8 du carnet de maternité (certificat d'accouchement).

La totalité du montant de l'allocation est versé après l'accouchement lorsque celui-ci a lieu avant le 7ème mois de grossesse.
L'allocation de repos maternel n'est pas soumise à l'arrêt du travail (contrairement à ce que son nom indique).

L'indemnité de cessation d'activité (ou indemnité journalière forfaitaire)

Cette indemnité journalière forfaitaire n'est versée **qu'en cas d'arrêt de travail pendant au moins 30 jours consécutifs** (compris dans une période commençant 30 jours avant la date présumée de l'accouchement, et se terminant 30 jours après la date de l'accouchement).

Son montant est égal à 50% d'un plafond mensuel de la sécurité sociale, soit 1 258 € au 01/01/2005 (cf. tableau indemnité journalière).

Pour percevoir cette indemnité, il faut adresser à la CPAM un **certificat médical** requérant l'arrêt de travail, et une **déclaration sur l'honneur** de l'assurée attestant la cessation d'activité.

Cet arrêt peut être prolongé d'une ou deux périodes de congés supplémentaires de 15 jours consécutifs. Dans ce cas, une indemnité de 629 € par quinzaine d'arrêt peut être perçue (25% du plafond de la SS), sur présentation d'un certificat médical d'arrêt de travail et d'une déclaration sur l'honneur de la cessation de travail.

En cas de grossesse pathologique ou multiple, un **arrêt de 30 jours consécutifs supplémentaires** (soit pendant la grossesse, soit après l'accouchement) peut être accordé. Son indemnisation (soit 1 258 € au 01/01/2005) est accordé selon les mêmes modalités.

En cas de naissance prématurée, l'arrêt de travail peut être suspendu pendant la durée de l'hospitalisation et reporté au moment du retour à domicile.

Montant de l'indemnité journalière forfaitaire

L'indemnité journalière forfaitaire est égale à 1/60e du montant du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur, soit 41,93 euros au 1er janvier 2005.

Au 1er janvier 2005:	Durée de l'arrêt de travail	Montant des indemnités journalières forfaitaires
Naissance simple	30 jours	1 258,00 euros
Naissance simple	45 jours	1 887,00 euros
Naissance simple	60 jours	2 516,00 euros
Naissance multiple	60 jours	2 516,00 euros
Naissance multiple	75 jours	3 145,00 euros
Naissance multiple	90 jours	3 774,00 euros
Etat pathologique	60 jours	2 516,00 euros
Etat pathologique	75 jours	3 145,00 euros
Etat pathologique	90 jours	3 774,00 euros

Référence: www.ameli.fr/220 rubrique "professionnel de santé" et "votre protection sociale".

Formalités : Conditions d'obtention des prestations maternité pour les remplaçantes

Ces nouvelles prestations concernent les assurées relevant à titre personnel du régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC), c'est-à-dire le régime de sécurité sociale de toutes les femmes médecins actuellement, qu'elles soient installées ou remplaçantes.

Pour les jeunes installées, il suffit d'être inscrites et à jour de ses cotisations au début de la grossesse.
Pour les remplaçantes, les conditions d'obtention des prestations maternité sont les mêmes que pour l'assurance maladie, c'est-à-dire :

- être à jour de ses cotisations,
- être inscrites au régime des PAMC,
- avoir effectué au moins 30 jours de remplacement depuis son inscription au régime des PAMC.

Désormais, les caisses vont probablement être plus pointilleuses et exiger la preuve des trente jours de remplacement (auprès du Conseil de l'Ordre par exemple).

Lorsque les femmes exerçant uniquement à titre libéral sont encore sous le bénéfice du régime salarié (par exemple dans l'année qui suit le résidanat/internat), elles ne peuvent pas bénéficier simultanément des prestations relevant des régimes salarié et libéral.

Adoption

L'adoption donne droit aux mêmes prestations que la maternité pour les femmes médecins (ou pour les conjointes de médecins).

En cas d'adoption, le montant de **l'allocation forfaitaire de repos maternel** est de la moitié d'un plafond mensuel moyen de SS (soit 1 258 € au 01/01/2005). Le montant considéré est celui en vigueur au moment de l'arrivée de l'enfant au foyer, et est versé à cette même date.

L'indemnité de cessation d'activité est accordée pour une durée de 30 jours, prolongés éventuellement de 15 jours. Cette durée devrait prochainement s'étendre à 60 jours pour les femmes adoptant plusieurs enfants à la fois. Son montant est égal à celui versé en cas de maternité

PRESTATIONS	MONTANT
Allocation de repos maternel	2 516 euros: 1 580euros fin du 7ème mois 1 580 euros à l'accouchement
Indemnité journalière forfaitaire de cessation d'activité (entre 30 jours avant la date présumée d'accouchement et 30 jours après l'accouchement)	1 258 euros pour 30 jours 1 887 euros pour 45 jours 2 516 euros pour 60 jours 3 774 euros pour 90 jours (grossesse multiple ou pathologique)
Total	2 516 euros si pas d'arrêt 3 774 euros si arrêt 30 jours 4 403 euros si arrêt 45 jours 5 032 euros si arrêt 60 jours 6 290 euros si arrêt 90 jours (grossesse multiple ou pathologique)

Les prestations maternité sont imposables.

INDEMNITES JOURNALIERES D'INCAPACITE TEMPORAIRE

Prestations en cas d'invalidité ou de décès :
Ces prestations sont servies par la CARMF si vous y êtes affilié (indemnités journalières servies à partir du 91ème jour d'incapacité).
L'affiliation est obligatoire si vous êtes thésés et payez la taxe professionnelle.
Pour le détail des prestations, se reporter au tableau infra.

CONGE PATERNITE

Le congé paternité est accordé à partir du 1er janvier 2002 au père, à l'occasion de la naissance de son enfant né à partir de cette date. Le congé paternité doit débuter dans les 4 mois qui suivent la naissance de l'enfant.

La durée du congé paternité : est de 11 jours calendaires consécutifs au plus (samedis et dimanches compris). Cette durée peut être prolongée à 18 jours en cas de grossesse multiple. Le congé paternité n'est pas fractionnable. Si le père le souhaite, il peut prendre un congé paternité d'une durée inférieure à 11 jours.

Le congé paternité de 11 jours s'ajoute aux 3 jours déjà accordés au père pour une naissance (article L.226-1 du Code du travail).

Le congé paternité n'est pas obligatoirement à prendre à la suite de ces 3 jours (mais il doit débuter dans les 4 mois qui suivent la naissance de l'enfant).
Le congé paternité peut donc être reporté dans le temps, notamment en cas d'hospitalisation de l'enfant. Ainsi, le père peut donc disposer d'un congé de 14 jours à l'occasion de la naissance de son enfant.

En cas de décès de la mère, c'est le père qui bénéficie des congés maternité, auquel peuvent s'ajouter le congé paternité.

Indemnité journalière paternité :
L'indemnité journalière versée aux pères pendant le congé paternité répond aux mêmes critères que l'indemnité journalière versée aux mères pendant le congé maternité : les

conditions d'ouverture des droits pour en bénéficier sont identiques, et l'indemnité journalière est calculée de la même façon (cf. chapitre infra).

Montant maximum (au 1er janvier 2005) de l'indemnité journalière paternité :

- 67,47 euros par jour en Alsace-Moselle ;
- 62,88 euros par jour dans les autres départements.

Le montant de l'indemnité journalière paternité est réduit de 0,5 % au titre de la CRDS et de 6,2 % au titre de la CSG.

C'est la Caisse d'assurance maladie à laquelle le père est affilié, qui assure le paiement, par virement, de l'indemnité journalière paternité.

Formalités à effectuer pour bénéficier du congé paternité

Médecin salarié :

-Auprès de l'employeur :

Si vous souhaitez prendre un congé paternité, vous devez informer votre employeur de la date et de la durée du congé paternité que vous avez choisi de prendre :
- par lettre recommandée avec accusé de réception ;
- un mois minimum avant la date choisie du début du congé paternité.

L'employeur remplit l'attestation de salaire (formulaire S3201n) et l'adresse à votre Caisse d'assurance maladie dès le premier jour de votre congé paternité.
L'employeur ne peut pas s'opposer légalement à la pris du congé paternité. En revanche, si la date de l'accouchement est décalée par rapport à la date prévue, le décalage du congé paternité est soumis à son accord.

-**Auprès de la Caisse d'assurance maladie**

Vous devez justifier de la filiation de votre enfant et adresser à votre Caisse d'assurance maladie :
- une copie de l'acte de naissance de l'enfant ;
- ou une copie du livret de famille mis à jour ;
- ou, le cas échéant, la copie de l'acte de reconnaissance de l'enfant.

Cependant, cette pièce justificative peut aussi être adressée à la Caisse d'assurance maladie par l' employeur en même temps que l'attestation de salaire.
Pour bénéficier des indemnités journalières pendant le congé paternité, vous devez justifier de 10 mois d'immatriculation, en tant qu'assuré social, à la date du début du congé paternité.

Vous devez également :
- avoir travaillé au moins 200 heures au cours des 3 mois précédant la date du début du congé paternité ;
- ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 1 015 fois le SMIC horaire (soit 6 770,05 euros) au cours des 6 mois précédant la date du début du congé paternité.

L'indemnité journalière paternité est égale au salaire journalier de base, calculé sur la moyenne des salaires* (pris en compte dans la limite du plafond de la sécurité sociale) des 3 mois qui précèdent le congé paternité. L'indemnité journalière ne peut donc excéder 62,88 euros par jour.

Selon les conventions collectives spécifiques, la perte de salaire occasionnée peut être prise en charge par l'employeur.

(salaires soumis à cotisations, moins les cotisations salariales obligatoires et la CSG).*

Cas du travail « ponctuel » ou « saisonnier » :
Pour bénéficier des indemnités journalières pendant le congé paternité, vous devez justifier de 10 mois d'immatriculation, en tant qu'assuré social, à la date du début du congé paternité. Vous devez également avoir travaillé au moins 800 heures, ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2 030 fois le SMIC horaire (soit 13 540,10 euros), au cours de l'année précédant la date du début du congé paternité.

Théoriquement, l'indemnité journalière paternité est égale au salaire journalier de base, calculé sur la moyenne des salaires* (pris en compte dans la limite du plafond de la sécurité sociale) des 12 mois qui précèdent le début du congé paternité.

Pour les médecins libéraux, quel que soit leur revenu, l'indemnité journalière sera égale au 1/60 du plafond mensuel de la sécurité sociale soit 39,20 euros par jour.
(salaires soumis à cotisations, moins les cotisations salariales obligatoires et la CSG).*

ASSURANCES FACULTATIVES VERSANT DES PRESTATIONS

Afin de compléter les prestations servies par les régimes obligatoires, vous pouvez souscrire divers contrats d'assurances :

- **assurance complémentaire maladie**,
- **assurance " prévoyance** " qui vous verse des indemnités journalières en cas d'incapacité à exercer, dès le 15ème jour d'inactivité (la CARMF ne verse des indemnités qu'à partir du 91ème jour),
- **retraite complémentaire**, que vous pouvez souscrire auprès d'assurances spécialisées ou non dans la profession médicale, ou auprès de la CARMF (CAPIMED),
- **assurance volontaire accident de travail et maladie professionnelle**, souscrite auprès de la CPAM, qui assure des prestations en nature, la réversion d'un capital ou d'une rente en cas d'incapacité à exercer, mais pas d'indemnité journalière.

ACTIVITE MIXTE

Le médecin à activité mixte (libérale et salariée) cotise à 2 régimes et ne peut percevoir ses prestations que d'un seul.

Concernant les prestations maladie, l'assuré ne peut pas choisir son régime: c'est la règle du caractère de l'activité principale qui s'applique.
L'activité principale est toujours considérée comme étant la libérale.

La preuve contraire (salariat prédominant) ne peut être apportée que si l'assuré effectue au moins 1200 heures/an et perçoit une rémunération salariée au moins équivalente à celle de ses bénéfices non commerciaux. Lorsque ces deux conditions sont réunies, l'assuré perçoit ses prestations du régime général exclusivement.

Les prestations en nature relèvent donc, si l'activité libérale est principale, du régime d'affiliation.

L'ordonnance 2004-329 du 15/04/2004 pose dans son article 7 : *« Le droit aux prestations en nature leur est ouvert dans le régime de leur choix, selon des modalités définies par décret ».*
Il sera ainsi possible de **choisir la caisse d'assurance maladie de son choix** et non plus celle de son activité principale. A notre connaissance, le décret d'application n'a toujours pas été publié.

En revanche, pour les prestations en espèce, le salariat, même s'il est accessoire, peut ouvrir droit à des indemnités journalières, dés lors que l'une des deux conditions de l'activité minimale est remplie, c'est à dire :

- Soit un salaire équivalent à au moins 1015x Smic horaire sur 6 mois (soit une rémunération mensuelle de 1 287,36 euros au minimum, en 2005)
- Soit un temps de travail d'au moins 200 heures/trimestre.

Référence : article R 615-3 du code de sécurité sociale, disposition étendue aux médecins conventionnés rattachés au régime général (réponse Colin, Ass. Nat. 23 janvier 1995 page 410, question n°18 531).

Concernant les prestations maternité : si l'activité salariale est suffisante pour donner droit à des indemnités journalières, il y a **cumul** des allocations des 2 régimes.

Pour l'assurance vieillesse, l'assuré pluriactif cotise également à deux régimes, et peut percevoir l'intégralité de ses deux pensions à terme.

Il est même admis, lorsque l'exercice des deux activités est simultané, que l'on puisse demander sa retraite que dans le régime général des salariés, tout en poursuivant son activité libérale, sans limité d'âge particulière.

Pour la cotisation allocation familiale, elle est due pour tout travailleur indépendant quelle que soit l'importance de l'activité libérale.

Le cas particulier des collaborateurs occasionnels du service public

Le principe du statut des collaborateurs occasionnels du service public (COSP) a été posé par la loi n°98-1194 du 23 décembre 1998. Elle trouve sa traduction réglementaire dans l'article L 311-3 du code de la sécurité sociale. Les COSP sont affiliés au régime général de la sécurité sociale.

Les modalités d'application de ces dispositions ont été fixées par le décret n°2000-35 du 17 janvier 2000 et l'arrêté du 21 juillet 2000, qui permette de déterminer les assiettes forfaitaires de calcul des cotisations sociales. Ces assiettes sont calculées chaque année. La liste des COSP est fixée par la loi. Ils sont par exemple, les membres des commissions de permis de conduire, les médecins experts des commissions départementales d'aide sociale, …

TABLEAU DES PRESTATIONS SOCIALES DES MEDECINS REMPLAÇANTS

Statut		**assurance maladie** (2005)	**ALD**	**accident du travail**	**maternité** (2005)	**invalidité** (2005)	**retraite**	**décès** (2005)
remplaçant thésé inscrit à la CARMF et médecin généraliste installé	**NATURE** **ESPECES**	régime général en cas d'incapacité à exercer, la CARMF verse 83,50 euros / j du 91è jour au 36ème mois	100 % pour tous les soins en rapport avec l'ALD	o régime général o 100 % si une assurance complémentaire a été souscrite (CPAM ou mutuelle) idem arrêt maladie	100 % pour les prestations liées à la maternité o repos maternel : 2 516 euros o indemnité de cessation d'activité : 1 238 à 3 714 euros	100 % pension de 6 474 euros à 15 106 euros /an + 35% si conjoint+ 10% si 3enfants	régime général en fonction des versements à la CARMF	Par la CARMF : 3 506 euros versés de suite + **rente** temporaire Et invalidité décès pour le conjoint

Statut		**assurance maladie** (2005)	**ALD**	**accident du travail**	**maternité** (2005)	**invalidité** (2005)	**retraite**	**décès** (2005)
remplaçant non thésé	**NATURE**	régime général	100 % pour tous les soins en rapport avec l'ALD	o régime général o 100 % si une assurance complémentaire a été souscrite (CPAM ou mutuelle)	100 % pour les prestations liées à la maternité	100 % si ALD	0	versement d'un capital décès
et remplaçant thésé non inscrit à la CARMF	**ESPECES**	0		0	o repos maternel : 2 516 euros o indemnité de cessation d'activité : 1 238 à 3 714 euros	0	0	par la CPAM

PRESTATIONS SOCIALES ET FISCALITE

Certaines prestations sont imposables et doivent être intégrées dans les recettes : il s'agit des prestations maternité, des indemnités journalières versées en cas d'incapacité à exercer (celles de la CARMF et celles d'une assurance prévoyance si vous avez opté pour la loi Madelin), et des rentes.

Les indemnités journalières ou allocations versées par les organismes de sécurité sociale sont assujetties à la CSG, à l'exception des rentes viagères servies aux victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

3) Fiscalité pratique

Les revenus perçus lors des remplacements sont des **bénéfices non commerciaux** (BNC). Pour votre déclaration d'impôts sur le revenu, vous pouvez choisir selon le montant de vos revenus :

- le régime simplifié
- la déclaration contrôlée

En tant que remplaçant, il n'est pas utile de prendre un comptable, car la gestion est simple, et des conseils peuvent vous être fournis par l'association de gestion si vous y adhérez.
Les justificatifs de toutes les charges doivent être gardés **3 ans**.
*(Les * renvoient au lexique de fiscalité).*

LE REGIME SIMPLIFIE MICRO BNC (FORMULAIRE 2042)

Il est possible lorsque vos recettes * annuelles sont **inférieures à 27 000 euros, prorata temporis *.**

Il faut ramener les recettes perçues à la durée réelle de l'exercice : en cas de commencement ou de cessation d'activité en cours d'année, cette limite doit être ajustée au prorata du temps d'exercice effectif de l'activité au cours de l'année considérée en fonction du nombre de jours par rapport à 365.

Ainsi pour une activité de remplacement du 1er octobre au 31 décembre, les recettes doivent être inférieures à : 27 000 euros x 92/ 365, soit 6 805,50 euros.

Il faut déclarer les revenus professionnels dans la rubrique spéciale Bénéfices Non Commerciaux (BNC) de la déclaration **2042 :** il s'agit de la **2042 N** et non de la **2042 S**implifiée dont vous avez l'habitude en tant qu'interne.

S'il s'agit de votre **première déclaration dans le cadre d'une activité libérale**, vous recevrez comme d'habitude votre déclaration **2042 S**. Il faudra vous procurer auprès de votre centre des impôts un formulaire additionnel **2042 C**omplémentaire et **2042 P**, à renvoyer en même temps que le formulaire **2042 S.** Les années suivantes vous recevrez automatiquement la 2042 N.

Un abattement * de 35 % est accordé pour frais professionnels * avec un minimum de 305 euros.

Les recettes peuvent dépasser les 27 000 euros prorata temporis et bénéficier du régime des micro-BNC **une seule fois** (au delà, la déclaration contrôlée est obligatoire !). Mais dans ce cas, aucun abattement ne sera appliqué sur la fraction des recettes excédant les 27 000 euros.

INTERET : l'obligation comptable est limitée à la tenue d'un livre-journal des recettes professionnelles. Par ailleurs, régime qui est intéressant en cas de faibles revenus ou d'investissements limités.

INCONVENIENT : pas de déduction possible des frais professionnels, par définition inclus dans l'abattement forfaitaire de 35%, ainsi que les cotisations sociales obligatoires et facultatives.
Nous vous conseillons vivement de choisir ce régime si vos revenus d'activité libérale sont inférieurs à 27000 euros.

LA DECLARATION CONTROLEE (FORMULAIRE 2035)

Elle est toujours possible quels que soient vos revenus professionnels, mais devient obligatoire si vos recettes * sont **supérieures à 27 000 euros** (prorata temporis) ou si vous adhérez à une AGA.

La déclaration 2035 doit être envoyée **avant fin mars** à l'AGA, et **avant fin avril** au centre des impôts.
Le bénéfice doit être reporté sur la déclaration n°2042 N dans la rubrique " Bénéfices non commerciaux - régime réel " (case visant les adhérents AGA ou non selon le cas).

S'il s'agit de votre **première déclaration dans le cadre d'une activité libérale**, vous recevrez comme d'habitude votre déclaration **2042 S**. Il faudra vous procurer auprès de votre centre des impôts un formulaire additionnel **2042 C**omplémentaire, à renvoyer en même temps que les formulaires **2042 S et 2035.** Vous recevrez automatiquement la 2042 N les années suivantes. N'oubliez pas de reporter, comme indiqué sur sa notice explicative, certaines informations de la 2035 sur la 2042 (bénéfice imposable).

INTERET : déduction des frais professionnels du bénéfice imposable, c'est à dire des dépenses nécessaires à l'acquisition du revenu. Intéressant si les dépenses professionnelles sont supérieures à 35% de vos recettes.

INCONVENIENTS : cela suppose la comptabilisation des frais réels *, mais ils sont peu importants pour le remplaçant, et nécessite la tenue d'une comptabilité précise et à jour (il est d'ailleurs conseillé d'avoir recours à un **2ème compte bancaire à vocation exclusivement professionnelle** pour simplifier la lisibilité des opérations comptables).

L'adhésion à une AGA permet un **abattement * de 20 %** sur le bénéfice imposable (le calcul de ces 20% est fait directement par le centre des impôts).
Il semble que le projet de loi de finances pour 2006 (qui s'appliquera à l'imposition 2006), prévoit de nombreuses mesures modifiant l'imposition des français. Parmi elle, il est prévu que cet abattement de 20% dont bénéficient les adhérents à une AGA, soit désormais inclus dans le barème de l'impôt sur le revenu, faisant disparaître l'avantage fiscal. A suivre…

Attention pour les remplaçants en cours d'installation !
Depuis l'avis rendu par le Conseil d'Etat à l'automne 2000 et qui interdit le cumul des abattements conventionnels, **cet abattement ne devrait plus pouvoir être cumulable** ni avec l'abattement pour frais professionnels de **2%,** ni avec les abattements **groupe III** et **3%** liés au conventionnement des médecins en secteur 1**.** Les adhérents à une AGA devront donc choisir entre l'un ou l'autre type d'abattement, **sauf pour la 1ère année d'installation.**

La déclaration 2035 doit être visée par l'AGA pour mise en conformité et accord. L'AGA émet alors une attestation qui doit être jointe à la déclaration 2035 (Attention aux **délais** de dépôt des formulaires !).
Si vous ne respectez pas les délais ou faites de fausses déclarations, vous êtes susceptibles de perdre l'abattement de 20 %, et d'être exclu de l'AGA.

Si vous n'êtes pas adhérent à une AGA, seule la déduction des frais professionnels est accordée. L'envoi de la déclaration 2035 se fait généralement avant le 30 avril de chaque année (sauf report de dernière minute décidé par l'administration fiscale).

Si vos recettes ont été inférieures à 27 000 euros prorata temporis, vous bénéficierez d'une réduction d'impôt * correspondant aux frais d'adhésion à l'AGA, et éventuels autres frais de comptabilité, **dans la limite de 915 euros**.

Tableau récapitulatif :

option fiscale **recettes annuelles** *(ramenés à la durée réelle d'exercice)*	**Régime simplifié** **micro BNC** (2042 N)	**Déclaration contrôlée** (2035 + 2042 N)
< 27 000 €	Oui	sur option
< 27 000 € ou si adhésion à une AGA	Non	obligatoire

Quelques exemples de frais déductibles

Il s'agit ici de frais déductibles car liés exclusivement à l'exercice professionnel, dans le cadre de la déclaration contrôlée (justificatifs indispensables !).

Achats de pharmacie, de matériel à usage unique par exemple.

Petit outillage : ex : ECG, ordinateur, téléphone portable,…Au delà d'une valeur unitaire de 500 euros hors taxes (soit **603 euros TTC**), vous êtes obligés d'amortir le coût lié au matériel concerné, c'est à dire de répartir la déduction d'impôt sur la période d'utilisation probable.
On utilise généralement le mode d'amortissement linéaire, qui permet un amortissement sur 3 ans.

Concernant l'autre mode d'amortissement ou mode d'amortissement dégressif (amortissement selon une exponentielle, « beaucoup au début, peu à la fin »), le coefficient de majoration applicable à l'amortissement dégressif a été réduit de 0,25 en 2001. Ils deviennent donc : 1,25 pour une période d'utilisation de 3 ou 4 ans ; 1,75 pour 5 ou 6 ans ; 2,25 au delà de 6 ans. Soit un taux d'amortissement dégressif de 31,25% (= 1,25 X 25%) pour un bien amorti sur 4 ans par exemple. L'achat de la voiture peut aussi être amorti selon le même principe, avec une limite d'amortissement de 18 300 euros. De même, il faudra pour être déductible, définir quel « pourcentage » est lié à l'activité professionnelle.

Assurances responsabilité civile professionnelle, assurance du matériel ou des locaux.

Frais de comptabilité, expert-comptable, frais d'avocat ***(déclaration avant le 30 avril sur imprimé* DAS 2*, et adressé au Centre Départemental d'Assiette,*** *cf. lexique de fiscalité)***.**

Frais de déplacement : péage, billets de train, location d'une voiture…correspondant à la durée d'un remplacement.

Frais lié à l'utilisation de la voiture : 2 solutions s'offrent à vous.
La déduction des **frais réels** nécessitent de comptabiliser tous les frais annuels liés à l'utilisation de la voiture, puis de déterminer le pourcentage d'utilisation lié à l'exercice professionnel. (notamment le kilométrage).

Le barème kilométrique : établit par l'administration fiscale tous les ans. Ce dispositif permet de simplifier la procédure, puisqu'il constitue un « forfait » comprenant l'essence, l'assurance, les frais de réparation et d'entretien. Le même barème existe pour les 2 roues et couvrent outre l'essence bien sûr, les frais d'achat de casques et protections, frais d'entretien et de réparation, les primes d'assurance.

Inutile dans ce cas, de garder les factures afférentes. Il faut néanmoins pouvoir justifier du kilométrage professionnel à l'année. On ne peut que vous conseiller de noter au jour le jour le nombre de kilomètres parcourus dans le cadre de votre exercice : distance domicile-cabinet, visites au domicile de patients, au centre des impôts, de prospection, en garde,…

Repas : les frais de restaurant correspondant à des repas d'affaires ou dans le cadre de voyages professionnels (congrès, séminaires), sont déductibles pour leur montant réel.
Les repas pris à domicile sont considérés théoriquement comme des dépenses d'ordre personnel, de même que les repas pris régulièrement sur le lieu de travail. Depuis l'arrêt de la cour administrative d'appel de Paris (n° 98-672 du 28/06/2000), la déduction de frais supplémentaires de repas sur le lieu de travail est admise, à condition que :

- la distance entre domicile et lieu de travail fasse obstacle à la prise de repas au domicile.
- doit résulter de l'exercice normal de la profession et non de convenances personnelles.
- corresponde à une charge effective et justifiée.

L'administration fiscale autorise donc à ces conditions la déduction des frais de repas pris individuellement sur les lieux d'activité professionnelle.
La partie déductible d'un repas pris sur le lieu de travail correspond au tarif compris entre le prix d'un repas pris à domicile, soit 4,10 euros et un maximum de 15,50 euros (pour 2005).

Ainsi, pour un repas à 12 euros la déductibilité est de : 12 - 4,10=7,90 euros. Pour un repas à 18 euros, elle est de : 15,50 - 4,10= 11,40 euros.

Cotisations professionnelles : cotisations à l'Ordre, à un syndicat, à une AGA, inscription universitaire (DU, DIU, capacités).

Charges sociales personnelles : cotisations d'assurance maladie, d'allocations familiales, de retraite (attention à la CSG, dont une partie n'est pas déductible).

Vêtements : seul l'achat de blouses blanches est théoriquement accepté.

L'URSSAF a mis en ligne sur son site Internet un document de synthèse sous forme de questions-réponses concernant les frais professionnels (peu concernent les médecins) : www.urssaf.fr, tapez « frais professionnels » dans le moteur de recherche.

MEDECINS SALARIES

Généralement, comme tout salarié, il suffit aux médecins de reporter sur la déclaration 2042 le revenu imposable dont le total est mentionné sur la feuille de salaire récapitulative que l'établissement de soins fournit.
Le centre des impôts applique aux médecins salariés un abattement forfaitaire pour frais professionnels de 10% sur le montant des salaires déclarés.

L'abattement forfaitaire (déduction de 10%) est de 392 euros minimum, et 12 862 euros maximum pour la déclaration des revenus 2004.

Il est néanmoins possible aux médecins salariés de renoncer à cet abattement forfaitaire si le montant total des frais professionnels de l'année fiscale est supérieur à cet abattement forfaitaire.
Le montant des frais réels doit alors être mentionné en case AK de l'imprimé 2042, et leur détail mentionné en rubrique « autres renseignements », page 4, ou dans une note annexe.
Ceci les astreints à conserver, tout comme il a déjà été décrit, les justificatifs de leurs achats, et idéalement, de tenir à jour une comptabilité, et d'avoir un compte professionnel séparé.

Quelle que soit l'option choisie, l'administration fiscale procède, après déduction du montant ci-dessus (forfait ou frais réels), à un abattement supplémentaire de 20%.

EXONERATIONS D'IMPOTS.

Le saviez-vous ? Les remplaçants peuvent bénéficier d'exonérations d'impôts !
Elles concernent la taxe professionnelle et l'impôt sur le bénéfice.
Comme nous l'avons vu, paradoxe bien français, les médecins remplaçants, qui n'ont pas de locaux professionnels propres, et alors que les médecins qu'ils remplacent ont déjà payé celle correspondante à leurs locaux professionnels, payent une taxe professionnelle calculée, entre autres, sur la surface de leur logement personnel.

Depuis la mise en place des Zones Franches Urbaines, les médecins remplaçants peuvent bénéficier d'une exonération de taxe professionnelle, si la commune de leur lieu de résidence, site de référence pour le calcul de leur taxe professionnelle se situe elle-même en ZFU*, en Zone urbaine Sensible, Ou en Zone de Redynamisation Urbaine (cf. plus bas), prévues à l'article 1466 A du Code Général des Impôts, même si tout ou partie de leurs remplacements est effectuée en dehors de la dite zone (Bulletin Officiel des Impôts 6E-10-98 du 6 juillet 1998).

Jusqu'en Octobre 2004, l'administration fiscale refusait aux médecins remplaçants la possibilité d'exonération de l'impôt sur le bénéfice au motif qu'ils ne disposaient pas de clientèle ni de moyens d'exploitation propres permettant d'y effectuer des recettes professionnelles.

Cette analyse était donc en porte à faux avec la situation qui prévalait pour la taxe professionnelle. Le SNJMG était intervenu sur cette question de la domiciliation fiscale des remplaçants (voir la plate forme politique du SNJMG sur le site Internet snjmg.org) et Bercy a finalement décidé de donner plus de cohérence à ces exonérations (dans un sens positif pour les remplaçants).

Ainsi, depuis Octobre 2004, les médecins remplaçants bénéficient d'exonérations d'impôt sur le bénéfice dans les mêmes conditions que les praticiens qu'ils remplacent (1). L'exonération ne porte que sur les bénéfices correspondant aux remplacements effectués auprès du praticien exerçant en ZFU. Si plusieurs médecins sont concernés, le calcul doit être réalisé pour chacun des honoraires rétrocédés, selon les dispositions s'appliquant à chaque médecin remplacé.

Exemple : un médecin effectue en 2004 des remplacements pour trois confrères, les docteurs A, B et C. Les praticiens exercent habituellement dans leur cabinet respectif.
Seul le cabinet du docteur A est situé hors ZFU. Le docteur B, installé dans une ZFU depuis le 1er janvier 1998, bénéficie de l'exonération dégressive au taux de 60 % au titre de 2004.
Le docteur C, implanté dans une ZFU depuis 2002, bénéficie en 2004 de l'exonération au taux de 100 %.

Attention, car le pourcentage d'exonération est fonction de la date d'installation du titulaire du cabinet dans la ZFU (exonération dégressive sur 5 ans).

L'exonération de taxe professionnelle dépend du lieu de résidence du remplaçant alors que l'exonération de l'impôt sur le bénéfice concerne les actes effectués lors de remplacements en ZFU.

Références : (1) : Bulletin Officiel des Impôts 4A-8-04 du 6 octobre 2004, consultable sur: http://doc2.impots.gouv.fr

** **Qu'est-ce qu'une ZFU ?** Il existe 85 ZFU : les 44 instituées en 1997 et les 41 nouvelles mises en place en 2004. Pour plus d'infos, consultez la page "Tout pour installés et remplaçants" du site www. snjmg.org et sur : http://doc2.impots.gouv.fr/aida2004/brochures_idl2004/ud_058.html La liste des ZFU peut être consultée sur : www.ville.gouv.fr*

PETIT LEXIQUE DE FISCALITE

Abattement

En cas d'adhésion à une AGA, vous bénéficiez d'un abattement sur votre bénéfice imposable : 20 % d'abattement jusque 111 900 euros de bénéfice imposable.
L'abattement est directement calculé par le centre des impôts, il entraîne une diminution de votre revenu imposable.

Par exemple : si votre bénéfice imposable est de 12 000 euros, la base du calcul de votre impôt se fera sur : 12 000 euros - (12 000 x 0,20) = 9 600 euros

Amortissement

Déduction échelonnée dans le temps de la valeur d'acquisition d'un bien affecté à l'usage professionnel.
L'amortissement est pratiqué pour des biens d'une certaine valeur, dont l'usage dure plusieurs années (véhicule, meubles, ..)

Avantages en nature

Ce sont les prestations fournies qui constituent un élément de la rémunération. Ils entrent donc dans les recettes.
Il s'agit du logement, des repas, de la mise à disposition d'un véhicule.
Les avantages en nature sont soit évalués à leur valeur réelle (remboursement de frais), soit d'après un barème administratif.

Comptabilité des avantages en nature

Si les frais du remplaçant sont remboursés au franc près (c'est à dire à leur **valeur réelle**), ou pour les déplacements en fonction d'un barème kilométrique, le remplaçant n'est pas tenu de les comptabiliser dans ses recettes. Il ne pourra pas déduire ces dépenses en frais professionnels puisqu'ils lui ont été remboursés.

Par contre si les avantages en nature sont versés sous forme d'une **indemnité forfaitaire**, il convient de porter cette somme dans les recettes. Les dépenses engagées réellement seront déduites au titre des dépenses professionnelles.

Bénéfice

C'est le résultat comptable de la différence entre les recettes et les charges professionnelles :

si les recettes sont supérieures aux charges, le résultat est un bénéfice,
si les recettes sont inférieures aux charges, le résultat est un déficit.

Bénéfice imposable

Pour calculer le bénéfice imposable, on fait subir au bénéfice un certain nombre d'ajustements soit en plus (réintégrations), soit en moins (déductions).
Le bénéfice imposable est un résultat fiscal. Il constitue la base du calcul de l'impôt sur le revenu.

Le bénéfice imposable sert également de base au calcul des cotisations sociales.
Le bénéfice imposable est le chiffre inscrit ligne 46 de la déclaration 2035.

Chiffre d'affaires (CA) ou recettes

Ensemble des encaissements réalisés sur une année civile.
Pour les remplaçants, ce CA est constitué des honoraires rétrocédés, auxquels s'ajoutent les éventuels remboursements de frais (déplacement, nourriture, ...) versés par le remplacé.

DAS 2

Cet imprimé sert à déclarer les honoraires versés par vous-même. Si vous adhérez à une AGA, il faut y noter la somme versée à l'AGA. Ce formulaire est généralement à envoyer avant le moi de mai. (NB: Le formulaire DADS 1 sert aussi à déclarer les honoraires et salaires versés, mais il est réservé aux médecins qui emploient des salariés).

Frais professionnels ou " frais réels "

Frais occasionnés directement par l'activité professionnelle.
Si vous adhérez à une AGA, ces frais seront inscrits sur le livre " dépenses et recettes " (sauf les frais de véhicule si vous utilisez le barème forfaitaire kilométrique). Il est indispensable de garder les justificatifs de vos dépenses pendant 3 ans.

Il est recommandé de payer ces frais professionnels à partir d'un compte bancaire réservé à cet usage.

Prorata temporis

Expression latine signifiant " en proportion du temps ".
Certains calculs fiscaux sont effectués sur une année civile complète. Or, l'activité de remplacement peut débuter en milieu d'année : il faudra alors ramener les recettes perçues durant la période de remplacement à une année civile entière.

Par exemple : si vous avez débuté votre activité le 1er avril, et gagné 5 000 euros entre avril et décembre (9 mois), les recettes ramenées à 12 mois d'activité seraient de :
(12 mois x 5 000 euros) / 9 mois = 6 666 euros.

Réduction d'impôts ou crédit d'impôts

Somme soustraite au montant de l'impôt sur le revenu.
On peut, entre autres, obtenir une réduction d'impôts :

- pour dons à des oeuvres,
- pour souscription d'un contrat d'assurance vie,
- pour adhésion à une AGA (si vos recettes annuelles sont inférieures à 27 000 euros prorata temporis).

Exemple : si vos frais d'adhésion à l'AGA sont de 100 euros et le montant de votre impôt de 1200 euros, celui ci sera réduit de 100 euros et vous ne paierez donc que 1 100 euros.
La réduction d'impôt est directement calculée par le service des impôts. Pour l'obtenir, il faut toutefois noter le montant des frais d'adhésion à l'AGA dans la déclaration 2042 dans le cadre " charges ouvrant droit à des réductions d'impôt ", ligne " frais de comptabilité ". Sur la 2035, il faudra premièrement déduire les frais d'adhésion, puis les réintégrer (ligne 35).

Revenu brut

Le revenu brut comprend tous les revenus (professionnels, financiers, fonciers), avant déduction des dépenses effectuées en vue de l'acquisition ou de la conservation du revenu.

Revenu net

Revenu brut diminué des dépenses déductibles.

Les papiers, les aspects administratifs et réglementaires de l'exercice professionnel

1) Les prescriptions

RAPPELS REGLEMENTAIRES

Quelques rappels utiles du code de déontologie encadrant les prescriptions médicamenteuses :

Article 8 (article R.4127-8 du code de la santé publique)
Dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance.

Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins.

Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles.

Article 34 (article R.4127-34 du code de la santé publique)
Le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution.

Article 39 (article R.4127-39 du code de la santé publique)
Les médecins ne peuvent proposer aux malades ou à leur entourage comme salutaire ou sans danger un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé.
Toute pratique de charlatanisme est interdite.

Article 40 (article R.4127-40 du code de la santé publique)
Le médecin doit s'interdire, dans les investigations et interventions qu'il pratique comme dans les thérapeutiques qu'il prescrit, de faire courir au patient un risque injustifié.

L'ORDONNANCE

Vous devez y indiquer la date, le **nom**, **prénom** et **âge** du patient, et le **poids** surtout s'il s'agit d'un enfant, et **ne pas oublier de signer**.

Les ordonnances illisibles, ambiguës, incomplètes, sont une source d'**erreurs de prescription**, de **délivrance** et d'**observance**, sources d'accidents potentiellement graves (cf. chapitre suivant, contexte économique).

La Revue Prescrire rapporte les recommandations émises en Grande-Bretagne vers les prescripteurs : outre les mentions déjà citées, l'adresse du patient doit être notée, l'écriture en toutes lettres des dosages inférieurs au gramme afin d'éviter les confusions (ng, mg,…), la forme galénique en toutes lettres, et en cas d'administration d'un dosage supérieur à la normale, le préciser et le souligner (1). Si la dose est supérieure et dépasse le maximum prévu aux tableaux de posologie de la Pharmacopée, le médecin doit souligner sa volonté par la mention : « je dis » (dans ce cas le pharmacien peut quand même opposer un refus dont il assumera la responsabilité, à condition de prévenir le prescripteur) (2). Ce principe peut s'étendre aux contre-indications, précautions d'emploi,…

Il est également rapporté dans le même numéro huit règles élémentaires de prescriptions proposées par le « Drug and Therapeutics Bulletin » (3):

- prescrire avec parcimonie (peut-on faire autrement ?)
- prescrire avec attention (médicament approprié, posologie adéquate, mode d'administration, évalués au regard de la balance bénéfice/risque)
- informer le patient (obtention du consentement éclairé : « Je vous propose le traitement suivant… »)
- bien rédiger l'ordonnance (pourquoi pas en lettres capitales, plus facilement lisibles)
- commenter l'ordonnance (mode d'administration, observance)
- surveiller le traitement (+/- adapter le traitement)
- ne pas poursuivre le traitement inutilement (et procéder à son arrêt de manière adaptée)
- se conformer à la législation !

Les médicaments ne peuvent être prescrits que pour une durée de 1 mois (" **QSP 1 mois** " veut dire : " quantité suffisante pour un mois "), vous n'avez pas à calculer le nombre de boites. Si une durée de prescription plus longue est nécessaire, vous indiquerez " à renouveler *x* fois ".

Le nombre maximum de renouvellement est de 5, sauf dans le cas des contraceptifs oraux qui peuvent être prescrits pour un an.

Les anxiolytiques ne peuvent être prescrits que pour 3 mois (voire 1 mois pour le clorazépate dipotassique dosé à 50 mg), les hypnotiques seulement pour 4 semaines (voire 14 jours avec fractionnement de 7 jours maximum pour le flunitrazépam). Ceci conformément aux dispositions qui sont fixées par l'arrêté du 7 octobre 1991 modifié « fixant la liste des substances de la liste I des substances vénéneuses à propriétés hypnotiques et/ou anxiolytiques dont la durée de prescription est réduite ».

Lorsque vous prescrivez des traitements en dehors des indications thérapeutiques ouvrant droit au remboursement (c'est-à-dire hors AMM), vous devez noter à côté de cette prescription son caractère non remboursable par la mention "NR".

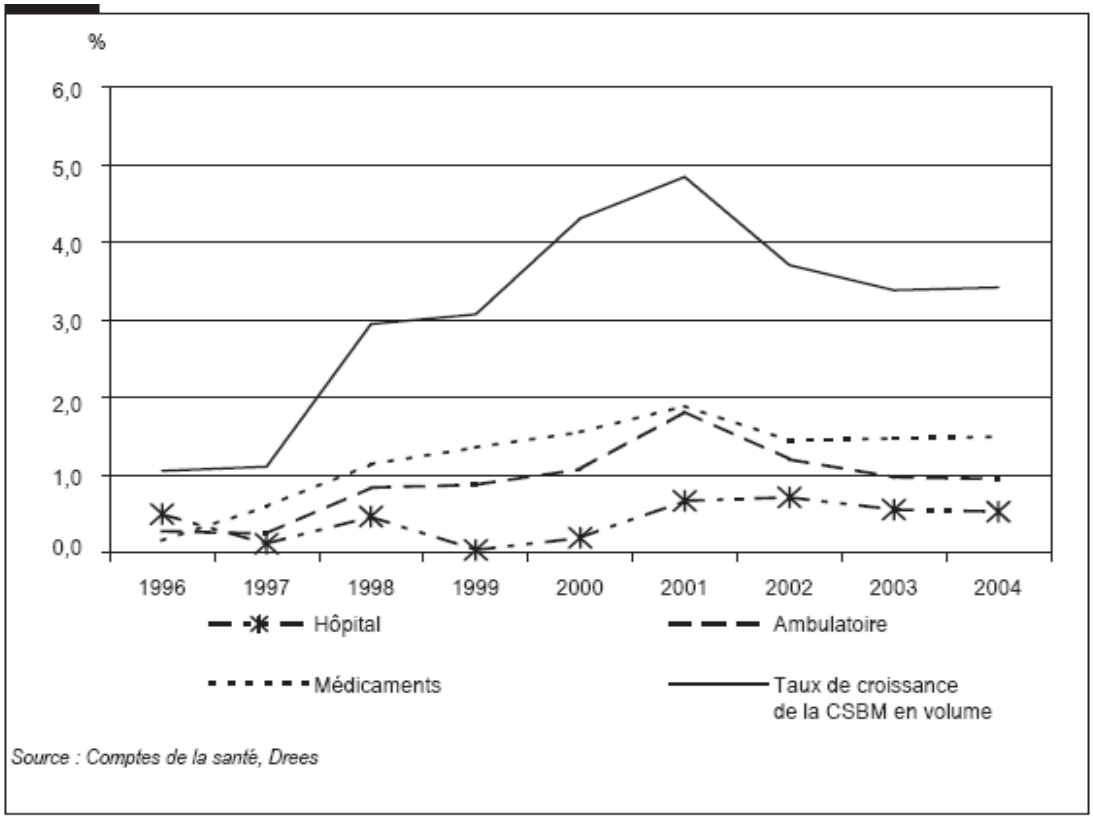
Références :
(1) : « Règles de rédaction de l'ordonnance », Prescrire supplément au n°234, décembre 2002, page 919.
(2) : « Ménage à trois : le médecin, l'ordonnance, le pharmacien », Prescrire supplément au n°234, décembre 2002, page 913-916.
(3) : « Responsabilité. Huit règles élémentaires de prescription », Prescrire supplément au n°234, décembre 2002, page 911.

CONTEXTE ECONOMIQUE

Outre les aspects réglementaires et déontologiques que nous venons de rappeler, voici un argument supplémentaire, s'il est besoin, pour une prescription médicamenteuse « au plus juste ». Il suffit d'observer le poids du poste de dépense « médicaments » dans le volume total de la Consommation de Soins et Biens Médicaux (CSBM)(1).

La CSBM représente l'ensemble des soins directement reçus par les ménages (hôpital, soins ambulatoires médicaux, dentaires, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyse, cures thermales, transports sanitaires, médicaments, optique et dispositifs médicaux).

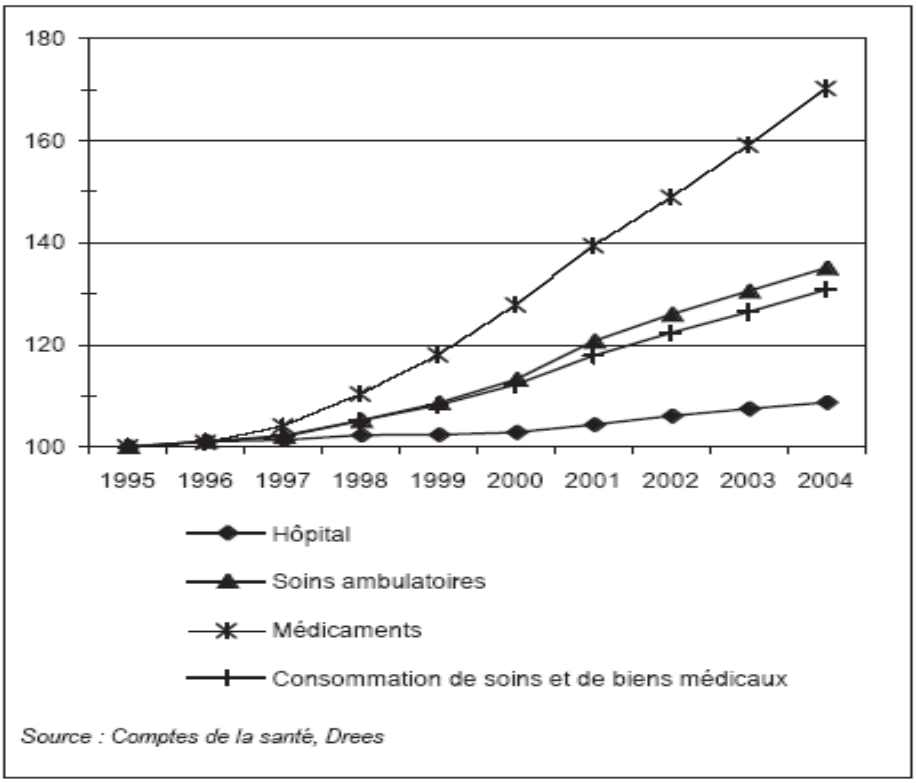
Les dépenses correspondant à la médecine de prévention (médecine du travail, scolaire, PMI,…), de recherche, de formation, de gestion du système de santé, et les indemnités journalières ne sont pas incluses.



Source : Comptes de la santé, Drees

En 2004, cette CSBM est de 144,8 milliards d'euros. Le médicament est le poste qui depuis 1997 contribue le plus à la croissance de la consommation en volume. Il convient de relativiser cette valeur, dans la mesure où la croissance économique, les prix relatifs des prestations santé, le niveau de couverture médicale (CMU), les modes de rémunération des professionnels de santé, la tarification hospitalière, entre autres, influent sur son évolution. En valeur monétaire, elle baisse (-1,2%), sous l'action conjuguée vraisemblable de baisses de prix d'un certain nombre de molécules et de la pénétration des médicaments génériques. **Le renouvellement des spécialités mises sur le marché** représente chaque année plus de la moitié de la croissance du marché des médicaments remboursables. Il ne s'agit pas d'avoir une attitude moraliste, mais de mettre en perspective le poids de nos prescriptions quotidiennes, pour inciter à avoir une attitude raisonnée.

Evolution en volume des différentes catégories de dépenses de santé (1995 = 100)



Cette mise en perspective est une invitation à la réflexion concernant la prescription médicamenteuse. En effet, une étude réalisée par le CREDES (devenu IRDES) concernant les prescriptions d'antibiotiques (qui représentent 7,2% du marché des médicaments remboursés en 2001) et notamment dans le cadre des rhinopharyngites aiguës non compliquées, montre des variations de prise en charge très importantes parmi les médecins généralistes, malgré la mise en place de recommandations. L'étude montre que parmi les déterminants de la prescription, outre les données cliniques et las caractéristiques sociodémographiques des patients (âge, sexe, actif/inactif), les particularités d'exercice et les données sociodémographiques du médecin prescripteur (âge du médecin, nombre de consultations/jour, nombre de visiteurs médicaux vus/jour,…) participent de manière non négligeable aux différences de prise en charge.

Une étude réalisée par la DREES en 2002 auprès de 922 médecins généralistes, totalisant 44000 consultations et 6000 visites, a étudié les déterminants de la prescription médicamenteuse ainsi que le nombre de médicaments prescrits (3). 78% des actes sont suivis d'une prescription médicamenteuse, et lorsqu'il y a prescription, elle comporte en moyenne 2,9 produits en moyenne.

L'ensemble des prescriptions médicamenteuses se concentrent sur 20 classes thérapeutiques pour 50% du volume total, parmi les 208 de la classification EPHMRA (classification selon des niveaux hiérarchiques comportant des sous-groupes, selon leur lieu d'action, leurs indications thérapeutiques, et leurs effets pharmacologiques). Lorsque le médecin a le choix entre un générique et un princeps, le générique est prescrit dans 37% des cas. L'étude fournit un certain nombre d'indicateurs intéressants concernant la typologie de la consultation de médecine générale (temps de consultation selon le diagnostic principal, …), qui ne sont pas détaillés ici (cf. chapitre « la consultation de médecine générale »). Il semble que la pratique individuelle de chaque généraliste en matière de prescription par acte, et concernant le

pourcentage de génériques prescrits, ne s'éloigne pas sensiblement de la pratique moyenne de l'ensemble de la profession. En revanche, pour un même médecin, les prescriptions sont très variables d'un patient à un autre, pour une même pathologie, laissant supposer que le déterminant de la prescription dépend avant tout du contexte de l'acte et des caractéristiques du patient lui-même. Ceci vient relativiser les conclusions rapportées par l'étude du CREDES citée plus haut. Les prescriptions des médecins sont relativement homogènes en volumes, mais se trompent-ils collectivement sur ce qui est prescrit (faible pénétration des recommandations) ?

L'étude relève que la probabilité de prescription et le nombre de médicaments prescrits augmentent avec le temps de consultation, sans doute en relation avec des cas plus sévères ou plus complexes. Ceci va à l'encontre de certaines modélisations proposées qui voudraient que les médecins substituent à un temps de consultation raccourcie une prescription de médicaments plus importante, afin de maximaliser le nombre d'actes produits, et/ou réduire le risque d'un diagnostic trop rapide.

Lorsqu'il y a prescription, le nombre de médicaments prescrits varie selon la zone d'emploi, le sexe, l'âge, la profession du patient, et s'il est titulaire de la CMU. Les auteurs soulignent que ces paramètres ne sont pas forcément indépendants entre eux . Des paramètres relatifs au médecin prescripteur interviennent aussi dans le niveau de prescription, et le volume prescrit (sexe, âge, région d'exercice, secteur 1 ou 2). Cependant, ces paramètres ne sont pas forcément indépendants des « paramètres » patients.

Tableau : les 20 classes thérapeutiques les plus prescrites (2002) :

Classes thérapeutiques (niveau 3 de la classification EPHMRA)	Part dans le total des prescriptions (%)
Analgésiques non narcotiques antipyrétiques	9,7
Antirhumatismaux non stéroïdiens	3,5
Tranquillisants	3,5
Anticholestérol/triglycérides	3,5
Rhinologie voie locale	3,3
Hypnotiques & sédatifs	2,6
Vasoprotecteurs voie générale	2,5
Antiulcéreux	2,5
Bêtabloquants seuls	2,4
Expectorants	2,3
Antihistaminiques voie générale	2,1
Antitussifs	2,1
Antidépresseurs	2,0
Diurétiques	2,0
Décongestionnants antiinfectieux pharynx	1,8
Antidiabétiques oraux	1,7
Pénicillines spectre large	1,7
Médicaments de la motricité gastro-intestinale	1,5
Baumes révulsifs antirhumatismaux	1,5

Source : Enquête sur la pratique des médecins généralistes, DREES, 2002.

Enfin, pourquoi doit-on prêter une grande attention aux prescriptions, notamment médicamenteuses ? L'étude épidémiologique française ENEIS sur les effets indésirables des soins, menée en milieu hospitalier, révèle que les soins ambulatoires génèrent 2/3 des effets indésirables graves nécessitant une hospitalisation parmi les 3 à 5% de l'ensemble des séjours hospitaliers enregistrés sur la période de l'étude, entre avril et juin 2004 (4). Le 1/3 restant est généré par les soins relatifs à une hospitalisation antérieure. 47% des hospitalisations motivées par des effets indésirables des soins ont été considérés, dans l'étude, comme

évitables. Le médicament a été mis en cause dans 39% des effets indésirables graves causes d'hospitalisation. Or ces effets indésirables des soins fournissent un indicateur de qualité des soins prodigués. Les patients les plus exposés sont les patients fragiles, âgés (11,4% des hospitalisations en gériatrie résultent des effets indésirables graves des soins médicamenteux). D'après l'étude, qui ne chiffre pas le coût économique de tels incidents, en France, chaque année, 70 000 à 110 000 hospitalisations semblent évitables.

Le jugement rendu récemment concernant l'affaire de l'isoméride (coupe-faim impliqué dans la survenue d'HTAP), a vu la condamnation du laboratoire pharmaceutique fabriquant ET peut-être bientôt, du médecin prescripteur. Ceci vient confirmer qu'aucune prescription n'est anodine, et que la plus grande vigilance s'impose aux prescripteurs quant à la balance bénéfices/risques de médicaments prescrits.

Références :
(1) « Les comptes nationaux de la santé en 2004 », Etudes et Résultats n° 413 juillet 2005, DREES.
(2) : «Variabilité des pratiques médicales en médecine générale : la prescription d'antibiotiques dans la rhinopharyngite aiguë », Bulletin d'information en économie de la santé n°70, août 2003, CREDES, consultable sur le site Internet de l'IRDES, et « Prescriptions sous influence » dans Prescrire n°26, mai 2005, page 379.
(3) : « Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants », Etudes et résultats n°440 novembre 2005, DREES, consultable sur : www.sante.gouv.fr/drees
(4) : « L'étude épidémiologique française ENEIS approche la part de l'évitable à l'hôpital et en soins ambulatoires », Prescrire supplément n°267, décembre 2005.

DCI (DENOMINATION COMMUNE INTERNATIONALE)

L'Assemblée mondiale de la santé de 1950 a donné pour mission à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de mettre en place un programme DCI dés 1953, afin de mettre au point pour toute substance utilisée comme médicament une dénomination spécifique reconnaissable et compréhensible dans tous les pays du monde.

Ainsi, l'OMS élabore les DCI selon un code précis, incorporant des « segments clés » permettant de reconnaître les substances d'un même groupe pharmacologique ou chimique (ex : suffixe « olol » pour les béta-bloquants).

La loi de financement de la sécurité sociale 2002 légalise la prescription des médecins en DCI (Décret n°2002-1216 du 30 septembre 2002 publié au JO du 8/09/2002).

L'objectif affiché par le gouvernement d'alors est de développer le marché des médicaments génériques (qui représente actuellement 3% du volume des médicaments remboursés). Restent à mettre en place les outils permettant de changer des habitudes de prescription souvent bien établies, et à convaincre les médecins.

Pour La Revue Prescrire, l'utilisation de la Dénomination Commune Internationale permet une réflexion globale du praticien sur ses prescriptions, leur adéquation, les formes galéniques et leurs avantages/inconvénients, la comparaison des AMM, le regard sur les excipients. Il s'agit notamment d'éviter la iatrogènie en se concentrant sur les principes actifs, que les noms commerciaux peuvent « masquer » (cas des associations de principes actifs dans une même spécialité, par exemple). C'est aussi un gage de transparence pour le patient.
Néanmoins, la rédaction de Prescrire rappelle que la bioéquivalence n'est pas identique à DCI « identique ».

Le pharmacien est renforcé dans son rôle, et dans ses responsabilités, car il lui incombe d'interroger le patient sur la tolérance du médicament reçu, qui peut différer selon les

marques. Il lui faut s'assurer également que le changement d'aspect du médicament n'entraîne pas une confusion dans les quantités ingérées.

Référence : La Revue Prescrire, rubrique « articles en une », « La prescription en DCI », août 2002, consultable sur : www.prescrire.org, et « Priorité à la DCI entre soignants et patients », n°265 octobre 2005, page706-708.

PRESCRIPTION DES STUPEFIANTS

Le carnet à souches a été supprimé et remplacé par des ordonnances sécurisées. Les stupéfiants doivent être prescrits uniquement sur ordonnance sécurisée. Par un décret publié au JO le 30 décembre 2003, le gouvernement a officialisé sa décision de renoncer à l'extension de l'usage des ordonnances sécurisées à l'ensemble des médicaments. Seule la prescription des médicaments stupéfiants ou soumis à leur réglementation demeure obligatoire sur ordonnances sécurisées.
Si la prescription de stupéfiant est en rapport avec une ALD, il faut utiliser les ordonnances bi-zones sécurisées (ou au pire, apposer la mention « ALD » sur l'ordonnance sécurisée).

La prescription doit être faite en toute lettre, non seulement pour la molécule utilisée, mais également pour la posologie, la quantité journalière, et la durée.

Il faut ensuite noter **le nombre** des spécialités pharmaceutiques prescrites dans la case qui figure en bas et à droite de l'ordonnance.
La liste des substances classées comme « stupéfiants » peut être consultée sur le site : www.afssaps.fr, à la rubrique « réglementation » de l'onglet « sécurité sanitaire et vigilances ».

Rappel des durées maximales de prescription des stupéfiants les plus courants :

- Morphine sous forme LP (Moscontin LP*, Skenan LP*,..)= 28 jours
- Morphine autre que LP (Morphine buvable, Actiskenan*,Sevredol*,…)=28 jours
- Fentanyl patch (Durogésic*)= 28 jours
- Buprénorphine (Subutex*)= 28 jours, dispensation fractionnée de maximum 7 jours (sauf mention contraire)
- Méthadone= 14 jours, dispensation fractionnée de maximum 7 jours
- Alfentanyl, chlorhydrate de morphine, sufentanyl,…= 7 jours

MEDICAMENTS D'EXCEPTION

Dans le cadre des mesures prises pour diminuer le déficit de la sécurité sociale, " certains médicaments particulièrement coûteux et d'indications précises " relèvent de mesures particulières (art. R 163-2 du code de la sécurité sociale) :

- d'une part une fiche d'information thérapeutique, comprenant les indications officielles, la posologie, la durée du traitement et les restrictions à la prescription et à la délivrance, accompagnent la mise sur le marché de ces médicaments,
- d'autre part, ils ne sont remboursés au patient que s'ils sont prescrits sur une ordonnance spéciale, dite " de médicaments d'exception ", et seulement lorsqu'ils sont utilisés dans les indications thérapeutiques prévues par la fiche d'information.

Ces médicaments pourront être prescrits pour d'autres indications, mais ils ne seront alors pas remboursés au patient.

C'est le contrôle médical des caisses de sécurité sociale qui a la charge de vérifier l'adéquation entre la prescription et la fiche d'information.

Ces prescriptions sont rédigées sur supports spécifiques (ordonnance 4 volets S 3326) accompagné d'une attestation de conformité à la fiche thérapeutique, signée par le médecin.
En 2005, 32 spécialités ont le statut de médicament d'exception : ex : époétines, hormones de croissance, interféron bêta 1a et bêta 1b, tacrolimus, …

MEDICAMENTS ATU

Délivrée par l'AFSSAPS ne bénéficiant pas encore d'une AMM : traitement de pathologies graves ou rares, absence d'alternative thérapeutique, rapport bénéfice/risque présumé. Cette ATU peut être délivrée de manière nominative, à un seul malade, à la demande et sous la responsabilité du médecin prescripteur ou pour un groupe de patients traités et surveillés selon des critères définis dans un protocole d'utilisation thérapeutique.

MEDICAMENTS A PRESCRIPTION RESTREINTE

Le concept de « prescription restreinte » remonte à 1994, suite à la transposition d'une directive européenne de 1992, imposant aux états membres de classer d'un médicament lors l'octroi de son autorisation de mise sur le marché (AMM). La classification, basée sur des critères de santé publique, distinguait alors 3 cas de figure.

- Le traitement ne peut être suivi qu'en milieu hospitalier
- Le diagnostic de la maladie doit être établi en milieu spécialisé mais le traitement peut être administré en ambulatoire
- Le traitement nécessite une surveillance particulière, et parfois une prescription par un spécialiste, en raison d'effets indésirables potentiellement graves.

Le décret du 15 juin 2004 a modifié les catégories de médicaments soumis à prescription restreinte, en portant à 5 le nombre de ces catégories (1).
Dans tous les cas, le pharmacien qui délivre le médicament doit toujours s'assurer que les conditions de la prescription sont respectées : présentation de la prescription initiale si besoin, vérification des caractéristiques du prescripteur, contrôle des éventuelles mentions relatives à la surveillance du traitement.

Voici les 5 catégories :

- Médicaments réservés à usage hospitalier : concerne les médicaments pour lesquels les contraintes techniques d'utilisation ou les raisons de sécurité d'utilisation nécessitent que le traitement soit administré en hospitalisation (art. R 5121-82 du CSP).

- Médicaments à prescription hospitalière : concerne les médicaments pour lesquels les pathologies pour lesquels ils sont utilisés requièrent des moyens de diagnostic et de suivi adaptés, ou pour lesquels il y a des caractéristiques pharmacologiques d'utilisation, ou un degré d'innovation spécifique, ou…un autre motif de santé publique (art. R 5121-84 à R 5121-86).

- Médicaments à prescription initiale hospitalière : concerne des médicaments pour lesquels les établissements doivent disposer de moyens adaptés de diagnostic et de suivi des maladies concernées (art R 5121-87 du CSP).

- Médicaments à prescription réservée à certaines spécialités : concerne des médicaments pour lesquels il y a des contraintes de mise en œuvre, ou des caractéristiques pharmacologiques spécifiques, ou le degré d'innovation, ou autre motif de santé publique (art R 5121-90 du CSP).

- La surveillance particulière, qui est l'une des 5 catégories, peut être cumulée avec chacune des précédentes. Elle concerne des médicaments pour lesquels il y a des effets indésirables potentiellement graves, nécessitant la personne à des examens périodiques (art R 5121-93 à R5121-94 du CSP).

Ces règles viennent s'ajouter aux contraintes liées à la réglementation sur les substances vénéneuses (liste I, II, ou stupéfiants).

Une même spécialité peut être à la fois un médicament soumis à prescription restreinte, et un médicament d'exception.

Prescription restreinte : modalités pratiques pour l'accès au traitement (1) :

Catégorie de médicament	Prescription	Dispensation	Administration
Réservé à l'usage hospitalier	Médecin exerçant dans un établissement de santé, possédant des qualifications particulières si spécifié dans l'AMM (ou l'ATU).	Pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé.	Au cours d'une hospitalisation.
Prescription hospitalière	Médecin exerçant dans un établissement de santé, possédant des qualifications particulières si spécifié dans l'AMM (ou l'ATU).	Pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé si le médicament est inscrit sur la liste de rétrocession. (a,b) Pharmacie d'officine si le médicament est inscrit sur la liste des médicaments remboursables (b)	En ambulatoire, ou en suites d'actes de soins ou de diagnostic (sans hospit.) dans un établissement de soins si spécifié dans l'AMM
Prescription initiale hospitalière	Prescription initiale : Médecin exerçant dans un établissement de santé, possédant les qualifications particulières si spécifié dans l'AMM (ou l'ATU). La durée de validité de la prescription initiale peut être fixée par l'AMM (c) Renouvellement : Tout médecin (sauf mention particulière spécifiée dans l'AMM) avec possibilité de modifier la posologie ou la durée du traitement	Pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé si le médicament est inscrit sur la liste de rétrocession. (a,b) Pharmacie d'officine si le médicament est inscrit sur la liste des médicaments remboursables. (b)	En ambulatoire.
Prescription réservée à certains spécialistes	Prescription initiale : Médecin spécialiste. La durée de validité de la prescription initiale peut être fixée par l'AMM (c) Renouvellement : Tout médecin ou médecin spécialiste, avec possibilité de modifier la posologie ou la durée du traitement	Pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé si le médicament est inscrit sur la liste de rétrocession. (a,b) Pharmacie d'officine si le médicament est inscrit sur la liste des médicaments remboursables. (b)	En ambulatoire.
Surveillance particulière (d)	La prescription est subordonnée à la réalisation d'examens périodiques, tels que spécifié dans l' AMM (ou l'ATU).		

(a) : rétrocession= vente de médicaments par les pharmacies intérieures des établissements de santé à des patients ambulatoires (l'établissement vendeur présente la facture directement à la caisse d'assurance maladie, constituant un transfert de charges financières de l'hôpital vers les soins de ville). Réf. : Prescrire n°255, novembre 2004, pages 780-782.

(b) : le pharmacien doit toujours s'assurer que les conditions de prescription sont respectées : présentation de la prescription initiale si nécessaire, vérification des caractéristiques du prescripteur, contrôle des éventuelles mentions relatives à la surveillance du traitement.

(c) : la durée de validité de la prescription initiale est le plus souvent fixée à 6 mois ou 1 an.

(d) : cette restriction peut être cumulée avec les autres catégories de prescription restreinte.

Référence : « Prescription restreinte : pour y voir plus clair », La Revue Prescrire, n°265, octobre 2005, pages 700-703.

PRESCRIPTION TELEPHONIQUE

Devant la banalisation de cette pratique, les praticiens devant faire face à de nombreuses sollicitations téléphoniques de la part des patients, parfois en contexte d'urgence « ressentie » (voir chapitre dédié à la consultation de médecine générale), l'Ordre national des médecins a été amené à émettre un avis durant la session du Conseil national le 15 octobre 2004. Cet avis est repris ici en grande partie.

L'article R. 5194 du Code de la Santé Publique relatif aux conditions de délivrance des médicaments prévoit que *« toute prescription de médicaments ou produits mentionnés à la présente section doit être rédigé après examen du malade »*.

Cette disposition du Code de la Santé Publique est aujourd'hui battue en brèche par une disposition de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie au terme de laquelle *: « Une ordonnance comportant des prescriptions de soins ou de médicaments peut être formulée par courriel dès lors que son auteur peut être dûment identifié, qu'elle a été établie, transmise et conservée dans des conditions propres à garantir son intégrité, sa confidentialité et à condition qu'un examen clinique du patient ait été réalisé préalablement sauf à titre exceptionnel en cas d'urgence».*

Cette rédaction renvoie à deux hypothèses :

- celle d'un examen clinique préalable.

Dans le cas visé par la loi, on est bien dans une situation où le patient n'est pas physiquement auprès du médecin au moment où il rédige son ordonnance mais on suppose qu'il a été vu préalablement en consultation. L'Ordre relève qu'il y a une ambiguïté sur l'utilisation de l'adjectif « préalable », qui peut renvoyer à une consultation effectuée la veille, une semaine ou deux mois auparavant. Il faut alors se référer à la jurisprudence de la Cour de Cassation suivant laquelle le médecin doit agir *« sous le contrôle de sa conscience et dans le respect des règles professionnelles »*. Ces règles sont aussi bien celles issues du code de déontologie médicale (en particulier de ses articles 32 , 33 et 34) que des données acquises de la science.

Il en résulte qu'aujourd'hui l'article L 5194 du Code de la Santé Publique doit être au minimum réinterprété à la lumière de la loi et peut-être réécrit. Car si la loi n'évoque pas les appels téléphoniques mais les courriels, il est difficilement envisageable de ne pas se saisir de la question dans sa globalité. Bien entendu, la réglementation devra être modifiée et précisée : cette prescription doit-elle être limitée à certains soins, médicaments et produits ? L'Ordre pointe la nécessité de mentionner sur le dossier médical les conditions particulières de cette prescription, et la nécessité de vérifier, comme pour toute prescription, la bonne compréhension de ce qui a été dit.

L'Ordre fait référence aux recommandations du Comité Permanent des Médecins Européens concernant la correspondance par e-mail entre un médecin et un patient. Il y est fait clairement état de l'utilisation du courrier électronique vis-à-vis des seuls patients connus du praticien et de la nécessité d'une identification des partenaires, notamment par la voie de la signature électronique. La correspondance e-mail fait partie du dossier médical du patient et doit être archivée. Le CPME recommande de vérifier que cette correspondance est couverte par l'assurance en responsabilité civile du praticien et conforme à la réglementation en vigueur. Ces dernières recommandations sont bien évidemment également valables pour les échanges téléphoniques.

En revanche si la demande émane d'un patient inconnu ou non identifié, la « prescription » doit se limiter à une simple information de caractère général suivie le cas échéant d'une invitation à se rendre au cabinet d'un médecin. Cette distinction entre les patients connus du médecin qui effectue la prescription et les patients inconnus ou non identifiés ressort très clairement de l'enquête menée par le Conseil national de l'Ordre des médecins auprès de ses homologues de l'Union Européenne qui, dans cette hypothèse, se montrent assez largement opposés à une prescription téléphonique ou même à une prescription par courriel.

- la deuxième hypothèse envisagée par la loi : *« sauf à titre exceptionnel en cas d'urgence»* : activité médicale téléphonique dans le cadre de la permanence des soins.

Elle ne peut se concevoir que dans un acte de régulation médicale téléphonique où les différents intervenants -appelants et appelés- sont et se sont dûment identifiés, et où les échanges sont protocolisés, et mémorisés.

Ce protocole permet une appréciation de degré d'urgence en fonction d'une évaluation réalisée grâce à l'interrogatoire téléphonique. Il amené la mise en oeuvre de moyens médicaux adaptés à l'état de santé du patient, engageant le médecin et le patient dans une stratégie de suivi médicalisé (cf. chapitre dédié à la régulation médicale).

Comme on peut le constater, la réglementation relative à la délivrance des médicaments doit être rénovée. La reconnaissance de l'acte médical téléphonique encadré d'un point de vue médical, déontologique et juridique débouche sur la question de la valorisation de cet acte.

UTILISATION DE L'ORDONNANCE BIZONE (OU " ORDONNANCE A 100% ")

Attention !

Si vous demandez à un patient, lors d'un remplacement, s'il est " pris en charge à 100% ", afin de savoir si vous devez utiliser une ordonnance bi-zone ou non, **méfiez-vous d'une réponse positive** : elle peut signifier soit qu'il a une bonne mutuelle, soit qu'il bénéficie de la CMU, soit effectivement qu'il est en ALD. Le mieux est de vérifier sur l'attestation Carte Vitale. Il importe ensuite de savoir pour quelle pathologie il est pris en charge à 100% : certains patients coupent court « je suis pris en charge pour tout ! ».

Vous devez inscrire **les prescriptions relatives à l'affection prise en charge dans la partie supérieure de l'imprimé**, et les autres prescriptions dans la partie inférieure. Ne pas oublier l'application du tampon du remplacé dans le cadre supérieur gauche, avec votre nom, et la mention «(remplaçant) » (« R » peut suffire).

Dans le cadre supérieur droit, il faut noter les nom et prénom du patient, la date.

La liste des affections de longue durée se trouve au paragraphe " exonération du TM ".

Règles pour la prescription de médicaments-niveau de prise en charge :

Partie haute **les soins en rapport avec l'ALD** exonérante en cours.	**Remboursement 100 %** Consultations, Médicaments vignettes blanches et bleues. Tous actes médicaux : examens biologiques et radiologiques, soins infirmiers et de kinésithérapie…
Partie basse les soins en rapport avec **d'autres affections**	**Taux de remboursement habituels** **70 %** Consultations, examens biologiques et radiologiques **65 %** Médicaments (sauf médicaments vignettes bleues à 35 %) **60 %** Soins infirmiers et de kinésithérapie

2) Le paiement des actes

Le remplaçant doit adopter le statut conventionnel du médecin remplacé (cf. chapitre « convention nationale ») :

- Si vous remplacez un médecin non-conventionné (secteur 3) : vous adoptez ses tarifs.
- Si vous remplacez un médecin conventionné en secteur à honoraires libres (secteur 2) vous adoptez ses tarifs qu'il aura fixés avec " tact et mesure ". Vous ne pouvez adopter le DP (dépassement permanent) accordé à titre personnel à certains médecins il y a environ 20 ans (*).
- Si vous remplacez un médecin conventionné en secteur à honoraires déterminés (secteur 1, cas le plus fréquent), les tarifs sont fixés dans le cadre d'un accord conventionnel avec l'assurance maladie. Le Dépassement Exceptionnel (DE) pour exigence particulière, est possible, en sus du tarif « sécu ». Il est non remboursé.

Attention aux nombreuses subtilités !
En effet, la prise en charge de vos patients, mais également votre paiement, dépend de la rigueur avec laquelle vous remplirez votre feuille de soins.
Le plus souvent, vous notez le montant des honoraires perçus, en décomposant lors d'une visite, les IK ou ID, et vous signez. Cette signature est la preuve que votre patient vous a réglé.

S'il ne vous règle pas, **ne signez pas**, c'est votre seul recours (à moins de ne pas lui donner la feuille de sécurité sociale, et de proposer de remettre la feuille au moment du règlement). Il est important de vous mettre d'accord à l'avance avec le médecin remplacé sur la conduite à tenir face aux impayés.

En cas d'acte gratuit, il est recommandé de remplir une feuille de maladie : barrez sans signer la rubrique " paiement des actes ", et portez-y la mention " acte gratuit ". Cette mention " acte gratuit " doit être également portée sur une éventuelle ordonnance, sinon le patient pourrait ne pas être remboursé de ses dépenses pharmaceutiques.

Lors d'un accident de travail, c'est la case « AT/MP » qui doit être cochée sous la rubrique « conditions de prise en charge des soins ». Le patient qui ne vous présente pas le feuillet d'accident de travail délivré par l'employeur doit avancer les frais de consultation (il sera remboursé à 100% dans le cadre de sa prise en charge AT ultérieurement).
S'il présente le feuillet mentionné, il est dispensé d'avance de frais : le numéro d'accident de travail (si il a déjà été déclaré) doit être mentionné sur la même ligne, ou, le cas échéant, la date de 1ère constatation de l'AT dans la case adjacente.

Patient bénéficiant d'une Couverture Maladie Universelle (CMU) :
Si vous n'avez pas accès aux informations de la carte vitale, demandez l'attestation papier du patient. Recopiez ou faites recopier le numéro d'immatriculation, ainsi que les nom, prénom et adresse de l'assuré. Inscrivez la mention " CMU " en haut de la feuille de soins, cochez les cases " n'a pas payé la part obligatoire " et éventuellement la case « n'a pas payé la part complémentaire » si le patient bénéficie de la prise en charge de la CMU-Complémentaire (CMU-C). N'oubliez pas d'inscrire le montant de l'acte dans la case " Montant total " , et de faire signer votre patient en bas de la feuille (à droite).

Il est prudent de disposer d'une **photocopie de l'attestation papier de prise en charge CMU**, certains patients étant identifiés auprès d'une autre CPAM que celle de votre lieu de travail : l'adresse d'envoi de la feuille de soins pour paiement doit être celle de la CPAM où est connu le patient (n'oubliez pas de la noter dans un coin de la feuille). Les délais de paiement s'allongent d'autant.

S'il s'agit d'un ayant-droit (enfant ou épouse par exemple), remplissez la cartouche « Assuré » après celle concernant la « Personne recevant les soins ».
Le mieux est de faire une photocopie du certificat de prise en charge du patient par la CMU. Vous aurez ainsi tous les renseignements en cas de litige avec la caisse de sécu. **Vous gardez la feuille de soins,** que le remplacé se chargera de transmettre à la sécurité sociale.

Attention à la date limite d'attribution de la CMU, que vous pouvez vérifier sur l'attestation papier. Au delà de cette limite, le patient ne bénéficie plus du tiers payant, et doit donc vous régler le montant des actes réalisés.

Attention également, il circule de fausses attestations : vous n'aurez aucun recours, notamment si le patient est inconnu du cabinet médical. Malheureusement, ceci jette le discrédit et suscite la méfiance à l'égard de l'ensemble du dispositif.
N'oubliez pas de **signer** vous-même et de faire signer la feuille par le patient (atteste que l'acte a été effectué, et non payé comme c'est le cas sur les feuilles de soins de l'ancienne génération).

Certains médecins acceptent le paiement différé, en accord avec la caisse de sécurité sociale. Dans ce cas vous cochez la case « Oui » à la rubrique « exonération du ticket modérateur », puis « autre » en mentionnant " dû pour autorisation d'avance " ou " paiement différé " ou " dispense d'avance de frais ". Remplissez la feuille comme s'il s'agissait d'une CMU, faites signer votre patient.

Le patient n'a donc pas à avancer les honoraires de la consultation, c'est le remplacé qui sera ultérieurement remboursé, après avoir adressé à la CPAM la feuille de sécurité sociale.

Attention ! **Cette procédure exceptionnelle n'existe que pour les patients exonérés du ticket modérateur pour une Affection Longue Durée (ALD)**, **et seulement si** le remplacé a passé un accord avec sa caisse en ce sens (certaines caisses refusent ce genre d'accord, et le remplacé n'est pas remboursé dans ce cas).

Pour les patients bénéficiant de l'exonération du ticket modérateur (TM) pour affection longue durée (ALD) (cf. ci-dessous), vous remplissez les mêmes rubriques (prestation des actes, et paiement des actes), en ayant coché « Oui », à la 1ère ligne mentionnant cette exonération.

Dépassement exceptionnel : une petite case « dépass. » notée verticalement correspond au montant du Dépassement Exceptionnel (D.E.), que vous pouvez utiliser en cas de demande abusive d'un patient, comme une visite inutile. Le patient n'est pas remboursé de ce montant, qui ne doit pas être excessif.

( ) Droit au Dépassement Permanent (DP) des tarifs de la sécurité sociale : les patients sont remboursés sur la base du tarif conventionnel. Il s'agit d'une survivance des conventions d'avant 1980. L'accès au droit au DP est impossible depuis 1980. L'accès étaient autorisés selon les titres, l'expérience, la formation, qui ne pourtant ne garantissent forcément en eux-mêmes pas la qualité de l'exercice médical. Ces médecins représentaient 5,33% de l'ensemble généralistes et spécialistes en 1989.*

3) Utilisation de la feuille de soins.

La feuille de soins sur support papier devait disparaître progressivement avec la mise en place de la télé-transmission (passage à la feuille de soin électronique), dans le cadre des « Ordonnances Juppé » .

Destinée aux services administratifs de la sécurité sociale, elle ne doit, théoriquement, comporter aucun renseignement médical, sous peine de rupture du secret médical (nous verrons dans le chapitre sur la CCAM que le codage des actes peut donner une idée très précise du motif de consultation).

En premier lieu, vous devez inscrire les nom et prénom du patient : " selon les indications de l'intéressé ".

Vous n'êtes pas chargés de vérifier son identité.
Vous remplissez une feuille de soins par patient.

Malgré sa disparition programmée, la feuille de soins ne cesse de changer d'habillage.

LA PRESTATION DES ACTES

- Après avoir noté la date, et identifié votre patient (nom et prénom) à la rubrique « Personne recevant les soins »,
- A la rubrique « Conditions de prise en charge des soins », cochez la case correspondante à la situation de votre patient : prise en charge au titre de la « Maladie », des accidents de travail/maladie professionnelle (AT/MP), ou « Maternité ».
- Mentionnez la situation du patient dans le parcours des soins (« accès direct spécifique », « urgence », « hors résidence habituelle », « médecin traitant remplacé », »accès hors coordination »). (cf. infra).
- Datez, codez l'acte (C, V, VN, VD, K, etc. cf. nomenclature), +/- ses forfaits (+ MNO, + MU,…) , indiquez le total
- Signez la feuille, vérifiez que votre nom figure bien sous celui du médecin dont vous utilisez les feuilles, avec la mention «(R) » ou «(remplaçant) ».

Remarque :
Une feuille de maladie peut être réutilisée, lorsqu'un second acte a lieu dans un délai de 15 jours. Si vous effectuez deux actes le même jour (exemple : deux visites pour suivi d'une urgence), notez sur la feuille l'heure à laquelle vous effectuez ces actes. De même, notez l'heure lors d'une visite effectuée le samedi, pour différencier les V des VD(cf. nomenclature).

LA NOUVELLE FEUILLE DE SOINS : MODE D'EMPLOI

Depuis le 1er juillet 2005, la mise en place du parcours de soins coordonnés a conduit à l'élaboration d'une nouvelle feuille de soins. Cette modification s'applique à la feuille de soins papier, comme à la feuille de soins électronique (FSE).

Voici les règles générales à suivre pour remplir la nouvelle feuille de soins (cf. tableaux ci-dessous). Elles sont essentielles pour déterminer la base de remboursement des consultations.

Déterminez tout d'abord si le patient est concerné par le parcours de soins coordonné :
Certains patients ne sont pas concernés par le dispositif et ne doivent donc pas déclarer de médecin traitant :

- **les personnes de moins de 16 ans,**
- les migrants de passage,
- les bénéficiaires de l'aide médicale d'état (AME)

Dans ces situations, remplissez la feuille de soins comme avant, sans changement.
A une exception près, dans le cadre de l'urgence, où il faudra cocher la case « *urgence* ».

Les autres patients, de plus de 16 ans sont soumis à la déclaration du médecin traitant et entrent ainsi dans le dispositif de coordination de soins :
Différentes situations peuvent alors se présenter, selon que le patient consulte dans le parcours de soins ou hors parcours de soins (cf. chapitres suivants).

***Quelques Remarques IMPORTANTES* :**
1) Dans le contexte du remplacement, vous travaillez à la place du médecin traitant, donc vous devrez remplir les nouvelles feuilles de soins en utilisant soit :

- Les ordonnances et feuilles de soins papier préidentifiées du médecin que vous remplacez, mais en y indiquant votre situation de remplaçant ainsi que votre nom.
- Votre propre carte CPS, selon les dispositions légales d'obtention en vigueur (1).

2) Vous ne cocherez donc la case «médecin traitant remplacé» ou ne saisirez le code MTR de la FSE que si le patient vous consulte et que son médecin traitant habituel est absent et n'est pas celui que vous remplacez. Le médecin remplaçant doit coder comme le médecin qu'il remplace, et s'identifie en notant son nom sous celui du médecin dont il utilise les feuilles.

3) En cas d'urgence médicale :
Il n'est pas indispensable que le patient ait déclaré un médecin traitant. Dans ce cas, le patient peut consulter un médecin sans baisse de remboursement. Sur la nouvelle feuille de soins, vous devrez cocher la case urgence ou saisir le code MTU dans la nouvelle FSE.

L'urgence est définie comme : *« une situation non prévue plus de 8 heures auparavant, pour une affection ou la suspicion d'une affection, mettant en jeu la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et entraînant la mobilisation rapide du médecin. Ni les dépassements maîtrisés, ni les majorations de coordination ne sont autorisés »* (2).

Références :
(1) : Carte CPS Remplaçant **:** http://www.gip-cps.fr/pdf/remplacement
(2) : http://www.ameli.fr

TELETRANSMISSION ET REMPLACEMENT

Rendues **obligatoires** par les ordonnances Juppé en 1996, les feuilles de soins électroniques et leur télétransmission via le réseau net devaient se substituer au support papier en juillet 2000. Il était initialement prévu une pénalité financière pour toute feuille de soins papier adressée à la sécu au-delà de cette date. Le décret d'application n'a, à ce jour toujours pas été publié.

L'accès au Réseau Santé Social pour télétransmettre est, entre autre, sécurisé par la détention de la carte professionnelle par tout médecin installé. Cette carte est nominative. **Un médecin remplaçant ne peut et ne doit donc pas l'utiliser pour télétransmettre les feuilles de soins**

en lieu et place du médecin installé. Le conseil national de l'Ordre des médecins nous a confirmé cette interdiction fin 2001.

Jusqu'à il y a peu, il n'existait pas de carte permettant à un remplaçant, thésé ou non, d'avoir accès au RSS. Dans la gamme des cartes émises par le GIP-CPS (Groupement d'Intérêts Publics en charge de toute la problématique liée à la Carte Professionnel de Santé), il existe bien une carte de Praticien En Formation, théoriquement délivrée aux résidents dans le cadre de leurs stages hospitaliers, et sur demande du chef de service où s'effectue le stage en cours, mais qui de toute façon ne donne pas accès au RSS.

A l'initiative du SNJMG, il a été pris contact avec le GIP-CPS, et les représentants de la CNAM afin de discuter des solutions envisageables. Le problème revêtait une importance particulière dans la mesure où l'Ordre national des médecins avait émis durant l'automne 2000 le souhait de voir la carte ordinale et la carte professionnelle ne faire plus qu'une. L'échéance prévue pour la mise en circulation de la future « carte professionnelle du remplaçant » était initialement prévue pour 2002, mais le dossier comportait, du fait du nombre des intervenants, de nombreux blocages.

Depuis le 15 juin 2004, les médecins remplaçants, thésés ou non, peuvent désormais obtenir leur carte professionnelle de santé auprès du GIP-CPS (Groupement d'Intérêt Public-Carte Professionnel de Santé).

Cette carte permet, lors d'un remplacement, le téléchargement et l'envoi des FSE en lieu et place du médecin remplacé. Ce dernier doit néanmoins faire procéder à la mise à jour de son logiciel Sesam/Vitale par l'éditeur du logiciel : seules les versions 1.40 autorisent cette fonctionnalité, mais leur coût peut être un frein à leur utilisation. Ce sont les éléments de facturation du professionnel remplacé qui sont alors intégrées pour transmettre les FSE.

La demande de carte doit être réalisée auprès de l'Ordre départemental dont dépend le remplaçant, en remplissant un formulaire dédié qui sera validé par l'Ordre, puis transmis (soit par l'Ordre soit par le remplaçant) à la DDASS.

La suite de la procédure fait intervenir la DDASS, la CPAM et le GIP-CPS. Ce dernier transmet la carte directement à l'adresse indiquée avec le code confidentiel permettant l'utilisation de la carte.

Une carte de professionnel en formation (CPF) peut être obtenue par les médecins non thésés, titulaires d'une licence de remplacement, toujours auprès de l'Ordre départemental dont ils dépendent.

Le délai d'obtention est d'environ 1 mois. La carte est renouvelée à l'échéance de 3 ans.
Une fiche type peut être consultée sur le site :
http://www.gip-cps.fr/pdf/remplacement_V4.pdf, ou au numéro suivant : 0 825 85 2000

4) Nomenclature des actes.

LA NOMENCLATURE DES ACTES MEDICAUX, HISTOIRE

La Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) existe depuis 1945.
En 1960, elle est devenue la base réglementaire servant à établir les tarifs opposables.
Une commission permanente a été créée dès son origine, et la NGAP a ainsi bénéficié de nombreuses modifications.

La loi du 4 janvier 1993, confirmée par l'ordonnance du 24 avril 1996, institue le codage des actes et prestations remboursables par l'Assurance Maladie, ainsi que le codage des pathologies diagnostiquées. La mise en oeuvre du codage est décrite par le décret du 6 mai 1995. Mais le codage des actes prévu par le plan Juppé de 1996 a imposé une complète révision de la NGAP. Un long travail de codification a alors été entrepris: il s'agit du chantier de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM).

Il s'est attaché en premier lieu à ce qu'il y avait de moins complexe à coder : les actes techniques. D'autant que le codage des actes et des pathologies a été rendu obligatoire dans tous les établissements de santé dans le cadre de la généralisation du Programme de Médicalisation des Systèmes Informatiques.

Il existe donc actuellement en France deux nomenclatures des actes médicaux :

- le Catalogue des Actes Médicaux (CdAM). Le CdAM est employé dans le cadre du PMSI qui est utilisé à différents stades des procédures d'allocation de ressources aux établissements de santé.

- La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP). Il s'agit d'une liste de libellés d'actes assortis de cotations qui fixent les honoraires des professionnels - médecins, dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux- du secteur libéral. Dans les établissements privés, la NGAP est utilisée pour le calcul des forfaits de salle d'opération (FSO), des forfaits de soins d'environnement (FSE)...Dans les hôpitaux publics et participant au service public hospitalier, cette nomenclature est utilisée pour la facturation des soins externes, la définition du niveau de prise en charge des malades (ticket modérateur) et la production de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). *Les actes de la NGAP ne sont pas codés.*

L'état actuel du cadre réglementaire contraint donc les établissements de soins et les professionnels à utiliser simultanément ces deux nomenclatures, conçues pour des objectifs différents, dont il s'est avéré impossible de réaliser le transcodage de manière satisfaisante.

Référence : « Elaboration des libellés de la CCAM », Caisse Nationale d'Assurance Maladie, mars 2002.

Quel objectif ?

Pourquoi tant de remue-ménage ?
Le codage constitue la base d'un système d'information indispensable, tant en termes de santé publique qu'en termes de maîtrise médicalisée des dépenses.

Le codage des actes médicaux doit s'appuyer sur un système unique, quel que soit le secteur d'exercice, public ou privé, des professionnels de santé ou le mode de prise en charge, ambulatoire ou non, des patients, ce qui implique au minimum l'utilisation d'une

classification commune. La CCAM technique doit permettre au praticien de pouvoir décrire l'acte qu'il a réalisé avec un seul code.

La CCAM a été réalisée pour sa phase de hiérarchisation des actes, par les experts des sociétés Savantes de chaque spécialité, suivant une méthodologie élaborée par le pôle Nomenclature de la CNAMTS, en vue de créer un codage « universel » à l'ensemble des professions de santé. Il s'agit d'une liste unique de libellés et de codes permettant à terme:

- de garantir la nécessaire cohérence des systèmes d'information,
- de satisfaire les professionnels par l'utilisation d'un seul outil,
- de rationaliser la maintenance de cet outil.

Et ainsi de permettre la description de l'activité médicale et l'allocation de ressources, quel qu'en soit le mode (tarification, dans le cadre du paiement à l'acte, calcul des indices du codage PMSI, ICR et GHM).

Champ d'application ?

Les actes médicaux inscrits à cette version de la CCAM sont les actes professionnels à l'exclusion des actes cliniques, des actes des anatomopathologistes et de ceux des sages femmes, qui feront l'objet de publications ultérieures. Ces restrictions admises, on entendra par **acte médical technique** tout *« acte dont la réalisation par des moyens [...] physiques ou instrumentaux est effectué par un membre d'une profession médicale dans le cadre de son exercice et les limites de sa compétence* ».

Les actes de la CCAM sont ceux que les sociétés savantes considèrent comme légitimes à y figurer à la date de constitution ou de mise à jour de la classification. La CCAM ne doit en effet pas contenir d'acte obsolète, c'est-à-dire tombé en désuétude en raison de son archaïsme technique, de son manque d'efficacité, voire de sa dangerosité ; elle ne doit pas non plus comporter d'acte "non éprouvé", selon la terminologie proposée par le Conseil national de l'Ordre des médecins.

Comment ça marche ?

La CCAM est beaucoup plus précise que la NGAP. Elle est fondée sur un classement par appareil. La présentation générale de la CCAM correspond à une logique médicale et se fait par grands appareils ou systèmes et non par spécialités.

La CCAM est constituée de 19 chapitres : les 16 premiers chapitres correspondent aux grands appareils ou systèmes ; le chapitre 17 comprend les actes sans précision topographique ; le chapitre 18 regroupe les gestes complémentaires; le chapitre 19 prend en compte les adaptations pour la CCAM transitoire.

Le plan-type par chapitre distingue les actes diagnostiques et les actes thérapeutiques.
Les premiers sont subdivisés par grandes techniques puis par topographies, les seconds par topographies puis par actions.

Tout le détail de l'utilisation de ces nomenclatures est détaillé dans les chapitres suivants.

LA NOMENCLATURE DES ACTES MEDICAUX, PRINCIPES GENERAUX

Rappel : le remplaçant doit adopter le statut conventionnel du médecin remplacé :

- **Si vous remplacez un médecin non conventionné** : vous adoptez ses tarifs.

- **Si vous remplacez un médecin conventionné en secteur à honoraires libres (secteur 2**) vous adoptez ses tarifs qu'il sera censé avoir fixés avec " tact et mesure ". Vous ne pouvez adopter le DP (dépassement permanent) accordé à titre personnel à certains médecins il y a environ 20 ans.
- **Si vous remplacez un médecin conventionné en secteur à honoraires déterminés** (**secteur 1**, cas le plus fréquent), les tarifs des actes sont les suivants, pour la France métropolitaine :

On note l'acte pratiqué par sa lettre-clé ou son code, et on y ajoute éventuellement sa ou ses majorations en fonction de circonstances particulières dans lesquelles cet acte est effectué : nuit, férié, déplacement, nourrisson, urgence, etc.

La nouvelle nomenclature des actes, applicable au 1er septembre 2005, distingue deux types de cotation :

- Les lettres-clés de la **NGAP** (nomenclature générale des actes professionnels, reste de l'ancienne nomenclature) qui comporte les **actes non techniques** (consultation, visite) et leurs majorations.
- Les codes de la **CCAM** (classification commune des actes médicaux) qui comporte les **actes techniques** et leurs majorations, appelées *modificateurs*.

Les actes en K (actes techniques) de la NGAP disparaissent donc au 31décembre 2005, remplacés par la CCAM. Cette échéance butoir, repoussée plusieurs fois en raison de l'impréparation des professionnels de santé et des éditeurs de logiciel, n'est pas définitive.
Au moment où nous publions, le rejet des actes cotés en K et Z par les CPAM est prévu à compter du **1er avril 2006**.

Pour vous tenir au courant, n'hésitez pas à consulter le site du SNJMG : www.snjmg.org

Sur feuille de soins papier, **on ne doit pas coter sur une même ligne les actes en NGAP et ceux en CCAM.**

Mais **pour un même acte**, il peut y avoir sur une ligne une cotation NGAP, et sur une autre une cotation en CCAM, uniquement dans les cas prévus par la réglementation (ex : consultation + ECG ; suture + MSU,…).

De toute façon, les circonstances où l'on peut associer actes en NGAP et actes en CCAM sont rares, puisqu'en règle générale, **on ne peut cumuler la tarification d'un acte technique et celle d'un acte non technique** (on cote l'acte au tarif le plus élevé) ; seule exception à cette règle : l'ECG, qui peut se cumuler avec C (consultation) ou V (visite).

On peut cumuler la tarification de deux actes techniques (au maximum), mais le tarif du second (le moins élevé) est diminué de moitié.

Sur le site du SNJMG, vous trouverez le tableau complet de la nomenclature des actes médicaux en médecine générale, régulièrement mis à jour en fonction des nouveautés et changements (nombreux à prévoir ces prochains mois):
http://www.snjmg.org/infos/nomenclature.html

Dans les chapitres suivants, nous allons revenir en détail sur chaque nomenclature.

5) La nomenclature générale des actes professionnels (NGAP)

Elle ne comportera plus que les actes non techniques, consultations (C) et visites (V), associés à leurs majorations en fonction des circonstances dans lesquelles ces actes sont effectués (Cf. tableaux ci-dessous).

Jusqu'au 31 décembre 2005 au moins (en fonction de l'évolution des événements...), l'ancienne cotation des actes techniques en NGAP reste utilisable.

Notez bien que certains actes techniques comme les sutures ont été revalorisés en CCAM. D'autres, dont la cotation n'était pas prévue et qui n'étaient donc pas cotables autrement qu'en C sont eux aussi à présent répertoriés. Il est donc intéressant de comparer NGAP et CCAM et de choisir la tarification en connaissance de cause...

QUELQUES LETTRES CLES DE LA NOMENCLATURE NGAP

Les actes chirurgicaux et autres actes spécifiques

K	**acte " chirurgical "**	
	le **K** est plutôt attribué aux actes d'investigation et de petite chirurgie	**1,92 euros**
	Désensibilisations	K 3 = 5,76 euros
	Sutures primaires	K 5 = 9,6 euros
	Soins d'urgence au cabinet	**K 14** = 26,88 euros
	Actes d'urgence or établissement de soins	**K 25 =** 48 euros
	le **KC** aux actes de chirurgie proprement dite.	**2,09 euros**

Il ne peut y avoir de cumul des actes (C + k ou kc) : seul l'acte le plus cher est coté (exemple : pour une désensibilisation et une consultation, on cote seulement C).

La seule exception concerne la cotation d'un ECG qui peut être cumulée au C ou au V. On cote alors C + K 6,5 (soit 20 + 12,48= 32,48 euros) ou V + K 5 + K 6,5, soit 52,08 euros (hors Paris, Lyon, Marseille).

La consultation approfondie annuelle au cabinet par le médecin généraliste pour un patient reconnu d'une ou plusieurs affections de longue durée exonérées du ticket modérateur (CALD) a pour objectif de réaliser un bilan approfondi de l'état de santé du patient. Elle fait le point sur l'ensemble des problèmes du patient, sur la coordination des soins, sur les interventions éventuelles des autres professionnels de santé et contribue à son éducation sanitaire et thérapeutique, notamment par des conseils d'hygiène de vie.

Elle donne lieu à la rédaction d'un compte-rendu conservé dans le dossier du patient dont un double lui est remis.

La majoration nourrisson MNO s'applique à la consultation ou à la visite pour les enfants âgés de 0 à 24 mois, lorsqu'elles comportent un interrogatoire, une examen complet, un entretien de conclusions avec la conduite à tenir, les prescriptions préventives ou thérapeutiques ou d'examens complémentaires éventuels, et qu'elles donnent lieu à une mise à jour du carnet de santé.

La majoration nourrisson MNO n'est pas cumulable avec le forfait pédiatrique enfant FPE.

Le forfait pédiatrique enfant FPE s'applique à la consultation ou à la visite, effectuée dans les 8 jours qui suivent la naissance, au cours du 9e ou du 10e mois, et au cours du 24e ou du 25e mois, et donnant lieu à l'examen complet et l'établissement d'un certificat de santé, lorsqu'elles comportent, en sus de l'examen prévu ci-dessus, un interrogatoire, un entretien de conclusion avec la conduite à tenir, des prescriptions préventives ou thérapeutiques ou d'examens complémentaires éventuels. Elles donnent lieu à une mise à jour du carnet de santé de l'enfant.

Le forfait pédiatrique enfant FPE n'est pas cumulable avec la majoration nourrisson MNO.

La majoration de dimanche s'applique à partir du samedi midi, uniquement pour les consultations et visites réalisées par le médecin généraliste de garde.

MSU (majoration pour soins d'urgence)

S'ajoute à la cotation des actes effectués **au cabinet**.
Elle est cotée **K14 (=19,06 euros)** et concerne les actes suivants :
traitement orthopédique (dont immobilisation de fracture fermée), **réduction et contention** de luxation récente par méthode non sanglante, régularisation, mise à plat et **suture** de plaie, **confection de plâtre** ou appareil d'immobilisation, **hémostase nasale** pour épistaxis, **traitement de premier recours** (actes d'urgence).

Elle est censée couvrir les frais liés à l'usage d'un plateau technique de petite chirurgie à usage unique ou le matériel de fermeture adhésif, et ne peut donc pas s'utiliser quand l'acte s'accompagne d'une prescription de matériel de suture (sauf pour les agrafes).
Il s'agit d'une majoration qui s'ajoute à la cotation spécifique des actes pratiqués.
On peut ainsi coter par exemple : KC 10 (20,09 euros) + K 14 (19,06) = 39,15 euros.

L' ECG (6.5 K= 12,48 euros) peut également être coté durant la même séance, mais doit alors être divisé par 2, soit : K 14 + KC 10 + K 6,5/2 = 45,39 euros.

Elle ne peut pas se cumuler aux C et V, mais **peut se cumuler avec les majorations dues pour actes effectués la nuit ou le dimanche** (à l'inverse de la **V**isite avec **M**ajoration d'**U**rgence = 41,17 euros pour Paris, Marseille, Lyon).

Actes d'urgence : K 25

Il s'agit d'une lettre-clé introduite en 2002.
Cette lettre**-**clé concerne les **actes d'urgence** effectués au **cabinet**, sur la **voie publique**, ou au **domicile**, à l'exclusion d'un établissement de soins (il ne peut donc pas être facturé par des praticiens rémunérés à l'acte au sein d'unités d 'urgences en établissement privé à but lucratif par exemple : ceci a été confirmé par un arrêt rendu en cours de cassation le 21 juin 2005).
K 25 = 48,02 euros.

Le K 25 concerne les **traitements de premier recours** nécessitant des actes techniques (pose de perfusion, oxygène, réa cardio-respiratoire…) **et la présence prolongée du médecin** : détresse cardiaque ou respiratoire, détresse d'origine allergique, état d'agitation aiguë, mal comitial, détresse post-traumatique.

On peut le cumuler avec une majoration de dimanche, de nuit, **avec le K 14 du MSU** si l'acte est réalisé au cabinet, et avec une ID en cas de déplacement au domicile.
Par exemple : K 25 (=48,02 euros) + majoration de dimanche (=19,06 euros) = 67,68 euros.

Le cumul est donc impossible avec Le V ou le C.

Dépassement exceptionnel (DE)

La nouvelle convention rappelle la possibilité de dépassement exceptionnel des tarifs opposables qui ne sont pas remboursables par les caisses :

« art 4.3 : Les médecins appliquent donc les tarifs opposables, fixés dans l'annexe de la convention, sauf dans les cas énumérés aux paragraphes suivants :
a) Le médecin peut s'affranchir des tarifs opposables en cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade non liée à un motif médical (DE). Dans ce cas, le praticien peut facturer un montant supérieur au tarif opposable uniquement pour l'acte principal qu'il a effectué et non pour les frais accessoires.
Le praticien fournit au malade toutes les informations nécessaires quant à ce supplément non remboursé par l'assurance maladie et lui en indique notamment le montant et le motif. L'indication « DE » est portée sur la feuille de soins. »

Visite à domicile

Depuis le 1er octobre 2002 le médecin sollicité peut demander un dépassement exceptionnel (DE) qui reste à la charge du patient lorsque cette visite relève du confort ou de l'exigence personnelle. Le montant de ce DE reste à la libre appréciation du praticien.

En effet, l' Arrêté du 28 juin 2002 portant approbation d'un avenant à la convention nationale des médecins généralistes publié au J.O. du 29 Juin 2002, et intitulé « Avenant n°10 à la Convention nationale destinée à organiser les rapports entre les médecins généralistes et les caisses d'assurance maladie » met en place un Accord de Bon Usage de Soins concernant la visite au domicile.

Qu'est-ce qu'un AcBUS ?

Ils constituent une annexe à la convention médicale. Ils sont définis par l'article L 162-12-17 du code de la sécurité sociale.

Un AcBUS est signé pour définir des objectifs médicalisés d'évolution des pratiques et les actions permettant de les atteindre. Il peut définir des objectifs quantifiés d'évolution de certaines dépenses et prévoir les modalités selon lesquelles les professionnels conventionnés peuvent percevoir, notamment sous forme de forfaits, une partie du montant des dépenses évitées par la mise en oeuvre de l'accord. Dans le cadre de la Convention médicale, il engage les parties signataires de la convention. Il peut se décliner selon un échelon régional, et engage alors les unions régionales de caisses d'assurance maladie (URCAM) et les représentants désignés par le ou les syndicats signataires de la convention nationale (après avis favorable de la CNAMTS et d'au moins une autre caisse nationale avant d'être soumis à l'approbation des ministres).

Ces engagements peuvent aussi prendre la forme de contrats de bonnes pratiques définis par l'article L 162-12-18 du code de la sécurité sociale. Les professionnels peuvent adhérer individuellement à ces CBP qui ouvrent droit en contrepartie à un complément forfaitaire de rémunération ou à la majoration de la participation des caisses d'assurance maladie à la prise en charge de certaines cotisations sociales.

Ainsi a été publié un AcBUS national définissant les critères médicaux ouvrant droit à majoration . L' « AcBUS visite » engage les généralistes à une réduction de 5% du nombre de visite à domicile en contre partie d'une revalorisation de la visite "justifiée" à 30 €. Cet AcBUS a été décliné dans les régions.

Liste des critères médico-administratifs permettant la prise en charge de la majoration de déplacement :

- Age > 75 ans et en ALD ne pouvant pas se déplacer.
- Patient bénéficiaire d'une des 5 ALD suivantes sans conditions d'âge : AVC invalidant, forme grave d'une affection neuromusculaire, mucoviscidose, paraplégie, SEP invalidante.
- Titulaires d'une APA ou d'une ATP (allocation tierce personne), rente AT, COTOREP ne pouvant pas se déplacer
- Patient ayant subi un KCC 150 (limité aux 10 jours suivant l'intervention).
- Patient en Hospitalisation A Domicile (HAD).

Ces critères se cumulent avec le référentiel médical :
Incapacité concernant la locomotion par :

- Atteinte ostéo-articulaire d'origine dégénérative
- Atteinte cardio-vasculaire avec dyspnée d'effort, angor d'effort ou claudication intermittente
- Atteinte respiratoire chronique grave
- Atteinte neurologique avec séquelles invalidantes d'AVC ou liée à une affection neurologique caractérisée
- Trouble de l'équilibre

Ainsi que : état de dépendance psychique avec incapacité de communication, état sénile, soins palliatifs ou état grabataire, période postopératoire immédiate contre-indiquant le déplacement, AEG majeure.

Ont également été définis des critères environnementaux permettant d'appliquer la Majoration pour critères environnementaux (MDE) dans les zones géographiques où sont constatées des difficultés d'accès aux soins de 1er recours ou lorsque l'assuré ne peut pas se déplacer (ex : patient de plus de 80 ans, composition de la famille lorsqu'elle a une incidence sur la capacité à se déplacer, enfant malade hors domicile habituel).

Ces critères sont modulables selon les UCAM, dans des AcBUS régionaux, du fait des « habitudes locales ».

Autres exemples d'AcBUS :
AcBUS Angine : cet AcBUS négocié dans l'avenant n°10 à la convention, engage les généralistes à une réduction de prescription d'antibiotiques dans les angines, en contre partie d'une formation sur l'utilisation du Test de Diagnostic Rapide et la mise à disposition de matériel.
AcBUS régionaux : veinotoniques dans le Centre, asthme en Franche Comté, etc...

Lorsque le praticien visite à domicile plusieurs malades de la même famille sous le même toit, **seul le premier acte peut être compté comme une visite, les suivants devant être cotés comme consultations, et ne peuvent pas excéder 2 actes supplémentaires (V + 2C)**(article 16 de la NGAP).

Cette règle est la même lorsque le praticien se déplace dans une maison de retraite (ou équivalent)(article 13.1 de la NGAP).

Indemnités kilométriques
(NGAP, mise à jour 24 mars 2005 sur : www.ameli.fr/264/DOC/1692/article.html#)

IK	Indemnités kilométriques	
	Elles s'ajoutent au prix de la visite lorsque le trajet effectué est distant de plus de 12 kms aller-retour en plaine (ou 6 kms aller-retour en montagne).	
	IK plaine :**0,61 euro** du km au-delà de 12 km aller-retour	(d - 12) x 0,61
	ex : visite à 18 kms aller retour : IK = (18-12)x0,61 = 3,66 €	soit = VMD (30) + IK (3,66) = 33,66 euros
	IK montagne : **0,91 euro** du km au-delà de 6 kms aller retour	(d - 6) x 0,91

A noter : La majoration de déplacement (MD) n'est pas cumulable avec la majoration de nuit (MDN).

Références réglementaires des dernières mises à jour :
- Avenant n° 1 à la convention nationale des médecins, publié au Journal officiel du 01/06/2005.
- Convention nationale des médecins, publiée au Journal officiel du 11/02/2005.
- Arrêté du 22 septembre 2003 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels, publié au Journal officiel du 25/09/2003.

6) La Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)

La classification commune des actes des professions de santé (CCAPS) est destinée à décrire et coder l'activité de tous les professionnels concernés, La première partie concerne la description des seuls actes techniques à l'usage des médecins et des dentistes : elle constitue la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Elle est destinée, à l'aide du codage des actes, à harmoniser la nomenclature et la tarification des actes dans tous les secteurs d'exercice, privé ou public, hospitalier ou ambulatoire, et à permettre un traitement informatique du système.

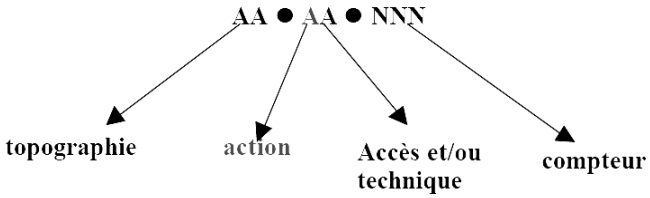
Le tarif attribué à chaque acte est censé tenir compte de la durée, de la pénibilité et de la difficulté de sa réalisation.

L'élaboration de la CCAM, négociée entre responsables de l'Assurance Maladie, médecins habilités, société savantes et syndicats, a demandé de nombreuses années...

Elle est pour l'instant limitée aux actes techniques.

Le code de l'acte de la CCAM comporte 7 caractères, 4 lettres suivies de 3 chiffres.
Les deux premiers décrivent la topographie de l'acte, le suivant l'action, le quatrième la technique utilisée, et les trois chiffres finaux correspondent à un compteur aléatoire.

Illustration :



Exemples :
Acte = Pansement initial de brûlure (hors tête et mains) < 1% de la surface corporelle ;
Code = **Q Z J A 0 2 0**
Acte = Pansement initial de brûlure sur 1 main ; code = **Q C J A 0 0 3**

Le code activité de la CCAM est destiné à différencier et à rémunérer les gestes réalisés au cours d'un même acte par des intervenants différents.

Le code est 1 pour le geste principal, 2 pour un deuxième geste éventuel fait par un deuxième intervenant, 3 pour un troisième geste éventuel fait par un troisième intervenant, 4 pour le geste d'anesthésie générale ou locorégionale, 5 pour la surveillance d'une circulation extracorporelle.

En médecine générale le seul médecin intervenant étant dans l'immense majorité des cas le médecin généraliste, le code activité est **1**.

ASPECT DU CODAGE ET DE LA TARIFICATION DES ACTES SUR UNE FEUILLE DE SOINS PAPIER

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)									
dates des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. / M.D. 2	frais de déplacement nbre	frais de déplacement I.K. montant 3
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									
PAIEMENT (à remplir par le médecin)									
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)									

DETAIL DE LA NOMENCLATURE DES ACTES MEDICAUX

Ci-dessous, la nomenclature et les tarifs des actes les plus courants **en médecine générale**, valables au 16 septembre 2005 :

Tableau des actes non techniques en médecine générale (hors gardes)

Acte	Lettre-clé	Tarif (euros)
Au cabinet		
Consultation	C	20
Consultation pédiatrique (8è jour, 9è et 24è mois)	C + FPE	25
Consultation pédiatrique des enfants de 0 à 24 mois	C + MNO	25
Consultation annuelle des patients en ALD (bilan de santé)	CA	26
En déplacement		
Visite médicalement justifiée	V + MD	30
Visite justifiée pour raisons socio-environnementales	V + MDE	30
Visite en urgence (pendant les heures de consultations)	V + MU	42,60
Visite pédiatrique des enfants de 0 à 24 mois	V + MD + MNO	35

Tableau des actes techniques en NGAP *(valable jusqu'au 31/12/2005)*

Actes			Lettres-clés	Tarifs (euros)
ECG			C + K 6,5	32,48
Acte d'urgence / réanimation			K 25 + K 14	74,88
Acte d'urgence / réanimation avec ECG			K 25 + K 6,5 / 2 + K 14	81,12
Pose de dispositif intra-utérin			K 20	38,40
Hémostase nasale pour épistaxis			K 10 + K 14	46,08
Sutures	Plaie superficielle et peu étendue des parties molles		KC 5 + K 14	37,33
	Idem face ou mains		KC 5 + KC 5 / 2 + K 14	42,56
	Plaie profonde et étendue des parties molles		KC 20 + K 14	68,68
	Idem face ou mains		KC 20 + KC 20 / 2 + K 14	89,58
Brûlures	Pansement de brûlure < 10 cm²		KC 8	16,72
	Idem face ou mains		KC 8 + KC 8 / 2	25,08
	Pansement de brûlure < 10 % de la surface du corps		KC 15	31,35
	Idem face ou mains		KC 15 + KC 15 / 2	47,03
Verrues	plantaires	1 verrue	K 10	19,20
		2 à 4 verrues	K 15	28,80
	vulgaires	1 verrue	K 8	15,36
		2 à 4 verrues	K 10	19,20
		> 4 verrues	K 10 + K 1,5 x nb verrues supl.	19,20 + 2,88 x n
Plâtre ou appareil d'immobilisation	au dessous du coude ou du genou		KC 10 + K 14	47,78
	prenant le coude ou le genou		KC 15 + K 14	58,23
	thoraco-brachial, pelvi-pédieux, corset, corset-minerve, bicrural ou bijambier		KC 30 + K 14	89,58

Réduction et contention d'une luxation récente par méthode non sanglante	Main, poignet, coude, épaule, pied, cou de pied, genou, disjonction sacro-iliaque ou pubienne	KC 10 + K 14	47,78
	Hanche	KC 20 + K 14	68,68
	Rachis	KC 30 + K 14	89,58
Traitement orthopédique d'une fracture fermée simple ne nécessitant pas de	Main, poignet, avant bras, clavicule, pied, cou de pied	KC 10 + K 14	47,78
	Coude, bras, épaule, genou, jambe	KC 20 + K 14	68,68
	Rachis, hanche, cuisse	KC 30 + K 14	89,58

Exemples de quelques actes techniques courants en CCAM *(Utilisable dès le 1er septembre 2005)*

Acte	**Code**	**Tarif** (euros)
ECG	D E Q P 0 0 3	13,07 (*)
Supplément pour électrocardiographie réalisée au domicile du patient	Y Y Y Y 4 9 0	9,60 (*)
Prélèvement cervicovaginal (pour frottis cytologique)	J K H D 0 0 1	7,97
Pose d'un dispositif intra-utérin	J K L D 0 0 1	38,40
Incision ou excision d'un panaris superficiel	M F P A 0 1 0	26,64
Excision d'une thrombose hémorroïdaire	E G F A 0 0 7	62,70
Tamponnement nasal antérieur	G A B D 0 0 2	22,01 (*)
Confection d'un appareil rigide d'immobilisation des doigts	M A D P 0 0 1	23,60 (*)
Parage ou suture de plaie superficielle inférieure à 3 cm (Hors face)	Q Z J A 0 0 2	22,43 (*)
(*) Les modificateurs et les règles de cumul des actes aboutissent à une tarification finale supérieure		

Les actes techniques possibles en médecine générale sont si nombreux qu'il est impossible de tout énumérer ici.

Pour une nomenclature complète des actes, et leur tarification en journée comme en garde, référez-vous au site du SNJMG : http://www.snjmg.org/infos/nomenclature.html

N'hésitez pas à régulièrement visiter la page pour mise à jour de la nomenclature.
Les médecins généralistes ont tendance à fortement sous utiliser leur nomenclature, cotant C pour tout, délaissant ainsi un apport de revenus non négligeable dont les autres spécialistes hésitent bien moins à profiter !

Tableau des majorations en médecine générale

Majoration	**Code**	**Valeur** (euros)	**Cumuls possibles**
Visite justifiée (Consultation à domicile ou hors cabinet) **de jour**	MD	10	V, ECG
Nourrisson (jusqu'à 24 mois)	MNO	5	C, V, MD, F, P, S, M, CRD, CRN, CRM, ID, IK, ECG, MU
Acte en urgence au cabinet (1)	MSU (4)	26,88	F, P, S, CRD, CRN, CRM, MNO

Majoration d'urgence : en visite obligeant à quitter le cabinet au cours des consultations aux heures ouvrables	MU	22,60	V, ECG, tous actes techniques (contient l'ID)
Coordination du médecin généraliste (2)	MCG	2	Tous
Actes en déplacement hors cabinet quand d'autres majorations spécifiques ne sont pas prévues	ID	3,50	F, P, S, MNO, tous actes en CCAM
Acte **régulé** de Dimanche et jour férié au cabinet	CRD	26,50	Tous
Acte **régulé** de Nuit entre 20h et minuit et entre 6h et 8h au cabinet	CRN	42,50	Tous
Acte **régulé** de Nuit profonde entre minuit et 6h au cabinet	CRM	51,50	Tous
Acte régulé de Dimanche et jour férié **en visite**	VRD	30	Tous sauf ID (contient l'ID)
Acte **régulé** de Nuit entre 20h et minuit et entre 6h et 8h **en visite**	VRN	46	Tous sauf ID (contient l'ID)
Acte **régulé** de Nuit profonde entre minuit et 6h **en visite**	VRM	55	Tous sauf ID (contient l'ID)
(1) Traitement de plaie, hémostase nasale, traitement orthopédique d'une fracture fermée simple, réduction et contention d'une luxation par méthode non sanglante, plâtre ou appareil d'immobilisation, actes d'urgence de premier recours nécessitant des actes techniques et la présence prolongée du médecin			
(2 Soins itératifs effectués par un médecin généraliste pour un patient dont il n'est pas le médecin traitant, *sous réserve d'un retour d'information au médecin traitant*.			
(4) Cette majoration est destinée à disparaître au 31 décembre 2005. Elle est remplacée par le modificateur M [actes énumérés en (1)] effectués en urgence au cabinet. N.B. : Le modificateur M est utilisable dès le 1er septembre 2005.			

Tableau des modificateurs en médecine générale

Modificateur	**Code**	**Valeur** (euros)	**Cumuls possibles**
Dimanche et jour férié (1)	F	19,06	C, V, ID, actes techniques, MNO, M
Nuit entre 20h et minuit et entre 6h et 8h (1)	P	35,00	C, V, ID, actes techniques, MNO, M
Nuit profonde entre minuit et 6h (1)	S	40,00	C, V, ID, actes techniques, MNO, M
Soins d'urgence au cabinet (2)	M	26,88	F, P, S, CRD, CRN, CRM, MNO
(1) Ces modificateurs sont valables pour les gardes **non régulées** ; ils sont avantageusement remplacés par les majorations (CRD, CRN, CRM, VRD, VRN, VRM) des gardes régulées.			
(2) Traitement de plaie, hémostase nasale, traitement orthopédique d'une fracture fermée simple, réduction et contention d'une luxation par méthode non sanglante, plâtre ou appareil d'immobilisation, actes d'urgence de premier recours nécessitant des actes techniques et la présence prolongée du médecin			

Les actes en garde, synthèse :

L'avenant n° 4 de la convention 2005 revalorise les actes en garde, à condition que les actes effectués soient régulés au préalable (filtrage des appels des patients par un organisme régulateur, public ou privé mais en interconnexion avec le SAMU).
Les actes effectués hors régulation en restent aux anciens tarifs.

Une anomalie de taille dans l'accord : les actes en garde régulée du samedi après-midi jusqu'à 20 heures n'ont pas droits aux nouvelles majorations, et doivent théoriquement être

cotés comme des actes *non régulés* de dimanche. Nous engageons les médecins à la résistance contre cette anomalie...

A la cotation des actes, sont donc ajoutées en garde les majorations qui suivent :

Tableau des majorations en garde (à ajouter aux actes)

Gardes régulées (Tarifs en euros)			
	Dimanche et férié	Nuit (de 20h à minuit et de 6h à 8h)	Nuit profonde (de minuit à 6h)
Tous actes au cabinet	CRD = 26,50	CRN = 42,50	CRM = 51,50
Tous actes en visite	VRD = 30	VRN = 46	VRM = 55
Gardes non régulées (Tarifs en euros)			
	Dimanche et férié	Nuit (de 20h à minuit et de 6h à 8h)	Nuit profonde (de minuit à 6h)
Consultation au cabinet (C)	F = 19,06	N = 35	MM = 40
Actes techniques au cabinet	F = 19,06	P = 35	S = 40
Consultation en visite (V)	MDD = 22,60	MDN = 38,50	MDI = 43,50
Actes techniques en visite	F + ID = 22,60	P + ID = 38,50	S + ID = 43,50

La participation des médecins libéraux à la régulation est rémunérée 3 x C soient 60 € de l'heure par l'Assurance maladie.

LA TARIFICATION DES ACTES EN PRATIQUE

Sur feuille de soins papier :

Quelques exemples concrets :

Visite d'un nourrisson de moins de 2 ans (inclus)

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)

dates des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. / M.D. 2	nbre	I.K. montant 3
01 01 2006			V	MD	MNO	35,00				
J J M M A A A A										
J J M M A A A A										
J J M M A A A A										

PAIEMENT (à remplir par le médecin)

MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)	35,00

ECG

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)

dates des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. M.D. 2	nbre	I.K. montant 3
01012006	DEQP003	1			13,07				
01012006			C		20,00				
JJMMAAAA									
JJMMAAAA									

PAIEMENT (à remplir par le médecin)

MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)	33,07

Consultation en garde régulée de nuit entre 20 H et minuit

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)

dates des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. M.D. 2	nbre	I.K. montant 3
01012006			C	CRN	62,50				
JJMMAAAA									
JJMMAAAA									
JJMMAAAA									

PAIEMENT (à remplir par le médecin)

MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)	62,50

Suture de peau de moins de 3 cm le dimanche en garde régulée

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)

dates des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. M.D. 2	nbre	I.K. montant 3
01012002	QZJA002	1		M	49,31				
01012002				CRD	26,50				
JJMMAAAA									
JJMMAAAA									

PAIEMENT (à remplir par le médecin)

MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)	75,81

Excision d'une thrombose hémorroïdaire le dimanche en garde non régulée

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)

dates des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement I.D. M.D. 2	nbre	I.K. montant 3
01012006	EGFA007	1		F	81,76				
JJMMAAAA									
JJMMAAAA									
JJMMAAAA									

PAIEMENT (à remplir par le médecin)

MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)	81,76

Sur feuille de soins électronique :
Les médecins remplaçants ont à présent officiellement le droit de télétransmettre.
L'aspect des feuilles de soins électroniques (FSE) varie selon le logiciel de télétransmission utilisé, hélas nombreux et différents les uns des autres. Qualité d'adaptabilité nécessaire pour les médecins remplaçants !

Lors de la création d'une FSE à l'aide de la carte vitale du patient, une boîte de dialogue propose de choisir le code de l'acte (1), les circonstances qui l'entourent (2), les conditions de sa réalisation (3) et, dans les nouvelles versions, sa situation dans le parcours de soins (4) en cliquant sur des lignes défilantes ou en cochant des cases.

(1) : consultation, visite, suture, etc.
(2) : maladie, maternité, accident du travail, etc.
(3) : dimanche, nuit, visite justifiée, etc.
(4) : médecin remplacé, urgence, hors domicile, etc.

Tous les logiciels SESAM-VITALE (qui gèrent les FSE) de version 1.31 ainsi que de version 1.4 n'intègrent pas le signalement du parcours de soins alors qu'ils sont agrées. La mise à jour du logiciel ainsi que son paramétrage doivent être effectués par le médecin. De plus, comment obtenir l'information concernant la situation du patient relativement au parcours de soin : a-t-il un médecin traitant, qui est-il,… ? Autant de problèmes logistiques en perspective pour les médecins, et de conséquences pour le remboursement du patient.
La question se pose : s'agit-il du rôle du médecin que d'assumer ce travail administratif ?

Vous trouverez plus loin les modalités pratiques de remplissage de la FSE selon que le patient consulte dans le parcours de soins ou hors parcours de soins.

LE PARCOURS DE SOINS

Dans la droite ligne de la réforme de l'Assurance Maladie, la convention de 2005 introduit dans la codification des actes la notion de « parcours de soins ».

Selon que l'acte est effectué dans ou hors le parcours de soins, il est prévu que le patient soit plus ou moins bien remboursé (Cf. le chapitre sur la convention pour en savoir plus sur les enjeux et le calendrier de la réforme).

Le médecin est chargé de notifier sur la feuille de soins si le patient est oui ou non dans le parcours de soins et de détailler ce parcours, selon qu'il est ou non médecin traitant, médecin remplaçant le médecin traitant **(*)**, médecin spécialiste correspondant, médecin spécialiste en accès direct, médecin spécialiste en accès spécifique, que le patient dont il n'est pas le médecin traitant est vu hors de sa résidence habituelle ou en urgence, etc.

Pour cela, deux façons de procéder, selon qu'on remplit une feuille de soins papier ou électronique :

- Des cases à cocher sur feuilles de soins papier.
- Des codes à entrer sur feuilles de soins électroniques.

Certains patients ne sont pas concernés par le parcours de soins coordonné et ne doivent donc pas déclarer de médecin traitant. Ce sont :

• les personnes de moins de 16 ans,
• les migrants de passage,

• les bénéficiaires de l'aide médicale d'état (AME).

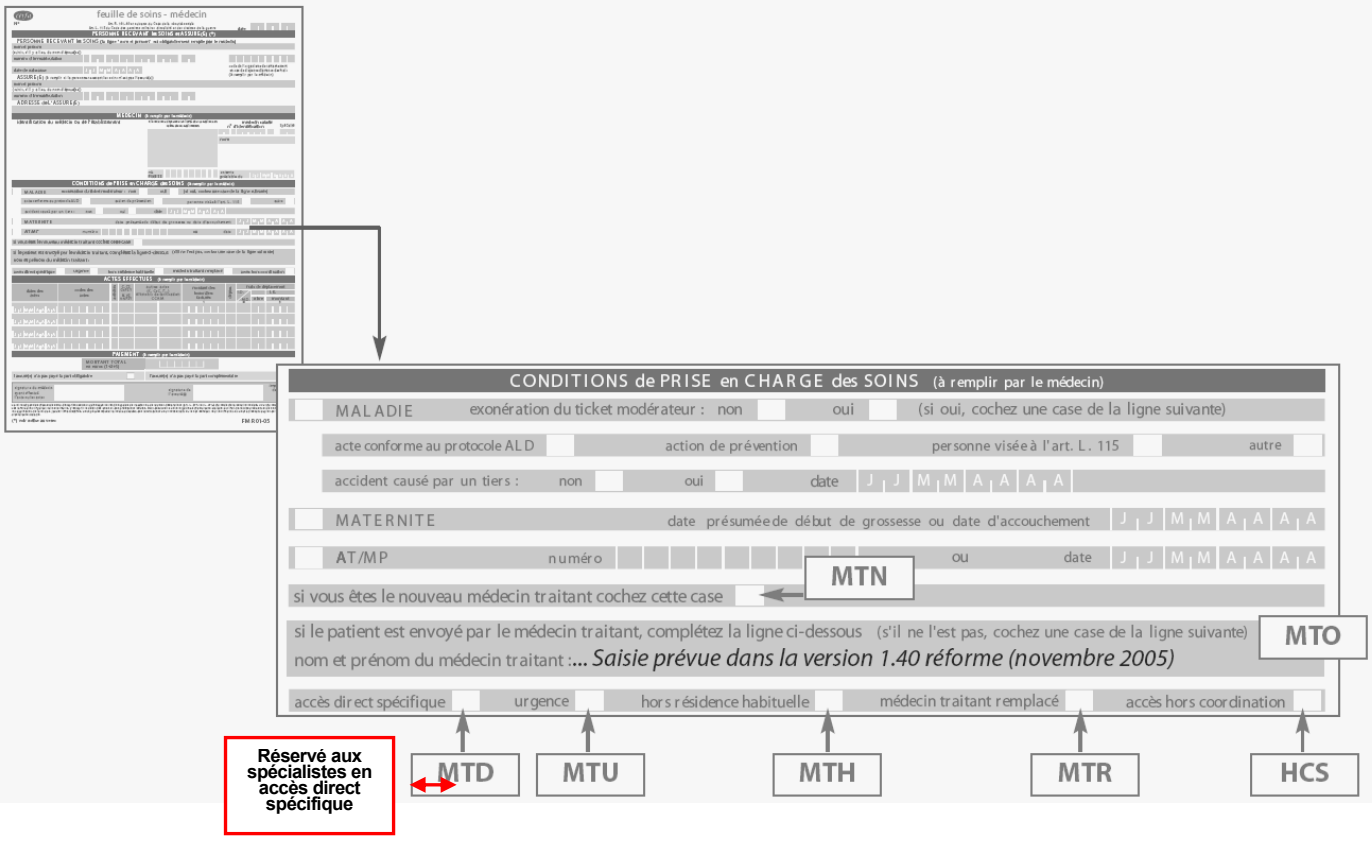
=> Dans ces situations, établir les feuilles de soins comme aujourd'hui, sans changement.

(*) Attention, il s'agit ici d'un médecin installé remplaçant un autre médecin installé : en tant que médecin remplaçant utilisant les feuilles de soins (papier et électroniques) du médecin traitant, il n'y a pas à mentionner de code particulier.

Les feuilles de soins s'établissent sans changement si le patient est le patient habituel du médecin titulaire.

LE PARCOURS DE SOINS EN PRATIQUE

Les 7 codes coordination utilisés dans la FSE et leur correspondance avec la feuille de soins papier



Source : www.ameli.fr

Tableau des codes « parcours de soins » en télétransmission (médecine générale)

Parcours de soins	Code coordination	Code des actes
Patient hors résidence habituelle	MTH	Pas de changement
Médecin traitant remplacé (*)	MTR	
Urgence	MTU	
Nouveau médecin traitant	MTN	
Patient orienté par son médecin traitant	MTO	
Hors parcours de soins	HCS	"L" devant le code de l'acte en NGAP (Exemple : LC au lieu de C, LID au lieu de ID, etc.)
(*) Il s'agit du remplacement effectué par un autre médecin installé ; en tant que médecin remplaçant utilisant les feuilles de soins (papier et électroniques) du médecin traitant, il n'y a pas à mentionner de code particulier. Les feuilles de soins s'établissent donc sans changement si le patient est le patient habituel du médecin titulaire.		

La parution du décret précisant le taux de déremboursement des actes effectués hors parcours de soins a eu lieu en janvier 2006. A cette date, les assurés subiront une double pénalité sur leurs remboursements en cas d'accès direct au spécialiste, hors du parcours de soins coordonnés. D'une part le Dépassement Autorisé (DA) pourra être appliqué, et d'autre part, la base de remboursement pris en charge par la sécurité sociale passera de 70 à 60% de la valeur de l'acte.

En raison des enjeux politiques et économiques entourant le processus, qui provoque de nombreuses oppositions et réticences, les délais et les modalités de ces déremboursements pourront fortement varier selon l'évolution des rapports de force et les événements sociopolitiques.

Quoi qu'il en soit, jusqu'à parution du décret, rien n'oblige les médecins à préciser le parcours de soins des patients qu'ils prennent en charge, et cela ne porte à aucune conséquence pour les patients.

Références : http://www.ameli.fr/262/DOC/1994/article.html
Et pour la « CPS remplaçant » : http://www.gip-cps.fr/pdf/remplacement_V4.pdf

REMUNERATION FORFAITAIRE

L'option médecin référent (OMR) introduite par la précédente convention est destinée à disparaître à la fin 2006, peu à peu (imparfaitement) remplacée par une autre rémunération forfaitaire introduite par la nouvelle convention : le « forfait ALD ». En attendant sa fermeture, elle n'est plus accessible à de nouveaux candidats.

L'OMR consistait pour le médecin généraliste, sous conditions de bonnes pratiques, à bénéficier d'un forfait annuel par patient ayant signé un contrat avec lui. En contrepartie, le patient, qui s'engageait à consulter en priorité son médecin généraliste avant tout autre avis, bénéficiait du tiers payant et de l'assurance que son médecin suivait une formation continue de qualité. Cet engagement mutuel était libre pour chacun des contractants.

Le forfait ALD, qui fait suite à l'OMR, n'est pas du tout construit dans le même esprit.
De plus il n'est accordé que pour les patients en ALD.
A la fermeture de l'OMR, les « médecins référents » (ceux qui l'avaient choisi) vont donc subir une perte financière parfois importante.

Ceux qui s'étaient pleinement engagés dans son processus de bonnes pratiques se sentent à juste titre floués.
Des associations de défense des médecins référents se sont créées pour tenter d'empêcher la disparition de l'OMR ou de la remplacer par un contrat équivalent...

Le « forfait ALD » :
Le médecin bénéficie d'une rémunération forfaitaire de 40 € par an et par patients en ALD (Affection de Longue Durée) l'ayant choisi comme médecin traitant.
Pour bénéficier du forfait ALD, aucune condition n'est demandée en dehors de celle, pour le patient, de désigner un médecin traitant.

On nomme ce type de rémunération «capitation » (paiement forfaitaire par patient).
Pour régler les professionnels, il faut donc compter le nombre de patient par médecin...donc pousser plus ou moins obligatoirement les patients à s'abonner auprès d'un médecin.
C'est bien le processus qu'introduit la réforme de l'Assurance Maladie...

D'autres forfaits par patient ou par activité qui existaient déjà dans la précédente convention persistent, parfois réévalués :

Tableau des rémunérations forfaitaires en médecine générale

Forfaits	Description	Montant (€)
Astreintes (Gardes régulées)	Dimanche et férié (12 heures)	150
	Nuit de 20 heures à minuit	50
	Nuit de minuit à 8 heures	100
Forfait ALD	Forfait annuel par patient « médecin traitant » en ALD	40
Médecin référent	Forfait annuel par patient en contrat. Disparition en 2006	45,73
Soins palliatifs	Forfait global mensuel de soins	90
	Participation à la coordination (forfait mensuel par patient)	40
	Participation à la coordination (forfait mensuel par patient)	80
Médecine thermale	Forfait thermal (par cure et par patient)	64,03
	Contrat de pratiques professionnelles relatif au forfait de cure thermale (majoration du forfait de cure thermale)	10

L'introduction de forfaits dans la rémunération des médecins généralistes installés n'est pas sans rapport avec la rémunération du médecin remplaçant.

Prenons le cas du forfait pour les astreintes : il est parfaitement logique que le son montant revienne intégralement au médecin qui l'effectue, donc au remplaçant s'il s'agit de lui.

Mais la question de la part allouable au médecin remplaçant peut aussi se poser pour les autres forfaits. Tout d'abord, le médecin remplaçant participe pleinement à la prise en charge des patients justifiant le forfait. Il y participe au moins tout le long de son temps de remplacement, qui est parfois long dans l'année pour un même médecin installé. Il fait de la prévention, il éduque, il conseille, il crée, tient et synthétise les dossiers médicaux, etc. Lorsqu'il est le médecin remplaçant habituel et fréquent, il remplit souvent les papiers administratifs, les protocoles ALD, etc.

Son activité s'imbrique donc évidemment avec celle du médecin remplacé, elle la facilite, elle la complète, aussi bien dans les actes intercurrents et itératifs que dans le soin global des patients.

Ensuite, à enveloppe budgétaire restreinte et globale (principe de l'ONDAM), la rémunération par forfaits diminue d'autant la rémunération par acte.
Jusqu'à présent payé de son travail uniquement à l'acte par rétrocession d'honoraire, le médecin remplaçant est donc en fin de compte financièrement pénalisé, du moins si cette rétrocession n'est pas régulièrement réévaluée en fonction de l'apparition de nouveaux forfaits dont bénéficient les médecins qu'il remplace.

Une autre solution à la juste réévaluation de la rémunération des médecins remplaçants, parallèlement à celle des autres médecins généralistes, serait que lui aussi bénéficie d'une part forfaitaire dans sa rémunération, par exemple sur la rémunération forfaitaire annuelle du médecin remplacé, au prorata de son temps de remplacement.

Mais l'introduction d'une rémunération fixe dans son contrat de remplacement risque, comme le paiement d'un minimum journalier, d'être considéré par l'URSSAF comme du salariat, avec les conséquences fiscales qui vont avec (Cf. chapitre sur le contrat de remplacement).
Avec l'arrivée de ces forfaits, peut-être suivis par d'autres, il va donc bien falloir résoudre cet absurde problème administratif....

EVOLUTION FUTURE DE LA NOMENCLATURE

Dans les années proches à venir, la nomenclature des actes médicaux est destinée à évoluer vers un codage de tous les actes, techniques ou non, à l'image de la CCAM.
Ce codage et ses tarifications ne sont pas sans poser problème en médecine générale, dont les actes intellectuels sont difficilement classables en catégories précises et séparées les unes des autres. Le contenu d'une consultation de médecine générale est si divers, ses actes multiples au cours d'une même séance sont si intriqués, souvent indissociables, qu'il sera délicat d'aboutir à une « CCAM » des actes médicaux intellectuels qui ne soit pas simplificatrice, avec le risque d'être alors simpliste...et donc potentiellement injuste (cf. chapitre sur la consultation de médecine générale).

Mais cela renvoie au problème plus général du mode de rémunération des médecins ; malgré l'introduction de quelques forfaits dans la rémunération du médecin généraliste (mais le principal, issu de l'OMR, lui, disparaît...), avec la CCAM et ses extensions futures, plus que jamais, le paiement à l'acte reste roi.

7) Autres prescriptions, formulaires et certificats

EXONERATION DU TICKET MODERATEUR

Il s'agit de la prise en charge de la partie des frais médicaux non remboursée par la sécurité sociale à un assuré. Cette partie s'appelle le ticket modérateur (TM).
Établi à l'origine pour sensibiliser les assurés au coût de leurs traitements, ce ticket modérateur permet actuellement à la sécurité sociale d'aggraver le moins possible son déficit en remboursant moins l'assuré. Le TM n'a cessé d'augmenter ces dernières années.

Qui peut être exonéré du ticket modérateur ?
Il existe de nombreux cas d'exonération du ticket modérateur, les uns concernent tous les assurés, les autres s'adressent à certaines catégories de la population (invalides).

Il importe de connaître la liste des 30 maladies entrant dans le cadre d'une affection de longue durée, afin de conseiller vos patients, qui pourraient parfois bénéficier de cette exonération.
Parmi les différents cas d'exonération du ticket modérateur, il y a les maladies qui peuvent être rassemblées sous l'appellation " maladies à 100% ". Ce sont les affections dites de longue

durée. En effet, les patients atteints de l'une de ces maladies sont intégralement remboursés des frais qu'elles occasionnent.

Les prescriptions en rapport avec l'ALD seront dans ce cas effectuées sur une ordonnance bi-zone.

Cas d'exonération du ticket modérateur	Modalités de l'exonération du ticket modérateur
Titulaires : - d'une pension d'invalidité - d'une pension vieillesse substituée à une pension d'invalidité - d'une pension de veuve ou de veuf invalide	L'exonération du ticket modérateur s'applique pour tous les soins et traitements, sauf les médicaments à vignette bleue qui restent remboursés à 35 %. L'exonération du ticket modérateur est permanente. Elle continue de s'appliquer même si la pension est suspendue. Mais elle cesse de s'appliquer si la pension est supprimée.
Titilaires d'une rente AT-MP d'un taux ≥ 66,6 %	L'exonération du ticket modérateur s'applique : - au titulaire de la rente et à ses ayants droit, - pour tous les soins et traitements, sauf les médicaments à vignette bleue qui restent remboursés à 35 %. L'exonération du ticket modérateur est permanente. Mais elle cesse de s'appliquer si le taux de la rente est révisé et devient inférieur à 66,66 %.
Titulaires d'une pension militaire	L'exonération du ticket modérateur s'applique pour tous les soins et traitements, y compris les médicaments à vignette bleue.
Femmes enceintes à partir du 6e mois de grossesse	L'exonération du ticket modérateur s'applique : - pendant une période qui débute le 1er jour du 6e mois de grossesse et qui se termine 12 jours après la date réelle de l'accouchement ; - pour l'ensemble des frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyse et d'examen de laboratoire, d'hospitalisation, qu'ils soient ou non en rapport avec la grossesse, à l'accouchement et à ses suites.
Nouveaux-nés hospitalisés dans les 30 jours qui suivent la naissance (y compris le jour de la naissance)	L'exonération du ticket modérateur s'applique : - pendant la durée de l'hospitalisation, quelle que soit sa durée, - pour tous les soins et traitements, sauf les médicaments à vignette bleue qui restent remboursés à 35 %.
Nouveaux-nés qui reçoivent des soins dans un établissement de santé ou dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, pendant les 30 jours qui suivent la naissance	L'exonération du ticket modérateur s'applique : - pendant les 30 jours qui suivent la naissance, - pour tous les soins et traitements, sauf les médicaments à vignette bleue qui restent remboursés à 35 %.
Enfants et adolescents mineurs victimes de violences sexuelles	Une demande d'exonération du ticket modérateur doit être adressée au service médical de la caisse d'Assurance Maladie. La décision (accord ou refus) est notifiée par la caisse d'Assurance Maladie sur avis du médecin conseil. En cas d'accord, l'exonération du ticket modérateur : - est accordée pour une durée fixée par la caisse d'Assurance Maladie sur avis du médecin conseil, - est limitée aux soins et traitements consécutifs aux sévices sexuels, y compris aux médicaments à vignette bleue.
Enfants et adolescents handicapés	L'exonération du ticket modérateur s'applique, sur décision de la Commission départementale d'éducation spéciale (CDES), aux frais d'hébergement et de traitement dans les établissements d'éducation spéciale et professionnelle, ainsi qu'aux frais de traitement concourant à cette éducation dispensée en dehors de ces établissements, y compris les médicaments à vignette bleue. L'exonération du ticket modérateur est accordée jusqu'au 20e anniversaire.
Actes d'un coefficient ≥ 50 ou d'un tarif ≥ 91 euros	L'exonération du ticket modérateur est limitée : - à l'acte lui-même, - aux frais d'une hospitalisation au cours de laquelle est pratiqué un acte d'un coefficient ≥ 50 ou d'un tarif ≥ 91 euros, y compris les frais de

	transport d'urgence effectué pour cette hospitalisation, - aux frais d'une hospitalisation consécutive et en lien direct avec une hospitalisation elle-même exonérée, y compris les frais de transport entre les 2 établissements ou, en cas d'hospitalisation à domicile, entre l'établissement et le domicile.
Hospitalisation d'une durée supérieure à 30 jours	L'exonération du ticket modérateur est accordée à compter du 31e jour d'hospitalisation consécutif. Elle s'applique pour tous les soins et traitements, sauf les médicaments à vignette bleue qui restent remboursés à 35 %.
Stérilité : diagnostic et traitement de la stérilité	Une demande d'exonération du ticket modérateur doit être adressée au service médical de la caisse d'Assurance Maladie. La décision (accord ou refus) est notifiée par la caisse d'Assurance Maladie sur avis du médecin conseil. En cas d'accord, l'exonération du ticket modérateur : - est accordée pour une durée fixée par la caisse d'Assurance Maladie sur avis du médecin conseil, - est limitée aux actes relatifs au diagnostic et au traitement de la stérilité, y compris au moyen de l'insémination artificielle, sauf les médicaments à vignette bleue qui restent remboursés à 35 %.
Affection de longue durée : - affection de longue durée inscrite sur la liste des ALD 30, - affection hors liste, - polypathologie invalidante	Une demande d'exonération du ticket modérateur doit être adressée au service médical de la caisse d'Assurance Maladie. La décision (accord ou refus) est notifiée par la caisse d'Assurance Maladie sur avis du médecin conseil. En cas d'accord, l'exonération du ticket modérateur : - est accordée pour une durée fixée par la caisse d'Assurance Maladie sur avis du médecin conseil, - est limitée aux soins et traitements en rapport avec l'affection de longue durée exonérante, y compris les médicaments à vignette bleue. Les soins et traitements qui ne sont pas en rapport avec l'affection de longue durée exonérante sont remboursés dans les conditions habituelles.

L'exonération du ticket modérateur signifie que les soins et les frais médicaux sont pris en charge à 100 %, sur la base et dans la limite des tarifs de la sécurité sociale, par la caisse d'Assurance Maladie dont dépend l'assuré social.
Les dépassements d'honoraires ne sont jamais pris en charge par l'Assurance Maladie et restent à votre charge, même en cas d'exonération du ticket modérateur.

AFFECTIONS LONGUE DUREE PRISES EN CHARGE A 100%

Certaines affections de longue durée peuvent donner lieu à l'exonération du ticket modérateur, c'est-à-dire à une prise en charge à 100 %.

Il en existe 3 catégories :
les affections inscrites sur la liste des 30 affections de longue durée (ALD 30) comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse inscrites sur une liste de 30 affections de longue durée (ALD 30) établie par décret.

les affections hors liste : il s'agit de maladies graves, de forme évolutive ou invalidante, non inscrites sur la liste des ALD 30, et comportant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à 6 mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse (exemples : malformation congénitale des membres, embolie pulmonaire à répétition, dégénérescence maculaire) ;

les polypathologies : lorsque le patient est atteint de plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 mois (exemple : une personne de 90 ans atteinte de cécité et ayant des séquelles d'une fracture de hanche n'ayant pas permis la reprise de la marche).

Pour bénéficier d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée, le patient doit être reconnu atteint d'une de ces affections (affection inscrite sur la liste des ALD 30, ou affection hors liste, ou polypathologie) par le service médical de sa Caisse d'assurance maladie.

Le protocole de soins

Lorsqu'un médecin constate une atteinte par une affection de longue durée pouvant donner lieu à une exonération du ticket modérateur, il doit établir un protocole de soins, appelé "Protocole inter-régimes d'examen spécial" (PIRES). Il y indique les éléments médicaux justifiant la demande de l'exonération du ticket modérateur, ainsi que le projet pédagogique envisagé, puis il l'adresse au service médical de la caisse d'Assurance Maladie dont dépend l'assuré.

En cas d'accord du service médical, la caisse d'Assurance Maladie adresse une notification d'exonération du ticket modérateur à l'assuré social.

La rédaction du PIRES était rémunérée à hauteur de 50 euros, et donc faire partie des honoraires rétrocédés. Ceci a changé avec la mise en route du dispositif de soins coordonnés et la mise en place du « médecin traitant » (cf. infra et chapitre spécifique).

On peut lire les conseils (sommaires) pour le remplissage du PIRES émis par l'assurance maladie sur : http://www.ameli.fr/formulaire2/S3501.pdf

Et plus détaillé sur : http://www.ameli.fr/16/DOC/1844/article.html

Les dispositions de mise en place de l'affection exonérante ont quelque peu changé depuis la loi de réforme de l'assurance maladie d'août 2004 et la nouvelle convention médicale. Le PIRES doit être **rédigé par le médecin traitant**, en concertation avec le ou les médecins correspondants qui interviennent dans la prise en charge.

A l'issue de ces échanges, le protocole de soins sera signé conjointement par le médecin traitant et le médecin conseil. Le **nouveau formulaire** comporte 4 volets à adresser au service médical de la CPAM par le médecin traitant. Les 2 premiers comportent les éléments d'ordre médicaux du protocole et le projet thérapeutique, à valider par le médecin-conseil (traitement médicamenteux, consultations chez les spécialistes et leur rythme, examens complémentaires, etc.).

Ce dernier a 1 mois pour vérifier si le projet est pertinent, et les soins et traitements indiqués relèvent bien de l'affection en cause. Une fois cet accord obtenu, le 3ème volet du formulaire est remis au patient qui devra le signer. Le médecin traitant peut y faire figurer, ou non, le diagnostic. **Le patient présentera ce volet à chaque médecin consulté dans le cadre de son ALD** et pourra ainsi accéder directement aux différents intervenants prévus dans le protocole, dans le cadre du nouveau parcours de soins, et ainsi bénéficier de la prise en charge à 100%. Enfin, il appartient au médecin traitant d'assurer l'actualisation du protocole de soins, en fonction de l'évolution de l'état du malade.

Le volet 4 permet la rémunération du médecin traitant qui est de…40 euros/an (pour la mise au point et le suivi du protocole). Ce dispositif concerne les nouveaux patients demandeur d'une ALD, à partir de novembre 2005. Les patients relevant déjà d'une ALD (7 millions en 2005), seront intégrés progressivement dans le dispositif.

La Haute Autorité de Santé (HAS) élabore actuellement des référentiels pour chacune des ALD, dont la liste doit être réexaminée d'ici 2008.

Le Conseil d'Etat a invalidé la suppression de la rémunération de 50 euros du protocole PIRES remplacé par le forfait médecin traitant au prétexte que la convention entrée en vigueur en février 2005 ne pouvait avoir d'effet rétroactif dés le 1er janvier 2005. Entre janvier et février 2005, les CPAM ont, semble-t-il continué à régler le PIRES sur la base des 50 euros. Néanmoins, ceci devrait être régularisé dans les prochains avenants.

L'ordonnance bizone
En cas d'exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée, seuls les soins et traitements médicaux en rapport avec cette affection sont exonérés du ticket modérateur et pris en charge à 100. Ils sont prescrits dans la partie haute de l'ordonnance bizone.

Les soins et traitements médicaux qui ne sont pas en rapport avec l'affection de longue durée exonérante sont pris en charge dans les conditions habituelles.

La feuille de soins
La rubrique maladie des nouvelles feuilles de soins papier comporte la mention : « Acte conforme au protocole ALD ». Le médecin doit indiquer si les actes dispensés sont prévus par le protocole de soins que le patient doit lui présenter. Si tel n'est pas le cas (ou si le patient n'a pas son protocole), il ne bénéficie pas du tiers payant.

Liste des ALD 30 (article D. 322-1 du code de la sécurité sociale, modifié par le décret n°2004-1049 du 4 octobre 2004, publié au Journal officiel du 5 octobre).

- Accident vasculaire cérébral invalidant.
- Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques.
- Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques.
- Bilharziose compliquée.
- Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves.
- Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses.
- Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH).
- Diabète de type 1 et diabète de type 2.
- Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave.
- Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères.
- Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves.
- Hypertension artérielle sévère.
- Maladie coronaire.
- Insuffisance respiratoire chronique grave.
- Maladie d'Alzheimer et autres démences.
- Maladie de Parkinson.
- Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé.
- Mucoviscidose.
- Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif.
- Paraplégie.
- Périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive.
- Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave.
- Affections psychiatriques de longue durée.
- Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives.
- Sclérose en plaques.
- Scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation

rachidienne.
- Spondylarthrite ankylosante grave.
- Suites de transplantation d'organe ;
- Tuberculose active, lèpre.
- Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.

CMU

C'est en Juin 1997 que dans sa déclaration de politique générale le Premier ministre s'engage à mettre en place une couverture maladie universelle.
Le 1er janvier 2000, la CMU entre en application.
Référence : http://www.service-public.fr

Couverture maladie universelle: qui peut en bénéficier ?
Un patient peut bénéficier de l'affiliation au régime général au titre de la CMU, à partir du moment où il n'a droit, à quelque titre que ce soit (assuré social, ayant droit, maintien aux droits), aux prestations en nature d'aucun régime obligatoire d'assurance maladie ou maternité. Les : conjoint, personne vivant maritalement avec lui, personne cohabitant sous le même toit depuis au moins 1 an, la personne avec laquelle a été établie un PACS, les enfants à charge de mois de 16 ans (18 ans pour les apprentis, 20 ans s'ils poursuivent des études), peuvent être rattachés dans le même temps à partir du moment où ils ne relèvent d'aucun régime obligatoire de sécurité sociale.

Il faut avoir résidé en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer depuis plus de trois mois (mais cette condition n'est pas nécessaire, par exemple pour les bénéficiaires du RMI, ou toute personne inscrite dans un établissement d'enseignement), de façon ininterrompue, ou pour les nationalités étrangères, être en situation régulière en matière de séjour des étrangers en France.

Depuis le 1er janvier 2002, les ayants droits mineurs des personnes ne remplissant pas ces conditions sont affiliées au régime général au titre de la CMU (en revanche, ces personnes, majeures, peuvent elles relever de l'aide médicale).

Prestations :
La CMU de base ouvre droit aux seules prestations en nature (remboursement des soins, des médicaments, etc.) des assurances maladie et maternité du régime général de sécurité sociale (régime des salariés). Elle est donc soumise, comme ces derniers, au forfait de 1 euro non remboursable sur toutes les consultations médicales.

Le bénéficiaire de la CMU de base n'est pas dispensé de faire l'avance des frais, à l'inverse du bénéficiaire de la CMU complémentaire (cf ci-dessous). Il est remboursé selon les taux de remboursements habituels, en adressant ses feuilles de soins au centre de sécu. Le ticket modérateur, c'est-à-dire la partie non prise en charge par l'Assurance Maladie reste à sa charge.

Pour une affiliation au régime général de la sécurité sociale au titre de la CMU, le patient bénéficie des prestations en nature de l'assurance maladie:

- remboursement des consultations médicales et soins de ville,
- remboursement des frais d'hospitalisation, le forfait hospitalier restant à votre charge.
- des examens de laboratoire,

- des frais de dentistes, appareillages, dans les limites des tarifs fixés par la sécurité sociale, la part excédentaire restant à votre charge.

Couverture maladie universelle complémentaire: bénéficiaires
Elle permet de bénéficier d'une prise en charge à 100 % des dépenses de santé, sans avoir à faire l'avance des frais. Son attribution est automatique si le patient bénéficie du RMI.

Sinon en cas de ressources faibles (considérées sur les 12 mois écoulés, soient 576,13 euros/mois pour une personne seule en 2005) selon un plafond fixé par décret, sous réserve de résider en France de façon stable, ou en cas de nationalité étrangère, de séjour régulier en France (plus de 3 mois de manière ininterrompue, mais des exceptions sont prévues ex : réfugiés, demandeur d'asile).

Prestations prises en charge :
La CMU complémentaire ouvre droit à la prise en charge, avec dispense d'avance de frais :
- du ticket modérateur (c'est-à-dire la partie non remboursée par l'assurance maladie) sur les honoraires et les actes des professionnels de santé, les médicaments, les frais d'hospitalisation
- du forfait journalier sans limitation de durée (en cas d'hospitalisation) ;
- et, au-delà des montants remboursables par l'assurance maladie et dans la limite de tarifs fixés par arrêtés, les prothèses dentaires et l'orthopédie dento-faciale (ODF), les lunettes (verres et monture), les prothèses auditives, et d'autres produits et appareils médicaux (pansements, cannes, fauteuils roulants, etc.).

Le bénéficiaire de la CMU complémentaire n'a rien à payer chez un médecin, généraliste ou spécialiste. Il n'est pas non plus soumis au forfait de 1 euro non remboursable pour toutes les consultations médicales.

Les médecins, notamment les médecins à honoraires libres (secteur 2) et ceux qui bénéficient du droit au dépassement permanent (DP), sont tenus d'appliquer les tarifs conventionnels en vigueur (secteur 1) et de ne pas facturer de dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la CMU complémentaire, sauf en cas d'exigence particulière de ceux-ci (par exemple, un rendez-vous en dehors des heures habituelles de consultation ou une visite à domicile non justifiée).

Tous les bénéficiaires de la CMU et de la CMU-C sont soumis au dispositif « médecin traitant ». Le renouvellement des droits doit se faire d'année en année.

Référence : http://www.ameli.fr
Un document synthétique est disponible au lien suivant : http://www.ameli.fr/174/DOC/1596/article.html

Quelques chiffres :
Avant tout débat idéologique, et pour donner de la perspective, voici quelques chiffres que la DREES nous livre dans ses données de cadrage du « Document de travail » intitulé « Enquête auprès des bénéficiaires de la CMU (mars 2003) » n° 63 de mai 2004 :

« Au 31 décembre 2003, 1,5 million de personnes étaient affiliées à l'assurance maladie sur critère de résidence (CMU de base), dont 280 000 dans les départements d'outre-mer (Dom). Avec 16 % de la population, le taux de couverture de la CMU de base demeure beaucoup plus élevé dans les Dom qu'en métropole (2 %). À la même date, la CMU complémentaire couvrait 4 millions de bénéficiaires en France métropolitaine et près de 600 000 personnes dans les Dom. Le nombre de bénéficiaires de la CMU a progressé en France métropolitaine de 160000 au premier semestre 2003, puis a légèrement diminué au second semestre, s'accroissaient au contraire un peu, sans doute suite au relèvement au 1er septembre 2003 du seuil d'éligibilité à la CMU complémentaire. » (NB : le plafond des ressources prises en

compte pour l'attribution de la CMU complémentaire est de 10,80 % supérieur dans les départements d'Outre-Mer).

Et dans « Etudes et résultats » N° 381 de mars 2005, intitulé **«** Les bénéficiaires de la CMU au 31 décembre 2003" :

« Les taux de couverture variaient de 2,9 % à 12,5 % selon les départements de métropole, et atteignaient 35 % dans les Dom. En métropole, les taux de couverture les plus élevés se situent toujours dans un croissant sud sud-est et au nord de la France, les plus faibles étant observés dans l'ouest, le nord des Alpes et le massif central. La gestion des prestations par un organisme complémentaire concernait, fin 2003, 630000 personnes, soit moins de 14 % des bénéficiaires de la CMU complémentaire. En 2003, et surtout au premier semestre 2004, l'augmentation du nombre d'allocataires du RMI a accru leur part au sein de la population éligible à la CMU, sans toutefois se traduire par un accroissement de même ampleur du nombre de ses bénéficiaires. »

Au 30 juin 2004, l'assurance maladie sur son site (www.ameli.fr) donne le chiffre de 4,3 millions de bénéficiaires de la CMU-C.

Les chiffres de la consommation médicale des bénéficiaires de la CMU peuvent être consultés sur le « Point Stat » n°35 d'août 2002 émis par la direction des statistiques et études de la CNAMTS : « La consommation médicale des bénéficiaires de la CMU en 2000 ». Cette dépense est supérieure de 30% à celle d'un autre patient du régime général, et se porte surtout sur la consommation de soins hospitaliers. Leur recours est moins onéreux, mais plus fréquent. Près de 42% des patients couverts par la CMU ont moins de 20 ans.

AIDE MEDICALE D'ETAT

C'est une prise en charge à 100% des soins, des prescriptions médicales et du forfait hospitalier, dans la limite des tarifs conventionnels ou des tarifs forfaitaires de responsabilité.
L'AME dispense d'avance de frais, à l'hôpital ou en médecine de ville.
Les titulaires de l'AME ne relèvent pas d'un régime obligatoire d'assurance maladie, et ne relèvent donc pas du dispositif « médecin traitant ».

Bénéficiaires :
Ce sont les patients et personnes à charge, de nationalité étrangère, ne disposant pas (ou plus) d'un titre de séjour régulier, selon conditions de résidence et de ressources (1).
Les personnes sans domicile fixe peuvent également en bénéficier en s'étant fait préalablement domicilier auprès du centre communal d'action sociale ou d'une association agréée. Cette procédure, gratuite, permet d'avoir une adresse administrative fixe, indispensable pour toutes les formalités avec l'administration.

Conditions de résidence :
Auparavant, l'attribution était immédiate. Depuis le 1er janvier 2004, il faut pouvoir prouver la résidence en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois (calculée de date à date). La preuve de la durée du séjour peut être constituée par tout moyen : présentation d'un visa expiré, d'un passeport, d'une notification de refus de demande d'asile, d'une facture d'hôtel, d'une facture d'EDF,...

Conditions de ressources :
Le patient doit pouvoir justifier de ressources inférieures au plafond fixé pour l'attribution de la couverture médicale universelle (CMU) complémentaire.

Les ressources prises en compte pour l'ouverture des droits à l'AME sont celles perçues par toutes les personnes composant le foyer, pendant les 12 mois précédant la demande, ou depuis l'installation en France si celle-ci est plus récente.

La demande se fait sur formulaire CERFA et doit être déposée accompagnée des justificatifs à la caisse d'assurance maladie dont dépend le demandeur. Mais cette demande peut aussi être déposée auprès d'un centre communal d'action sociale ou de la mairie de votre commune, des services sanitaires et sociaux de votre département, d'une association agréée, d'un établissement de santé ou d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) d'un hôpital, qui se charge de transmettre votre dossier dans les huit jours à la caisse d'assurance maladie.
L'aide médicale est attribuée pour un an, renouvelable.

En cas d'urgence (hospitalisation ou de soins à l'hôpital antérieurs à la date du dépôt de la demande), l'AME prend effet à la date d'entrée à l'hôpital. Le dossier de demande d'AME devra cependant être constitué et déposé à la caisse d'assurance maladie dans les deux mois à compter de la date d'hospitalisation.

Dans le cadre de la consultation de médecine de ville : il faut demander le justificatif d'attribution de l'AME, et procéder comme pour un bénéficiaire de la CMU-C.
Mais si le patient n'est sur le territoire que depuis moins de 3 mois, il ne bénéficie théoriquement pas de l'AME. Vous ferez alors selon votre sensibilité : soit prodiguer les soins gratuitement et orienter le patient vers les services sociaux afin de voir ce qu'il est possible de faire, soit orienter le patient vers l'hôpital, généralement vers les services d'urgence car malheureusement, rares sont les hôpitaux qui disposent d'une consultation ouverte aux soins non-urgents, sans rendez-vous. Cette carence dans l'organisation des soins participe à l'encombrement des services d'urgence pour régler des problèmes « administrativo-sociaux », et surtout au retard de prise en charge de ces patients dont l'état de santé est souvent précaire.

Quelques chiffres pour éviter de parler dans le vide : selon l'exposé des motifs du rapport de la proposition de loi concernant la réforme de l'AME (2): *« En 2003, l'AME a eu pas moins de 170 000 bénéficiaires pour un coût estimé à 489 millions d'euros, sans compter les dettes, d'un montant de 89 millions d'euros pour 2002. Un rapport du Sénat pointe le coût particulièrement élevé des bénéficiaires de l'AME, dont la prestation moyenne par bénéficiaire [dépense moyenne de soin de ville et hospitalière] s'élève à 2 995 euros (2001), contre 1 504 euros pour un assuré du régime général (2000). »*
Ce rapport peut être retrouvé sur : http://www.senat.fr

Il confirme que l'assurance maladie avance les frais, et que l'Etat tarde à reverser une partie des sommes dues. Il faut néanmoins se souvenir des rapports concernant les bénéficiaires de la CMU émis par l'IRDES, qui montrent que le coût des dépenses est due au rattrapage de soins antérieurement manquants, et à la piètre santé de leurs bénéficiaires au moment de leur entrée dans le système. Ce coût n'est pas constant, et rejoint la moyenne du régime général par la suite. De plus, la prise en charge des bénéficiaires est essentiellement hospitalière, pour des raisons médicales, mais aussi légales. La Revue Prescrire fournit une lecture critique concernant le rapport de l'IGAS sur lequel s'appuie la proposition de loi, pointant notamment l'absence de données quantitatives sur le phénomène des abus que la loi est censée corriger (Loi de finances rectificative pour 2003 restreignant l'accès à l'AME).

En août 2005, le SNJMG a rappelé son attachement au dispositif de l'AME, ainsi qu'un certain nombre d'acteurs associatifs et d'autres syndicats médicaux (cf. le détail sur : www.snjmg.org) dans un communiqué de presse dénonçant la parution des 2 décrets durcissant les conditions d'attribution de l'AME, notamment si la situation médicale l'exige, occasionnant un retard de prise en charge, et un coût secondaire forcément plus important via une détérioration du pronostic.

Le SNJMG entend ainsi pointer l'absence de politique de médecine préventive envers cette population fragilisée. En dehors de considérations humanistes, qui devraient aller de soit, et d'un point de vue purement médical, ne vaut-il pas mieux prendre en charge un migrant atteint d'une tuberculose de manière adaptée plutôt que de le laisser errer sans soins ?

Références :
(1) : http://vosdroits.service-public.fr/particuliers
(2) : consultable sur : http://www.assemblee-nationale.fr/12/propositions/pion1767.asp
(3) : « Soins aux étrangers : l'AME et ses exclus », Prescrire n°251 juin 2004, pages 464-468.

L'ARTICLE L 115

Il concerne les mutilés de guerre, qui sont dispensés de l'avance des frais pour l'affection pensionnée. Celle-ci est mentionnée au début du carnet d'AL115 qui se présente comme une liasse autocopiante, et que vous utiliserez à la place des ordonnances et des feuilles de maladie. Il contient également un feuillet de facturation que vous détachez afin que les honoraires soient ultérieurement versés au remplacé par le ministère des anciens combattants.
Pour les soins ne concernant pas l'affection pensionnée, vous utilisez une ordonnance normale et une feuille de maladie. Les patients vous règlent la consultation et seront remboursés ultérieurement à 100% (par la sécurité sociale).

AUTRES REGIMES PARTICULIERS

Les travailleurs frontaliers

Leurs soins sont pris en charge par l'organisme de protection sociale du pays où ils travaillent. Vous ne remplissez donc pas de feuille de maladie, mais un formulaire particulier à chaque pays, que le patient vous présente.

Les employés des mines

S'ils vont voir un médecin agréé par la Société de Secours Minière, ils bénéficient de la gratuité totale des soins. Cet agrément est nominatif.
S'ils viennent vous voir, ils doivent vous régler la consultation, et seront remboursés comme un patient ordinaire, que vous soyez remplaçant d'un médecin agrée ou non, puisque cet agrément est non cessible au médecin remplaçant (cf.infra).

SNCF - RATP

Les salariés de la SNCF et la RATP peuvent consulter des **médecins agréés**, qu'ils ne payent pas. Le médecin agréé est remboursé par les caisses SNCF et RATP de la valeur de la moitié des C et V effectués. En contrepartie, ce médecin bénéficie d'avantages en nature. **Leurs remplaçants ne bénéficient pas de ces avantages, l'agrément étant nominatif**.
Il y a des ordonnances et des arrêts de travail spécifiques à ce régime.

Si les salariés consultent un médecin non agréé, ce qui est le cas du médecin remplaçant un médecin agrée, ils deviennent des patients ordinaires et avancent les frais de consultation.

Les agriculteurs

Le système de leur caisse agricole (la MSA) est indépendant, mais le règlement des honoraires est le même.

Les militaires du contingent

Ils doivent consulter auprès du médecin militaire de leur caserne ou de l'hôpital militaire le plus proche.

Si vous voyez un militaire lors d'une urgence, vous devez prévenir l'hôpital militaire le plus proche, sauf si ce patient nécessite l'intervention d'un SAMU.

S'ils consultent un médecin non militaire, ils ne seront pas remboursés de leurs frais, et il est inutile de remplir une feuille de sécurité sociale.

ACCIDENT DE TRAVAIL, MALADIE PROFESSIONNELLE

Principes généraux

L'article L. 411-1 du Code de la Sécurité Sociale donne une définition de l'accident de travail, sur un plan juridique : *« Est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée, ou travaillant à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise »*.

Les lois du 30/10/1946 et du 23/07/1957 ont complété la protection du salarié en intégrant dans la protection sociale spécifique « l'accident de trajet » subi par la victime alors qu'elle se rend à son travail ou en revient.

Conformément à l'article L. 411-2 du Code de la Sécurité Sociale , l'accident de trajet est celui qui se produit entre :

- *« la résidence principale, une résidence secondaire présentant un caractère de stabilité ou tout autre lieu où le travailleur se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial et le lieu du travail ;*

- *le lieu de travail et le restaurant, la cantine ou d'une manière plus générale, le lieu où le travailleur prend habituellement ses repas, et dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant de l'emploi. »*

Lors de la première consultation, **le patient doit vous apporter la feuille d'accident de travail**, qu'il s'est procuré auprès de son employeur, et qui lui permet de bénéficier de la prise en charge à 100 % sans avoir à faire l'avance des frais.

Tous les actes pratiqués en rapport avec l'accident y seront notés par les différents intervenants (médecins, paramédicaux, pharmaciens ...). Cette feuille d'accident du travail est valable pour toute la durée de votre traitement. A la fin du traitement ou dès que la feuille d'accident du travail est entièrement remplie, elle doit être adressée à la caisse d'Assurance Maladie par le patient et, s'il y a lieu, peut en délivrer une nouvelle.

Attention ! Certains patients dont l'accident de travail est terminé peuvent présenter une feuille d'accident de travail afin de vous consulter gratuitement. Il vous appartient de vérifier si un certificat final n'a pas déjà été émis, clôturant l'accident. De même, il est important de rappeler que seuls les soins relatifs à l'accident sont pris en charge à 100%, et non les actes diagnostics relatifs à la lésion d'eczéma chronique sur laquelle on vous interroge dans le même temps, par exemple. Ceci doit être expliqué à vos patients.

De plus, certaines corporations ou employeurs utilisent toujours la procédure d'accident de travail telle qu'elle était il y a plusieurs années, avec un triptyque (comportant 3 volets).
Le premier volet est pour le patient, il le conservera pendant toute la durée des soins concernant son accident de travail. Tous les actes pratiqués en rapport avec celui-ci y seront notés par les différents intervenants (médecins, paramédicaux, pharmaciens ...). Vous notez au

recto la nature et le siège des lésions (succinctement), et au verso les renseignements administratifs concernant votre consultation comme s'il s'agissait d'une feuille maladie, après avoir apposé votre tampon.

Le second volet est pour vous, vous le conservez dans votre cabinet pour noter chaque nouvel acte. Il sera envoyé à la CPAM à la fin de la procédure pour règlement des actes.
Le troisième volet est pour le pharmacien.

Formalités à accomplir par la victime ou l'ayant droit : certificat initial.

Dans les 24 heures, la victime doit informer ou faire informer son employeur de l'accident, sauf cas de force majeure (impossibilité absolue ou motif légitime) (article L.472 du Code du travail). Elle doit lui préciser les lieux, les circonstances et l'identité des témoins éventuels.
L'employeur délivre une feuille d'accident du travail au salarié accidenté en vue de bénéficier de la gratuité des soins, dans la limite des tarifs conventionnels.
Il y joint un relevé des actes réalisés au fur et à mesure de la procédure.

Si le salarié n'a pas encore pu se procurer cette note de frais (ou si l'employeur a « oublié » de lui donner), il devra avancer les frais de consultation. Vous devez alors lui remettre une feuille de soins classique sur laquelle vous cocherez non pas la case « maladie » mais la case « accident de travail » ainsi que la date de constatation, où le numéro d'identification de l'accident si ce dernier a déjà été déclaré à la CPAM. Le patient sera remboursé intégralement par sa caisse (si l'accident de travail est reconnu, bien sûr).

La victime doit faire établir par un médecin un certificat médical : le certificat médical initial indiquant l'état de la victime et constatant les conséquences de l'accident.
Vous utilisez l'imprimé " certificat médical d'accident de travail " et cochez la case " initial " en haut.
Les volets 1 et 2 de ce certificat médical doivent être envoyés par le patient à la sa caisse d'Assurance Maladie, il doit conserver le volet 3.
Si un arrêt de travail est prescrit, le patient doit également envoyer le volet 4 "*Certificat d'arrêt de travail*" à l'employeur.

La rédaction de certificat, comme tout document de ce type, doit être particulièrement précautionneuse dans les termes employés (cf. chapitre dédié aux certificats médicaux).
Attention à la latéralité des lésions constatées ! Cela peut sembler trivial, mais les conséquences médico-légales éventuelles sont considérables pour le patient si vous avez oublié de mentionner quel est le bras ou la jambe lésés, ou s'il y a eu erreur sur le côté en question.

Le médecin n'a pas à juger de la réalité de l'accident allégué par le blessé.
Au besoin, il transcrit les doléances de son patient en mettant bien en évidence que c'est le blessé qui s'exprime (guillemets) puis établit le résultat de ses investigations cliniques. Là comme ailleurs, il faut nettement distinguer ce qui est raconté de ce qui est constaté.
Il est préférable d'énumérer un certain nombre de signes cliniques plutôt que d'élaborer un diagnostic incertain.

Il doit donc décrire avec précision l'état de la victime, le siège et la nature des lésions avec les symptômes constatés et les séquelles fonctionnelles. Il indique également la durée des soins et, éventuellement, de l'arrêt de travail.

Attention à la date de rédaction du certificat ! Il ne faut pas indiquer une date différente de celle de l'examen, notamment si le patient est examiné plusieurs jours après l'accident. Cette

manœuvre est illégale et inutile. Elle n'apporte aucun bénéfice au patient, mais entraîne au contraire une confusion, source de retard dans la prise en charge. De plus, le médecin coure le risque d'être poursuivi pour faux en écriture. On peut rédiger en revanche : *« certificat rédigé le… »* et *« le patient déclare avoir subi un accident sur son lieu de travail le… »*.

Le médecin adresse directement les volets 1 et 2 de ce certificat à la caisse d'Assurance Maladie de la victime.

La rédaction de ce certificat peut être ajoutée au C ou au V du jour, elle vaut **0,4 K** En cas d'arrêt de travail, il n'est pas nécessaire de remplir une feuille d'arrêt, il suffit de le mentionner directement dans la rubrique " conséquences ". Si aucun arrêt n'est prévu, vous indiquez la durée prévisionnelle des soins.

La victime doit adresser le certificat d'arrêt de travail à son employeur.

L'employeur doit déclarer l'accident dans les 48 heures par lettre recommandée avec A.R. à la caisse d'Assurance Maladie dont dépend la victime, en précisant les lieux, circonstances et l'identité des témoins éventuels. L'employeur peut formuler des réserves quant au caractère professionnel de l'accident lors de la déclaration d'accident du travail, ainsi d'ailleurs qu'au cours de la période d'instruction du dossier.

En cas de **carence de l'employeur** ou s'il refuse d'établir une déclaration d'accident du travail, le salarié peut lui-même déclarer l'accident à sa caisse d'Assurance Maladie.

En cas de carence de l'employeur ou s'il refuse de délivrer la feuille d'accident du travail, c'est la caisse d'Assurance Maladie du salarié qui peut la lui délivrer.

La caisse d'Assurance Maladie reçoit la déclaration d'accident et le certificat médical descriptif des lésions. Elle dispose de 30 jours au maximum pour instruire le dossier en vue d'une décision de reconnaissance ou de rejet du caractère professionnel de l'accident.

Si la complexité du dossier l'exige, elle peut prolonger de deux mois au maximum la durée de l'instruction, à condition d'en informer par écrit la victime et l'employeur. L'absence de décision à l'échéance du délai d'instruction vaut reconnaissance automatique du caractère professionnel de l'instruction.

Si la caisse l'estime nécessaire, diverses investigations peuvent être menées : sollicitation de témoignages (victime, employeur, témoins, gendarmerie), consultation d'experts (praticiens conseils, ingénieurs conseils), visite des lieux…

Les soins seront remboursés à 100%, avec mécanisme de **tiers-payant** (le blessé ne règle rien, ni au médecin, ni au pharmacien). Les dépassements d'honoraires et les éventuels suppléments pour confort personnel ne sont jamais pris en charge par l'Assurance Maladie.

Les ordonnances concernant l'accident de travail concerné doivent comporter la mention « AT ».

Les indemnités journalières sont bien supérieures à celles reçues en cas d'arrêt maladie. Elles sont égales à 60 % du salaire pendant 28 jours et à 80 % du salaire par la suite.
Le médecin-conseil, dès réception du certificat initial, compare ce dernier avec l'enquête qui établit la « matérialité » de l'accident : c'est de cette confrontation accompagnée dans les cas douteux de l'examen de la victime que naîtra la reconnaissance de l'« imputabilité » des lésions décrites à l'accident déclaré.

Le certificat de prolongation

Il est rédigé si l'état du blessé n'est pas stabilisé. Il nécessite une prolongation de soins et /ou de repos. Si des éléments pathologiques nouveaux apparaissent en cours d'évolution, il est de la plus haute importance de les consigner au fur et à mesure de leur survenue. A défaut, le blessé risquerait de voir rejeter certains de ces éléments au moment de l'évaluation des séquelles pour l'établissement de la rente.

Le certificat de reprise du travail

Elle peut avoir lieu **avant** ou **à compter de** la fin des soins.

Dans le premier cas, la date de reprise sera notée sur le certificat de prolongation. Ce certificat permet la reprise éventuellement à mi-temps (le blessé recevra alors des indemnités compensatrices de la perte de salaire occasionnée par le travail à temps partiel). Si cette reprise d'un travail à temps partiel est de nature à favoriser une guérison ou une consolidation, cela devra être précisé dans la rubrique « constatations détaillées ». Il faudra noter jusqu'à quelle date sont prévus les soins. Ce document autorise la reprise du travail et permet à l'accidenté de bénéficier de la gratuité des soins.

Dans le deuxième cas, la date de reprise sera notée sur le certificat final.
Si la reprise du travail exercé antérieurement à l'accident paraît difficile, il convient de prévenir dès que possible le médecin du travail et d'adresser l'assuré au service social de la caisse (pour un éventuel reclassement).

La consultation auprès du **médecin du travail** est indispensable, au plus tard le jour de la reprise. Le mieux est de provoquer une **visite de « pré reprise »** qui permettra au médecin traitant de s'accorder avec le médecin du travail sur la meilleure solution à adopter : reprise du travail à temps partiel, sur poste aménagé ou non, ou reportée en raison des contraintes du poste.

Le certificat final

Il s'agit de définir les conséquences de l'accident de travail. Pour établir le certificat final descriptif qui signe la guérison ou la consolidation, il faut :

- Que la reprise du travail soit possible (qu'elle ait déjà eu lieu ou qu'on l'envisage le lendemain de la guérison ou de la consolidation). Si la reprise du travail est impossible définitivement, faire une consolidation avec incapacité permanente totale ;
- Que les lésions n'évoluent plus qu'insensiblement ;
- Que les soins soient terminés : critère le plus utile en pratique, car généralement les soins durent plus longtemps que l'arrêt de travail. Il est possible exceptionnellement, sur proposition du médecin traitant, de maintenir des soins après consolidation pour éviter l'aggravation des séquelles. Cette possibilité, limitée dans le temps, est soumise à l'accord du praticien conseil.

Naturellement, il faut cocher une des 3 cases suivantes, dans la rubrique « conclusions » :

- Guérison avec retour à l'état antérieur, la guérison étant complète et sans séquelle ;
- Guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure, mais le patient ne nécessite plus de soins particuliers (néanmoins, si un fait médical nouveau survient, on peut toujours évoquer une rechute ou une aggravation même après guérison).

- Consolidation avec séquelles : l'état est stabilisé mais il existe des séquelles (par exemple une amputation d'un doigt totalement cicatrisée, il n'y a plus d'évolution possible mais son état n'est évidemment pas le même qu'initialement).

S'il existe des séquelles, le niveau d'Incapacité Permanente Partielle (ou IPP) sera apprécié par le médecin-conseil (et non par un expert ou par le généraliste). Vous ne faites que cocher la case correspondante.

Ce taux d'IPP s'apprécie en fonction de la nature de l'infimité, de l'état général, de l'âge, des facultés physiques et mentales, des aptitudes et qualifications professionnelles. Il s'appuie sur un barème spécifique et est donc souvent différent du taux attribué pour des séquelles identiques en droit commun, ce dernier taux n'étant pas révisable en amélioration.

Si le taux d'IPP est < à 10%, le patient recevra une indemnisation sous forme de **capital**.

Si ce taux est >10 %, le patient recevra une **rente** d'accident de travail, réputée révisable périodiquement à l'initiative de la caisse, ou à la demande du blessé.

Si le taux d'IPP est supérieur à 66 % , le blessé aura droit au remboursement intégral des frais pour lui et sa famille, qu'il soit salarié ou non.

Le calcul de la rente accordée à la victime est complexe (article R. 434-26 s. du Code de la SS). Elle est basée sur 2 paramètres : la rémunération antérieure et le taux d'incapacité.

Les soins étant terminés, le certificat final étant rédigé, le patient adresse ce CMF à sa caisse, ainsi que l'ensemble des feuillets, notamment le relevé des actes. Le médecin que vous remplacez adresse de son côté à la caisse la (ou les) feuilles correspondantes en vue du remboursement des actes.

Le certificat de rechute

La rechute est un terme spécifique à la législation des accidents de travail.
Le droit à la rechute reste **toujours ouvert** à la victime d'un accident du travail.
Elle peut survenir **à tout moment**, dans la mesure où guérison ou consolidation ont été effectives.

Sont considérés comme « rechute » : un fait médical nouveau imputable à l'accident du travail ; une reprise évolutive des lésions initiales ; l'apparition de manifestations pathologiques nouvelles liées à la lésion initiale, nécessitant la reprise d'un traitement actif (avec ou sans arrêt de travail).
Ne sont pas considérés comme telle : un état comparable à l'état séquellaire indemnisé par l'IPP ne nécessitant pas la reprise d'un traitement actif ; un traitement d'entretien ou permanent visant à prévenir l'aggravation de l'état séquellaire ; une aggravation de l'état séquellaire relevant d'une révision de l'IPP.

Si la rechute est acceptée par la Caisse de SS, c'est-à-dire si le médecin-conseil estime que les troubles présentés ont un rapport avec l'accident, la procédure à suivre est la même que celle pour l'accident initial : arrêt de travail et/ou soins, prolongation, puis délivrance du certificat final descriptif. Les avantages sont les mêmes : tiers-payant ; indemnités journalières …

Le certificat d'aggravation

Ce certificat demandant une réévaluation du taux d'IPP peut-être délivré dans 2 circonstances :

- Soit à l'issue d'une rechute, si le médecin estime que l'état de santé de son patient s'est aggravé par rapport à celui qui existait avant cette rechute;
- Soit sans qu'il y ait eu rechute, le médecin estimant que les séquelles sont apparues ou se sont aggravées et qu'elles seraient en rapport avec un accident de travail antérieur guéri ou consolidé.

Dans ce cas, le certificat doit être rédigé sur papier à en-tête.

Si l'accident de travail constitue une dérogation légale au secret médical, cette exception ne concerne que la lésion survenue «*par le fait ou à l'occasion du travail* », mais non d'autres facteurs antérieurs éventuels. Par exemple, si le salarié subit au cours d'une chute une fracture du fémur, et que l'on découvre ensuite que cette fracture est pathologique, l'indication « fracture du fémur » devra être portée sur la déclaration et non « fracture pathologique » qui constituerait une violation du secret.

MALADIE PROFESSIONNELLE

Elle est définie comme étant : « *un préjudice physique réalisé progressivement en rapport avec l'exposition à un risque qui existe lors de l'exercice habituel de la profession* ».

Il est exceptionnel que vous soyez dans la nécessité d'aider un patient à la déclarer (il s'agit d'une déclaration conjointe du malade et du médecin). C'est le plus souvent du **ressort du médecin du travail**. Cependant il importe que vous sachiez y penser devant certaines pathologies. Vous pouvez vous reporter à vos polycopiés de santé publique ou médecine du travail.

Les étapes médico-administratives pour reconnaissance en maladie professionnelle sont les suivantes.

La rédaction du **certificat médical initial** permettant à la victime d'engager une procédure de reconnaissance de la maladie professionnelle : le médecin traitant, ou le médecin du travail, rédige un certificat détaillé (siège et nature des lésions, séquelles fonctionnelles) comportant " toutes indications utiles sur la maladie et ses symptômes ", et précise la date de première constatation de la pathologie. *«La date à laquelle la victime est informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle est assimilée à la date de l'accident »* (article 40-1 de la loi n°98-1194 du 23/12/1998) .

L'étude du dossier devient possible dès réception de la déclaration de maladie professionnelle faite par le malade (pré-imprimé CERFA fourni par la caisse de sécurité sociale ou par le médecin du travail). Cette dernière doit être faite 15 jours au plus tard après le début de l'arrêt de travail lié à la maladie professionnelle, et être appuyée par le certificat médical initial (en **3 exemplaires** : deux pour la caisse et un pour la victime).

Si la pathologie est inscrite dans un ou plusieurs tableaux, l'enquête professionnelle de la caisse primaire s'attache à vérifier les conditions administratives : délai de prise en charge, durée d'exposition, liste limitative des travaux. Les caractéristiques nécessaires pour que la maladie constatée soit reconnue comme maladie profession sont indiquées dans la colonne de gauche du tableau.

A l'issue de cette vérification, deux situations sont possibles.
Toutes les conditions administratives sont remplies : la victime bénéficie de la prise en charge au titre des maladies professionnelles. Le paiement des prestations, en nature et en espèces, commencera au jour de la rédaction du certificat médical initial. La relation de causalité est présumée acquise de par les textes.

Une ou plusieurs conditions administratives ne sont pas remplies : la victime devra alors faire la preuve de la relation de causalité entre la pathologie et son poste de travail. La caisse transmettra le dossier au Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles qui donnera son avis sur l'imputabilité.

Si la pathologie ne figure pas dans un tableau, la victime ou ses ayants droit doivent dans tous les cas faire la preuve de la relation de causalité. Pour que cette demande soit transmise au Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (composé du médecin-conseil régional de la Caisse, du médecin inspecteur régional du travail et d'un médecin expert), la maladie doit être à l'origine d'une incapacité partielle d'au moins 66 % ou bien avoir entraîné le décès.

Le certificat médical initial est donc la première étape de la reconnaissance en maladie professionnelle. Le médecin, sur la demande de son patient consigne la symptomatologie alléguée, les signes cliniques constatés et, le cas échéant, le diagnostic. Si l'affection ne lui paraît pas imputable aux conditions de travail, il peut émettre un doute, mais ne peut pas refuser d'établir le certificat du moment qu'il prodigue ses soins au malade.

Le régime d'indemnisation des maladies professionnelles a été amélioré par la loi n°93-121 du 27/01/1993, qui a complété le système de liste réglementaire fermée par la possibilité d'établir l'origine professionnelle d'une maladie hors liste. Ceci en vue de l'extension des tableaux de maladies professionnelles reconnues. De nombreuses pathologies peuvent avoir une origine professionnelle, il faut y penser pour ne pas priver le patient d'un droit éventuel à réparation.

Si l'affection est reconnue comme maladie professionnelle, la victime bénéficie de la **gratuité des soins en rapport** avec celle-ci, de même pour une rééducation éventuelle. De plus elle reçoit une **indemnité journalière** en cas d'arrêt de travail. A l'issue des soins elle est soit guérie, soit consolidée avec séquelles, dans ce cas une Incapacité Permanente Partielle (IPP) est appréciée par les experts.

La Cnamts vient de lancer le site Internet des accidents du travail et maladies professionnelles. Il comporte 4 espaces : prévention, indemnisation, cotisations, statistiques.
www.risquesprofessionnels.ameli.fr

Références : www.ameli.fr ;
Thèse du Dr Claire Lavizzari-Schneider, Faculté de médecine Lyon Nord, « Le médecin généraliste : interface entre le patient et la justice », juin 2003 ;
Guide du remplaçant édition 2002, SNJMG.

COTOREP

L'intitulé « COTOREP » signifie : Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel.

Elle a pour mission de fixer, à l'aide du guide barème, le taux d'incapacité permettant l'attribution de prestations financières l'Allocation aux adultes handicapés (AAH) ou l'Allocation compensatrice pour l'aide d'une tierce personne (ACTP). Ces prestations sont versées sous conditions, notamment de ressources.

Par ailleurs, la COTOREP reconnaît la qualité de **travailleur handicapé**, qui permet d'avoir accès aux dispositifs spécialisés d'aide à l'insertion professionnelle et à la formation, et ouvre aux entreprises le bénéfice des aides liées à l'emploi de travailleurs handicapés. Elle oriente également les intéressés soit vers la formation, soit vers l'emploi, en milieu ordinaire ou en milieu protégé de travail.

Enfin, la COTOREP oriente vers des établissements médico-sociaux, en fonction de la gravité de leur handicap, les personnes qui ne peuvent pas être intégrées en milieu ordinaire de travail ou de vie.

Elle est l'organisme compétent pour délivrer une **carte d'invalidité**, dans le département de domiciliation, pour un taux d'invalidité d'au moins 80 %.

Ce **taux d'invalidité** est apprécié à partir de critères différents de ceux retenus par le service médical de la Caisse d'assurance maladie.

La carte d'invalidité donne droit à certains avantages et facilités, notamment :

- à des avantages fiscaux ;
- à une exonération éventuelle de la taxe télévision ;
- à des réductions tarifaires dans les transports en commun ;
- à des places réservées dans les transports en commun et à une priorité au guichet dans les organismes publics (si la carte porte la mention *station debout pénible*).

Pour saisir la COTOREP, il convient de lui adresser en double exemplaire un formulaire de demande (CERFA n°61-2344), accompagné d'un **certificat médical** récent rempli par le médecin traitant et d'une fiche d'état civil. En fonction de la demande, un certain nombre de pièces justificatives doivent également être fournies.

La COTOREP peut être saisie par :

- la personne handicapée.
- ses parents, les personnes qui en ont la charge effective ou ses représentants légaux.
- le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales.
- le directeur départemental du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle.
- l'Agence nationale pour l'emploi, avec l'accord de la personne.
- l'organisme d'assurance maladie intéressé ou l'organisme indemnisateur au titre du handicap.
- l'autorité responsable de tout centre, établissement ou service médical ou social intéressé.

Références : toute information complémentaire peut être obtenue sur :
www.ameli.fr et http://www.handicap.gouv.fr

APA

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie est instaurée par la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001, relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie (publiée au Jo du 21/07/2001).

Elle se substitue à la Prestation Spécifique Dépendance (PSD), et est destinée aux personnes âgées nécessitant une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou qui ont besoin d'une surveillance régulière. L'APA a vocation à être plus universelle que la PSD, qui était versée de manière inégale d'un département à un autre, et selon des conditions de revenus. L'attribution de l'APA n'est pas liée à une condition de ressources, mais ces dernières sont prises en compte lors de l'établissement du montant de l'APA attribué.

Pour bénéficier de l'APA, le patient doit:

- être âgé de 60 ans ou plus,
- être en situation de perte d'autonomie, nécessitant une aide pour les actes essentiels de la vie,
- résider de façon stable et régulière en France,
- en cas de nationalité étrangère, être en situation régulière en matière de séjour en France.

Le montant réel de l'APA est égal à la fraction du plan d'aide (GIR 1 à 4), diminué, le cas échéant, d'une participation (ticket modérateur) restant à la charge du demandeur en fonction de ses ressources.

N'entrent pas dans le calcul des revenus : les prestations versées par l'assurance maladie, l'allocation adulte handicapé, la retraite du combattant, la pension de veuve de guerre, la pension alimentaire versée par les enfants, la valeur de la résidence principale occupée par l'intéressé, son conjoint, concubin, petits-enfants, enfants, l'allocation logement, les rentes viagères issues d'un contrat de dépendance.

L'APA ne peut pas se cumuler avec:

- la majoration pour aide constante d'une tierce personne versée aux titulaires d'une pension d'invalidité,
- l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP),
- l'allocation représentative des services ménagers et les aides en nature du conseil général versées sous forme d'heures d'aide ménagère

Le dossier de demande d'APA est délivré par les services du conseil général du département, ou auprès d'organismes de sécurité sociale, sociaux ou médico-sociaux (notamment les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale), de mutuelles ou de services d'aide à domicile, s'ils ont conclu une convention avec le département.

En maison de retraite, l'APA est déterminée par l'équipe médico-sociale de l'établissement, et calculée en fonction du tarif dépendance, variable selon les établissements (fixé pour chaque établissement par le président du conseil régional selon une convention pluriannuelle).
Le dossier rempli doit être adressé au président du conseil général du département de résidence, accompagné d'un certain nombre de pièces justificatives.

La demande est instruite par une équipe médico-sociale. En fonction des éléments recueillis, le niveau de dépendance est évalué selon une grille, dite **grille "AGGIR"**. Elle comprend 6 catégories, selon le degré de dépendance. Seules les catégories 1 à 4 ouvrent droit à l'APA.
Le médecin de l'équipe médico-sociale peut prendre contact avec le médecin traitant pour obtenir des informations médicales complémentaires. Le médecin traitant peut assister à l'évaluation du niveau de dépendance au domicile.

Références :
http://vosdroits.service-public.fr/particuliers
La grille AGGIR peut être consultée sur : ww.sante.gouv.fr/htm/publication/aggir/guideaggir.htm
Pour en savoir plus : « Le guide de la dépendance » disponible sur : www.social.gouv.fr

ARRET DE TRAVAIL

Principes généraux

La prescription d'un arrêt de travail est un **acte médical** qui engage pleinement la responsabilité du médecin et implique des devoirs particuliers. Il ne doit pas rédiger de certificat de complaisance, ne doit pas antidater les arrêts de travail, ou encore les prescrire sur simple demande, sans examen du patient et sans nécessité. Il doit refuser de dater le début d'une incapacité de travail antérieurement à sa constatation. En revanche, rien ne lui interdit d'indiquer au service du contrôle médical la date à laquelle il estime que le patient n'était plus en mesure de se rendre à son travail.

Les responsabilités du médecin sont précisées dans l'article R. 4127-8 du code de la santé publique relatif à la « liberté des prescriptions » et dans l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale relatif *« à la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement ».*

Le Conseil national de l'Ordre n'a pas manqué de souligner dans un rapport en avril 2000 que, la médecine n'étant pas une science exacte, il s'avère difficile de prédire la durée nécessaire d'un arrêt de travail et que le médecin doit fondre ses décisions *« sur les données acquises de la science en faisant appel s'il y a lieu à l'aide de tiers compétents »* (art. R. 4127-32 du code de la santé publique) (1).

Problème de la confidentialité des informations motivant l'arrêt.
La loi sur le financement de la sécurité sociale stipule que *: " les médecins sont tenus de mentionner (...) les éléments d'ordre médical justifiant l'interruption du travail ".*
Mais selon le Code de déontologie médicale, le médecin, en vertu du secret professionnel, n'a pas à faire connaître (entre autres, à l'employeur) le motif de l'arrêt qu'il prescrit. En fait, les éléments d'ordre médical sont transmis au service médical des organismes de sécurité sociale. Il s'agit d'une dérogation légale au secret professionnel. Le Conseil constitutionnel, qui l'a confirmée, a cependant émis une réserve : les documents doivent être acheminés aux médecins-conseils de manière *" à assurer la stricte confidentialité de la transmission des informations qu'ils contiennent "*. C'est le rôle des enveloppes bleues qui doivent accompagner tout arrêt de travail.

Ces principes sont rappelés par l'Ordre national des médecins (2).

La loi du 13 août 2004 impose aux prescripteurs et aux assurés sociaux de nouvelles contraintes, que l'on peut lire dans les articles 27 et 28.
En application de cette loi, le décret n° 2004-1448 du 23 décembre 2004 relatif à l'indemnisation des prolongations d'arrêts de travail et modifiant le code de la sécurité sociale,

publié au JO du 30/12/2004, **impose le renouvellement des arrêts de travail par le médecin prescripteur initial, ou par le médecin traitant**.

Sont également possible le renouvellement par (Art. R. 162-1-9-1) :

- un médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant ;
- le médecin **remplaçant** le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin remplaçant le médecin traitant ;
- le médecin hospitalier au décours d'une hospitalisation.

Lorsque la prolongation d'un arrêt de travail n'a pas été prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin traitant, l'assuré doit justifier de l'impossibilité pour l'un ou l'autre de ces médecins de prescrire cette prolongation. Il en apporte la preuve par tous moyens à la demande de l'organisme d'assurance maladie.

Dans tous les cas, l'assuré ou le professionnel de santé sous la responsabilité de l'assuré indiquent sur l'avis d'arrêt de travail le motif pour lequel le médecin prescripteur de la prolongation n'est pas le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin traitant.
Ceci conditionne l'indemnisation.

Les horaires de sortie sont désormais limités à 3 heures/jour, y compris les samedi, dimanche et fériés. L'assuré social peut demander l'autorisation de sortir de la circonscription de sa CPAM, auprès de cette dernière. L'interprétation de cette disposition législative, très contraignante, donne lieu à débat.

Si le médecin prescrit des « horaires libres », le certificat d'arrêt de travail doit être accompagné d'un certificat médical circonstancié à transmettre au service médical de la caisse concernée, pour être visé par le médecin conseil.
De nouveaux formulaires d'arrêt de travail devraient progressivement être mis en circulation à partir de la mi-novembre 2005 pour prendre en compte ces nouvelles dispositions.

Des contrôles plus systématiques :
Depuis 2003, la CNAMTS a mis en place un plan d'actions qui permet d'augmenter la capacité de contrôle des caisses, notamment des indemnités journalières de courte durée, arguant du surcoût lié à l'augmentation du nombre des prescriptions d'arrêts de travail.
Pour cela, les procédures sont simplifiées et systématisées, avec une **visite de contrôle** soixante jours après le début de l'arrêt contre quatre-vingt dix jours auparavant.

La réforme de l'Assurance maladie renforce de façon plus stricte les obligations de l'assuré, en insistant notamment sur le respect des horaires de sortie autorisés. Le service du contrôle médical aura la possibilité de contrôler et de convoquer les assurés en se fondant sur la fréquence des prescriptions d'arrêts de travail. Enfin, la loi permet de suspendre les indemnités journalières si l'assuré se soustrait au contrôle de la Sécurité sociale, voire de demander le remboursement de sommes indûment perçues (3).

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) adoptée le 27 novembre 2004 instaure dans son article 42 des **contrôles systématiques des prescriptions effectués par les médecins** dés lors que leur nombre apparaît trop élevé par rapport à la moyenne des prescriptions d'arrêt de travail. Des sanctions disciplinaires peuvent être prononcées contre les praticiens en cas de plainte déposée par l'assurance maladie, auprès de la section assurance sociale du conseil régional de l'ordre (ou départemental en l'occurrence), en cas d'abus ou de fraude. Un nouveau type de sanction peut être prononcé : **l'obligation d'accord préalable**, pour tout arrêt de travail prescrit (sauf urgence !).

Après une interruption de travail de plus de 3 mois, le médecin conseil, le médecin traitant, ou le salarié lui-même, peuvent demander une « visite de pré-reprise » auprès du médecin du travail, lorsqu'une modification d'aptitude au travail est prévisible.

Quelques données chiffrées :
En 2002, 6,7 millions d'arrêts de travail ont été prescrits à des assurés du régime général, soit une dépense de 5,1 milliards d'euros pour 200 millions de journées indemnisées. Ce chiffre est en progression de 46% entre 1997 et 2002, et concerne essentiellement les salariés de plus de 55 ans (+15,9% en 1 an de 2002 à 2003). Ce sont les arrêts de plus de 1 an, 4,5% du total, qui représentent 43% de la dépense totale (entre 1994 et 1998). Les généralistes sont les plus gros prescripteurs, et parmi eux ceux qui prescrivent le plus en volume prescrivent les arrêts les plus longs.

Les arrêts courts font l'objet de peu de contrôles jusqu'à ce jour. Les employeurs peuvent payer des médecins pour faire effectuer une contre-visite au domicile du patient pour vérifier la légitimité de l'arrêt le jour du contrôle (il le l'est plus dans 8,1% des cas selon une analyse réalisée en 2002).

Au delà des considérations purement économiques, la question de la croissance des arrêts de travail fait poser la question de leur signification à la Société Française de Médecine Générale. Car l'arrêt d'activité à répétition est considéré depuis longtemps comme un indicateur de survenue possible de trouble de santé somatique, psychologique ou sociale.
La SFMG rapporte dans une étude récente, qu'en moyenne un médecin généraliste réalise 18,7 actes par jour. Cette activité médicale génère 1,4 arrêt de travail par jour. Sur 100 patients vus dans une semaine de travail (58 heures en moyenne), le médecin aura donc prescrit 7 arrêts de travail (initiaux et prolongation compris).

Les principaux groupes de pathologie retrouvés dans les consultations donnant lieu à des arrêt de travail (plusieurs diagnostics par actes possibles) sont :

- 59% de pathologies aiguës
- 31,30% de pathologies chroniques dont 4,1% sont des cancers
- 29% de pathologies psychologiques ou psychiatriques dont 5,69% d'addiction
- 28,46% de pathologies rhumatologiques
- 19,92% d'infections des voies aériennes supérieures
- 13,01% de pathologies gastro-entérologiques
- 8,13% d'accidents de travail
- 7,72% de pathologie cardio-vasculaire
- 6,10% de diabète et maladies endocrinologiques

La Revue Prescrire invoque également dans son n° 254 d'octobre 2004 (d'où proviennent une partie des chiffres cités plus haut) la responsabilité du tarissement du régime des préretraites, regrette le « tout répressif » en la matière, sans amélioration de la coopération médecin traitant/médecin conseil, la focalisation sur les arrêts de travail courte durée, pourtant les moins « coûteux », et la focalisation sur ce seul aspect de santé publique aux dépends d'autres postes budgétaires d'autant d'importance.

Référence :
(1) : Dr Jean Pouillard, sur : www.unaformec.org
(2) : bulletin de l'Ordre national n°1 de janvier 2002, consultable sur : http://bulletin.conseil-national.medecin.fr
(3) : voir : www.assurancemaladie.sante.gouv.fr/actu/arretstravail.htm

DEMANDE ENTENTE PREALABLE

Pour être pris en charge, certains actes ou traitements médicaux nécessitent l'accord préalable de la Caisse d'assurance maladie. Il s'agit, par exemple, de traitements d'orthopédie dento-faciale, de séances de kinésithérapie, de transports en série ou à longue distance, de location de matériel médical sur une longue durée (au delà de 4 semaines).

La demande d'entente préalable est établie par le médecin ou l'auxiliaire et adressée par le patient à la CPAM, accompagnée de la prescription médicale.
Le non réponse de la part de la Caisse d'assurance maladie dans un délai de 15 jours (10 jours pour les frais de transports) vaut accord.

Seuls, les refus de prise en charge font l'objet d'une notification par la Caisse d'assurance maladie, avec indication des voies de recours.

Référence : www.ameli.fr

PRESCRIPTION DE KINESITHERAPIE

Comment prescrire ?
Le site de l'AFKE (Association Française des Kinésithérapeutes Experts), association de type loi 1901, fournit une analyse intéressante concernant ces prescriptions (1).

Les règles de prescription de kinésithérapie ont été réformées par l'arrêté du 22 février 2000 et le décret n°2000-577 du 22 juin 2000.

Désormais, pour être conforme au Code de la Santé Publique, une prescription d'actes de kinésithérapie , ne doit plus comporter que:

- la date de la consultation,
- les nom et prénom du patient,
- la mention "indication de kinésithérapie.

Il n'est plus nécessaire de mentionner sur l' ordonnance le nombre de séances, ni les techniques à utiliser ou la zone à traiter. Mais la **communication du diagnostic médical** reste fondamentale pour orienter le bilan diagnostique kinésithérapique en vue du choix thérapeutique. Cette communication doit se faire par une lettre d'accompagnement. Le diagnostic médical, ainsi que les éventuelles indications que le médecin désire communiquer au kinésithérapeute ne doivent en aucun cas être portés sur la prescription afin de préserver le secret médical vis à vis du personnel administratif des Caisses, qui manipule nécessairement les prescriptions.

Les kinésithérapeutes sont désormais responsables économiquement de la gestion de leur activité: ils déterminent eux même, après établissement de leur **bilan diagnostique kinésithérapique** le nombre de séances nécessaires pour atteindre l'objectif thérapeutique et mettent en place l'aspect qualitatif des techniques à utiliser, dans les limites de leur décret de compétences.

Ils établissent alors une **Demande d'Entente Préalable** qu'ils adressent à la caisse, accompagnée de l'ordonnance du médecin.

Mais ceci doit se faire dans le cadre d'un échange entre professionnels. Ainsi, il est précisé à l'article 1er du décret de juin 2000 que : *« Dans le cadre de la prescription médicale, il [le kinésithérapeute] établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs*

de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés. Ce bilan est adressé au médecin prescripteur et, à l'issue de la dernière séance, complété par une fiche retraçant l'évolution du traitement kinésithérapique, également adressée au médecin prescripteur. »

S'il est nécessaire de renouveler les séances une nouvelle demande d'entente préalable sera alors établie et adressée à la caisse, accompagnée de la nouvelle prescription de kinésithérapie.

La fiche de synthèse établie par le kinésithérapeute à l'issue d'une série de soins permet au médecin traitant de suivre l'évolution du traitement et est l'occasion d'instaurer un dialogue constructif entre deux professions de santé qui, jusqu'ici, ne communiquaient guère.

Beaucoup, médecins et kinés, continuent, par habitude, à prescrire *"X séances de rééducation du membre supérieur"*, ce qui est susceptible d'entraîner des litiges entre les caisses d'assurance maladie et les kinésithérapeutes.

Certains médecins se retranchent derrière la phrase *"le médecin peut, s'il le souhaite, préciser sa prescription, qui s'impose alors au masseur-kinésithérapeute.*", extraite du préambule du titre XIV de la NGAP (cf. chapitre nomenclature), pour refuser de changer leurs habitudes de prescription, ce qui les conduit à produire des ordonnances non conformes à la Loi. Il convient en effet de se référer, pour l'application de ces nouvelles dispositions, aux notions juridiques de "hiérarchie" et de "champ d'application" des textes. Les textes relevant du Code de la Santé Publique organisent le système de santé et fixent les compétences, les droits et les devoirs de chaque profession ainsi que leurs relations entre elles.

Le Code de la Sécurité Sociale ou les textes réglementaires tels que la NGAP n'ont pour objet et pour conséquence, quant à eux, que de déterminer les modalités pour que les actes relevant du Code de la Santé soient remboursés aux assurés sociaux.

En Droit français, lorsque deux textes semblent en opposition, c'est le texte du plus haut niveau hiérarchique qui s'applique. La modification de la NGAP émanant d'un simple arrêté ministériel ne peut donc en aucun cas s'opposer à l'article L 4221 du Code de la Santé Publique (Loi d'ordre public) et à son décret d'application.

Ainsi, le kinésithérapeute reste responsable civilement et pénalement de ses actes.
De plus, avec l'arrivée de la CCAM, les dispositions de la NGAP seront bientôt obsolètes.

Rémunération :
L'arrêté du 13 octobre 2003 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux (JO du 17 octobre 2003), précise dans son article 1 :

« Modalités de rémunération du bilan-diagnostic kinésithérapique. La cotation en AMS, AMK ou AMC du bilan est forfaitaire. Elle ne peut être appliquée que pour un nombre de séances égal ou supérieur à 10.
Bilan-diagnostic kinésithérapique pour un nombre de séances compris entre 10 et 20, puis de nouveau toutes les 20 séances pour traitement de rééducation et de réadaptation fonctionnelle figurant au chapitre II ou III, sauf exception ci-dessous : 8,1.
Bilan-diagnostic kinésithérapique pour un nombre de séances compris entre 10 et 50, puis de nouveau toutes les 50 séances pour traitement de rééducation des conséquences des affections

neurologiques et musculaires, en dehors des atteintes périphériques radiculaires ou tronculaires : 10,1. »

Référence : (1) : http://www.kinelegis.com

PRESCRIPTION DE SOINS INFIRMIERS

Définition :
Les soins infirmiers sont définis par les décrets : n°93-221 du 6 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières (JO du 18 février 1993) , rappelant leur obligation de respect du secret professionnel, n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmière, dit « décret de compétence ».

Ils sont repris par le décret no 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier (publié au J.O. Numéro 40 du 16 Février 2002) , qui produit un listing de tous les actes relevant de la compétence de l'IDE qu'il est fort utile de consulter.

Et notamment, concernant les soins au domicile. Ainsi, dans son article 4: *« Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article 3. »*

Le décret précité distingue, d'une part, les actes du rôle propre infirmier caractérisé par la démarche de soins dont les infirmières ont le monopole d'exercice et, d'autre part les actes médico-infirmiers, c'est-à-dire les **actes médicaux délégués** aux infirmières sur prescription médicale. Ce décret rappelle que les IDE peuvent vacciner et réaliser les tests tuberculiniques (article 6).

Les personnes en situation de dépendance peuvent justifier, en plus du traitement médical, de soins relevant du rôle propre infirmier, mais également de l'aide d'une tierce personne.

L'acte de soins infirmiers se définit comme *"toute intervention infirmière dans le domaine des soins infirmiers"* selon le *«* Dictionnaire des soins infirmiers »(1). C'est la compétence technique et relationnelle qui détermine la qualité de l'intervention.

Le « Guide du service de soins infirmiers » (2) propose une approche normative du travail infirmier. Sont ainsi définis :

- L'acte de soins infirmiers
- Les protocoles de soins infirmiers
- La coordination et la continuité des soins

Quelques principes peuvent être rappelés.
L'infirmier dispose de **protocoles de soins infirmiers** (actualisés, validés par des experts et approuvés par la Direction du Service de Soins Infirmiers de l'établissement) , de **protocoles de soins d'urgence**, de textes réglementaires qui concernent sa pratique et de protocoles de

soins, de documentation professionnelle accessible et actualisée. Il doit se soumettre à une procédure de formation continue.

Lors de la réalisation des soins, l'infirmier doit avoir pris connaissance des informations médicales concernant le patient, avoir vérifier la prescription médicale et les consignes infirmières, informer le prescripteur en cas de modification de l'état de santé, informer la personne soignée des modalités de réalisation du soin et s'assurer de son consentement.
Au décours, les effets doivent faire l'objet d'une évaluation et d'une transmission écrite Et orale des conclusions du soin.

Concernant la prescription.
Ils peuvent être de 2 types (3) :

- ponctuels, limités en volume, et les règles de prescription sont simples
- ou s'inscrire dans le cadre d'un protocole de soins infirmiers.

S'ils sont ponctuels, il faut indiquer sur l'ordonnance non seulement la **nature** des soins (pansement, injection, surveillance du traitement, ...), et la **mention " à domicile "** si besoin, mais aussi le **nombre de séances par jour** (maximum 3), la **durée** de chaque séance (maximum 2 heures par jour), les **horaires éventuels** (le tarif de nuit débute après 20 heures et se termine à 8 heures), la **durée** des soins prévue (en jours, semaines ou mois), et bien sûr la **fréquence hebdomadaire**, en mentionnant " y compris les dimanches et jours fériés " le cas échéant.

Si le médecin constate des déficiences fonctionnelles chez son patient, il peut prescrire l'établissement d'une Démarche de Soins Infirmiers, en utilisant l'imprimé "Démarche de Soins Infirmiers - prescription" (formulaire CERFA). Sa durée maximale est de trois mois. Le patient remet cette prescription à l'infirmier de son choix.

L'infirmier **établit une Démarche de Soins Infirmiers** à l'aide du formulaire "Démarche de Soins Infirmiers" (CERFA) où il indique son analyse des besoins du patient, la description de l'environnement du malade et de ses capacités d'autonomie. L'infirmier conserve le volet 1 et adresse, sur sa demande, le volet 2 au médecin prescripteur.

En fonction de ce bilan, l'infirmier propose un objectif global de soins à réaliser et le programme nécessaire : soins infirmiers, séances de surveillance et de prévention, programme d'aide personnalisée.

L'élaboration de ce bilan est rémunérée à l'IDE. Sa facturation est établie sur une feuille de soins ou télétransmise. Elle est identifiée par la lettre clé DI (DI 1,5 pour une première prescription = 15€ ; DI 1 pour un renouvellement = 10€).

L'infirmier **adresse sa prescription d'actes au médecin** traitant à l'aide de l'imprimé "Démarche de Soins Infirmiers - Résumé». Ce document définit l'objectif global des soins et précise leur nombre, leur fréquence et leur durée.
A réception par le médecin, une concertation s'établit entre le médecin et l'infirmier.

Pour la première prescription, la validation du médecin est tacite. Il ne contresigne pas le document mais dispose d'un délai de 72 heures pour le retourner à l'infirmier avec ses observations.

En cas de renouvellement, la validation du médecin doit être officielle. Il doit **co-signer** l'imprimé "Démarche de Soins Infirmiers - Résumé" que lui présente l'infirmier, et lui retourner dans un délai de 72 heures.

En cas d'urgence, mentionnée par le médecin sur sa prescription, l'infirmier peut réaliser des séances avant la concertation.
La durée maximale de prescription d'une DSI est de 3 mois (renouvelable).

L' imprimé "Démarche de Soins Infirmiers - Résumé" tient lieu d'entente préalable : les deux volets sont adressés par l'infirmier au Service Médical.
Les différents actes pouvant être intégrés dans la DSI (article 11 de la NGAP).

La DSI peut comporter un projet thérapeutique constitué :

- de séances de soins infirmiers (ensemble des actions de soins curatives et préventives visant à restaurer les capacités d'autonomie, soins d'hygiène inclus) : cotées AIS 3.
- de séances de programme d'aide personnalisée (maintien du patient dans son cadre de vie, aide à l'accomplissement des actes quotidiens de la vie, création d'un relais avec l'entourage ou les intervenants sociaux) : AIS 3,1.
- de séances hebdomadaires de surveillance clinique et de prévention (vérification de la prise de traitement, le contrôle du confort et de la sécurité du patient, le contrôle des principaux paramètres, la tenue de la fiche de surveillance et de liaison...) : AIS 4.
- de séances de soins infirmiers (AIS 3) suivies de séances hebdomadaires de surveillance clinique et de prévention (AIS 4).
- de séances de programme d'aide personnalisée (AIS 3,1) suivies de séances hebdomadaires de surveillance clinique et de prévention (AIS 4).

Références :
(1) : « Dictionnaire des soins infirmiers », ouvrage collectif ; R. Magnon et G. Dechanoz , AMIEC 1995
(2) : « Guide du service de soins infirmiers », 2ème édition, septembre 2001, consultable sur :
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers au chapitre « Soins infirmiers : normes de qualité ».
(3) : www.ameli.fr

MALADIES A DECLARATION OBLIGATOIRE

Elles sont le plus souvent diagnostiquées et donc déclarées à l'hôpital. Cependant il peut vous arriver d'avoir à remplir une telle déclaration.

L'inscription d'une maladie sur la liste des maladies à déclaration obligatoire fait l'objet d'une décision du ministre de la Santé rendue publique par décret, après avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF). Elle traduit la volonté de l'Etat d'agir pour prévenir les risques d'épidémie, mais aussi pour analyser l'évolution dans le temps de ces maladies et adapter les politiques de santé publique aux besoins de la population.

L'article L. 3113-1 code de santé publique dispose : *« Font l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire par les médecins et les responsables des services et laboratoires d'analyses de biologie médicale publics et privés :*
1°) Les maladies qui nécessitent une intervention urgente locale, nationale ou internationale ;
2°) Les maladies dont la surveillance est nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé publique. »
Les décrets n°99-363 du 6 mai 1999 (créant les articles D.11-1 et D.11-2), complétées par les décrets n°2001-910 du 5 octobre 2001 et n°2002-1089 du 7 août 2002 (pris après avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France) définissent la liste des maladies correspondant aux 1° et 2°.

Les modalités de la transmission des données à l'autorité sanitaire dans les deux cas, en particulier la manière dont l'anonymat est protégé, sont fixées par décret en Conseil d'Etat n°99-362 du 6 mai 1999 et n°2001-437 du 16 mai 2001 créant les articles R.11-1 à R.11-4.

Certaines maladies à déclaration obligatoire doivent être signalées ou notifiées **dès la suspicion**, et d'autres seulement quand le cas est probable voire confirmé.

La liste des maladies à déclaration obligatoire et leurs critères de signalement et de notification sont susceptibles d'évoluer dans le temps. Ils sont actualisés sur le site Internet de l'Institut de veille sanitaire (www.invs.sante.fr).

Liste des maladies mentionnées devant faire l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire :

Botulisme (1),
Brucellose (1),
Charbon (1),
Choléra (1),
Diphtérie (1),
Fièvres hémorragiques africaines (1),
Fièvre jaune (1),
Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes(1),
Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B,
Infection invasive à méningocoque (1),
Infection par le VIH quel qu'en soit le stade,
Légionellose (1),
Listériose (1),
Orthopoxviroses dont la variole (1),
Paludisme autochtone (1),
Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer (1),
Peste (1),
Poliomyélite (1),
Rage (1),
Rougeole,
Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres Encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines (1),
Toxi-infections alimentaires collectives (1),
Tuberculose (1),
Tularémie (1),
Tétanos,
Typhus exanthématique (1),
Saturnisme de l'enfant mineur (1),

Dans la liste, les maladies qui justifient une intervention urgente locale, nationale ou internationale et doivent être signalées sans délai à l'autorité sanitaire sont signalées par (1).

Le signalement des maladies à déclaration obligatoire par les médecins et les biologistes qui les suspectent ou les diagnostiquent au médecin inspecteur de santé publique de la DDASS de leur lieu d'exercice, est une **procédure d'urgence et d'alerte** qui s'effectue sans délai et par tout moyen approprié (téléphone, télécopie). Il n'existe **pas de support dédié** au signalement. La procédure de signalement permet au médecin inspecteur de santé publique (MISP) de réagir rapidement et de mettre en place les mesures de prévention individuelle et collective autour des cas, et le cas échéant, de déclencher des investigations pour identifier l'origine de la contamination et agir pour la réduire.

Ces investigations menées peuvent impliquer les Cellules interrégionales d'épidémiologie (CIRE), l'Institut de veille sanitaire, les Centres nationaux de référence (CNR) et les autres

services déconcentrés de l'Etat (Direction des services vétérinaires, Direction départementale de la consommation, de la concurrence et de la répression des fraudes…).

Dans ce cadre, les données transmises par les déclarants peuvent être nominatives. Ces données nominatives ne doivent pas être conservées au-delà du temps nécessaire à l'investigation et à l'intervention.

La notification est une procédure de transmission de données individuelles par le médecin ou le biologiste déclarant au médecin inspecteur de santé publique de la DDASS du lieu d'exercice au moyen d'une fiche spécifique à chaque maladie.
La notification a pour objet le suivi épidémiologique des maladies à déclaration obligatoire. C'est cette procédure de notification qui est concernée par la protection renforcée de l'anonymat des personnes.

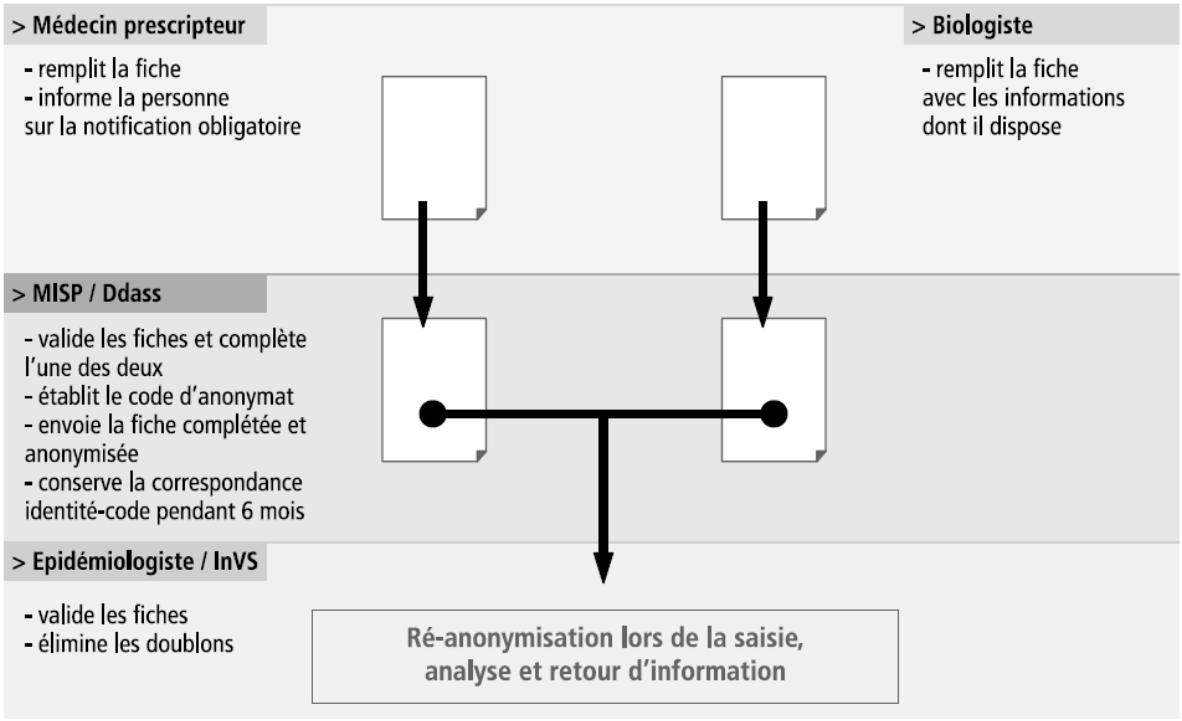
La notification intervient après le signalement et souvent après confirmation du diagnostic. **Elle doit être effectuée pour toutes les maladies à déclaration obligatoire.** Ainsi, à l'exception de l'infection VIH/sida et de l'hépatite B aiguë et du tétanos, toutes les maladies doivent être signalées dans l'urgence, puis notifiées au MISP de la DDASS du lieu d'exercice du déclarant.

Le déclarant transmet la fiche, soit par voie postale sous pli confidentiel portant la mention « secret médical », soit par télétransmission après chiffrement des données, au médecin inspecteur de santé publique de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales qui la transmet à son tour, dans les mêmes conditions de confidentialité, au médecin de l'Institut de veille sanitaire désigné par son directeur général.

Les données cliniques, biologiques et socio-démographiques transmises pour chaque maladie sont fixées par arrêté du ministre de la Santé après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Selon les maladies, on distingue deux types de procédures de notification anonymisée :
– une procédure générale de notification où l'anonymisation est réalisée par le médecin inspecteur de santé publique : elle concerne toutes les maladies à déclaration obligatoire à l'exception de l'infection à VIH, du sida, de l'hépatite B aiguë et du saturnisme chez l'enfant mineur ;
– des procédures spécifiques pour la notification de l'infection à VIH, du sida et de l'hépatite B aiguë, pour lesquelles l'anonymisation est réalisée à la source par le déclarant biologiste ou le médecin.

Cas général de notification : toutes les MDO sauf VIH/sida, hépatite B aiguë et saturnisme de l'enfant mineur



Références :
La procédure de signalement et son détail sur : Institut de veille sanitaire «Guide des maladies à déclaration obligatoire (MDO) », rubrique « déclarer, agir, prévenir » (et téléchargeable sur : www.invs.sante.fr).

« Maladies à déclaration obligatoire : dispositifs de signalement et notification anonymisée », Prescrire n°250 mai 2004, pages 386-388 (attention, mise à jour nécessaire).

La rougeole est à nouveau inscrite dans la catégorie des maladies à déclaration obligatoire depuis 2005.
L'historique, et les objectifs de la lutte pour l'éradication de la rougeole peuvent être consultés sur : http://www.invs.sante.fr/publications/rougeole/index.html
Les recommandations suivantes ont été émises par l'Institut National de Veille Sanitaire, sur son site : http://www.invs.sante.fr/surveillance/rougeole

Critères de signalement et de notification des cas de rougeole
Seuls les cas répondant aux critères d'un cas clinique (confirmé ou non) tel que défini ci-dessous doivent être signalés.

- **Cas clinique=**

Fièvre supérieure ou égale à 38,5 °C **et** éruption maculo-papuleuse **et** présence d'**au moins un** des signes suivants : toux, coryza, conjonctivite, signe de Koplik.

- **Cas confirmés=**

Cas confirmé biologiquement :
Présence d'au moins un des critères biologiques suivants :
• détection sérologique ou salivaire d'IgM spécifiques de la rougeole* ;
• séroconversion ou élévation de quatre fois au moins du titre des IgG sériques entre la phase aiguë et la phase de convalescence* ;
• détection du virus par PCR sur prélèvements sanguin, rhino-pharyngé salivaire ou urinaire ;
• culture positive sur prélèvements sanguin, rhino-pharyngé, salivaire ou urinaire.

Un cas confirmé biologiquement ne remplit pas obligatoirement les critères de la définition clinique.

Cas confirmé épidémiologiquement :

Cas qui répond à la définition d'un cas clinique et qui a été en contact dans les 7 à 18 jours avant le début des signes avec un cas de rougeole confirmé biologiquement ou épidémiologiquement.

* en l'absence de vaccination récente

De même, l'hépatite A redevient une maladie à déclaration obligatoire à partir de janvier 2006, en raison de sa gravité potentielle et de son potentiel épidémique, ceci afin de repérer les cas groupés. La déclaration obligatoire pour cette maladie avait été interrompue en 1984. Le critère de notification est la présence d'IgM anti-VHA dans le serum.
Toutes les informations nécessaires peuvent être consultés sur : www.invs.sante.fr/hepatiteA

MESURES DE PROTECTION CIVILE DES INCAPABLES MAJEURS

Il ne s'agit pas ici de revenir sur le détail de ces mesures, qui peuvent être retrouvées dans tout bon poly de santé publique ou de médecine légale. Il s'agit d'en rappeler les principes, et voir comment le médecin traitant, et donc éventuellement son remplaçant, peuvent être amenés à intervenir dans la prise en charge.

En effet, il appartient au médecin traitant d'émettre un avis sur la capacité du patient majeur dans ses actes de la vie civile, et ce faisant, lui confère un rôle central. Dans un certain nombre de cas, il lui appartient de solliciter une procédure judiciaire d'une mesure de protection des biens de la personne concernée. Le juge se base, entre autres, sur cette évaluation pour décider d'organiser la protection des intérêts civils de la personne concernée.

Les dispositions de protection civiles des malades mentaux remontent à la loi de 1968 sur la protection des incapables majeurs, qui trouvent leur traduction dans le code civil. Ces dispositions, jugées désormais inadaptées par nombre de professionnels du secteur médico-social, devraient subir une réforme prochaine.

L'article 489 du code civil énonce le principe selon lequel : *« pour faire un acte valable, il faut être sain d'esprit »*. Les actes civils d'un patient reconnu dément ou atteint de toute autre affection, même passagère, d'un affaiblissement dû à l'âge, et qui altèrent son libre arbitre, sont donc nuls selon ce principe. La loi lui impose malgré tout une obligation de réparation d'éventuels dommages causés à autrui.

Ces dispositions ne doivent pas être confondues avec les conditions de soins (hospitalisation libre, sur demande d'un tiers, ou d'office).
3 mesures de protection civile des malades mentaux sont prévues par la loi. Elles le privent, partiellement ou totalement, de leur liberté d'agir civilement ou financièrement.

Tutelle

Elle est définit par l'article 492 du code civil et suivants. Elle permet une représentation continue de la personne, dans la plupart des actes de la vie civile. Elle concerne généralement des patients dont les capacités physiques ou mentales sont altérées de manière grave et prolongée. Sa mise en place demande plusieurs mois. Elle nécessite une requête initiale du patient lui-même, de sa famille ou d'un service social, du médecin traitant, du procureur de la république, ou du juge des tutelles.

La requête désigne la personne à protéger, énonce les faits, énumère les proches parents de la personne à protéger ainsi que le nom et l'adresse du médecin traitant.

Le juge sollicite l'avis de ce dernier concernant l'opportunité de la procédure (cet avis n'est pas forcément rendu sous forme d'un certificat médical, il peut s'agir d'un entretien). L'accès au dossier médical du patient que détient le médecin traitant peut également être sollicité dans le cadre d'une expertise médicale.

Un certificat médical rédigé par un médecin spécialiste doit attester de l'altération des capacités physiques ou mentales, et donne l'avis motivé du médecin concernant la procédure en cours. Ce dernier peut être choisi par le patient, sa famille, ou le médecin traitant, mais doit figurer obligatoirement sur la liste établie par le procureur de la république. Il n'a pas qualité d'expert à ce stade. Il s'ensuit une enquête sociale. Cette requête est présentée devant le tribunal d'instance dont dépend le domicile de la personne à protéger, afin que le juge des tutelles soit saisi. Néanmoins le juge peut se saisir d'office sur simple avis des parents, alliés, amis, médecins traitant, du patient en question. Il peut auditionner chacun des acteurs, et ordonner une expertise médicale. Il peut également ouvrir la tutelle en se fondant sur d'autres éléments que la production des certificats médicaux (cas du refus de l'examen médical).
Le juge des tutelles décide ou non de l'ouverture de la tutelle. Il prononce un jugement, qui ouvre la tutelle.

Les droits civiques sont perdus : le patient ne peut ni voter, ni être juré, être élu, être tuteur, faire partie d'un conseil de famille. Il est mis en condition d'incapacité civile (pas de mariage possible, donation, testament,…). De ce point de vue, le patient devient assimilable à un mineur. Les actes antérieurs au jugement de tutelle peuvent être annulés, ainsi que les actes futurs bien sûr. Le juge nomme un tuteur qui représente le patient dans tous ses actes de la vie civile ou juridique.

Il existe plusieurs formes de tutelle (complète, régime de capacité partielle).
La tutelle peut cesser selon une procédure identique. La tutelle peut être exercée par la famille, ou par des associations voire par des gérants privés.

Curatelle

Elle est définit par l'article 508 du code civil et suivants. Elle permet à la personne d'être conseillée ou contrôlée dans ses actes de la vie civile. Elle s'applique parfois à des personnes dont les facultés physiques ou mentales ne sont pas altérées, mais dont le comportement compromet l'exécution de ses obligations familiales, ou l'expose au besoin.

Les procédures de mise en route, de recours et de cession sont identiques à la tutelle. Elle constitue une procédure de protection civile moins complète que cette dernière. Ainsi, le patient peut voter, mais pas être élu, ne peut être ni juré, ni tuteur lui-même, ni appartenir à un conseil de famille. Certains actes conservatoires ou d'administration peuvent être effectués, mais nécessitent soit l'assistance du curateur, soit l'autorisation du juge.
Les actes antérieurs peuvent être rescisés, réduits, ou annulés.
La curatelle peut elle aussi revêtir plusieurs formes (simple, renforcée, aménagée).

Sauvegarde de justice

Elle est définit par l'article 491 du code civil (et suivants).
Outre la décision d'ordre judiciaire (article 491-1 du Code civil), l'autre procédure d'ouverture est la déclaration d'ordre médical (article L 3211-6 du Code de la santé publique). Le médecin qui constate que son patient a besoin pour l'une des causes prévues à l'article 490 du Code civil d'être protégé dans les actes de la vie civile peut en faire la déclaration au procureur de la République du lieu du traitement.

Elle n'entraîne aucune incapacité. Elle permet la protection de la personne de manière temporaire dans ses actes de la vie civile. L'intégralité des droits sont conservés. Tous les actes de la vie civile du patient peuvent être réalisés. En revanche, concernant les actes effectués durant la période de sauvegarde, elle permet de requalifier les actes ayant occasionnés un dommage (mais ceci ne concerne pas les actes antérieurs à la mesure de sauvegarde).

Elle est enclenchée suite au courrier du médecin psychiatre ou gériatre adressé au juge des tutelles, si l'avis du spécialiste est conforme. La mesure de sauvegarde est valable 2 mois à compter de la déclaration, et est prorogeable par période de 6 mois.

Ainsi, dans le cadre de ces procédures, le remplaçant peut-être sollicité. L'appréciation de l'état de santé, mentale particulièrement, d'un patient n'est pas forcément aisé dans la mesure où le patient n'est pas forcement connu par le remplaçant (cas des remplacements ponctuels). Néanmoins, dans la mesure où cet avis n'est que consultatif, et pas obligatoirement formalisé sous forme d'un certificat médical, il est toujours possible d'indiquer au juge que les éléments d'appréciation au moment où l'avis est sollicité ne permettent pas d'émettre un avis éclairé.

Références :
(1) : « Le livre de l'interne en psychiatrie », par Olié, Gallarda et Duaux, collection Médecine-sciences, Flammarion.
(2) : « Protection d'un patient majeur, tutelle et curatelle : le rôle du médecin », article juridique du Concours médical n°127 du 26 octobre 2005.
(3) : « Les certificats », cours de médecine légale, Faculté de médecine de Reims

CERTIFICATS MEDICAUX

Il nous est apparu nécessaire dans cette version du guide d'étoffer largement ce chapitre, compte tenu de la pression médico-légale croissante s'exerçant sur les médecins, et des sollicitations dont ils font l'objet de la part des patients.
Qui ne s'est jamais entendu dire : « Docteur, ça ne vous prendra qu'un instant, c'est juste pour un certificat !… ».

Justement : malgré leur banalisation excessive, les certificats médicaux ne sont jamais anodins. Ils engagent la responsabilité pénale, civile, et disciplinaire du médecin. Ils demandent rigueur et attention, tant dans la compréhension de la demande, de l'utilisation qui en sera faite, que pour l'examen conduisant à leur établissement, ainsi qu'à leur rédaction.

Le certificat médical est l'attestation écrite des constatations cliniques et para-cliniques, positives ou négatives, concernant l'état de santé d'un individu qui a bénéficié d'un examen médical. La délivrance d'un certificat peut être une obligation légale (cf. chapitre dédié).

Quelques notions de droit.

Le Code pénal (articles 441-7 et 441-8) punit l'établissement de faux certificats *:« Indépendamment des cas prévus au présent chapitre, est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende le fait :d'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts ;de falsifier une attestation ou un certificat originairement sincère ;de faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié… »*

L'article 441-8 du Code Pénal aggrave les sanctions lorsque l'infraction provient d'un professionnel de santé : « La peine est portée à 5 ans d'emprisonnement et à 75 000 euros d'amende lorsque la personne visée aux deux premiers alinéas exerce une profession médicale ou de santé et que l'attestation faisant état de faits inexacts dissimule ou certifie faussement

l'existence d'une maladie, d'une infirmité ou d'un état de grossesse, ou fournit des indications mensongères sur l'origine d'une maladie ou d'une infirmité ou sur la cause d'un décès. »

L'Ordre national des médecins rappelle quelques définitions dans son « Bulletin national de l'Ordre des médecins » du n°9 novembre 2002 (consultable sur : http://bulletin.conseil-national.medecin.fr).

Un médecin ne peut pas refuser un certificat à son patient lorsqu'ils sont prévus par les textes (art 76 du code de déontologie). Ceci est une nuance de taille, car comme nous allons le voir, la tendance systématique à demander au médecin un certificat pour tout et n'importe quoi tend à lui faire endosser une responsabilité qui ne lui échoit théoriquement pas, et qui peut parfois être lourde de conséquences. Ainsi, récemment, un médecin a été condamné pour ne pas avoir averti sa patiente atteinte d'une myopie importante des dangers de la pratique de la boxe, lors de la rédaction d'une certification de non contre-indication à la pratique du sport. Ceci peut finir par peser lourd pour les médecins, et de conduire à des attitudes de repli devant ces demandes, créant des situations conflictuelles avec les patients.

Le médecin ne doit certifier que ce qu'il a lui-même constaté. Ont déjà été sanctionnés des médecins dont les certificats avaient été rédigés sans examen du patient.
Si le certificat rapporte les dires de l'intéressé ou d'un tiers, le médecin doit s'exprimer sur le mode conditionnel et avec la plus grande circonspection ; le rôle du médecin est en effet d'établir des constatations médicales, non de recueillir des attestations ou des témoignages, et moins encore de les reprendre à son compte (risque d'immixtion dans les affaires de famille, dans la vie privée, sanctionnés par l'art 51 du code de déontologie).

L'article 28 du code de déontologie, interdit le « rapport tendancieux » et les certificats de complaisance. On entend par **« rapport tendancieux »** un certificat déformant une réalité ou accréditant des assertions sans preuve (ne pas avoir consulté un patient).

Un certificat est dit **«certificat de complaisance »** lorsqu'il est destiné à protéger une personne en faute. Le **« faux certificat »** fait état de faits dont on sait qu'ils sont inexacts.

Ainsi, un certificat médical ne doit pas comporter d'omission volontaire dénaturant les faits. Il suppose un examen et un interrogatoire préalables soigneux.

Certaines demandes de certificat doivent être rejetées. Si le médecin est tenu de délivrer à son patient un certificat des constatations médicales qu'il est en mesure de faire, il reste libre du contenu, du certificat et de son libellé qui engagent sa responsabilité.

Si le secret médical n'existe pas entre un médecin et son patient, le secret doit profiter à ce dernier. Il appartient ainsi au médecin d'informer le patient sur les conséquences positives ou négatives à communiquer certaines informations médicales. Nous le verrons plus tard avec quelques exemples précis.

Principes rédactionnels :

La rédaction doit être claire, lisible, sur papier libre, ou à en tête, en double exemplaire comprenant (selon les principes énoncés dans l'article 76 du code de déontologie):

- identité et qualité du médecin signataire,
- date, heure et lieu de l'examen,
- identité, date de naissance, adresse, éventuellement la profession de l'intéressé,

- déclarations du demandeur entre guillemets, après les avoir fait précéder de la formule : " le patient déclare ",
- description systématique des symptômes et lésions constatées, même bénins (topographie, nombre, dimension, aspect, état antérieur pathologique...), éventuellement les signes cliniques négatifs,
- examens complémentaires et leur résultat
- traitement envisagé,
- durée d'une éventuelle ITT (Incapacité Temporaire Totale)
- mention de la remise en mains propres, et de la demande par l'intéressé
- date et lieu de rédaction,
- signature manuscrite du médecin **(obligatoire)**.

Toujours remettre les certificats en mains propres au patient, ou à son tuteur légal (mineur ou incapable majeur).

Conserver un double de tout certificat.
Il n'est pas nécessaire d'écrire un diagnostic précis justificatif (sauf demande du patient).

Le certificat de lésion :

Les principes repris ici sont largement issus de la thèse du Dr Lavizzari- Schneider, soutenue en 2003 à la faculté de médecine Lyon-Nord : « Le médecin généraliste : interface entre le patient et la justice ».
Ce certificat constitue la pièce maîtresse du dossier de demande de réparation du dommage subi par la victime, pour conduire à une indemnisation.

Le certificat pour coups et blessures volontaires doit ainsi comporter des informations indispensables qui lui confèrent sa validité. Outre celles déjà citées, il importe de fixer la durée de l'Incapacité Totale de Travail. L'ITTP, Incapacité Totale de Travail Personnel de l'ancien Code Pénal, a été remplacée par l'ITT dans le nouveau Code Pénal de 1994.

La détermination de l'incapacité totale de travail est utilisée par le magistrat pour orienter l'auteur des faits vers la juridiction compétente.

Toutes les lésions observées doivent être décrites, même si, à priori, elles apparaissent bénignes et sans intérêt. Le médecin doit garder une **totale objectivité** dans le vocable utilisé (pas de superlatifs). Il faut décrire toutes les lésions, en précisant leur taille, leur profondeur, leur siège exact, en utilisant des termes médicaux précis, et adapter précisément le vocabulaire médical (le terme hématome est souvent employé au lieu d'ecchymose par exemple).

Si des examens complémentaires ont été réalisés, il importe de noter les résultats positifs ou négatifs. Il faudra faire figurer les conclusions des spécialistes éventuellement consultés (ophtalmologiste, ORL …).

Il faut préciser un éventuel état antérieur (cicatrices, déformations, atrophie, tumeur d'allure bénigne…), afin qu'une expertise ultérieure éventuelle puisse attribuer ou non les lésions résiduelles à l'accident. En effet, l'auteur de la thèse rappelle qu'en droit commun, **le doute ne bénéficie pas à la victime, contrairement à la législation des accidents de travail**.
Il est également possible d'évoquer le retentissement psychologique sur l'état de la victime.

Quelques notions concernant l'ITT :

Le certificat de coups et blessures n'a aucune valeur juridique s'il ne mentionne pas la durée d'Incapacité Totale de Travail. Toute personne peut en bénéficier quels que soit son âge, son

sexe, son activité. Elle reflète l'ampleur du dommage et l'importance de la violence subie et qualifie la juridiction compétente. Elle est un des facteurs d'orientation juridictionnelle .
Mais comme le précise le Dr Lavizzari- Schneider, la notion d'ITT donne lieu à de nombreux errements. Son interprétation n'est pas univoque, tant pour le corps médical que pour les juristes.

L'ITT peut correspondre à 3 définitions :

- en droit social : Incapacité Temporaire de Travail.
- en droit civil : Incapacité Temporaire Totale.
- en droit pénal : Incapacité Totale de Travail, c'est la notion qui nous intéresse ici, mais qui n'est pas définie par le code pénal.

Dés 1960, la Cour de cassation a clairement précisé que l'incapacité de travail ne devait pas s'entendre uniquement d'une incapacité de travail professionnel mais d'une incapacité d'exécuter un travail corporel, que ce soit dans l'exercice d'une profession ou en dehors de celle-ci. L'auteur rappelle que de fait, l'ITT doit être considérée comme « fonctionnelle » . C'est l'incapacité à s'adonner à un travail corporel quelconque. Elle recouvre également la dimension psychologique de la personne.

« L'incapacité totale de travail ne suppose ni l'immobilisation complète, ni l'absence totale d'activité, ni la perte intégrale d'autonomie. Elle suppose simplement l'existence d'un traumatisme (douleur ou handicap, visible ou non) perturbant, de façon anormale, les actes de la vie courante, sans pour autant les interdire. »

Des définitions beaucoup restrictives ont été proposées. Ainsi, concernant l'ancienne notion d'ITT**P** : *« incapacité de se livrer à un travail quelconque »*, soit *«perte temporaire de toute autonomie dans les gestes élémentaires de la vie quotidienne ».*

Le médecin ne peut s'appuyer sur aucun barème pour fixer la durée de cette ITT. Le seul barème existant en matière d'indemnisation actuellement est celui crée par la commission d'indemnisation des victimes dans le cadre de l'aléa thérapeutique, en cours en construction. Le médecin doit de plus considérer la profession de la victime, son âge, son sexe, …car une même lésion n'a pas le même retentissement dans la vie de tous les jours, ni les mêmes conséquences professionnelles chez tout un chacun.

La durée d'un éventuel arrêt de travail est à déterminer de manière indépendante.

Au regard de la loi, 4 cas de figure se présentent :
Les atteintes involontaires à l'intégrité de la personne avec ITT inférieure ou égale à 3 mois : il s'agit d'une contravention jugée par le tribunal de police (Article R. 625-2).Ces infractions sont punies d'une amende prévue pour les contraventions de 5ème classe. Il peut s'agir d'un délit en cas de manquement délibéré à une obligation de sécurité ou de prudence.

Les atteintes involontaires à l'intégrité de la personne avec ITT > à 3 mois : il s'agit d'un délit jugé par le tribunal Correctionnel (Article 222-19) . Elles sont punies de 2 ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende.

Les violences volontaires ayant entraîné une ITT inférieure ou égale à 8 jours: il s'agit d'une contravention jugée par le tribunal de police (Article R. 625-1).Ces infractions sont punies d'une amende prévue pour les contraventions de 5ème classe.

Les violences volontaires ayant entraîné une ITT > à 8 jours : il s'agit d'un délit jugé par le tribunal Correctionnel (Article 222-11). Elles sont punies de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

Les circonstances aggravantes, quant aux violences volontaires, reconnues par le Code pénal (Articles 222-12 et 222-13) sont : victime mineure de moins de 15 ans ; personne vulnérable (âge, maladie, infirmité, déficience physique ou psychique, grossesse) ; la victime est un ascendant légitime ou naturel, père ou mère adoptifs ; magistrat, juré, avocat, officier public ou ministériel, toute personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public (et donc les médecins) ; agression sur un témoin, une victime ou une partie civile ; agression commise par le conjoint ou le concubin de la victime ; agression commise par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public ;agression par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ; agression avec préméditation ou avec usage ou menace d'une arme.

Le certificat de consolidation:

Les règles de rédaction doivent en être tout aussi strictes, car il s'agit d'une autre pièce à verser à l'instruction (si elle a lieu).
S'il ne subsiste aucune séquelle de l'agression, le certificat se borne à constater la guérison (« suite à l'accident du… »).

Les lésions peuvent n'être que **consolidées** : des séquelles subsistent, que la thérapeutique actuelle ne peut améliorer.

La consolidation est « le moment où les lésions se fixent et prennent un caractère permanent, tel qu'un traitement n'est plus nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation, et qu'il est possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente réalisant un préjudice définitif ».

Il importe alors de préciser qu'il persiste une **Incapacité Permanente Partielle**(IPP) dont le taux sera à déterminer par expertise.

L'auteur rappelle que : *« certaines évaluations farfelues déconsidèrent leurs auteurs et font naître des espérances chez des victimes qui pourraient être déçues à la lecture des conclusions des experts. […]La consolidation a l'effet thérapeutique d'une déclaration de « guérison » dont les médecins soulignent l'importance psychologique. Elle ouvre le règlement définitif de l'indemnisation par lequel on espère mettre un terme à une période douloureuse : la vie reprend. Il faut cependant préciser que la consolidation ne coïncide pas nécessairement avec la reprise d'une activité professionnelle. »*

Le travail a pu reprendre avant la consolidation.
Les experts s'appuient sur le « Barème indicatif des déficits fonctionnels séquellaires en droit commun », pour fixer le taux d'IPP.

Cas des agressions sexuelles :

Elles ont ceci de particulier, outre leur dimension dramatique, qu'il faut bien souvent effectuer des prélèvements à la recherche d'éléments de preuve pour identifier l'agresseur, pour authentifier l'agression sexuelle. Ces techniques de prélèvement doivent être réalisées dans des conditions précises afin de ne pas détruire des indices utiles (pas de déshabillage intempestif ni de savonnage des lésions constatées), et dans un cadre juridique précis pour avoir valeur de preuve. Ainsi, dans la plupart des cas, il semble que cet examen soit difficilement réalisable en médecine de ville.

Le généraliste peut demander aux autorités de requérir directement et très rapidement un expert pour les réaliser. Le recours aux unités médico-judiciaires de secteur, ou aux urgences gynécologiques de l'hôpital le plus proche est d'une aide précieuse. La prévention des MST et la contraception d'urgence peuvent y être administrées. Tout ceci doit être entrepris le plus rapidement possible afin de pouvoir réaliser les prélèvements nécessaires, notamment s'il y a une suspicion de soumission chimique (recherche de toxiques ou de leurs métabolites).

Certificat de décès :

Il est à distinguer de :

- la déclaration de décès (faite à la mairie par toute personne ayant connaissance d'un décès, dans les 24 heures suivant le décès),
- l'acte de décès (pièce officielle d'état civil rédigée par l'Officier d'EC attestant du décès),
- du permis d'inhumer (opération réglementaire de procéder aux opérations funéraires, établie par l'Officier d'état civil).

Le certificat de décès doit être établit par le médecin constatant le décès. Sa rédaction est une obligation d'ordre administratif (Code général des collectivités territoriales), et déontologique (article 76). Il doit être rédigé après s'être assuré de la réalité et du caractère naturel de la mort. La délivrance du certificat de décès permet à la famille d'obtenir le permis d'inhumer.

Le certificat de décès comprend deux parties : l'une est adressée à l'officier d'état civil, l'autre, anonyme, est destinée à établir les statistiques de morbidité et de mortalité.

Le décret du 14 janvier 1987 a introduit dans la partie supérieure du certificat de nouvelles mentions relatives à l'accord du médecin pour la pratique éventuelle de certaines opérations funéraires.

Au verso du document, figure la liste des maladies ou des situations constituant un obstacle à de telles opérations.

Il existe deux formulaires différents : le premier est vert, et sert à déclarer les décès jusqu'au 27ème jour de vie; le second est bleu, il est utilisé pour déclarer les décès survenus au-delà de 28 jours de vie. Ce dernier, obligatoire, comporte des mentions relatives aux causes néonatales et maternelles du décès, ainsi qu'aux caractéristiques de l'enfant, des parents et de l'accouchement.

Le certificat doit être remis à la famille si le décès a lieu au domicile, aux forces de l'ordre si le décès a lieu sur la voie publique.

Constatation du décès :

Consiste en la recherche des signes négatifs de vie (témoignant de l'arrêt des fonctions vitales) et des signes positifs de mort (apparaissant secondairement). Aucun n'est pathognomonique !

Nous vous renvoyons à vos cours de médecine légale pour l'ensemble de ces signes cliniques. Si notre qualité de médecin généraliste ne nous permet pas de figurer dans de spectaculaires séries télévisées dans lesquelles œuvre la police scientifique, il nous appartient d'avoir quelques notions de base.

Les bonnes cases à cocher (1) :
Don du corps : « non » si :obstacle médico-légal à l'inhumation, maladies citées ci-dessous.
Mise immédiate en cercueil hermétique : « oui » si : variole, orthopoxviroses, choléra, charbon, fièvres hémorragiques virales.

Mise en cercueil simple : « oui » si : Sida, HIV, hépatites virales sauf hépatite A confirmée, peste, rage, cadavre en mauvais état.

Accord pour crémation : « oui » si : absence d'obstacle médico-légal. Attention à la présence d'un **pace-maker**, ou tout autre prothèse contenant des radio-éléments, qui contre-indiquent la crémation !

Soins de conservation autorisés si : absence d'obstacle médico-légal, absence des maladies citées ci-dessus, bon état du corps.

Accord pour transport du corps avant mise en bière : « non » si : maladies précédemment citées, décomposition avancée du cadavre, obstacle médico-légal.

Obstacle médico-légal à l'inhumation : c'est le **point délicat de la rédaction du certificat**, qui guide en fait la conduite à tenir devant une constatation de décès.
S'il est facile de s'assurer du décès effectif, il est en revanche parfois difficile d'être certain de l'absence d'obstacle médico-légal à l'inhumation.

Les cas d'obstacles médico-légaux sont les suivants : mort violente criminelle ou suspecte (suicide), mort inconnue, mort subite de l'adulte ou de l'enfant, mort engageant une responsabilité (accident de circulation, exercice médical), mort mettant en cause des législations particulières (accidents du travail, maladies professionnelles, pensions militaires).
Dans tous les cas, le médecin doit d'abord rechercher l'identité du sujet pour qu'elle ne fasse aucun doute.

Puis, il recherche les antécédents du défunt, l'heure présumée de la mort ou le dernier moment où il aura été vu vivant, le lieu de découverte du corps, sa position, les circonstances de la mort, la symptomatologie, l'instant qui a précédé la mort et l'aspect du corps lors de sa découverte, sa température corporelle etc... Ceci nécessite parfois de poser des questions à l'entourage familial, ce qui n'est un exercice aisé au regard des circonstances, mais pourtant fondamental. Ces déclarations sont à considérer avec circonspection (complicité d'homicide, …). A son arrivée près du corps, il est également fortement conseillé de faire un rapide tour d'horizon des lieux. Il faut rechercher des meubles ou des objets en désordre, des objets suspects, des traces suspectes… Mais ceci sans gêner le déroulement des constatations policières, ni l'enquête ultérieure.

Il est conseillé d'examiner le corps entièrement nu, afin de ne pas omettre un homicide maquillé en mort naturelle ou en suicide. Si il existe une suspicion d'homicide, attendre que l'officier de police judiciaire soit présent sur les lieux avant toute manipulation du corps. Bien souvent, seule la découverte de lésions cutanées visibles amène à suspecter une mort criminelle.

Si l'examen du cadavre et de l'environnement font évoquer une mort suspecte (mort violente, mort inattendue d'un sujet jeune sans antécédents particuliers, suicide), l'hypothèse de l'homicide ne peut être écartée. On doit alors cocher les cases : « obstacle médico-légal », sans nécessité de justifier, ainsi que « obstacle au don du corps » sur le certificat de décès. **Ceci suffit à faire déclencher une enquête judiciaire pour déterminer les causes de la mort**.

Il est important de ne pas trop perturber l'environnement immédiat du corps. Il est également utile de prévenir la famille que si cette procédure est certainement éprouvante pour eux (interrogatoire policier, travail de deuil différé), elle est fondamentale quant à la compréhension des causes du décès, et elle doit permettre de lever les doutes qui pèsent sur les circonstances de la mort.

Le praticien doit déterminer la date et l'heure présumée de la mort. Il affirme alors que la mort est « réelle et constante ».

Les docteurs Christophe HAGUET dans sa thèse, reprise par le Dr Lavizzari-Schneider considèrent qu'il n'appartient pas au médecin constatant le décès d'alerter les autorités judiciaires sous peine d'engager sa responsabilité pour violation du secret professionnel. C'est l'officier d'état civil ou la police prévenus par cette mention du certificat bleu, qui avertissent le Procureur de la République, qui déclenche une enquête ". L'Ordre national des médecins, dans son bulletin de janvier 1999 semble confirmer cette procédure.

Lorsque le médecin ignore l'identité du patient, l'identité peut être notée « X », ce qui implique de cocher la case « obstacle médico-légal ».
Lorsque date et heures de décès sont inconnus, il est possible de noter date et heure de découverte, à condition de le noter expressément.

Attention ! Ce certificat doit théoriquement être rempli par un **médecin thésé**. Il persiste à notre sens une ambiguïté sur ce point, malgré nos demandes de confirmation auprès de plusieurs interlocuteurs. Aussi, que vous soyez résidents/internes en remplacement ou remplaçants non thésés, essayez dans toute la mesure du possible de vous abstenir de remplir ces certificats, et particulièrement si les circonstances du décès vous paraissent inhabituelles ou carrément suspectes. En effet, si le code de déontologie dans son article 74 stipule que :

« L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires. », il est fait mention du « médecin » au sens de « médecin thésé » (s'il ne l'est pas, il est considéré comme un étudiant).

Un remplaçant non thésé ne peut théoriquement pas remplir ce certificat, selon notre interprétation des textes. En l'espèce, il semble que l'on considère que le remplacement étant autorisé par le préfet, ceci confère au remplaçant non thésé toutes les attributions d'un médecin thésé, ce qui est, comme nous l'avons déjà souligné, une spécificité française. Ceci empêche que le médecin non thésé ne soit poursuivi pour « faux certificat », et sa responsabilité pénale engagée.

Néanmoins, nous n'avons pu appuyer ceci sur les textes réglementaires, ni sur la jurisprudence, le cas ne s'étant à notre connaissance jamais présenté.

Si vous vous trouvez dans une telle situation, demandez l'aide d'un confrère thésé, voire du 15 si vous êtes en garde, ou de l'Unité Médico-Judiciaire du secteur. Il en va de même concernant les certificats d'HO/HDT (cf. infra).

Théoriquement, l'établissement d'un certificat médical consécutif à tout acte médical justifie le versement d'honoraires. La tradition veut que le médecin constatant le décès d'un de ses patients ne se fasse pas honorer. Libre à vous de faire selon votre sensibilité.

Références :
Bulletin de l'ordre des médecins, janvier 1999, consultable sur : http://bulletin.conseil-national.medecin.fr
Dr Lavizzari- Schneider, thèse « Le médecin généraliste : interface entre le patient et la justice », faculté de médecine Lyon-Nord, 2003.
Dr Christophe Haguet, thèse « Obstacle médico-légal à l'inhumation dans la pratique de la médecine d'urgence pré-hospitalière : aspect juridique, fréquence, réflexions, conduite à tenir», faculté de médecine Lyon-Nord, 2000.
Dr Jean Pouillard, « les certificats médicaux », consultable sur : www.unaformec.org
(1) : Dr Ellrodt, « Les problèmes d'ordre médico-légal », Urgences médicales, édition Estem.
Pour en savoir plus : concernant le secret médical : « Le secret médical », faculté de médecine de Reims, consultable sur :
http://helios.univ-reims.fr/UFR/Medecine, rubrique « Actualités de la FMC » et « Cours de la capacité de pratiques médico-judiciaires ».

Certificat post mortem :

Conformément aux dispositions de l'article L 1110-4 du Code de Santé Publique, en application de la loi du 4 mars 2002 : *« Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès ».*

Tenu par le secret médical **même après le décès de son patient**, le médecin ne peut pas divulguer ce secret auprès d'un tiers, quel qu'il soit (et notamment à un organisme d'assurances ou à son médecin conseil).

Néanmoins, il appartient au médecin de mettre en garde le patient ou les ayants droits de l'utilisation qui pourra être faite du certificat, notamment auprès d'assurances (risque de violation du secret médical, vérification des clauses d'exclusion du contrat souscrit).

La cause médicale du décès ne doit pas apparaître dans le certificat médical. Il a seulement le droit d'attester que la cause de ce décès ne figure pas parmi les clauses d'exclusion des garanties. Ainsi, en matière de suicide (généralement exclu des garanties contractuelles), la position du médecin est délicate car il ne peut ni rédiger un faux certificat (art. 28 du CDM et art. 441-8 du code pénal) qui ferait état d'une mort de cause naturelle, ni porter tort à la mémoire de son patient en signalant le suicide.

C'est uniquement lorsque la cause du décès correspond aux garanties contractuelles que le médecin traitant peut délivrer un certificat. Il atteste alors d'une mort de cause naturelle en raison d'une maladie ou du fait d'un accident (les garanties se trouvant en ce cas souvent majorées).

L' Ordre national des médecins rappelle également qu'il ne peut toutefois le faire que sous une double réserve : d'une part, que son patient ne le lui ait pas interdit de son vivant et d'autre part, qu'il n'ait pas eu connaissance d'un litige existant entre les ayants droit, notamment en cas de dissentiment notoire ou de conflit successoral car ce serait alors à la justice d'en décider (1).

Références :
(1) : Bulletin de l'Ordre national des médecins, octobre 2000, consultable sur : http://bulletin.conseil-national.medecin.fr
Rappelons néanmoins que certaines dispositions décrites (accès au dossier médical) ont été modifiées par la loi du 4 mars 2002
(cf. chapitre dédié).

Certificats à la demande des assurances :

De plus en plus souvent, le problème du secret médical confronte le médecin traitant et le médecin de société d'assurances.

L'information médicale est nécessaire à l'assureur, aussi bien pour l'évaluation des risques avant l'établissement d'un contrat que dans l'application de celui-ci, pour l'estimation d'un dommage survenu à l'assuré. L'Ordre national des médecins rappelle que le secret médical ne doit jamais être dévoilé à un tiers, même avec le consentement du malade (1).

Il ne peut pas déléguer à son médecin traitant le droit de disposer du secret le concernant. Quant à la notion jurisprudentielle du secret médical partagé, elle ne s'applique qu'aux médecins qui concourent au diagnostic et au traitement, et donc pas au médecin de la société d'assurances.

Toute information médicale doit donc transiter obligatoirement par l'intermédiaire du patient.

Le médecin traitant doit remettre à son patient, et seulement à celui-ci (ou, en cas d'incapacité, à son représentant légal), tout document médical justificatif le concernant (art. 76 du code de déontologie). Et il n'a pas à répondre à une demande de renseignements médicaux qui lui est adressée par un tiers, quel qu'il soit. Le médecin conseil de compagnie d'assurances, lui, ne peut faire état, dans son rapport, que des informations médicales fournies directement par la personne examinée et des documents médicaux transmis par celle-ci. Toute information recueillie en dehors de cette personne constituerait une violation du secret médical.

Cas du questionnaire de santé concernant le souscripteur d'une assurance, ou dans le cadre de l'indemnisation d'un dommage :

L'Ordre émet des recommandations très claires : ce questionnaire ne peut être rempli que par le patient lui-même, même si le médecin a l'assentiment de son patient (1). Le remplissage d'un questionnaire médical s'apparente à une mission d'expertise dans ce contexte. Le certificat médical ne peut être remis qu'au patient lui-même (art. 76 du CDM).

Le médecin traitant n'a le droit de l'adresser ni à la société d'assurances ni au médecin conseil de celle-ci. Il ne peut pas non plus le valider en le contre-signant, car il risque de cautionner de fausses déclarations en cas de pathologie non connue de lui, et non signalée par le patient qui en aurait la connaissance. Cette recommandation, très tranchée, ne nous semble pas très « opérationnelle », dans la pratique quotidienne. Elle a le mérite de souligner les principaux écueils contre lesquels le médecin sollicité doit se prémunir (contre-signature des déclarations du patient, notamment).

La Revue Prescrire fournit une analyse un peu différente : si le médecin ne doit rien certifier sans avoir vu et examiné le patient, et ne rien certifier d'inexact, remettre en mains propres le certificat, rien ne s'oppose à ce que le médecin remplisse le questionnaire de santé présenté par le patient, dans la mesure où un refus peut nuire indûment au demandeur, l'assureur risquant de refuser alors la souscription du contrat (2).

Rappelons que la Cour de cassation réaffirme le caractère absolu du secret médical ... même en cas d'expertise judiciaire (décision Ch. civ. du I 7 décembre 2004 concernant l' APHP).

Références :
(1) : Bulletin de l'Ordre national des médecins, octobre 2000, consultable sur : http://bulletin.conseil-national.medecin.fr
(2) : « Données de santé personnelles : quelles limites au secret médical ? », Prescrire n°256, décembre 2004, pages 871-2 à 871-2.

Attention également à la rédaction des certificats médicaux d'annulation de voyage pour maladie : il obéit à toutes les règles déjà énoncées, et ne doit mentionner aucun diagnostic.
La cour de Cassation, rappelle dans un arrêt du 18 mars 1986 que la révélation de l'état de santé des clients d'une agence ne saurait être exigée en cas d'annulation de voyage pour maladie dans la mesure où : « *attendu que, sauf dans les cas où sa révélation est permise ou imposée par la loi, le secret médical doit être observé à l'égard des tiers, en particulier quand ils en demandent la révélation par l'intermédiaire du malade lui-même ».*

Certificat pour hospitalisation en milieu psychiatrique :

« L'élimination de toute pathologie somatique est d'autant plus indispensable que les troubles psychiatriques peuvent conduire à orienter les patients vers des structures dépourvues des moyens nécessaires au diagnostic et au traitement des urgences organiques » (1).

Les modalités d'hospitalisation en milieu psychiatrique sont régies par la Loi du 27 Juin 1990. Cette loi est relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et a pour objectif de protéger les libertés individuelles. Elle précise donc les droits généraux des malades mentaux quel que soit le mode d'hospitalisation (hospitalisation libre, hospitalisation à la demande d'un tiers et hospitalisation d'office).

Qu'il s'agisse d'une hospitalisation libre ou sous contrainte, les droits du patients demeurent intacts en ce qui concerne l'information sur la situation juridique et les droits, la communication avec les autorités, l'émission et la réception de courrier, consultation du règlement intérieur de l'établissement…

La loi du 27 juin 1990 définit 3 modalités d'admission en milieu psychiatrique pouvant donner lieu à la rédaction de certificats :

Hospitalisation libre :
Ses modalités sont les mêmes que pour une hospitalisation en milieu médical ou chirurgical. Elle se fait soit dans un service de psychiatrie en hôpital général, soit en hôpital psychiatrique (généralement plutôt à la demande d'un psychiatre). Le lieu d'hospitalisation retenu dépend de l'adresse du patient (secteur).

Hospitalisation à la demande d'un tiers :
Deux situations sont à distinguer :
1) Les troubles mentaux du patient rendent irrecevable son consentement à l'hospitalisation en milieu psychiatrique, et son état de santé impose médicalement cette hospitalisation pour des soins immédiats avec surveillance en milieu hospitalier.

L'admission en milieu hospitalier est subordonnée à l'établissement de deux certificats :

tout docteur en médecine, libéral ou hospitalier, généraliste ou spécialiste, qualifié en psychiatrie ou non, mais **thésé**, peut rédiger le premier certificat à condition qu'il n'exerce pas dans l'établissement d'accueil, et qu'il ne soit ni parent, ni allié au 4ème degré inclus du médecin signant le deuxième certificat, des chefs ou propriétaires de l'établissement ni du demandeur de l'hospitalisation.

Ce certificat doit être daté, comporter l'identité et l'adresse du malade, qui seront vérifiés.

Il doit être accompagné d'un deuxième certificat rédigé par tout médecin (psychiatre ou non) pouvant exercer dans l'établissement d'accueil, et doit confirmer « en toute indépendance » le premier certificat.

A ces deux certificats, est annexée la demande d'admission manuscrite sur papier libre, rédigée et signée par la personne demandant l'hospitalisation, le tiers. Cette demande peut émaner d'un membre de la famille, ou de toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient (ami, voisin, assistante sociale,…) l'exclusion du personnel soignant de l'établissement d'accueil (l'administrateur de garde peut rédiger le certificat).

Il est important de rappeler à la personne demanderesse que l'HDT peut être levée par lui-même, le conjoint, les ascendants. Et que de plus, une réévaluation de l'opportunité de cette hospitalisation sans le consentement du patient est obligatoire dans les 24 heures (Le certificat immédiat, dit « des 24 heures », rédigé par un médecin différent des 2 premiers ; certificat de quinzaine ; certificats mensuels, rédigés de mois en mois après la quinzaine).

2) En cas d'hospitalisation sur demande d'un tiers, dans le cadre de la procédure d'urgence pour «péril imminent», un seul certificat peut suffire. Le certificat doit alors mentionner ce péril.

Hospitalisation d'office :
La loi du 4 mars 2002 subordonne l'hospitalisation d'office à trois conditions : l'existence d'un trouble mental, la nécessité de soins de ce trouble, et une atteinte grave à l'ordre public.
Elle est prononcée par un arrêté préfectoral, au vu d'un certificat médical circonstancié qui ne peut pas émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement accueillant le patient.

En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes attesté par un avis médical ou à défaut, par la notoriété publique, l'arrêté peut être pris par le maire ou le commissaire de police afin d'instaurer les « mesures provisoires nécessaires ».

Nous vous conseillons d'avoir en votre possession les certificats types correspondant à chacune de ces situations, qui peuvent être inspirés de tout manuel d'urgence médical.

Références :
Dr Jean Pouillard, « les certificats médicaux », consultable sur : www.unaformec.org
(1) : Dr Ellrodt, « L'urgence en psychiatrie », Urgences Médicales, éditions Estem.
Pour en savoir plus : « HDT et HO » par Lepine, Arbabzadeh-Bouchez, Lafay, Senon, Collège National Universitaire de psychiatrie, question n°9 ECN 2005, sur :
http://www.univ-rouen.fr

Abordons maintenant quelques certificats « courants », dans une atmosphère plus « détendue » :

Certificat d'aptitude à la conduite :
Bien que le Comité Interministériel de la sécurité routière (CISR) en décembre 2002 ait demandé l'instauration d'un suivi médical des conducteurs au long de leur vie (1), il semble que le gouvernement semble avoir renoncé au contrôle médical obligatoire à la conduite des personnes âgées.

Le Journal Officiel n°123 du 29 mai 1997 (pages 8161 à 8167) donne la liste des inaptitudes médicales à la conduite.

La recherche d'une inaptitude à la conduite ne relève-t-elle pas d'une mission d'expertise ?
Cette mission doit-elle échoir aux médecins généralistes ?
Et si oui, dans quelles conditions ?
Ne risque-t-on pas de rechercher la responsabilité du médecin en cas d'accident, au prétexte qu'il n'aurait pas décelé ou qu'il l'aurait sous-estimé un risque médical ?

Référence :
(1) voir : www.vie-publique.fr/documents-vp/cisr_130104.pdf

Certificat concernant le port d'armes et de munitions :

Dans la droite ligne de ce qui a été énoncé précédemment, un décret (1) publié en novembre 2005 pose dans son article 16 le principe de la production d'un certificat médical datant de moins de 15 jours accompagnant la demande d'autorisation de détention d'arme si un permis de chasse ou une licence sportive de tir datant l'année en cours ne peuvent être produits. Ce certificat doit attester que l'état de santé physique et psychique du demandeur n'est pas incompatible avec la détention d'armes (à feu) !

Ce décret, impulsé dans la foulée de la tuerie de l'hôtel de ville de Nanterre en mars 2002, a suscité des réserves dans les milieux syndicaux. Le texte doit être examiné début 2006 par l'Ordre des médecins, car il soulève de nombreuses questions. Le Dr Cressard, président de la commission éthique et déontologie au sein de l'Ordre national, recommandait en décembre par voie de presse, de porter la mention *« jusqu'à ce jour »*, permettant d'exclure tout événement pathologique de type psychiatrique ultérieur à la production du certificat.

Cette disposition met à nouveau les médecins devant des responsabilités lourdes : le médecin ayant signé un tel certificat ne risque-t-il pas d'être incriminé si un patient commet des actes délictueux le lendemain de la rédaction du certificat ? La situation des médecins remplaçants, ne connaissant pas forcément tous les antécédents des patients qu'il prend en charge, est d'autant plus périlleuse. Dans l'attente de l'aménagement des dispositions réglementaires, nous ne pouvons que vous engager à la plus grande circonspection devant de telles demandes, surtout émanant de patients inconnus du cabinet médical où le remplacement est effectué, quitte à renvoyer le patient vers son médecin habituel.

Référence : (1) : Décret n° 2005-1463 du 23 novembre 2005 relatif au régime des matériels de guerre, armes et munitions, pris pour l'application du code de la défense et modifiant le décret n° 95-589 du 6 mai 1995, publié au JO du 30 novembre 2005 (consultable sur : www.admi.net)

Certificat de non contre-indication à la pratique d'un sport :

La loi n° 99-223 du 23 mars 1999 relative à la protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage, publiée au JO du 24/03/1999, énonce dans son article 5 que :
« La première délivrance d'une licence sportive est subordonnée à la production d'un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives, valable pour toutes les disciplines à l'exception de celles mentionnées par le médecin et de celles pour lesquelles un examen plus approfondi est nécessaire et dont la liste est fixée par arrêté conjoint du ministre chargé des sports et du ministre chargé de la santé. La délivrance de ce certificat est mentionnée dans le carnet de santé prévu par l'article L. 163 du code de la santé publique. »

Il ne s'agit pas d'un certificat « d'aptitude », mais bien d'un certificat de « non contre-indication » à la pratique d'un sport.

L'article 6 de la même loi impose pour toute compétition, la présentation de la licence sportive portant attestation de la délivrance de ce certificat médical. Les sportifs non licenciés auxquels ces compétitions sont ouvertes doivent présenter un certificat identique (ou sa copie certifiée conforme) datant de moins d'un an.

Si un médecin décèle des signes cliniques compatible avec une **pratique de dopage**, l'article 7 de la loi lui impose de refuser la délivrance d'un des certificats médicaux , d' informer le patient des risques qu'il court et de lui proposer un suivi médical (antennes médicales de lutte contre le dopage, proposant des consultations anonymes).

Le médecin doit de plus transmettre obligatoirement au médecin responsable de cette antenne médicale les constatations qu'il a faites et informe son patient de cette obligation de transmission. Cette transmission est couverte par le secret médical. La méconnaissance par le médecin de l'obligation de transmission est passible de sanctions disciplinaires devant les instances compétentes de l'ordre des médecins (article 8).

L'examen clinique du sportif ou du postulant comporte : outre un interrogatoire minutieux (antécédents médicaux et sportifs, prise habituelle de médicaments, entraînement, occasionnel ou régulier, tolérance à l'effort, habitudes alimentaires, tabac ?, alcool ?, sommeil ?), un examen clinique soigneux, TA, pouls, ECG, spiromètrie, appareil locomoteur…

Cette consultation doit être l'occasion pour le médecin de proposer des mesures de prévention à caractère sanitaire, de conseiller ou de déconseiller telle ou telle pratique sportive en fonction des constations médicales retenues, sachant qu'en cas de doute, il est préférable de solliciter l'avis d'un confrère plus compétent (reprise de sport en cas de facteurs de risque cardio-vasculaires). Il s'agit parfois de la seule consultation régulière à la quelle se soumettent les adolescents ou les adultes jeunes (voire moins jeunes) au cours de leur vie.

Il importe de mentionner dans le dossier médical les conseils, les mises en garde qui auront été signalées au patient dans le cadre de cette consultation.

Concernant l'enfant scolarisé : c'est le décret n° 88-977 du 11 octobre 1988 qui réglemente le contrôle médical des inaptitudes à la pratique de l'éducation physique et sportive dans les établissements d'enseignement. Le caractère total ou partiel sera indiqué sur le certificat établi par le médecin traitant avec possibilité d'indications utiles pour l'adaptation de la pratique sportive. De même la durée de validité sera mentionnée. Si elle excède trois mois, le médecin de santé scolaire sera destinataire du certificat.

Certificat de non contre-indication à la plongée sous-marine (et autres sports à risques) :

Pourquoi la plongée sous-marine ? Banalisée par sa démocratisation, elle constitue pourtant une pratique sportive à risque, souvent pratiquée au lendemain d'un long voyage en avion.

Il appartient aux médecins d'être particulièrement vigilants dans la délivrance du certificat ad hoc, et de rappeler aux patients ayant des antécédents médicaux particuliers la raison pour laquelle la délivrance du certificat peut être refusée, ou au moins différée. Il est toujours possible de s'appuyer sur l'avis de spécialistes, au moindre doute. Les conséquences médicales et médico-légales de ce certificat accordé trop facilement sur le coin de table peuvent être majeures.

La fédération française d'études et de sports sous-marins (FFESSM) propose une liste des contre-indications médicales à la pratique des activités subaquatiques (non exhaustive) sur : http://ctn.ffessm.fr/contrindi.html
Et un modèle de certificat médical type : http://ctn.ffessm.fr/tele_medical/certif_gene.pdf

La fédération propose également 10 commandements pour les oreilles des plongeurs, sur : http://ctn.ffessm.fr/medical.html

Elle rappelle qu'à partir de la certification de niveau 2 de plongeur et pour toutes les autres qualifications techniques supérieures, la personne doit être en possession d'un certificat médical de non contre-indication à la pratique de la plongée subaquatique établi depuis moins

de 1 an, et délivré par un **médecin fédéral** ou titulaire du **C.E.S de médecine du sport** (capacité ou DU), médecin hyperbare ou médecin de la plongée.

L'arrêté du 28 avril 2000 fixant la liste des disciplines sportives pour lesquelles un examen médical approfondi est nécessaire, venant en application de l'article 5 de la loi du 23 mars 1999 (relative à la protection des sportifs et à la lutte contre le dopage), précise la liste des sports pour lesquels l'obtention de la 1ère licence sportive nécessite un examen médical approfondi et spécifique.

Il s'agit des sports de combat pour lesquels la mise « hors combat » est autorisée, l'alpinisme de pointe, des sports utilisant des armes à feu, des sports mécaniques, aériens à l'exception de l'aéromodélisme, et…des sports sous-marins.

L'article 2 de l 'arrêté précise que le règlement de chaque fédération sportive, approuvé par le ministre chargé des sports, indique quelles sont les compétences requises par le médecin en charge de la délivrance du certificat en question.

Certificat d'inaptitude à la pratique de l'éducation physique :

L'Ordre des médecins rappelle que le certificat d'inaptitude à la pratique de l'éducation physique doit **impérativement** préciser si celle-ci a un caractère total ou partiel. Si elle est partielle, le certificat doit mentionner, dans le respect du secret médical, toutes les indications utiles permettant de proposer une activité adaptée aux possibilités de l'enfant.

Préciser, par exemple, si l'inaptitude est liée à des types de mouvements (vitesse, charge, posture…), à des types d'efforts (musculaire, cardio-vasculaire, respiratoire…), à des situations d'exercice ou d'environnement (milieu aquatique, conditions atmosphériques…).

Le certificat doit également indiquer la durée d'inaptitude jugée nécessaire en fonction de l'état de santé de l'enfant. Dans tous les cas, celle-ci ne pourra pas excéder l'année scolaire en cours.

Par ailleurs, pour une inaptitude totale ou partielle de plus de trois mois, consécutifs ou cumulés dans l'année en cours, le médecin de santé scolaire doit assurer un suivi particulier de l'enfant, en liaison avec le médecin traitant (protocole PAI, voir plus loin).

Référence :
Bulletin de l'Ordre national des médecins n°20, décembre 2003 (consultable sur : http://bulletin.conseil-national.medecin.fr)

Concernant le remboursement des certificats médicaux :

L'article L 321-1 du code de la sécurité sociale définit les actes pris en charge par l'assurance maladie. Cette liste n'inclut pas les certificats médicaux, mais il existe des exceptions, notamment les certificats médicaux qui ouvrent droit à des prestations par l'assurance maladie (ex : accident de travail, maladie professionnelle, certificats post-nataux, prénuptiaux).
Les certificats qui aboutissent à une conclusion de non maladie ne sont pas remboursés (certificats de sport par exemple).

Certains font débat : certificat de coups et blessures, car à quel moment la simple constatation fait place au soin médical ?

Les sénateurs sont allés contre les parlementaires en décembre 2003 en déboutant un amendement à la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2004, estimant que lorsque les certificats s'inscrivent dans une logique de prévention impliquant un examen approfondi, ils doivent être remboursés dans le cadre des contrats de santé publique.

Les certificats d'aptitude au sport sont ainsi l'occasion pour le médecin généraliste de vérifier tension artérielle, courbe poids/taille, statique rachidienne, situation vaccinale, etc.…
Ceci se confirme dans les faits.

Dans son avis rendu en novembre 2003 concernant le non-remboursement de la consultation « certificat de sport », (consultable sur : www.sfmg.org), la SFMG rappelle que les données de l'observatoire de la médecine générale indiquent que pour le mois de septembre 2002 (période de forte demande de certificats médicaux pour le sport), un examen médical visant à certifier la non contre indication au sport est retrouvé dans 7,2% des consultations de ce mois. Cette consultation est loin d'être systématiquement consacrée à ce seul motif. Deux fois sur cinq (38,2% des cas) on retrouve un problème médical associé. Seulement 53% des actes n'ont ni pathologie associée, ni prescription médicamenteuse. Ceci confirme bien qu'outre les pratiques de dépistages, les consultations « pour examen sportif » incluent des prestations médicales rendues nécessaires par l'état de santé du patient. Peut-on, doit-on, chercher à faire des économies d'échelle en ce domaine ?

De plus, certains médecins ne les font jamais payer, d'autres le font systématiquement. Il importe de demander au médecin remplacé quelles sont ses habitudes, mais également de faire selon votre âme et conscience, tout en expliquant votre démarche au patient.

Certificat médical concernant une absence scolaire :

Contrairement a une idée largement répandue, la délivrance d'un certificat médical pour absence scolaire **n'est obligatoire que dans certains cas précis**, même si on constate un généralisation du procédé, exigé de la part des établissements scolaires, suite à une circulaire de l'Education nationale (recherche d'une vertu pédagogique envers les parents ?).

En fait cette délivrance est régie par la circulaire n° 776-288 du 8 septembre 1976 qui précise que **l'absence et sa justification relèvent de l'autorité parentale**, (art. 227-17 du code pénal), la famille étant tenue de signifier par écrit au chef d'établissement le motif de l'absence et sa durée. Certes, une récente circulaire de l'Education nationale concernant les règlements intérieurs aux établissements scolaires précise qu'un certificat médical doit être présenté en cas d'absence scolaire. Mais cette circulaire n'est pas contraignante pour les médecins. Le certificat médical n'est exigible, aussi bien dans les établissements publics que privés, qu'en cas du retour en classe d'un élève ayant contracté l'une des maladies contagieuses ci-dessous :

Durées d'éviction pour maladies contagieuses :

Coqueluche	30 jours après les premières quintes
Diphtérie	30 jours après guérison clinique
Méningite cérébro-spinale	réadmission après guérison
Poliomyélite	30 jours après le début de la maladie
Streptococcies du groupe A	15 jours si certificat attestant traitement antibiotique **hémolytiques**
Rougeole	jusqu'à guérison
Teignes	jusqu'à présentation du certificat médical attestant la disparition de l'agent pathogène **(examen microscopique)**
Trachome	jusqu'à la présentation du certificat médical attestant que le sujet est en traitement
Typhoïde et paratyphoïdes	20 jours après guérison ou moins si 2 coprocultures à 8 jours d'intervalle sont négatives

Variole	10 jours après le début de la maladie et absence de croûtes
Brucelloses, grippe épidémique, leptospiroses, pyodermites, rubéole, typhus exanthématique et autres rickettsioses, varicelle, oreillons, impétigo, hépatite virale, gale	jusqu'à guérison clinique.

Référence : Dr Jean Pouillard, « Les certificats médicaux », consultable sur : www.unaformec.org

Projet d'Accueil Individualisé, à l'école, au collège ou au lycée d'enfants atteints de troubles de la santé

Qu'est ce que le « PAI » ?

Il s'agit en fait presque plus d'une prescription médicale que d'un certificat médical à proprement parler. Il est définit par la circulaire n° 99-181 du 10 novembre1999, publiée au Bulletin Officiel n°41 le 18 novembre 1999.

Ce document organise, dans le respect des compétences de chacun et compte tenu des besoins thérapeutiques de l'enfant ou de l'adolescent, les modalités particulières de la vie quotidienne à l'école. Il fixe les conditions d'intervention des partenaires. Les conditions des prises de repas, interventions médicales, paramédicales ou de soutien, leur fréquence, leur durée, leur contenu, les méthodes et les aménagements nécessaires doivent être précisés.

Le PAI définit les adaptations apportées à la vie de l'élève durant l'ensemble de son temps de présence à l'école. Il indique notamment les régimes alimentaires, aménagements d'horaires, les dispenses de certaines activités incompatibles avec la santé de l'enfant et les activités de substitution proposées.

Ce document précise comment, en cas de périodes d'hospitalisation ou de maintien à domicile les enseignants de l'école ou de l'établissement d'origine veillent à assurer le suivi de la scolarité (recommandations données dans la circulaire n° 98-151 du 17 juillet 1998).
Le PAI est mis au point, à la demande de la famille, par le directeur d'école ou le chef d'établissement. Ceci se fait en concertation avec le médecin de l'éducation nationale, et à partir des besoins thérapeutiques, précisés dans une ordonnance signée du médecin traitant qui lui est adressée sous pli cacheté.

Cinq points essentiels sont précisés :

- la possibilité de manger à la cantine avec un panier repas préparé par les familles ou avec un repas respectant le régime alimentaire
- la possibilité de prendre des médicaments par voie orale, inhalée et par auto-injection en cas d'urgence
- le renforcement du secret médical et du secret professionnel
- les dispositions pour la mise en place des soins d'urgence, précisant les signes d'appel, les symptômes visibles, les mesures à prendre pour assurer la sécurité de l'enfant
- le développement de l'information.

La circulaire rappelle **l'obligation générale et absolue du secret professionnel** qui s'impose au personnel médical de l'établissement comme l'obligation de discrétion qui s'impose à tous les personnels de la communauté scolaire pour tous les faits et informations relatifs à la santé de l'enfant. La décision de *« révéler des informations couvertes par le secret médical à certains membres de la communauté éducative qui assisteraient les personnels de santé plus particulièrement ou auraient un rôle prééminent dans la mission d'accueil et d'intégration de l'enfant, appartiendra en tout état de cause au médecin de l'Éducation nationale qui veillera alors à rappeler à ces personnes l'obligation de secret qui s'attache à ces informations »* .

Le document complet est consultable sur :
http://www.aideeleves.net/reglementation/longueperiode.htm

Certificat prénuptial

L'imprimé du certificat prénuptial est délivré par la mairie aux futurs conjoints. Valable deux mois, il ne peut être délivré (art. L. 2121-1 du Code de la Santé Publique) qu'après un examen clinique et : *« au vu des résultats d'analyses ou d'examens dont la liste est fixée par voie réglementaire ».* Il atteste que le futur conjoint s'est soumis aux prescriptions de la loi.
La consultation vise aussi à détecter *« des affections contagieuses susceptibles d'avoir des conséquences dangereuses pour le conjoint ou sa descendance»* (art.L.155 du Code de la santé Publique).

Le décret n° 92-143 du 14 février 1992 relatif aux examens obligatoires prénuptial, pré et postnatal impose au médecin d'avoir pris connaissance des résultats des examens para cliniques suivants, pour une femme âgée de moins de 50 ans :

- des examens sérologiques rubéole et toxoplasmose (à moins de disposer d'une preuve d'une immunité antérieure)
- la détermination des groupes sanguins ABO et rhésus, avec RAI si transfusion antérieure ou groupe sanguin à risque d'immunisation.

La sérologie syphilitique n'est plus obligatoire. Le dépistage du HIV ne l'est pas, mais est recommandé, en tout cas proposé aux conjoints.

Ces constatations ne peuvent être communiquées qu'à la personne examinée (art.6-3 décret 17/03/78), aussi chacun des conjoints doit être reçu séparément, respectant ainsi le secret médical.

Dans les cas graves, le médecin doit faire part de cette communication à l'intéressé(e) par écrit.

La loi impose au médecin, si la future conjointe est de groupe Rhésus négatif, de l'avoir informée de la nécessité de *« recourir à une prévention d'immunisation Rhésus D par injection d'immunoglobulines anti-D dans les 72 heures qui suivent chaque accouchement d'un enfant Rhésus positif ou chaque interruption de grossesse ».*

Certificats établis dans le cadre des procédures de divorce :

Dans ce contexte souvent passionnel, il importe de garder en tête la règle déontologique suivante et de la respecter scrupuleusement : « *Le médecin ne doit pas s'immiscer sans raison professionnelle dans les affaires de famille ni dans la vie privée de ses patients »* (article 51 du code de déontologie).

Il faut garder à l'esprit que ces certificats sont généralement sollicités sur la demande indirecte d'un avocat, et vise à faire témoigner le médecin dans un sens ou dans un autre.
Les certificats dans le cadre des procédures de divorce ne font pas partie des certificats dont la production s'impose au médecin, comme un certificat définit réglementairement, pour faire valoir les droits du patient. L'obligation déontologique de rédaction du certificat ne s'applique pas.

De plus, un médecin **ne doit pas accepter de délivrer à des tiers un certificat concernant un de ses patients, ni a fortiori de l'établir à son insu**.

Il ne doit pas oublier le risque pénal encouru en contrevenant à l'article 226-13 du Code pénal.
S'il souhaite témoigner, pour des raisons amicales, personnelles, et en dehors de tout contexte professionnel, il peut le faire au titre de simple particulier, comme tout citoyen. Il doit alors impérativement se garder de rédiger son attestation sur son papier à en-tête.

En cas de conflit, il doit analyser les faits et prodiguer ses conseils sans jamais prendre un parti quelconque. Il peut chercher à concilier les points de vue en présence, mais doit savoir constater l'échec de sa mission et refuser alors de s'ériger en juge de la situation ou effectuer un arbitrage, particulièrement dans les situations de divorce où il ne doit jamais prendre le parti de l'un ou de l'autre, pour la garde des enfants, notamment.

Il en va de même lors des successions et de tous les actes officiels de la vie du patient auxquels le médecin se doit de rester étranger.

Le médecin peut solliciter l'aide du conseil départemental des médecins en cas de difficulté.

Référence : bulletin national de l'Ordre des médecins n°9, novembre 2002, consultable sur : http://bulletin.conseil-national.medecin.fr

Procédure concernant la garde des enfants :

En aucun cas, le médecin ne doit rédiger un certificat médical donnant un avis concernant la garde d'un enfant qu'il soigne. Conformément à tous les principes énoncés jusqu'ici, il peut décrire les troubles, les lésions dont l'enfant se plaint, mais il ne lui appartient pas de donner une interprétation. Si un médecin estime que le droit de visite fait courir un risque grave à l'enfant, il lui appartient éventuellement de saisir les autorités judiciaires et sanitaires en application de l'article 44 du Code de déontologie médicale.

En règle générale, quand un médecin connaît ou soupçonne une dissension au sein d'une famille, il doit se montrer circonspect dans la rédaction d'un certificat sollicité par l'un des conjoints.

En cas de sollicitation de la part d'un avocat, et en cas de doute, il est toujours possible de demander l'appui du Conseil départemental de l'Ordre dont vous dépendez.

Rappelons que les textes régissant les procédures de divorce prévoient la possibilité, pour le juge, d'ordonner une enquête sociale avant toute décision concernant également les droits de visite et d'hébergement.

Référence : bulletin national de l'Ordre des médecins n°9, novembre 2002, consultable sur : http://bulletin.conseil-national.medecin.fr

Certificat dans le cadre d'un harcèlement moral :

Sollicitation de plus en plus fréquente, ce certificat doit être rédigé avec une extrême prudence. Souvent demandé dans le cadre de procédures de divorce ou de conflits sur le lieu de travail, le certificat doit se contenter d'être descriptif, au besoin en signalant les manifestations d'anxiété cliniquement objectivables ou seulement rapportées par le patient (« le patient déclare… »), les troubles du sommeil etc.

Il est utile d'expliquer le principe rédactionnel descriptif au patient, dans la mesure où ce type de certificat, comme ceux produits dans le cadre des procédures de divorce, sont régulièrement contestés par la partie adverse.

Vous pouvez également lire le livre de M. F.Hirigoyen intitulé « Le harcèlement moral » (collection Pocket), processus pervers dans son déroulement, et qui peut vous permettre de prodiguer des conseils utiles aux patients qui en sont victimes.

Certificat de constatation de virginité :

Le Conseil national de l'Ordre des médecins fait état de sollicitations fréquentes envers les médecins de familles alléguant de raisons confessionnelles pour pratiquer l'examen d'une

jeune fille et d'attester sa virginité. Il a été rendu un avis très clair à ce sujet dans le Bulletin de l'Ordre des médecins n°20 de décembre 2003.

Le Conseil national considère qu'un tel examen n'a aucune justification médicale et constitue une violation du respect de la personnalité et de l'intimité de la jeune femme, notamment mineure. Le médecin doit refuser cet examen et la rédaction d'un tel certificat.

La situation est tout autre lorsque l'examen est effectué à des fins médico-légales, le médecin étant ou non requis d'y procéder.

Les demandes sont alors de deux types et peuvent concerner : une jeune femme désirant faire constater sa virginité en vue d'une éventuelle annulation de son mariage pour non-consommation par exemple. L'Ordre suggère de rédiger ainsi le certificat : *" Je, soussigné, ------, docteur en médecine, certifie avoir examiné à sa demande, le------, Mme …Celle-ci ne présente pas de signes évidents de défloration. Certificat établi à la demande de l'intéressée et remis en main propre. "*

La demande peut également émaner d'une jeune femme vierge pubère, victime ou se disant victime d'une agression sexuelle. Il s'agit alors d'un certificat de constatation de violence sexuelle qui doit être établi dans les formes médico-légales habituelles et s'accompagner des prélèvements et examens biologiques nécessaires.

Certificats de santé

Loi du 15 juillet 1970 rend obligatoire la délivrance de 3 certificats de santé : 8 jours de vie, 9 mois de vie, 24 mois.

L'attestation qui devait être envoyée aux caisses d'allocations familiales a été supprimée. Quel en sera l'impact sur le suivi des enfants ?
Ces certificats sont disponibles en ligne, ainsi que le certificat prénuptial sur:
www.sante.gouv.fr/cerfa/certif_med

Notons que de **nouveaux modèles de certificats de santé et du carnet de santé sont en vigueur depuis le 1er janvier 2006**. Leur guide d'utilisation est consultable sur : www.sante.gouv.fr rubrique « carnet de santé ».
Il est rappelé que seuls sont autorisés à consulter le carnet de santé les professionnels de santé dans le cadre d'actions de prévention ou de soins, sous réserve de l'accord des parents.

A ces certificats obligatoires s'ajoutent l'examen 3-4 ans, faits dans certains départements par les médecins de PMI et l'examen de 5-6 ans sous la responsabilité des médecins scolaires.

Déclaration de grossesse

Elle doit être effectuée au plus tard **avant la fin de la 14éme semaine de grossesse (soit 16ème SA)**(décret nº 2003-1394 du 31 décembre 2003 relatif à la prestation d'accueil du jeune enfant, paru au JO du 1er janvier 2004).

Il est à noter que dans le cadre de dispositions relatives aux compétences élargies des sages femmes, la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (parue au JO du 11 août 2004) permet aux sages-femmes d'effectuer la **déclaration de grossesse**, la **visite postnatale** et la prescription d'une **contraception hormonale post-partum** (Article L 5134-1 modifié du CSP).

Il ne s'agit pour vous que de remplir le certificat en bas de l'imprimé de déclaration de grossesse, mais vous aurez souvent à aider vos patientes à remplir le reste du formulaire, et à les renseigner sur leurs droits. Le détail de ceux-ci se trouve dans le **carnet maternité**, que vous leur donnez à cette occasion (si le médecin remplacé en possède …).
Il contient d'une part des informations sur le déroulement médical et administratif de leur grossesse, et d'autre part un dossier médical en double, dont vous gardez un exemplaire, et qui rassemble les indications médicales utiles à la sage-femme qui suit éventuellement votre patiente, et lors de l'accouchement.

A défaut, la patiente reçoit directement le "*Guide de surveillance médicale mère et nourrisson* " par sa caisse.

La déclaration de grossesse est une procédure importante. Elle conditionne l'obtention de tous les droits sociaux afférents à celle-ci : sécurité sociale, droit du travail et allocations, notamment la prime à la naissance de la Prestation d'Accueil du Jeune Enfant, octroyée sous condition de ressources.

Les femmes enceintes bénéficient de la prise en charge à 100 % de l'ensemble des frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyse et d'examen de laboratoire, d'hospitalisation, qu'ils soient ou non en rapport avec leur grossesse, à leur accouchement et à ses suites, à partir du 1er jour du 6e mois de leur grossesse jusqu'à 12 jours après la date réelle de l' accouchement.

Certains actes peuvent être pris en charge à 100 % dès la déclaration de grossesse :

Avant l'accouchement
7 examens médicaux obligatoires ; ils peuvent être pratiqués par un médecin ou une sage-femme.

- le premier examen médical doit être effectué avant la fin du 3e mois de grossesse ;
- les 6 autres examens médicaux doivent être pratiqués chaque mois, à partir du 4e mois de grossesse jusqu'à la date de l'accouchement.

8 séances de préparation à l'accouchement.
3 échographies : une par trimestre.
- les échographies sont remboursées à 70 % jusqu'à la fin du 5e mois de grossesse, puis à 100 % à partir du 1er jour du 6e mois de grossesse ;
- en cas de grossesse pathologique ou de pathologie fœtale, d'autres échographies peuvent être prises en charge, selon accord préalable du service médical de la caisse d'Assurance Maladie.

L'amniocentèse est réservée à certaines femmes présentant un risque particulier (prise en charge à 100 % soumis à accord préalable).

Après l'accouchement :
un examen médical obligatoire (examen postnatal qui doit être effectué dans les 8 semaines suivant l'accouchement, éventuellement par une sage-femme si la grossesse a été normale et l'accouchement eutocique)..
10 séances de rééducation abdominale (soumis à accord préalable).

A noter : arrêt de travail et allaitement :
Le code de la sécurité sociale ne prévoit pas de congé maternité spécifique à l'allaitement.
En cas d'allaitement, le congé postnatal ne peut pas être prolongé. Ce sont les conventions collectives qui peuvent, éventuellement, prévoir ce type de dispositions.
L'allaitement est autorisé sur le lieu de travail et pendant le temps de travail.

Le code du travail (article L 224-2) prévoit notamment que, pendant un an à compter du jour de la naissance, la mère peut disposer d'une heure par jour durant ses heures de travail pour allaiter son enfant.

Référence : http://www.ameli.fr

PROCEDURE DE SIGNALEMENT, PHARMACOVIGILANCE

Le signalement est une obligation pour tout médecin (Article R.5144.19 du Code de la Santé publique) : *« Tout médecin, chirurgien dentiste ou sage-femme ayant constaté un effet indésirable grave ou inattendu susceptible d'être dû à un médicament ou produit mentionné à l'article R.5144-1, qu'il l'ait ou non prescrit, doit en faire la déclaration immédiate au centre régional de pharmacovigilance »*. Cette obligation s'impose également au pharmacien.

Il s'agit de signaler **au centre de pharmacovigilance du lieu d'exercice** du praticien déclarant toute présomption d'effets indésirables graves ou inattendus, toute observation d'effet indésirable lié à un mésusage, ou tout autre effet que le praticien juge pertinent de déclarer. Puis de répondre aux demandes du destinataire de la notification en confirmant et complétant celle-ci par écrit, notamment si elle a été transmise oralement ou par téléphone, afin de documenter l'observation initiale.

Le praticien doit également informer les patients en application de la loi du 6 janvier 1978 des déclarations les concernant adressées au centre de pharmacovigilance et à l'Agence du Médicament, et des modalités d'exercice de leur droit d'accès.

Les documents concernant l'effet indésirable présumé doivent être conservés afin de permettre, en cas de nécessité, de compléter les informations précédemment transmises.

Les informations recueillies seront, dans le respect du secret médical, informatisées et communiquées au centre régional de pharmacovigilance et à l'Agence du Médicament.
Une **fiche de déclaration type** est disponible et téléchargeable sur le site de l'AFSSAPS.

Si en matière de pharmacovigilance, chacun de nous aura sans doute eu l'occasion de s'abstenir de signalement devant l'amoncellement de formalités administratives supplémentaires, la pharmacovigilance est pourtant une mission d'intérêt public. Il suffit de lire le compte-rendu des « Journées françaises de pharmacovigilance » publié dans la revue Prescrire pour se rendre compte de l'impact personnel mais également pour les comptes publics, liés aux effets secondaires des médicaments.

Florilège issu de l'édition 2004 : interactions coxib/AVK, hypoglycémies sous tramadol, tuberculoses extra-pulmonaires sous infliximab, suivi des implants contraceptifs, tendinopathies sous fluoroquinolones,…

Le médecin généraliste est au premier plan. Il constate souvent les effets secondaires/indésirables de l'automédication, de ses propres prescriptions, mais aussi de celles de ses collègues spécialistes. Il est regrettable qu'il n'y ait pas en ce domaine de politique incitative de la part de l'assurance maladie ni des pouvoirs publics.

Référence : http://afssaps.sante.fr, rubrique « infos pratiques » et « signalement des vigilances », qui comporte sur la même page la liste des 31 centres régionaux de pharmacovigilance.
« 25émes journées françaises de pharmacovigilance : les faits marquants 2004 », Prescrire n° 255 novembre 2004.

REFERENCES MEDICALES OPPOSABLES

Les RMO s'inscrivent dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé définie par les syndicats signataires de la convention nationale de 1993. Les RMO ont été incluses dans le champ de la convention par l'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996.

Les médecins conventionnés, ainsi que leurs remplaçants sont tenus au respect de la convention, donc des références médicales.

C'est un code de « bonnes pratiques » à l'usage des médecins libéraux conventionnés. Les RMO tendent à identifier des soins inutiles ou dangereux, et les RBP (recommandations de bonnes pratiques) les appliquent en dégageant des règles de soins utiles (art. L 162-12-15 du CSP). A partir de thèmes médicaux retenus par les partenaires conventionnels, l'ANAES (devenue HAS) et l'Agence du médicament (désormais AFSSAPS) ont élaboré des recommandations, propositions de bonne pratique, stratégies diagnostiques ou thérapeutiques, dans le but d'établir des référentiels déterminants le meilleur rapport coût/efficacité..

Le non respect des RMO donne lieu à une procédure de sanction. Lorsque le service médical d'une CPAM constate ce qu'il considère comme un manquement aux RMO, il doit saisir un Comité Médical Paritaire Local, et éventuellement à un Comité Médical régional (CMR) parmi lequel siègent 2 représentants de l'URML, 2 médecins conseils et du médecin inspecteur régional de la santé qui préside. Sur la base des faits litigieux retenus par le CMPL ou le CMR, la caisse devait arrêter une sanction financière prévue par la convention ou le règlement conventionnel minimal.

Ce dispositif a échoué, les URML ayant refusé de siéger aux CMR estimant que la représentation du médecin inspecteur régional étant prépondérante, elle déséquilibrait la représentation. La LFSS pour 2003 a fini par supprimer les CMR.

Les sanctions prévues par la convention et le RCM ont été annulées par le Conseil d'Etat. Il a également annulé la distribution des compétences entre juridictions pour juger les sanctions.
Depuis la fin de l'année 1999, ces références médicales ne sont plus opposables, il n'y a plus de sanction financière.

Mais, l'arrêt n°256001 rendu par le Conseil d'Etat 12 janvier 2005, indique que les RBP peuvent servir de base à des sanctions disciplinaires si elles ne sont pas respectées.
Elles sont regardées par le juge sur le plan des « usages », permettant de définir les données émises par la science, lorsque la responsabilité civile du médecin est recherchée.
Elles ne sont pas considérées comme des règles impératives.

Une étude du CREDES (devenu l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé) montre que les RMO ont eu une action effective sur les prescriptions des médecins, hétérogène selon les prescriptions, pérennes, mais dont l'impact financier sur les dépenses de pharmacie notamment, est modéré (1).

Référence : (1) : « Les références médicales opposables sur le médicament : bilan de trois années d'application », par Annick Le Pape, Catherine Sermet, dans : Questions d'économie de la santé n°14 d'octobre 1998, IRDES, consultable sur : www.irdes.fr/Publications/Bibliographies
La liste des RBP peut être consultée sur : http://agmed.sante.gouv.fr à la rubrique « documentation et publications », « recommandations de bonne pratique ».
Et pour la liste des RMO, « documentation et publications » puis « autres documents ».

8) Devoir d'information

(Ce chapitre a été rédigé avec la collaboration deMaître Abordjel)

UNE OBLIGATION A GEOMETRIE VARIABLE

L'obligation d'information du malade a toujours existé mais cette obligation a été renforcée au cours des dernières années.

Dans un arrêt rendu le 20 janvier 1987, la Cour de Cassation énonce les qualités de cette information, le contenu, la façon de la délivrer et de s'assurer qu'elle a été bien comprise: *« le praticien doit à la personne qu'il examine une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Ainsi, tout au long de la maladie, le praticien doit tenir compte de la personnalité de son patient et doit veiller à la bonne compréhension de ses explications. »*

La Cour de Cassation pose ensuite le principe selon lequel l'information doit être loyale (sans tromperie), claire (simple) et appropriée (en tenant compte de la personnalité du patient) sur les risques graves afférents aux investigations et aux soins proposés.

L'information doit être donnée au cours d'un entretien individuel avec un langage simple et approprié afin de recueillir le consentement éclairé du patient ou de ses parents lorsque le patient est mineur (en cas de traitement orthodontique par exemple). Il convient également de respecter un certain délai de réflexion.

UNE OBLIGATION LEGALE

Les droits à l'information et les devoirs du médecin à l'égard de son patient son formalisés avec plus de force par les termes de la loi du 4 mars 2002. Elle consacre dans le chapitre premier, sous le titre "Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté" le droit du patient à l'information et détaille les diverses situations dans lesquelles il s'exerce. C'est l'aboutissement d'une évolution confirmant une demande de plus en plus forte du corps social à plus d'autonomie et à une meilleure information.

Cette évolution avait été prise en compte par le code de déontologie de 1995 (article 35) et par la jurisprudence de la Cour de cassation. Plusieurs décisions posent en principe qu'hormis les cas d'urgence, d'impossibilité ou de refus du patient d'être informé, un médecin est tenu de lui donner une information loyale, claire et appropriée sur les risques des investigations et des soins qu'il lui propose de façon à y donner un **consentement** ou **un refus éclairé**.

Les articles du code de la santé publique, introduits par la loi du 4 mars 2002, sont fortement inspirés des règles déontologiques et de cette jurisprudence.
L'article L1111-2 CSP dispose que :

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.
Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.
La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle *mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.*

Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par la Haute Autorité de santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé.

En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen. »

L'ETENDUE DE L'INFORMATION

Le droit du patient à l'information s'exerce a priori à l'occasion des soins et postérieurement à l'acte médical ou au cours du traitement de la maladie, par l'accès aux informations établies et détenues par le professionnel ou l'établissement de santé.

Ces deux temps de l'information sont indissociables, la bonne qualité du premier facilitant l'exercice du deuxième.

Le principe et les modalités sont posés à l'article L.1111-2 du code de la santé publique, en application des dispositions de la loi du 4 mars 2002.

Plusieurs points doivent être soulignés :

- l'information concerne aussi bien les **gestes d'investigation**, **actes de soins** que de **prévention,** de leur utilité et de leur urgence éventuelle, ainsi que des autres solutions possibles;
- elle porte sur les risques **fréquents** ou **graves normalement prévisibles**, ce qui paraît venir en atténuation de la jurisprudence de la Cour de cassation selon laquelle tous les risques même exceptionnels devaient être exposés ; toutefois un débat est ouvert sur ce point et il faudra attendre les prochaines décisions de la Cour de Cassation et du Conseil d'Etat pour savoir si cette lecture est ou non confirmée.

Selon la jurisprudence traditionnelle, le médecin n'est pas tenu d'informer de tous les risques liés aux soins ou à l'opération projetée. Il doit simplement informer le patient des risques graves de l'opération ou du traitement qu'il conseille ou qui lui sont demandés.

La définition du risque grave n'est cependant pas très aisée. La doctrine considère que ce risque devrait s'entendre a priori : il s'agit de tout risque susceptible d'influencer la décision du patient. Selon le conseiller Sargos, (rapport sous Civ.1,14 octobre 1997), le risque grave est le risque de nature à avoir une influence sur la décision du patient d'accepter ou non les investigations, soins ou interventions proposés par le médecin, soit les risques de nature à emporter des conséquences mortelles, invalidantes ou même esthétique graves. Il n'en va

autrement que lorsque l'acte ne répond pas à une nécessité thérapeutique stricte comme en matière de chirurgie esthétique (Civ. 1,17 février 1998). Il en est ainsi de toutes les conséquences cicatricielles de l'opération, la durée ou les difficultés de cicatrisation, la nécessité d'un traitement complémentaire.

La loi du 4 mars 2002 a élargi le contenu de l'information. Selon l' article L 1111-2 CSP, l'information doit désormais porter non seulement sur les risques graves mais également sur les risques **fréquents**.

La question se pose de savoir si la jurisprudence est remise en cause par l'article L 1111-2 CSP issu de la loi du 4 mars 2002. La référence aux risques graves normalement prévisibles est assez confuse. A priori les risques graves normalement prévisibles s'opposeraient aux risques graves exceptionnels. La loi remettrait ainsi en cause la jurisprudence établie depuis 1998 et exclurait du champ de l'information les risques exceptionnels. Néanmoins, l'étude des travaux préparatoires ne révèle pas la volonté du législateur de revenir sur cette avancée jurisprudentielle. Un risque exceptionnel peut être néanmoins prévisible. La référence aux risques "normalement prévisibles" pourrait renvoyer à l'exigence traditionnelle de risques connus dans la mesure où un risque exceptionnel connu est normalement prévisible ou simplement signifier l'exclusion du domaine de l'information des risques imprévisibles. Un arrêt de la Cour de cassation, première chambre civile du 18 décembre 2002 semble corroborer cette orientation.

Le médecin n'est tenu d'informer son patient que des risques graves connus.

Enfin en dernier lieu, selon un arrêt de la première chambre civile du 18 décembre 2002 "l'obligation d'information qui incombe au médecin ne concerne que les risques liés à l'intervention qu'il préconise".

En résumé, **l'information doit porter sur les risques graves mêmes exceptionnels, normalement prévisibles, recensés par la science médicale à l'époque des soins ou de l'opération et liés à l'intervention préconisée.**

L'information incombe à **tout professionnel de santé** dans le cadre de ses compétences (article 64 du code de déontologie médicale) et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables (article 35 du code de déontologie médicale) ;

L'obligation d'information sur les risques d'un examen ou d'une intervention pèse aussi bien sur le **médecin prescripteur** que sur le **médecin qui exécute l'acte** (Civ1, 14 octobre 1997 : en l'espèce prescription d'une coelioscopie). Ce principe est d'ailleurs inscrit à l'article 64 du Code de déontologie médicale.

Une personne peut, à sa demande, être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission

LES LIMITES A L'OBLIGATION D'INFORMATION

Certaines limites résultent expressément de la jurisprudence (arrêt du 7 octobre 1998 et Conseil d'Etat du 5 janvier 2000).

Selon ces arrêts, le médecin est dispensé de l'information dans deux cas :

- Tout d'abord **en cas d'urgence ou d'impossibilité**. Cette exception qui est d'ailleurs prévue à l'article 16-3 du Code civil, est reprise par la loi du 4 mars 2002 dans son article L 1111-2 CSP.

- Ensuite **en cas de refus du patient d'être informé**. Cette limite est reprise également par la loi du 4 mars 2002 à l'article L 1111-2 alinéa 4 CSP avec une réserve tenant à la protection des tiers.

Par la suite une nouvelle limite à l'obligation d'information a été avancée en doctrine. Selon le conseiller Sargos, il convenait de limiter l'information due au patient lorsque le patient ne serait pas en mesure de supporter l'information donnée et que celle-ci aurait des conséquences négatives sur la réussite des soins. Cette **"limitation thérapeutique de l'information"** ou cette "justification thérapeutique" ' d'ailleurs prévue par l'article 35 du code de déontologie est consacrée par un arrêt de la première chambre civile du 23 mai 2000.

En d'autres termes la jurisprudence reconnaît l'existence d'une exception thérapeutique qui permet au médecin dans l'intérêt du patient de ne pas révéler un diagnostic, un pronostic grave ou un risque grave d'une intervention. Il n'en va autrement que si le patient expose des tiers à un risque de contamination.

On peut néanmoins s'interroger sur la pérennité de cette jurisprudence après la loi du 4 mars 2002. En effet, celle-ci ne prévoit expressément au titre des limites à l'obligation d'information que le refus du patient d'être informé, l'urgence et l'impossibilité d'informer et cela en des termes restrictifs : "seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer". Espérons que la jurisprudence maintiendra néanmoins cette limite dans l'intérêt des patients eux-mêmes.

Enfin, Selon un arrêt de la première chambre civile de 18 juillet 2000 le médecin n'est pas dispensé de cette information sur la gravité du risque par le seul fait que l'intervention serait médicalement nécessaire

LA PREUVE DU DEFAUT D'INFORMATION

C'est au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée, et non plus au patient d'apporter la preuve que cette information a fait défaut. Jusque là en effet, il appartenait au patient d'apporter la preuve qu'il n'avait pas reçu l'information nécessaire et suffisante, preuve parfois difficile à produire par les victimes.
La Cour de Cassation a rendu un arrêt particulièrement important le 25 février 1997 en décidant de renverser la charge de la preuve qui pesait sur le patient. Elle a posé le principe selon lequel les praticiens sont désormais tenus à une obligation particulière d'information vis à vis de leurs patients. Mais elle a assoupli sa position en précisant que cette **preuve pouvait être rapportée *« par tous moyens »*.**

Cela est confirmé par la loi du 4 mars 2002 à l'article L 1111- 2 dernier alinéa CSP.

Quatre moyens de preuve sont possibles :

- L'aveu du praticien,
- Le témoignage d'un confrère ou d'une assistante,
- Des présomptions c'est-à-dire des indices qui seront de nature à démontrer que l'information a bien été donnée au patient et l'écrit. L'écrit n'est pas obligatoire mais reste toutefois la forme la plus sûre de la preuve. Sans exiger la signature du patient, une fiche d'information est un complément possible à l'information orale.

Si l'on ne conteste pas l'esprit de la loi, soulignons la difficulté dans laquelle se trouve le professionnel qui doit ainsi être en mesure d'apporter la preuve qu'une information totale a été donnée, eu égard au nombre des prescriptions quotidiennes réalisées.

D'autant que la jurisprudence récente indique que les condamnations des médecins les plus fréquentes ne concernent plus principalement les erreurs ou retards diagnostics par rapport à la thérapeutique, mais le défaut d'information.

On voit l'importance d'avoir un dossier médical à jour, principe qui s'impose déjà aux médecins par le code de déontologie, et qui semble relever de l'exercice médical de base.
La preuve que l'information a été donnée peut se constituer d'une lettre à un médecin correspondant (arrêt n° 02-11339 Cour de cassation 1ére chambre civile, 4 janvier 2005).

Les juges du fond pourront donc fonder leur opinion sur l'existence d'indices graves précis et concordants. Ils pourront tenir compte de la profession du malade (Civ. 1 14 octobre 1997)

La nouvelle jurisprudence ne peut qu'inciter le médecin à faire signer systématiquement un écrit préétabli selon le type d'opération ou de soins envisagés et qui contiendrait une liste exhaustive des risques graves ou effets secondaires qui y sont liés. Il est à noter que l'écrit est déjà exigé dans certaines hypothèses précises telles que IVG ou chirurgie esthétique. Cependant, **l'écrit n'est pas suffisant**.

En effet, cet écrit est général et impersonnel. Le médecin devra **adapter l'information** à la personnalité du patient. Il devra prendre en compte sa sensibilité, sa psychologie son niveau socioculturel pour être sûr que l'information donnée est bien reçue par le patient comme l'exige d'ailleurs l'article 35 alinéas 2 du Code de déontologie médicale. Il doit veiller à la compréhension par le malade des informations qu'il lui fournit. Ainsi dans un arrêt du 20 novembre 1998, la Cour d'Appel de Paris a retenu la responsabilité d'un médecin qui avait pourtant remis au patient une note écrite relatant les risques de l'opération projetée, au motif que la remise d'une note écrite ne dispense pas le médecin de donner au patient une explication verbale appropriée eu égard au fait qu'en l'espèce, le patient était de nationalité étrangère et illettré.

D'autre part, il ne suffit pas pour engager la responsabilité du médecin d'établir sa faute, à savoir, l'absence d'information. **Il appartient en outre à la victime d'établir et son dommage et le lien de causalité entre le dommage subi et l'absence d'information**

LA RESPONSABILITE EN MATIERE DE DEFAUT D'INFORMATION

Le médecin qui ne rapporte pas la preuve de l'information donnée au patient sur le risque d'une opération ou d'un traitement qui s'est réalisé commet une **faute** de nature à engager sa responsabilité civile.

Pour cela il appartient en outre au patient de rapporter la preuve non seulement de son préjudice réel mais en outre du **lien de causalité** entre la faute et le préjudice.
Quant à l'exigence du lien de causalité, plusieurs hypothèses doivent être distinguées.

Tout d'abord, afin de rapporter la preuve du lien de causalité existant entre le défaut d'information et le préjudice réellement subi du fait du risque qui s'est réalisé, le patient doit prouver qu'informé, il aurait certainement refusé l'opération. Si cette preuve est rapportée, le dommage réellement subi par le patient devra être intégralement réparé.

Néanmoins, ce cas de figure est exceptionnel. Le plus souvent il **existe un doute relatif à l'attitude du patient dans l'hypothèse où il aurait été correctement informé**. Dans ce cas, le lien de causalité entre le préjudice réel et la faute du médecin, à savoir le défaut d'information, n'est plus certain. Dans ces hypothèses, la jurisprudence a recours à la **théorie de la perte de chance**.

La réparation de la perte d'une chance est utilisée par la jurisprudence dans l'hypothèse où le lien de causalité entre la faute et le préjudice effectivement subi est faible. Elle accepte alors de réparer un autre préjudice, la simple perte de chance d'éviter le préjudice effectivement subi, lequel est en rapport de causalité certaine avec la faute commise. Le préjudice réparable n'équivaut plus alors à l'intégralité des dommages subis par le patient du fait du risque qui s'est réalisé.

Le préjudice né du défaut d'information consiste simplement dans la perte d'une chance d'échapper au risque dont le patient n'a pas été informé. Ce préjudice ne représente ainsi qu'une fraction des dommages effectivement subis par le patient et dus à la réalisation du risque. Il s'agit simplement de réparer la perte de chance qu'aurait eue le patient de ne pas subir de dommages en refusant l'intervention ou les soins s'il avait été correctement informé.

Le principe avait été affirmé dans un arrêt de la première chambre civile du 7 février 1990. Ce principe a par la suite été à nouveau réaffirmé par deux arrêts du 8 juillet 1997. Il est également appliqué par le Conseil d'Etat (CE 5 janvier 2000 précité ; CE 27 février 2002, JCP 2002 IV 3050, resp.civ.et ass. 2002 com.223).

Pour évaluer ce préjudice, les juges se livrent à un raisonnement fictif. Ils évaluent les chances qu'aurait eues le patient de refuser l'opération s'il avait été correctement informé. Plus ces chances sont grandes et plus le montant de la réparation est élevé et se rapproche du préjudice réellement subi du fait du risque qui s'est réalisé. Inversement le montant est de faible importance lorsque les chances de refuser les soins sont minimes.

Enfin et à l'inverse, s'il est certain que même informé le patient aurait accepté l'opération, dans ce cas, non seulement il n'existe plus de lien de causalité entre la faute et le préjudice réel subi par le patient mais en outre ce dernier ne souffre d'aucun préjudice consistant dans la perte d'une chance de refuser l'opération s'il avait été correctement informé. La responsabilité du médecin est alors écartée.

9) Dossier médical

(ce chapitre a été rédigé avec la collaboration deMaître Abordjel)

ETAT DES LIEUX

L'ANAES a publié en septembre 1996 un état des lieux et des recommandations concernant le dossier médical en médecine ambulatoire («La tenue du dossier médical en médecine générale : état des lieux et recommandations »).

La tenue d'un dossier pour chaque patient suivi en médecine ambulatoire a été rendue **obligatoire** par le Code de Déontologie en 1995.

Que sait-on de la tenue du dossier médical en médecine générale en France aujourd'hui ?
Très peu d'enquêtes ont été réalisées sur ce sujet, à l'inverse d'autres pays européens. Il semble que **90%** des médecins généralistes français tiennent des dossiers pour les patients qu'ils voient régulièrement en consultation, et que les dossiers sont utilisés en visite au mieux dans environ 50% des cas. **Moins de la moitié** des actions entreprises sont enregistrées dans les dossiers. Les données contenues dans les dossiers sont "à usage interne" : les médecins utilisent les dossiers comme aide-mémoire, et notent les informations qu'ils estiment nécessaires pour la suite de la prise en charge, sans se soucier de transcrire fidèlement les actions qu'ils accomplissent.

Dans leur état actuel, les dossiers constituent une source de données insuffisante pour évaluer les pratiques de soins et impropres aux activités de recherche clinique et épidémiologique.

Comment structurer les données dans le dossier médical en médecine générale ?
Cette question est cruciale en raison de la masse de données générées par la prise en charge du patient, et de la diversité des tâches que le médecin doit accomplir.

Un stockage purement chronologique des données aboutit à un empilage d'où il devient impossible d'extraire les données nécessaires au moment voulu. Lorsque le médecin concerné n'est pas le médecin habituel du patient cette difficulté est exacerbée.

La principale tentative de structuration rationnelle des dossiers est celles du Problem Oriented Medical Record (POMR), initiée il y a près de trente ans aux États-Unis, et développée depuis dans divers pays (Australie, Belgique, Hollande, Israel...).

Le POMR est composé de quatre éléments essentiels : la liste des problèmes, la liste des traitements, le journalier, la base de données. Les bénéfices du POMR n'ont jamais été démontrés par des essais randomisés. En revanche plusieurs essais ont mis en évidence une amélioration du processus de soins lors de l'utilisation de fiches de suivi spécifiques à certaines pathologies chroniques ou des activités de prévention et de dépistage.

La principale force du dossier informatique est probablement que les informations sont libérées des contraintes liées à une organisation spatiale (support physique, format préétabli) ou temporelle (succession des rencontres). Les experts du groupe de travail ont souligné que **la question de la qualité du dossier est directement liée à celle du temps consacré à sa tenue.**

A QUI APPARTIENT LE DOSSIER ?

Selon l'ANAES, patient, médecin et établissement de santé sont copropriétaires d'un patrimoine commun.

CONTENU DU DOSSIER MEDICAL

L'article L 1111-7 du Code de Santé Publique, en application de la loi du 4 mars 2002 énonce que : *« Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en oeuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers. »*

Ainsi, il s'agit de l'ensemble des informations concernant la santé de la personne qui :

- sont **formalisées**,
- et qui ont contribué à l'élaboration et au suivi du **diagnostic** et du **traitement** ou d'une action de **prévention**,
- ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'explorations ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, **à l'exception** des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

Le débat parlementaire s'est penché sur la question de savoir si les notes personnelles du médecin doivent être soumises à un accès direct comme constitutives du dossier médical.
Le décret d'application du 29 avril 2002 précise la liste des « documents formalisés » au sens de la loi du 4 mars 2002 : ordonnances, CR de consultation et d'intervention, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels. On va voir que cette définition a été élargie.

La commission d'accès aux documents administratifs (CADA) estime que tout document émanant d'un médecin est communicable s'il concourt au processus thérapeutique. Mais cela ne concerne que les établissements et hôpitaux participant au service public. Pour les libéraux, l'ANAES a confirmé cette vision en 2004, inspirant la rédaction de l'arrêté de mars 2004 (cf. legifrance.gouv.fr).

Les « notes personnelles » non communicables au patient sont, selon l'ANAES, les notes qui ne contribuent pas directement au processus thérapeutique, remarques non médicales, impressions.

L'ANAES a d'ailleurs insisté pour que l'administration hospitalière prenne des dispositions pour séparer le dossier médical et dossier administratif, et que ce dernier et ne contienne aucune donnée médicale. En revanche, les divers éléments du dossier de soins paramédicaux font partie du dossier du patient (article R 1112-2 du code de santé publique). L'archivage est commun.

L'arrêté du 5 mars 2004 « portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment

l'accompagnement de cet accès », a donné une interprétation plus large de cette notion de « notes formalisées » posée dans la Loi du 4 mars 2002.
Ainsi : *« Le mot dossier ne doit pas être envisagé ici de manière restrictive, car toutes les informations formalisées détenues par un professionnel, un établissement de santé ou un hébergeur en dehors du dossier sont communicables »*. Il est précisé ce que l'on doit entendre par « notes personnelles ».

La cour administrative d'appel de Paris s'en est inspirée dans un arrêt rendu en septembre 2004 (Arrêt n° 03PA01769 ; 30 septembre 2004, 5ème chambre A): *« Les notes manuscrites du médecin traitant, en l'espèce un psychiatre, qui ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement d'un patient l'ayant consulté au cours des années 1989 à 1995, et qui ont été conservées par le centre hospitalier public, dans lequel les consultations se sont déroulées, font partie du dossier médical au sens des dispositions sus-rappelées du code de la santé publique et sont, dès lors, de plein droit communicables au patient. »*

Concernant les informations recueillies auprès des tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers, il s'agit le plus souvent d'informations données par un membre de la famille, un salarié ou un employeur (médecine du travail), une assistante sociale, un enseignant (médecine scolaire)… un autre médecin (maladie génétique dépistée chez le «proband »).

Le fait que ces informations proviennent d'un tiers doit être mentionné en regard, ce qui aura pour effet de **les rendre non communicables** (article R.710-2-2, modifié article 9 décret). De même ne seront pas communiquées par exemple les informations concernant la mère, figurant dans le dossier d'accouchement consulté par l'enfant ou les antécédents familiaux héréditaires dont la connaissance a été acquise par le médecin à l'insu du patient.

ACCES A L'INFORMATION

Qui peut demander l'accès au dossier médical ?

De son vivant,

- seule la personne concernée,
- son représentant légal (si le patient est mineur ou majeur sous tutelle),
- le médecin que le patient aura désigné comme intermédiaire,

Peuvent avoir accès, dans les conditions prévues à l'article L.1111-7 du Code de la santé publique, aux informations la concernant.

1 - Patient

Il peut avoir accès aux informations le concernant, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin selon son choix.

Les établissements de santé doivent proposer un **accompagnement médical** aux personnes lorsqu'elles demandent l'accès aux informations les concernant (article L.1112-1, modifié du code de la santé publique). Les modalités selon lesquelles cet accompagnement sera rendu effectif ont été précisées par des recommandations que l'ANAES a rédigée.

Ainsi dans le chapitre concernant les « Modalités de communication du dossier et accompagnement de l'accès », l'ANAES précise que la communication du dossier à la personne :

« ... doit être considérée au même titre qu'un autre acte médical, relevant des règles de la déontologie et de bonnes pratiques. La finalité de cette consultation est de favoriser l'accès direct et la compréhension par la personne des informations la concernant. Elle ne peut être assimilée à un entretien de conciliation. Comme pour toute autre consultation, il doit en être fait mention dans le dossier. »

L'ANAES recommande également que : *« En cas de consultation sur place, il est recommandé de proposer un dispositif d'accueil au sein du service ou de l'établissement, dans un espace adapté. Les conditions doivent permettre de préserver l'intégrité du dossier (éviter les vols, dégradations, falsifications, pages arrachées, etc.) ».*

Le refus de cet accompagnement par le patient demandeur ne fait pas obstacle à la communication.

Le médecin détenteur de l'information **peut recommander la présence d'une tierce personne** (proche, médecin traitant…) lors de la consultation de certaines informations pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir au patient. Les informations lui sont communiquées dès que le patient a exprimé son acceptation ou son refus de suivre la recommandation. L'absence de réponse, dans le délai prévu pour la communication, ne fait pas obstacle à la communication (article 4 du décret).

Cas particulier du patient hospitalisé sous contrainte (HDT, HO) :
L'article L.1111-7 du CSP prévoit que dans ce cas et à titre exceptionnel, la consultation par l'intéressé peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur, en cas de risques d'une particulière gravité. La loi encadre de façon très étroite les exceptions au principe d'information et d'accès direct du patient à celle-ci.

Le médecin détenteur des informations en informe l'intéressé. Si celui-ci refuse de désigner un médecin intermédiaire, le détenteur des informations saisit la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (celle-ci peut également être saisie par le patient demandeur). L'avis de la commission, rendu dans le délai maximum de deux mois, est notifié au patient et au médecin détenteur de l'information. Il s'impose à l'un et l'autre (article 5 décret).

Si dans l'intervalle le patient désigne un médecin intermédiaire, les informations sont immédiatement communiquées à ce médecin. Le détenteur des informations en informera alors la commission.

2 – Représentant légal

- pour un mineur :

Les titulaires de l'autorité parentale ont accès aux informations concernant l'enfant. Toutefois le mineur peut demander que cet accès ait lieu par l'intermédiaire d'un médecin. Dans ce cas, les informations sont, au choix du titulaire de l'autorité parentale, adressées au médecin qu'il a désigné, ou consultées sur place en présence de ce médecin (article 6, 3ème alinéa du décret).

Lorsque le mineur a reçu des soins sans le consentement de ses représentants légaux et demandé le secret de la consultation (cf. article L.1111-5 du Code de la santé publique) il peut **s'opposer à ce que le médecin communique au titulaire de l'autorité parentale les informations concernant ces soins.** Cette opposition est notée par écrit par le médecin.

Le médecin devra s'efforcer de convaincre le mineur d'accepter la communication des informations au titulaire de l'autorité parentale qui la demande. Mais l'accès aux informations demandées ne peut être satisfait tant que le mineur maintient son opposition (article 6, alinéa 1 et 2 décret).

- pour un majeur sous tutelle

L'accès aux informations concernant un majeur sous tutelle est demandé par son représentant légal. Les personnes placées sous d'autres régimes de protection (sauvegarde de justice, curatelle) exercent elles-mêmes leur droit d'accès.

3 – Médecin intermédiaire

Comme nous l'avons vu, le demandeur peut choisir d'avoir accès aux informations par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désigne. Il indiquera alors au professionnel ou à l'établissement de santé les nom et adresse de ce médecin.

Si le médecin intermédiaire intervient directement auprès du professionnel ou de l'établissement de santé, il devra justifier de sa désignation par le demandeur.

Le détenteur des informations devra s'informer, avant toute communication, de la qualité de médecin du professionnel désigné comme intermédiaire. Rappelons à ce sujet que tout médecin en situation régulière d'exercice peut être désigné, et que, conformément à l'article 46 du Code de déontologie, il doit remplir cette mission d'intermédiaire en tenant compte des seuls intérêts du patient et se récuser si les siens ou ceux du groupement qu'il représente sont en jeu. Cette situation concerne notamment les médecins d'assurances.

4 – Ayant droit

Dans ses recommandations pour la pratique clinique concernant l' « Accès aux informations concernant la santé d'une personne » l' ANAES précise que la qualité d'ayant droit est appréciée différemment selon qu'on se réfère à l'avis de la Commission d'Accès aux Documents Administratifs (CADA), applicable au secteur public, ou à la jurisprudence civile en ce qui concerne le secteur privé (cf. tableau 1 ci-dessous).

L'ayant droit d'un patient décédé peut avoir accès, **sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès**, aux informations qui lui sont nécessaires pour connaître :

- les causes de la mort,
- ou défendre la mémoire du défunt,
- ou faire valoir ses droits.

L'ayant droit (apparentés = enfant, parent, frère ou sœur ; ou non apparentés = conjoint, concubin, PACSé, légataire universel) doit **justifier de sa qualité** et préciser par écrit lors de sa demande le motif pour lequel il a besoin de l'information (article 7 décret). S'il refuse l'accès à l'information, le médecin doit motiver son refus.

Ce refus ne fait pas obstacle, le cas échéant, à la délivrance d'un certificat médical dès lors que ce certificat ne comporte pas d'informations couvertes par le secret médical.

Tableau 1. Définition de l'ayant droit dans le secteur public et dans le secteur privé.

Établissements publics ou privés assurant un service public hospitalier	Établissements privés n'assurant pas un service public hospitalier
• La qualité d'ayant droit vise les successeurs du défunt au sens du Code civil, c'est-à-dire : - les héritiers ; - le conjoint survivant ; - les légataires universels ou à titre universel*. Il n'y a pas lieu de réduire cette notion aux seuls descendants directs de la première génération**. • La qualité d'ayant droit ne vise pas la personne qui entretenait avec le défunt une relation de concubinage, sauf dispositions testamentaires particulières***.	• La qualité d'ayant droit vise les personnes titulaires d'un droit venant de la personne décédée, c'est-à-dire : - les ascendants ; - les descendants ; - le conjoint ; - des personnes ayant des droits à faire valoir, par exemple, les bénéficiaires de contrats d'assurance souscrits par la personne décédée.
Dans le cas particulier d'un contrat d'assurance, lorsque le défunt s'est opposé de son vivant à la communication d'informations de santé le concernant, l'ayant droit peut obtenir un certificat médical.	

** Avis de la commission d'accès aux documents administratifs (CADA) n° 20031877 du 26 mai 2003.*
***Avis CADA n° 20020684 du 28 février 2002.*
****Avis CADA n° 20024128 du 17 octobre 2002.*

La demande d'accès est adressée:

- au professionnel de santé qui a pris en charge le patient
- au directeur de l'établissement de santé ou à la personne qu'il a désignée à cet effet et dont le nom est porté à la connaissance du public (livret d'accueil…)
- à l'hébergeur de données (organisme agréé pour recevoir en dépôt des informations de santé à caractère personnel informatisées), qu'elles lui aient été confiées par le patient lui-même, un professionnel ou un établissement de santé. Dans ces deux derniers cas, l'hébergeur ne peut communiquer les informations sans l'accord du professionnel ou de l'établissement de santé qui les lui a déposées (article 8 décret).

L'article 8 du décret du 26/04/02 prévoit que, lorsque les données sont détenues par un hébergeur, il existe des cas où celui-ci ne peut communiquer les données qu'avec l'accord du médecin ou établissement de soin qui en ont le dépôt. Ces exceptions au droit d'accès direct posées par l'article 1111-7 CSP et même à l'article 35 de la loi du 6 janvier 1978, concernent :

- l'hypothèse du décès du patient concerné par les données (le refus s'oppose donc aux ayants droits qui doivent consulter le médecin compétent) ;
- dans les cas d'hospitalisation d'office ou sur demande d'un tiers, lorsque le patient refuse l'intermédiaire d'un médecin *;*
- le cas des mineurs s'opposant, en vertu de l'article 1111-5 CSP à l'information des responsables légaux ;
- lorsque la présence d'un tiers est recommandée en fonction de la gravité des informations contenues.

A ce sujet on peut s'interroger sur la pertinence de cette disposition : en application de l'article 1111-8 al.5 CSP, *" Seuls peuvent accéder aux données ayant fait l'objet d'un hébergement les personnes que celles-ci concernent et les professionnels de santé ou établissements de santé qui les prennent en charge et qui sont désignés par les personnes concernées ".*

Comment l'hébergeur, qui n'est pas censé avoir accès aux informations, pourra juger si celles ci nécessitent l'intervention d'un tiers ?

Le demandeur doit préciser (ou être invité à le faire) :

1. son identité et sa qualité
2. le mode de communication qu'il choisit : consultation sur place avec, le cas échéant, remise de copies ou envoi, à ses frais, de copies des documents (article L 1111-2 du CSP) :

S'il choisit la communication sur place, le demandeur sera informé du nom du médecin qui lui communiquera les informations : dans un établissement public ou privé participant au service public, le médecin responsable de la structure ou tout membre du corps médical de l'établissement désigné par lui à cet effet ; dans un établissement privé, le médecin responsable de la prise en charge du patient et en son absence le médecin désigné à cet effet par la conférence médicale (article R.710-2-2 modifié du Code de la santé publique).

S'il choisit l'envoi de copies, il sera informé qu'elles sont établies sur un support analogue à celui utilisé par le professionnel ou sur papier. A défaut de choix de sa part dans le délai imparti pour la communication, le demandeur recevra les informations sous la forme retenue habituellement par l'établissement.

Les délais de communication sont précisés à l'article L 1111-7 du CSP modifié par la loi du 4 mars 2002. La communication doit intervenir dans un intervalle de temps compris **entre 48 heures et 8 jours** qui court du jour de réception de la demande. Il importe donc de noter cette date sur le courrier reçu. Il est prudent de **conserver l'enveloppe**, notamment lorsque la date indiquée sur le courrier est largement antérieure à celle du cachet postal. **Ce délai est porté à deux mois** lorsque les informations ont été constituées depuis plus de cinq ans ou que la commission départementale des hospitalisations psychiatriques a été saisie pour avis.

RESPONSABILITE DU PROFESSIONNEL DE SANTE

Elle peut être engagée en cas de mauvaise gestion du dossier médical. Car les retards ou manquements à la communication des éléments du dossier médical peuvent entraîner un préjudice pour le patient, selon les termes de la loi précédemment citée.

A l'hôpital, la gestion du dossier peut être considérée comme un indicateur du mauvais fonctionnement de l'institution et du service.

La responsabilité déontologique du médecin est engagée (article 45).

En médecine de ville, certains médecins travaillent encore sans dossier ! Nous recommandons à leurs remplaçants de ne pas leur emboîter le pas, et d'initier le mouvement, ce qui permet de garder une traçabilité des soins prodigués.

Pour les établissements publics :
En cas de refus ou de silence pendant un mois, le requérant dispose d'un délai de deux mois pour saisir la Commission d'accès aux documents administratifs avant tout recours contentieux. La CADA est une autorité administrative indépendante qui peut être saisie par tout citoyen si une administration refuse de lui fournir un document administratif ou si elle ne lui répond pas dans le délai d'un mois.

La commission dispose d'un délai d'un mois pour émettre un avis et le transmettre à l'hôpital. Si l'établissement ne s'exécute pas, le patient peut saisir le tribunal administratif.

Il peut être indiqué que généralement le problème ne réside pas dans un refus de communication du dossier médical, mais dans la transmission d'un dossier incomplet.

De manière générale, l'établissement de santé peut engager sa responsabilité en cas de communication incomplète ou hors délai qui serait à l'origine d'un préjudice, d'une perte de chance ou d'une perte de droit pour le patient. Étant donné qu'il appartient au directeur de l'établissement de veiller à assurer la bonne communication du dossier, la procédure devant le tribunal est conduite à l'encontre de l'établissement.

L'établissement peut ensuite engager une **action récursoire** contre un praticien responsable.
Précisons que la **perte des archives par une clinique** constitue un fait fautif imputable à la clinique qui entraîne une perte de chance pour le patient d'être indemnisé.

Il a ainsi été jugé que cette perte de chance correspond à 80 % des possibilités d'obtenir une indemnisation et la clinique doit donc indemniser le préjudice de la victime dans ces proportions (Cour d'appel de Toulouse du 17 avril 2001, Jurisdata n°146679).

Pour les juges administratifs, la disparition d'un élément important du dossier médical a pour effet de mettre à la charge de l'hôpital la preuve de l'absence de faute dans le traitement. Cette jurisprudence a d'ailleurs été confirmée dans une espèce où un patient ayant subi des opérations répétées de la région maxillo-faciale ayant entraîné des séquelles, avait engagé une action à l'encontre de l'Assistance Publique de Marseille. Un complément d'expertise ayant été jugé nécessaire, l'examen du dossier médical était indispensable. Or, ledit dossier avait été détruit et ce de manière volontaire, après l'introduction de la requête en référé du requérant devant le tribunal administratif. Pour les juges, il appartenait à l'Assistance Publique de Marseille, qui était informée du recours contentieux engagé à son encontre par l'intéressé, de conserver son dossier médical. Par ailleurs un faisceau d'indices faisait suspecter à la commission une probable faute médicale. Ainsi, les juges ont considéré *« qu'eu égard à cette argumentation et à l'impossibilité où se trouve l'assistance publique de Marseille, par sa faute, de fournir au juge, ou à l'expert que ce dernier aurait nommé, des éléments en sens contraire, il y a lieu de tenir pour établi que les troubles que présente Monsieur L résultent de fautes médicales commises lors des interventions du 6 novembre 1986, de septembre 1987 et du 10 février 1988 et qui sont de nature à engager la responsabilité de l'assistance publique de Marseille. »*

Le juge administratif opère donc un renversement de la charge de la preuve qui conduit à considérer que le doute ne profite pas à l'accusé.
Une telle solution est légale puisque la conservation du dossier médical est à la charge de l'établissement, et légitime, la destruction du dossier apparaissant en l'occurrence comme une manœuvre condamnable.

Dans un jugement en date du 23 septembre 2005, le juge administratif a pour la première fois sanctionné la méconnaissance du droit de communication du dossier médical par un établissement de santé en condamnant ce établissement à indemniser l'ayant droit d'un patient décédé.

En outre en matière pénale, le **délit de destruction d'archives publiques** dans les établissements de santé publique peut être retenu en cas de disparition du dossier ou de certains de ses éléments (article 322-1 et 322-2 du code pénal).

QUE FAIRE DES DOSSIERS MEDICAUX EN FIN D'EXERCICE ?

Celui à qui incombe la gestion des dossiers médicaux du médecin en fin d'exercice doit s'acquitter de 3 missions : assurer la continuité des soins, préserver l'accès par les patients aux informations contenues dans leurs dossiers, conserver les dossiers qui ont valeur de preuve si la responsabilité du médecin décédé est recherchée.

Quand un médecin change de structure ou prend sa retraite, il transmet ses dossiers à son successeur (article 73 du code de déontologie). Les notes personnelles accompagnant le dossier devront être détruites.

En cas de décès ou de maladie imposant un arrêt d'exercice, c'est au successeur ou au remplaçant d'effectuer un tri des dossiers et d'assurer la transmission des dossiers des patients qui quittent le cabinet.

En l'absence de repreneur, c'est à la famille du médecin qu'incombe la responsabilité des dossiers et la gestion de l'archivage et de l'accès aux dossiers. Il s'agit d'une contrainte non négligeable pour elle. Elle peut solliciter l'assistance du conseil départemental de l'Ordre qui fournira des conseils quant à la conduite à tenir. En effet, il vaut mieux ne jamais confier le dossier lui-même au patient, mais plutôt réaliser des photocopies qui elles, seront données. La famille peut aussi confier la gestion de l'archivage à une société privée, moyennant rétribution bien sûr.

Le délai de conservation des dossiers médicaux est au minimum de 10 ans, délai de prescription des actions en matière de responsabilité médicale. Mais cette échéance court à partir de la date de consolidation de la pathologie, qu'il faut rallonger pour les patients mineurs, de l'intervalle séparant la consolidation de l'âge de la majorité civile (c'est l'âge de la majorité qui sert de point de départ). De plus, les dossiers médicaux constitués antérieurement à la loi de mars 2002 sur les droits des malades dont découlent les dispositions énoncées, obéissent à la législation antérieure : le délai de prescription pour la recherche en responsabilité concernant les médecins libéraux étaient de…30 ans ! (cf. chapitre sur la RCP). Celui qui à la charge des dossiers médicaux doit s'assurer que les 3 missions dont il a la charge sont assurées pendant toute cette période.

Comme on peut le voir, les contraintes s'exerçant sur la famille d'un médecin décédé n'ayant pas de successeur sont considérables, et surtout prolongées dans le temps.

10) La personne de confiance

(Chapitre rédigé par Maître Abordjel)

La loi du 4 mars 2002, dans son titre II intitulé « Démocratie sanitaire », affirme les droits des personnes malades, accentue la portée du devoir d'information du patient, confirme la nécessité de recueillir l'expression de sa volonté, et fait évoluer la relation médecin-malade afin que l'usager de santé en devienne un véritable acteur.
Dans cet esprit, l'article L article L 1111-6 du Code de la Santé Publique, issu de la loi du 4 mars 2002, crée une nouvelle notion, la personne de confiance.

L'avis n° 58 « Consentement éclairé et information des personnes qui se prêtent à des actes de soin ou de recherche », du 12 juin 1998, émis par le Comité national d'éthique et des sciences de la vie est à l'origine de cette notion. Pour le Comité, **l'acte de consentir suppose une double compétence** : le pouvoir de comprendre d'une part, et celui de se déterminer d'autre part.

Les personnes dont la capacité de compréhension est faible ou tronquée, en raison de leur état de santé ou de leur âge, se trouvent donc en difficulté pour consentir valablement à des soins. Face à ces situations délicates, le C.C.N.E. proposait que soit mise à l'étude la possibilité pour toute personne de désigner un « représentant ou mandataire », chargé d'être l'interlocuteur des médecins au moment où elle serait hors d'état d'exprimer ses choix.

DESIGNATION

Qui peut désigner ?

Toute personne capable juridiquement peut désigner librement une personne de confiance. Cela ne signifie pas pour autant que les incapables sont privés de cette faculté.

Cas des incapables majeurs

Les majeurs sous tutelle sont représentés par leur tuteur pour les prises de décision.
Toutefois, cette règle ne vaut qu'à compter de la mise sous tutelle. En effet, certains actes accomplis avant la mesure de protection resteront valables pour l'avenir. Il convient donc de distinguer selon que la désignation est antérieure ou postérieure à la mise sous tutelle de l'intéressé.

Si le majeur sous tutelle a désigné seul sa personne de confiance après sa mise sous tutelle, la désignation sera nulle de plein droit. En revanche, si la désignation est antérieure à la mise sous tutelle, le tuteur a la possibilité de la révoquer car sa mission englobera alors celle de la personne de confiance.

En cas de litige, il appartiendra au juge des tutelles de déterminer si la désignation de la personne de confiance par le majeur placé sous tutelle est ou non valable.

Les autres majeurs incapables : qu'il s'agisse d'un majeur sous curatelle, sous sauvegarde de justice ou sous gérance de tutelle, ils conservent la possibilité de désigner seuls une personne de confiance car la mesure de protection qui les frappe ne concerne que la protection de leur droits patrimoniaux .

Cas des mineurs

L'article 1111-6 du CSP stipule que «toute personne majeure peut désigner une personne de confiance», ce qui exclut de fait les mineurs du processus de désignation.
Le mineur est par définition incapable, ce sont les titulaires de l'autorité parentale qui vont exercer la mission de la personne de confiance à son égard. Ces derniers ne peuvent pas, en outre, désigner une personne de confiance au nom de leur enfant mineur.

Cependant qu'en cas de traitement ou d'intervention s'imposant pour sauvegarder sa santé, le médecin peut être dispensé d'obtenir le consentement du (des) titulaire(s) de l'autorité parentale, si le mineur s'y oppose expressément. Celui-ci devra alors se faire accompagner d'une personne majeure de son choix, mais celle-ci n'a qu'un rôle d'accompagnement, et ne saurait en aucun cas être assimilée à la personne de confiance. En effet, si l'enfant perd la faculté de s'exprimer, le médecin devra prévenir les titulaires de l'autorité parentale qui retrouveront alors toute leur autorité s'agissant des décisions relatives à la santé du mineur, et le majeur accompagnant devra s'y conformer.

Qui peut être désigné ?

La lettre de la loi ne donne aucune indication précise sur ce point.
Compte tenu de la nature de ses fonctions, la personne de confiance est nécessairement désignée intuitu personae, ce qui exclut la désignation d'une personne morale. Par ailleurs, il semble évident qu'une seule désignation soit possible et que toute désignation ultérieure d'une autre personne de confiance annule et remplace toutes les précédentes.

Selon l'article 1111-6 du CSP, la personne de confiance peut être **«un parent, un proche, le médecin traitant ou toute autre personne».**

Même si la loi ne prescrit rien à ce sujet, la confiance suppose la préexistence d'un lien relationnel entre le malade et sa personne de confiance. Ainsi, le malade hospitalisé ne devrait pas pouvoir, par exemple, désigner son voisin de chambre ou un membre de l'équipe soignante faute de le connaître suffisamment pour lui faire confiance.

Néanmoins, il faut relativiser ce problème dès lors que, d'une part, que la désignation d'une personne de confiance par un malade ne s'impose pas au médecin qui peut toujours demander à s'entretenir seul avec son patient, et que d'autre part, la personne de confiance n'a pas de pouvoir de décision mais juste de conseil et d'information à l'égard du patient.

S'agissant du cas particulier du médecin traitant, il est clair qu'il ne pourra être valablement désigné que dans le cadre d'une hospitalisation de son patient. Dans le cas contraire, sa seule fonction de médecin lui prescrit déjà de donner toute information utile et de conseiller son patient sans qu'il soit nécessaire en plus de le désigner comme personne de confiance.

Il faut souligner que la **loi n'indique pas si la personne de confiance doit être nécessairement un majeur**.
Reste néanmoins le cas particulier de la désignation d'un majeur incapable. Il faut distinguer selon que le patient connaissait ou non l'existence de la mesure de protection. Si le patient a sciemment choisi une personne incapable pour être sa personne de confiance, la désignation sera valable car la mesure de protection vise uniquement à protéger l'incapable. La situation dans laquelle le patient ignorait l'existence d'une mesure de protection est plus problématique. En effet, la confiance que le patient portait à sa personne de confiance peut être remise en cause et la désignation ne pourra plus recevoir exécution.

En tout état de cause, le médecin garde toujours la possibilité d'évaluer le degré de maturité de la personne désignée avant de lui transmettre des informations.

Modalités de la désignation

La procédure de désignation de la personne de confiance est simple. La loi de 2002 n'énonce que les règles essentielles, et l'on peut supposer que la jurisprudence devra venir préciser certains cas spécifiques.

La forme de la désignation :
En vertu de l'article 1111-6 CSP, la désignation de la personne de confiance se fait par écrit, Hormis ces règles, le texte ne fournit aucune précision sur la nature de cet écrit, papier libre ou formulaire pré-imprimé, ce sera aux professionnels de faire en sorte de favoriser un écrit daté et signé dont la trace pourra être conservée.

La désignation d'une personne de confiance est une démarche importante puisque son avis sera sollicité dans des moments graves, et le choix doit être exprimé clairement et sans ambiguïté, afin que l'identité de la personne désignée ne fasse aucun doute. C'est pourquoi, certains proposent la mise en place de formalités précises, tel que le port d'une carte comme cela se fait déjà pour les dons d'organes.

Le moment de la désignation :
La désignation de la personne de confiance peut intervenir **à tout moment** ; de même, elle est **révocable à tout moment**.

Lorsque la désignation se fait à l'initiative du malade, en dehors d'une hospitalisation, elle est valable pour une durée illimitée, sauf révocation.

L'établissement de santé a l'obligation de proposer au patient une telle désignation lors de toute hospitalisation. L'expression « toute hospitalisation » doit être interprétée de la façon la plus stricte possible et signifie qu'à chaque nouveau séjour, la démarche doit être répétée. L'hospitalisation de jour et l'hospitalisation à domicile sont concernées par cette démarche.

La Loi ne précise pas quel professionnel aura la mission de délivrer l'information, et à quel moment il convient de la situer. L'admission administrative ne semble pas être le meilleur moment.

L'équipe de soins, au sein du service où se fait l'hospitalisation, sera plus à même de proposer la désignation d'une personne de confiance. Plus précisément, c'est au praticien qui délivre les soins que revient ce devoir puisqu'il aura déjà établi un dialogue avec le patient.
La relation de confiance entre le médecin et le patient est primordiale.

Si les professionnels de santé ont l'**obligation de proposer la désignation d'une personne de confiance**, le patient reste libre de procéder ou non à une telle désignation.

ROLE ET OBLIGATIONS DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Il y a lieu de retenir que la personne de confiance ne se substitue pas au patient ; son intervention est fonction de la situation dans laquelle elle intervient.

Diagnostic, prévention et soins

La personne de confiance est l'unique interlocuteur du service dans lequel le malade est hospitalisé, jusqu'à sa révocation, la sortie ou le décès du malade. Son rôle varie selon l'état de santé du patient qui l'a désigné.

Si le patient est lucide, la personne de confiance l'accompagne et l'assiste. Le secret médical est alors levé puisque la personne de confiance peut assister aux entretiens médicaux, afin de l'aider dans ses décisions. La présence de la personne de confiance "tierce personne" peut être parfois recommandée par le médecin lors de la présentation du dossier médical au patient (article L 1111-7 CSP)

Si le patient est hors d'état de s'exprimer, le **praticien consultera obligatoirement la personne de confiance, la famille, ou à défaut, les proches** (article L 1111-4 CSP).
Cette consultation est obligatoire et **le cas échéant, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée sauf si il y a urgence ou impossibilité.**

La personne de confiance est seulement consultée. **A aucun moment, elle ne se substitue au patient**, même lorsque celui-ci n'est pas en état de s'exprimer. Elle s'exprimera en son nom, mais toujours selon ses instructions et sans jamais consentir en lieu et place du patient. Après s'est entretenu avec la personne de confiance, le médecin oriente le patient vers la meilleure voie.

La décision peut être commune mais en cas de désaccord, c'est au médecin qu'appartient le choix en dernier ressort.

Même s'il a désigné une personne de confiance, le patient reste libre de décider de sa présence à chaque étape de sa maladie, pour des démarches et des entretiens.

Obligations juridiques de la personne de confiance : secret médical, information

Le secret médical est levé vis-à-vis de la personne de confiance. Si le patient le souhaite, la personne de confiance peut en effet être présente lors des démarches et entretiens médicaux (article L 1110-4 CSP).

Une nouvelle dérogation légale au secret médical est ainsi établie.
Le rôle de la personne de confiance est opposable aux professionnels de santé : ainsi un médecin ne peut refuser la présence de la personne de confiance aux entretiens sur la base d'une éventuelle violation du secret médical.

En revanche, pour les examens cliniques, un médecin pourra refuser la présence de la personne de confiance.

En ce qui concerne le dossier médical, il faut bien noter que **la personne de confiance n'a pas d'accès direct au dossier du malade sur sa propre demande** (article L 11111-è CSP).

Les seules hypothèses où une personne de confiance pourrait connaître le dossier d'un patient seraient celles d'accompagner le patient lors de la consultation de son dossier dans le service hospitalier, ou de recevoir le dossier des mains du patient.

Responsabilité de la personne de confiance

Détentrice de secrets médicaux, la personne de confiance doit conserver un comportement de nature à honorer la confiance placée en elle. Elle ne doit pas la transgresser, fût-ce en transmettant le secret à une personne elle-même tenue au secret.

Une exception cependant : dans le cas où la personne de confiance serait elle-même un membre de l'équipe soignante qui partage déjà le secret médical.

Le texte ne dit pas si la personne de confiance accomplit sa mission bénévolement ou non. On peut penser que si la personne de confiance est un professionnel (avocat, médecin, notaire), il est logique qu'il soit rémunéré, à condition que le prix de cette prestation ait été au préalable déterminé. En revanche, si la personne de confiance n'a que des relations amicales avec le malade, sa mission peut rester bénévole.

Celui qui accepte d'être une personne de confiance assume une **obligation juridique nouvelle**, proche de celle du mandataire. Elle consiste à respecter au mieux la volonté de celui qui procède à la désignation. On ne saurait accepter d'être le porte-parole du malade sans avoir un minimum de connaissances sur sa volonté quant aux traitements et soins futurs.

A supposer que la personne de confiance soit défaillante ou en contradiction avec les instructions laissées, il ne fait guère de doute que sa responsabilité pourrait être mise en cause soit par l'intéressé lui-même, soit par la famille ou les ayant droits. Si l'on s'aperçoit que la personne de confiance abuse de la confiance de malade, le médecin pourra alors alerter le patient, mais le choix de celui-ci de maintenir sa désignation devra être respectée dans tous les cas.

11) Le secret médical

(Chapitre rédigé avec la collaboration de Maître Abordjel)

La relation de confiance nécessaire entre le patient et le médecin repose en partie sur le secret médical.

La législation sur le secret médical qu'elle implique a été rénovée par la loi du 4 Mars 2002.
Le secret n'est pas opposable au patient, même désormais en cas de pronostic grave.
Ce dernier a désormais la possibilité de se faire délivrer toutes les informations le concernant, soit par l'intermédiaire d'un médecin, soit directement. (loi du 4 mars 2002, art 1110-4 CSP).

Depuis l'arrêt Wattelet de 1885, la jurisprudence reconnaît que le secret médical s'impose aux médecins "du fait de leur état". L'ancien code pénal punissait la violation de ce secret, incrimination étendu par le nouveau code pénal au secret professionnel (art.226-13).
La Cour européenne des Droits de l'Homme a jugé que la violation du secret médical constitue une atteinte à la vie privée et ne peut être justifiée *"qu'en présence d'importantes restrictions et assorties de garanties effectives contre les abus"*(CEDH 5 février 1997, Finlande).

La violation du secret médical relève donc du droit pénal (226-13 NCP, loi du 6 janvier 1978, loi du 4 mars 2002) et civil (responsabilité professionnelle : nouvelle prescription portée à 10 ans par la loi du 4 mars 2002). Elle engage aussi la responsabilité ordinale.

CONTENU DU SECRET MEDICAL : UN NOUVEAU FONDEMENT LEGAL

Le nouvel article 1110-4 du CSP dispose que toutes les informations venues à la connaissance du médecin ou professionnel de santé sont couvertes par ce secret. Ce secret est absolu et permet de garantir le secret des confidences du patient. L'état de santé, les soins appliqués sont protégés, au même titre que la date de début d'une maladie (cf. Affaire Gubbler) et que les informations personnelles (situation familiale p.ex.).

Le secret couvre, en fait, **toutes les données à caractère personnel concernant le malade**. La loi du 6 janvier 1978 informatique et libertés s'applique dès lors qu'entre en jeu le support informatique.

LES PERSONNES CONCERNEES

Il s'agit en général du médecin traitant mais la nouvelle rédaction issue de la loi du 4 mars 2002 précise (art.1110-4 CSP) que le secret s'applique également à tous les professionnels de la chaîne de santé qui ont à connaître d'informations concernant le patient.

L'article 72 alinéa 1 du code de déontologie précise que le secret aux assistants du médecin (donc aux aides soignants et secrétaires).
Le patient étant le bénéficiaire du secret, celui ci ne peut être levé sans son consentement préalable, **y compris après son décès**.
Le médecin assureur ne peut avoir accès aux données médicales du médecin traitant sans autorisation du patient.
En médecine du travail, le praticien doit simplement donner un avis sur l'aptitude ou non du salarié.
Dans ces deux cas, les praticiens sont de toutes façons tenus au secret professionnel (même en cas de fraude). Seule une expertise judiciaire permettra de démontrer la fraude la cas échéant.

LE PARTAGE DU SECRET

Communication du dossier médical aux ayants droits

L'article L 1110-4 alinéa 7 du code de santé publique, issu de la loi du 4 mars 2002 impose que *« le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès. »*

Comme nous l'avons déjà vu, le droit au secret médical survit donc au malade décédé. Les ayants droits n'ont ainsi accès qu'aux seules informations concernant **les causes du décès**.

Il n'existe pas de texte législatif permettant à un juge d'ordonner la communication d'un dossier médical à la demande d'un tiers (cf. chapitre suivant). Ce tiers peut ainsi être un assureur qui cherche à démontrer l'omission ou la déclaration inexacte d'un risque par la personne contractante, et qui conduirait à l'annulation du contrat ou à une réduction du versement de l'indemnisation.

L'assureur peut demander en justice une expertise médicale pour défendre son intérêt légitime. De même, les ayants droits peuvent vouloir démontrer l'insanité d'esprit d'un patient décédé lors de la rédaction d'une donation, d'un testament, ou de tout autre contrat, pour en dénoncer la nullité, puisque le code civil (article 901) dispose que l'on soit sain de corps et d'esprit pour contracter.

Cette demande d'information vient se heurter au secret médical.
Le patient a pu, de surcroît, s'opposer à la divulgation d'informations médicales le concernant. Ses héritiers peuvent également s'y opposer. Ceci crée de facto une suspicion.

C'est ainsi la jurisprudence qu'il convient d'observer.
La cour de cassation a rappelé le 15 juin 2004 qu'en l'absence de disposition législative, un juge ne peut pas contraindre un médecin à lui transmettre des informations couvertes par le secret professionnel lorsque la personne concernée ou ses ayants droits s'y sont opposés.

Un autre arrêt rendu par la cour de cassation rendu le 7 décembre 2004 va dans le même sens : le juge civil a le pouvoir d'ordonner à un tiers de communiquer à l'expert les documents nécessaires à l'accomplissement de sa mission, mais il ne peut pas un contraindre un établissement de santé à lui transmettre des informations couvertes par le secret sans l'accord de la personne concernée ou de ses ayants droits.

Il semble que ce soit au juge d'obtenir l'accord des ayants droits ou de la personne concernée. Les médecins doivent s'assurer de cet accord, même si une décision judiciaire les enjoint de communiquer les informations, ou si l'expert les sollicite directement.

Le juge peut apprécier si l'opposition tend à faire écarter un élément de preuve, et ainsi en mesurer les conséquences quant à l'exécution du contrat. Ainsi, si l'assureur n'obtient pas la preuve d'une déclaration mensongère concernant les antécédents médicaux, les bénéficiaires du contrat n'obtiendront pas forcément l'exécution du contrat.

L'établissement de santé ou le médecin traitant seront dans ce cas sollicités par un expert médical désigné par un tribunal, pour consulter le dossier médical de l'intéressé. Le juge peut même préciser que l'expert devra seulement consulter le dossier médical en vue de répondre aux questions de la mission, sans pouvoir communiquer ce dossier à quiconque.

Les nouvelles dispositions du code de procédure civile permettent à un juge d'ordonner sous astreinte toute pièce utile à la manifestation de la vérité, en cas de refus opposé par le corps médical.

La médecine de contrôle

Les médecins conseils de la sécurité sociale sont soumis au secret en vertu de l'article 104 du Code de Déontologie. Toutefois, certaines prestations ne sont versées que sur présentation des ordonnances et des feuilles de soins. Il y a donc une violation du secret médical. Toutefois, celle ci n'est qu'une conséquence directe de dispositions législatives (concernant la sécurité sociale).

Le Conseil d'Etat a estimé qu'en ce cas la violation est légale (Conseil d'Etat : 08/02/89 Conseil National de l'Ordre des Médecins).
Pour autant, le médecin conseil n'est pas autoriser à dévoiler ces informations, sauf ce qui est "strictement nécessaire" à l'exercice de sa mission (art.315-1 Code de la sécurité sociale issu de la loi du 4/03/2002).

La collaboration entre praticiens

Le nouvel article 1110-4 CSP pose un principe clair : les médecins peuvent se communiquer les données concernant un patient dès lors que celui-ci en est informé et l'accepte.
La nouvelle loi prévoit que les équipes opérant dans un établissement de soins sont réputées partager le secret. L'accord du patient n'est donc pas nécessaire dans ce cas.

La « personne de confiance »

C'est une innovation apportée par l'article 1111-6 CSP. Le patient peut désigner une "personne de confiance" qui est habilitée à exprimer le consentement du patient dans les cas où celui-ci n'est pas en état de s'exprimer lui-même. Ce tiers de confiance, qui peut être le médecin traitant ou toute autre personne à donc accès aux informations normalement couvertes par le secret médical, afin de prendre ses décisions en toute connaissance de cause. C'est un moyen d'assurer le contentement du patient même indirectement, du patient en cas d'urgence.

Secret médical et informatique

Hébergement des données chez un tiers :
La prestation d'hébergement de données médicales pourrait contrarier l'idée de secret médical. Il s'agit pour le médecin de stocker ces données chez un tiers, afin d'en assurer la conservation électronique.

L'article 1111-8 du code de santé publique en précise les modalités : l'hébergement ne peut avoir lieu qu'avec l'accord de la personne concernée et ne peut se faire qu'auprès d'un établissement agrée (les conditions d'agrément feront l'objet d'un décret en Conseil d'Etat après avis motivé de la CNIL).

Le médecin doit donc faire appel à un prestataire agrée, qui est lui aussi soumis au secret professionnel. (art.226-13 NCP). Cette prestation doit faire l'objet d'un contrat. Les clauses types de ce contrat seront reprises dans le décret en Conseil d'Etat à paraître. Seuls le médecin et son patient pourront accéder à ces informations.

A noter que le prestataire est le dépositaire technique des données, mais qu'en théorie il ne peut y accéder (ce qui laisse présager des problèmes pour la maintenance du réseau). L'hébergement de données médicales sans agrément préalable est passible de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000 Euros d'amende (art.115-5 CSP).

Transmission des données :
Les transmissions par voie électronique relèvent aussi du secret médical Qu'il s'agisse de courrier électronique ou de fax, les médecins peuvent s'échanger des données par l'intermédiaire des réseaux télématiques. Le réseau SESAM-VITAL par exemple assure la transmission de données aux organismes de sécurité sociale (ordonnance du 26/04/96, ratifiée par la loi du 4 mars 2002). L'article 73 du code de déontologie médicale exige leur protection quel que soit le support utilisé. Un rapport de la CNIL de mars 2001 classait ces informations comme très sensibles, tout comme le faisait la directive européenne de 95 relative à la vie privée. Les impératifs de la loi de 1978 s'appliquent donc à ces transmissions.

Tout comme le prestataire en matière d'hébergement, le médecin devra pour assurer la confidentialité des données se plier à l'article 29 de la loi de 78 qui impose de prendre *"toutes précautions utiles afin de préserver la sécurité des informations et notamment d'empêcher qu'elles ne soient déformées, endommagées ou communiquées à des tiers non autorisés "*.
Le code pénal, (art.226-17) prévoit 5 ans d'emprisonnement et 300 000 Euros d'amende en cas de non-respect de ces dispositions.

Recommandations de la CNIL :
La CNIL a émis des recommandations : utilisations de mots de passe, sécurisation du local et de la carte professionnelle de santé dans lecteur, cryptage du disque dur, utilisation d'un pare feu. Ces recommandations sont disponibles sur le site de la CNIL. Ces recommandations, n'ont pas de valeur normative, mais leur respect devrait permettre dans l'optique d'une procédure contentieuse, d'établir la bonne foi du médecin et l'accomplissement des diligences nécessaires.

Archivage :
L'archivage de données par informatique est un traitement automatisé de données nominatives au regard de la loi de 78. L'article 29 s'applique donc et le médecin doit assurer une protection efficace de son ordinateur (cryptage, mots de passe). Auparavant, il doit obligatoirement informer le patient du traitement informatique et obtenir son consentement.

En l'état des textes :
Il reste à attendre la publication des décrets relatifs:

- à l'agrément des tiers de confiance (pour les prestations de cryptographie permettant d'assurer des fonctions confidentialité)

- à l'agrément des prestataires d'hébergements.

En pratique le médecin est confronté à des obligations (confidentialité, sécurité) en matière de nouvelles technologies que l'état actuel de la réglementation ne permet pas encore d'assumer entièrement.

Le régime transitoire en attendant la parution des décrets permet l'hébergement de donnés, sous contrôle du ministère de la santé qui peut à tout moment en ordonner la cessation.
La loi autorise certains traitements informatiques spécifiques : les traitements automatisés de données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé, régis par la loi n° 95-548 du 1er juillet 1994 et l'accès au dossier hospitalier (ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996).

Le secret médical s'applique pleinement aux données numériques, ainsi, les fichiers médicaux informatiques doivent faire l'objet de la plus grande attention : les règles habituelles s'appliquent, renforcées par des dispositions spécifiques.

LES LEVEES LEGALES DU SECRET MEDICAL

La loi restreint le champ d'application du secret médical par toute une série de dispositions. Certaines de ces dérogations ont un caractère obligatoire, d'autres permettent aux médecins de faire état des informations qu'ils détiennent sans encourir les sanctions prévues par l'article 226-13 du code pénal (1). Il est important de les connaître. Certaines ont déjà été évoquées dans le chapitre concernant les certificats médicaux.

Les levées obligatoires

Les dérogations **obligatoires** sont :

- Déclaration des naissances (art.56 code civil),
- Déclaration des décès (art. L.2223-42 code des communes),
- Déclaration des maladies contagieuses (art. L.11 code de la santé publique),
- Déclaration des maladies vénériennes (art. L.257 et L.260 code de la santé publique),
- Certificat d'internement (art. L.333 à L.351 code de la santé publique),
- Alcooliques présumés dangereux (art. L.355-2 code de la santé publique),
- Incapables majeurs (art. 490 du code civil, art. L.327 code de la santé publique),
- Accidents du travail et maladies professionnelles (art. L.441-6 et L.461-5 code de la
- Sécurité Sociale),
- Pensions militaires d'invalidité (loi du 3 avril 1955),
- Pensions civiles et militaires de retraite (art. L.31 code des pensions),
- Indemnisation des personnes contaminées par le VIH à l'occasion d'une transfusion (art. 47 de la loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991 portant diverses dispositions d'ordre social,
- Déclaration du dopage des sportifs (Loi n° 99-223 du 23 mars 1999).

Les levées légales

Les autorisations légales prévues, et donc « facultatives », sont :

- Mauvais traitements infligés à des mineurs de 15 ans ou à une personne incapable de se protéger (art. 226-14 code pénal),
- Sévices permettant de présumer des violences sexuelles de toute nature (art.226-14 code pénal),
- Evaluation d'activité des établissements de santé (art.710-6 code de la santé publique-décret n° 94-666 du 27 juillet 1994),

- Recherches dans le domaine de la santé (loi n° 95-548 du 1er juillet 1994 modifiant la loi n°78-17 du 6 janvier 1978),
- Accès au dossier hospitalier (art. L.710-2 code de la santé publique, art. L.162-30-1 code de la Sécurité Sociale) par les médecins de l'IGAS, les médecins inspecteurs de la santé et les médecins conseils de sécurité sociale.

De même, l'article L 1142-12 alinéa 5 du code de santé publique ne permet pas aux professionnels de santé d'invoquer le secret médical à l'expert nommé par la commission régionale d'indemnisation des accidents médicaux.

Lorsque le dépositaire d'un secret professionnel est attaqué en justice, on ne saurait lui interdire de révéler des faits couverts par ce secret si leur connaissance est indispensable pour qu'il puisse se disculper des accusations portées contre lui.

Par exemple, un médecin a pu s'exonérer d'une accusation d'escroquerie et se défendre devant la justice en établissant qu'il avait été victime d'une machination frauduleuse qui l'avait amené à délivrer un certificat inexact (Cass. Crim. - 20 déc. 1967 - 309. Note Lepointe). Mais les révélations faites par le médecin doivent être strictement limitées aux besoins de sa défense.

Référence : (1) : « Relations entre le secret médical et les secrets professionnels », par A. Marcelli, rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins, janvier 2000, consultable sur : www.conseil-national.medecin.fr
Pour en savoir plus : concernant le secret médical : : « Le secret médical », faculté de médecine de Reims, consultable sur :
http://helios.univ-reims.fr/UFR/Medecine, rubrique « Actualités de la FMC » et « Cours de la capacité de pratiques médico-judiciaires ».
Concernant l'importance sociétale du secret médical : « Les cas de conscience de votre médecin, éthique clinique au quotidien », par le Dr F. Baumann, éditions J. Lyon.

Cas des mesures de protection d'une personne majeure

(cf. article sur la protection des incapables majeurs)
Selon l'article 490-1 du code civil, les décisions par lesquelles le juge des tutelles organise la protection des intérêts civils sont précédées de l'avis du médecin traitant. L'ouverture de la tutelle prononcée par le juge des tutelles peut se faire sur requête de la personne qu'il y a lieu de protéger, du conjoint (à moins qu'il n'y ait plus de communauté de vie entre eux), des descendants, ascendants, collatéraux, curateur, ou ministère public (article 493 du code civil).
Les autres parents, alliés, amis, peuvent seulement donner au juge avis de la cause qui justifierait l'ouverture de la tutelle. Il en est de même du médecin traitant.

Dans ce cas, c'est le juge des tutelles au tribunal d'instance dont dépend le domicile de la personne à protéger qui doit être saisi.

La requête doit être écrite, adressée au secrétariat-greffe du tribunal, et fournir le maximum d'information sur l'état de santé de la personne.

Elle doit être accompagnée d'un certificat médical. Pour faciliter l'établissement de la requête, les tribunaux fournissent des formulaires pré imprimés.

Le médecin traitant peut ainsi être amené à livrer des informations dont il a eu connaissance dans l'exercice de sa profession, normalement couvertes par le secret médical. Si cet avis peut être secondairement contester par un médecin spécialiste commis par le juge, condition obligatoire pour prononcer la tutelle, il ne peut pas être poursuivi pour la production et du contenu (s'il n'est pas blessant ou insultant) de ce certificat (arrêt du 22 mai 2002 de la cour

de cassation), le professionnel agissant pour faire valoir la protection du patient, mais également envers les personnes ayant un intérêt légitime à faire valoir cette protection.

Référence : http://vosdroits.service-public.fr/particuliers

12) Médiation médicale à l'hôpital

La loi du 4 mars 2002 impose la création d'une médiation médicale à l'hôpital.
Le décret du 2 mars 2005 (publié au JO le 4 mars 2005) organise les commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRU).

Elles remplacent les « commissions de conciliation » à l'hôpital, qu'il soit privé ou public, mises en place par l'ordonnance du 24 avril 1996. Ces dernières devaient s'assurer que toutes les plaintes étaient prises en compte. Elles émettaient un rapport au directeur de l'hôpital, annuel, et formulaient critiques et recommandations. La mission de conciliation était dévolue au médecin conciliateur. Qui finalement n'avait que bien peu d'action de …conciliation.
Les médecins conciliateurs deviennent des « médiateurs médicaux ».

Ils doivent proposer un entretien au plaignant ou à ses ayants droits. Ils indiquent les voies de recours. Ces médecins appartiennent ou ont appartenu à l'établissement concerné, et son regroupés dans l'Association française des médecins conciliateurs (voir leur rapport 2004 sur le site Internet de l'association).

Un médiateur non médecin prend en charge les plaintes ne concernant pas les soins.
Les MG peuvent conseiller à leurs patients d'y recourir en cas de conflit ou de difficultés avec les services hospitaliers.

13) Patient mineur

(Ce chapitre a été rédigé en collaboration avec Maître Abordjel)

QU'EST-CE QU'UN MINEUR ?

Le mineur, selon l'article 388 du Code civil modifié par la loi n° 74-631 du 5 juillet 1974, est l'individu de l'un ou l'autre sexe qui n'a point encore l'âge de dix-huit ans accomplis.
En raison de son âge, le mineur doit faire l'objet d'une protection, tant de sa personne que de ses biens, qui est assurée par ses représentants légaux : parents ou tuteur.

En principe, un mineur est frappé d'une incapacité absolue dans tous les actes de la vie civile, mais, en pratique, on est amené à distinguer selon qu'il a, ou non, atteint l'âge de discernement.

Par exception à ce principe d'incapacité absolue, il y a lieu de nuancer et de préciser quels sont les actes que le mineur peut faire seul, ceux pour lesquels il doit donner son consentement ou simplement son avis, et ceux pour lesquels il doit être muni d'une autorisation de ses représentants légaux.

La tendance actuelle s'oriente vers un allègement de cette incapacité en vue d'augmenter la liberté d'action du mineur, notamment en matière d'IVG.

L'exercice pédiatrique a ceci de particulier qu'il ne s'agit pas d'un colloque singulier médecin-patient, mais un colloque à 3 entre médecin, parents et enfant.

Ainsi, la loi n° 2002-305 du 4 mars 2002 a prévu, à l'alinéa 3 du nouvel article 371-1 que les parents doivent *"associer l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité"*, ceci pour assurer le *"respect dû à sa personne"*. C'est donc dans tout ce qui concerne sa vie personnelle que le mineur devrait, autant que faire ce peut, être invité à donner son avis. Le médecin doit également tenir compte, dans la mesure du possible, de l'avis de l'enfant pour le choix d'un traitement médical (C. déont. méd., art. 43).

En ce qui concerne l'interruption volontaire de grossesse, la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 a profondément modifié la matière. Le consentement des représentants légaux est désormais **tout à fait facultatif**, seul celui de la mineure est indispensable. Si la jeune femme est mineure et célibataire (si elle était mariée elle serait émancipée), le consentement de l'une des personnes qui exerce sur elle l'autorité parentale, ou le cas échéant, du représentant légal est désormais, en principe, recueilli.

Ce consentement est joint à la demande que la mineure non émancipée enceinte présente au médecin en dehors de la présence des parents ou du représentant légal ou de toute autre personne (C. santé publ., art. L. 2212-7, al. 1, modifié L. n° 2001-588, 4 juill. 2001 sur l'IVG). Mais, si la femme mineure non émancipée *"désire garder le secret, le médecin doit s'efforcer, dans l'intérêt de celle-ci, d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale, ou, le cas échéant, le représentant légal soient consultés, ou doit vérifier que cette démarche a été faite"* lors de l'entretien préalable obligatoire pour toute femme mineure non émancipée (C. santé publ., art. L. 2212-7, al. 2).

Il s'agit d'une consultation avec une personne qualifiée dans un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé. Cette consultation est obligatoire et une attestation de consultation doit être délivrée à la mineure. Si elle exprime le désir de garder le secret à l'égard des titulaires de l'autorité parentale ou de son représentant légal, elle doit être conseillée sur le choix de la personne majeure qui doit dans ce cas l'accompagner dans sa démarche (C. santé publ., art. L. 2212-4, al. 2).

En effet, si la femme mineure non émancipée n'a pas voulu que ses parents ou son représentant légal soient informés et consultés, ou si leur consentement n'a pas été obtenu, on passe outre et l'interruption volontaire de grossesse ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée. *"Dans ce cas, la mineure se fait accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix"* (C. santé publ., art. L. 2212-7, al. 3).

DROIT AU CONSENTEMENT, DROIT A L'INFORMATION

De nouveaux droits sont posés par la loi du 3 mars 2002 trouvant application dans le code de santé publique (Art. L. 1110-1), concernant le droit des mineurs : *« Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en oeuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. »*

L'article L 1111-2 du CSP précise que : *« les intéressés [mineurs ou majeurs sous tutelle] ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant d'une manière adapté à leur degré de maturité ».*

Ceci vient renforcer les principes posés dans le code de déontologie médicale (articles 7, 34 et 35).

Mais comment évaluer le degré de maturité d'un mineur, notamment si c'est le premier entretien ?

L'article 1111-4 du code de santé publique impose de rechercher le consentement du mineur (ou du majeur sous tutelle) de manière systématique, si ce dernier est apte à exprimer sa volonté ou à participer à la décision. Ainsi :

« Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables. »

Le mineur peut donc refuser un traitement ou l'interrompre.
Si ce refus met sa vie en danger, le médecin doit tenter de le convaincre, mais **aucun acte médical ou traitement ne pourront être administrés sans son consentement libre et éclairé**. La loi ne prévoit pas ce cas de figure. Il faudra donc attendre la jurisprudence pour en savoir plus.

Si le refus de soin émane des parents ou du tuteur, l'article 43 du code de déontologie et la loi imposent au médecin de passer outre si ce refus risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé de l'enfant. La démarche sera néanmoins différente selon que l'on est en situation d'urgence ou non.

DROIT AU SECRET MEDICAL

Le droit d'accès à l'ensemble des informations concernant la santé du mineur est exercé par les titulaires de l'autorité parentale. Mais **ce droit est exercé sous réserve** de l'accord du mineur ou de sa demande à ce que les titulaires de l'autorité parentale n'accèdent aux informations concernant sa santé que par l'intermédiaire d'un médecin.

Le mineur peut désormais exiger que son médecin garde le secret sur son état de santé envers ses parents (article L 1111-5).

« Par dérogation à l'article 371-2 du code civil, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en oeuvre le traitement ou l'intervention. »

La loi l'autorise à mettre en œuvre le traitement ou l'intervention **sans l'autorisation parentale**. Le mineur doit cependant se faire accompagner d'une personne majeure de son choix.

L'article R. 1111-6 prévoit que le mineur peut s'opposer à la communication au(x) détenteur(s) de l'autorité parentale des informations correspondant à cette situation particulière. Dans ce cas, l'opposition du mineur est consignée au dossier et, en cas de demande d'accès par le(s) titulaire(s) de l'autorité parentale, le professionnel doit s'efforcer de convaincre le mineur de lever son opposition. En la levant, le mineur peut demander que le droit d'accès du ou des titulaires de l'autorité parentale soit exercé par l'intermédiaire d'un médecin désigné par ce(s) dernier(s). L'opposition ou la limitation peut ne concerner que l'un des deux parents.

L'article L 1111-7 précise les conditions d'accès aux informations médicales, prérogative des titulaires de l'autorité parentale. Ce droit est également reconnu au mineur, mais **le texte ne prévoit pas son accès direct au dossier médical**. Un médecin intermédiaire doit aider dans cette démarche.
« Sous réserve de l'opposition prévue à l'article L. 1111-5, dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin. »

La situation devient délicate : comment soigner en secret une maladie grave, comment répondre aux questions des parents ?

Effectivement, l'actualité récente semble confirmer que les situations peuvent devenir complexes, notamment en cas de conflit parental : pour un acte bénin, chaque parent peut emmener seul l'enfant en consultation, …sauf si l'autre parent exprime son refus de voir l'enfant confié au médecin désigné.
Ce refus passé outre constituerait une faute civile.

En dehors des cas d'urgence, il faut l'accord des deux parents.
S'il y a désaccord, c'est le juge des affaires familiales qui tranche.

En dehors des actes de soins courant, le mieux est de recueillir le consentement des 2 parents, au moins par oral. Ce consentement doit pouvoir être prouvé (article L 1111-2), et il doit donc être **consigné dans le dossier médical** : *« En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen. »*

Cas où l'enfant est seul : **grands-parents, frères et sœurs, beaux-parents, n'ont pas l'autorité parentale. Le secret médical peut même leur être opposé**. Les dispositions de l'article L 1111-5 s'appliquent.

Les recommandations de l'ANAES sont très claires : lors d'une demande de communication du dossier d'un mineur, en cas de doute concernant le demandeur sur sa qualité de titulaire de l'autorité parentale, des pièces justificatives (cf. tableau 2 ci-dessous) peuvent être demandées. Si le parent requérant ne peut fournir aucune pièce, il convient de refuser la demande ou suggérer avec son accord de prendre contact avec l'autre parent afin d'être éclairé sur l'exercice de l'autorité parentale.

En cas de soins dispensés dans les circonstances prévues par l'article L. 1111-5, le médecin doit vérifier si la personne mineure souhaite également s'opposer à l'accès du titulaire de l'autorité parentale à son dossier. Saisi d'une demande présentée par le titulaire de l'autorité parentale alors que la personne mineure s'est opposée à la communication, le médecin doit s'efforcer de vérifier avec cette dernière la constance de cette volonté et de l'amener à prendre en compte les éléments susceptibles de modifier ce choix.
Qui a dit que l'exercice médical est un art délicat ?

Tableau 2. Règles concernant l'exercice de l'autorité parentale et la tutelle et pièces à fournir.

Règles concernant l'exercice de l'autorité parentale et la tutelle	Pièces à fournir
Pour exercer l'autorité parentale, les parents doivent être dans l'une des situations suivantes :	• **Pièce d'identité dans tous les cas**
• ils sont mariés et aucune décision judiciaire modifiant l'exercice de l'autorité parentale n'est intervenue	• livret de famille • le cas échéant jugement ou arrêt rendu
• ils sont divorcés ou séparées de corps et la mention d'un exercice commun de l'autorité parentale figure sur la décision rendue	• ordonnance, jugement ou arrêt rendu
• ils ont reconnu l'enfant avant l'âge de 1 an	• livret de famille ou extrait de naissance
• ils ont fait une déclaration conjointe d'exercice de l'autorité parentale devant un greffier en chef du tribunal de grande instance	• déclaration conjointe
• une décision du juge aux affaires familiales ou de la cour d'appel leur a donné l'exercice de l'autorité parentale	• jugement ou arrêt rendu
L'autorité parentale est exercée par un tiers	**Pièce d'identité dans tous les cas** Jugement ou arrêt rendu
Une tutelle est ouverte	**Pièce d'identité dans tous les cas** Jugement ou arrêt rendu

NB. La conclusion d'un PACS et l'existence d'une procédure d'assistance éducative auprès d'un juge des enfants n'ont pas d'incidence sur la dévolution de l'autorité parentale.

Références : « Bulletin de l'ordre des médecins» du 4 avril 2005, consultable sur : http://bulletin.conseil-national.medecin.fr
Recommandations pour la pratique clinique de l'ANAES sur l'« Accès aux informations concernant la santé d'une personne » (février 2004).
Rappelons cette référence, concernant le secret médical : : « Le secret médical », faculté de médecine de Reims, consultable sur :
http://helios.univ-reims.fr/UFR/Medecine, rubrique « Actualités de la FMC » et « Cours de la capacité de pratiques médico-judiciaires ».

MALTRAITANCE

La notion de sévices à enfants recouvre 3 catégories de faits (1) :

- Violences volontaires et à caractère excessif (dépassant l'exercice normal du droit parental de correction légitime)
- Sévices sexuels (viol et autres agressions sexuelles)
- Atteintes à l'intégrité de la personne (privation de soins ou d'aliments, abandon, mise en péril physique ou moral).

Le code pénal donne au médecin dans le cadre de son activité professionnelle le droit, soit de procéder au signalement des sévices constatés (qu'ils concernent un mineur âgé de moins de quinze ans ou toute personne particulièrement vulnérable), auprès des « autorités judiciaires, médicales ou administratives », soit de s'en tenir au respect du secret professionnel. Le médecin n'est plus tenu au secret professionnel en vertu de l'article 226-14 du code pénal, et conformément à l'article 44 du code de déontologie. En revanche, s'il a eu connaissance de ces faits en dehors de son activité professionnelle, il se trouve alors placé dans la même situation que tout citoyen et doit les dénoncer.

Le code de déontologie médicale est plus impératif, et lui fait obligation d'alerter les mêmes autorités tout « en faisant preuve de prudence et de circonspection ».
Dans cette délicate alternative, la conduite à tenir pour le médecin doit être régie par le souci de protéger l'enfant, sans lui porter tort. D'autant que le problème peut être avant tout diagnostique.

Le Dr Saury, dans son rapport d'avril 2001 adopté lors de la session de l'Ordre national des médecins rappelle les éléments du diagnostic positif du syndrome des enfants battus.

Ce même rapport propose une gradation du signalement à effectuer selon les circonstances et la gravité des signes constatés :

- En cas de simple suspicion, il y a lieu de procéder à un signalement aux autorités administratives, c'est-à-dire en l'espèce à la Service Départemental d'Action Sanitaire et Sociale, dont dépend la PMI.
- S'il existe un faisceau de présomptions, c'est le juge des enfants qu'il faut alerter, qui lui même peut prendre toute mesure visant à protéger de l'enfant.
- Et en présence de sévices avérés, c'est le procureur de la République qui doit être informé, qui lui, dispose d'un pouvoir coercitif.

En revanche, il n'appartient pas au médecin de désigner l'auteur des sévices. On retombe ici dans les précautions énoncées concernant la rédaction des certificats (cf. chapitre dédié).
En conclusion de son signalement, le médecin indique que l'enfant doit faire l'objet de mesure de protection urgente, notamment en cas d'hospitalisation nécessaire, mais refusée par les parents.

Ainsi que le précise l'Ordre national des médecins : *« En cas de maltraitance, la prudence ne consiste pas à se taire, mais à bien respecter la forme du signalement ».*

Le signalement, qui peut prendre la forme d'une lettre ou d'un certificat, doit être adressé directement à l'autorité compétente, et non remise à un tiers.

En cas d'urgence, ou si la situation est inconfortable (médecin isolé, nouveaux patients ou au contraire famille régulièrement suivie), il ne faut pas hésiter à s'appuyer sur les structures hospitalières (urgences ou service de pédiatrie pour une admission directe), au sein desquelles il y a toujours un pédiatre référent pour ces situations hélas fréquentes.

Le signalement peut également être réalisé par téléphone, et confirmé secondairement par un document écrit, daté, signé, dont le double sera conservé.

Il en va différemment si le médecin est sollicité par un membre de la famille pour attester de sévices dont l'enfant serait victime. Si la prudence dans la rédaction du certificat s'impose, après examen clinique, il ne peut que rapporter les dires des déclarants, et ne pas les présenter comme des faits avérés. Ici, le médecin n'a pas la maîtrise de l'utilisation qui sera faite du certificat délivré.

Il est à signaler que le refus des vaccinations obligatoires par les parents d'un enfant est considéré par l'Ordre national des médecins comme une maltraitance par refus de soins, en l'occurrence de prévention ici (2).

L'Ordre des médecins propose un certificat de signalement type établit conjointement avec la chancellerie et le ministère de la santé, paru dans le n° 5 du bulletin de l'ordre des médecins de mai 2004, et téléchargeable sur le site du CNOM.

Signalons que les **cas de maltraitance concernent également des patients majeurs**, et dans ce cas, le signalement, qui doit être fait auprès du procureur de la république, **ne peut pas être fait sans son accord.**

En revanche, concernant **les personnes majeures vulnérables**, qui seraient hors d'état de manifester leur accord et en situation de péril, le médecin peut s'affranchir de cette obligation (d'obtention de l'accord) pour effectuer le signalement (3).

Référence : « Bulletin de l'ordre des médecins », mars 2004.
(1) : «Les sévices à enfant : conduite à tenir pour le médecin traitant », rapport rédigé par R. Sauvy, adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins, avril 2001, consultable sur : www.conseil-national.medecin.fr
(2) : «Comment faire face à un refus de vaccination ? », bulletin de l'Ordre des médecins n°20 décembre 2003, consultable sur : http://bulletin.conseil-national.medecin.fr
(3) : « Précisions sur le signalement des actes de maltraitance », Bulletin de l'Ordre des médecins, janvier 2006.

Pour en savoir plus : concernant le secret médical : « Relations entre le secret médical et les secrets professionnels », par A. Marcelli, rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins, janvier 2000, consultable sur : www.conseil-national.medecin.fr

14) Droits des malades et fin de vie

(Ce chapitre a été rédigé en collaboration avec Maître Abordjel)

Chacun d'entre nous sera confronté un jour dans sa pratique professionnelle à un refus de traitement. Ce refus se présente au praticien comme un véritable dilemme éthique. Il ne l'interpelle pas seulement lui et son patient, mais également la médecine, la société toute entière dans ses valeurs de bienfaisance et dans ses différences culturelles, cultuelles, mais également dans sa dimension de santé publique. Il interpelle également la justice, qui doit trancher entre 2 nécessités : celle de l'individu et celle de la collectivité.

Les débats en la matière ne sont pas nouveaux : dés le 19ème siècle, les épidémies de choléra et la loi sur l'assèchement des marais matérialisent la prise de conscience d'une nécessité de décisions autoritaires pour assurer la sécurité sanitaire. L'année 1902 voit la naissance de la 1ère loi de santé publique imposant la vaccination obligatoire contre la variole. La santé publique vient désormais s'imposer au droit personnel des citoyens, l'intérêt du tiers s'oppose à celui du patient.

Pour bien saisir les enjeux de la décision médicale en ce domaine, il est possible de lire l'avis du Comité nationale consultatif d'éthique n°87 « Fin de vie et autonomie de la personne » consultable sur : www.ccne-ethique.fr :

« Un refus de traitement ne doit jamais être entendu comme un refus de soins, même si un refus de soin doit aussi être envisagé dans sa réalité ».
«Derrière [le refus de traitement] se profile toujours un malentendu, un non-dit que celui-ci vienne du médecin, de la famille ou d'une personne malade ou non. Mais c'est peut-être dans ces situations que la médecine se doit de révéler l'essentiel de l'éthique de son métier ».
L'actualité a récemment donné l'exemple dramatique d'un refus de prise en charge thérapeutique (autogreffe de moelle) d'un lymphome par un adolescent de 15 ans dont le pronostic vital est engagé, exprimé par lui-même ainsi que par ses parents. L'adolescent a finalement été soustrait à l'autorité parentale par la justice.

La loi du 4 mars 2002 sur le droit des malades donne aux usagers du système de santé une plus grande autonomie de décision en matière de soins médicaux, dans la volonté de permettre d'assurer une plus grande égalité dans les relations entre médecin et patient. Elle

responsabilise également le patient dans ses choix. La possibilité du refus d'un traitement y est affirmée mais la jurisprudence antérieure à cette loi, et celle qui la suit, en cours de construction, est ambivalente, et parfois même contradictoire, notamment quand le pronostic vital est en jeu.

La loi du 22 avril 2005 publiée au JO du 23/04/05, relative aux droits des malades et à la fin de vie vient compléter les dispositions du code de santé publique dans son article L 1110-5. Son apport réside essentiellement dans les procédures obligatoires encadrant la mise en œuvre de l'arrêt des traitements.

Il ne s'agit pas de dépénaliser l'euthanasie, mais de donner aux médecins un cadre législatif à certaines pratiques, qui si elles ne visent pas à donner la mort, peuvent avoir comme effets secondaires le décès du patient. La loi précise également les obligations des établissements de santé, ma mise en place de lits dédiés aux soins palliatifs, et la nomination de médecins référents en soins palliatifs. En fixant les règles, et à condition qu'elles soient suivies, ces dispositions permettent de protéger les médecins contre les contestations ultérieures de la famille ou des proches.

L'article L 1110-5 du code de santé publique interdit de faire courir à la personne des risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté :

« Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. […] Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. Les professionnels de santé mettent en oeuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort. »

L'article 37 du code de déontologie condamne toute *« obstination déraisonnable »* dans la conduite diagnostique et les traitements.

Dans certains cas, le médecin peut, conformément à l'alinéa 2 de l'article L 1110-5 du CSP : *« Ces actes ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. »*. Cette disposition protège contre les poursuites au titre de la non assistance à personne en péril (article 223-6 du code pénal), qui pourrait venir s'opposer aux médecins.

Le médecin doit alors se conformer à la procédure précisée dans le dernier alinéa du même article *:« Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abréger sa vie, il doit en informer le malade […], la personne de confiance visée à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un des proches. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical. »*

Plusieurs cas de figure se présentent :

1 - <u>Malade conscient</u> :

S'il formule une demande d'interruption des traitements (dont hydratation et alimentation artificielle) sans être en fin de vie, le médecin est dans l'obligation de tout mettre en œuvre pour le convaincre d'accepter les soins (article L 1111-4 alinéa 2).

La décision devra être respectée après un délai dit « raisonnable », sans plus de précision. Cette décision doit être notée dans le dossier médical. Le médecin peut faire appel à un confrère pour cette procédure.

Si le patient est en fin de vie (*«en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause »*) et qu'il demande l'interruption des traitements, le médecin doit respecter la décision du patient, la notifier dans le dossier médical, et mettre en œuvre les traitements nécessaires pour assurer la qualité de sa fin de vie (article L 1111-10 du CSP).

2 - <u>Malade inconscient</u> :
Il est nécessaire de rechercher les directives données par le patient soit à la **personne de confiance** prévue à l'article L 1111-6 (« *parent, un proche ou le médecin traitant* », désignée par écrit), soit les « directives anticipées » définies à l'article L 1111-11 du CSP. Ces **directives anticipées** indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie, concernant les conditions de limitation et d'arrêt des traitements. Elles sont **impératives** : *« le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement la concernant [la personne majeure]»*

Ces dispositions sont **révocables à tout moment**. Elles doivent avoir été établies moins de 3 ans avant l'état d'inconscience.
Un décret en Conseil d'Etat doit définir les conditions de validité, de confidentialité et de conservation des directives anticipées.

Ceci fait, l'article L 1111-4 alinéa 5 prévoit que la limitation ou l'arrêt de traitement ne peut être réalisé sans avoir respecté la **procédure collégiale** définie par le code de déontologie.
La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement doit être inscrite dans le dossier médical.

La personne de confiance désignée dans la loi se voit ainsi attribuer une prééminence face aux membres de la famille, si ces derniers sont divisés sur les décisions à prendre. **La personne de confiance est consultée en premier lieu**. La consultation des membres de la famille ou autres proches n'a pas lieu d'être effectuée si la personne de confiance a été désignée (art L 1111-4).

En revanche, (paradoxalement ?) le droit à l'information énoncé à l'article L 1110-4 réserve la priorité aux familles. Ainsi la personne de confiance peut être différente de la « personne à prévenir » pour le cas d'aggravation de son état, et que le patient doit désigner lors de son admission hospitalière.

La personne de confiance ne représente pas le malade : la loi ne lui donne pas pouvoir décisionnaire. Elle peut assister aux différents entretiens médicaux, à la demande du patient. Sa compétence est consultative. C'est au médecin d'agir en conscience.

<u>**Cas du régime de tutelle**</u> : le rôle de la personne de confiance ne s'applique pas, sauf décision du juge des tutelles. C'est le tuteur qui doit être consulté pour les décisions médicales.

Ces dispositions sont en attente de la publication de 3 décrets d'application, imminente. L'un d'entre eux modifie l'article 37 du code de déontologie, portant sur le refus de toute

obstination déraisonnable. Il introduit la nécessité d'une procédure collégiale conduisant à un éventuel arrêt des dispositifs qui maintiennent en vie un patient inconscient (Bulletin de l'Ordre des médecins, janvier 2006).

Pour approfondir la réflexion, on peut lire l'avis rendu par le Comité consultatif national d'éthique rendu en juin 1998 intitulé « Consentement éclairé et information des personnes qui se prêtent à des actes de soin ou de recherche », et consultable sur : www.ccne-ethique.fr

Pour en savoir plus : concernant le secret médical : « Relations entre le secret médical et les secrets professionnels », par A. Marcelli, rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins, janvier 2000, consultable sur : www.conseil-national.medecin.fr

Enfin, on peut proposer la lecture de quelques « cas cliniques » d'éthique, proposés après un rappel rapide des textes réglementaires indispensables pour une prise de décision éclairée, dont un grand nombre sont évoqués dans ce guide : « Les cas de conscience de votre médecin : éthique clinique au quotidien », par le Dr F. Baumann, éditions J. Lyon.
Si l'ambition n'est pas forcément d'apporter des réponses définitives aux problématiques soulevées, cet ouvrage a le mérite d'en tracer les contours, et de poser les jalons d'une réflexion éthique sur l'exercice clinique du médecin généraliste au quotidien.

L’évolution du système de soins

1) La réforme de la sécurité sociale

Vous n'êtes pas sans savoir qu'une réforme importante de la sécurité sociale a été initiée par les ordonnances du 24 Avril 1996 (ordonnances Juppé).

Le principe de la réforme prévue par ces ordonnances est fondé sur la contractualisation des acteurs du système de santé (contrats entre Etat et caisses nationales, contrats entre Agences Régionales d’Hospitalisation et établissements de soins,…).
Remi Pellet dans « La crise des professions de santé », rappelle les grands principes qui ont conduit à cette mise en œuvre (1).

Le Plan Juppé reprend une idée contenue dans la convention médicale1980-1985 n’ayant jamais été appliquée : un objectif de dépense englobant honoraires et prescriptions, déduit de l’Objectif National des Dépense de l’Assurance Maladie (ONDAM). Ce dernier est fixé annuellement par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS). Ceci est rendu possible par la réforme constitutionnelle de février 1996. Le Plan Juppé comporte les 3 ordonnances du 24 avril 1996. Elles réforment l’organisation de la SS (ordonnance n°96-3444), avec pour objectif une « maîtrise médicalisée des dépenses de santé » (ordonnance n°96-345), créant les conditions d’une véritable budgétisation des dépenses de soins de ville remboursés, complétant la budgétisation des dépenses d’hospitalisation financées par les régimes sociaux, selon l’ordonnance « portant réforme de l’hospitalisation publique et privée » (ordonnance n°96-346).

L’ensemble des régimes de sécurité sociale obligatoires de base ont la responsabilité de ne pas dépenser plus en matière d’assurance maladie, que le montant fixé par l’ONDAM de l’année. Cet objectif est calculé sur la base des évolutions de dépenses de l’année précédente et en considération aussi bien de besoins de la population que de la croissance de la richesse nationale. L’ONDAM devient normatif, en devenant l’instrument de réduction de l’offre de soins (et non pas de la demande).

Pour que les établissements de santé financés par l’assurance maladie respectent leurs « enveloppes », des Agences Régionales d’Hospitalisation ont été placées sous l’autorité directe de représentants du pouvoir.

Concernant les dépenses générées par la médecine de ville, le législateur avait prévu de conférer aux régimes de SS le droit d’exiger des praticiens libéraux le remboursement des dépenses excédant l’enveloppe fixée par l’autorité réglementaire à partir de l’ONDAM. Les offreurs de soins libéraux étaient ainsi tenus responsables des dépenses de l’assurance maladie qui excédaient le montant de l’enveloppe fixé à priori. Les mécanismes votés dans la LFSS pour 1999 qui organisaient les modalités de ces remboursements ont été censurés par le Conseil constitutionnel au motif qu’ils risquaient de créer des inégalités entre praticiens libéraux. Ceci a eu pour conséquence d’empêcher l’application de la convention nationale des généralistes.

Les ordonnances de 1996 confèrent à l’ONDAM un nouveau sens, dans la mesure ou de simple objectif prévisionnel il devient « plafond » de dépense. On passe d’une logique de gestion prévisionnelle à une logique budgétaire. Les ordonnances de 1996 ont pour effet de limiter le « droit de tirage » sur l’assurance maladie, en réduisant leur liberté d’ « ordonnateurs » des dépenses. Les praticiens libéraux deviennent collectivement « salariés », en fixant le budget limitatif des ressources socialisées.

L'auteur émet l'hypothèse qu'un praticien ayant déjà atteint son plafond de ressource alloué peut sans difficulté adresser son patient vers un autre praticien qui ne l'aurait pas atteint. Mais ceci revient à ignorer les inégalités de répartition territoriale des médecins, dont celle des spécialistes. C'est aussi nier la relation singulière qu'un patient peut avoir avec son médecin, et aussi l'impériosité médicale qu'il peut y avoir dans une prise en charge non différée. De même, il est fait le pari d'un juste rééquilibrage entre secteur libéral et secteur public. Une fois encore, cette répartition territoriale n'est pas homogène, et chacun des secteurs devant s'astreindre à un « quota » d'actes, renverra à l'autre le patient surnuméraire, ou adoptera des stratégies de contournement, d'attente.

Référence : (1) : d'après Remi Pellet dans « La crise des professions de santé », Jean de Kervasdoué, Dunod 2003.

Voici un bref descriptif des ordonnances en ce qui concerne la médecine libérale :
Comblement du trou de la sécurité sociale :

- Création du RDS (remboursement de la dette sociale), assis sur l'ensemble des revenus au taux de 0,5% pendant 15 ans, et destiné à combler le déficit de la sécurité sociale…
- Augmentation de la cotisation maladie des retraités et des chômeurs (de 1,4% à 3,8% en deux ans).
- Transfert progressif des cotisations maladie des salariés vers la CSG (dont l'assiette a été élargie).
- Absence de revalorisation des allocations familiales en 96.
- Contribution financière exceptionnelle des laboratoires pharmaceutiques en 1995.

Fonctionnement plus économique de la sécurité sociale :

- Conventions entre les caisses nationales d'assurance maladie et l'État pour établir des contrats d'objectif.
- Répartition entre les hôpitaux des crédits alloués par le gouvernement par l'intermédiaire des agences régionales d'hospitalisation (ARH).
- Généralisation du carnet de santé à tous les assurés.
- Report de la prestation autonomie des personnes âgées.
- Expérimentation des filières et réseaux de soins.

En ce qui concerne les médecins :

- Fixation d'un objectif annuel d'évolution des dépenses de santé (ONDAM), voté par le parlement, après avis de la conférence nationale de santé (CNS) et du haut comité de la santé publique (HCSP).
- Obligation pour l'an 2000 de télétransmettre les feuilles de soins électroniques, et mise en place du codage des actes, des pathologies et des prescriptions.
- Revalorisations tarifaires désormais conditionnelles et temporaires, en fonction du respect ou non du contrat d'objectif prévisionnel des dépenses de santé.
- Suppression pour 1996 de la participation des caisses aux cotisations d'allocations familiales du secteur 1, et affiliation obligatoire des médecins du secteur 2 à la CNAMTS, (mais ceux-ci gardent les prestations de l'Assurance Maladie des Professions Indépendantes).
- Obligation de formation médicale continue.

- Passage à 5 semestres pour le 3ème cycle de médecine générale, avec l'instauration d'un semestre de formation spécifique en médecine générale.
- Amélioration temporaire du mécanisme de cessation anticipée d'activité (MICA) (versement d'une prime au départ entre 56 et 60 ans).

Réformes :

- Réforme de la Constitution, afin que le Parlement puisse fixer chaque année le taux d'évolution des dépenses sociales.
- Réforme des conseils d'administration des hôpitaux, dont le maire ne sera plus président de droit et dans lesquels les usagers auront désormais des représentants.
- Suppression des élections des représentants des salariés dans les caisses (ils seront désormais désignés par les syndicats), et nouvelle composition du conseil d'administration des caisses.

Dans le cadre les ordonnances de 1996, le rôle du contrôle médical est accru :

- En cas de non-respect des règles d'établissement des feuilles de soins ou des ordonnances d'ALD, des bons de transport, de la nomenclature des actes, ou des règles de prescription suivant l'AMM :
- Le contrôle médical saisit un comité médical régional composé de 2 représentants désignés par les Unions professionnelles, 2 médecins conseils, et le médecin inspecteur régional qui préside.
- Ce comité médical se prononce sur la matérialité des faits et les sanctions financières susceptibles d'être prises. L'avis rendu s'impose à la caisse et au professionnel de santé. En cas de litige, le recours est le contentieux général de la sécurité sociale.

Un nouveau « concept » de prise en charge des patients est formalisé dans les ordonnances Juppé sur la médecine libérale : réseaux et filières de soins.

Les réseaux :

Ce sont des structures qui permettent la prise en charge globale de patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques (coordination entre les différents intervenants médico-sociaux). Par exemple les réseaux de soins palliatifs ou de prise en charge des toxicomanes.

Les filières de soins :

Elles sont organisées à partir des médecins généralistes, chargés du suivi médical et de l'accès des patients au système de soins.
Les filières sont instituées à titre expérimental pour 3 ans. Des projets peuvent être présentés par toute personne physique ou morale. Ils doivent être agréés par l'autorité compétente de l'état en fonction de leur intérêt économique et médical.
Les patients et les médecins qui s'engageront dans ces filières peuvent bénéficier d'avantages :

- complément d'honoraires
- tiers-payant généralisé
- augmentation de la participation de la sécurité sociale au remboursement des soins.

Toutes les mesures contenues dans les « Ordonnances Juppé » n'ont pas été mises en application et certaines ont été modifiées par le gouvernement Jospin.

2) La Nouvelle Réforme de l'Assurance Maladie

CONTEXTE

Annoncée en 2003 pour résorber le déficit qui s'accroît depuis 2002, et ce après trois années d'excédents, la réforme de l'assurance maladie s'est traduite le 16 juin 2004 par un projet de loi déposé en Conseil des ministres. Le projet de loi se fixe pour objectif de dégager, d'ici à l'horizon 2007, 10 milliards d'euros d'économies sur le fonctionnement de l'assurance maladie et 5 milliards en ressources nouvelles.

La coordination des soins, l'instauration d'une nouvelle organisation du système de santé, la lutte contre les abus et une politique du médicament sont les principaux leviers mobilisés dans le projet de loi pour réaliser des économies.

Référence :
http://www.vie-publique.fr/actualitevp/dossier/assurance_maladie/assurance_maladie.htm

CADRE LEGISLATIF

Le cadre législatif modifie profondément les règles du jeu conventionnel, par son article 48 concernant le dispositif conventionnel (la convention nationale est un accord négocié **tous les 4 ans** entre les syndicats représentatifs des médecins libéraux, et les organismes d'assurance maladie, et fixe notamment les tarifs des honoraires des médecins " conventionnés ", cf. article suivants). Nous vous en livrons certains passages in extenso afin de bien mesurer la portée de ces dispositions.

L'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

« L'opposition formée à l'encontre de l'un des accords mentionnés au premier alinéa par au moins deux organisations syndicales représentant pour les médecins, d'après les résultats des élections aux unions régionales des médecins exerçant à titre libéral […], la majorité absolue des suffrages exprimés et, pour les autres professions, au moins le double des effectifs de professionnels libéraux représentés par les organisations syndicales signataires, au vu de l'enquête de représentativité prévue à l'article L. 162-33, fait obstacle à sa mise en oeuvre.[…]. L'opposition prévue au présent alinéa s'exerce dans le mois qui suit la signature de l'accord et avant la transmission de ce dernier aux ministres. »

C'est l'inversion du rapport des forces au sein de la profession. La nécessité pour être mise en place dans le précédent dispositif conventionnel, de la signature d'un seul syndicat représentatif a permis en 1998 à MG-France de mettre en place le système médecin référent. La constitution d'une opposition de blocage devient ainsi particulièrement délicate.

« Art. L. 162-15-2. − En l'absence d'opposition à leur reconduction formée, dans des conditions prévues par voie réglementaire, par l'un au moins des signataires ou par un ou plusieurs syndicats représentatifs des professions concernées, les conventions prévues aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre et l'accord-cadre prévu à l'article L. 162-1-13 sont renouvelés par tacite reconduction. ». Ceci vient assurer la pérennité de la réforme.

A défaut d'opposition dûment notifiée, le dispositif conventionnel s'applique à tous les médecins libéraux.

« L'accord-cadre, les conventions nationales, leurs avenants, le règlement et les accords de bon usage des soins mentionnés à l'article L. 162-12-17 sont applicables :

- *Aux professionnels de santé qui s'installent en exercice libéral ou qui souhaitent adhérer à la convention pour la première fois s'ils en font la demande ;*
- *Aux autres professionnels de santé tant qu'ils n'ont pas fait connaître à la caisse primaire d'assurance maladie qu'ils ne souhaitent plus être régis par ces dispositions. »*

Enfin, les nouvelles dispositions arrêtées viennent « écraser » celles des précédentes conventions, modalité nouvelle en matière de règlement conventionnel. Cette disposition a ainsi permis aux organisations signataires en 2005 (CSMF, Alliance, SML) de donner le coup de grâce au système du médecin référent.

« Art. L. 162-14-2. − I. − En cas de rupture des négociations préalables à l'élaboration d'une convention mentionnée à l'article L. 162-14-1 ou d'opposition à la nouvelle convention dans les conditions prévues à l'article L. 162-15, un arbitre arrête un projet de convention dans le respect du cadre financier pluriannuel des dépenses de santé.

Le projet est soumis aux ministres pour approbation et publication, selon les règles prévues à l'article L. 162-15, sous la forme d'un règlement arbitral.

Les dispositions conventionnelles antérieures continuent de produire leurs effets jusqu'à la date d'entrée en vigueur du règlement.

Le règlement arbitral est arrêté pour une durée de cinq ans. Toutefois, les partenaires conventionnels engagent des négociations en vue d'élaborer une nouvelle convention au plus tard dans les deux ans qui suivent l'entrée en vigueur du règlement arbitral. Celui-ci cesse d'être applicable à compter de l'entrée en vigueur d'une nouvelle convention. Les dispositions du présent article sont applicables à son renouvellement. »

Il est à noter que l'arbitre mentionné ci-dessus pour élaborer le règlement conventionnel minimal en cas de rupture des négociations avec les organisations syndicales, est :

« ...désigné par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation syndicale représentative des professionnels de santé libéraux concernés. A défaut ou en cas d'opposition à cette désignation, formée dans les mêmes conditions que celles définies au quatrième alinéa de l'article L. 162-15, il est désigné par le président du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. »

Ou comment s'arroger le droit d'être juge…et arbitre !

On s'étonne que la bataille autour des textes préparatoires à la loi d'août 2004, qui revoit complètement les règles du jeu conventionnel et assure une assise solide aux syndicats signataires, n'ai pas été plus féroce.

Une nouvelle fois, on est renvoyé à la notion centrale, incontournable, de la **représentativité** au sein des syndicats médicaux (voir chapitre sur les organisations syndicales).

Références :
Loi relative à l'assurance maladie (Loi n°2004-810 du 13 août 2004) :
Texte J.O. d'origine : http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANX0400122L

Version consolidée en vigueur : http://www.legifrance.gouv.fr/texteconsolide/SSEAFI.htm
Les décrets d'application :
Document : http://www.securite-sociale.fr/actu/dossiers/reformeassmal/decrets/decrets.htm

GRANDS PRINCIPES DE LA REFORME

Les propositions du gouvernement peuvent être consultées sur le site officiel : www.viepublique.fr

Coordination des soins :

- création du dossier médical personnel « appartenant au patient, seul détenteur du code d'accès » et « introduit dès 2005 et étendu à partir de fin 2006 à l'ensemble de la population »,
- choix d'un médecin traitant porte d'entrée dans le système de soins, pour « structurer l'accès aux soins », et qui coordonnera le DMP tout au long du parcours de soins

Répartir l'offre de soins sur le territoire. Pour cela, il donne aux caisses la possibilité de moduler les aides à l'installation des professionnels de santé pour tenir compte de la situation régionale.

La nouvelle gouvernance du système de santé :

« L'Assurance maladie (caisse nationale des assurances maladie, caisse centrale de la mutualité agricole et caisse nationale d'Assurance maladie des professions indépendantes) voit ses compétences élargies même si les grands objectifs de santé publique restent fixés par l'Etat. L'un des enjeux de l'élargissement de son périmètre d'intervention est d'assurer la cohérence de la politique de santé.

L'Assurance maladie sera désormais. associée à la définition de la politique hospitalière (en étant présente au comité de l'hospitalisation) et de la politique du médicament (en siégeant au niveau du comité économique des produits de santé). Elle se voit confier des pouvoirs nouveaux dans le domaine des soins de ville ».

Création d'une Union nationale des caisses maladie (UNCAM) rassemblant les 3 grandes caisses nationales, pour piloter l'Assurance maladie. Elle s'appuiera sur un partenariat avec les organismes de couverture complémentaires (réunis au niveau national en Union) et les professionnels de santé. L'objectif affiché est de gérer de manière cohérente les domaines remboursables, les relations avec les professionnels de santé, le partage des données de santé.

Création d'une Haute Autorité de Santé, autorité publique indépendante à caractère scientifique, est également créée. Elle contribuera par ses avis à définir le périmètre des soins remboursables. Elle est ainsi chargée de l'évaluation périodique du service médical rendu par un produit, un acte ou une prestation de santé. Elle définira les protocoles de soins (actes et prestations nécessaires pour le traitement du patient) qui seront appliqués par les médecins. La Haute Autorité se voit confier l'évaluation scientifique des processus diagnostiques et thérapeutiques afin de diffuser " les bonnes pratiques médicales" auprès des professionnels. En cela, elle reprend les prérogatives de l'ANAES, qu'elle « absorbe ».

La lutte contre les abus :
Les professionnels de santé pourront faire l'objet de pénalités financières graduées lorsque leurs prescriptions (arrêt de travail, transport…) s'avèreront indues.
La participation de l'assuré est également sollicitée, le protocole de soins étant signé par le patient (ou son représentant légal).

Le contrôle des arrêts de travail ou des prescriptions de transport sera renforcé (dès que le nombre de prescriptions émises par un médecin dépasse significativement les moyennes constatées au niveau régional).

Les établissements de santé ont la possibilité de demander aux bénéficiaires des soins d'attester de leur identité en attendant le renouvellement de la carte vitale qui devrait prévoir la présence de la photo du patient et des éléments de biométrie (empreintes…).

La politique du médicament :
L'objectif du Gouvernement est de développer le recours aux médicaments génériques en autorisant une mise sur le marché plus rapide, en les rendant plus attractifs par des baisses de prix et en encourageant les pharmaciens à les distribuer.
La politique du médicament repose également sur la promotion du bon usage du médicament et le conditionnement des médicaments en fonction de la durée des traitements.

Il est possible de lire les critiques des différents groupes parlementaires et des syndicats concernant la réforme de l'assurance maladie proposée par le gouvernement sur le site : www.viepublique.fr, rubrique « Assurance maladie : sélection de discours ».

LE CALENDRIER DE LA REFORME

En juillet 2004, le parlement adopte la réforme de l'Assurance Maladie. Dès le 1er janvier 2005, les premières mesures entrent en application. Voici les dates clés à retenir.

1er janvier 2005	Choix du médecin traitant	Le médecin traitant devient le médecin attitré auprès de la CPAM. Il pourra être généraliste ou spécialiste. "Coordinateur" des soins, c'est lui qui adresse si besoin à un spécialiste. Si le patient décide de ne pas suivre ce circuit, il peut être pénalisé financièrement.
1er janvier 2005	Mise en place de l'aide à la couverture complémentaire santé	Les personnes dont les revenus mensuels sont compris entre 576,13 et 662,55 euros (pour une personne seule) bénéficient d'une aide à la souscription d'une complémentaire santé. Son montant varie en fonction de l'âge : 75 euros pour les moins de 25 ans, 150 euros pour les personnes âgées de 25 à 59 ans et 250 euros à partir de 60 ans.
1er janvier 2005	Forfait de 1 euro	Cette contribution de 1 euro est prélevée sur tous les remboursements d'actes médicaux. Sont exonérés : les mineurs, bénéficiaires de la CMU et femmes enceintes de plus de 6 mois ou venant d'accoucher.
2e semestre 2006	Carte vitale 2	Plus complète que la N°1, la carte vitale 2 sera mise en place à l'occasion du renouvellement de l'actuelle carte vitale prévu mi-2006. Censée permettre de limiter la fraude, elle comportera la photo du patient et des éléments de biométrie. *(Qu'entend-on par là ? S'agit-il d'empreinte digitale ? Pour l'instant personne n'est en mesure de le dire…)* Cette carte, utilisée conjointement avec la carte du professionnel de santé (carte CPS), permettra au médecin traitant d'avoir accès au dossier médical personnel (DMP), en présence et avec l'accord du patient.
2007	Généralisation du dossier médical personnel (DMP)	Ce dossier médical informatisé appartiendra au patient. Lui seul pourra décider d'en dévoiler le contenu à ses différents médecins. Le partage des informations devrait faciliter les soins et éviter les examens redondants.

Référence : http://www.doctissimo.fr/html/sante/droit/assurance-maladie/8257-reforme-securite-sociale-calendrier.htm
Pour plus d'informations, vous pouvez consulter les sites :

http://www.assurancemaladie.sante.gouv.fr et : http://www.ameli.fr

NOUVELLE GOUVERNANCE DE L'ASSURANCE MALADIE

La mise en œuvre de la réforme suppose une gestion plus efficace de la sécurité sociale : c'est l'objectif de la réforme portant sur la gouvernance.

L'Etat reste le **garant des principes fondamentaux** de notre système de soins et de l'Assurance maladie. Il fixe les grands objectifs de santé publique, les conditions de l'équilibre des régimes sociaux et les conditions d'un égal accès de tous à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire.

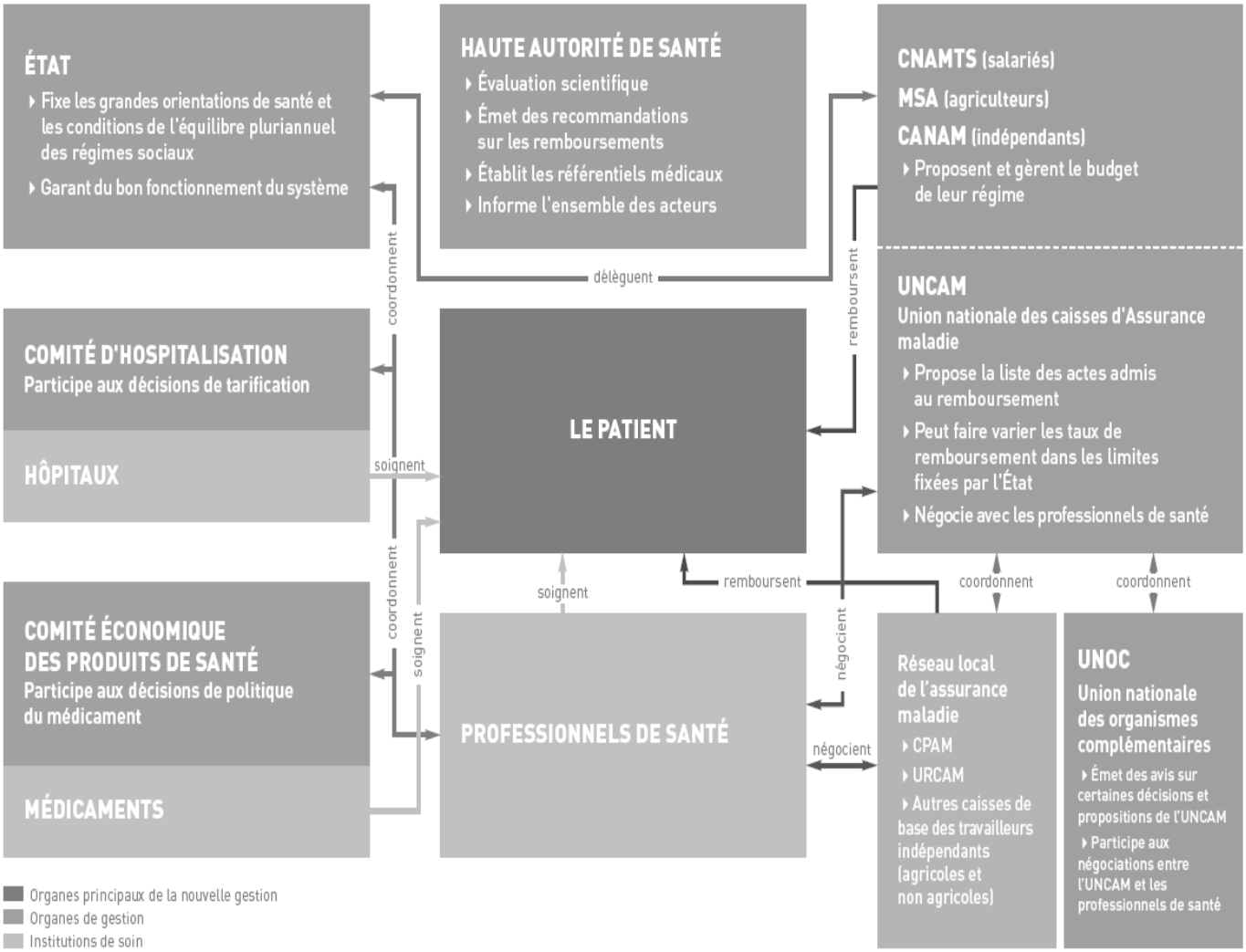
L'Assurance maladie voit ses **compétences élargies**. Elle est ainsi associée à la définition de la politique hospitalière et de la politique du médicament. Elle se voit confier des pouvoirs nouveaux dans le domaine des soins ambulatoires. Cette délégation de gestion renforcée est assurée par des instances de direction renouvelées, à la fois légitimes et responsables.

Les Conseils des caisses d'assurance maladie définiront les principales orientations de la politique des caisses et les directeurs recevront les pouvoirs de les mettre en œuvre. L'organisation interne des caisses devra permettre une mise en œuvre rapide, efficace et adaptée aux contextes locaux de ces orientations.

Pour assurer cette délégation de gestion élargie, les régimes d'assurance maladie s'appuieront sur un partenariat avec les organismes de couverture complémentaire et les professionnels de santé sans remettre en cause la prééminence de l'assurance maladie obligatoire.
Les enjeux du partenariat sont majeurs : gestion cohérente des domaines remboursables, relations avec les professionnels de santé, partage des données de santé.

Une Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie formée des caisses des trois principaux régimes (Caisse Nationale des Assurances Maladie des Travailleurs Salariés, caisse centrale de la mutualité agricole, caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes) sera créée dans ce cadre. Elle aura un rôle central dans le pilotage de l'Assurance maladie : conclure les conventions fixant notamment les modalités d'exercice des professions médicales et paramédicales.

Enfin la Haute Autorité de Santé (HAS) est l'institution indispensable à l'amélioration de la qualité des soins. Elle définira les protocoles de soins qui seront utilisés comme référence par les professionnels de santé. L'évaluation des pratiques médicales devrait permettre de diffuser ces protocoles et plus largement les bonnes pratiques auprès des professionnels. La Haute autorité se voit confier l'évaluation scientifique des pratiques médicales et des processus diagnostiques et thérapeutiques. Autorité publique indépendante, elle coordonnera notamment le travail de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) et celui de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS).



Organigramme : réforme de la gouvernance de l'assurance maladie, d'après : http://www.sante.gouv.fr/assurance_maladie/pdf/organigramme.pdf

La carrière professionnelle du médecin généraliste, environnement, évolutions

1) Environnement professionnel

LA MEDECINE LIBERALE

La pratique libérale de la médecine en France repose sur le respect de principes fondés en novembre 1927, dans ce que l'on a appelé la « Charte Médicale » (1).

Ces principes initiaux sont les suivants :

- Le libre choix du médecin par son malade ;
- Le libre choix du lieu d'installation du médecin ;
- La liberté thérapeutique et de prescription du médecin ;
- Le respect absolu du secret professionnel ;
- La libre entente du prix entre le médecin et son patient ;
- Le paiement direct de l'acte médical par le patient sans intervention de « tiers payant » (tierce personne payant à la place du patient) ;
- Contrôle des malades par la caisse, des médecins par les seuls syndicats et commission médicale d'arbitrage en cas de désaccord ;
- Nécessité de représentation syndicale dans les commissions techniques organisées par les caisses.

Néanmoins, cette médecine « à la française » concilie des intérêts fort divergents, ceux de la médecine libérale et ceux de la socialisation des risques.

L'histoire du régime conventionnel est profondément empreinte de cette contradiction.
Ainsi s'en trouveront modifiées progressivement les conditions d'exercice de la médecine ainsi que les relations entre les médecins, les assurés sociaux et les caisses.

Après 1945, les principes de la médecine libérale ont été proclamés dans les textes notamment par la loi hospitalière du 31 décembre 1970 (art. 10), et par la loi du 3 juillet 1971 (code de la sécurité sociale, L 162-2).
Les principes de la médecine libérale sont depuis lors énoncés à l'article L 162-2 du code de la sécurité sociale.

Référence : (1) : « Charte médicale » de 1927, « La Sécurité sociale: son histoire à travers les textes », t. 2, p. 258-259.

QU'EST-CE QUE LA CONVENTION ?

Convention nationale : historique

Dés les origines, les relations entre la médecine libérale et l'assurance maladie se sont placées sous le signe du conflit. Dans les années 30, lors de l'élaboration des 1ères lois de sécurité sociale, les organisations de médecins ont été parmi les adversaires les plus ardents du nouveau système dont elles craignaient qu'il ne porte le germe de la salarisation progressive de la médecine. C'est d'ailleurs en réaction à ces projets en cours qu'est définie la charte médicale, adoptée par le congrès des syndicats médicaux en 1927, et qui repose sur 5 grands principes (cf. supra).

En 1945, les tarifs et les relations entre les caisses d'assurance maladie et les médecins devaient faire l'objet de conventions conclues au niveau du département. De 1945 à 1960, de nombreux départements n'étaient pas conventionnés, les praticiens fixant librement leurs tarifs et la sécurité sociale ne remboursant les patients qu'à des tarifs minimaux dits « d'autorité » ou de responsabilité, fixés par arrêtés ministériels. En 1960, en moyenne un département sur deux est conventionné.

Devant l'échec du système, un décret (12 mai 1960) édicte une convention type dont les stipulations s'imposent aux partenaires départementaux.

Le décret du 12 mai 1960 réforme les conventions départementales de 4 façons. les tarifs de consultation ne peuvent plus dépasser des plafonds fixés par arrêté ministériel. Le droit à la liberté tarifaire du fait de la « notoriété » est remplacé par un droit au « dépassement permanent » reconnu aux praticiens inscrits sur une liste dressée par une commission paritaire départementale sur la base de critères objectifs. Enfin, création d'un régime d'assurance maladie et vieillesse propre aux praticiens conventionnés et financé en grande partie par les caisses d'assurance maladie.

Malgré ceci, la population ne bénéficie pas d'une couverture maladie satisfaisante. Dans les années 1970, le corps médical admet le principe de conventions conclues au plan national entre les organismes d'assurance maladie et les organisations syndicales de médecins, en contrepartie de la proclamation législative des principes fondamentaux de la médecine libérale (loi du 3 juillet 1971). La 1ère convention médicale nationale a été signée le 28 octobre 1971, suite à la loi du 3 juillet 1971.

Le système conventionnel national issu de la loi du 3 juillet 1971 a pour objectif de concilier les principes de la médecine libérale et ceux de l'assurance maladie en associant les professionnels de santé à la définition et à l'exécution du service public de la sécurité sociale.

La vie conventionnelle garantit à la profession une influence constante : la négociation des avenants tarifaires, l'examen des résultats et statistiques, le suivi de la convention.
Le point d'achoppement des relations entre médecine de ville et l'assurance maladie réside dans l'ambivalence fondamentale de la tarification des soins, à la fois revenu du médecin et dépense de l'assurance maladie, le mécanisme du paiement à l'acte établissant une corrélation directe entre l'activité de chaque médecin et la progression des dépenses de santé.
En effet, la solvabilisation par l'assurance maladie des patients garantit aux médecins une clientèle plus large que celle qui serait la leur si les malades devaient assurer la totalité de leurs coûts de soins. Le système français d'assurance maladie réalise une redistribution relative des revenus entre assurés.

Contexte juridique

Les conventions médicales sont d'abord et en apparence des contrats de droit public passés entre les représentants syndicaux représentatifs des professionnels de santé et les caisses d'assurance maladie des différents régimes de sécurité sociale (notamment la CNAMTS du régime général). Ce sont des contrats par leur mode d'élaboration et de résiliation (chaque partie a une personnalité morale propre, et les conventions n'existent que par la rencontre de la volonté des deux parties).

Ces contrats sont de nature administratives car les critères juridiques exigés par la jurisprudence pour une telle qualification sont réunis (présence obligatoire parmi les parties au contrat d'une personne publique, portant sur l'exécution du service public,…).
Les conventions ne peuvent prendre effet tant que l'Etat ne les a pas agrée par un acte administratif unilatéral. Les conventions médicales sont donc aussi des actes réglementaires.

L'approbation revêt un caractère obligatoire. Mais l'annulation de l'arrêté d'approbation de la convention ne fait pas disparaître celle-ci, mais la prive de toute force exécutoire.
Cette construction juridique complexe tient au fait que l'économie de la santé combine les lois du marché et celles de la planification administrative.

Les conventions médicales, actes de gestion qui sont juridiquement actes administratifs ont toutes été contestées voire annulées, devant le Conseil d'Etat, en faisant quasiment un « nouveau partenaire conventionnel ». l'illégalité itérative des conventions a affecté la crédibilité des partenaires conventionnels. La convention ne peut pas contredire les principes fondamentaux de la sécurité sociale, la loi ou les décrets, mais qu'elle peut les compléter.
Le Conseil d'Etat censure les dispositifs conventionnels qui ne respectent pas le droit constitutionnel à la santé.

Les avenants conventionnels ont un régime juridique proche de celui des conventions. Mais la validation de l'avenant peut-être postérieur à celui de la convention elle-même, et peut être contesté séparément.

Les Règlements Conventionnels Minimaux ont été crées par une des ordonnances du 24 avril 1996. La finalité de ces règlements est de pallier aux inconvénients de l'instabilité du régime conventionnel. (Remboursement des patients par les caisses). Les RCM peuvent se substituer à la convention annulée ou caduque, car ils sont des actes unilatéraux, l'ordonnance disposant que le RCM est « établi par arrêté ministériel ». Mais les RCM doivent être établis de manière concertée. Il s'agit ainsi de pousser les partenaires à trouver un accord.

La consultation de l'Ordre national des médecins ne s'impose que si la convention ou les RCM comportent des dispositions relatives à la déontologie médicale.
Le RCM est en effet conçu comme un substitut à une convention médicale à laquelle les médecins n'ont pas l'obligation d'adhérer. En revanche, le RCM ne s'applique qu'aux médecins qui déclarent à la CPAM leur adhésion à ce règlement, dans un délai fixé par lui.

La cour des comptes a fréquemment dénoncé les carences administratives dans l'élaboration et l'application des conventions.

Le rapport de septembre 2000 souligne que la CNAMTS ne dispose pas d'études sur les effets à long terme des décisions contenues dans les conventions. Elle pointe les carences dans l 'expertise juridique qui conduit à l'élaboration des conventions, les carences du système d'information ne permettant pas une analyse fine des postes de dépenses, la confusion des pouvoirs (une caisse peut être à l'origine d'une plainte et participe à l'élaboration de l'avis rendu= confusion des fonctions d'instruction et de jugement), les manques de données scientifiques permettant d'identifier les seuils d'activité/professionnel.

Elle pointe aussi le risque d'insécurité juridique. En effet, l'annulation des arrêtés d'approbation des conventions ou des conventions elles-mêmes a un effet rétroactif. Les tarifs qui servent à calculer le montant des actes de soins perdent toute valeur sans que les précédents tarifs puissent reprendre. Comment sont alors remboursés les patients ?

Référence : « Les relations juridiques (très peu) conventionnelles des médecins libéraux avec la sécurité sociale », par Remi Pellet dans « La crise des professions de santé », Jean de Kervasdoué, Dunod 2003.

Principes généraux

La convention nationale est un accord négocié **tous les 4 ans** entre les syndicats représentatifs des médecins libéraux, et les organismes d'assurance maladie. Cet accord fixe notamment les tarifs des honoraires des médecins " conventionnés ".
La convention tente de respecter trois objectifs :

- pour les pouvoirs publics, garantir aux assurés sociaux un taux minimum de remboursement des dépenses de santé, sans mettre en péril les comptes sociaux de la nation.
- pour le corps médical, assurer la solvabilité des patients, et donc ses revenus, tout en maintenant un exercice de qualité.
- pour les organismes d'assurance maladie, surmonter les impératifs financiers pour améliorer l'accès aux soins de ses assurés.

La convention s'applique à tout médecin qui déclare y adhérer dans un délai de 2 mois à compter de la publication au JO de l'arrêté d'approbation ou à compter de la date où le médecin informe la caisse de son installation.

L'histoire conventionnelle est marquée en 1997 par la naissance d'une **convention médicale spécifique pour les généralistes**.

LA 8EME CONVENTION (1998)

La convention médicale est signée le 26 Novembre 1998 entre les caisses d'assurance maladie et un syndicat représentatif des généralistes (MG France). A cette époque, la signature d'un seul syndicat représentatif de médecins, même minoritaire, suffit à entériner les propositions de la convention.

Cette convention reprend certains thèmes du précédent accord conventionnel.
La **télétransmission** des feuilles de soins est obligatoire dès lors que les conditions techniques sont remplies.

Les mesures de **maîtrise médicalisée** s'appuient sur plusieurs outils révisables : la coordination des soins, les recommandations de bonne pratique clinique, les RMO, les actions thématiques concertées (actions pédagogiques d'évaluation et formation des médecins). Bien qu'on ne leur demande pas d'adhérer personnellement à la convention médicale, les médecins remplaçants sont personnellement responsables de leurs actes et prescriptions.
Cette convention reprend l'**option conventionnelle**, ou **option "médecin référent"**. C'est le point central de la convention. L'option conventionnelle permet aux généralistes d'entrer dans une démarche de coordination des soins pour leurs patients, et d'être reconnus (notamment financièrement) dans une démarche de qualité.

Le médecin qui choisit cette option s'engage à tenir un dossier médical informatisé, à être le coordonnateur de ses patients dans le système de soins, à assurer la permanence des soins, à suivre une formation médicale continue, à participer à des actions de prévention et d'épidémiologie, et à prescrire des médicaments moins coûteux. En contrepartie, le médecin, en plus du paiement à l'acte, perçoit une rémunération annuelle forfaitaire par patient (300 francs au 01/01/2001) et bénéficie d'un interlocuteur privilégié auprès de la caisse locale de sécurité sociale. Les patients bénéficient d'une dispense d'avance des frais, d'un service téléphonique d'accueil et d'orientation médical, et avec pour objectif une prise en charge globale de meilleure qualité pour un coût moindre.

6 051 omnipraticiens étaient médecins référents en 2003 (1). Leur nombre a augmenté de +7,6% par an depuis 2000. Le nombre de patients adhérant à l'option a augmenté à un rythme

encore plus soutenu (+28% par an depuis 2000) ; ils étaient 1 080 000 fin 2003, tous régimes confondus.

Référence : (1) : « Point stat » sept 2004 consultable sur : http://www.ameli.fr/pdf/1517.pdf

Extraits de la convention nationale 1998 concernant la situation du remplaçant :
Le remplaçant est tenu de faire connaître aux caisses son numéro d'inscription à l'ordre des médecins de son département ainsi que son adresse personnelle et celle du cabinet professionnel dans lequel il assure son activité de remplacement.

Le médecin remplacé vérifie que le médecin remplaçant remplit bien toutes les conditions nécessaires à l'exercice du remplacement dans le cadre de la présente convention.
Ainsi, il s'engage à porter à la connaissance de son remplaçant les dispositions de la présente convention et à l'informer des droits et obligations qui s'imposent à lui dans ce cadre.
Le médecin remplacé s'interdit toute activité médicale dans le cadre de la présente convention durant son remplacement.

Le remplaçant adopte la situation du remplacé au regard des droits et obligations qui découlent de la présente convention, à l'exception du droit à dépassement permanent (DP).
Il indique sa situation de remplaçant et son numéro d'inscription à l'ordre des médecins ou à défaut, le numéro attribué par la caisse à l'emplacement prévu à cet effet sur les différents supports de facturation.

La caisse d'assurance maladie peut en tant que de besoin demander communication du contrat de remplacement.

Le non-respect des références médicales opposables est imputable au médecin remplaçant pour les actes qu'il effectue.

En revanche, au regard du respect de la gestion de l'objectif prévisionnel des dépenses médicales, l'activité exercée par le remplaçant s'impute sur celle du médecin remplacé.

AVENANT CONVENTIONNEL DU 29 JANVIER 2002

Il est l'émanation directe de l'accord signé entre la CNAMTS et le syndicat MG-France (2éme syndicat de généralistes) à la suite de la grève des généralistes libéraux lancée le 19 novembre 2001 par l'UNOF (branche des généralistes du syndicat CSMF, qui est essentiellement composé de spécialistes, et syndicat majoritaire chez les généralistes depuis les élections aux URML de 2000) et le SML(5éme syndicat des généralistes).

Voici les principales dispositions :

Revalorisation de la consultation à 18,5 euros : entrée en vigueur le 1er février 2002, tarif revalorisé depuis.

Création de la consultation « approfondie » : C ALD : cotée 23 euros, réservée aux patients bénéficiaires d'une ou plusieurs ALD 30 avec pour objectif la réalisation d'un bilan approfondi de l'état de santé du patient. Cette consultation doit donner lieu à la rédaction d'un compte-rendu conservé dans le dossier du patient, à la disposition éventuelle du médecin conseil, et dont un double est remis au patient. Il est alors prévu une extension possible du champ d'application des bénéficiaires de cette consultation selon les conclusions des travaux de la classification des actes cliniques, au 1er janvier 2003. Cette extension ne verra pas le jour. Le C ALD est applicable au 1er mars 2002.

Extension au samedi après-midi de la majoration prévue initialement pour les dimanches et fériés (19,06 euros), pour le médecin de garde. La consultation passe ainsi à 18,5 + 19,06 = 37,56 euros, au 1er février 2002.

Revalorisation de la majoration de nuit (à compter du 1er février 2002):
Pour une visite effectuée entre 20h et minuit, ou entre 6 h et 8 h : 35 euros.
Pour une visite effectuée entre minuit et 6 h : 40 euros.

Application élargie de la majoration de maintien au domicile :
Réservée initialement aux patients en ALD 30 et de 75 ans ou plus, les parties conventionnelles (CNAMTS et MG-France) demandent l'inscription à la nomenclature de l'extension de la MMD aux bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, aux patients ayant fait l'objet d'une intervention d'un coefficient supérieur à Kcc 150, femme en post-partum, et aux patients en HAD, ce qui sera le cas. Le MD est entré en vigueur le 30 juin 2002.

Attribution d'aides à l'installation (13 000 euros) :
Selon un cahier des charges strict élaboré à échéance du 30 juin 2002, censé déterminer les conditions d'attribution de cette aide, ces aides sont destinées à favoriser l'installation des généralistes en zones rurales ou urbaines dans lesquelles sont constatées un déficit de l'offre de soins, et faciliter le regroupement des cabinets professionnels. Ce cahier des charges précise les engagements en matière d'insertion du médecin dans l'organisation des soins primaires, dont la participation au tour de garde. Sont également précisées les modalités de versement de l'aide, de résiliation du contrat et les conditions de remboursement en cas de non-respect du cahier des charges. L'aide est attribuée pour un engagement de 5 ans.

Les décrets devant flécher les zones électives pouvant bénéficier des aides ne verront jamais le jour, si bien qu'au début 2005, on peut dire qu'aucune mesure incitative n' a été mise en place. Pourtant, l'écueil démographique a été bien identifié et représente un enjeu majeur de santé publique. Le retard de parution des décrets traduit l'absence d'engagement des ministres successifs, mais également la frilosité des syndicats seniors qui y voient une iniquité entre nouveaux arrivants, bénéficiant d'aides, et médecins déjà installés, eux, à la force du poignet (voir chapitres dédiés à la démographie médicale et aux aides à l'installation). Les travaux préparatoires concernant l'élaboration des zones électives, et les conditions de mise en œuvre ont suscité l'indignation du SNJMG, les trouvant bien trop restrictives pour être réellement efficaces.

Création du forfait d'astreinte :
Versement d'un forfait de 50 euros (brut) par tranche de 12 heures (du samedi midi au lundi matin= 150 euros). Le bénéficiaire doit pour se faire, participer de manière volontaire à l'organisation de la permanence des soins dans le cadre d'associations locales des gardes et astreintes, avec régulation par le centre 15. Ou par le biais de la mise en place de maisons médicales de garde en ville et à l'hôpital, avec un cahier des charges précis. Cette mesure ne verra pas le jour avant la mise en place de la nouvelle convention 2005.

Création d'une aide ponctuelle en 2002 de 100 euros, au titre de la remise à jour des logiciels de télétransmission, et attribuée par un comité technique paritaire instauré par les signataires du protocole d'accord. Il est acté également la création d'aides pérennes.

Augmentation du nombre de jours de FMC indemnisables (15 C/jour) organisées dans le cadre conventionnel, qui passe de 4 à 8 par an pour les médecins conventionné, et de 6 à 10 pour les médecins référents.

Lancement de la refonte complète des actes cliniques dans le cadre de la classification commune des actes médicaux (CCAM) selon la même démarche que celle mise en œuvre pour les actes techniques, en collaboration avec 5 sociétés savantes. On y étudiera notamment une éventuelle unification du C et du V : échéance prévue initialement au 31 décembre 2002, en 2005, la mise en place du codage des actes en utilisant la CCAM est victime de retards à l'allumage, tant elle est complexe (voir chapitre dédié).

LA NOUVELLE CONVENTION MEDICALE DU 12 JANVIER 2005

La nouvelle convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes a été conclue entre, d'une part, l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et, d'autre part, la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF), le Syndicat des Médecins Libéraux (SML) et l'Alliance intersyndicale des médecins indépendants de France. Elle a été publiée au Journal officiel du 11 février 2005.
Son texte intégral peut être consulté sur : http://www.ameli.fr/262/DOC/1670/article.html

Les avenants conventionnels 2005 :
Les avenants n° 1, n° 3 et n° 4 à la convention nationale des médecins portent sur les points suivants :

- L'avenant n° 1 comporte notamment des mesures tarifaires.
- L'avenant n° 3 concerne le fonctionnement des instances conventionnelles.
- L'avenant n° 4 définit les nouvelles modalités de la participation de l'Assurance Maladie au financement de la permanence des soins assurés par les médecins libéraux. Il comprend également des dispositions relatives aux pratiques professionnelles des médecins généralistes urgentistes dans les Unités de proximité d'accueil, d'orientation et de traitement des urgences (UPATOU) et à la permanence des soins en unités obstétriques.

Conclus entre, d'une part, l'UNCAM et, d'autre part, la Confédération des syndicats médicaux français, le Syndicat des médecins libéraux et l'Alliance intersyndicale des médecins indépendants de France, des avenants conventionnels ont été publiés au Journal officiel du 1er juin 2005. Leur texte intégral peut être consulté sur : http://www.ameli.fr

COMMENTAIRES DU SNJMG SUR LA CONVENTION 2005

Pour la génération montante de généralistes que nous sommes, l'année 2004 aura doublement marqué nos esprits. C'est l'année de la reconnaissance de la médecine générale comme spécialité médicale.

Le nouveau généraliste est donc né, il devient spécialiste de soins dits primaires ou de premiers recours, à l'issue d'Epreuves Nationales Classantes Anonymes (ECNA). Tous les étudiants en DCEM subissent désormais « l'internat ».

Puis ce tout fraîchement spécialiste reçoit dans la foulée le titre « honorifique » (?) de Médecin Traitant, dans le cadre de la nouvelle loi de l'Assurance Maladie.
Il est une autre réforme qui, deux ans plus tôt aura marqué cette fois l'esprit de tous les Français, parce qu'elle va leur reconnaître enfin le droit d'être informés, de comprendre et de partager des connaissances avec l'équipe soignante : c'est la loi du 4 mars 2002.
Cette loi va métamorphoser considérablement la relation de soin.

La question qu'il est donc essentiel de se poser aujourd'hui, face à la mutation en profondeur que subit notre système de soins est la suivante : dans quelles mesures ces évolutions

réglementaires, juridiques et culturelles vont permettre de revaloriser effectivement la médecine générale et donc optimiser la relation de soins au bénéfice de tous ?

Pourquoi une telle question nous direz-vous ?
La littérature internationale (1) démontre en effet que les systèmes de santé basés sur des soins de santé primaires efficaces avec des médecins généralistes à niveau élevé de formation et qui pratiquent au sein de la communauté, fournissent des soins plus rentables et efficaces au niveau clinique que les systèmes moins orientés vers des soins de santé primaires.

Il est donc essentiel que le rôle complexe du médecin généraliste soit parfaitement compris de tous. Car la relation de soin met en jeu de multiples acteurs de santé, chacun interférant à son niveau sur la nature et la qualité de la relation soignant soigné.

Les compétences fondamentales du médecin généraliste sont énoncées dans la définition Européenne WONCA 2002.

Référence : (1) Robert L Ferrer et al: The essential role of generalists in Health Care Systems, Annals of Internal Medicine Volume 142, 9 April 2005.

D'un point de vue philosophique le principe du Médecin Traitant représente un véritable levier de changement :

- en affirmant pour la première fois en France l'existence généralisée d'un médecin coordonnateur de soins,
- en déterminant pour cela un parcours de soins correctement fléché pour le patient, parcours de soins dit « coordonné »,
- en s'appuyant sur un outil de synthèse des éléments médicaux, le Dossier Médical Personnel (DMP) facilitant les échanges et le partage de connaissance entre les professionnels de santé et le patient,
- avec le double objectif d'assurer un meilleur suivi pour le patient et de faire des économies de santé (chiffrées à 998 millions d'Euros) en responsabilisant les acteurs, en contrôlant notamment l'offre de soins mais aussi la demande…

De ce point de vue s'offre à nous jeunes MG une chance inouïe !
En effet toutes les conditions extérieures semblent enfin réunies pour favoriser la rencontre médecin-patient et faciliter la relation de soin :

- en plaçant le patient au cœur du système de soins,
- en considérant le médecin généraliste comme acteur pivot du dispositif,
- en permettant le décloisonnement entre établissements de santé et soins de ville, entre professionnels de santé eux-mêmes, et entre les secteurs social, scolaire, préventif et lié au travail,
- en créant ainsi un véritable réseau de soins où la coordination y joue un rôle central favorisant les échanges de pratiques entre les professionnels de santé et améliorant la qualité relationnelle entre les soignants,
- en établissant aussi un véritable partenariat avec le patient grâce au partage des connaissances et à la communication.

Il s'agit là pour nous de relever un sacré défi de Santé Publique.
Tant d'ingrédients pour y parvenir et pourtant…

Une traduction conventionnelle qui ne répond pas totalement aux missions du généraliste :
Le cadre des missions attribuées au médecin traitant comporte des discordances :

- reconnaître officiellement la médecine générale comme une spécialité mais attribuer à d'autres des missions qui lui sont spécifiques,
- et entériner le différentiel de la valeur de l'acte entre la consultation de médecine générale et les autres spécialités médicales **(la valeur du C n'est pas égale à la valeur de CS).**

Concernant la relation de soins médecin patient :
Le texte conventionnel pose ***:*** *« Le généraliste est chargé de dispenser des soins globaux. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec le patient, il intègre les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle mettant à profit la connaissance et la confiance engendrée par des contacts répétés.*
Il agit personnellement ou fait appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources dont il dispose ».

Concernant le choix du médecin traitant : quels critères, quelles missions ?
- La constitution d'une patientèle captive pénalise les candidats à l'installation dans la mesure où une relation de confiance s'inscrit bien évidemment dans la durée.

Il s'agit donc d'un dispositif délétère pour les jeunes généralistes et la démographie médicale. C'est pourquoi le SNJMG a interpellé Philippe Douste-Blazy puis Xavier Bertrand afin de résoudre cette mesure qui peut être considérée comme coercitive.

Le SNJMG a demandé un moratoire au bénéfice des jeunes installés et de tous les généralistes nouvellement installés, moratoire pour l'ensemble du territoire national, ainsi qu'une vaste campagne d'informations auprès des patients.

Ce moratoire a été acté dans les termes de la loi de financement pour la sécurité sociale 2006. Mais en l'absence de véritable publicité sur son existence, notamment auprès des patients, quelle efficacité réèlle peut-on en attendre ? Ce début 2006 voit, hélas, la confirmation de nos craintes…

- L'intérêt de disposer d'une CCAM technique est limité pour les généralistes, car la part technique est moindre en médecine générale.
Selon la SFMG, une consultation moyenne de médecine générale correspond à 2 voire 3 plaintes différentes et 70% des consultations de médecine générale ne débouchent sur aucun diagnostic précis (1). Le généraliste ne peut pas devenir un simple technicien offrant un « devis de soins ».

- L'évolution des pratiques en médecine générale demande une diversification des modes de rémunération. Or notre mode de rémunération reposant exclusivement sur le paiement à l'acte reste inchangé. Nous sommes dans un système de rémunération monolithique encourageant la multiplication d'actes afin de maintenir le niveau de rémunération. Ceci n'incite pas à faire de la prévention qui consomme du temps (1).
Il n'est pas possible de sortir de l'ornière de la prestation de soins curatifs. Le généraliste a également une responsabilité professionnelle de santé publique envers la population : que fait on pour l'encourager à exercer ses compétences dans des domaines complémentaires tels la médecine préventive, la recherche clinique, l'enseignement, l'encadrement de réseau ? Quels moyens lui donne t-on pour se former de manière indépendante ? Son activité qui plus est ne doit pas le conduire à délivrer systématiquement une prescription médicamenteuse**.** Pourquoi ne pas imaginer une prescription de conseils comme cela se pratique aux Pays-Bas ? De bonnes paroles valent plus qu'une ordonnance quand elles rassurent !

Dans le cadre conventionnel actuel, le médecin n'a que peu d'incitations à jouer ce rôle, contrairement aux expérimentations de médecins référents, système optionnel mis en place en 1998 et abandonné en 2004 .

(1) cf. chapitre dédié à la consultation de médecine générale

Concernant la relation de soins coordonnée :
Si le Dossier Médical Personnel peut être considéré comme un bon outil de coordination pour les professionnels de santé, les problématiques du droit pour le patient de ne pas voir inscrites certaines informations sur ce support ainsi que les conditions d'accès et de confidentialité des informations ne sont pas résolus.

Concernant l'organisation du parcours lui-même, la possibilité de s'adresser au spécialiste en s'échappant du parcours fléché risque de dévoyer toute tentative d'améliorer le suivi des patients.

Enfin quels arguments étayés scientifiquement permettent d'affirmer que le nouveau système coordonné générera des économies de santé ?

Que peut-on considérer comme un soin « non nécessaire » au regard d'un objectif de santé public affiché ? Que doit-on considérer comme relevant du « bon état de santé » de la population générale ? Et ainsi, quelle est la part de « l'excès de soin » dans le bon état de santé d'une population générale ?

Concernant l'accès aux soins :
L'accès aux soins relève d'une une logique purement économique qui fragilise la protection sociale du patient et du médecin et crée des inégalités dans l'accès aux soins.

Un nouveau système de santé se dessine, plus étatisé pour la protection maladie de base mais dont la couverture se réduit pour les soins courants ambulatoires, progressivement pris en charge par les assurances complémentaires privées.

Ce transfert de charges vers le privé permet de soulager les finances publiques mais pose des problèmes d'inégalités que la CMU ne résout pas complètement.
Les plus pauvres ont tendance à choisir les complémentaires meilleurs marchés donc moins protectrices.

D'autre part l'existence d'un plafond de ressources pour avoir droit à la CMU génère des inégalités d'accès aux soins en créant un « effet-seuil ».

De même la nécessité d'avancer les honoraires aux médecins de ville avec la suppression du tiers payant crée un effet pervers pour les plus démunis qui tardent alors à consulter. Alors que les études montrent que le tiers payant n'est pas une mesure inflationniste.

Notre pays fait le choix de recentrer l'effort de solidarité aux patients atteints des pathologies les plus graves et aux patients relevant de la CMU.

5% des patients atteints des affections les plus graves engagent 51% des dépenses et 60% des remboursements.

En revanche les soins les moins coûteux mais fréquents sont moins bien pris en charge.
Ceux qui consomment peu ont donc le sentiment de payer toujours plus (sécurité sociale + mutuelles) pour obtenir une prise en charge incomplète, qui diminue avec l'augmentation du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires.

Comment garantir égalité d'accès aux soins, résultats sanitaires du système de soins, contrôle des dépenses de santé et liberté des acteurs ?

Il importe de poser explicitement ces enjeux afin que les compétences des choix effectués soient claires pour les patients !

Pour les médecins généralistes en formation c'est relever un vrai défi de Santé Publique que d'organiser des soins primaires efficaces avec des généralistes correctement formés et capables d'exercer leurs compétences !

Une lecture critique du « système médecin traitant » est proposée par P.L. Bras dans la revue Droit social, n°1 de janvier 2006 : « Le médecin traitant : raisons et déraisons d'une politique publique ».

LA SITUATION DU MEDECIN LIBERAL VIS-A-VIS DE LA CONVENTION

Les médecins conventionnés s'engagent à respecter la convention nationale.
Les médecins doivent faire état de leur adhésion à la convention par courrier adressé à leur CPAM dans un délai de deux mois suivant la parution au JO de l'arrêté d'approbation de la convention ou suivant leur installation.

Médecins conventionnés : secteur 1 ou secteur 2

Les médecins conventionnés du secteur 1

Ces médecins s'engagent à respecter la nomenclature des actes professionnels fixée dans la convention.

La sécurité sociale s'engage à rembourser aux assurés sociaux 65% du tarif conventionnel des actes médicaux (pour le régime général).

En contrepartie, les médecins du secteur 1 bénéficient de divers avantages :

- prise en charge en partie des cotisations d'assurance maladie et retraite par les caisses de sécurité sociale (les caisses financent environ 2/3 des cotisations sociales),
- déductions fiscales de certains frais professionnels.

En l'an 2000, 3/4 des médecins libéraux sont en secteur 1, 85% des généralistes et 62% des spécialistes.

Les remplaçants sont assimilés à des médecins conventionnés en secteur 1, en ce qui concerne le calcul de leurs cotisations sociales. En revanche, en ce qui concerne les honoraires, le remplaçant adopte le statut du médecin remplacé.

Les médecins conventionnés du secteur 2

Initialement, aucun critère particulier n'était demandé aux médecins pour accéder au secteur 2, à l'inverse du droit au Dépassement Permanent (DP).

Les médecins appliquent des honoraires libres, dans le respect du Code de déontologie (honoraires fixés avec " tact et mesure ").

Certains tribunaux ont fixé de manière jurisprudentielle que le maximum de ces dépassements peut être de 50% du tarif conventionnel.

La sécurité sociale ne rembourse aux assurés que 65% du tarif conventionnel, le dépassement restant à la charge de l'assuré.

Les médecins du secteur 2 ne bénéficient pas d'avantages fiscaux ni de la prise en charge partielle de leurs cotisations sociales par les caisses. Leurs cotisations sociales sont plus élevées.

Depuis 1990, l'installation en secteur 2 est " gelée " : il n'est plus possible d'opter pour ce secteur si l'on s'installe. Seuls les anciens chefs de clinique et les anciens assistants en médecine générale ayant exercé 2 ans des fonctions hospitalières ont cette possibilité. Il s'agit d'une mesure d'inéquité, d'une rupture de solidarité d'avec les jeunes médecins.

Le gel du secteur 2 sera proposé par la CNAMTS, et accepté par les syndicats médicaux, au lieu de la proposition de limitation des actes en honoraires libres pour les médecins secteur 2 proposée par le gouvernement.

Remi Pellet (1) **note que cette dualité conventionnelle a incité les médecins à se spécialiser afin d'obtenir une meilleure rémunération.**

Quelques éléments historiques concernant le secteur 2 :
La convention conclue en 1980 par la FMF (avant la CSMF en janvier 1981) a ouvert aux médecins qui le souhaitaient la possibilité de dépasser les tarifs de la sécurité sociale.

Le secteur 2 a été instauré pour redonner le droit de cité aux libres tarifs et à la concurrence en matière d'offre de soins, en restaurant la confrontation du demandeur avec l'offreur. L'objectif était de compenser l'accroissement de la démographie médicale, de permettre le maintien du niveau de rémunération des médecins, de limiter le déficit de l'assurance maladie en ventilant une partie des nouvelles dépenses générées vers l'assurance complémentaire.

Il est bon de rappeler que cette dépendance aux assurances complémentaires comportent pour les médecins le risque de se voir contraints jusque dans leur liberté de prescription à des exigences gestionnaires afin de contenir les dépenses générées, comme nous l'enseigne l'exemple américain.

Le choix du secteur avait lieu au moment de la 1ère installation libérale, puis tous les 2 ans pour les médecins déjà installés, au moment de la « fenêtre conventionnelle ».

En 1987, 24,3% des spécialistes et 18,8% des généralistes exercent en secteur 2 (respectivement 7,1% et 7,3% en 1980), avec de grandes hétérogénéités régionales. Au 1er février 1989 après la fenêtre conventionnelle de décembre 1988, 26,3% de l'ensemble des médecins exerçaient en secteur 2 contre 22,9% en 1988.

A cette époque, les régions les plus denses en médecins libéraux ne sont pas forcément celles où les médecins secteur 2 sont les plus représentés : à l'échelle du pays, le lien statistique densité médicale-proportion de médecins en secteur 2 ne peut être établi (2). Il existe des difficultés d'accès à un médecin aux tarifs conventionnés dans certaines zones.

Ainsi que de fortes disparités dans le niveau moyen des dépassements d'honoraires pratiqués au sein des médecins en secteur 2. Le nombre des médecins secteur 2 augmente avec la taille de la commune.

Plus la population a un revenu élevé, plus le secteur 2 est développé. Quelle que soit la spécialité, le niveau d'activité en secteur 2 est inférieur à celui des confrères en secteur 1. En revanche, à la question de savoir si ce sont les médecins les moins actifs qui choisissent le secteur 2 ou si le passage en secteur 2 est motivé par le projet de diminuer l'activité, la

réponse n'est pas univoque. De plus, de manière inattendue, la concurrence des autres praticiens du même secteur (spés vis à vis des MG, secteur 1 contre secteur 2), ne semble pas constituer un élément de décision du choix sectoriel du médecin !

Il n'y a pas de lien statistique entre le niveau des dépassements pratiqués par les MG secteur 2 et le revenu de la population. De même, il ne semble pas y avoir de lien statistique entre la réduction d'activité et le niveau des dépassements d'honoraires pratiqués. La concurrence entre médecins ne semble pas non plus avoir d'effet sur la fixation du montant du dépassement. En revanche, quand ses tarifs sont élevés, le MG fait peu de visites.

Les femmes choisissent plus fréquemment que les hommes le secteur 2 comme secteur d'exercice libéral, qu'elles soient généralistes, spécialistes, ou à exercice particulier.

Références : (1) : Remi Pellet dans « La crise des professions de santé », Jean de Kervasdoué, Dunod 2003.
(2) analyse proposée par Pierre-Jean Lancry dans « Evolution et enjeux économiques du "secteur 2" de la médecine libérale », document de travail, CREDES, 1988.

Les médecins non conventionnés
Dans le secteur hors convention, la fixation des tarifs par les praticiens est libre. Ce qui change, c'est le remboursement du patient, non plus sur la base du tarif conventionnel, mais sur la base d'un tarif dit « d'autorité », bien plus faible.

Ces médecins ne sont pas tenus au respect de la convention.
Ils n'ont bien sûr pas les avantages fiscaux et sociaux des médecins conventionnés. Ils relèvent du régime de sécurité sociale des travailleurs indépendants.

Les médecins remplaçants
Au regard du code de la sécurité sociale (art. L 722-1 et R 722-1), ils sont considérés comme des médecins conventionnés du secteur 1. Selon l'article 6 chapitre 1 de la convention de 1997, les médecins remplaçants sont tenus de faire connaître aux caisses de sécurité sociale leur numéro d'inscription à l'ordre des médecins, ainsi que leur adresse personnelle et celle du cabinet où ils exercent.

Voici un autre résultat de l'action du SNJMG : avant notre intervention, les remplaçants étaient considérés comme des médecins conventionnés secteur 2, donc avaient des cotisations URSSAF bien supérieures.

LE SUIVI DE LA CONVENTION

Il est assuré par deux types de commissions, existant au niveau local et national.

Le CMPL : Comité Médical Paritaire Local
Il se compose à parité de médecins conseils des caisses signataires et des représentants des syndicats médicaux signataires de la convention. Ses fonctions sont :

- de veiller à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé par l'évaluation des dépenses et l'adéquation des actes par rapport aux référentiels de qualité,
- d'instruire la procédure de médecins qui ne respecteraient pas la convention sur le plan médical,

- de proposer au CMPN des thèmes en vue de l'élaboration des recommandations et références médicales.

Le CMPN : Comité Médical Paritaire National

- Il conseille, informe et coordonne les CMPL.
- Il élabore les critères d'opposabilité des références médicales et les conditions d'application.
- Il propose les thèmes des recommandations de bonnes pratiques et des références médicales à la CCPN (cf. infra).
- Le CMPN est la cour d'appel pour les médecins sanctionnés en raison du non respect des obligations conventionnelles. C'est aussi le lieu d'application des sanctions en cas de non respect de la convention.

La CCPL : La commission conventionnelle paritaire locale
Elle est chargée :

- d'assurer la liaison entre médecins libéraux et la sécurité sociale,
- d'instruire la procédure de médecins qui ne respecteraient pas le convention sur le plan administratif,
- de diffuser les informations concourrant à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé,
- du suivi de l'objectif prévisionnel des dépenses de santé.

La CCPN : La commission conventionnelle paritaire nationale
Elle élabore tous les avenants et annexes nécessaires à la mise en oeuvre et à l'application de la convention. Elle exerce son pouvoir de décision sur l'ensemble de son champ de compétence :

- déterminer les orientations nationales de la Formation Professionnelle Conventionnelle (sur proposition du CNFPC),
- analyser les bilans annuels d'activité des CCPL et ceux envoyés par le CMPN,
- suivre l'option conventionnelle,
- assurer le suivi trimestriel de l'évolution des dépenses médicales.

LES UNIONS REGIONALES DES MEDECINS LIBERAUX (URML)

Ce sont des organismes de droit privé instaurés par la loi Teulade de 1993 (loi relative aux relations entre les professionnels de santé et l'assurance maladie).

Elles sont composées de médecins libéraux élus pour 6 ans par les médecins conventionnés, issus de listes présentées par les syndicats représentatifs. Elles " contribuent à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins. Elles assument les missions qui leur sont confiées par la ou les conventions nationales " (article 8 de la loi).

Les URML sont financées par la Cotisation aux Unions de Médecins (CUM), cotisation versée par les seuls médecins installés. Cette cotisation est cependant demandée par les URSSAF aux remplaçants dans certaines régions alors que les médecins remplaçants n'ont pas de droit de vote ni d'éligibilité aux unions professionnelles **(les remplaçants doivent donc refuser de payer cette cotisation)**.

Les URML ont pour missions principales :

- analyse et étude du fonctionnement du système de santé, de l'exercice libéral de la médecine, de l'épidémiologie et de l'évaluation des besoins médicaux,
- évaluation des comportements et des pratiques professionnelles en vue de la qualité des soins,
- organisation et régulation du système de santé,
- prévention et actions de santé publique,
- coordination avec les autres professionnels de santé,
- information et formation des médecins et des usagers,
- elles siègent au conseil régional de FMC, et ont 2 représentants au sein des comités régionaux de santé.

LES ORGANISATIONS SYNDICALES

Les syndicats se distinguent des organisations politiques par leur objectif qui n'est pas de gouverner, mais d'améliorer les conditions de travail

La question de représentativité

Principes généraux :

Aux termes de l'article L 133-2 du Code du travail, la représentativité d'un syndicat résulte de cinq critères :

- les effectifs ;
- l'indépendance, notamment financière ;
- les cotisations ;
- l'expérience et l'ancienneté du syndicat ;
- l'attitude patriotique pendant l'Occupation.

À ces cinq critères, la jurisprudence en a ajouté deux, qu'elle tend à privilégier : l'activité du syndicat, en termes d'ampleur et d'efficacité, et sa capacité à mobiliser les salariés.
Ces critères sont appréciés d'une manière globale. Ils ne sont pas cumulatifs, mais un seul ne suffit pas à déterminer la représentativité d'un syndicat. En règle générale, la représentativité est estimée en fonction de l'indépendance et de l'activité réelle du syndicat.

Selon qu'il s'agit de l'apprécier au niveau national ou à celui de l'entreprise, la représentativité syndicale est établie par l'administration ou par le tribunal d'instance. Tant qu'elle n'est pas contestée, par l'employeur ou par une autre organisation, la représentativité est présumée.

Cependant, **certains syndicats n'ont pas à prouver leur représentativité**, car un arrêté du 31 mars 1966 complétant une décision du 8 avril 1948 a désigné comme représentatives de droit au niveau national :

- la Confédération générale du travail (CGT) ;
- la Confédération générale du travail-Force ouvrière (CGT-FO) ;
- la Confédération française démocratique du travail (CFDT) ;
- la Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC) ;
- la Confédération française de l'encadrement-Confédération générale des cadres (CFE-CGC).

Les quatre premières représentent toutes les catégories professionnelles, y compris les cadres, tandis que la dernière représente seulement les cadres.

Par ailleurs, selon le code du travail, **tout syndicat affilié à l'une de ces cinq confédérations est représentatif de droit**, que ce soit au niveau régional, départemental, ou à celui de l'entreprise. L'affiliation à l'une des cinq confédérations représentatives au plan national permet donc de conclure des accords collectifs à tous les niveaux et de bénéficier, dans l'entreprise, des dispositions législatives relatives au droit syndical, aux délégués du personnel et aux comités d'entreprise. Cette présomption de représentativité est irréfragable.

Référence : voir la fiche de synthèse du document « la représentativité des syndicats de salariés », par le service des affaires européennes (mars 2001), sur : www.senat.fr/lc/lc87/lc870.html

Concernant les médecins

Outre son importance dans l'attribution de moyens pour le syndicat, la notion de représentativité est déterminante pour la reconnaissance institutionnelle (droit de négocier et de conclure des accords avec le gouvernement, les institutions, les administrations...).

L'article 8 de la loi du 13 juillet 1983 précise en effet que « *les organisations syndicales ont qualité pour conduire, au niveau national avec le Gouvernement, les négociations préalables à la détermination de l'évolution des rémunérations et pour débattre avec les autorités chargées de la gestion, à différents niveaux, des questions relatives aux conditions et à l'organisation du travail* ».

Mais pour disposer de ce droit à négociation et à participation, les organisations syndicales sont soumises au principe de la représentativité, elle-même régie par l'obtention de voies aux scrutins professionnels.

Il existe plusieurs syndicats représentatifs des médecins libéraux.
La représentativité des syndicats médicaux obéit à des critères fixés par la loi : effectif, cotisations, indépendance, expérience et ancienneté (art. L 162.33 du code de la SS). Ce sont les mêmes critères que ceux utilisés dans le droit du travail, le critère des effectifs revêtant une importance déterminante.

La représentativité est établie après :

- Une enquête (menée par la DRASS d'Ile de France) prenant en compte le nombre d'adhérents à jour de leur cotisation, le travail syndical, l'indépendance ou l'ancienneté des syndicats…
- Au vu de ces éléments, **le ministère de la santé décide ou non d'attribuer la représentativité** (des généralistes et/ou des spécialistes**) aux diverses structures. Seuls** les syndicats déclarés représentatifs par le gouvernement seront habilités à signer une éventuelle convention.

La désignation des organisations syndicales habilitées à négocier et conclure des conventions médicales fait donc l'objet d'une décision de l'autorité publique. Elle peut avoir un sens politique. Le juge peut être saisi d'un recours formé contre la décision prise après enquête.
L'enquête portant sur la représentativité des organisations syndicales doit être portée à la connaissance de l'ensemble de ces organisations par une publicité appropriée les invitant à produire dans un délai convenable les justifications permettant d'apprécier leur représentativité.

Les organisations dont la représentativité a été reconnue doivent être appelées à la négociation. Toutefois, lorsqu'une organisation refuse de participer à la négociation ou abandonne les négociations en cours, la convention conclue en son absence ne saurait être entachée d'irrégularité de ce chef.

Référence : Remi pellet, chapitre « les relations juridiques (très peu) conventionnelles des médecins libéraux avec la sécurité sociale », dans « La crise des professions de santé », Jean de Kervasdoué, Dunod 2003.

Certains syndicats sont mono catégoriels, d'autres pluri catégoriels.
La **CSMF** (Confédération des Syndicats Médicaux Français) dont le président est le Dr Michel Chassang :

C'est le plus ancien syndicat de médecins. Sa naissance remonte à 1928. Son positionnement a toujours été très libéral, au sens de la défense de la charte médicale de 1927. Il regroupe des spécialistes (au sein de l'**UMESPE**, président : Dr Jean François Rey) et des généralistes (au sein de l'**UNOF**, président Dr Michel Combier). Ce syndicat est représentatif des généralistes et des spécialistes. Il revendique le nombre de médecins à jour de cotisation le plus important.

La Fédération Française des Médecins généralistes, plus connue sous le nom de **MG France,** dont le président est le Dr Pierre Costes ne représente que les médecins généralistes. Ce syndicat a été créé en 1986 par des généralistes dissidents de la CSMF, des membres du SMG (Syndicat de la Médecine Générale) et des généralistes impliqués dans la FMC : ces médecins estimaient qu'il n'existait pas de syndicat efficace pour défendre la médecine générale en tant que discipline clinique et universitaire spécifique.

C'est en 1989 que le syndicat MG France sera reconnu représentatif de la profession et c'est en 1997 qu'il signe la première Convention Spécifique à la Médecine Générale. Les essentiels pour MG France sont la *reconnaissance universitaire, professionnelle, conventionnelle et tarifaire.*

Le **SML** (Syndicat de Médecine Libérale), dont le président est le Dr Dinorino Cabrera a été créé en 1981. Comme son nom l'indique ce syndicat a une position très libérale. Il regroupe des spécialistes et des généralistes exerçant en ville. Sa représentativité a été reconnue en 1993 pour les spécialistes, en 1994 pour les généralistes.

La **FMF** (Fédération des Médecins de France), dont le président est le Dr Jean-Claude Régi) : elle est née d'une scission avec la CSMF et reconnue représentative par le Conseil d'Etat en 1968. Elle regroupait alors la minorité de la CSMF opposée au système de la convention nationale.

« *En 1980 la FMF imagine, négocie et signe une Convention de "co-gestion professionnelle" qui a pour objectif essentiel "la maîtrise de l'évolution des dépenses par le bon usage des soins ».* Cette Convention crée un secteur à honoraires différents - dit Secteur II ou à honoraires libres.

Ce syndicat regroupe actuellement des généralistes et des spécialistes, mais n'est représentative que des spécialistes (groupés en **FMSF**). Pour la branche généraliste, **FMF-G**, le président est le Dr Jean Paul Hamon.

Alliance, fusion récente de l'UCCSF (Union Collégiale des Chirurgiens et Spécialistes Français et du SMI-France dont le président est le Dr Jean Gabriel Brun. Ce syndicat,

constitué dans les années 90 et dont les idées bousculent volontiers l'hôpital public veut représenter de façon spécifique les intérêts des spécialistes et des chirurgiens. Partisan farouche d'une tarification unique par pathologie, l'UCCSF Alliance réclame « *la vérité sur les coûts hospitaliers* » et souligne « *l'incroyable inégalité du traitement infligé au secteur privé par rapport à son homologue public* ».

Après l'enquête menée au cours de l'été 2002, le ministre de la santé Jean-François Mattei a arrêté la liste des organisations déclarées officiellement représentatives des médecins libéraux, pour les généralistes et/ou les spécialistes.

Cette enquête fut réalisée sous la direction de Monsieur Sévère, Inspecteur Principal des Affaires Sanitaires et Sociales. L'année de référence a été l'année 2001 et donc la situation des cotisations au 31 décembre 2001.

Ceci disqualifiait d'emblée la FMF qui a vu ses effectifs gonfler en 2002. Le niveau requis était de 5% des médecins généralistes soit un peu plus de 3000 cotisants. Les résultats sont les suivants :

- CSMF : 3716,
- MG : 2884maxi,1983mini,
- SML : 2519,
- Alliance : 2329,
- FMF : 1223.

Dans le collège généraliste, le gouvernement accorde la représentativité au Syndicat des médecins libéraux (SML), à côté de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) et de MG France, tous deux indéboulonnables dans ce collège. En revanche, la Fédération des médecins de France (FMF) échoue dans sa tentative de représenter les généralistes, malgré le renfort à l'époque de 1 400 médecins issus de coordinations « inter » et « parasyndicales » qui se sont reconnus dans le discours libéral (sur le secteur II notamment) de cette organisation.

Pour représenter les spécialistes, le gouvernement consacre la CSMF, le SML, la FMF et Alliance.

Les syndicats médicaux représentatifs sont chargés de négocier avec les trois caisses d'assurance maladie censées représenter les usagers : Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), Mutualité Sociale Agricole (MSA) et l'Assurance Maladie des Professions Indépendantes(AMPI), la convention régissant les rapports entre caisses et médecins pour quatre années.

Mais il existe aussi des syndicats médicaux **non représentatifs** :

Le **SMG** (Syndicat de la Médecine Générale) dont la présidente est le Dr Marie Kayser : un syndicat de médecins dont la volonté est de ne pas s'adresser qu'aux médecins. Cette organisation est née en avril 1975.

Elle a regroupé des médecins généralistes autour d'une charte, révisée en novembre 1986, comportant quatre points essentiels : « *rechercher et faire valoir les causes véritables des maladies, imposer une formation des soignants adaptée aux besoins, prendre en considération la transformation des conditions de travail des médecins, s'opposer à l'emprise du profit sur la médecine, être responsable devant la collectivité* ».
Ce syndicat édite en particulier la Revue « Pratiques ».

Le **SNMG** (Syndicat National de la Médecine de Groupe), rassemble des cabinets médicaux de groupe (spécialistes et généralistes) et a quitté la CSMF en 1994 pour devenir un syndicat autonome sans prétention (pour l'instant) à demander une représentativité conventionnelle.

Espace Généraliste dont le président est le Dr Claude Bronner est un nouveau syndicat de médecins généralistes lancé officiellement le 21 septembre 2005.

Il est issu d'une filiation qui part de MG France, passe par MGVA (MG Vigilance et Action) créé en 2002, l'USMG (Union Syndicale de la Médecine Générale) créée en 2004. Parce qu'ils estiment que leur avenir professionnel nécessite *« un syndicalisme plus simple, plus réactif, plus près de la pratique quotidienne, moins idéologique, prenant en compte les mutations de leur profession* » de nombreux généralistes déjà cotisants dans d'autres syndicats départementaux se sont ainsi rassemblés.

Pour en savoir plus sur l'histoire de la représentation syndicale des médecins et des relations conflictuelles entre médecins, Etat, et assurance maladie, on peut lire le livre de Patrick Hassenteufel : « Les médecins face à l'Etat, une comparaison européènne », presses de Sciences-Po.

2) Formation médicale continue

POURQUOI LA FORMATION MEDICALE CONTINUE (FMC) ?

La FMC s'inscrit dans un cadre légal (code du travail), qui a fait de la formation professionnelle un droit pour tous les travailleurs, salariés ou indépendants.
Pour les médecins, la FMC est un devoir (Art. 11 du code de déontologie), et une obligation contractuelle envers le patient (donner des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science ; arrêt Mercier, 1936). Le médecin doit donc faire évoluer sa pratique en fonction des connaissances issues de la communauté scientifique.

L'ordonnance sur la médecine libérale du 24 Avril 1996 (« ordonnances Juppé ») fait de la FMC une obligation. Les médecins libéraux, hospitaliers et salariés doivent justifier du suivi d'une formation médicale continue. Aucun décret d'application n'a suivi pour préciser les conditions de sa mise en œuvre.

Le principe de la **FMC obligatoire pour TOUS les médecins,** quel que soit leur mode d'exercice, est désormais inscrit dans la loi de mars 2002 sur les droits des malades et l'amélioration du système de santé.

HISTORIQUE DE LA FMC

Un peu d'histoire pour y voir plus clair… :
Initialement, la FMC était organisée par des associations locales qui se sont fédérées à l'UNAFORMEC (Union Nationale des Associations de FMC) ou des sociétés savantes indépendantes (Société Française de Médecine Générale, Société Française de Thérapeutique du Généraliste).

Depuis la **convention nationale de 1990**, la FMC est encouragée, car elle " concourt à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ". La FMC reçoit un financement de la part des caisses de sécurité sociale, et des médecins qui paient la Contribution à la Formation

Professionnelle (CFP). De nombreuses organisations de FMC d'origine syndicale ont alors été créées (ACFM, AFML, MG Form, FORMUNOF, AFORSPE).

L'ordonnance sur la médecine libérale d'avril 1996 a créé deux entités, composées de façon quadripartite par : des membres de l'ordre des médecins, des facultés, des unions professionnelles et des associations de FMC : le conseil national de la FMC, les comités régionaux de FMC.

Les fonds de la FMC devaient être gérés par le FAF-MEL (Fonds d'Assurance Formation des Médecins à Exercice Libéral). Mais les aléas politico-syndicaux et une dissolution ratée ont laissés cette organisation en jachère…Si bien que c'est l'ancien FAF-PM (Fonds d'Assurance Formation pour les Professions Médicales) qui a repris cette gestion.

La convention de 1997 et de 1998 ont défini de nouveaux organismes, et une organisation de FMC financée par la Sécurité Sociale (la FMC dite **conventionnelle),** dénommée Formation Professionnelle Conventionnelle (FPC), œuvre conjointe de la CNAMTS et de MG France (seul syndicat signataire de la convention à cette époque) :

- Le CPN FPC (comité paritaire national de formation professionnelle conventionnelle) est chargé de promouvoir les thèmes prioritaires de FMC. Ces thèmes sont ensuite agréés par un conseil scientifique (tripartite regroupant membres des syndicats signataires, facultés, sociétés savantes). Un appel d'offres est lancé auprès des organisations de FMC. Ces offres seront ensuite validées par le conseil scientifique et agréées par le CN FPC.
- L'OGC (organisme gestionnaire conventionnel) gère les fonds de la FMC versés par l'assurance maladie et destinés au financement des actions de formation et à l'indemnisation des médecins qui participent à ces formations agréées. L'OGC est une structure paritaire regroupant caisses et syndicat(s) signataire(s) de la convention médicale.

Le dispositif organisant la FMC conventionnelle (ou FPC) a été **annulé par le Conseil d'Etat en avril 1999**, qui a estimé que la convention instaurait de fait une FMC parallèle, au financement et au fonctionnement propres, dérogeant ainsi au dispositif unique de gestion de la FMC institué par l'ordonnance Juppé.

Il s'en est suivi une période de latence de 4 ans durant laquelle seules ont eu lieu des actions de FMC organisées par diverse associations « para-syndicales » ou non, et des sociétés savantes, sous l'égide du FAF-PM, et financées par les cotisations des médecins. Ces actions de formation n'ont pas été, et ne seront pas, indemnisées.

Ce sont par le **décret du 25 août 2000**, et par **l'avenant n°3 de la convention des généralistes** (JO : 20/10/2000) que la FPC retrouve le cadre légal qui lui faisait défaut : les textes confient la gestion financière de la FPC à l'Organisme Gestionnaire Conventionnel. L'OGC a donc lancé ses premiers appels d'offres en 2001 auprès des prestataires de FMC, devant passer avec succès la procédure d'agrément.

L'ORGANISATION DE LA FMC

Il existe 2 « filières » de FMC :

- Conventionnelle, ou FPC
- Non conventionnelle, sous l'égide du FAF-PM

Organisation de la FMC non conventionnelle :

Le FAF-PM (Fond d'Assurance Formation de la Profession Médicale) est le grand coordonnateur de ces formations.

Il perçoit les fonds perçus par l'URSSAF auprès des professionnels de santé par le biais de la CFP (Contribution pour la Formation Professionnelle).
Cette cotisation est actuellement la seule ressource du FAF-PM. Elle est calculée, pour les médecins libéraux comme pour toutes les autres professions libérales, sur la base de 0,15% du plafond annuel de la sécurité sociale (soient 45 euros pour l'année 2005). Les ressources disponibles sont donc limitées.

Il donne son agrément aux journées de formation proposées par des associations locales, des sociétés savantes, ou les associations de FMC organisées au sein des grands syndicats de médecins libéraux, qui auront postulées.

Les remplaçants, thésés ou non, au titre de la CFP qu'ils paient et comme leurs confrères installés, peuvent participer à ces actions de formation, et également percevoir « l'indemnité journalière » prévue, au titre des frais engagés pour cause de FMC.

Il n'y a, à priori, **pas de limitation** du nombre de journées auxquelles vous pouvez participer. Néanmoins, le Fonds d'Assurance Formation de la Profession Médicale (FAF-PM) a reconduit en 2005 la prise en charge des frais d'inscription (frais pédagogiques) à certaines formations en particulier scientifiques (congrès, journées scientifiques, diplômes universitaires…).

Le FAF-PM a informé dans un communiqué de presse que « *Seules les formations d'un coût minimum de 100,00 € pourront être prises en charge* ». Et que « *Le montant annuel total des prises en charge ne pourra pas dépasser le montant de 600,00 € par médecin et par an* ».
Les dossiers de prise en charge doivent être adressés, une fois la formation totalement terminée, au Fonds d'Assurance Formation de la Profession Médicale, 14 rue Fontaine – 75009 PARIS avec les pièces justificatives suivantes :

· Attestation de versement sous le code 851 C de la cotisation pour la formation professionnelle (CFP) délivrée par l'URSSAF en 2005 au titre de l'exercice 2004, (ou à défaut l'attestation délivrée en 2004 au titre de l'exercice 2003).
· Programme de la formation.
· Attestation nominative de l'acquittement des frais d'inscription.
· Attestation de présence.

Les remplaçants thésés doivent fournir une copie de leur **carte ordinale** et une feuille de soins annulée (d'un médecin remplacé).

Les remplaçants non thésés doivent fournir une copie de leur **licence de remplacement** et une feuille de soins annulée (d'un médecin remplacé).

Tous, comme les médecins installés, doivent fournir **l'attestation URSSAF de recouvrement de la CFP** pour l'année en cours (attention, aucun duplicata n'est délivré).

Pour les médecins (thésés ou non) qui remplacent depuis moins d'un an et qui n'ont pas fait l'objet d'un appel de cotisation de l'URSSAF, ou qui n'ont pas encore reçu leur 1ère attestation de versement, il suffit de fournir une photocopie de la licence de remplacement.

Mais le remboursement risque d'être différé et conditionné par la production de l'attestation de CFP.

Pour toute information : www.faf-pm.org

Organisation de la FPC :

Le but de la Formation Professionnelle Conventionnelle est de réaliser pour l'ensemble des médecins généralistes conventionnés, notamment les médecins référents (désormais disparus avec les dispositions de la convention 2005), un véritable accompagnement professionnel et pédagogique, afin qu'ils puissent remplir leurs missions de soins primaires, et disposer d'outils facilitant leur adaptation aux mutations de leur environnement et de la modernisation du système de soins.

Le dispositif de FPC repose sur des instances conventionnelles - qui sollicitent en appui technique un Conseil scientifique - et sur un organisme gestionnaire conventionnel (OGC).
L'OGC (organisme gestionnaire conventionnel) assure la gestion administrative et financière du dispositif. Il paye les organismes ayant reçu l'agrément pour les actions de FMC menées, il verse les indemnités de formation aux généralistes.

Il perçoit de la CNAM la contribution financière affectée à la FPC et la dotation pour l'indemnisation.

Il existe un échelon national (**C**omité **P**aritaire **N**ational **FPC**) , et un échelon régional et local (**C**omité **P**aritaire **R**égional **FPC**), dont le rôle consiste à évaluer et attribuer l'agrément des organismes de formation candidates, à valider leurs actions respectives.

Le Comité national paritaire de la FPC (CNP-FPC) est chargé du choix des thèmes de formation, de définir les critères puis d'assurer l'agrément des organismes et des actions de formation. Il est installé dans ses fonctions depuis mars 2005. Il se compose de 20 membres (dont 5 généralistes et 5 spécialistes issus des syndicats signataires, + 10 représentants des régimes général, agricole et des professions indépendantes).

Trois types de structures sont susceptibles de recevoir cet agrément : les associations de formation continue de médecins libéraux en exercice, les collèges d'enseignants en médecine générale, les départements de médecine générale des UFR (ce qui est nouveau pour ces 2 dernières).

Les CPN et CPR sont tous deux assistés d'un conseil scientifique qui donne un avis pour l'agrément des organismes postulant sur le plan scientifique et pédagogique, et valide les actions de formation. Ce conseil scientifique n'a plus qu'un rôle consultatif, à l'inverse de 1997.

L'organisation de la FMC conventionnelle a subi quelques modifications depuis le dispositif imposé par la loi de 2002.

L'obligation de FMC est posée dans les termes de la loi du 4 mars 2002.

Elle est définit par l'Art. L. 4133-1. : *« La formation médicale continue a pour objectif l'entretien et le perfectionnement des connaissances, y compris dans le domaine des droits de la personne ainsi que l'amélioration de la prise en charge des priorités de santé publique. L'obligation de formation peut être satisfaite, au choix du médecin :*

- *soit en participant à des actions de formation agréées,*
- *soit en se soumettant à une procédure adaptée d'évaluation des connaissances réalisée par un organisme agréé,*

- *soit en présentant oralement au conseil régional un dossier répondant à l'obligation mentionnée au présent article.*

Le respect de l'obligation fait l'objet d'une validation. La méconnaissance de cette obligation est de nature à entraîner des sanctions disciplinaires. »

Faute de décrets d'application, la réforme du système FMC tel qu'imposée par la loi du 4 mars 2002 était en souffrance.

Le décret n° 2003-1077 du 14 novembre 2003 relatif aux conseils nationaux et au comité de coordination de la formation médicale continue publié au Jo du 16/11/2003, en application de la loi du 4 mars 2002, instaure plusieurs entités:

- Conseil national de la formation médicale continue des médecins libéraux
- Conseil national de la FMC des médecins salariés non hospitaliers
- Conseil national de la FMC des praticiens hospitaliers, médecins, biologistes, odontologistes et pharmaciens des établissements hospitaliers.

Une quatrième entité a été créée pour coordonner l'ensemble et harmoniser les décisions, à laquelle siège chacun des présidents des conseils nationaux : le comité de coordination des conseils nationaux de FMC.

La composition du conseil national des médecins libéraux est quadripartite : Ordre (2 représentants), syndicats (4 représentants pour les généralistes, autant pou les spécialistes) , opérateurs de FMC (5 représentants), universitaires (5 représentants dont au moins 2 enseignants de médecine générale). S'y ajoutent 3 personnalités « qualifiées ». Soient au total 23 membres.

Ils fixent les thèmes prioritaires de formation, agréent pour 5 ans les organismes qui organisent les actions de FMC selon un cahier des charges comprenant la transparence des financements, l'absence de promotion en faveur d'un produit de santé et l'utilisation de la DCI, le principe d'une évaluation externe.

Ils transmettent au comité de coordination la liste des organismes de formation agrées et leurs programmes de formation.

Les **sanctions disciplinaires** initialement prévues en cas de manquement à l'obligation de FMC n'ont pas été retenues. Néanmoins la participation à la FMC est une obligation déontologique (art 11 du code de déontologie) et est renforcée par les termes de la loi du 4 mars 2002.

La loi du 4 mars 2002 prévoit l'existence d'un fond national de la FMC. Si le décret d'application concernant l'obligation de FMC et ses modalités pratiques est bien sorti (voir plus loin), le texte n'est pas plus précis quant au financement et son architecture.

De nouveaux textes doivent paraître, mettant en place les Conseils Régionaux de FMC (CRFMC), instance qui recevra les attestations justifiant que l'obligation de FMC a bien été suivie par les médecins, et créant les Conseils Régionaux de l'Ordre des Médecins (CROM, qui sont chargés de valider l'action d'évaluation). L'un et l'autre n'existent toujours pas à ce jour.

Si la FMC constitue une obligation, aucune sanction n'est prévue pour les médecins qui s'y soustrairaient. Néanmoins, l'attestation ordinale d'attestation de FMC pourra faire l'objet d'un affichage dans les salles d'attente et les bureaux des médecins, constituant un efficace moyen incitatif d'adhésion à la FMC.

Le cahier des charges des organismes de formation et des actions de FPC pour 2005 rappelle que : (1)

Les projets de formation proposés en réponse à l'appel d'offres doivent :
• être destinés à des médecins généralistes conventionnés en exercice. Parmi les médecins généralistes conventionnés, les médecins référents sont prioritaires, notamment pour les actions « recommandées » (c'est-à-dire accompagnées d'un module d'évaluation validé).
• pouvoir accueillir des médecins généralistes remplaçants, thésés ou non, en règle avec l'instance ordinale.
• être réalisés entre le 1er janvier et le 31 décembre 2005.
• porter sur un des thèmes de la liste.

Les actions de type congrès, forum, colloques, symposium, soirées-débat, etc., ne répondent pas au cahier des charges.

Le médecin choisit parmi les thèmes proposés (26 pour l'année 2006, tels que « patient hypertendu », « .dépistage du cancer », …) et contacte l'organisme de formation agrée qui le propose.

Les thèmes de la FPC 2005 sont répartis en trois catégories :

- 18 thèmes ouverts à tous les organismes de formation (nationaux et régionaux)
- 2 thèmes destinés exclusivement aux organismes nationaux
- 2 thèmes au maximum par région, destinés exclusivement aux organismes de formation de la région où ils ont été choisis.

Pour chaque thème est donnée, à titre indicatif, une liste non exhaustive de sujets possibles.
Exemple : patient asthmatique ou BPCO, patient anxieux ou dépressif, patient diabétique de type 2 , Le patient douloureux (évaluation, gestes techniques, prise en charge, prescription, suivi), L'outil informatique, notamment l'utilisation en réseau, au service de la pratique médicale…

Concernant l'indemnisation : (1)
Le nombre de journées indemnisées est de **8 /médecin/an**. Ce chiffre était porté à 10 pour les médecins référents dans la Convention de 1998. Une indemnisation est prévue pour perte de ressources, car les médecins s'engagent à ne pas travailler durant leurs cessions de FMC. Le montant de l'indemnisation est 15C pour les MG, 15 CS pour les spécialistes, qui peuvent bénéficier de la FPC en accord avec les nouvelles dispositions conventionnelles de janvier 2005(en l'absence de signature des syndicats de spécialistes libéraux du texte de la précédente convention, ils ne bénéficiaient pas du dispositif FPC).

Les frais d'hébergement sont aussi pris en charge sur une base forfaitaire.

Il faut pour cela suivre intégralement :

Un séminaire, action d'une durée égale à au moins deux jours ouvrables consécutifs ;
Un cursus, action de trois jours ouvrables ou plus, non consécutifs.

Le temps de formation donne droit à une indemnité pour perte de ressources si et seulement si il se substitue à une activité professionnelle effective du médecin.

Ainsi :

- les formations en soirée et jours non ouvrés n'ouvrent droit à aucune indemnité ;
- pour les médecins n'étant pas en activité au moment de la formation, l'indemnité « pour perte de ressources » ne trouve plus sa justification et ne sera pas versée.

Ainsi, le médecin ne peut exercer une activité de soins programmés pendant les journées de FPC (même avant ou après la formation).

Les seuls actes ne supprimant pas le droit du médecin à indemnisation pour perte de ressources doivent présenter les caractéristiques cumulatives suivantes :

- avoir lieu pendant les heures non ouvrables (après 19h),
- et viser à répondre à des soins non programmés ayant un caractère d'urgence (actes en MU et actes de nuit), pour les patients habituels du médecin.

Les médecins remplaçants peuvent prétendre à l'indemnisation, sous réserve de fournir les pièces suivantes :

- un document attestant qu'ils sont en règle avec l'instance ordinale,
- une attestation du ou des médecins généralistes conventionnés qu'ils ont remplacé(s) au cours de l'année en cours ou de l'année précédente, mentionnant sur papier à en-tête qu'ils ont effectué un ou des remplacement(s) pour une durée cumulée d'au moins 30 jours, consécutifs ou non.

Conformément à l'avenant n°8 à la Convention nationale (J.O. du 01/02/2002), les médecins généralistes libéraux conventionnés assurant la fonction de formateurs (soit organisateurs, soit animateurs, soit experts généralistes) intervenant sur toute la durée du séminaire peuvent bénéficier de l'indemnisation pour perte de ressource dans les mêmes conditions que les participants.

Si vous remplacez un médecin pour cause de FMC indemnisée, il serait logique, selon une lecture stricte des choses, et au regard de ce qui a été dit, que vous gardiez 100% des honoraires perçus lors de ce remplacement, dans la mesure où l'indemnisation prévue l'est au titre de la « perte de ressource »(1).

En pratique, les choses se passent rarement comme cela. Le SNJMG a demandé l'arbitrage du Conseil National de l'Ordre des Médecins pour préciser ce point.

Référence: (1): «Appel d'offres 2005, cahier des charges FPC 2005 », www.ogc.org

Comment se faire indemniser ?

Les organismes de formation délivrent, en fin de formation, une seule et unique attestation de participation conforme au modèle joint au dossier de règlement et dûment remplie :

- à chaque participant ayant assisté à l'intégralité de l'action de formation
- à chaque formateur étant intervenu sur l'intégralité de l'action de formation.

Cette attestation complétée et signée par le médecin, doit parvenir à l'OGC dans un délai de 45 jours maximum après la date de l'action. Au-delà de cette échéance, les demandes d'indemnisations ne seront pas prises en compte. Il appartient aux organismes d'alerter les participants à leurs actions de formation de cette disposition.

Le versement de l'indemnisation est subordonné à l'obligation pour le médecin de n'avoir exercé aucune activité professionnelle pendant les jours de formation (les remplacements sont autorisés).

Dans le souci de ne pas pénaliser les médecins formés en retardant le versement de leur indemnité pour perte de ressource, l'OGC demande aux organismes de formation de lui envoyer l'ensemble des pièces conditionnant ce versement dans les 15 jours suivant la fin de l'action (listes d'émargement des participants et des intervenants et feuilles de soins des participants et des intervenants).

Ainsi, 11 000 généralistes ont suivi une formation en 2004 (source OGC), soit environ 1/5.
Le budget alloué a été de 34,7 millions d'euros en 2004. 86 organismes agrées ont reçu 17,6 millions d'euros en 2004 (source : www.ogc.fr).

La FPC doit s'articuler avec l'EPP rendue obligatoire par la loi de réforme de l'assurance maladie.

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Jusqu'alors expérimentale et basée sur le volontariat, l'Evaluation des Pratiques Professionnelles est devenue **obligatoire** depuis la Loi sur la réforme de l'Assurance Maladie du 13 Août 2004 (article 14). Cette obligation concerne les médecins exerçant à titre libéral, les médecins salariés non hospitaliers, et les médecins exerçant dans les établissements de santé privés mais aussi publics. Le Code de la Santé Publique confie aux Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML) le soin de mettre en oeuvre l'EPP des médecins libéraux et d'organiser les cycles d'évaluation.

Ce dispositif repose sur le principe d'auto évaluation. Le médecin engagé compare seul sa pratique professionnelle à un ou plusieurs référentiels. Ces référentiels sont élaborés par les sociétés savantes de médecine générale ou de spécialité selon une méthodologie établie par la Haute Autorité de Santé (HAS, ex- ANAES).

Le médecin engagé dans le processus de l'EPP est accompagné par un ou plusieurs médecins habilités (médecins libéraux sélectionnés, formés et habilités par la HAS pour accompagner leurs confrères dans l'évaluation des pratiques). En Ile-de-France, 53 médecins ont été habilités. Ils le sont pour une durée de 5 ans. Des organismes agréés peuvent également s'occuper d'EPP, sous le contrôle d'un médecin habilité.

Le décret d'application a été publié au JO du 15/04/05 : décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles (www.admi.net/jo).

Plusieurs institutions vont jouer un rôle, à plusieurs niveaux, dans l'EPP et la FMC:

- CNFMC, président Bernard Ortolan
- URML, qui organisent l'EPP, la finance
- Ordre des médecins, qui au niveau régional, via une commission, est chargé de veiller au respect de l'obligation quinquennale, le conseil départemental émettant l'attestation au médecin évalué avec transmission annuelle aux Caisses d'Assurance Maladie de la liste des médecins ayant reçu l'attestation

- Comité Médical d'Etablissement.

Les praticiens libéraux, salariés et hospitaliers, devront se conformer à ce dispositif **à partir du 1er juillet 2005, tous les 5 ans**. Les médecins remplaçants thésés sont donc théoriquement également concernés. On peut spéculer que les titulaires de la licence de remplacement (non thésés) devront d'abord s'acquitter de leurs obligations en terme de FMI avant d'intégrer le dispositif FMC/EPP.

Ceux qui ont une activité mixte (libérale et salariée) dépendront des 2 organismes (CME et URML), et l'EPP est acquise *«... dés lors qu'il a satisfait au cours d'une période maximale de 5 ans, à une action d'évaluation à caractère ponctuel et à un programme d'évaluation à caractère continu sur l'ensemble de son activité »*(article 2 de la « Décision de la HAS relative aux modalités de mise en œuvre de l'EPP »(1)).

Chaque année, le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) transmet, chaque année, aux caisses nationales d'assurance maladie la liste des médecins ayant reçu une attestation des conseils départementaux de l'ordre au cours de l'année écoulée, afin de permettre aux organismes d'assurance maladie d'informer les usagers (Art. D. 4133-0-4).

Référence : (1) : le texte intégral de la HAS sur la mise en œuvre de l'EPP et ses annexes, notamment relative à la procédure d'habilitation des libéraux, est consultable sur : www.has-sant.fr, rubrique « accréditation ».

FMC : COMMENT SATISFAIRE A SES OBLIGATIONS ?

La FMC obligatoire est effective au 1er janvier 2006.

250 crédits seront requis au bout de 5 ans (en moyenne 50 crédits/an soit 1 semaine de formation annuelle). Ils peuvent être satisfaits via 4 types d'actions.

Barème des médecins libéraux :

- Groupe 1 : formations présidentielles : 100 crédits (et jusqu'à 150 points).

Soirées EPU, cycles de formation en soirées ou journées, participation à un groupe de formation local, séminaires, colloques, congrès, Du et DIU, staffs hospitaliers agrées par les CNFMC.

Barème = 1 journée = 10 crédits
½ journée = 5 crédits
1 soirée = 3 crédits

- Groupe 2 : procédures d'évaluation, **obligatoires** : 100 crédits

Procédure d'EPP validée par la HAS

- Groupe 3 : engagement dans le domaine de la formation et/ou de la recherche (50 points), fonction de représentation professionnelle (50 points) : 100 crédits, maximum

Formateur en FMI (maître de stage, direction de thèse, participation à l'enseignement), formateur en FMC, coordination ou participation à des travaux de recherche ou d'élaboration de référentiels, fonctions au service de la profession (ordre, syndicat, représentation institutionnelle, participation à la PDS et à la régulation, actions de promotion de la santé, participation dans les réseaux de soins)

Barème : 1 journée d'astreinte= 5 crédits

- Groupe 4 : formations individuelles : 50 crédits maximum

Lecture de revues, livres, tests de lecture, enseignement virtuel. L'e-formation sur site agrée, l'enseignement virtuel contrôlé sont validés à hauteur de 50 points maximum.

Il importe ainsi à chacun, et pour chaque groupe, de demander et de garder précieusement les justificatifs de présence.

La question reste posée du financement de la FMC : certains membres du CNOM voient d'un bon œil la participation de l'industrie pharmaceutique au financement du dispositif. Est-ce une bonne chose ? Même si le financement doit être transparent, si l'absence de toute promotion en faveur d'un produit de santé et l'utilisation de la DCI sont imposés par le décret du 14 novembre 2003, l'importance des enjeux ne devrait-elle pas inciter l'Etat à assurer l'indépendance de la FMC ? Pour se faire, il faudra lui assurer une assise financière autre que celle pressentie du Fonds d'Amélioration pour la Qualité des Soins de Ville (dispositif théoriquement non pérenne), puisque celui des Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML) ne suffiront pas (*) ?

En effet, quel est la cohérence du message envoyé aux professionnels, lorsque la majorité de ces fonds normalement destinés à l'amélioration de la qualité, pourtant réclamés par les mêmes politiques, sont finalement attribués au financement de la réforme (DMP), et pas de aux outils de la qualité ?

On peut également regretter que l'engagement dans la démarche d'EPP, qui devrait relever d'une « culture métier » d'autoévaluation, prenne les habits d'une démarche d'inspection, enjeux de pouvoir. Qui obtiendra le pouvoir de « certifier » ? Et celui de « re-certifier » ? Qui évaluera les évaluateurs ?

Enfin, n'oublions pas le poids que la FMC/EPP risquent de faire peser sur les prescripteurs, lorsque, devenues valeurs normatives, elles seront prises en compte par les juges comme « données actuelles de la science », ainsi que les RMO en leur temps. Qu'adviendra-t-il des primes en responsabilité civile professionnelle si ces obligations ne sont pas remplies ?

Sur ce sujet, citons un extrait du rapport réalisé par l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) sur le dispositif FMC (1):

« Il paraît prématuré de mobiliser aujourd'hui davantage de fonds publics dans la FMC compte tenu des incertitudes qui pèsent sur sa conception et son financement. Les tentatives successives pour créer un fond unique regroupant les fonds institutionnels publics et privés sont restés lettre morte en raison des querelles syndicales, marquées par les divisions entre généralistes et spécialistes. La persistance de ces conflits conduit à différer la création d'un tel fonds. Il reste souhaitable, en revanche, de mettre en place pour les médecins libéraux des financements publics plus indépendants des intérêts syndicaux et de ceux de l'industrie pharmaceutique ».

Le rapport pointe que le manque de données sur les pratiques des médecins, les coûts et financements des actions, l'omniprésence de conflits d'intérêts dans la gestion et le financement du système, la fragilité juridique et conceptuelle des fondements du dispositif de FMC, et l'absence d'un cadre clair de pilotage risquent de compromettre la bonne marche ultérieure du dispositif FMC et la satisfaction de ses objectifs.

(*) Le coût de l'EPP individuelle a été évalué par le Conseil national de la FMC des libéraux à près de 1000 euros/médecin. Or il faut évaluer en 5 ans environ 115 000 médecins libéraux ! Il y a fort à parier que, d'une manière ou d'une autre, les médecins eux-mêmes soient mis plus encore à contribution pour financer leur propre FMC.La Loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a attribué 110 millions d'euros de budget au

FAQSV, dont environ 11 millions iront au financement de l'EPP, une grande partie du budget étant dédié à la mise en place du DMP.

Référence : (1) : « Mission relative à l'organisation juridique, administrative et financière de la formation continue des professions médicales et paramédicales », janvier 2006.

3) Démographie médicale

Face au double constat de pénurie démographique et d'inégale répartition de l'offre de soins sur le territoire français, le Professeur Yvon Berland, président de l'Observatoire Nationale des Professions de Santé (ONDPS) a été chargé en 2004 par Philippe Douste Blazy de réunir une commission pluridisciplinaire afin d'analyser des dispositifs incitatifs visant à faciliter l'exercice dans les zones dites « déficitaires ».

La synthèse de ces travaux figure dans le « rapport Berland » (1).
De nombreux partenaires se sont associés à ce projet : outre les syndicats paramédicaux et médicaux dont nous faisions partie, des représentants de la Conférence des Doyens, du Conseil National de l'Ordre des Médecins, de l'Assurance Maladie, et des usagers.
Les propositions sont donc issues de réflexions menées collectivement ayant porté tout autant sur l'analyse de la problématique en France comparativement aux expériences étrangères que sur l'élaboration de mesures censées y répondre…

Un point historiquement fort à ne pas méconnaître : excluant toute mesure coercitive, les organisations syndicales de futurs et jeunes médecins, toutes spécialités confondues ont constitué dès l'ouverture des débats un front commun pour la défense de la liberté d'installation !

Un constat démographique qui pourtant ne date pas d'hier et des rapports ministériels qui s'accumulent…

Dans les années 90 le discours dominant était la dénonciation du sureffectif, mais le mythe des « 20000 médecins de trop » n'était étayé par aucune étude scientifique.

Rappelant que la densité médicale française se situait dans la moyenne européenne, le SNJMG notamment alertait dans le même temps les pouvoirs publics des problèmes de répartition des médecins et des risques à venir de situations de pénurie.

Cette analyse fut confirmée par les rapports ministériels Choussat et Coudreau, mais il faudra attendre les années 2000 pour que soient reconnus les risques de pénurie relatifs à l'inégale répartition des médecins.

En une vingtaine d'années, le nombre de médecins a effectivement doublé : 117 304 en 1979 contre 235 890 en 2002 (2). L'augmentation du nombre des spécialistes a été la plus importante : leur part est passée de 37% à 51% sur la même période. On compte ainsi au 1er janvier 1999, 94 900 généralistes et 98 300 spécialistes (3).
La répartition actuelle est de 52% de généralistes pour 48% de spécialistes (2).
Parallèlement à la spécialisation accrue du corps médical, la part de médecins salariés exclusifs a considérablement augmenté chez les spécialistes et s'accroît parmi les généralistes.
Début 1999, la proportion de médecins exclusivement salariés représente 50% des médecins spécialistes et 29% des médecins généralistes (3).

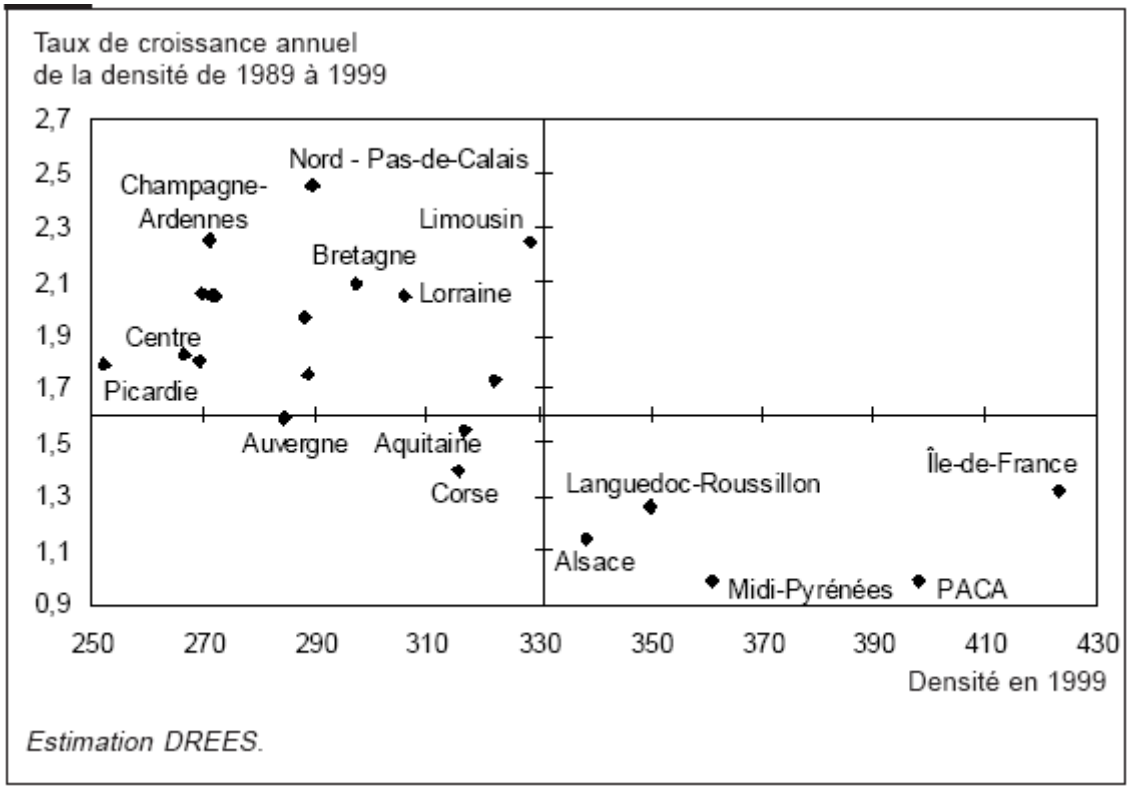
Par ailleurs la densité médicale présente aujourd'hui une forte disparité géographique. Les pénuries ne sont pas régionales mais locales, et se retrouvent dans toutes les régions d'après une récente étude CREDES.

Ces disparités géographiques sont particulièrement marquées parmi les médecins généralistes libéraux. 3/4 de ces médecins généralistes s'installent dans la région où ils ont été formés.
La littérature internationale relate que parmi les facteurs favorisant l'implantation des médecins en zones rurales isolées le plus déterminant est celui d'avoir vécu en milieu rural (Fournier et al, 2004).

Chez les médecins spécialistes ces disparités de densité sont par conséquent corrélées à la situation géographique des principaux hôpitaux.

Cinq régions ont une densité totale en médecins supérieure à la moyenne nationale : il s'agit de l'Alsace, Ile-de-France, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées et la région PACA (cf. graphique)
On peut remarquer que les départements limitrophes de l'Ile-de-France comptent eux relativement peu de médecins généralistes.

Les régions selon leur densité médicale et leur croissance entre 1989 et 1999 (3).



Dans ce contexte démographique, vient se greffer la problématique du numerus clausus.
Depuis sa création en 1971, le numerus clausus a chuté de 8 588 à environ 3 700 au cours des années 90. Et le seul argument avancé pour justifier la limitation drastique du nombre d'étudiants en médecine au cours de ces années est d'ordre économique. En effet, alors que cette décision ne repose sur aucune étude scientifique validée, il fut pourtant diagnostiqué que la diminution de l'offre limiterait les dépenses de santé (4).

En 2003, le ministre de l'époque, Jean François Mattei, commande un nouveau rapport au sénateur honoraire Charles Descours. Aucune des mesures consensuelles préconisées dans le cadre de cette commission ne sera mise en pratique, si ce n'est de remonter le numerus

clausus jusqu'à 5 550 et d'évoquer des mesures autoritaires dans un délai de 10 ans (délai ramené à 3 ans par Xavier Bertrand en 2004 …).

La commission Berland proposera à la suite différentes mesures destinées à lutter contre les difficultés de l'accessibilité aux soins primaires.

Certaines d'entre elles constituent dans la littérature internationale l'un des enjeux stratégiques d'installation des médecins dans les zones rurales isolées à savoir l'effet positif que représentent l'encadrement de stage en milieu rural et une maquette de formation incluant une formation spécifique à la pratique en milieu rural.

Le 18 mai 2005 lors de la remise officielle du rapport Berland, Philippe Douste Blazy retiendra les trois propositions suivantes :

- une remontée du numerus clausus qu'il fixe à 7 000.
- l'inter régionalisation de l'internat
- une campagne d'informations ciblée sur les étudiants en médecine.

Parallèlement les aides financières à l'installation, pourtant négociées en 2002 et provisionnées depuis par le Fonds de Modernisation de la Médecine Libérale (FORMMEL) n'ont toujours pas été débloquées (cf. chapitre spécifique)…
Tout ceci peut susciter des craintes.

Si les projections pessimistes de la DREES relatives à la baisse de notre densité médicale à l'horizon 2020 ont encouragé à l'augmentation du numerus clausus, il n'en reste pas moins que l'effet yo-yo du numerus clausus observé sur ces trente dernières années nous révèle bel et bien aujourd'hui ses limites et incohérences. Le centre de sociologie et de démographie médicale (CSDM) préconise que cette hausse du numerus clausus reste modérée de manière à tirer les leçons de l'histoire. Aucune étude de santé publique à notre portée ne permettant d'apprécier ce que représente en termes de densité médicale un bon niveau de couverture des besoins, il appartient à l'Etat de réfléchir sur des stratégies préventives.

Pour éviter l'écueil démographique et l'hétérogénéité de l'offre de soins la seule augmentation du nombre de médecins ne suffira pas en elle-même, et la coercition serait contre productive…

Le rapport Berland ne retiendra pas cette piste coercitive en référence notamment au système Allemand qui a essuyé un échec en empruntant lui-même cette voie.

Les pistes retenues découleront d'une réflexion menée au niveau du corps médical dans son ensemble et de la confrontation de différentes sources relatives à la démographie médicale.

En effet au-delà des considérations mathématiques pures, il faut ajouter l'impact des changements sociologiques et le vieillissement de la population.

Le XXème siècle a été le théâtre de bouleversements technoscientifiques, idéologiques économiques et socioculturels profonds.

Tous les champs de relations sociales (famille, école, santé) qui composent notre existence sont aujourd'hui affectés par les incertitudes et les tensions qui résultent de la mutation.

Dans son analyse du changement social, l'auteur Guy Bajoit nous explique aussi très bien comment se développe inévitablement le malentendu entre les jeunes et leurs aînés du fait qu'ils adhèrent les uns et les autres aux valeurs d'un modèle culturel différent.
C'est dans ce climat que la profession médicale évolue nécessairement. (5).

Il a fallu une mutation de la société pour que les femmes franchissent les portes des universités de médecine. La féminisation n'a réellement débuté que depuis une trentaine d'années. Les femmes représentaient 10% du corps médical en 1962 (36% aujourd'hui). Nos consœurs se tournent volontiers vers l'exercice hospitalier. A peine 30% d'entre elles exercent aujourd'hui dans le secteur libéral (2). Qui plus est les femmes médecins libérales travaillent en moyenne dix heures de moins que leurs homologues masculins (3).

Homme ou femme, le médecin contemporain aspire comme ses concitoyens à une qualité de vie et d'exercice professionnel se traduisant par une réduction de son temps de travail et pour les médecins libéraux l'envie de pratiquer l'exercice de groupe.

Parmi les médecins libéraux, les généralistes sont ceux pour qui la semaine de travail apparaît la plus chargée: en moyenne 56 heures par semaine versus 49 heures pour les spécialistes libéraux. Sans compter pour les généralistes libéraux, le temps de travail effectué dans le cadre de la permanence des soins.

Enfin la pyramide des âges au sein de la population médicale révèle une proportion plus élevée de médecins de plus de 50 ans (3). Ce vieillissement s'observe tant pour les généralistes que les spécialistes.

Face à la médecine moderne, la réponse de la société est consumériste accentuant le déséquilibre entre l'offre et la demande de soins.

Le cumul de ces évolutions conduit donc à une baisse globale de l'encadrement médical.

Ayant bel et bien intégré le changement, la nouvelle génération de médecins avance pourtant dans la crainte, car les conditions d'exercice actuelles ne répondent pas franchement à ses attentes. La littérature fait état d'un net recul d'âge à l'installation, en moyenne 35 ans selon l'étude CREDES et d'un déficit d'installation en particulier dans les cantons agricoles. L'ensemble de ces facteurs contribue à majorer le sentiment de pénurie démographique.

Comment tenter de photographier la carte sanitaire sous un angle plus optimiste ?
C'est pourtant simple : en s'associant aux motivations des nouveaux généralistes et en les aidants à repenser le métier. Des solutions existent, elles ont fait l'objet d'un rapport consensuel dans le cadre de la commission Berland, encore faut-il suivre la voie de l'incitation plutôt que la coercition et disposer d'outils fiables et pérennes permettant de construire un modèle identitaire plus adapté à notre génération .

AU SUJET DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE: COMMENTAIRES DU SNJMG

Au-delà du rapport, le SNJMG milite pour une définition des missions des différents professionnels de santé et une mise en adéquation de leur nombre avec les besoins de santé publique. Tout en prévoyant des passerelles inter spécialités pour des perspectives d'évolution de carrière et de statut de médecins.

Les zones déficitaires en offre de soins ambulatoires doivent être déterminées selon nous, par l'Observatoire de la démographie des professionnels de santé sur les critères suivants : structures démographiques des populations et des professionnels de santé, équipements sanitaires, paramètres socio-économiques.

Les propositions que nous soutenons au sein du SNJMG visent à rendre attractif le dispositif notamment dans les territoires déficitaires.

Elles s'envisagent dès la formation médicale initiale avec l'augmentation du nombre de stages ambulatoires en milieu rural ou en zones urbaines difficiles et du nombre de stages hospitaliers dans les structures périphériques sans oublier l'allocation d'indemnité à l'étudiant.

Elles prévoient l'assouplissement des conditions générales de remplacement en terme de durée et de régularité et une aide financière et matérielle aux confrères installés en zones sous médicalisées dans leur recherche de remplaçants. Elles visent également à protéger le statut de la femme médecin libéral en cas de maternité.

Parmi les mesures d'incitations positives figurent aussi la mise en place d'aides ponctuelles lors de l'installation et des premières années de celles-ci (primes, mesures d'exonérations fiscales et de charges sociales), la mise en œuvre d'aides pérennes pour l'exercice, le regroupement des structures et le travail collectif dans des cabinets dits « multi sites », le soutien des élus locaux favorisant l'accueil de praticiens, le développement de statuts professionnels nouveaux dont le statut de collaborateur salarié ou d' « associé temps partiel », susceptibles d'attirer vers la médecine de ville de nouveaux médecins, et notamment les femmes ?

Dans le prolongement de l'exercice en groupe, nous sommes également favorables à une promotion de maison de soins et au transfert de compétence permettant une véritable collaboration entre médecins et paramédicaux. Pour combattre l'isolement professionnel, nous encourageons aussi le développement des réseaux de santé et soutenons l'existence d'hôpitaux locaux en zones rurales.

Reste à résoudre concrètement le problème des gardes libérales, préoccupation majeure des futurs installés.

Références :
(1) : Rapport Berland, mai 2005.
(2) : Démographie médicale, p32-35, n°415, Que Choisir, mai 2004.
(3) : « Les effectifs et la durée de travail des médecins au 1er janvier 1999 », Etudes et résultats n°44, DREES, décembre 1999.
(4) : Bulletin d'information en économie de santé n° 35, IRDES, mars 2001.
(5) : Guy Bajoit, « Le changement social, approche sociologique des sociétés occidentales contemporaines », Paris, Armand Colin éditeur, 2003.

DEMOGRAPHIE MEDICALE : UN ECLAIRAGE HISTORIQUE « AMUSANT »

F. Tonnelier (1) rapporte le thème d'un concours organisé par le Concours médical en novembre 1900, auprès de ses lecteurs, et gagné par le Dr Gouffier : « Les causes et les effets de l'encombrement de la profession et les moyens de la combattre ».

En comparant les cartes des densités en médecins du territoire national, l'auteur rapporte qu'en 1866, la répartition départementale des médecins n'est pas fondamentalement différente de celle observée en 1989 (malgré une multiplication par 10 du nombre des médecins dans l'intervalle) !

Aujourd'hui comme hier, les départements du sud et du pourtour méditerranéen ont la densité médicale la plus forte.

Le Dr Gouffier notait déjà que : « *Constatons que ce sont les grandes villes qui souffrent surtout de l'encombrement* ». La composition sociale et l'implantation des médecins étaient déjà liées. Ainsi : « *la situation médicale de la Seine et de Paris en particulier reflète la loi générale qui subordonne l'affluence ou la raréfaction des médecins à la prospérité d'un pays, à l'importance des villes, à la richesse des quartiers* ».

Les départements les plus dotés en médecins sont restés les mêmes plus de 100 ans plus tard. Et les régions qui ont de fortes densités médicales sont celles qui ont formé de nombreux médecins. Les départements les plus mal pourvus entre 1800 et 1989 sont toujours la Normandie, la Lorraine. Les fortes progressions sont constatées au sud d'une ligne Saint Malo-Genève, ligne séparant déjà il y a deux siècles l'industrie au nord, et l'agriculture au sud. Les forts reculs sont observés au nord de cette ligne (Picardie, Lorraine, Champagne).
« *Les communes rurales et les communes à faible population (de moins de 1000 habitants) restent en 1989 comme auparavant, des espaces mal desservis en ce qui concerne l'accès aux soins et aux services en général* ».

Référence : (1) : F Tonnellier, Etudes statistiques n°3 juillet-septembre 1991, CREDES

4) Le « burn out » des professionnels de santé

Pourquoi parler du « burn out » dans le guide du remplaçant ? Parce qu'il y a fort à parier que vous avez déjà rencontré durant votre externat, votre internat, ou durant des remplacements, des médecins victimes de surmenage professionnel, développant une relation déshumanisée avec leur patients, du cynisme, ou tout simplement dépressifs. Parce que peut-être un jour vous développerez des symptômes compatibles, peut-être parce qu'un jour vous aurez moins de satisfaction dans votre exercice professionnel. Il nous est apparu important d'y consacrer un chapitre, car il s'agit d'un phénomène grandement ignoré des médecins eux-mêmes.

Le SNJMG a consacré à ce thème une réunion d'information en présence de Didier Truchot en 2003.

LE BURN OUT : EPIDEMIE GALOPANTE OU PHENOMENE IGNORE ?

La traduction littérale du mot anglais « burn [oneself] out » signifie: se ruiner la santé, s'épuiser par excès de travail (dictionnaire Harrap's). On en parle de plus en plus. La presse médicale se fait l'écho d'enquêtes convergentes. Si ce type d'études de type déclaratif induisent en elle-même un biais de recrutement (seules les personnes concernées répondent), toutes vont dans le même sens.

C'est l'étude menée en 2003 pour le conseil national de l'Ordre des médecins en Avignon par le Dr Yves Leopold qui est le plus fréquemment citée. Elle révèle que le suicide représente 14% des 492 décès de médecins survenus sur 5 ans, au dessus de la moyenne nationale des causes de décès.

La CARMF fournit elle aussi des chiffres édifiants, indicateurs indirects de l'état de santé des médecins. Ainsi, le nombre de journées indemnisées (plus de 3 mois) ont fait un bond de 12% en 2001 et de 6,5% en 2002 après une baisse sur les années 1999 et 2000. Le nombre de médecins recevant une pension d'invalidité permanente a progressé de 5% en 2002 par rapport à 2001, dont 40% souffrent principalement de maladies psychiatriques.

Selon une étude réalisée auprès de 480 médecins généralistes libéraux des pays de la Loire (1), près de 58% des médecins interrogés avaient envisagé une reconversion professionnelle,

14% fument régulièrement, 30% ont utilisé des psychotropes, 5,5% déclarent avoir une consommation abusive d'alcool.

Selon enquête menée par Didier Truchot pour l'URML Bourgogne en 2001 (1), auprès de 394 médecins libéraux, 47,2 % des médecins libéraux présentent un épuisement émotionnel élevé. Une étude réalisée auprès de 650 étudiants en médecine de la faculté de Reims fait état de symptômes dépressifs considérés comme sévères chez 6,5% des étudiants ayant répondu, modérés pour 14,1% (3). Ceci rejoint les conclusions de Wolf et al (4), qui pointe que la promotion de l'éducation à la santé et la prévention des maladies devraient être effectués chez les étudiants durant leur cursus médical, ceci afin de prévenir le syndrome d'épuisement professionnel. Ces mesures préventives ont des conséquences probables sur leur manière d'exercer.

Références : (1) : publiée dans le n°33 de La Presse Médicale (éditions Masson), par Cathébras et Bégon.
(2) : publiée dans « la source d'information de l'Union professionnelles des Médecins Libéraux de Bourgogne » de janvier 2002, URML Bourgogne, accessible sur Internet sur : www.upmlbourgogne.org
(3) : Etude menée conjointement par l'URML de Champagne-Ardenne, par Didier Truchot et Elisabeth Rousselot-Marche, accessible sur Internet sur : www.urml-ca.org.
(4) : « Stress, coping and health: enhancing well-being during medical school » par Wolf TM dans Med. Educ., janvier 1994.

UN PEU D'HISTOIRE POUR COMPRENDRE UN PHENOMENE DE GRANDE AMPLEUR (1)

Dés 1959 en France, on évoque la notion de fatigue au travail, de surmenage intellectuel, de surmenage des dirigeants. La notion de « burn out » émerge aux Etats-Unis dans les années 70. On l'applique à des collègues ayant développé une attitude cynique, insensible et négative , dans le milieu du sauvetage et des urgentistes. Vers 1975, Christina Maslach propose une définition plus formelle, et élabore avec son équipe un instrument de mesure : la Maslach burn out inventory (MBI). Cette échelle comporte 3 dimensions : l'épuisement émotionnel, la déshumanisation, l'accomplissement personnel.

Ces 3 dimensions ne doivent pas être considérées comme les éléments d'une triade diagnostique, car leur présence simultanée n'est pas nécessaire au diagnostic. 2500 articles seront publiés sur le sujet entre 1974 et 1989.

Cette notion revient en Europe mais suscite la méfiance, car plutôt perçue comme un problème social ou de santé publique, mais pas en tant que modèle théorique, « scientifique ». C'est sans doute la double appartenance du concept qui justifie cette suspicion de la part du milieu médical : analyse de la relation d'aide, des difficultés et des enjeux qu'elle sous-tend d'une part, et d'autre part de l'étude du stress professionnel et de ses effets sur l'individu et sur l'organisation du travail.

Il est effectivement difficile de fournir une définition uniciste du concept de « burn out ». La traduction française qui en est proposée est : syndrome d'épuisement professionnel des soignants (SEPS).

Certains auteurs le considèrent comme un état, d'autres comme un processus évolutif.
Ainsi identifié, que diagnostique-t-on en fait en parlant de « SEPS » ?

Car la symptomatologie clinique n'a rien de spécifique, avec des symptômes psychiques (troubles somatiques divers , asthénie) et comportementaux (labilité de l'humeur, conduites à risque) traduisant une attitude défensive (rigidité comportementale, pseudo-activisme), et pouvant conduire à une automédication « pour tenir le coup » et à un absentéisme ou au

contraire un « présentisme » (de plus en plus présent sur le lieu de travail tout en étant moins efficace). Ce fourre-tout couvre plusieurs champs diagnostiques, et risque d'occulter des pathologies psychiatriques avérées : dépression, anxiété, par exemple.
On peut dégager malgré tout parmi ces définitions un certain nombre de points communs : il s'agit d'une expérience psychique négative, avec :

- épuisement émotionnel, physique et psychique, non amélioré par le repos, et qui peut prendre le masque de la froideur, de l'indifférence,
- déshumanisation de la relation d'aide et/ou attitude négatives envers les personnes aidées, s'apparentant au cynisme, avec mise à distance l'autre, qualifié non plus en tant qu'être humain, mais que pathologie.
- une perte du sentiment d'accomplissement personnel ou de l'acquisition d'une image négative de soi-même, conséquence de la prise de conscience des 2 dimensions précédentes : sensation d'échec, avec désinvestissement du travail, ou paradoxalement surinvestissement.

Deux auteurs (Bédard et Duquette) résument ainsi les éléments ci-dessus : « L'épuisement professionnel est une expérience psychique négative vécue par un individu, qui est liée au stress émotionnel chronique causé par un travail ayant pour but d'aider les gens ».
Ceci est lié à un stress émotionnel chronique. Si le stress peut être identifié chez tout professionnel, il n'y a que dans les professions d'aide que la déshumanisation de la relation avec autrui a un impact aussi important, car cette relation d'aide est justement le « cœur de métier ».

Peut-on identifier certains facteurs personnels de susceptibilité au SEPS ?
Certains auteurs ont montré que si le sexe, la situation familiale et le nombre d'enfants ne semblent pas corrélés au risque de développer un SEPS, l'âge des professionnels peut être un facteur de vulnérabilité vis à vis de certaines dimensions de l 'épuisement professionnel : les plus jeunes sont plus vulnérables à l'épuisement professionnel et à la déshumanisation, les plus âgés au manque de soutien. Titre, fonction, formation, années d'expérience ne semblent pas non plus corrélés à une augmentation de la susceptibilité au SEPS. Les profils de personnalité sont plus ou moins « adaptés » au stress professionnel.

On trouve néanmoins des études contradictoires : Wyatt *et al* estiment qu'il est possible de déterminer des facteurs de risque d'épuisement professionnel chez les professionnels de santé (« The work of the American emergency physician » par Wyatt JP, Weber JE dans J Accid Emerg Med. 1998 May).

LES DECLENCHEURS DU STRESS PROFESSIONNEL (1)

Certains éléments « stresseurs » sont bien identifiés.
La relation d'aide induit en elle-même une charge psychique. Historiquement posée comme valeur morale éthique et humaine, elle est souvent accompagnée d'une dimension religieuse au sein des hôpitaux, voire d'une dimension sacrificielle. La souffrance et la mort rencontrées quotidiennement renvoient chacun à sa propre émotion, à sa propre culture, à son histoire personnelle. Les pathologies rencontrées elles-mêmes participent plus ou moins à l'épuisement professionnel. D'une part par le niveau de stimulation sensoriel (odeur, vision, toucher, audition) qui sont générateurs d'anxiété, qui nécessitent de la part des soignants d'outrepasser leur répulsion, leurs peurs, pour prodiguer les soins.

Ils sont aussi liés à l'organisation du travail :

- L'interruption des tâches (selon les services hospitaliers, l'interruption des tâches en cours peut représenter jusqu'à 25% du total des actes, impliquant des actes

complémentaires induits, avec risque d'erreur augmenté, le tout participant à l'éclatement et à l'absence d'organisation possible du travail).
- L'ambiguïté des rôles (c'est à dire la nécessité pour une personne d'assumer 2 fonctions de manière simultanée ou non, dont l'une n'est pas habituelle et ainsi par la prise de responsabilité qu'elle implique).

Le cloisonnement des rôles, l'includence (sentiment d'être débordé par son travail et de ne pas avoir assez de temps pour l'accomplir), les conflits entre collègues et corps de métiers, le manque d'échange (échanges considérés comme secondaires par rapport aux soins eux-mêmes), participent à l'épuisement des professionnels.

Mais aussi les contraintes que le fonctionnement des services imposent : une adaptabilité situationnelle maximale est requise pour travailler aux urgences, par exemple.

Les stresseurs sont également environnementaux : organisation architecturale des services et absence de prise en compte de la spécificité de l'activité de soin qu'ils hébergent, niveau sonore, difficultés d'accès au matériel de soin, charge utile transportée par les soignants, méthodes de travail modifiées par l'introduction de nouvelles technologies, gestion des effectifs.

Les stratégies d'adaptation aux facteurs de stress sont individuelles (actives et passives) et collectives (déni, coopération, collision contre un « ennemi » désigné, défi, protection contre les déviations).

Au regard des éléments ci-dessus, la lecture de la synthèse des résultats sur les conditions de travail des médecins en Bretagne (2) fournit une appréciation de la « charge de stress » auquel est soumis un panel de 105 généraliste libéraux. L'enquête conclue sa réflexion sur les points clés : l'isolement professionnel, l'organisation du travail, les relations avec les patients, et oserons-nous extrapoler, avec la société.

PREVENIR L'EPUISEMENT PROFESSIONNEL

Certains facteurs générateurs de souffrance sont liés à la spécificité de la relation d'aide et à un défaut de communication. D'autres facteurs sont liés à la charge de travail elle-même, et ont trait à l'organisation ou à la désorganisation du travail.

La souffrance au travail ne reflète pas uniquement une problématique individuelle : elle résulte aussi de la confrontation avec le milieu du travail.
Les moyens de prévention devraient occuper un place centrale.

Le SEPS ne doit pas être confondu avec insatisfaction au travail. Elle en est une dimension. Si on peut considérer qu' il y a une dimension physiologique, sociale, de sécurité, d'estime de soi dans la satisfaction de l'individu à l'égard de son travail ces dimensions constitutives de l'individu ne se suffisent pas en elles-mêmes. L'incitation au travail doit aussi être réelle et valorisante. Le salaire, la sécurité de l'emploi, les politiques de l'employeur, la relation avec la hiérarchie, et le contenu de la tâche à accomplir doivent être pourvoyeurs d'estime de soi, d'estime sociale, de développement personnel (1).

Les soignants demandent une reconnaissance de leurs compétences professionnelles et d'eux-mêmes en tant qu'individus. Le corps médical traverse une crise d'identité, qui prend place dans l'individu et dans le corps social.

La très vaste enquête européenne « Next » (3), réalisée initialement dans 10 pays au moyen d'un questionnaire à 100 items, envoyé à 70 000 soignants hospitaliers de toutes qualifications, avec un taux de réponse de 53,2% (37 150 questionnaires retournés) fournit des indicateurs très intéressants. Pour l'ensemble des pays, c'est le salaire qui arrive en 1ère position des motifs d'insatisfaction pour 53% des soignants. Cet item est placé seulement en 5eme position en France. Dans notre pays, c'est le manque de soutien psychologique qui arrive en tête des items pour 2/3 des personnes interrogées. Le deuxième motif d'insatisfaction est le manque de temps pour les transmissions, puis viennent la sous-utilisation des compétences, les conditions physiques du travail, la frustration de ne pouvoir délivrer des soins adéquats, à cause de la charge de travail :

« plus de 2/3 des soignants travaillent avec la crainte de l'erreur ». Les rapporteurs évoquent que : *« la frustration est d'autant plus mal ressentie que l'on est à l'heure des procédures d'accréditation et de certification qui réaffirment une théorie de plus en plus difficile à mettre en pratique »*.

Ce sont donc surtout les problèmes de management et d'organisation du travail qui arrivent en tête des motifs d'insatisfaction.

Les médecins sont sans doute peu sensibilisés dans leur cursus au sens de leur métier lui-même, à la réflexion sur la manière dont ils le mènent, aux relations interpersonnelles qu'ils développent entre soignants et avec les patients, ainsi qu'aux problématiques pas seulement techniques, mais également organisationnelles et éthiques, auxquels ils sont confrontés. Encore auréolés d'une soi-disant « toute-puissance », censée servir de bouclier, on jette un voile pudique sur la prise en charge de l'étudiant/externe confronté de manière douloureuse pour la 1ère fois à la mort d'un patient, par exemple. Si dans les unités SMUR, des Cellules d'Urgences Médico-Psychologiques (CUMP) existent, sur lesquelles les médecins peuvent se reposer, il faut bien reconnaître que ce recours reste l'exception, et que chacun doit se débrouiller comme il peut.

Et quand il leur arrive de manifester bruyamment leur épuisement (cas des grèves d'interne de 2001 pour la mise en place du repos de sécurité au lendemain d'une garde), le pouvoir politique les renvoie à la fonction sacerdotale de leur exercice : que demandez-vous, alors que la « grandeur » de votre métier suffit largement !

Culturellement, les médecins n'écoutent pas les signaux du burn out. Ceci est sans doute encore plus vrai en libéral, exercice souvent très isolé.

Pour mesurer l'étendue des dégâts, posons-nous une question simple : qui s'occupe de la santé des médecins ? A combien de consultation de médecine préventive vous êtes-vous rendus sur l'année écoulée ? Combien de médecins sont effectivement vaccinés contre la grippe ?

Si *« Sa relation à l'autre tombe malade, [le médecin] devient lui-même malade de son métier et victime de son idéal »* (1).

A l'heure actuelle, quel est l'acteur du monde médical seul déversoir du mal-être du médecin ? Les visiteurs médicaux, bien sûr ! Peut-on expliquer ainsi l'impact de ce « support promotionnel » de l'industrie pharmaceutique, en terme de diffusion de nouvelles habitudes de prescription, comparativement aux publications médicales, aux supports pédagogiques, aux congrès médicaux, aux sites Internet...

Ainsi, le manque de soutien institutionnel, le manque de reconnaissance du travail effectué, l'absence de prise en compte des souffrances rencontrées, l'absence de suivi personnalisé des étudiants durant leurs études, font le lit de l'épuisement professionnel.

Au regard des politiques institutionnelles engagées ces dernières années, ambivalentes, des présupposés idéologiques dont les médecins font l'objet, et qu'ils contribuent parfois à entretenir, de l'absence de valorisation de la fonction de médecin généraliste, mais aussi de l'ensemble des carrières hospitalières, on mesure que le chemin à parcourir est encore grand. Les demandes elles aussi ambivalentes que la société adressent au corps médical (espérance de résultats, recours à la médicalisation systématique de tous les champs de la vie sociale, volonté de croire dans une médecine toute puissante/peur devant les échecs, déception et mise en cause systématique des médecins devant les tribunaux), ne créent pas un climat de confiance, et ne font rien pour arranger les choses. Dans ce contexte, peut-on exercer la médecine, métier d'écoute et de dialogue, sereinement ?

Citons tout de même quelques initiatives qui dénotent dans ce triste état des lieux.

L'Académie de médecine (qui ne comporte statutairement aucun médecin généraliste !) a émis des propositions pour améliorer les conditions d'exercice des généralistes (4).

« - une formation initiale qui devrait être améliorée avec la création de l'internat de Médecine Générale mais qui, comme la formation continue, doit être mieux adaptée,
- l'organisation de la permanence des soins sur la base du volontariat et de l'utilisation optimale des structures existantes,
- l'allègement de diverses tâches, notamment administratives, pour « gagner du temps médical » et permettre aux médecins de se consacrer davantage à ce qui est leur mission : soigner des malades,
- une évolution corrigée de la démographie médicale et une implantation médicale harmonieusement répartie sur le territoire national,
- une amélioration des relations professionnelles avec les hôpitaux et avec les organismes de protection sociale,
- l'accès, dans certaines conditions et avec une ancienneté à préciser, à une reconnaissance de notoriété et de compétences particulières, enfin, les moyens d'une plus large participation à des campagnes de prévention. »

L'association d'aide professionnelle aux médecins libéraux (AAPML) (crée en 2004), en collaboration avec une société privée, sur financement du Fond d'Amélioration pour la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) régional, et soutenue par l'URML d'Ile de France, a crée depuis le 1er juin 2005 un numéro vert ouvert 24 heures/24 aux médecins libéraux victimes du syndrome d'épuisement professionnel, préservant leur anonymat. S'il ne s'agit pas de faire acte de publicité ici, citons tout de même ce numéro, premier du genre : n° vert = 0 826 004 580.

Et si, finalement, on étudiait d'un peu plus près l'état de santé des médecins ? Et pourquoi ne pas utiliser cet état de santé comme un critère de qualité du fonctionnement du système de soins ?

Références : (1) :« Le burn out, le syndrome d 'épuisement professionnel des soignants, de l'analyse aux réponses », par P. Canouï et A. Mauranges, chez Masson.
(2) : « Baromètre des pratiques en médecine libérale, synthèse des résultats « conditions de travail », FAQSV et URML Bretagne, octobre 2003, www.urml-bretagne.com
(3) : enquête PRESST-NEXT « Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe, prévention des départs prématurés de la profession » par M. Estryn-Behar et JF Caillard, accessible depuis la Base de Donnée de Santé Publique : www.bdsp.tm.fr
(4) : Rapport adopté le 22 février 2005 par l'Académie Nationale de Médecine, consultable sur : www.academie-medecine.fr/actualites/rapports.asp

5) La médecine générale, un exercice en pleine évolution

LA CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE

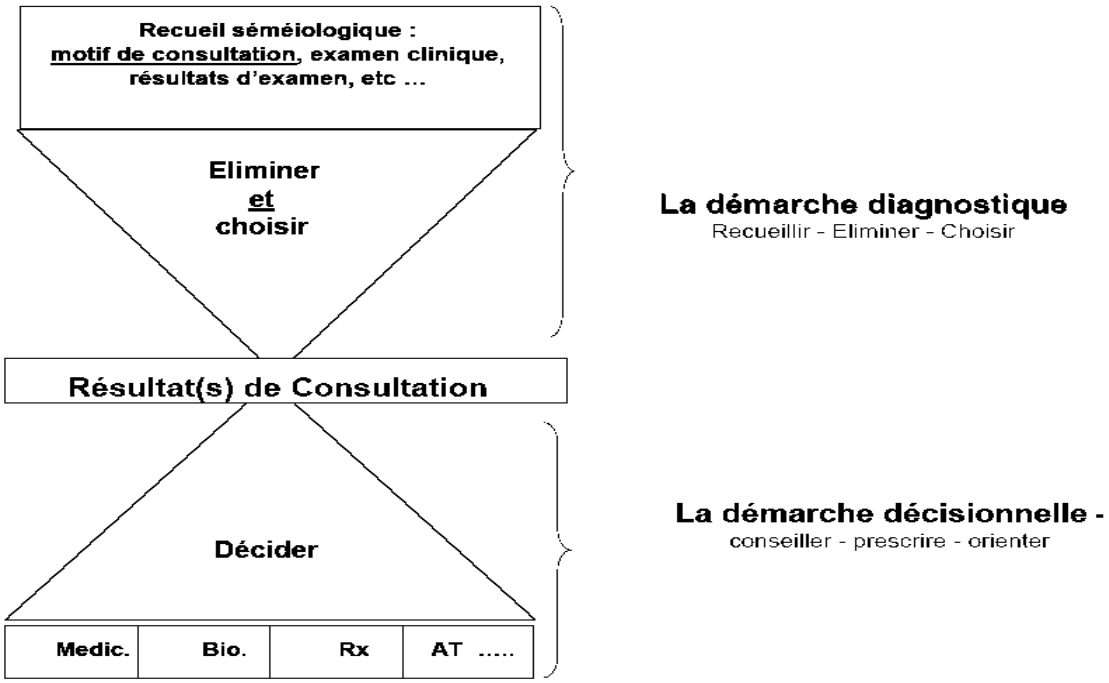
Il s'agit ici non pas de vous faire découvrir ce qu'est une consultation de médecine générale dans son approche clinique, mais de vous donner un aperçu plus général de l'activité du généraliste.

L'activité du médecin généraliste en tant que remplaçant peut présenter certaines particularités par rapport à cette modélisation, notamment lors des remplacements auprès de patientèles non connues : méfiance suscitée (« il est bien jeune ! », « peut-il vraiment être compétent ? » etc...) ; ou à l'inverse, attraction due à l'opportunité d'obtenir un autre avis ou un autre regard. Mais il n'y a pas d'étude sur l'activité propre du médecin remplaçant.

Si l'on peut considérer qu'un remplacement « régulier » rapproche le médecin remplaçant de la patientèle habituelle du cabinet médical, et ainsi avoir une typologie proche de celle du médecin habituel, il en va autrement lors d'un 1er remplacement, ponctuel (consultations plus longues, patients non habituellement suivis au cabiner médical en proportion plus importante,…).

Concernant le profil des consultations habituelles du médecin généraliste, la Société Française de Médecine Générale fournit des précisions intéressantes.
Dans ses propositions de modélisation de la consultation de médecine générale, la SFMG explique que la démarche professionnelle consiste avant tout à qualifier la situation clinique pour élaborer une procédure décisionnelle adaptée. Car dans 70% des cas, le médecin de premier recours, ne peut certifier un diagnostic prouvé en fin de consultation.

La SFMG propose ainsi un modèle dit « du sablier » :



Par définition les actes de médecine générale sont polymorphes.
Le **diagnostic en médecine de premier recours** est tout sauf un motif de consultation ou une hypothèse diagnostique. La complexité de l'acte réside entre autre dans la position

d'ouverture de la situation clinique (position diagnostique). Près de 10% des actes sont dans le champ du psychologique.

Une étude parue dans la Revue du Praticien Médecine Générale livre un « profil type » de la consultation de médecine générale(1). L'échantillon étudié comporte 3 479 séances pratiquées entre le 31 mars et le 9 avril 2003 lors de 190 journées-médecin dont 88% ont été réalisées en consultation et 9% en visite. Ces données ont été recueillies auprès de 23 médecins généralises, non représentatifs dans leur profil de la population des médecins généralistes français.

Dans cette étude, les médecins ont réalisé en moyenne **19 actes/jour**. Cette moyenne variait en fonction de l'implantation géographique du cabinet : 22 à la campagne contre 17 en ville. Ce nombre décroît avec l'ancienneté de l'installation pour passer de 19 actes par jour lorsque le médecin avait moins de 5 ans d'installation à 15 au-delà de 25 ans.

La **durée moyenne des consultations** est de 16,29 min (de 1 à 60 ; écart type : 7,18). Cinquante huit pour cent des consultations durent moins de 16 min, 25% entre 16 et 20 min et 7 % plus de 25 min. La durée des consultations à la campagne, en semi-rural et en ville est comparable (respectivement 15,35 ; 16,50 ; 15,02). Cette durée varie peu en fonction du type de pathologie, mais elle croit avec l'âge du patient.

La **répartition des actes dans la semaine** révèle l'ordre décroissant suivant : vendredi (20,3) – lundi (20,2) – mardi (19,1) – mercredi (18,0) – jeudi (17,5) – samedi (14,1).
Les journées les plus chargées en visites sont le mardi, le jeudi et le lundi.
En consultation, 66% des actes sont sur rendez-vous, 27% sans rendez-vous, 5% intercalés entre deux consultations et 1% en urgence. Ceci est néanmoins à relativiser, chaque médecin ayant son mode d'organisation propre.

Dans plus d'une consultation sur cinq (22,72%) le médecin est dérangé au moins une fois.
Le médecin réalise un **examen général** dans 36,63% des actes. Son examen est focalisé sur un signe d'appel dans 48,79% de ses actes.

En moyenne, il y a **2,18 diagnostics par consultation** et 2,78 par visite .Dans 48% des consultations, il n'existe qu'un seul diagnostic ; dans 34 %, 2 à 3 ; dans 13 %, 4 à 6 et dans 7 % des cas, plus de 6 diagnostics.

Le médecin avait recours à un avis spécialisé ou une hospitalisation dans 6% des actes.
Un geste technique a été réalisé dans 7,5 % des actes. Ceux-ci vont de la vaccination à la petite chirurgie en passant par les frottis cervico-vaginaux.

Un **arrêt de travail** est prescrit lors de 8% des consultations et 2% des visites, soit en moyenne une fois par jour. Les affections les plus souvent liées à un arrêt de travail relèvent du champ rhumatologique et psychologique.

En consultation, 17 % des actes ne sont suivis d'aucune prescription médicamenteuse ;une prescription de **moins de 4 médicaments est faite dans 49 % des actes** ; entre 4 et 6 médicaments dans 24 % des actes, et de plus de 6 médicaments dans 10 % des cas.

La SFMG fournit un certain nombre de données plus précises, issues de l'Annuaire Statistique 94/95 de l'Observatoire de la Médecine Générale, constitué à partir du Dictionnaire des Résultats de Consultation en Médecine Générale permettant de standardiser selon un langage

commun les problèmes de santé les plus fréquemment rencontrés en pratique de médecine générale au sein d'un réseau de médecins généralistes informatisés.

Les visites représentent 18,76 % des 176 123 séances. 55 495 patients différents ont été pris en charge. Les femmes représentent 53 % de ceux-ci.

Le **nombre moyen de séances par patient** augmente avec l'âge (passant de 3,63 à 6,32) ainsi que le nombre moyen par patient de problèmes de santé pris en charge au cours de ces séances (1,26 à 2,66). 56 % des séances ont été demandées par les femmes.

Les problèmes de santé stabilisés ont représenté plus du tiers des enregistrements et les signes isolés ou les associations de plusieurs signes non caractéristiques d'un état de la nosologie représentaient près de 50 % des enregistrements.

Les maladies chroniques sont légèrement plus fréquentes (54 %) que les problèmes aigus.
Les 25 premiers résultats de consultation par ordre décroissant d'enregistrement représentent 50 % des résultats de consultation enregistrés. Ils sont rappelés dans le tableau suivant :

Résultats de consultation	Pour 100 séances
HTA	13,68
Vaccination	8,35
Etat fébrile	6,13
Hyperlipidémie	4,93
Insomnie	4,3
Examen systématique	4,24
Etat fébrile	3,84
Rhinopharyngite	3,35
Insuffisance coronaire	3,34
Arthropathie	3,22
Lombalgie	3,15
Diabète sucré	2,96
Arthrose	2,75
Anxiété, angoisse	2,55
Algie	2,38
Humeur dépressive	2,18
Varices des Minf	2,03
Plainte abdominale	1,98
Constipation	1,97
Asthénie	1,96
Jambes lourdes	1,92
Bronchite aiguë	1,84
Toux	1,83
Dépression	1,82

Les taux de recours variaient de 1 à 5,94. Globalement **les patients ont été vus 2 fois par an**. Les problèmes de santé ont été ensuite analysés en fonction du sexe des patients et montrent chez les hommes l'importance des pathologies liées à la consommation d'alcool, de tabac et à l'hygiène alimentaire.

Chez les femmes, en dehors des problèmes de santé spécifiquement féminins, il apparaît la prépondérance de la pathologie psychologique : humeur dépressive, réaction à situation éprouvante, anxiété-angoisse, dépression. Cette prépondérance est confirmée par une enquête du CREDES (devenu IRDES).

Les analyses par tranche d'âge montrent une **progression du nombre de problèmes de santé différents proportionnelle à l'âge**. Si les problèmes de santé en rapport avec des affections des voies respiratoires hautes et basses et les actes de prévention sont majoritaires chez les moins de 2 ans, la pathologie traumatique apparaît dès l'âge de 2 ans.

Puis de 16 à 39 ans, les problèmes de santé en rapport avec l'acquisition de la maturité sexuelle se développent, ainsi que les troubles psychologiques et la pathologie rachidienne. Au-delà de 40 ans apparaissent les premiers signes en rapport avec la pathologie cardio-vasculaire, puis à partir de 65 ans leurs complications, tandis que les problèmes de santé en rapport avec la sphère psychologique restent nombreux.

Ces résultats sont globalement comparables à ceux du CREDES sauf en ce qui concerne les traumatismes qui apparaissent plus précocement pris en charge dans le réseau.

L'analyse des problèmes de santé en fonction du type de séance montre que globalement l'activité médicale (visite et consultation) dépend en partie du résultat de consultation.

Les actes de prévention (vaccination, examen systématique, contraception) et de prise en charge des pathologies à risque de complication (HTA, hyperlipidémie, diabète et insuffisance coronaire) sont parmi les premiers à être pris en charge lors des consultations.

En visite, les motifs de consultation qui apparaissent sont : insuffisance cardiaque, cancer, constipation, bronchite aiguë, bronchite chronique, arythmie complète, sénilité, accident vasculaire cérébral et vertige.

Il serait intéressant de comparer ce tableau avec le temps passé à l'enseignement de chacun des items durant le cursus médical.

Concernant l'activité en visite :

En février 2000, le Pr S.Gilbert rédige pour la Commission Permanente de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels un rapport intitulé « Justifications de la visite à domicile en médecine générale ». Cet état des lieux accompagné d'une synthèse bibliographique ne permet pas de répondre de façon suffisamment fine aux questions posées par la réalité de la situation française. Il aboutit à une approche par répartition entre 40% de visites qui « semblent indispensables », 20 à 25% de visites qui « semblent utiles », 12 à 14% de visites « justifiées par l'absence de moyen de transport » et **20 à 34% de visites qui relèvent « d'habitudes, d'exigences personnelles et de l'offre de soins »**.

La SFMG fournit les données suivantes :

15 premiers Résultats de Consultation distinguant les actes en C de ceux en V

Résultats de Consultation pris en compte	% pour 100 V	% pour 100 C
1. Insuffisance cardiaque	2.37%	0.48%
2. Sénilité	1.26%	0.13%
3. Cancer	1.88%	0.53%
4. Accident vasculaire cérébral	1.13%	0.25%
5. Surveillance patient a risque	1.81%	0.63%
6. Parkinson (syndrome)	0.64%	0.10%
7. Arthrose	2.62%	1.25%
8. Etat fébrile	5.0%	2.99%
9. Insuffisance coronarienne	2.99%	1.56%
10. Escarre	0.23%	0.01%
11. Arythmie complète	1.16%	0.44%
12. Oedème des MI	0.98%	0.36%
13. Ulcère de jambe	0.51%	0.11%
14. Thrombophlébite	0.62%	0.18%
15. Insuffisance respiratoire	0.65%	0.20%

10 premiers RC des visites à domicile pour les enfants de moins de 4 ans en fonction du sexe.

RC pris en charge	Sexe Masculin	Sexe Féminin	Total
Etat fébrile	23.04%	22.39%	22.60%
Rhinopharyngite	10.79%	11.80%	11.26%
Otite moyenne	9.31%	9.97%	9.68%
Rhume	5.05%	6.71%	5.71%
Etat morbide afébrile	5.46%	5.71%	5.59%
Angine	5.10%	5.43%	5.20%
Bronchite aiguë	5.12%	3.65%	4.49%
Vaccination	2.92%	3.07%	2.97%
Diarrhée vomissement	2.93%	2.60%	2.76%
toux	2.19%	2.71%	2.44%

10 premiers RC des visites à domicile pour les patients de 80 ans et plus en fonction du sexe.

RC pris en charge	Sexe Masculin	Sexe Féminin	Total
HTA	7.63%	10.98%	10.10%
Insuf coronarienne	4.98%	3.74%	4.07%
Insuf cardiaque	5.50%	3.32%	3.90%
Arthrose	2.12%	4.46%	3.83%
Insomnie	3.01%	3.86%	3.63%
DHL**	3.35%	3.05%	3.12%
Constipation	2.17%	2.47%	2.38%
Arythmie	2.82%	2.09%	2.28%
Sénilité	2.49%	2.12%	2.22%
Arthropathie	1.26%	2.25%	1.98%

** DHL : « Dénomination Hors Liste ». Affection répondant à la classification complémentaire au Dictionnaire des Résultats de Consultation disponible sur le système du dossier médical informatisé du médecin, en général la CIM10.

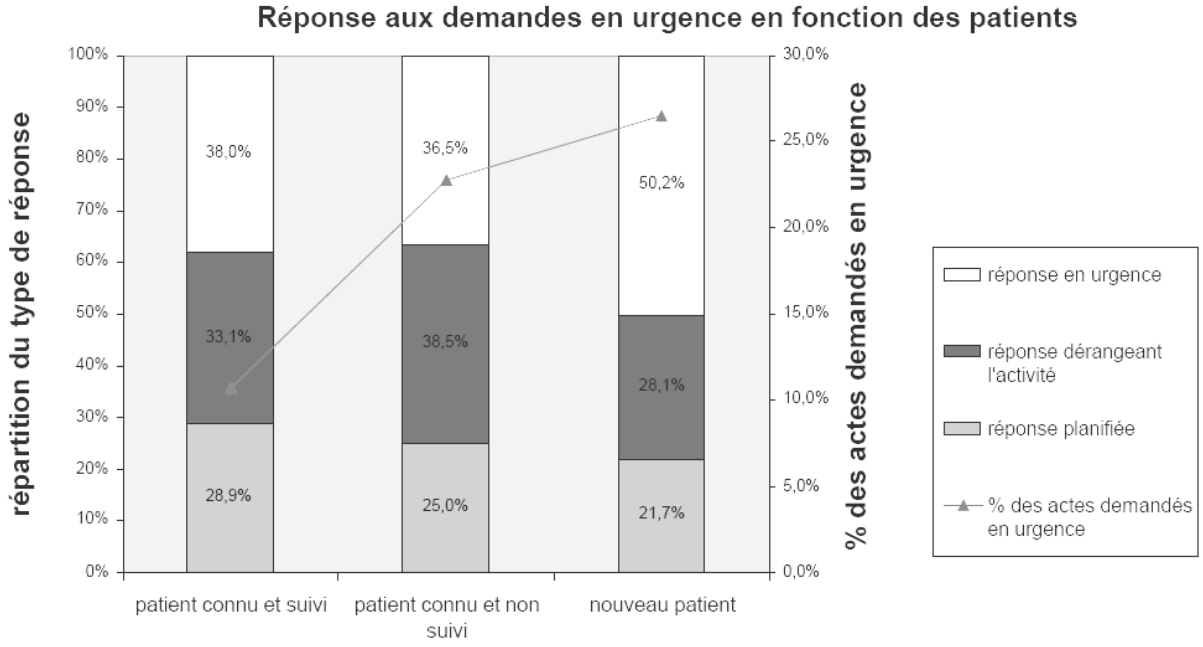
Concernant la réponse aux demandes de soins urgents :

Dans son communiqué de presse d'avril 2005, « à propos des services d'urgence hospitaliers », la SFMG rappelle que :

« Les services des urgences remplissent en général une triple fonction :
- Celle d'accueillir les malades nécessitant des examens ou des soins dans un contexte où le pronostic vital ou d'organe pourrait être en jeu. C'est leur « raison d'être ».

- Celle d'être le lieu de passage obligé des entrées des patients à l'hôpital. C'est la fonction de service porte, car le médecin de ville en France, contrairement à d'autres pays en Europe, ne peut directement organiser l'hospitalisation du malade dans le service approprié. Il doit le « faire passer » par les urgences, même si l'état du malade ne relève pas de soins urgents.
- Enfin et surtout, celle d'un l'accueil direct des patients quelles que soient leurs plaintes. Les « urgences » deviennent dans ce cas un lieu de « consultation de soins primaires » comparable au cabinet de ville. Tant que les urgences hospitalières s'adapteront pour soigner les angines ou les entorses de la cheville, leur engorgement perdurera… »

La société savante estime que la menace de judiciarisation, et, que ce soit à l'école, au travail, à la maison de retraite, dans la rue ou chez le médecin, toute plainte, douleur ou malaise **l'ultra médicalisation immédiate** expliquent en partie les orientations excessives vers les services d'urgences. L'expérience montre que ce qui est attendu par la population est de bénéficier plus rapidement d'un avis professionnel que d'entrer dans une médicalisation systématique. Si elle estime que *« Les trois quarts des 15 millions de passages annuels aux « services d'urgences » sont des demandes de soins relevant en fait de la médecine de ville. Le transfert de ces actes sur les médecins de villes représenterait moins d'un acte par médecin généraliste et par jour ouvrable. »* sans fournir les chiffres de cette estimation, chacun peut convenir du déficit organisationnel qui conduit à la sollicitation de moyens inadaptés. Néanmoins, il n'est pas sûr que la prise en charge de cette activité non programmée soit sans conséquence pour les médecins généralistes, compte tenu de la carence démographique qui s'instaure. Car elle vient inévitablement perturber le travail du médecin, et vient poser la question de la « consultation/prescription » téléphonique.



Source : Actes et Fonctions du Médecin Généraliste - Publication SFMG-RNSP 1994

L'ensemble de ces données sont corroborées par les chiffres fournis par la DREES dans une étude réalisée en 2002-2003 concernant 50 000 consultations et visites effectuées par des généralistes (2)**.** Dans cette enquête, il existe un **lien manifeste existe entre le sexe et l'âge des médecins et celui de leurs patients** (l'âge moyen des patients augmente avec celui du

médecin, les femmes médecins voient davantage de patientes). Parmi l'ensemble des consultations ou visites sans rendez-vous, **seules 14 % ont été jugées urgentes par le médecin**. C'est plus souvent le cas des visites: 24 % des visites sans rendez-vous apparaissaient urgentes contre 11 % des consultations au cabinet. L'hypertension artérielle est la pathologie la plus fréquemment relevée (plusieurs diagnostics possibles par séance), et concerne 17 % de l'ensemble des consultations et visites : elle est surtout citée pour les visites (21 %) et pour les patients âgés d'au moins 70 ans (34 %). Les « *examens systématiques et la prévention, la surveillance des patients à risque et les examens prénuptial ou postnatal* », constituent ensuite, avec l' « *anxiété et angoisse* », les deux diagnostics les plus fréquemment signalés : 8 % de l'ensemble des séances sont concernées.

27 % des séances de l'enquête concernent des patients souffrant d'une ou plusieurs affections de longue durée (ALD), reconnues et prises en charge à 100 % par l'assurance maladie.
Les affections aiguës viennent ensuite, avec 36 % des séances. Ces dernières correspondent le plus souvent à des diagnostics d'infections des voies aériennes (rhinopharyngite ou angine, bronchite, rhume, rhinite ou otite), et à des symptômes ou syndromes (tels un état fébrile, une toux, une asthénie ou fatigue, des plaintes ou douleurs non classables, des vertiges).

Les médecins ont le plus souvent déclaré que la consultation avait duré exactement 15 minutes (37 %), 10 minutes (23 %) ou 20 minutes (19 %). **Cette durée augmente avec l'âge du patient**.

Rapprochons de cette « photographie » de la consultation de médecine générale les travaux publiés par l'Institut National pour la Prévention et l'Education à la Santé.

L'INPES et l'Assurance Maladie ont lancé cinq actions pilotes d'éducation pour la santé menées par des médecins généralistes et des pharmaciens.

La question posée était : comment mettre en oeuvre, dans le cadre de la consultation du médecin généraliste ou de l'officine pharmaceutique, des activités d'éducation pour la santé auprès d'adolescents, de femmes enceintes ou de personnes âgées ? Cette expérimentation a été menée sur 3 ans, réunissant 61 généralistes et pharmaciens, et a fait l'objet d'une communication institutionnelle en mars 2005 (3).

Voici les objectifs identifiés pas les professionnels lors des rencontres :

Avec les adolescents, les professionnels citent en premier une majorité d'objectifs non thématiques (89/ 139 items soit 64%) du type : faire le point sur les connaissances sur la santé, évaluer les besoins du jeune, favoriser l'expression du jeune, sa communication, parler de sa santé, mener une réflexion sur sa santé, prendre confiance en soi, se sentir mieux.

Avec les femmes enceintes, sur les 104 objectifs identifiés par les professionnels, 58 étaient non thématiques (orientés vers le vécu serein de la grossesse) et 46 étaient thématiques. Par ailleurs, les thèmes ne sont généralement pas véritablement des thèmes de santé comme pour les autres populations, mais des problématiques spécifiques aux femmes enceintes, comme l'allaitement, la préparation à l'accouchement, la reprise du travail, l'accès aux droits, la garde de l'enfant, etc.

Avec les personnes âgées, la plupart des objectifs, contrairement à ce qui avait été prévu dans les projets initiaux qui visait à la sauvegarde de l'autonomie, étaient thématiques, autour de l'incitation à un changement de comportement (essentiellement la pratique d'une activité physique et avoir une alimentation équilibrée).

Finalement, l'étude établit que l'approche éducative ne doit pas être tant thématique que « populationnelle », c'est à dire prenant en compte les préoccupations spécifiques à chaque population de patients. Ainsi, les adolescents consultent assez peu et ont un rapport à la santé et aux professionnels de la santé particulier. Ils reçoivent beaucoup d'informations générales sur la santé mais ne se sentent pas concernés par ce sujet. Il faut alors pouvoir aborder des problèmes existentiels généraux pour amorcer un dialogue. Ils sont réceptifs, demandeurs et participatifs lorsque la confiance est établie et leur intérêt éveillé. Ils exigent alors une grande disponibilité de la part du professionnel et souhaitent avoir des informations très adaptées à leur situation personnelle.

Les personnes âgées au contraire sont concernées par leurs problèmes de santé et consultent souvent. Néanmoins elles semblent souvent rétives au changement de leur habitude de consultation et s'habituent mal à une modification de posture du professionnel allant d'une relation directive vers une guidance. Enfin la grossesse constitue un moment propice à une démarche d'éducation pour la santé car les futures mamans sont réceptives, centrées sur elles-mêmes et leurs interrogations ne sont pas toujours prises en compte dans le réseau de suivi habituel des femmes enceintes, fortement médicalisé.

Les techniques pédagogiques se sont limitées à des entretiens individuels (ou avec le couple pour les femmes enceintes) avec parfois des orientations vers d'autres structures ou acteurs de santé. Mais comme prévu de nombreux supports ont été utilisés.

Le temps accordé à l'expression du patient a été fortement augmenté au regard de la durée des consultations qui est passée d'une moyenne de 18 minutes à 29 minutes (24 min. pour les pharmaciens, et 34 min. pour les médecins). **Le nombre moyen de rencontres** était de 4 par patient. Comme prévu de nombreux supports ont été utilisés, pour faire adhérer le patient à la démarche, pour favoriser l'expression et identifier le besoin de santé, pour informer sur des sujets de santé et pour faciliter le recours à d'autres acteurs de santé (ex. téléphonie sociale). Plus rarement, et principalement avec les personnes âgées, ont été utilisés des supports pour améliorer l'observance ou le suivi d'un facteur de risque (pilulier, journal alimentaire, tensiomètre, etc.) De nombreuses dimensions de la personne (comportementale, sociale, personnelle, affective) ou sujets ont été abordées lors des rencontres.

Des guides (ou mémo, fil rouge, etc.) réalisés par les équipes elles mêmes pour soutenir l'exploration des ces différentes dimensions ou sujets, se sont révélés très utiles notamment avec les adolescents.

On peut noter que c'est surtout la disponibilité des professionnels que les patients ont apprécié dans cette expérimentation (45%), plus que les informations apprises (11%). En miroir, les professionnels ont bénéficié d'une approche plus humaine de leur relation avec leurs patients, qu'ils ont jugés plus satisfaisante.

Que peut-on conclure ?
Qu'une approche éducative de la consultation de médecine générale, pour prendre sa place en France, doit donner du temps ! Voici une porte ouverte allègrement enfoncée.

On mesure à l'aune des chiffres présentés, le fossé qui sépare la mission de santé publique que voudraient accorder au médecin généraliste toutes les conférences de consensus concernant les grandes pathologies chroniques (asthme, diabète,…) et la réalité du terrain à laquelle ils sont confrontés.

En l'état actuel des choses, il semble qu'une médecine de prévention centrée sur les attentes du patient, dans ce colloque singulier qu'il a avec son médecin, soit impossible à mettre en place.

Cette distorsion entre objectifs affichés, et difficultés quotidiennes, ne participent-elles pas à l'épuisement d'une profession ?

Références :
(1) : La Revue du Praticien Médecine Générale n° 18 du 7 juin 2004.
(2) : DREES « Etudes et résultat » n° 315, juin 2004, consultable sur :
www.sante.gouv.fr/htm/publication/pub_drees.htm
(3) : « Adolescents, femmes enceintes, personnes âgées Médecins et Pharmaciens expérimentent l'éducation pour la santé », INPES, consultable sur : www.inpes.sante.fr

LE DISPOSITIF « MEDECIN TRAITANT »

Dispositif dont le principe est posé par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Les principes sont posés par l'article 1er : *« En partenariat avec les professionnels de santé, les régimes d'assurance maladie veillent à la continuité, à la coordination et à la qualité des soins offerts aux assurés, ainsi qu'à la répartition territoriale homogène de cette offre. Ils concourent à la réalisation des objectifs de la politique de santé publique définis par l'Etat. Chacun contribue, pour sa part, au bon usage des ressources consacrées par la Nation à l'assurance maladie. »*

Pour ce faire, la loi impose dans son article 7 que : *« Afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci. »*

Baptisée « nouvelle gouvernance », la loi trouve sa justification dans une tentative « d'organisation vertueuse » du parcours de soins suivi par le patient, et de rationalisation des dépenses de santé. L'enjeu affiché est de réduire le déficit et pérenniser le système. Ce volet financier repose sur 5 piliers :

- le dossier médical partagé,
- la contribution forfaitaire de 1 euro non remboursable (modifiable ultérieurement par l'Assurance Maladie)à la charge de l'assuré pour les actes réalisés par les médecins,
- la contractualisation des pratiques médicales (référentiels, accords de bonnes pratiques),
- la politique du médicament,
- et enfin, le système dit « médecin traitant » (à ne pas confondre avec le système « médecin référent », les 2 termes n'étant pas interchangeables car recouvrant des obligations différentes (cf. le chapitre sur la Convention médicale).

Le nouveau parcours de soins crée ainsi un **accès dit « coordonné »**, dont l'entrée se fait via le médecin traitant, gratifié d'un remboursement à taux plein pour le patient.
Et un **accès « non coordonné »**, le patient n'ayant pas de médecin traitant, ou ne passant pas par lui pour avoir accès au médecin généraliste ou spécialiste qu'il souhaite consulter. Le niveau de remboursement de ces consultations en « accès direct » est inférieur. Ce niveau de remboursement est également modulé selon le secteur dans lequel exerce le médecin consulté (secteur conventionné, ou secteur I, ou secteur à honoraires libres, dit secteur II).

La loi du 13 août 2004 prévoit qu'un médecin traitant peut être un généraliste, un spécialiste, il peut aussi être un médecin hospitalier, ou de centre de santé (article L 162-5-3 du code de

sécurité sociale). Il lui revient la gestion du dossier médical partagé (DMP), et la rédaction des protocoles de soins pour les patients souffrant d'une ALD.

Ainsi, si dans l'intention, c'est l'accès aux spécialistes que l'on souhaite réguler, **la consultation d'un médecin généraliste autre que le médecin traitant habituel peut elle aussi déboucher sur un niveau de remboursement moindre** du fait de cet article L 162-5-3. Si un patient consulte directement un spécialiste hospitalier qui n'est pas son médecin traitant, hors parcours de soin coordonné, il subit une majoration d'honoraires identique à celle prévue pour la médecine libérale de ville. L'article 162-26 du code de la sécurité sociale prévoit qu'un arrêté doit fixer le montant de cette majoration.

3 spécialités bénéficient de l'accès direct sans « pénalité », **pour certains actes** :

- ophtalmologie (troubles de la réfraction oculaire (prescription/renouvellement de verres correcteurs, dépistage/suivi du glaucome) ,
- gynécologie (prescription et suivi de contraception, suivi des grossesses, IVG médicamenteuse),
- psychiatrie.

L'ensemble de ces actes est précisé par des référentiels émis par la Haute Autorité de Santé.
Pour la psychiatrie, la neuropsychiatrie et la neurologie, rien n'est, pour l'instant, arrêté. Un avenant conventionnel devait préciser les conditions dans lesquelles certains soins peuvent donner lieu à un accès direct, hors parcours de soin coordonné, initialement prévu au 1er mars 2005.

Il devrait autoriser l'accès spécifique direct au psychiatre pour les patients de 16 à 25 ans, sur la base des recommandations du rapport d'expertise des Prs Hardy-Baylé et Schmitt, au titre d'une plus grande vulnérabilité aux conduites suicidaires et addictives dans cette tranche d'âge, ainsi qu'à l'apparition de la schizophrénie et des troubles bipolaires. Au delà ce cet âge, les patients devront suivre le parcours de soins coordonnés.

L' **« option de coordination »** est crée dont bénéficie le médecin chez qui a été adressé un patient, est censée inciter les médecins en secteur II, et notamment les spécialistes, à réaliser une partie de leur activité dans le cadre des tarifs opposables, et compenser ainsi la supposée perte de revenu qu'induit le système mis en place.

En contrepartie, une partie de leurs cotisations sociales sera prise en charge par l'assurance maladie. Ils peuvent décider d'adhérer au dispositif à compter du 1er juillet 2005. En pratique, et au moment où nous publions, la création de ce « secteur optionnel », à mi-chemin entre secteur 1 et secteur 2 n'existe pas encore.

Le « Concours médical » du 15/06/2005, en page 1287, réalise une arborescence correspondant à différentes situations tarifaires selon 7 critères principaux qui sont :
Âge du patient (> ou < à 24 mois, < ou <> à 16 ans), médecin traitant ou non, généraliste ou spécialiste, secteur I ou II, parcours coordonné ou non (adressé par le MT), spécialiste secteur I avec ou sans dépassement (30% du CS), spécialiste secteur II avec ou sans option de coordination. On aboutit ainsi à 33 situations tarifaires différentes. Difficile pour chacun de s'y retrouver, et de comprendre le niveau de remboursement qui lui a été appliqué !

Les nouveaux tarifs, et le système de soin coordonné s'appliquent depuis le 1er juillet 2005. En revanche, les règles de remboursement n'ont pas encore changé, ni pour l'assurance maladie, ni pour les assureurs complémentaires.

De plus, la loi de réforme de l'assurance maladie d'août 2004 prévoit également un moindre remboursement pour les patients, non vertueux, qui ne suivent pas le parcours de soin. Ces règles doivent s'appliquer au 1er janvier 2006, conditionnées par 2 décrets.

Le 1er décret concerne les futurs contrats complémentaires dits « responsables » : prise en charge à 100% des consultations du médecin traitant, de certaines consultations de prévention, et de 95% du montant des médicaments prescrits et actes de laboratoire.

Ces contrats instaurent une franchise de 7 euros (non remboursable) sur les dépassements des consultations hors parcours de soin (secteur 1 et 2).

Le 2ème décret concerne le taux de remboursement Sécu en cas d'accès non coordonné par le médecin traitant (hors plan de soins, séquence de soins, protocoles). Le gouvernement autorise l'assurance maladie à moduler son taux de remboursement du ticket modérateur entre 7,5 et 12,5% (probablement 10%, soient 2 euros pour un MG ; 2,5 euros pour un spécialiste). Ainsi, le niveau de remboursement passe de 70 à 60% en janvier 2006.

Pour un spécialiste en secteur 1 consulté hors parcours de soin, le montant de la consultation restant à la charge du patient est donc, pour une consultation d'un maximum de 32 euros : 2,5 euros + 7 euros + forfait 1 euro = 10,5 euros.

Le débat fait rage : que rembourseront les mutuelles ? Seront-elles tentées de capter une clientèle en proposant des contrats avantageux remboursant les patients même hors parcours de soins, au besoin en s'associant avec des médecins ou des cliniques ?

L'Ordre national des médecins propose un système de questions/réponses consultable sur: www.conseil-national.medecin.fr

Un médecin peut-il refuser de devenir le médecin traitant d'un patient qui le lui demande ?

Oui. L'article L 162-5-3 du Code de la sécurité sociale rend l'accord du médecin est nécessaire. Ainsi, l'Ordre considère que le dispositif du médecin traitant issu de la loi de l'assurance maladie repose sur un rapport de confiance mutuelle faisant l'objet d'une «notarisation » auprès d'une caisse primaire d'assurance maladie, au travers d'un formulaire.

Le refus du médecin est possible, mais doit être expliqué aux patients et ne pas reposer sur une discrimination entre patients ni sur des considérations sans rapport avec les missions du médecin traitant. Il s'agit pour le médecin non pas de refuser ses soins à un patient qui les lui demande (article 47 du code de déontologie, cas d'urgence ou nécessitant la continuité des soins conditionnant le refus de prise en charge) mais de refuser d'endosser le statut du médecin traitant à son égard.

L'Ordre considère que : *« ce refus sera sans doute exceptionnel, dès lors que le dispositif du médecin traitant dans l'immense majorité des cas se bornera à officialiser un rapport de confiance. Il ne peut cependant être exclu, en particulier lorsqu'un médecin ne s'estime pas en mesure, vis-à-vis d'un patient déterminé, ou de façon générale compte tenu de ses modalités d'exercice, de remplir les missions qui lui sont assignées par la loi et la convention. »*

L'Ordre rappelle que, conformément à l'article 50 du code de déontologie qui stipule que les médecins doivent (sans céder à aucune demande abusive), faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auquel son état lui donne droit : *« En revanche, l'attitude de certains praticiens qui pratiqueraient la rétention des formulaires de déclaration de médecin traitant*

est illégale en ce qu'elle ne permet pas à l'assuré d'indiquer au moyen du formulaire et conformément à la loi, le nom de son médecin traitant. ».

Un médecin traitant peut-il révoquer son acceptation initiale ?
Hors cessation d'activité du médecin traitant d'autres hypothèses de révocation sont envisagées, toujours en conformité à l'article 47 du code de déontologie médicale, et pour les mêmes raisons que le refus d'acceptation initiale, la révocation est possible.

A nouveau, le praticien doit motiver sa démarche auprès du patient et lui laisser le temps nécessaire pour contacter un autre praticien. Cette révocation se traduira en un simple courrier adressé, après information du patient, à la caisse primaire d'assurance maladie.

La signature du formulaire « médecin traitant » constitue-t-elle un contrat ?
C'est une question cruciale. La question mérite d'être posée dès lors que le formulaire doit comporter la signature du patient et du médecin, car en s'engageant dans le système « médecin traitant », chacun s'engage à en respecter les termes définis par la loi. Peut-on considérer qu'il ne s'agit que d'une banale formalité administrative ?

Le Conseil national de l'Ordre des médecins considère que le formulaire intitulé : "déclaration du choix du médecin traitant " n'est pas un contrat.

Voici quelles sont les raisons avancées : *« D'un point de vue formel, il est considéré comme difficile qu'un document intitulé " déclaration de choix du médecin traitant " constitue un contrat. De plus, on constate que cette déclaration est faite en un exemplaire unique destiné aux caisses d'assurance maladie.*

Si, conformément au droit des contrats on avait voulu conférer un droit au patient à l'égard du médecin traitant et réciproquement, il aurait fallu permettre aux co-contractants de pré-constituer la preuve de leur engagement. Tel n'a pas été le cas. […] Sur le fond plusieurs éléments permettent de dénier la valeur d'un contrat au formulaire. Tout d'abord, il ressort des termes même du formulaire que les obligations du médecin traitant et du bénéficiaire de l'assurance maladie sont conjointes et non réciproques.

Ensuite les obligations liées à l'institution du médecin traitant résultent de la loi et non d'un accord entre le médecin et le bénéficiaire de l'assurance maladie. Les obligations du médecin relèvent également de la convention. Il s'agit bien d'engagements unilatéraux et le formulaire de déclaration énonce clairement : " le bénéficiaire et le médecin traitant s'engagent conjointement à respecter les dispositions de l'article L 162-5-3 du code de la sécurité sociale ". […] Il n'en demeure pas moins que le formulaire de déclaration est elliptique dès lors que le renvoi aux dispositions de l'article L 162-5-3 du code de la sécurité sociale, dans la troisième partie de la déclaration n'apparaît pas de nature à éclairer le bénéficiaire de l'assurance maladie et le médecin traitant sur le contenu de leurs engagements même si nul n'est censé ignorer la loi.

En outre, à la lecture de cet article, les obligations au respect desquelles le bénéficiaire des soins sera tenu n'apparaissent pas clairement. Il convient donc d'expliciter l'engagement conjoint dont fait état le formulaire. Nous avons fait ces remarques au Ministre de la santé dès le 19 janvier 2005. »

C'est sur la base des incertitudes liées à la forme que le SNJMG a déposé un recours en conseil d'Etat par la voix de sa présidente en février 2005, avec d'autres membres d'associations et de syndicats médicaux. Il était pointé le défaut d'information du patient et du

médecin avec présentation partielle du dispositif ainsi que la non conformité aux principes généraux applicables aux relations contractuelles.
Le 27 juillet 2005, le Conseil d'Etat a rejeté ce recours en annulation en affirmant, d'une part, qu'aucune disposition législative ou réglementaire n'impose que ces documents rappellent l'ensemble des dispositions législatives régissant le choix du médecin traitant effectué par les assurés sociaux et, d'autre part, que la signature conjointe, par un assuré social et par son médecin traitant, du formulaire a pour seul objet d'informer la CPAM en vue de la mise en oeuvre des dispositions du Code de la sécurité sociale.

Une nouveauté introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 :
La loi prévoit qu'un patient peut désigner conjointement comme médecin traitant l'ensemble des médecins exerçant dans le cadre de la même spécialité, au sein d'un même cabinet médical.

Comme le signale l'Ordre national des médecins dans son bulletin n°1 de janvier 2006, ceci peut poser des difficultés dans la mise en œuvre pratique, dans la mesure où certaines missions sont confiées nominativement au médecin traitant.

Référence : Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 publiée au Journal Officiel du 20 décembre 2005, article 37 alinéa III.

Au 1er décembre 2005, 69% des patients de plus de 16 ans ont désigné leur médecin traitant, qui est un généraliste dans 96% des cas, selon les statistiques de l'assurance maladie (www.ameli.fr/213/DOC/1958/article.html, consulté mi-décembre 2005).

LE DOSSIER MEDICAL PARTAGE (DMP)

C'est le rapport Fieschi remis en mai 2003 au ministre de la santé Mr Mattei (1) dans le cadre d'une mission exploratoire afin d'élaborer des propositions sur le développement des dossiers médicaux partagés, qui pose le mieux les données du problème. Nous le citons ici de manière large, tant les termes sont explicites. Les enjeux y sont très clairement exposés.

L'objectif est la mise en commun des informations entre tous les acteurs du système de santé et le patient pour améliorer sa prise en charge, la coordination et la continuité des soins.
D'emblée, il est posé que : *« En effet, d'une manière pragmatique, il ne peut s'agir d'un dossier médical structuré, exhaustif, convenant à tous quelle que soit la spécialité de chacun et interopérable avec tous les systèmes d'information existants en pratique. La mise en place d'un tel dossier ne peut être envisagée à court terme pour une proportion très importante de la population »*

Cette mise en commun des informations relève d'une **exigence économique** dans un système médical fragmenté par la sur-spécialisation, et devant une demande de soins croissante : *« La mise en place du partage des données de santé devrait amener des économies que certains experts fixent entre 20 et 30% des coûts totaux. Des expériences, aux Etats-Unis en particulier, ont montré que la prise en charge en réseaux dotés de systèmes d'information adaptés, de malades atteints d'infection respiratoires chroniques ou d'insuffisance cardiaque chronique par exemple, est bénéfique pour les malades comme pour les assureurs. Rappelons que les pathologies des personnes âgées représentent plus de 60% des coûts de la santé ».*
Le rapport propose une **approche médicalisée** :

« Les tentatives visant, depuis plus de vingt ans, à définir a priori un dossier commun structuré convenant aux différents spécialistes, aux médecins généralistes et aux professionnels de santé n'ont pas abouti. La structuration et la codification des données du patient demandent l'élaboration de référentiels et de normes sémantiques.

L'élaboration de tels systèmes, dans un cadre intégrant médecine de ville et médecine hospitalière, est un objectif aujourd'hui inaccessible en pratique.
Il convient pour avancer, de poser le problème différemment, afin de construire le dossier de manière pragmatique et progressive à partir des données disponibles dans les systèmes existants. »

Par delà l'objectif économique bien compris *(« disposer d'outils d'assurance qualité […]à une approche visant à la standardisation des procédures au travers de l'assurance qualité, de l'accréditation et de l'évaluation médico-économique demandées par tous les gouvernements des pays développés »*), il s'agit, quand même, si ce dossier médical est *« …bien conçu, de consacrer plus de temps aux malades »* : ouf !

Le rapport évoque les **contraintes qui s'imposent aux professionnels** dans la poursuite de ces objectifs, pas seulement liées à la saisie, mais également *« Les contraintes nouvelles qui pourraient apparaître par le contrôle de l'administration, des tutelles et des organismes de l'assurance maladie que ce partage pourrait amener. »*. Ceci s'inscrit effectivement dans une situation actuelle de défi à l'égard des professionnels de santé, de mise en cause des médecins, de tensions conventionnelles, de luttes syndicales, de pression médico-judiciaire, font que cette mise en œuvre paraît difficile. Ainsi : *« Les professionnels de santé sont dans l'attente d'initiatives sérieuses, sans arrière-pensée coercitive ou mercantile, ne pouvant être dévoyées en outils de gestion du risque ou de contrôle de leur activité par les organismes d'assurance maladie. Ceux-ci disposent d'autres systèmes d'information pour assurer ces activités. »*

Et dans ce contexte agité, qui ne s'est pas apaisé depuis la publication du rapport, on invite les professionnels à faire leur **révolution culturelle** : *« Outre les problèmes techniques ou méthodologiques, le partage des informations pose des problèmes psychologiques et culturels. Le positionnement des différents acteurs (professionnels, organismes de l'assurance maladie, Etat, établissements hospitaliers, médecine libérale,…) qui, à des titres divers, sont intéressés par le partage des données du malade, a figé la situation jusqu'à ce jour.*

L'évolution de la législation en mars 2002 introduit officiellement deux acteurs supplémentaires : le patient et le tiers de confiance. Le patient, souvent demandeur, était peu impliqué dans le partage des données médicales et n'y avait accès que par l'intermédiaire d'un médecin. Le tiers de confiance, aujourd'hui reconnu, peut réaliser l'hébergement des données individuelles de santé, fonction nécessaire dans le système d'information, sans que l'une des parties prenantes puisse le contester. Un nouvel équilibre peut donc être recherché avec les différents acteurs du système de santé. »

Le professeur Fieschi a bien compris que *« Les professionnels adhèreront au partage des données des patients si la solution financière qui leur est proposée est acceptable et si l'organisation mise en place est transparente, ouverte et garante du respect de leur pratique ».* D'autant que l'histoire de dossier médical commun ne date pas d'hier : *« Le débat sur la structuration a priori du dossier a occupé méthodologistes et professionnels de la santé depuis 20 ans.*

La tentative de définition de dossier minimum commun (DMC) n'a pas abouti. Si cette démarche peut être adoptée dans un groupe de professionnels pour suivre un aspect particulier de la prise en charge des patients présentant une pathologie donnée, elle ne peut, n'étant pas « centrée patient », constituer un modèle général opérationnel. »

C'est **l'aspect opérationnel** qui est abordé ici : *« Le dossier patient partagé (DPP) […] peut et doit être mis en place dans une structure de soin ayant la maîtrise de son système*

d'information (cette mise en place est le résultat de l'informatisation des différents processus de soins) ». Car le dossier médical autrefois simple mémoire des faits est devenu un **instrument multidisciplinaire totalement intégré dans le processus de soins**, mais surtout, « dématérialisé », permettant d'envisager l'élargissement de son utilisation. Il intègre des données mises à jour par le patient lui-même et mises à disposition de professionnels, des informations mises à jour par les professionnels destinées au patient et aux professionnels ayant à le prendre en charge, des données gérées par le professionnel, pour son propre usage dans l'intérêt du patient. Il faut définir un langage commun *(« La sémantique partagée des informations »*), préalable aux systèmes d'information interopérables mais aussi une organisation des échanges d'informations et des modalités d'accès entre les différents acteurs.

Hors, jusqu'à ce jour, les esprits étaient polarisés par la **production sur la production d'indicateurs économiques** élaborés à partir d'informations médicales saisies le plus souvent dans ce seul objectif.. Chacune poursuivant un objectif propre, *« on a substitué, par absence de pilotage, la multiplication des saisies des mêmes informations. La mise en place de systèmes parallèles et peu communicants a été favorisée au détriment d'une incitation à la mise en place de systèmes interopérables partageant l'information. Ainsi a-t-on abouti à la défaillance de l'Etat sur une de ses missions principales : développer des incitations visant à la cohérence minimale du système d'information pour la qualité des soins . »*

Ce sont les professionnels de santé, sur lesquels reposent le codage des données (PMSI, points ISA, et demain la CCAM, cf. chapitres spécifiques) qui payent pour ce qui est identifié comme une défaillance du pilotage de l'Etat.
Le problème est bien là : comment relancer la machine ?

Il existe également une dimension **d'aménagement du territoire**, dans laquelle l'Etat a également son mot à dire : *« […] la couverture du territoire par les réseaux à haut débit et les coûts d'utilisation de ces réseaux doivent préoccuper davantage les pouvoirs publics. L'Etat doit conduire une concertation avec les fournisseurs d'accès à Internet et développer des incitations pour donner accès aux citoyens à ce mode de communication à un prix accessible pour tous. ».*

Il faut ainsi tenir compte du niveau d'informatisation des professionnels de santé, les établissements de soins n'étant pas forcément mieux logés que les libéraux, des problèmes de l'accès haut débit, des problèmes de l'archivage des dossiers déjà existants, de la maintenance, de l'entretien du parc informatique, de l'inter-opérabilité des systèmes d'information, …

Le constat est accablant : *« Les directeurs des établissements hospitaliers ont une responsabilité importante au regard de cette situation. Les stratégies de management méritent à l'évidence d'être révisées. L'insuffisance des investissements est le témoin de la sous-estimation de la dimension stratégique des systèmes d'information. »* ; *« La veille technologique et stratégique a fait défaut. »* ; *« L'informatique hospitalière doit effectuer une véritable mutation. D'essentiellement administrative, elle doit rapidement se transformer en mettant en oeuvre des systèmes d'information centrés sur le patient. ».*

Le rapport insiste sur le fait que l'Etat reprenne son **rôle de pilote** : *« L'Etat doit avoir un rôle de régulateur et non d'opérateur. »*

Une fois le diagnostic établi, le pronostic est réservé : florilège :
« Structurer et normaliser un dossier patient partagé ne peut être l'objectif de la première étape en 2003/2005 étant donné l'état des systèmes d'information disponibles et la culture du traitement de l'information dans le pays. »

« Les professionnels de santé doivent être associés étroitement à la définition des orientations stratégiques »
« Les professionnels montrent une certaine méfiance vis-à-vis des administrations, des tutelles et des organismes de l'assurance maladie concernant la façon dont les informations pourraient, un jour, être exploitées. Les conditions propices à l'expérimentation doivent être recherchées avec soin. Cette expérimentation doit viser le partage de données de qualité entre les acteurs sans chercher à atteindre d'autre objectif.

Cette mise en place ne peut s'établir sur la base de directives réglementaires contraignantes. Il faut rechercher les conditions d'une meilleure information et d'un meilleur dialogue pour éviter de reproduire les résistances et les incompréhensions qui se sont manifestées lors de la mise en place de la carte Vitale, de la carte CPS, de l'informatisation des feuilles de soins électroniques. La sensibilisation de tous les professionnels aux enjeux de cette démarche est de première importance. »

« L'action de l'Etat doit conduire à diffuser et enraciner dans la déontologie, deux cultures chez les professionnels de santé et les patients: la culture du partage de l'information, la culture de la qualité de l'information. »

Le numéro spécial « DMP » du bulletin national de l'ordre des médecins (2) mentionne une évaluation du **coût estimé de la mise en œuvre du DMP** : 350 à 500 millions d'euros annuels.

Changement de ministre, l'Etat reprend effectivement le pilotage sur la base de la loi de santé publique du 9 août 2004 et de la loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004.
C'est la « nouvelle gouvernance » et la naissance du « médecin traitant » et du « dossier médical partagé (après avoir été : professionnel, puis personnel, il est finalement partagé).
Echéance de sa mise en route : 1er janvier 2007 !

Le programme est ambitieux (on a le droit de l'être !). Nous vous invitons à lire les chapitres concernant la nouvelle gouvernance, et la convention nationale.
Néanmoins, pour ne pas prolonger le suspense, quelques rappels donnent le vertige, au regard du diagnostic énoncé plus haut.

<u>Art. L. 161-36-1.</u> − […] *« L'adhésion aux conventions nationales régissant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les professionnels de santé, prévues à l'article L. 162-5 du présent code, et son maintien sont subordonnés à la consultation ou à la mise à jour du dossier médical personnel de la personne prise en charge par le médecin. »*

<u>Art. L. 161-36-2.</u> − *« Dans le respect des règles déontologiques […]chaque professionnel de santé, exerçant en ville ou en établissement de santé, quel que soit son mode d'exercice, reporte dans le dossier médical personnel, à l'occasion de chaque acte ou consultation, les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge. En outre, à l'occasion du séjour d'un patient, les professionnels de santé habilités des établissements de santé reportent sur le dossier médical personnel les principaux éléments résumés relatifs à ce séjour. »*

« Le niveau de prise en charge des actes et prestations de soins par l'assurance maladie prévu à l'article L. 322-2 est subordonné à l'autorisation que donne le patient, à chaque consultation ou hospitalisation, aux professionnels de santé auxquels il a recours, d'accéder à son dossier médical personnel et de le compléter. Le professionnel de santé est tenu

d'indiquer, lors de l'établissement des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge, s'il a été en mesure d'accéder au dossier. »

On note au passage l'avis rendu par la CNIL en juin 2004 (3) : *« La Commission observe que, conformément aux exigences rappelées ci-dessus, le texte qui lui est présenté, par la référence qu'il contient aux dispositions de l'article L.1111-8 du code de la santé publique, implique que la création du dossier médical personnel repose sur le consentement exprès de la personne concernée. Néanmoins, dans la mesure où le niveau de prise en charge des actes et prestations est subordonné à l'accès du professionnel de santé au dossier, il apparaît que ce consentement n'est pas totalement libre. »*

Les articles L. 161-36-1,2 et 3 rendent **opposables au médecin la consultation et le remplissage du Dossier Médical Personnel**, et conditionne le remboursement pour le patient à l'autorisation d'accès et de remplissage de son DMP.

Références :
(1) : Rapport Fieschi consultable sur : www.sante.gouv.fr/htm/actu/fieschi/sommaire.htm
(2) : numéro spécial « DMP », bulletin national de l'ordre des médecins n°3 de mars 2005, consultable sur : www.conseil-national.medecin.fr
(3) : Délibération n°04-054 du 10 juin 2004 portant avis sur le projet de loi relatif à la réforme de l'assurance maladie, CNIL (consultable sur : www.cnil.fr)

Le dossier médical du patient : de l'autre côté de la Manche

Le Concours Médical a publié une série d'articles consacrés à la mise en place du « DMP » britannique (1). Citons ici quelques chiffres, afin de mesurer l'étendue du chantier.

La mise en place du « health records » date d'avril 1998, et devait être généralisé à l'ensemble de la population en 2004. **L'estimation du coût et l'investissement** consacré est alors de 700 millions de livres, soient plus de 1 milliard d'euros, sur 3 ans. En décembre 2003, le secrétaire d'état à la santé annonce que d'ici 2010, les 50 millions de bénéficiaires du NHS disposeront d'un dossier médical électronique. En mars 2005, la facture prévisionnelle est arrêtée à plus de 40 milliards de livres (60 milliards d'euros environ) ! On sait aujourd'hui que ce budget sera insuffisant.

L'objectif du DMP n'est pas seulement médical, mais permet aussi de fournir des preuves médico-légales, mesurer l'usage des ressources, connaître les dépenses, éduquer la population, permettre le suivi épidémiologique, la recherche clinique. L'accès aux données du patient est restreint selon l'utilisateur. Le dossier comporte un système de messagerie permettant la transmission des comptes-rendus d'hospitalisation. Il peut comporter de l'imagerie. Le codage des actes est réalisé par chaque médecin intervenant. Le paiement des actes est calculé automatiquement.

Une partie du dossier peut être stockée sur l'ordinateur du médecin, constituant le dossier de soins. Le stockage et le transfert des données ont été confiés au secteur commercial. La formation des médecins est nécessaire et coûte environ 150 livres. L'un des pourvoyeurs de formation assure la maintenance informatique et la formation gratuite des médecins. Les enquêtes réalisées montrent que l'accès aux données par le patient lui-même sont peu fréquentes. L'une des hypothèses retenue pour expliquer cela est cet accès est payant : 10 livres pour le patient, 50 livres pour tout demandeur autre !

Fort des ces quelques données, les moyens alloués et les objectifs affichés par la France relèvent de l'imprécation.

Références : (1) : « Dossier médical du patient : l'expérience britannique », par D. Castiel, Le Concours Médical, tome 127-129 septembre 2005 et tome 127-129 octobre 2005.

En résumé, le DMP, comment ça va fonctionner ?

Au 1er juillet 2007, tout assuré social disposera dans le respect du secret médical, d'un DMP informatisé centralisant toutes les informations médicales le concernant. Le DMP devait contenir les éléments diagnostiques et thérapeutiques, les résumés des séjours hospitaliers.
Chaque médecin devra y indiquer ces éléments, sous réserve de l'autorisation donnée par le patient d'y accéder et de le compléter.

Le niveau de prise en charge des actes et prestations de soins par l'assurance maladie sera subordonné à l'autorisation d'accéder à son dossier médical personnel et de le compléter donnée par le patient, à chaque consultation ou hospitalisation, aux professionnels de santé auxquels il a recours. Le professionnel de santé devra indiquer s'il a été en mesure d'accéder à ces données, ce qui est un rôle nouveau.

L'accès au DMP est réservé aux seuls professionnels de santé. Le médecin du travail n'y aura pas accès.
Le DMP sera stocké par un hébergeur de données de santé. La carte vitale, utilisée conjointement avec la carte professionnelle de santé, permettra l'accès Internet au DMP.
Si la loi sur l'assurance maladie précise que l'assuré est libre de choisir l'hébergeur de données, elle n'interdit pas le monopole d'un hébergeur.

L'historique de tout assuré sera connu, et les données ne sont pas anonymisées, puisque comportant le numéro de sécurité sociale de l'assuré ainsi que le numéro de CP.

Le DMP, quel impact sur l'exercice professionnel ?

En raison de la complexité politique et pratique de cet outil, des retards probablement conséquents interviendront dans le calendrier.
Cependant, nous allons aborder quelques aspects du dossier, et voir en quoi il pourrait influer sur l'exercice futur d'un médecin, et notamment d'un médecin remplaçant.

La mise en place de ce DMP est une forte volonté de nos gouvernants. Malgré les dénégations, son but est très manifestement d'ordre économique.
Des oppositions se font bien sûr entendre contre certains aspects du DMP, notamment ceux qui concernent le secret médical. Des garde-fous sont prévus et d'autres encore à l'étude.
Il est notamment prévu que l'accès au DMP par les médecins soit soumis à l'autorisation du patient, autorisation graduée en fonction de la qualité du médecin et de sa spécialité ; le médecin traitant ayant logiquement le plus large accès, mais toujours avec l'accord du patient.

Cependant que ces garde-fous sont déjà tombés avec la mise en place du « Web-médecin » début 2005 comme un avant goût du DMP : il s'agit d'un site ouvert par l'Assurance Maladie sur lequel, à l'aide de la seule carte vitale du patient et après authentification par sa CPS, tout médecin libéral peut accéder au détail des douze derniers mois des remboursements d'actes de soins et de prescription du patient. Ce système garantit bien peu la maîtrise du patient sur l'accès à son dossier... Et le médecin se transforme ainsi en contrôleur du patient…

Quel impact sur la relation soignant-soigné, et plus généralement sur le secret médical ?
Le problème de sécurité des données est d'autant plus important que certains prestataires de logiciels informatiques proposent d'équiper gratuitement les praticiens en échange de données de santé du cabinet (volume et type de prescription par exemple, en échange de fenêtres de publicité sur l'écran de travail du médecin).
Le Conseil constitutionnel a estimé que le DMP, tel qu'il est écrit dans la loi, ne menace pas le secret médical (1).

Quid de la responsabilité du médecin si les données de santé de ses patients se retrouvent sur le réseau Internet ?

Le DMP, en tant que dossier médical *partagé* et fonctionnel, pourrait comporter des avantages pour un médecin remplaçant : plus de recherches fastidieuses des antécédents et prescriptions dans les dossiers papier du cabinet souvent illisibles et au rangement anarchique ; plus de confrontation à un dossier cabinet informatisé mal tenu, voire pas tenu du tout par un médecin titulaire peu féru d'informatique ; accès aux données santé des patients inconnus lors des gardes, etc.

Cet exemple et, plus généralement, son élargissement aux autres professionnels de santé, montre que la Santé Publique peut avoir à y gagner.

Aussi professionnels de santé et patients ont-ils tout intérêt à s'associer pour que ce DMP ne soit pas purement et simplement un outil de contrôle et de restrictions économiques...

Au moment où nous publions, le rapport du sénateur Jégou vient confirmer nos doutes. Le sénateur a émis un diagnostic extrêmement sévère concernant la mise en place du DMP (2).
Il est notamment relevé plusieurs faiblesses :

« ...défaillance du pilotage global de la politique d'informatisation, retard des établissements publics de santé dans ce domaine, cloisonnement des systèmes d'information et inadéquation de la formation des professionnels de santé.»

Le sénateur estime que : *« ...le calendrier de mise en oeuvre apparaissait irréaliste et que chaque patient ne disposerait pas, en juillet 2007, d'un dossier médical personnel substantiel. Au cours d'un déplacement effectué à Londres, votre rapporteur pour avis a pu constater que la mise en place du programme anglais d'informatisation du système de santé reposait sur un triptyque essentiel, qui fait aujourd'hui défaut à la France : une volonté politique forte, qui s'appuie sur une « task force » administrative et des moyens budgétaires importants dans la durée ».*

En terme de financement : la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a attribué 90 millions d'euros seront consacrés à la mise en place du DMP. Mais ce budget provient du FAQSV, qui finance également les maisons médicales de garde. Habiller l'un en déshabillant l'autre ?

Références :
(1) : Avis rendu le 12 août 2004, n°2004-504 DC et consultable sur : www.conseil-constitutionnel.fr/decision
(2) : Avis n° 71 de M. Jean-Jacques JÉGOU, fait au nom de la commission des finances, déposé le 9 novembre 2005, et concernant le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2006. Consultable sur : www.senat.fr

Pour en savoir plus, voir le dossier « Web médecin » de la fédération des utilisateurs de logiciels médicaux et communicants (FULMEDICO) : http://www2.fulmedico.org/a/article.php?id_article=227

Le DMP: le point de vue du juriste

(article écrit par François Lagache, juriste, SCP Robert & Hoffmann)

L'actualité nous incite à nous pencher sur le dossier médical personnel (DMP) et sa compatibilité avec le secret médical en présence d'un tiers agréé « hébergeur » de données, qui détient ainsi des informations que seuls le monde médical et les patients partageaient jusqu'alors.

La genèse :

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des « malades » réaffirme le principe du secret médical et instaure un « accès » direct au dossier par le « patient ». A ce moment, le monde médical tient encore le dossier de ses patients.

La loi du 13 août 2004 instaure le DMP et inverse, purement et simplement, la donne en transférant la propriété du dossier médical à « l'assuré social » mais laisse aux médecins la garantie du secret médical dont il est dépositaire.

L'économie l'emporte alors sur l'intimité et les problèmes se font jour : une garantie du médecin, sans dépossession du dossier des mains de l'assuré social, l'expose à être puni pour avoir rompu un secret médical qu'il n'a pourtant plus le moyen de maîtriser.
Qu'à cela ne tienne : un « tiers agréé » est désigné« hébergeur de données personnelles de santé ». C'est un dépositaire « industriel » de données qu'il traitera techniquement, et pour faire simple, comme des données bancaires…

Il s'agit donc bien d'une mutation fondamentale caractérisée par l'intrusion sociale (A) et l'intrusion d'un tiers privé (B) dans les rapports patients médecins.

A. Une intrusion sociale
Sur le seul fondement de l'optimisation économique de notre système de santé, l'intrusion dans le rapport du patient à son médecin, en dehors de la seule prise en charge financière de la santé, a lieu à un double niveau :

L'informatisation centralisée par l'assurance sociale en terme de coût.
Cette informatisation qui passe par la Carte Vitale suppose que seul le patient détiendra le code d'accès en même temps que sa carte pour s'assurer de l'absence de violation du secret médical, alors même que le médecin en est le dépositaire. Toutefois, la Carte vitale 2 sera délivrée sous le contrôle des services de l'Etat qui conserve la haute main sur le budget et l'objectif de réduction de coût.
Se pose le problème des priorités de l'Etat en matière de Santé publique.

L'agrément délivré pour les tiers retenus es-qualité d'hébergeurs.
L'agrément doit faire l'objet d'un décret dont le projet a été transmis aux professionnels de santé pour avis.

Il convient de noter que l'Etat a pris soin, dans un souci d'économie, de se doter d'un énième « comité » dit d'agrément (!) rattaché au Ministère de la Santé.
Ce décret prévoit des obligations nouvelles à la charge des hébergeurs dont l'activité est définie comme « *l'organisation du dépôt et la conservation des données, notamment de manière à en assurer la pérennité et la confidentialité* ». L'adverbe usuel du législateur n'exclut donc pas des fins d'exploitation d'intérêt général…

B. Une intrusion tierce et privée
Comme il ne s'agira pas d'institutions publiques, les hébergeurs voient leur activité régie par un contrat passé avec le dépositaire des données et leur activité est encadrée par un dispositif technique incluant une politique de confidentialité, et garanti par un audit effectué par un « autre » tiers agrée par le Comité (plus on est de fous, moins il y a d'économies !)
Bien entendu, l'avis de la CNIL (Commission Nationale Informatique et Libertés) sera aussi requis et la désignation d'un tiers de confiance « de secours » n'est pas exclue.

Une exploitation industrielle :
Il est bien évident que les traitements informatiques sont générateurs d'économies mais difficiles et coûteux lors des phases d'élaboration et de mise en œuvre et les comités qui s'accumulent font toujours perdre en efficacité ce qu'ils font gagner en sécurité.
En tout état de cause, et à ce stade, le médecin est obligé au secret dont la violation est pénalement répréhensible, alors que l'hébergeur de l'information médicale voit ce secret dégénérer en obligation contractuelle dont la violation sera sanctionnée après avoir été soumise à moult expertises judiciaires…

Une normalisation européenne :
Les plus grands groupes sont sur les rangs pour obtenir un marché privé de cette ampleur et leurs objectifs, pour être compatibles avec l'intérêt général, ne sauraient se satisfaire d'un idéal philanthrope. Cette démarche est incluse dans un processus de standardisation relatif à l'hébergement de données à caractère confidentiel et les contraintes techniques des différents acteurs de ce marché mondial aboutiront nécessairement à des concessions techniques dont le devenir n'est pas maîtrisable.

L'apocalypse ?
La machine est en route et s'inscrit dans un concert général où chaque intervenant surveille l'autre, ce qui les empêche même parfois d'avancer ensemble.

Les ajustements se feront en termes de responsabilité face à des progrès techniques encore inconnus à long terme. Auditeurs et audités, personnes privées chargées de la santé naguère publique, trouveront bien le moyen de renvoyer aux décideurs politiques la responsabilité ultime de faire respecter un article fondamental des droits de l'homme (article 6 de la Déclaration des Droits de l'Homme) : le droit de propriété (de l'assuré social sur son DMP !)

LE NOUVEAU VISAGE DE LA PERMANENCE DES SOINS (PDS)

Une grande grève des gardes fut menée durant l'hiver 2001-2002 dans le cadre d'une demande de revalorisation des honoraires. Elle se vit opposer l'intransigeance du gouvernement Jospin qui n'a jamais souhaité entendre les médecins en dépit des blocages dans les discussions avec les représentants de l'assurance maladie, faisant courir le risque d'une implosion du système. Etaient alors rendus nécessaires une clarification du rôle des médecins et de l'engagement des pouvoirs publics. Il y eut une forte pression de la part des syndicats de médecins pour voir la suppression de l'article 77 du code de déontologie relatif à l'obligation pour tout médecin de participer aux gardes de jour et de nuit, en pratique essentiellement assurées par les généralistes libéraux.

Un rapport concernant l'état des lieux de la PDS a été effectué par le sénateur Descours en février 2003, pour le ministre de la santé, Mr Mattéi. Ce rapport marque le début d'une évolution des rapports entre les acteurs en présence : on tend à passer d'une relation de subordination et d'une logique de conflit à une contractualisation entre professionnels et acteurs institutionnels.

Depuis le décret n° 2003-880 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence, modifiant le code de santé publique (publié au JO le 16/09/2003), de nouveaux principes ont été énoncés.

Ces dispositions ont été modifiées et renforcées par le décret n° 2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence, modifiant le code de la santé publique.

De nouveaux principes organisationnels

La PDS est basée sur le principe du **volontariat.**
L'accès au médecin de permanence se fait désormais via la **régulation du Samu-centre 15**, ou par un dispositif interconnecté avec lui.

La permanence des soins est **organisée par secteurs**, dans les départements.
L'Ordre départemental est confirmé dans son **rôle de promoteur et d'organisateur de la PDS**. Il doit veiller à toute subordination incompatible avec l'indépendance de l'exercice médical entre centre 15 et les associations actrices de la PDS.

L'interconnexion entre les associations de permanence des soins et le centre 15 doivent faire l'objet d'une convention. Signée par les praticiens, elle devra être soumise à l'Ordre, puis approuvée par le préfet après avis du CODAMUPS (cf. infra).

Article 5 du décret n° 2005-328 du 7 avril 2005: *« Ce cahier des charges est établi sur la base d'un cahier des charges type fixé par arrêté du ministre chargé de la santé. Il comporte notamment l'état de l'offre de soins et l'évaluation des besoins de la population. Il fixe les modalités de détermination des secteurs géographiques et précise, le cas échéant, les collaborations nécessaires entre les médecins assurant la permanence et les structures hospitalières. Il précise les modalités de participation des médecins spécialistes. Il détermine également les indicateurs de suivi et les modalités d'évaluation du fonctionnement de la régulation prévue à l'article R. 732 et, le cas échéant, des centres d'appel des associations de permanence des soins, ainsi que de l'ensemble du dispositif de permanence de soins. »*

« Lorsque le cahier des charges prévoit que la permanence des soins en médecine ambulatoire est assurée, pour partie de la période comprise entre 20 heures et 8 heures, selon des modalités distinctes de celles prévues au premier alinéa de l'article R. 730, il précise alors l'organisation prévue pour répondre aux demandes de soins. »

« Le cahier des charges peut prévoir une mise en commun entre plusieurs secteurs des moyens nécessaires pour assurer la permanence des soins. »

« Le cahier des charges détermine les conditions du recueil et du suivi des incidents relatifs à l'organisation et au fonctionnement de la permanence des soins ainsi que les modalités selon lesquelles le comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires est informé de ces incidents. »

Un tableau de permanence des soins est établi par les médecins concernés/associations des médecins, puis transmis au plus tard 45 jours avant la date de début au Conseil de l'ordre du département, et 10 jours avant, communiqué au Samu, aux médecins concernés, à la CPAM, au préfet. En cas d'insuffisance de médecins volontaires, l'Ordre se charge de compléter le tableau. En cas d'insuffisance confirmée, le préfet peut procéder à des réquisitions.

Les obligations ou engagements pris par le médecin titulaire dans le cadre de la permanence des soins sont assurés par le médecin qui le remplace.

Les textes de références sont :

- Circulaire DHOS du n° DHOS/01/2003 du 12 décembre 2003 relative aux modalités d'organisation de la PDS en médecine ambulatoire
- Article L 6315-1 du CSP
- Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003.

- Décret n° 2003-880 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence, modifiant le code de santé publique (publié au JO le 16/09/2003).
- Décret n° 2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique.

Suite à la parution d'une partie des textes, 44 réquisitions ont été prononcées par les préfets en 2004 selon l'enquête réalisée en février 2005 auprès des 100 Ordres départementaux, par l'ordre national des médecins.

Référence : www.web.ordre.medecin.fr/actualite/pdsmars2005.pdf

Des avenants conventionnels à la convention médicale signée le 12 janvier 2005, médecins ont été conclus entre, d'une part, l'Union nationale des caisses d'Assurances Maladie (UNCAM) et, d'autre part, la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), le Syndicat des médecins libéraux (SML) et l'Alliance intersyndicale des médecins indépendants de France. Ils ont été publiés au Journal officiel du 1er juin 2005.

Les avenants 1 et 3 apportent des modifications à la convention, précisent le champ des contrats responsables ainsi que les conditions de prise en charge des dépassements d'honoraires. L'avenant 3 précise plus spécifiquement les diverses dispositions de fonctionnement des instances conventionnelles.

L'avenant n° 4 définit les nouvelles modalités de la participation de l'Assurance Maladie au financement de la permanence des soins assurée par les médecins libéraux. Il comprend également des dispositions relatives aux pratiques professionnelles des médecins généralistes urgentistes dans les Unités de proximité d'accueil, d'orientation et de traitement des urgences (UPATOU) et à la permanence des soins en unités d'obstétrique.

L'avenant 4 rend applicable les revalorisations arrêtées en avril :

1. **Rémunération du médecin régulateur** de 3C/heure pour sa participation à l'activité du centre 15, primes de RCP peuvent être prises en charge par les caisses pour cette activité.

2. **Majorations spécifiques pour le médecin intervenant sur demande du médecin régulateur** :

3.
   - Avant minuit et après 6 heures du matin :
     Majoration de visite (cotée VRN) = 46 euros
     Majoration de consultation (cotée CRN) = 42,60 euros
   - En nuit profonde :
     Majoration de visite (cotée VRM) = 55 euros
     Majoration de consultation (cotée CRM) = 51,50 euros
   - Dimanche :
     Majoration de visite (cotée VRD) = 30 euros
     Majoration de consultation (cotée CRD) = 26,50 euros

4. **Rémunération de l'astreinte** :

   - 20 heures-minuit: 50 euros
   - Minuit-8 heures : 100 euros

Dimanche et jours fériés de 8 heures à 20 heures : 150 euros

Il est à noter qu' il n'est pas prévu de rémunération spécifique pour le samedi après-midi, car le décret no 2005-328 du 7 avril 2005 relatif à l'organisation de la PDS modifiant le Décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003, n'envisage pas de PDS le samedi après-midi !

Les accords tarifaires prévoient pour les urgentistes libéraux des UPATOU (Unité de Proximité, d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences) qu'ils peuvent soit conserver leur statut en appliquant la codification prévue avec ses majorations de nuit, soit percevoir une indemnité de garde de 228,68 euros et abandonner les majorations de première partie de nuit.

Les actes effectués en garde hors régulation conservent les anciens taux de majoration.

Pour plus de précisions sur les cotations, voir le chapitre dédié du guide, et consulter la nomenclature des actes sur le site du SNJMG : http://www.snjmg.org

Concernant l'astreinte

Il va de soi que le versement de l'astreinte est dû au médecin remplaçant, qui s'acquitte des obligations du médecin remplacé durant son absence. Si le bon sens et l'équité devraient couler de source, il semble que ceci soit déjà l'objet de tensions entre co-contractants. Certains Ordres départementaux (pour exemple celui du Val de Marne) utilisent une « Attestation de participation à la PDS, versement des indemnités d'astreinte, à compléter par le médecin qui a réalisé les gardes (titulaire ou remplaçant) », à envoyer directement à la CPAM, et précisant que le montant dû est versé au titulaire du cabinet. Cette procédure participe à une plus grande transparence et devrait contribuer à diminuer les litiges.

Le SNJMG a interpellé l'Ordre national des médecins, afin qu'un article supplémentaire puisse figurer au contrat de remplacement, stipulant que le montant des astreintes prévu dans le cadre de la PDS soit versé au médecin remplaçant. Nous sommes en attente du résultat de cette démarche…A suivre…

Au moment où nous publions, plusieurs obstacles demeurent, menaçant de raviver les tensions entre les acteurs. Certains préfets n'ayant pas pris d'arrêté pour le redécoupage des secteurs de garde, après avis des missions régionales de santé (pas encore crées !), et du Comité Départemental de l'Aide Médicale d'Urgence et de la Permanence des Soins (CODAMUPS), certaines caisses refusent de verser le montant des astreintes prévues. Parfois, les secteurs sont déjà opérationnels, bien que non arrêtés, les caisses refusant également le versement aux praticiens engagés dans la PDS.

De plus, les avenants font l'objet d'une plainte devant le Conseil d'Etat de la part du syndicat FMF, car les non signataires de la convention n'ont pas été présents durant leurs négociations, comme le prévoit le règlement conventionnel. Le résultat de ce recours n'est pas connu.

En marge du dispositif conventionnel, l**a loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux (JO du 24/02/05) prévoit une exonération d'impôt sur le revenu pour les médecins ou leurs remplaçants** exerçant dans certaines zones urbaines ou rurales, pour la rémunération perçue dans le cadre de la PDS.
Cette disposition s'appliquera pour la première fois pour les revenus 2005, pour un maximum de 60 jours de permanence par an, et selon des conditions qui seront définies par décret.

Seules les rémunérations forfaitaires sont concernées (astreintes), et dans les zones qui seront définies par les Missions Régionales de Santé.

Qu'est ce que le CODAMUPS ?

Les CODAMU (comité départemental de l'aide médicale urgente) ont été crées en 1987 par la loi sur l'aide médicale urgente. Le même texte met en place les SAMU, SMUR et centre 15.
Le CODAMU est composé de 2 sous-comités : l'un pour les questions relatives à l'aide médicale urgente (sous comité médical), l'autre est le sous comité des transports sanitaires.

Le décret du 15 septembre 2003 transforme les CODAMU en CODAMUPS (Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires), organisant la PDS.

Les CODAMUPS rédigent un cahier des charges départemental ensuite soumis au préfet, afin de faire le point sur l'offre et la demande et de soins nécessaires à la population. Il détermine les secteurs de garde et précise les collaborations entre les différents acteurs (hôpitaux, structures libérales, associations des médecins de garde). Le rythme théorique est de 2 réunions/an.

Qui siège au CODAMUPS ?
Au moins :

- Le préfet ou son représentant,
- Syndicats représentatifs des médecins libéraux,
- Associations de PDS
- Conseil départemental de l'ordre des médecins,
- URML
- Directeurs de CH
- SAMU et médecins urgentistes
- ARH
- URCAM
- Service départemental d'incendie et de secours
- Représentants des usagers

LE PLAN BLANC

En cas d'événement exceptionnel, catastrophe, **les médecins libéraux peuvent être amenés à participer aux « plans blancs »** de gestion des risques NRBC (nucléaires, radiologiques, bactériologiques, chimiques) via le SAMU. Ils devront sans doute faire face également à des demandes d'information de la part de la population. Souvent oubliés des CPAM concernant un certain nombre d'informations administratives que les médecins installés reçoivent, les médecins remplaçants doivent adopter une démarche volontariste pour se tenir informés des procédures.

Les principes généraux d'un plan blanc peuvent être consultés sur :
http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/medec/pdf/plan_blanc.pdf

Un réseau d'information en temps réel des médecins a été mis en place aux lendemains de la canicule de 2003 par l'Institut de Veille Sanitaire : « DGS urgent » : http://dgs-urgent.sante.gouv.fr
L'inscription à cette lettre d'information nécessite de disposer de son n° ADELI (cf. chapitre des formalités pour remplacer), et d'une adresse Internet consultable à tout moment, éventuellement dédiée spécifiquement aux lettres d'informations professionnelles.

Pour sensibiliser le corps médical au risque NRBC, un cédérom a été diffusé à près de 100 000 médecins, dans le cadre d'un partenariat Ordre des médecins-Service santé des armées (éditions Montauban). Il devrait bénéficier d'une diffusion plus large dans les semaines à venir, voire d'une mise en ligne. On s'étonne qu'à l'heure où nous publions, ce dispositif ne soit pas complété par des séances d'Enseignement Post Universitaire à destination des généralistes libéraux, qui peuvent se retrouver en 1ère ligne, notamment en cas de risque bactériologique, ou de pandémie virale.

Concernant la grippe aviaire, voir la conduite à tenir devant un cas suspect sur le site de l'Institut de Veille Sanitaire : http://www.invs.sante.fr/surveillance/grippe_aviaire/default.htm

LA PROCEDURE DE REQUISITION

Principes généraux

Les réquisitions sont régies par une ordonnance du 6 janvier 1959, modifiant une loi du 11 juillet 1938. Elles sont de 2 types selon l'autorité requérante :

- dans le cadre judiciaire :

- d'un Officier de Police Judiciaire (O.P.J.) policier ou gendarme, voire un garde champêtre ou forestier
- d'un Magistrat : Procureur ou de son Substitut
- d'un Président de Cour d'Assises, en vertu de son pouvoir discrétionnaire.

L'article 16 du Code de Procédure Pénale, rappelle que : « Ont la qualité d'officier de police judiciaire :

- Les maires et leurs adjoints ;
- Les officiers et les gradés de la gendarmerie, les gendarmes comptant au moins 3 ans de service ;
- Les inspecteurs généraux, les sous-directeurs de police active, les contrôleurs généraux, les commissaires de police, les fonctionnaires titulaires du corps de commandement et d'encadrement de la police nationale, les gardiens de la paix ayant suivis une formation complémentaire pour être OPJ ».

- dans le cadre administratif :

- d'un Maire
- d'un Préfet
- d'un Officier de Police Judiciaire en police administrative
- d'un Directeur d'hôpital.

La réquisition au sens large est une injonction faite à un individu par une autorité judiciaire ou administrative d'effectuer un acte quelconque. En particulier, la réquisition médicale est l'injonction faite à un médecin par une autorité judiciaire ou administrative d'effectuer un acte médico-légal urgent. Tout médecin peut être concerné quelque soit son mode d'exercice ou sa spécialité. Le médecin devient un auxiliaire de justice le temps de l'exécution de cette réquisition.
Un décret du 20 juin 1961 autorise la réquisition des internes des hôpitaux publics, le plus souvent pour :

- examen clinique pour coups et blessures
- alcoolisme routier : prise de sang + examen clinique

"*Tout médecin est tenu de déférer aux réquisitions de l'autorité publique*" , c'est à dire d'accepter la mission qui lui est confiée (Art. L 367 Code de Santé Publique), sous peine de sanctions prévues à l'Article L 379 du CSP (4 000 euros d'amende).

Il peut y avoir **dérogation** à l'obligation de principe de déférer pour les raisons suivantes :

- Cas de force majeure : en raison de maladie, d'inaptitude, d'obligation d'aller donner des soins urgents ailleurs …
- Incompétence technique : la mission confiée est totalement en dehors de la pratique habituelle.

L'Ordre rappelle que le médecin réquisitionné peut également refuser la réquisition s'il est le médecin traitant de la personne à examiner (1).

Il n'est demandé au médecin qu'un avis et la nécessité d'agir vite, notamment dans l'enquête de flagrance. Ceci fait obstacle à ce que la réquisition soit considérée comme une expertise. Le médecin doit néanmoins respecter les règles déontologiques (art. 105 à 108 du Code de déontologie) propres aux médecins experts. Il doit **informer la personne de sa mission et du cadre juridique dans lequel son avis est demandé**. **Il se borne à répondre dans le rapport remis à l'autorité requérante aux questions posées, et seulement à celles-ci**, en décrivant les faits avec prudence et objectivité.

La réquisition peut être :

Verbale (rarissime hors cas d'urgence) : l'autorité requérante décline son autorité et formule les termes de sa mission. La forme verbale est devenue rarissime. Il est classique que l'autorité requérante vous annonce la réquisition par téléphone, vous demande de vous rendre sur place et vous remette sur les lieux la réquisition écrite.

Ecrite : elle contient les éléments suivants : l'identité et la fonction du requérant ; l'article du Code de Procédure Pénale permettant la réquisition ; la mission ; la nécessité de prêter serment ou non ; la date ; la signature du requérant.

La réquisition est **nominative**, le médecin ne peut demander à un collègue de sous-traiter, il devra mentionner dans son rapport qu'il a rempli personnellement la mission qui lui a été confiée.

La réquisition pour examen d'un patient décédé

L'autorité judiciaire requérante agit en vertu de l'article 60 ou de l'article 74 du Code de procédure pénale : *« En cas de découverte d'un cadavre, qu'il s'agisse ou non d'une mort violente, mais si la cause est inconnue ou suspecte, l'officier de police judiciaire qui en est avisé informe immédiatement le procureur de la République, se transporte sans délai sur les lieux et procède aux premières constatations. Le procureur se rend sur place s'il le juge nécessaire et se fait assister de personnes capables d'apprécier la nature des circonstances du décès. Il peut toutefois, déléguer aux mêmes fins un OPJ de son choix… ».*

Rappelons que le Procureur de la République peut également requérir l'ouverture d'une information pour « recherche des causes de la mort ».
L'examen du corps doit être particulièrement complet (voir le chapitre « certificat de décès).

Dans son rapport, le médecin doit noter toutes les constatations (aspect des téguments, température, etc.) permettant d'évaluer l'heure du décès, mais aussi son origine, et établir un compte-rendu d'examen de cadavre qu'il remettra à l'OPJ le requérant.

En milieu urbain, les OPJ requièrent le plus souvent des médecins légistes pour les examens de cadavre, ce qui n'est pas toujours possible à la campagne. De plus, rappelons qu'aux yeux de l'autorité judiciaire, et comme nous l'avons rappelé dans le chapitre concernant le certificat de décès, le diplôme de docteur en médecine est omnivalent et que son titulaire ne doit donc rien ignorer de la médecine légale courante.

Cependant, si le médecin requis ne s'estime pas compétent pour affirmer le suicide après examen du cadavre, il peut demander à l'OPJ de solliciter un confrère plus qualifié, en requerrant un médecin légiste pour examiner le corps sur place. Cet examen pourra être complété, sur réquisition du Parquet, d'une véritable autopsie médico-légale.

Il est possible, si le médecin généraliste suspecte un obstacle médico-légal, de ne pas remplir le certificat bleu de décès mais d'établir un certificat sur papier à en-tête précisant que la mort est réelle et constante, ainsi que les observations cliniques…
Dans ce cas, c'est le légiste qui remplit le certificat de décès avant ou après autopsie.

Références :
Pr Dr. François Paysant, cours dispensé au CHU de Rennes, service de médecine légale, consultable sur : http://www.med.univ-rennes1.fr/etud/medecine_legale/index4.htm
(1) : Bulletin national de l'Ordre des médecins n°15, mai 2003 (consultable sur : http://bulletin.conseil-national.medecin.fr)

Réquisition dans le cadre d'une garde à vue

La Haute Autorité à la Santé (ex-Anaes), a publié en décembre 2004 des recommandations dans le cadre d'une conférence de consensus, très utiles pour l'examen d'un patient gardé à vue (consultable sur : http://www.has-sante.fr).

Réquisition et permanence des soins

Les conditions de cette réquisition sont désormais établies par le décret n° 2003-880 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence, modifiant le code de santé publique (publié au JO le 16/09/2003). Auparavant, le préfet ne pouvait procéder à une réquisition que s'il justifiait d'un risque pour la santé publique.

Dans 2 affaires menées devant les tribunaux de Brest et Blois des médecins poursuivis pour ne pas avoir déféré à leur réquisition ont été relaxés. Le juge a en effet estimé qu'il ne pouvait y avoir réquisition qu'en cas de grave atteinte à la santé publique ou de besoins avérés de patients.

L'arrêté de réquisition prononcé par le préfet doit expliquer deux choses : le péril pour la santé publique nécessitant réquisition, et la justification du choix d'un médecin plutôt qu'un autre (voir : dossier n°2004/00213, extrait des minutes du secrétariat du greffe, Arrêt du 7 février 2005 de la Cour d'Appel d'Orléans).

La publication du nouveau décret organisant la permanence des soins change la donne, dans la mesure où il impose une procédure fléchée :

- En cas d'absence ou d'insuffisance de médecins volontaires pour participer à la permanence des soins sur un ou plusieurs secteurs dans le département,
- constatée par le Conseil départemental de l'Ordre des médecins.

Ce Conseil, en vue de compléter le tableau de permanence prévu à l'article R. 731, recueille l'avis des organisations représentatives au niveau national des médecins libéraux et des médecins des centres de santés représentées au niveau départemental, et des associations de permanence des soins.

Il doit solliciter les médecins d'exercice libéral dans les secteurs concernés. Si, à l'issue de ces consultations et démarches, le tableau de permanence reste incomplet, le conseil départemental adresse un rapport, faisant état des avis recueillis et, le cas échéant, des entretiens avec les médecins d'exercice libéral, au préfet qui procède aux réquisitions nécessaires.

De plus, ce nouveau décret suggère que cette PDS peut ne plus être seulement libérale (art. 5), mais qu'elle est modulable selon les périodes de l'année et les besoins recensés de la population (art. 1 alinéas 3).

L'accès au médecin de garde se fait via une régulation assurée soit par le SAMU, soit par les associations de permanence des soins en liaison avec le SAMU (art. 2).
Ces dispositions devraient prémunir de réquisitions aléatoires, quotidiennes, itératives sur un même praticien.

Néanmoins, prudence avant de refuser une réquisition : le médecin est passible de sanctions disciplinaires et pénales (article L 4163-7 du code de santé publique, prévoit une amende de 3750 euros, sur plainte du préfet). Ceci sans considérer une plainte déposée par les familles en cas d'accident.

Il vaut sans doute mieux déférer à la réquisition, quitte à en contester le bien fondé secondairement devant le tribunal administratif.

Demande d'indemnisation

En l'absence de loi qui imposerait d'exercer son activité gratuitement même dans l'intérêt public ou communal et conformément à l'article 4 de l'ordonnance de 1959, il est reconnu au médecin requis un droit à indemnisation :

« Les indemnités dues au prestataire doivent uniquement compenser la perte matérielle, directe et certaine que la réquisition lui impose. Elles tiennent compte exclusivement de toutes les dépenses qui ont été exposées d'une façon effective et nécessaire par le prestataire de la rémunération du travail, de l'amortissement et de la rémunération du capital, appréciées sur des bases normales. Aucune indemnité n'est due pour la privation du profit qu'aurait pu procurer au prestataire la continuation en toute liberté de son activité professionnelle. »

Pour ce qui est du montant de l'indemnisation, l'ordonnance de 1959 fait référence à un barème. Mais il n'existe aucun barème.
Le calcul du montant de l'indemnisation se fait au regard des pièces justificatives que le médecin pourra produire.

Le Tribunal d'Orléans par jugement du 15 juillet 2003 n°11-02-000649 a confirmé expressément un droit à indemnisation des médecins généralistes réquisitionnés dans le cadre de la permanence des soins.

Pour ce qui est du délai d'action en paiement d'une créance de l'Etat il est prévu dans la loi du 31 décembre 1968 une la prescription quadriennale.

Pour le calcul de la somme due , on peut se référer à la base de calcul proposée par la Coordination nationale des médecins durant la grève des médecins généralistes de 2003 : www.conat.net/SPIP/forum

Ainsi, les agents de police et de gendarmerie doivent vous présenter deux documents, que vous conserverez pour vous faire régler vos honoraires plus tard (beaucoup plus tard ...) par les autorités judiciaires qui vous ont réquisitionné.

- Le premier est la réquisition elle-même, remplie par un **officier de police ou gendarmerie**, et comportant impérativement le nom de l'officier, de la personne concernée par l'acte, votre identification, la date et l'heure exacte de la réquisition, le tampon du commissariat, la description de l'acte qui vous est demandé. Même si l'on vous réquisitionne par téléphone, une fois sur place et dans tous les cas, si cette feuille de réquisition ne vous est pas présentée, vous devez refuser impérativement de procéder aux actes demandés.
- Le second est un mémoire de frais. Le plus souvent, il ne vous est pas donné, il vous faut en récupérer un au commissariat.

Vous adresserez au greffe du Tribunal de Grande Instance ces deux documents, ainsi qu'un RIB ou RIP.

Réquisitions dans le cadre de la PDS, état des lieux

44 réquisitions ont été prononcées par les préfets en 2004 selon l'enquête réalisée en février 2005 auprès des 100 ordres départementaux, par l'Ordre national des médecins (consultable sur : www.web.ordre.medecin.fr/actualite/pdsmars2005.pdf).

Quel est le statut juridique du médecin réquisitionné en terme de RCP ?

Mieux qu'un long discours, l'article L 160-7 du code des assurances dispose que:

« La réquisition de services, au sens de l'article 2 de l'ordonnance n° 59-63 du 6 janvier 1959 relative aux réquisitions de biens et de services, (...) entraîne de plein droit la suspension des effets des contrats d'assurance de dommages, dans la limite de la réquisition, et dans la mesure de la responsabilité de l'état telle qu'elle est définie à l'article 20 de l'ordonnance n° 59-63 du 6 janvier 1959 précitée. (...) Elle[la suspension] prend effet à la date d'entrée en vigueur de la réquisition de services. Le contrat suspendu reprend ses effets, de plein droit, à partir du jour de la fin de la réquisition de services, s'il n'a pas antérieurement pris fin pour une cause légale ou conventionnelle. L'assuré doit, par lettre recommandée, aviser l'assureur de la fin de la réquisition de services dans le délai d'un mois à partir du jour où il en a eu connaissance. Faute de notification dans ce délai, le contrat ne reprend ses effets qu'à partir du jour où l'assureur a reçu de l'assuré notification de la cessation de la réquisition. L'état, le prestataire de services et l'assureur peuvent néanmoins décider que les contrats d'assurance de dommages continuent leurs effets et couvrent les risques liés à la réquisition, pour la durée déterminée par ces contrats. Dans ce cas, les dommages survenant à l'occasion d'une réquisition de services et couverts par un contrat d'assurance sont indemnisés par l'assureur. Nonobstant toute disposition contraire, le prestataire de services et l'assureur renoncent de ce fait à l'indemnisation par l'état de ces dommages. En cas de réquisition de services au sens de l'article 2 de l'ordonnance précitée, les contrats d'assurance de personnes continuent leurs effets de plein droit nonobstant toute clause contraire et sans que l'assureur puisse se

prévaloir du droit de résiliation prévu à l'article L. 113-4. Lorsque l'état est responsable en application de l'article 20 de l'ordonnance précitée, l'assureur peut mettre en cause la responsabilité de l'état dans la mesure où l'aggravation du risque est imputable à la réquisition. »

L'un des principaux assureurs médicaux a annoncé publiquement qu'il continuerait a couvrir en RCP ses clients en cas de réquisition à leur encontre. On voit dans l'article cité ci-dessus la possibilité pour l'assureur de se retourner secondairement contre l'Etat.

REGULATION MEDICALE

L'article 2 de la loi n°86.11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires définit l'objet de l'aide médicale urgente : c'est une mission de service public.

L'article L711-7 de la loi de réforme hospitalière du 31 juillet 1991 et le décret n°87-1005 du 16 décembre 1987 précisent le rôle du SAMU et du centre de réception et de régulation des appels. Dans son article 3, le décret du 16 décembre 1987, impose :

« *[…] les S.A.M.U. exercent les missions suivantes:*

1° Assurer une écoute médicale permanente;
2° Déterminer et déclencher, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels;
3° S'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou prives adaptés à l'état du patient, compte tenu du respect du libre choix, et faire préparer son accueil;
4° Organiser, le cas échéant, le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires;
5° Veiller à l'admission du patient. »

Dans son article 11, il est précisé que les SAMU permettent l'accès permanent et immédiat de la population aux soins d'urgence, et rappelle la participation des médecins d'exercice libéral au dispositif d'aide médicale urgente. Cette participation est déterminée par convention (article 13). Cette convention détermine notamment:

-le plan de financement détaillé du centre de réception et de régulation des appels médicaux;
-les moyens apportés respectivement par chacune des parties contractantes;
-les modalités selon lesquelles la réception et la régulation des appels sont organisées conjointement;
- les modalités de gestion du centre de réception et de régulation des appels médicaux;
- la durée, les modalités de dénonciation, de révision et de reconduction de l'accord.

Régulation médicale : principes (1)

Le principe de la régulation médicale téléphonique est la réception et la gestion de tout appel à caractère médical urgent ou vécu comme tel, par une structure d'écoute centralisée (SAMU Centre 15). **Tout appel parvenant au SAMU Centre 15 doit trouver une solution !**

Cette prise en charge débute dés la réception de l'appel. Elle comprend la définition du besoin: analyse de la demande (gravité), détermination et déclenchement rapide de la réponse la mieux adaptée, suivi de la mise en oeuvre de cette réponse, orientation hospitalière du patient, préparation de l'accueil hospitalier. Elle s'achève avec la fin de la mission de l'intervenant.
Il s'agit d'un **acte médical** effectué à distance du patient.

Cette prise en charge repose, comme tout acte médical, sur un dialogue et un contrat entre l'appelant et le médecin régulateur, le respect du libre choix de la destination du patient. Elle sous-entend la connaissance permanente des moyens disponibles.

L'éventail des réponses apportées est gradué, mais pas illimité :

1/ envoi d'une ou de plusieurs Unités Mobiles Hospitalières (UMH),
2/ envoi d'une ambulance non médicalisée pour hospitalisation (pour la voie publique et les lieux publics : VSAB des sapeurs -pompiers, pour les lieux privés : ambulances des entreprises de transports sanitaires privées),
3/ envoi d'un professionnel de santé (médecin traitant ou de garde, infirmière libérale, autre personnel de santé)
4/ envois simultanés et coordination de ces différents moyens,
5/ "consultation médicale" téléphonique et renseignements sanitaires : médicaux, renseignements (liste de gardes des personnels de santé : pharmacien de garde, dentiste de garde...), éventuellement par réorientation de l'appel téléphonique vers une structure adaptée (SAMU Social, associations d'écoutes spécialisées, sapeurs-pompiers, forces de l'ordre,...).

Il s'agit donc d'un exercice difficile. Outre les problèmes de vocabulaire entre l'appelant et l'équipe du SAMU (qu'est-ce que veut dire « être inconscient », être « cyanosé » ou « bleu » ?), l'opérateur doit évaluer le degré de gravité de la situation sur les allégations de l'appelant, parfois affolé, imprécis (il raccroche parfois sans donner l'adresse), ne parlant pas français, évoquant sa constipation d'il y a un an, ou faisant une bonne blague (régulièrement).

Référence : (1) : Drs F Catala et JM Fontanella. « Objet et fonctionnement de l'aide médicale urgente. » sur : www.samu-de-france.com

RCP et activité de régulation

C'est la « non assistance à personne en danger » (article L 223-6 du Code pénal) qui est particulièrement recherchée si la réponse médicale du régulateur est inappropriée ou déficiente. Ce dernier, ainsi que le médecin de garde, doivent pouvoir prouver qu'ils ont déployé tous les efforts nécessaires pour apprécier l'état du patient et lui porter secours. L'interrogatoire téléphonique doit donc être rigoureux, obéissant à une arborescence précise, voire « protocolisée ». Il en va de même si ce n'est pas le patient lui même qui appelle.

C'est **l'appréciation du péril immédiat** que le régulateur doit s'efforcer de déterminer. Si les secours envoyés trouvent porte close, ils doivent s'assurer par tout moyen de l'absence de péril immédiat. La fonction de régulation est donc particulièrement délicate.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins dans son avis rendu en octobre 2004 concernant la prescription téléphonique(1) rappelle que dans cette activité, qui semble banale, la responsabilité médicale est pleine et entière. Sont ainsi posés les problèmes de l'identité du requérant, de l'examen clinique préalable, du suivi, de la traçabilité, des informations données et de leur bonne compréhension, de la notification dans le dossier médical. **Une prescription téléphonique ne doit ainsi jamais être banalisée**.

La responsabilité pénale du permanencier standardiste peut également être engagée s'il néglige de communiquer au médecin régulateur des éléments en sa possession, ou s'il commet une erreur en relevant les coordonnées du patient.

En termes de Responsabilité Civile Professionnelle, il faut distinguer entre le régulateur agissant dans le cadre d'une fonction publique et celui qui participe à des initiatives d'intérêt général de type privé.

Le médecin qui exerce au sein d'un centre 15 est considéré comme collaborateur occasionnel du service public (COSP) par l'hôpital, même s'il est médecin libéral la majeure partie du temps. Car son activité est définie dans le cadre d'une convention entre le secteur public et les médecins libéraux, les faisant ainsi participer au service public (article L 6112-5 du CSP). Il peut aussi avoir un statut d'attaché, et être ainsi rémunéré par l'hôpital. En cas de plainte, la juridiction compétence est le tribunal administratif, comme tout agent de la fonction publique.

C'est l'assurance de l'hôpital qui couvre le praticien. Néanmoins, il peut être poursuivi pénalement s'il commet une faute détachable de ses fonctions (manquement grave à ses obligations). (Voir pour plus de détails le chapitre sur la RCP)

Il faut lui distinguer le médecin qui travaille pour une association de médecins libéraux au sein d'un centre 15 ou d'un centre de régulation autonome libérale (type « 15 bis »), voire pour une assurance (rapatriement sanitaire). Dans ce cadre, les médecins n'appartiennent pas à une administration, même si leur fonction participe aux missions d'intérêt général.

C'est l'assurance propre du médecin qui le couvre dans son activité de régulation. Selon la structure dans laquelle cette activité est réalisée, l'assureur peut appliquer une sur-prime, dont le montant peut être important, jusqu'à mettre en cause la viabilité financière de la fonction.
L'étude se fait au cas par cas. C'est le contrat passé entre l'association et le médecin qui doit être examiné, et son statut au sein de l'association. En effet, s'il est salarié, la responsabilité peut être partagée avec l'employeur.

La MACSF rappelle que : « *Il apparaît dès lors nécessaire que les associations intervenant dans le cadre de la permanence des soins soient également assurées, dans la mesure où la loi du 4 mars 2002 a prévu une obligation d'assurance pour tout organisme réalisant une activité de prévention, de diagnostic ou de soins, sous peine de sanctions pénales. Or, les associations participant à la permanence des soins pourraient être assimilées à ce type d'organismes, même si nous ne pouvons pour l'instant préjuger de l'interprétation que pourraient retenir les tribunaux sur cette question : tout dépend en effet de la nature des missions accomplies par ces associations, celles-ci pouvant être très différentes selon les structures.* »

Il vous appartient de signaler impérativement à votre assureur si vous êtes amenés à exercer une activité de régulation médicale dans le cadre de la permanence des soins, durant vos remplacements. N'hésitez à faire établir un devis en fonction des spécificités de votre exercice, à vous faire expliquer les clauses du contrat, au besoin à faire établir un contrat « sur mesure », et à faire jouer la concurrence.

Référence : (1) : consultable sur : www.conseil-national.medecin.fr à la rubrique « Rapports »

6) Comment promouvoir sa carrière de médecin généraliste ?

LE CONTRAT DE COLLABORATEUR LIBERAL

Pour l'instant, le contrat de collaboration reste libéral, et n'envisage pas une collaboration salariée. Il s'agit d'un projet intégré dans le projet de loi en faveur des PME du 2 août 2005 (JO du 3 août 2005).

Le contrat « collaborateur libéral » permet de recourir aux services de collaborateurs libéraux ayant un statut spécifique. Il constitue un CDD ou un CDI. Le contrat doit stipuler la durée, les conditions de renouvellement, les modalités de rupture,… mais également, chose plus surprenante, le nombre de semaines de congés.

Un décret ultérieur en Conseil d'Etat fixera les modalités d'application de ce nouveau mode d'exercice, qui a nécessité par ailleurs une réécriture des articles 87 et 88 du code de déontologie, interdisant aux médecins d'employer pour leur compte un confrère.
Le contrat est nécessairement conclu **entre deux médecins thésés**, excluant de facto les médecins titulaires d'une licence de remplacement. Ces médecins, conformément au Code de déontologie, exercent forcément la même spécialité.

Il s'agit d'un CDD (durée déterminée) éventuellement renouvelable, ou d'un CDI (durée indéterminée), avec période d'essai.
Le collaborateur n'a pas de lien de subordination juridique envers le titulaire du cabinet, et exerce sa profession en toute indépendance.

Il peut se constituer une clientèle personnelle, et peut exercer à temps partiel chez plusieurs médecins, à condition de les informer de cette situation. Il est prévu dans le contrat-type proposé par l'Ordre national un recensement de la clientèle propre à chacun des co-contractants.

Il perçoit les honoraires et rétrocède une fraction correspondante aux dépenses occasionnées par son activité au sein du cabinet (redevance). Cette dernière peut être mensuelle ou trimestrielle, voire plus, mais doit faire l'objet d'un réexamen annuel de son montant et des modalités de son versement.

L'inscription au tableau de l'Ordre se fera sous une rubrique spécifique.
Les déclarations sociales et fiscales des co-contractants sont indépendantes.

Il s'agit de l'un des projets soutenu par le SNJMG, car il constitue à notre sens l'un des moyens pour lutter contre le désengagement des jeunes généralistes pour la médecine de ville. Les horaires peuvent être aménagés. Il nous semble qu'un exercice en collaboration salariée devrait être également envisagé, modalité d'exercice susceptible d'intéresser des professionnels désireux de sortir de la « course à l'acte ».

L'Ordre national se déclarait par voie de presse opposé au développement d'une collaboration salariée, sans qu'elle soit totalement exclue. Néanmoins, certaines professions libérales, comme les avocats, utilisent déjà la collaboration salariée sans que ceci semble rencontrer d'obstacle idéologique ou réglementaire.

Quelques questions restent en suspend et sont en cours d'arbitrage : quel est le secteur d'exercice du collaborateur, quelle feuille de soins doit-il utiliser (les siennes ou celles du titulaire que le collaborateur signe en son nom),… ?

La question du secteur conventionnel a été abordée par le directeur de l'UNCAM dans une lettre adressée au CNOM, dans laquelle il précise que le médecin collaborateur ne pourra exercer en secteur 2, même si le médecin «titulaire » est lui, en secteur 2. Ceci peut créer une inéquité quant au calcul de la participation du collaborateur aux frais de fonctionnement du cabinet, dans la mesure où les recettes perçus sont forcément non comparables, et risque également de créer un climat de « compétition » portant sur le tarif des consultations.

Référence : bulletin de l'Ordre des médecins N°20, décembre 2003, consultable sur : http://bulletin.conseil-national.medecin.fr/CNOM, et sur le site de l'Ordre national, le contrat-type proposé par l'Ordre et les commentaires afférents.

EXERCICE EN SITES MULTIPLES

Le décret n° 2005-481 du 17 mai 2005 modifiant l'article 85 du code de déontologie (publié au Jo du 18/05/05) fait disparaître la notion de cabinet secondaire et principal au profit de la notion de « lieux d'exercice divers ». L'un seulement entraîne l'inscription à l'Ordre départemental (le « lieu habituel d'exercice »)(1). Le nouvel article 85 ne limite ni le nombre, ni le périmètre géographique où se situent les sites. Cette procédure existe déjà dans d'autres professions (sages-femmes, dentistes), et était auparavant très encadrée pour les médecins.

Quelles conditions doit-on remplir pour être autorisé à exercer sur un ou plusieurs sites ?

Il doit exister dans le secteur géographique considéré une carence ou une insuffisance de l'offre de soins et/ou à la permanence des soins.
Il peut s'agir du prolongement de l'activité de consultation dans un plateau technique ou réunissant différents intervenants (disposition auparavant réservée aux médecins exerçant en sociétés d'exercice libéral SEL).

On peut donc installer un nouveau site pour répondre aux besoins de la population : soit dans une zone où il y a pénurie de médecin dans la spécialité concernée, soit dans une zone où il y a trop peu d'habitants pour justifier de la présence à temps complet d'un médecin.

Procédure

La demande justifiée doit être faite au conseil de l'Ordre départemental du lieu d'exercice (2).
L'Ordre doit répondre dans les 3 mois suivant la réception de la demande (adressée avec AR)
Il peut formuler une demande d'information complémentaire. Passés ces délais, et en l'absence de réponse, l'autorisation est implicite.
La qualité et la sécurité doivent être assurées sur tous les sites de manière identique.
L'Ordre s'assure également de l'absence de conflit de nature « commerciale » entre les médecins.

L'autorisation est personnelle et non cessible. Il peut y être mis fin à tout moment, et notamment si apparaissent des carences dans l'offre de soins, de réponse aux urgences, de qualité, de sécurité, ou de continuité des soins.

Cette interruption doit être motivée au médecin qui en fait l'objet. La décision d'attribution peut être contestée par un médecin déjà installé dans le secteur. Une décision de refus peut être contestée devant l'Ordre national. L'appel doit être présenté dans les 2 mois de la notification du conseil départemental. Cet appel doit être obligatoirement formé avant tout recours contentieux. Seule la décision du Conseil national peut être déférée à l'autorité compétente, qui est le Conseil d'Etat.

Référence :
(1) : les textes publiés au Jo sont consultables sur : www.admi.net/jo
(2) : « L'exercice en lieux multiples », dossier du bulletin de l'Ordre des Médecins n°7, septembre 2005.

DELEGATION DE TACHES

Ne nous leurrons pas : si le transfert de compétence est évoqué, c'est avant tout, comme expérimenté aux Etats-Unis et au Canada dès les années soixante, dans un contexte de rationalisation du système de soins. Ceci a fait apparaître de nouveaux métiers tels que les infirmières praticiennes (« nurse practitioners ») ou les auxiliaires médicaux (« physicians' assistants »). Nous sommes dans un processus de recherche de gains de productivité.

C'est surtout dans les domaines médico-techniques que les expériences sont les plus anciennes et les plus nombreuses.
On assiste ainsi à la délégation d'actes médico-techniques, réalisation des échographies par les manipulateurs radio, aux Etats-Unis et dans certains pays d'Europe, création d'infirmiers endoscopistes dés 1972 aux USA, échographistes cardiaques**,** optométristes a qui ont été délégués une grande partie de l'activité ophtalmologique au Royaume-Uni. La création de cette dernière ne génère pas forcément des économies car génératrice de consultations supplémentaires, et ne permet pas de désengorger les files d'attente de la filière chirurgicale pour les pathologies les plus graves. Le même type d'inconvénients est relevé au Canada. Citons aussi les « Physician Assistants » (Pas) qui ont le droit en chirurgie « d'ouvrir » et « fermer » les patients et faire des actes simples comme des ablations de matériel d'orthopédie, des varices… Son activité au quotidien est proche de celle d'un bon interne en chirurgie en fin de choix en intervenant en période pré-opératoire (information, conseils, analyse du dossier), durant l'intervention (instrumentation, mise en place des champs opératoires, sutures en cours d'intervention), et en postopératoire (visites, informations, suivi du dossier).

C'est également la délégation de tâches pour le suivi de pathologies chroniques : les consultations spécialisées dédiées. Au Québec, se met en place une fonction d'infirmière praticienne dédiée aux soins spécialisés en Cardiologie, Néphrologie (« nephrology-nurse-practitionners ») et Soins Primaires et une fonction d'infirmière clinicienne spécialiste débouchant sur des métiers d'éducation, de conseil et d'expertise, les "Case Manager" chargés de coordonner les actions sociales destinées à organiser le
retour au domicile et à améliorer la qualité de vie des personnes handicapées, et qui s'occupent notamment de la recherche des financements.

La piste du transfert des compétences est une piste importante mise en exergue dans le rapport du Pr Berland en 2003, sur demande du ministre Mr Mattei (1).
En France, les expériences restent parcellaires et peu évaluées.
L'URML de Poitou-Charentes a pris l'initiative de l'expérimentation d'une délégation de tâche en médecine de ville, et s'engage à financer la première année de délégation d'activité, ainsi que l'étude des conditions de pérennisation en partenariat avec l'ensemble des acteurs concernés (URCAM, ARH, collectivités territoriales, CPAM, autres organisations de professionnels de santé). L'objectif est le développement d'activités de conseil, d'éducation, d'évaluation de risques, de réalisation de tests, de prévention individualisée auprès des patients et de gestion de l'information. Plus qu'une amélioration de la productivité (au sens du nombre de consultations et de leur durée), c'est une amélioration de la qualité du service rendu qui est attendue par les professionnels. La délégation d'activité permettrait de réaliser ce qui n'est pas toujours bien fait, qui prend du temps et qui est « standardisable » (enquête alimentaire, gestion de l'information relative au dossier patient dans une perspective de prévention, conseils multiples, coordination des interventions ou suivi du patient..).

Le rapport Berland fait aussi état des expérimentations de sorties primaires en SMUR réalisées par les Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'Etat (IADE) seuls. Malheureusement, les études de morbi-mortalité n'ont pas été réalisées.

Ainsi, le rapport propose des transferts de compétence dans les principaux domaines évoqués : radiologie, chirurgie, anesthésie, ophtalmologie, la création de métier d'Infirmière Clinicienne Spécialiste à l'instar de ce qui a été fait avec les IADE dans le domaine de l'anesthésie, et des infirmiers de Bloc Opératoire Diplômés d'Etat (IBODE).

Mais, il est rappelé que le rapport coût /efficacité n'est pas démontré par les études réalisées :
« *Premièrement les indicateurs choisis sont souvent des échelles d'état de santé perçus et non des indicateurs cliniques. Deuxièmement l'efficacité est démontrée à cours terme. Les études ne sont pas sur une échelle suffisante (durée d'expérimentation, taille de l'échantillon patients) pour être sensibles à certains risques. Ceci est particulièrement vrai dans le cas des études non contrôlées de la morbidité du patient.* »

Le rapport pose les principes fondamentaux de la réforme : la formation qui légitime la compétence et donc le transfert de tâche (modification/allongement des cursus), la nécessité de la collaboration médecin-paramédical, conservant la responsabilité de la prescription et de la réalisation des actes conservée par le médecin, la nécessaire définition des compétences déléguées, la formation continue, la revalorisation de l'acte intellectuel aux dépends de l'acte médico-technique.

Ainsi, il ne s'agit plus de réaliser des économies structurelles, puisque mises bout à bout, le coût de ces différentes dispositions est sûrement important.

De même, les procédures de « requalification » des métiers sont envisagées ailleurs pour faire évoluer certains professionnels paramédicaux d'un statut vers un autre (aide soignant vers IDE par exemple).
Cette collaboration entre professionnels semble naturelle dans certains pays anglo-saxons notamment. Tout ne va pas si facilement de soi en France, tout simplement parce que les missions allouées à chacun, et les modalités organisationnelles de recours aux professionnels ainsi que leur rémunération ne sont pas si facilement transposables.
La délégation des taches n'est pas un transfert de compétences. Dans le cadre de la délégation, la responsabilité des actes repose sur le médecin (ex : ophtalmologistes et orthoptistes).
S'il y a transfert de compétences vers un autre professionnel de santé, c'est ce dernier qui assume les conséquences de ses actes.

Il faudrait pour cela que les décrets de compétence des paramédicaux soient étendus afin que ces derniers soient juridiquement couverts pour les gestes et les actions que leurs nouvelles prérogatives leurs permettront de réaliser.

Tant que ceci n'est pas fait, la responsabilité reste médicale. Dans un contexte de judiciarisation de l'exercice, d'augmentation des primes en RCP, est-il raisonnable, est-il souhaitable que le champ de la responsabilité médicale s'étende à des actes réalisés par des non-médecins ? De plus, quelle formation sera nécessaire pour ces nouveaux métiers, et quelle sera leur obligation d'évaluation continue, puisqu'elle s'impose désormais aux médecins ?

Autre aspect : quelles peuvent être les répercussions en termes de santé publique ? Une mutuelle n'a pas hésité à proposer le remboursement intégral du renouvellement des lunettes de vue sans ordonnance, provoquant une levée de bouclier chez les ophtalmologistes. Les opticiens verraient d'un assez bon œil leur rôle renforcé par le renouvellement de ces prescriptions. Sans compter les enjeux financiers sous-jacents qui sont également à prendre en

considération. Il est évident qu'il est moins onéreux de former des techniciens radiologistes aptes à réaliser des échographies, qu'un radiologue.
Certains syndicats de pharmaciens d'officine n'hésitent plus à proposer, dans le cadre du débat sur la démographie des professionnels de santé, de s'occuper seuls du renouvellement des ordonnances de certains patients, utilisant comme argument l'absence de généralistes dans certaines zones du territoire national !

Le problème, c'est bien que cette délégation de tâche est envisagée essentiellement dans l'optique de la lutte contre le chute démographique des professions médicales et para-médiales, et non pas dans le cade d'une refonte, d'une réforme du métier-médecin. Elle ne s'accompagne pas d'une réflexion sur le rôle et la rémunération du médecin généraliste, que chaque conférence de consensus s'accorde à mettre au centre du dispositif de coordination des soins, alors même que la nouvelle convention renforce la prééminence du paiement à l'acte, et ne donne aucun moyen supplémentaire au médecin traitant pour assumer sa fonction de prévention (voir chapitre dédié à la consultation de médecine générale).

Enfin, certaines profession, comme les orthoptistes, estimant s'être affranchis de la tutelle des ophtalmologistes, ne souhaitent pas se trouver à nouveau dans ce processus de délégation/transfert de tâches, qu'ils n'ont pas demandé, et qui pourrait instaurer une nouvelle relation de dépendance entre les 2 professions.

Pour ce qui concerne le champ de la médecine générale, n'est-il tout simplement pas nécessaire de clarifier le rôle du médecin généraliste ? Et d'engager une réflexion quant à son niveau et son mode de rémunération ? Fort de leur majorité, les syndicats signataires de la nouvelle convention médicale signée en 2005 ont apporté des éléments sur ce qui leur semble légitime.

Qui plus est, il n'est pas sûr du tout que le transfert de tâche s'accompagne d'une diminution de la charge de travail pour les médecins généralistes. Dans une étude prospective cas-témoins publiée en 2004 réalisée auprès de médecins généralistes, et concernant le suivi de patients atteints de BPCO, d'asthme ou de démence (2), il apparaît que l'infirmière travaille en complément mais non en substitution du médecin. Si la qualité des soins a probablement été améliorée, le nombre de contacts avec un professionnel de santé a été nettement augmenté pour chacune des pathologies concernées. Une revue de littérature menée par les mêmes auteurs pour la période 1966-2002, afin d'évaluer l'efficacité, la qualité de la prise en charge, la satisfaction des patients ainsi que le coût global, de la substitution infirmière/médecin, montre qu'aucune différence notable n'est retrouvée selon que la prise en charge est réalisée par les uns ou les autres, en terme d'indicateurs de santé, d'utilisation des ressources et de coût. Il est noté que les infirmières ont tendance à effectuer des consultations plus longues pour les patients demandeurs de consultations d'urgence, avec un taux de rappel des patients plus important, et une transmission d'informations à ces derniers plus importantes. Les infirmières génèrent une demande de soins, comme les médecins (3).

Ceci est confirmé par un article du CREDES (devenu IRDES) cité par le rapport Berland (4).

Il n'y a donc pas en ce domaine que des obstacles culturels, historiques, mais aussi des interrogations sur le coût, sur l'efficacité réelle, sur les conditions de la mise en application, et plus généralement sur le projet qui sous-tend la réforme. Et ceci prend un sens très politique. Il y a fort à parier que devant l'urgence que crée la démographie médicale en « toupie », des gestes symboliques forts seront mis en scène, qui masqueront mal le manque de vision globale des métiers de santé.

Références :
(1) : « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences », rapport d'étape présenté par Le Professeur Yvon BERLAND en 2003.
(2) : Laurant M et al: " Impact of nurse practitioners on workload of general practitioners : randomised controlled trial." Br Med J 2004; 328: 927
(3): Laurant M et al :« Substitution of doctors by nurses in primary care. », Cochrane Database Syst Rev. 2005 Apr 18
(4): "Efficacité et efficience du partage des compétences dans le secteur des soins primaires, Revue de la littérature 1970-2002",CREDES

Sur ce thème, lire le dossier sur le transfert des compétences du bulletin de l'Ordre des médecins n°2 de février 2004 (www.conseil-national.medecin.fr).

TRAVAILLER EN CLINIQUE PRIVEE

Contrat avec les cliniques
L'Ordre propose des modèles de contrat, conformément aux dispositions du Code de santé publique (art L.4133-9 s.) et au code de déontologie (art. 83 et 91) : *« les contrats d'exercice doivent être écrits et soumis au conseil de l'Ordre. L'Ordre national des médecins propose des modèles de contrats, qui peuvent être adaptés ».*

Les médecins exerçant dans une clinique peuvent opter pour une rémunération salariale, ou être rémunérés en honoraires. Dans ce cas, ils versent une redevance à l'établissement qui les emploie, calculée en pourcentage des honoraires, contrepartie des différents services qui sont rendus par l'établissement aux médecins.

Clauses essentielles du contrat médecin-clinique.
La signature d'un contrat entre un médecin et une clinique peut donner naissance à une relation durable ou bien au contraire précaire. En voici les clauses considérés comme essentielles : la clause **d'exercice privilégié, la durée du contrat, la cessibilité du contrat, la redevance** (correspondant à la mise à disposition des locaux, du matériel et du personnel de l'établissement).

La rédaction d'un contrat écrit pour un praticien qui exerce dans une clinique privée est une obligation légale et déontologique. Le contrat doit être communiqué dans le mois suivant sa signature au Conseil départemental de l'Ordre, qui dispose d'un délai d'un mois pour faire connaître ses observations.

La clause d'exercice privilégié
La Jurisprudence admet la validité d'une telle clause dans la mesure où elle ne porte pas atteinte au libre choix du médecin par le patient et à la liberté pour les autres médecins de l'établissement d'adresser leurs malades au praticien de leur choix. Par cette clause, la clinique s'interdit en principe de faire appel à d'autres médecins de même discipline, sans l'accord du médecin. La clause d'exclusivité garantit au praticien le monopole de l'exercice de sa spécialité dans la clinique ou d'un certain nombre de lits.

En règle générale, elle a pour contrepartie l'engagement du praticien de ne pas exercer dans un autre établissement.
La présence de cette clause assure au médecin une clientèle potentielle tout en bénéficiant d'une sécurité de carrière. De son côté, la clinique est ainsi assurée de la collaboration d'un praticien disponible et compétent.

La durée du contrat : garantit au médecin une certaine stabilité dans ses relations avec la clinique. Le contrat peut être conclu pour une durée déterminée ou indéterminée. Un renouvellement par tacite reconduction peut être conclu. Un contrat conclu pour une durée

indéterminée est résiliable en principe à tout moment par l'une ou l'autre des parties en respectant un préavis fixé dans le contrat.

La cessibilité du contrat : détermine les conditions de transmission du contrat à un successeur au moment de l'interruption d'activité. La disposition peut prévoir que la clinique s'engage à rechercher elle même le successeur, qui indemnisera le médecin cédant.

La redevance : la redevance est la contrepartie du coût supporté par l'établissement au titre des facilités d'exercice qui lui sont procurées.

L'Ordre national propose des contrats-types, qui, comme pour les autres, ne sont pas obligatoires. Vigilance quant aux contrats rédigés par les établissements eux-mêmes, souvent rédigés par les avocats de l'établissement, et donc pas forcément équitables envers les deux parties. Une assistance peut être sollicitée auprès de l'Ordre départemental pour évaluer les répercussions des différentes clauses.

Petit retour sur l'obligation assurancielle :
En ce qui concerne la RCP, l'établissement privé comme le praticien libéral exerçant au sein de cet établissement doivent souscrire un contrat d'assurance. Le praticien engage sa responsabilité pour les actes liés à son exercice, l'établissement étant pour sa part responsable de l'environnement sécuritaire du patient et du personnel qu'il emploie. La jurisprudence a souvent été hésitante entre imputer la responsabilité à l'établissement ou au praticien, notamment concernant les infections nosocomiales. La Cour de cassation a plusieurs fois considérée que le praticien a la même obligation de sécurité/résultats (et non plus seulement de moyen), que l'établissement de santé. La loi du 4 mars 2002 considère désormais que seul l'établissement de santé est responsable concernant les infections nosocomiales (en dehors d'une faute professionnelle).

Cas du médecin salarié du secteur privé
La loi du 4 mars 2002 impose que dans le cadre de l'obligation d'assurance de l'établissement, l'assurance doit prévoir la garantie des salariés qu'il emploie, même si ceux-ci disposent d'une indépendance technique, comme c'est le cas pour les médecins (art. L 1142-2 du Code de santé publique). Il appartient aux médecins salariés du secteur privé de confirmer auprès de l'assurance de l'établissement qu'ils sont bien couverts en RCP pour leur activité au sein de l'établissement.

Enfin, comme nous l'avons déjà précisé, tout contrat conclu entre un médecin et une clinique doit être respecté, même s'il n'est pas transmis à l'Ordre. Cette transmission relève d'une obligation déontologique (article 83). Elle vise à protéger l'indépendance d'exercice des médecins.

Elle s'impose d'ailleurs aux 2 parties, même si l'établissement de soins n'est pas soumis à l'autorité ordinale. Un établissement refusant de livrer au praticien le contrat se rendrait coupable d'une infraction de non-écriture sanctionnée par une amende (article L 4163-10 du CSP).

Référence : bulletin de l'Ordre des médecins n°6 juin-juillet 2004

LE MEDECIN COORDONNATEUR

Depuis mai 2005, du fait de la publication au JO le 28 mai du décret n°2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un EHPAD (établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes) il est imposé : *« Art. D. 312-155-1. - Tout établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I de l'article L. 313-12 doit se doter d'un médecin coordonnateur »*

Ce nouveau texte vient donner un caractère réglementaire à la fonction de médecin coordonnateur, jusqu'alors définie en fonction de l'annexe II de l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le cahier des charges de la convention pluriannuelle tripartite.

Le médecin coordonnateur : *« ...doit être titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie ou de la capacité de gérontologie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou, à défaut, d'une attestation de formation continue. »* (délivrée par des organismes formateurs agréés, programme de formation fixé par arrêté à paraître).

Le médecin coordonnateur exerce les missions énumérées par le décret (11 au total) *« sous la responsabilité et l'autorité administratives du responsable de l'établissement »* (Art. D. 312-155-3) :

- Elabore, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, et coordonne et évalue sa mise en oeuvre ;
- Donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution ;
- Organise la coordination des professionnels de santé salariés et libéraux exerçant dans l'établissement. A cet effet, il les réunit au moins une fois par an. Il informe le responsable de l'établissement des difficultés dont il a, le cas échéant, connaissance liées au dispositif de permanence des soins.
- Evalue et valide l'état de dépendance des résidents ;
- Veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formule toute recommandation utile dans ce domaine et contribue à l'évaluation de la qualité des soins ;
- Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. A cette fin, il élabore une liste, par classes, des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents, et, le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien mentionné à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ;
- Contribue à la mise en oeuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement ;
- Elabore un dossier type de soins ;
- Etablit un rapport annuel d'activité médicale, retraçant notamment les modalités de prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance des résidents ;
- Donne un avis sur le contenu et participe à la mise en oeuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins ainsi que sur le contenu et la mise en place, dans l'établissement, d'une organisation adaptée en cas de risques exceptionnels ;

- Collabore à la mise en oeuvre de réseaux gérontologiques coordonnés, d'autres formes de coordination prévues à l'article L. 312-7 du présent code et de réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 du code de la santé publique.

Précision importante : le médecin coordonnateur d'un établissement ne peut pas en être également le directeur.

Les relations entre le médecin coordonnateur et les médecins libéraux intervenant dans l'EHPAD ne sont pas plus précisées : que se passe-t-il en cas d'urgence, quel regard le médecin coordonnateur peut-il porter sur les prescriptions de ses confrères, notamment si justement elles ne respectent pas les protocoles établis au sein de l'établissement, ou si elles ne sont pas conformes aux « bonnes pratiques gériatriques » ?

Le temps de présence obligatoire n'est pas précisé non plus, ce qui aurait pu donner un caractère opposable au financement alloué au médecin coordonnateur déterminé en fonction de ce temps.

La rémunération de l'activité de ce praticien dépend de la forme juridique de l'établissement concerné (Art. D. 312-155-4) : pour un établissement public, soit à la rémunération d'un praticien attaché ou d'un praticien hospitalier, soit à celle d'un médecin territorial hors classe.
Vers une spécialisation de l'exercice en maison de retraite ?

TRAVAILLER AVEC L'HOPITAL LOCAL

L'hôpital local est le seul exemple d'établissement public de santé en France qui permette aux médecins de 1er recours exerçant en ambulatoire de continuer à soigner leurs patients en cas d'hospitalisation , et de permettre le retour au domicile du patient. Les généralistes assurent ainsi une vraie continuité des soins entre ville et hôpital.

Le décret no 92-1210 du 13 novembre 1992 relatif au fonctionnement médical des hôpitaux locaux et modifiant le code de la santé publique formalise la place des généralistes libéraux au sein de l'hôpital local, mais aussi celle de leurs remplaçants (1). Son article 2 introduit les modifications suivantes au Code de la Santé Publique :

« *Art. R. 711-6-9. - Les médecins généralistes peuvent être autorisés, sur leur demande, à dispenser à l'hôpital local au titre de leur activité libérale des soins de courte durée en médecine et éventuellement des soins de suite ou de longue durée à condition qu'ils s'engagent à:*
1o Respecter le projet d'établissement et le règlement intérieur;
2o Exercer leur activité professionnelle dans une zone géographique, préalablement déterminée par le préfet après délibération du conseil d'administration et avis de la commission médicale d'établissement, leur permettant de participer à la permanence dudit établissement. »

L'autorisation d'exercice est délivrée par le préfet aux médecins généralistes après avis de la CME et du conseil d'administration de l'hôpital. Lorsqu'il s'agit d'un médecin remplaçant le praticien libéral autorisé à exercer dans l'hôpital concerné, et après accord du directeur d'hôpital, le préfet doit être informé du remplacement immédiatement.

« Art. R. 711-6-19. - Les médecins généralistes autorisés perçoivent des honoraires, sur la base de la nomenclature générale des actes professionnels, aux tarifs en vigueur fixés par la convention prévue à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale. Le paiement des actes en C ou en K ne pourra excéder en moyenne:

a) *En médecine: un acte par jour, les deux premières semaines; quatre actes par semaine, au-delà de cette durée;*
b) *En soins de suite: un acte et demi par semaine;*
c) *En soins de longue durée: un demi-acte par semaine.* »

La moyenne des actes est calculée dans tous les cas par rapport à la durée de chaque séjour. Toutefois, si les soins de longue durée sont dispensés pendant un séjour d'une durée supérieure à un an, la moyenne est calculée sur la période des douze mois précédents.
Les honoraires sont fixés à 85% de la valeur de l'acte. Sur ces honoraires est due à l'établissement une redevance de 10% (5% étant affectés à l'amélioration de l'équipement et 5% à l'amélioration des conditions de fonctionnement).

Les **modalités pratiques du règlement des honoraires** sont exposées à l'article R. 711-6-20 : « *Chaque médecin généraliste autorisé établit un état mensuel indiquant les soins dispensés à chaque malade et le transmet, accompagné des feuilles de soins correspondantes, au directeur de l'établissement. Ce dernier adresse, pour chaque malade hospitalisé en médecine ou en soins de suite, ce relevé à l'organisme qui prend en charge ce malade. Le directeur adresse par ailleurs à chaque malade assujetti au ticket modérateur le relevé des sommes qu'il lui incombe d'acquitter. Il adresse également au malade qui ne bénéficie d'aucune prise en charge le relevé de l'intégralité des sommes dues. Au vu de ces relevés, les organismes de prise en charge et, le cas échéant, les malades eux-mêmes versent directement aux médecins les honoraires qui leur sont dus. Pour les actes effectués en soins de longue durée, les honoraires sont versés par l'établissement dans le cadre du budget approuvé. Le directeur établit un titre de recette correspondant au montant de la redevance due par chaque médecin. »*

Le décret n° 2002-786 du 3 mai 2002 relatif au fonctionnement des hôpitaux locaux et modifiant le code de la santé publique et par son rectificatif (publié au J.O. n°132 du 8 Juin 2002) officialise la participation des généralistes des hôpitaux locaux à l'ensemble des missions qui se sont imposées aux hôpitaux (comité de sécurité transfusionnelle, comité du médicament, comité de lutte contre les infections nosocomiales,…).
L'hôpital local verse aux médecins généralistes libéraux autorisés à intervenir en son sein une **indemnisation forfaitaire** représentative de la perte de revenus occasionnée pour la participation à ces réunions.

Référence : (1) : Prescrire « Hôpital local : implication des médecins généralistes », n°238 avril 2003, page 304.

TRAVAILLER A L'HOPITAL

Par la souplesse de son emploi du temps, le statut de remplaçant en médecine libérale permet également de concilier une activité à temps partiel à l'hôpital. Pourquoi parler de l'hôpital dans un guide du remplaçant en exercice libéral ? Parce que nous considérons que la médecine générale s'enrichit de toutes les expériences. Parce que la compétence du médecin généraliste est recherchée à tous les échelons de la prise en charge des patients, et qu'un exercice libéral n'exclut pas une activité diversifiée. Parce que les carrières de médecin généraliste, comme dans d'autres professions, ne doivent plus être considérées comme « linéaires » durant tout l'exercice : mobilité dans le temps, mobilité géographique. L'évolution sociologique fait qu'un médecin sera très certainement amener à exercer de manière différente durant sa carrière. Et c'est tant mieux, car l'offre doit aussi pouvoir s'adapter à la demande. D'ailleurs, ne pas vouloir le voir c'est nier une réalité sociologique qui existe déjà (cf. infra).

Comment et où exercent les médecins généralistes ?

Parmi les 95 000 médecins omnivalents en exercice au 1er janvier 2000, 22 000 ont des « modes d'exercice particuliers » ou des « orientations complémentaires » définis par la DREES (1).

17 000 (17,8%) d'entre les 95 000 ont une capacité ou se sont vu reconnaître une compétence particulière ne les faisant pas rentrer dans le rang des spécialistes par l'Ordre. On peut les ranger en 2 groupes. Ainsi, 8 593 (9%) exercent la médecine du sport (soit 68,5% des 8593 médecins), la gérontologie (10,9%), la médecine d'urgences (5,4%), et d'autres disciplines telles que la médecine tropicale, la médecine de catastrophe,…Ils exercent aussi souvent en libéral que les généralistes sans orientation complémentaire, et 27% exercent exclusivement en tant que salariés.

3 000 médecins exercent des disciplines plus « éloignées » de la médecine générale comme l'angéiologie (59,3%), l'allergologie (26,6%), la médecine légale (9,2%), la nutrition-diabétologie (4,9%). La proportion de femmes y est importante (46%).

Le 3ème groupe est reconnu par l'Ordre comme exerçant une spécialité, telle que la médecine du travail (51,1%), des spécialités médicales (pédiatrie, anesthésie,…) voire chirurgicales (11,6%) ! Dans ces disciplines, le médecin exerce comme spécialiste sans détenir la qualification, situation qui peut sembler paradoxale mais qui tient aux réformes antérieures du cursus médical. Ce groupe comporte 5 266 médecins (soit 5,2% du total des 95 000 médecins). Leur moyenne d'âge est généralement supérieure à celle des autres groupes pour les raisons énoncées ci-dessus.

Parmi les 78 222 médecins n'ayant pas d' «orientations complémentaires» selon la DREES, on retrouve les homéopathes et des acupuncteurs. Ils sont environ 5 000.
Parmi le « noyau dur » des 73 000 généralistes, il est à signaler que 27% ont une activité salariée (dont près de 50% de femmes pour ceux qui exercent à l'hôpital, avec une proportion de femmes qui augmente quand l'âge diminue), et 7% ont une activité mixte, libérale et salariée. Leur répartition est inégale selon les régions (cf. chapitre démographie médicale).
Si l'étude citée n'explore pas les motifs qui ont orienté les choix de carrière, force est de constater que le paysage de l'exercice de la médecine générale est beaucoup plus diversifié qu'on pourrait le penser.

Référence : (1) : « Les médecins omnipraticiens au 1er janvier 2000 », Etudes et résultats n°99 janvier 2001, DREES.

Quels statuts ?

Les statuts des médecins hospitaliers « seniors » peuvent être regroupés en plusieurs catégories. Mettons d'emblée de côté les statuts correspondants aux médecins universitaires : professeurs d'université-praticiens hospitaliers (PU-PH), maîtres de conférence universitaire-praticien hospitalier (MCU-PH) et chefs de clinique (CCA), qui sont bi-appartenants, c'est à dire relevant à la fois du ministère de l'éducation nationale, pour la partie correspondant à la mission d'enseignement universitaire et de recherche, et du ministère de la santé pour la partie de leur exercice recouvrant le soin. Néanmoins, la médecine générale étant désormais reconnue, au moins dans les textes, comme une spécialité à part entière, il y a fort à parier, et c'est souhaitable, qu'un jour naîtront les premiers « CCA en médecine générale ».

Le terme de praticiens « non-U » recouvre en fait plusieurs statuts. Ces derniers constituent l'essentiel des médecins travaillant à l'hôpital, aussi bien CHU que Centre Hospitalier Général. Ainsi coexistent les statuts de :

- Praticien hospitalier (temps plein, mi-temps, contractuels)
- Assistant
- Praticien attaché (temps plein, mi-temps)

Les praticiens hospitaliers temps plein (PHTP) bénéficient d'un statut élaboré par le décret n°84-131 du 24 février 1984. Ce statut a été maintes fois modifié. Ils sont nommés par le ministre, et la gestion de leur carrière relève directement de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS), qui est en quelque sorte l' « administration centrale » de l'ensemble des hôpitaux français. Leur recrutement se fait par concours, de type 1 (simple entretien), ou de type 2 (épreuves écrites + entretien), selon leur parcours antérieur et les titres acquis (les anciens CCA sont soumis au concours type 1).

Les **modalités du concours** sont précisées notamment dans l'arrêté du 24 mai 2000 (modifiant l'arrêté du 28 juin 1999 modifié relatif à l'organisation du concours national de praticien des établissements publics de santé). Les conditions d'inscription au concours précisées dans le décret no 99-517 du 25 juin 1999 (organisant le concours national de praticien des établissements publics de santé) : il faut notamment avoir occupé le poste d'assistant pendant 2 ans pour pouvoir se présenter au concours quand on est médecin généraliste (exemple des urgences, pour lesquelles il faut être titulaire de la capacité de médecine d'urgence). Il est à signaler que **la psychiatrie** fait l'objet de dispositions dérogatoires ouvrant la spécialité aux généralistes moyennant conditions précisées dans l'annexe de l'arrêté du 24 mai 2000.

Le recrutement se fait en fait le plus souvent durant le cursus antérieur, par cooptation des équipes médicales où les praticiens sont attendus. Le décret n°85-384 du 29 mars 1985 portant statut des praticiens exerçant leur activité à temps partiel dans les établissements publics de santé autorise l'activité à temps partiel. Certaines dispositions de ce décret ont été modifiées par le décret n° 2003-863 du 5 septembre 2003 (publié au JO du 9 septembre 2003). Ainsi, il est possible à ces praticiens d'exercer une activité libérale à temps partiel.

Le décret n°93-701 du 27 mars 1993 autorise les établissements publics de soins à recruter des praticiens hospitaliers contractuels (PHC). L'esprit initial du texte était de permettre aux établissements de recruter des médecins pour des « remplacements » temporaires, par période 6 mois, et pour un maximum de 2 ans. L'item n°6 du décret prévoit des dérogations aux limites maximales d'embauche des PHC dans le cadre de missions spécifiques, dont la liste est définie par arrêté (cf. infra). En pratique, cette disposition permet de recruter des médecins sur des postes dont l'avenir est incertain, mais selon une grille de salaire plus attractive que celle des assistants. Cette grille est « plafonnée », ne pouvant excéder le 4ème échelon du statut de PH, éventuellement majorée de 10%. De plus, l'inscription sur la liste d'aptitude des PH n'est pas obligatoire, ce qui ouvre les postes à des médecins ne passant pas le concours. Il s'agit donc d'une position d'attente…qui peut durer. Le recrutement est réalisé par le directeur de l'établissement, après avis du chef de service et de la CME. Le temps partiel est également possible dans le cadre du statut PHC.

L'instruction DHOS/M n° 2000-471 du 15 septembre 2000 relative aux modalités d'application, pour les **structures d'urgences**, de l'arrêté du 29 décembre 1999 (relatif aux missions mentionnées nécessitant une technicité et une responsabilité particulières mentionnées au 6° de l'article 2.1 du décret n° 93-701 du 27 mars 1993 relatif aux praticiens contractuels des établissements publics de santé), vient préciser pour ceux qui ont une compétence particulière en médecine d'urgence, les conditions d'application du statut PHC (bénéfice aux seuls titulaires de la CAMU ou CMU, contrats de 3 ans, définition du temps de travail minimal hebdomadaire pour le temps partiel).

Les assistants ont un statut défini par le décret n°87-788 du 28 septembre 1987, de nombreuses fois modifié. Le décret n° 2002-1423 du 6 décembre (publié au JO du 8 décembre 2002) est sans doute le plus déterminant, fixant notamment le temps de travail hebdomadaire, le repos de sécurité, les congés auxquels la fonction ouvre droit. L'assistanat à temps partiel est possible. Les assistants sont généralistes ou spécialistes, et… « assistent » le chef de service. Ce statut constitue un tremplin vers la carrière de PH. Au titre des « services rendus », l'assistant marque des points déterminants pour la partie orale du concours de PH. Le recrutement ce fait localement par contrat passé avec le directeur de l'établissement, pour une durée minimale de 1 an. Afin de favoriser le recrutement de médecins, une **prime** a été mise en place par l'arrêté du 30 août 2002 (« fixant le montant et les modalités de versement de la prime prévue à l'article 11-2 du décret no 87-788 du 28 septembre 1987 relatif aux assistants des hôpitaux », publié au JO du 3 septembre 2002), pour des contrats de 2 ou 4 ans, au moment du recrutement, ou du renouvellement du contrat.

Nous allons détailler un peu plus le statut des attachés, qui est en fait la modalité la plus souple permettant à des médecins libéraux, à des généralistes remplaçants, de garder un pied à l'hôpital, de diversifier leur activité.

Les praticiens attachés et attachés associés ont la possibilité d'exercer à temps plein, et alors ils s'engagent à consacrer la totalité de leur temps de travail à l'établissement employeur, ou à temps partiel. Ils peuvent travailler dans plusieurs services d'un même hôpital ou de plusieurs hôpitaux. Leur temps de travail effectif est de 1 à 10 demi-journées hebdomadaires, pour un maximum de 48 heures/semaine (temps de travail maximal légal). Ils bénéficient des mêmes dispositions statutaires que les médecins assistants (participation à la permanence des soins, repos de sécurité, astreintes,…). Leur statut est défini par le décret n° 2003-769 du 1er août 2003 relatif aux praticiens attachés et praticiens attachés associés des établissements publics de santé (publié au J.O n° 184 du 10 août 2003), qui précise :

« Les praticiens attachés et praticiens attachés associés sont recrutés pour un contrat d'une durée maximum d'un an, renouvelable dans la limite d'une durée totale de 24 mois. Lorsque, au terme de chaque contrat, la relation de travail n'est pas poursuivie, le praticien attaché ou praticien attaché associé a droit, à titre de complément de rémunération, à une indemnité destinée à compenser la précarité de sa situation. » .

Cette dernière est définie par l'arrêté du 21 octobre 2003 (relatif à l'indemnité de précarité prévue à l'article 12 et à l'indemnité différentielle mentionnée à l'article 13 du décret n° 2003-769 du 1er août 2003 relatif aux praticiens attachés et praticiens attachés associés).
Le même décret précise les conditions d'avancement dans la grille de salaire fixée par arrêté. Il est également précisé qu'en cas de changement d'établissement, **cette ancienneté peut être prise en compte par le nouvel établissement employeur**.

Ils bénéficient de congés annuels, au prorata du temps de présence, à un congé formation pour ceux qui effectuent au moins 3 demi-journées hebdomadaires.
Ils bénéficient également depuis la publication au JO du décret n°2005-1422 du 17 novembre 2005 à un **congé au titre de la RTT** sans obligation de présence minimale de service (avant ce décret, les congés RTT n'étaient ouverts qu'à partir de 5 demi-journées de travail/semaine). Ce droit aux congés au titre de la RTT est calculé au prorata temporis des obligations de service hebdomadaires. Ces congés sont fractionnables. **Cette disposition est rétroactive au 1er avril 2005 !** Le même décret permet aux praticiens attachés de bénéficier des dispositions Compte Epargne Temps.

En revanche, ils n'ont droit à un congé maladie de 3 mois qu'après avoir effectué 1 an de travail, et si leurs obligations hebdomadaires sont d'au moins 3 demi-journées hebdomadaires **dans le même établissement**.

La circulaire DHOS/M2/2003/N°462 du 1er octobre 2003 (relative à la mise en oeuvre du nouveau statut des praticiens attachés et praticiens attachés associés des établissements publics de santé, conformément aux dispositions du décret n°2003-769 du 1er août 2003) avait précisé un certain nombre de points parfois litigieux, qui sont désormais clarifiés, et renforcés par le décret cité.

Le temps de travail à l'hôpital

Sa réforme a résulté essentiellement d'une obligation européenne posée par la directive n°93-104 du 23 novembre 1993 fixant les prescriptions minimales de sécurité et de santé concernant l'aménagement du temps de travail, et de la mise en route de la réforme « 35 heures ». **Les médecins étaient initialement exclus de cette disposition**. Elle fixe les durées du temps de repos journalier, de la durée maximale du temps de travail hebdomadaire (heures supplémentaires inclues). L'arrêt de la Cour européenne de justice du 3 octobre 2000 concernant le ministère de la province espagnole de Valence contre un syndicat de médecins hospitaliers, a rendu cette disposition applicable au personnel médical (le temps de garde doit être considéré comme du temps de travail effectif !). Ceci a aboutit à un protocole d'accord entre le gouvernement français et les syndicats de médecins hospitaliers le 22 octobre 2001, concrétisé dans l'arrêté d'application du 30 avril 2003 et la circulaire DHOS/M2/2003 n°219 du 6 mai 2003. C'est durant cette période charnière que différentes réformes statutaires ont concernées les assistants et les attachés, devenus « praticiens attachés ». Il est à noter que les dispositions concernant la limitation du temps de travail médical et le repos de sécurité ne s'appliquent toujours pas aux CCA et autres personnels dits « bi-appartenants » dont nous avons déjà parlé.

Quelle rémunération ?

L'arrêté du 4 juillet 2005 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé donne les montants des émoluments pour chaque catégorie de médecins :

Assistants des hôpitaux (décret n°87-788 du 28 septembre 1987 modifié) au 1er juillet 2005 (montants bruts annuels):

Assistants généralistes :
1ère et 2ème années : 26 349,58 euros
3ème et 4éme année : 30 346,37 euros

Assistants spécialistes :
1ère et 2ème années : 30 346,37 euros

Prime d'engagement à exercer à temps plein :
Pour une période de 2 ans : 5 110,78 euros
Pour une période de 4 ans : 10 221,55 euros
Indemnité pour activité exercée sur plusieurs établissements (brut mensuel) : 398,80

On calcule ainsi un **taux horaire** pour un assistant généraliste 1er échelon de :
26 349,58 / 52 semaines / 48 heures hebdomadaires = 10,55 euros bruts.

Praticiens attachés (pour 10 demi-journées) (décret n°2003-769 du 1er août 2003) (montants bruts annuels):

1er échelon : 33 036,23 euros
2ème échelon : 30 346,37 euros
3ème échelon : 33 036,23 euros
Indemnité pour activité exercée sur plusieurs établissements de santé : 398,80

Soit un **taux horaire** pour l'attaché 1er échelon de :
33 036 / 52 semaines / 48 heures hebdomadaires = 13,23 euros bruts.

Internes et résidents en médecine (décret n°99-930 du 10 novembre 1999 modifié) (montants bruts annuels):
Interne de 5ème année : 24 308,86 euros
Interne de 4ème année : 24 308,85 euros

Que penser de tout ceci ?

Ces différents statuts permettent aux médecins qui le souhaitent de garder un pied à l'hôpital tout en effectuant des remplacements en médecine de ville. Tout est une question d'organisation. La réforme du temps de travail médical a abouti à la création de postes supplémentaires. Malheureusement, ces postes mais également les statuts proposés pour les occuper, sont bien souvent entachés de **précarité**, et au regard des obligations statutaires à réaliser (temps de travail de 48 heures/semaine), proposent une rémunération on ne peut plus…dissuasive (cf. rémunération horaire).

Mais également si l'on considère les années d'études consenties, et le niveau de formation complémentaire demandé (l'obtention de capacités est souvent requis). On comprend mal cette obstination des hôpitaux publics, cette attitude ambivalente à exiger de ses médecins un niveau de compétence toujours supérieur, qui semble légitime, mais à vouloir la payer au moindre coût, et surtout sans perspective de carrière. Ainsi, les dispositions statutaires concernant les praticiens attachés en terme de protection sociale (rien en dessous de 3 demi-journées), ainsi que la grille des émoluments n'incitent pas à venir travailler à l'hôpital, qui argue souvent de contraintes budgétaires pour ne pas faire évoluer les postes. Pourtant, on vous explique que ceci est l'aboutissement d'efforts considérables (renforcement du statut des attachés), et que des revalorisations de près de 20% ont été consenties pour certaines catégories de praticiens ! Certes, mais le problème c'est que l'on part de bien bas, la rémunération de base d'un assistant étant quasiment celle d'un interne dernier semestre. Enfin, il n'est pas rare que l'on soit embauché sans même avoir croisé le directeur du personnel médical, et sans avoir signé de contrat de travail avant la prise de fonction effective. Quant au management lui-même, à la gestion des équipes médicales et au recrutement, ils semblent peu dynamiques au regard des besoins qui se feront vite pressants.

Comment expliquer un tel manque de volonté politique de s'assurer de manière pérenne ces adjoints aux PH temps-pleins indispensables au fonctionnement des hôpitaux ? Peut-on considérer (naïvement ?) comme certains auteurs que : « L*'attaché, le plus souvent médecin libéral par ailleurs, trouvait son compte surtout dans le fait de pouvoir continuer, en demeurant ponctuellement à l'hôpital, à se tenir informé des progrès de la médecine dans sa spécialité; une sorte de fenêtre sur l'innovation médicale. De plus, après une certaine ancienneté, ces praticiens libéraux pouvaient sur leur plaque utiliser la mention : « praticien attaché des hôpitaux de … », ce qui est d'un bon effet* » (1).

C'est considérer que l'innovation et l'excellence sont inhérentes à l'hôpital, ne peuvent être qu'intra hospitalières, mais c'est surtout condamner toute revendication salariale à recevoir le qualificatif de préoccupation vulgaire face à la fonction quasi messianique et sacrificielle du médecin. Sans doute mise-t-on sur l'embauche de médecins étrangers maintenus dans des statuts précaires type Faisant Fonction d'Interne pour assurer les missions de service public.

Références :
(1) : « Les statuts des agents des hôpitaux en 100 questions », A. Kientzy-Laluc, P. Blemont, collection les guides ressources humaines de la Gazette, éditions le Moniteur.
Les textes du Journal Officiel sont consultables sur : http://admi.net/jo/index.phtml

COMPLETER SA FORMATION INITIALE : CAPACITES, DU ET DIU

On distingue les D.U., Diplômes d'Université et les D.I.U., Diplômes Interuniversitaires.
Ce ne sont pas des diplômes nationaux : ils sont internes à l'université où ils sont enseignés. Ils figurent dans l'article L.613.2 du code de l'Education. On les retrouve parfois sous leur ancien nom de Certificat d'Université (C.U.).

Le D.U. est déposé, enseigné et évalué dans une seule Université.
Le D.I.U. est, lui, organisé en commun par plusieurs Facultés, issues d'Universités différentes, selon un programme commun.

D.U. ou D.I.U., ils doivent leurs créations à un vote du Conseil d'Université.
Les établissements ne reçoivent aucun fonds de l'Etat pour le fonctionnement de ces diplômes qui fonctionnent donc sur fonds propres. Ils sont essentiellement destinés à des étudiants à partir du 3ème cycle et des professionnels de santé, dans le cadre de leur formation permanente.
Les D.U. et D.I.U. sont d'une ampleur très variable, tant dans leur extension géographique (certains sont presque nationaux), que dans les exigences de leur programme.
Actuellement il en existe des milliers en France, car leur création épouse les progrès de la médecine. Certains naissent et disparaissent chaque année.

Ils ne sont que **rarement reconnus par l'Ordre des Médecins**, du fait des risques de confusion de leur titre avec celui de diplômes nationaux, et du fait de leur diversité. Conformément aux articles 79, 80 et 81 du Code de déontologie médicale, il appartient au Conseil National de l'Ordre de **fixer la liste des titres que le médecin peut mentionner sur sa plaque**, ses feuilles d'ordonnances ou dans un annuaire professionnel (1).

Pourtant, la nouvelle procédure d'évaluation des pratiques professionnelles leur reconnaît un place importante puisqu'ils permettent d'obtenir 100 crédits (cf. chapitre « FMC, comment remplir ses obligations »).

Il en est autrement des capacités médicales.
Les conditions d'accès, la liste des capacités médicales, les conditions de validation sont fixées par l' arrêté du 29 avril 1988 («fixant la réglementation et la liste des capacités de médecine »). Cet arrêté a été modifié plusieurs fois, par exemple par l'arrêté du 14 novembre 2003 pour ce qui concerne la capacité en médecine de santé au travail et de prévention des risques professionnels, ou l'arrêté du 3 juin 1998 qui transforme la Capacité d'Aide Médicale Urgente (CAMU) en Capacité de Médecine d'Urgence (CMU). Un arrêté en date du 10 janvier 2000 crée la capacité de pratiques médico-judiciaires.

Le programme et le volume horaire de la formation théorique ainsi que les obligations de formation pratique sont fixés, pour chaque capacité, par un arrêté complémentaire.
Seuls peuvent être admis à s'inscrire pour suivre l'enseignement des capacités de médecine les médecins ayant validé la totalité de leur cursus. Il faut donc être thésé. L' inscription en

vue de la préparation d' une capacité est subordonnée à la réussite à un examen probatoire comportant des épreuves écrites et un entretien.
Le programme pédagogique est variable selon les capacités, s'étalant sur 1 ou 2 ans généralement. Ceci représente un investissement en temps important, mais permet aussi aux médecins généralistes de compléter leur formation, ou de réaliser une reconversion professionnelle.

Référence : www.conseil-national.medecin.fr, rubrique « devenir médecin »
(1) : cette liste mise à jour en date de juillet 2005, intitulée « Titres universitaires et honorifiques autorisés sur les plaques et ordonnances » peut être consultée sur le site de l'Ordre national à la rubrique « Qualification et droit au titre ».

CHANGER DE SPECIALITE

Les médecins ayant débuté leurs études de médecine après la réforme de 1983 ne pouvaient jusqu'alors pas changer de spécialité. Les médecins à diplôme étranger ainsi que les médecins dits d' « ancien régime » (avant 1983) avaient accès à des **Commissions de qualification** leur permettant de changer d'orientation en cours de carrière.

Le décret n° 2004-252 du 19 mars 2004 relatif aux conditions dans lesquelles les docteurs en médecine peuvent obtenir une qualification de spécialiste, publié au JO du 21 mars 2004, **permet désormais à tous de changer de spécialité**.

Cette compétence relève de l'Ordre des médecins (article 2) au sein duquel existe une « Commission des qualifications » constituée par spécialités.

L'article 3 du décret précise : « *Pour obtenir cette qualification de spécialiste, le médecin doit justifier d'une formation et d'une expérience qui lui assurent des compétences équivalentes à celles qui sont requises pour l'obtention du diplôme d'études spécialisées ou du diplôme d'études spécialisées complémentaire de la spécialité sollicitée.* »

L'Ordre départemental s'assure de la recevabilité du dossier et le transmet à la Commission nationale de la spécialité compétente, qui rend un avis technique.
Elle peut aider le demandeur à compléter sa formation en suivant tel DU ou stage. Ainsi, la Commission nationale a aussi une fonction de pilotage.

La décision finale est prise par le Conseil de l'Ordre départemental après avis de la Commission nationale.
La composition des Commissions, la procédure d'examen des dossiers et la liste des spécialités sont fixées par l'arrêté du 30 juin 2004 portant règlement de qualification des médecins, publié au JO le 31 juillet 2004.

Extraits de l'arrêté du 30 juin 2004 portant règlement de qualification des médecins (*Journal officiel* du 31 juillet 2004) :
« *Art. 1er. - Sont reconnus qualifiés les médecins qui possèdent l'un des documents suivants :*
1. Le diplôme d'études spécialisées ;
2. Le diplôme d'études spécialisées complémentaire, dit du groupe II qualifiant ;
3. Le document annexé au diplôme de docteur en médecine sur lequel il est fait état de la qualification en médecine générale ;
4. Le certificat d'études spéciales ;
5. La décision de qualification en médecine générale prononcée par le Conseil national de l'ordre des médecins pour les médecins ayant obtenu le diplôme d'Etat de docteur en médecine avant le 1er janvier 1995.

A défaut de la possession des diplômes ci-dessus mentionnés, sont prises en considération les formations et l'expérience dont se prévaut l'intéressé. Celles-ci seront appréciées dans les conditions prévues aux articles 2 à 8 du présent règlement.

Art. 10. - Les diplômes, certificats et autres titres de médecin et de médecin spécialiste délivrés conformément aux obligations communautaires et faisant l'objet d'une reconnaissance mutuelle au sein des Etats membres de l'Union européenne, de la Confédération suisse et des Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen figurent sur une liste de diplômes établie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur.
Lors de leur demande d'inscription au tableau de l'ordre, les ressortissants des Etats membres de l'Union européenne et de la Confédération suisse ou parties à l'Espace économique européen doivent communiquer, notamment, leur diplôme, certificat ou autre titre de médecin ou de médecin spécialiste, accompagné d'une attestation délivrée par les autorités compétentes du pays d'origine ou de provenance certifiant que le bénéficiaire a rempli toutes les conditions de formation prévues par les obligations communautaires. »

Ainsi, les médecins généralistes sont titulaires d'un **diplôme omnivalent**. L'article 70 du Code de déontologie impose que « *tout médecin est, en principe, habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement* ». Un généraliste peut ainsi théoriquement pratiquer des actes de chirurgie, tant que ces derniers ne dépassent pas sa compétence, et donc ne mettent pas la vie de son patient en danger (disposition déontologique). Si en son âme et conscience il décide (sauf circonstances exceptionnelles) d' « *entreprendre ou de poursuivre des soins, de formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses compétences, son expérience et les moyens dont il dispose* » (art. 70), et que ces derniers ont des conséquences préjudiciables à son patient, sa responsabilité civile, voire pénale, peut être engagée.

Référence : textes du journal officiel : www.admi.net/jo

Reconversion professionnelle : l'exemple de la médecine du travail

La loi de modernisation sociale n° 2002-73 du 17 janvier 2002 sur la validation des acquis de l'expérience (VAE) permet à un médecin ayant exercé depuis 5 ans de devenir médecin du travail, à condition d'avoir obtenu une capacité en médecine du travail et de prévention des risques professionnels.

Le décret paru au JO le 26 mai 2005 précise le contenu de la formation suivie. D'une durée de 2 ans, elle comporte notamment 3 semestres de stage dans un service de médecine professionnelle et préventive, et d'un semestre dans un service hospitalo-universitaire.
Le médecin peut percevoir une indemnité versée par la CNAMTS, liée à l'abandon de son activité antérieure, plafonnée à 5 000 euros, en début et en fin de formation.
Le médecin est rémunéré pendant la durée de la formation par l'établissement où il effectue sa formation pratique. En contrepartie, le médecin s'engage à pratiquer dans un service de médecine professionnelle et préventive pendant au moins 4 ans.

Références : www.legifrance.gouv.fr et : www.cisme.org (= centre inter services de santé et de médecine du travail en entreprise).

Reconversion professionnelle : la médecine d'urgence, la gériatrie

Ces deux disciplines acquièrent peu à peu le rang de spécialités à part entière.
Auparavant enseignées dans le cadre de capacités, comme la médecine du sport, l'allergologie…elles deviennent des Diplômes d'Enseignement Spécialisé Complémentaires, dont la liste est fixée par arrêté. Selon l'article 25 du décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 concernant l'organisation du 3ème cycle des études médicales :

Les DESC de type 1 permettent une hyper spécialisation, tout en conservant le titre de généraliste, et durent 2 ans.
Les DESC de type 2, d'une durée de 3 ans, ouvrent droit à la qualification de spécialiste correspondant à l'intitulé du diplôme. C'est le cas par exemple du DESC de Gériatrie, DESC de type 1, et qui par un arrêté du 12 février 2004 (publié au Bulletin officiel de l'enseignement supérieur du 18 mars 2004), est devenu DESC de type 2.

Pour pouvoir s'inscrire en vue de la préparation d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires du groupe II, les internes doivent avoir effectué, au plus tard avant la fin du cinquième semestre de l'internat, un semestre spécifique à ce diplôme (article 28 du décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 sur l'organisation du 3ème cycle des études médicales).
« Pour obtenir un diplôme d'études spécialisées complémentaires, les candidats doivent :
1. Etre titulaires d'un diplôme d'études spécialisées donnant accès au diplôme d'études spécialisées complémentaires postulé ;
2. Avoir satisfait aux conditions exigées pour la validation des diplômes d'études spécialisées complémentaires telles que fixées par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé ;
3. Avoir effectué au cours de l'internat :
- pour les diplômes d'études spécialisées complémentaires du groupe I, deux semestres de fonctions, sauf dérogation dûment justifiée accordée par le coordonnateur ;
- pour les diplômes d'études spécialisées complémentaires du groupe II, quatre semestres de fonctions. »

Se pose pour les titulaires de la qualification en médecine générale, c'est à dire ceux qui ont connu le résidanat, le **problème de l'équivalence de leur diplôme avec l'actuel DES de médecine générale**, et donc de l'accès aux DESC, théoriquement impossible.
Ceci risque de poser un réel problème dans un contexte démographique tendu. Le mouvement de reconnaissance universitaire de disciplines jusqu'alors ouvertes à de nombreux médecins risque de les enfermer dans un statut rigide d' « appellation contrôlée », sur laquelle on se reposera pour justifier des politiques de recrutement et d'évolution des carrières (2 poids, 2 mesures), alors que les besoins devraient autoriser à une plus grande « mobilité » entre disciplines.

Ainsi, la médecine générale a acquis le statut de spécialité en vertu du décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales (publié au JO du 18 janvier 2004). Le décret instaure le nouvel examen national classant (ECN), qui remplace le concours de l'internat. Ce décret instaure le DES de médecine générale. Les médecins ayant terminé leur cursus avant 2004 restent titulaires de la qualification en médecine générale, mais ne sont pas titulaires du DES. Ils n'ont ainsi théoriquement pas accès aux DESC, les empêchant de se « reconvertir ». Or on peut imaginer que la « politique de recrutement » des Commissions de qualification dont nous avons parlé plus haut, peut varier au cours du temps.

7) Et finalement, pourquoi pas s'installer ?

Du fait des tensions démographiques qui s'annoncent, surgissent régulièrement les imprécations d'un certain nombre d'acteurs du système de santé visant à remettre en cause la liberté d'installation. Ces derniers arguent de la nécessité d'un égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire, et d'un système de santé socialisé impliquant de nécessaires contreparties de la part du corps médical.

A ce jour, la liberté d'installation est encore garantie, en France. Le secrétaire général de la CFDT, le président de la Mutualité Française, le secrétaire national protection sociale de l'Union Nationale des Syndicats Autonomes, invoquaient la nécessité d'ouvrir le débat sur la liberté d'installation en décembre 2005 lors du colloque « La santé demain ». Ces derniers, qui ne proposent finalement pas grand chose d'autre que le gourdin, trouvent un écho dans les rangs même de certains syndicats médicaux, soucieux de s'assurer des reprises de clientèles lucratives, ou de ténors de partis politiques en mal d'électorat dans la course élyséenne. Ils n'hésitent pas à faire preuve de démagogie en brandissant l'épouvantail de la coercition en matière d'installation.

Parmi tous ces nostalgiques de la planification à la mode soviétique, peu semblent prendre en compte la somme des contraintes qu'ont déjà subis les jeunes médecins, la longueur du cursus, et les aspirations et problématiques spécifiques de l'installation en libéral. S'il n'est pas possible de faire abstraction des contraintes santé publique, c'est d'aménagement du territoire qu'il faut parler. Parmi les mesures invoquées, on retrouve l'obligation d'un exercice en zone sous-médicalisée avant une installation libre, la possibilité d'un conventionnement sélectif (modulation de la prise en charge des cotisations sociales voire des remboursements des actes effectués selon les secteurs).

Certaines ont déjà été mises en place dans d'autres pays, comme le Québec ou la Suisse, avec des résultats plus qu'aléatoires…Tous ces leaders ont-ils oublié, dans la défense des prérogatives que leur ont confiées leurs électorats, ce que les gourmands ne peuvent eux chasser de leur esprit : plus on appuie sur le millefeuille, plus la crème déborde sur les côtés ? Nous vous renvoyons à la lecture du chapitre « démographie médicale » du guide.

On sait que les généralistes s'installent de plus en plus tard (+5ans entre 1979 et 2001), en partie dû à l'allongement du cursus médical, mais que leur niveau d'activité augmente plus vite qu'auparavant, avec un niveau moyen de 6000 actes/an (1). 1 médecin sur 5 arrête sa carrière libérale dans les 18 premières années d'exercice.

Qu'est-ce qui motive les médecins à s'installer ? Selon une étude de l'URCAM Ile de France (2) menée par questionnaire fermé auprès de 357 médecins primo-installés entre 2000 et 2001, et composée de généralistes (40%) et de spécialistes (60%), le 1er motif invoqué est tout simplement la proposition d'une installation. Puis viennent ensuite la présence du conjoint dans la région, la région d'origine, l'environnement technique. Les motifs familiaux (présence du conjoint, région d'origine, autres motifs familiaux) sont prépondérants chez les femmes par rapport aux hommes.

Nous allons nous intéresser aux quelques dispositions constructives, incitatives, qui ont vocation à encourager les installations plutôt qu'à les dissuader. « La Santé demain ? »…avec nous ?

Référence : (1) : « Evolutions de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001)», Questions d'économie de la santé, Bulletin d'information en économie de la santé n°81, avril 2004, CREDES.
(2) : « Enquête sur les motifs d'installation des médecins libéraux », URCAM Ile de France, mars 2002, consultable sur : www.urcamif.assurance-maladie.fr

AIDES A L'INSTALLATION

Pourquoi aborder ici le chapitre des aides à l'installation alors qu'un guide du SNJMG lui est spécialement dédié ?
Parce que les mois derniers ont vu la naissance de quelques dispositions innovantes en matière d'installation libérale, et qu'il nous a paru utile de vous les rapporter sans attendre la nouvelle édition du guide.

Moratoire concernant la consultation hors coordination pour les jeunes installés :

Sous l'impulsion du SNJMG, il a été obtenu que les médecins primo-installés, pénalisés par la mise en place du parcours de soins coordonnés qui verraient leurs nouveaux patients ayant déjà quasiment tous un médecin traitant désigné moins bien remboursés pour les consultations effectuées (car accès hors coordination), bénéficient d'un moratoire de 5 ans durant lesquels ces dispositions ne s'appliqueront pas. Le SNJMG a milité pour que cette durée soit plus longue, puisqu'au terme de ces 5 ans, le même problème se posera aux nouveaux installés. La loi de financement le la Sécurité Sociale (PLFSS) pour 2006 a acté le dispositif du moratoire le 23 novembre dernier. Encore faut-il que ceci soit médiatisé auprès des patients, qui demeurés dans l'ignorance de cette disposition, ne franchiront pas le pas de la porte de ces médecins. Le SNJMG a déjà fait part de ces objections à l'UNCAM et au Ministre de la Santé. A suivre…

Référence : article 42 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006.

Afin de renforcer la présence médicale dans les zones déficitaires en offre de soins, tout un dispositif de mesures est proposé aux médecins libéraux pour favoriser en particulier l'installation des jeunes praticiens, assurer leur maintien et améliorer leurs conditions d'exercice.

Zones sous médicalisées:

La loi de réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 prévoit une rémunération forfaitaire annuelle (article 49), ainsi qu'une incitation à l'exercice regroupé (article 51), pour les praticiens exerçant en zone sous-médicalisée. Elle renvoit à la convention médicale le soin de fixer les modalités de calcul et la répartition de cette rémunération. Ainsi, dans son article 2, les signataires de la convention s'engagent à étudier *« ... d'ici le 1er janvier 2006 les éventuelles modalités d'attribution d'aides dans le champ prévu par l'article 49 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. »*
Qu'est ce qui coince ? La définition de ces zones sous-médicalisées, qui doit être établie par les Missions Régionales de Santé (cf. infra).

Mesures incitatives générales d'installation en zones sous-médicalisées :

En 2005, ce n'est pas du ministère ni des acteurs de santé qu'est venu la surprise, mais de la loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux.
La loi met en place aux termes de l'article 108, un certain nombre de dispositions telles que : financement des structures participant à la permanence des soins, indemnités de logement et de déplacement destinées aux étudiants du 3eme cycle en stage dans les zones définies

comme déficitaires en offre de soins, indemnité d'étude et de projet professionnel pour tout étudiant à partir de la 1ère année du 3ème cycle s'engageant à exercer en zone sous médicalisée pendant au moins 5 ans (modalités d'attribution fixées par décret), ainsi que des aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien des professionnels de santé et des centres de santé en zone déficitaire pour une période minimale de 3 ans.

Le Ministre de la santé Xavier Bertrand a également évoqué par voie de presse la possibilité de rémunérations de l'acte revalorisées dans ces zones, l'incitation à l'exercice de groupe, et la régionalisation de l'ECN pour fixer les étudiants dans la région où ils ont effectué leur cursus. Il faudra attendre le 25 janvier 2006 pour que le ministre annonce officiellement son plan démographie (cf. chapitre démographie médicale) et nous dévoile l'ensemble des mesures d'aides à l'installation.

Mesures fiscales incitatives :

Concernant les remplaçants, la loi précise dans son article 109 :
« La rémunération perçue au titre de la permanence des soins exercée en application de l'article L. 6315-1 du code de la santé publique par les médecins ou leurs remplaçants installés dans une zone définie en application de l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale est exonérée de l'impôt sur le revenu à hauteur de soixante jours de permanence par an. »
La loi a également étendu l'exonération de taxe professionnelle aux créations d'activités non commerciales pendant une durée de 5ans, et aux reprises d'activité effectuées depuis le 1er janvier 2004 uniquement dans les communes de moins de 2000 habitants situées en Zone de Revitalisation Rurales dans certaines conditions (chapitre 1er article 2) sous réserve de l'accord des collectivités locales.
Les professions libérales peuvent aussi bénéficier de l'exonération totale d'impôt sur les bénéfices pendant 5 ans, puis d'un abattement dégressif durant les 9 années suivantes. L'embauche d'une secrétaire donne lieu à une exonération des cotisations sociales patronales pendant 1 an.

<u>Modalités d'octroi des aides :</u>

Son article 38 fait le point sur le droit existant et les mécanismes d'aides pouvant être utilisés :

- compétence régionale relayée par conventions au niveau départemental et communal permettant l'octroi d'aides directes et indirectes,
- dispositif relevant de l'assurance maladie via le FAQSV : la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 autorise le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville à contribuer au financement des aides aux professionnels de santé, autres que des médecins, en vue de faciliter leur installation dans des zones rurales ou urbaines où est constaté un déficit en matière d'offre de soins. Cet article prévoit également qu'un décret en Conseil d'Etat devra préciser les obligations auxquelles sont soumis les médecins bénéficiant de ces aides.

<u>Oui mais</u>,…
Petit problème : les zones sous-médicalisées n'ont pas encore été définies par les missions régionales de santé (MRS). Les MRS ont été crées par la loi de réforme de l'assurance maladie(article 67) afin d'organiser le renforcement des liens entre les ARH et les URCAM pour un pilotage global du système de santé.

Qui plus est, 6 mois après la loi sur les territoires ruraux, aucun décret n'est paru pour rendre applicables les aides à l'installation ou la défiscalisation de l'astreinte.

Aides au financement :

Le FORMMEL

Un autre dispositif dont la mise en application est toujours en attente concerne le FORMMEL (fonds de réorientation et de modernisation de la médecine libérale). Cet organisme a été crée par l'article 4 de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, au sein de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

Ce fonds a notamment pour vocation de verser des aides en vue de faciliter l'orientation, la réorientation, la reconversion ou la cessation anticipée d'activité des médecins exerçant à titre libéral ou de participer au développement de l'informatisation des cabinets médicaux.

L'article 39 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a modifié l'article 4 de l'ordonnance du 24 avril 1996 précitée de manière à autoriser le FORMMEL à financer des aides en vue de faciliter l'installation des médecins libéraux dans des zones rurales où est constaté un déficit en matière d'offre de soins. Il prévoit également qu'un décret en Conseil d'Etat devra préciser les obligations auxquelles sont soumis les médecins bénéficiant de ces aides. . Ces aides ponctuelles pourraient atteindre 13000 Euros pour un engagement de 5 ans. Le décret fixant les obligations auxquelles sont soumis les professionnels de santé bénéficiant des aides n'est toujours pas paru. Dès lors, les aides ne peuvent pour le moment être attribuées.

L'Etat

Autre dispositif, relevant celui-ci directement de l'Etat : la loi de finances rectificative pour 2003 a ouvert au chapitre 47-19 du budget de la santé, de la famille, des personnes handicapées et de la solidarité une enveloppe de deux millions d'euros, destinée au financement de l'aide à l'installation des médecins en zone sous-médicalisée. Ces crédits devraient être versés par les services déconcentrés de l'Etat aux médecins s'installant pour une période minimale de 5 ans dans les zones déficitaires en matière d'offre de soins. Le découpage du territoire et le dispositif opérationnel relatifs au financement de l'aide à l'installation des médecins susvisés accordée par l'Etat ne seront applicables qu'après parution d'arrêtés d'application.

Définition d'une zone sous-médicalisée

La circulaire du 14 janvier 2005 DHOS-UNCAM précise les critères d'une zone sous médicalisée :

- La densité : « une densité des médecins généralistes inférieure de 30% minimum à la moyenne nationale » (10,2 médecins pour 10000 habitants en 2003)
- L'activité : « une activité (consultations et visites) supérieure de 30 à 50% à la moyenne nationale, pour plus de la moitié des médecins généralistes de la zone »(cette moyenne nationale est de 5200 actes par médecin en 2003)

La définition réglementaire des zones déficitaires en matière d'offre de soins est établie par le décret n° 2003-1140 du 28 novembre 2003 (relatif à la détermination des zones déficitaires en matière d'offre de soins en vue de l'attribution des aides à l'installation des médecins généralistes). Il précise que pour déterminer ces zones, le représentant de l'Etat dans la région procède au recensement des difficultés d'accès aux soins à partir des données relatives à la géographie, à la densité médicale, à la démographie et aux politiques publiques relatives à la politique de la ville et aux zones de revitalisation rurale ainsi que l'organisation des soins sur ces secteurs. Ce décret précise également qu'une zone est considérée comme déficitaire lorsque, sur un territoire comportant au moins 5.000 habitants, sont constatées des difficultés d'accès au médecin généraliste, c'est à dire quand trois des quatre conditions suivantes sont réunies :

1 - les habitants ne peuvent bénéficier de soins dispensés par un médecin généraliste dans un délai de déplacement inférieur à 40 minutes ;
2 - l'effectif de médecins est inférieur à l'équivalent de trois médecins généralistes exerçant la médecine générale à temps plein pour 5.000 habitants ;
3 - le volume d'activité des médecins généralistes est supérieur à 7.500 actes par an pour 75 % des médecins du territoire considéré ;
4 - est satisfait au moins l'un des trois critères suivants :
a) la proportion de personnes âgées de plus de 75 ans est supérieure à 10 % de la population sur le territoire considéré ;
b) la proportion de bénéficiaires de minima sociaux, de la couverture médicale universelle ou de personnes souffrant d'une affection de longue durée est supérieure à la moyenne nationale et régionale sur le territoire considéré ;
c) le territoire considéré est qualifié au titre de la politique de la ville ou des zones de revitalisation rurale.

Définition d'une Zone Franche Urbaine

La loi n°96-987 du 14 novembre 1996 relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville a mis en place des exonérations fiscales et sociales au titre des zones franches urbaines (ZFU). Les zones franches urbaines (ZFU) sont des quartiers de plus de 10 000 habitants, situés dans des zones dites sensibles ou défavorisées. Ils ont été définis à partir des critères suivants :

- taux de chômage ;
- proportion de personnes sorties du système scolaire sans diplôme ;
- proportion de jeunes ;
- potentiel fiscal par habitant.

Les entreprises implantées ou devant s'implanter dans ces quartiers bénéficient d'un dispositif complet d'exonérations de charges fiscales et sociales durant cinq ans. Les médecins libéraux peuvent bénéficier des dispositions consacrées par loi.
Le dispositif a été plusieurs fois modifié depuis. La loi du 1er août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine a notamment crée 41 nouvelles ZFU.

Le décret n°2005-557 du 27 mai 2005 modifie le décret n°2004-219 du 12 mars 2004 délimitant les 41 nouvelles ZFU créées par la loi d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine. Ces nouvelles limites concernent certaines communes des départements suivants : Aisne, Bouches-du-Rhône, Charente-Maritime, Doubs, Haute-Garonne, Maine-et-Loire, Meurthe-et-Moselle, Moselle, Nord, Oise, Pas-de-Calais, Puy-de-Dôme, Seine-et-Marne, Seine-Maritime, Yvelines.

Depuis 1997, le médecin libéral s'installant dans l'une des 44 « anciennes » ZFU au 1er janvier 2007, ou qui s'y implante entre janvier 1997 et le 31/12/2007, bénéficie d'une exonération sur les bénéfices réalisés pendant 5 ans. Puis, à l'issue de ces 5 ans, l'abattement est dégressif.
Pour les professionnels employant moins de 5 salariés, le taux d'abattement est fixé à :
60% au cours des 5 premières années, 40% pour les années 6 et 7, 20% pour les années 8 et 9.
Le montant du bénéfice exonéré ne peut excéder 61 000 euros/cabinet/an.

Dans les 41 nouvelles ZFU qui ont été créées, l'abattement fiscal est différent : total pendant 5 ans, 60 puis 40 puis 20% sur les 9 années suivantes. Ceci concerne les médecins dont le cabinet est situé dans l'une des 41 nouvelles ZFU au 1er janvier 2004, ou qui créent ou reprennent une activité dans une de ces zones entre le 01/01/2004 et le 31/12/2008.

Pour connaître les communes concernées par cette nouvelle délimitation, consultez le décret

n°2005-557 du 27 mai 2005 (modifiant le décret n° 2004-219 du 12 mars 2004 portant délimitation des zones franches urbaines créées en application de l'article 23 de la loi du 1er août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine) et publié au J.O n° 123 du 28 mai 2005.

Autorisation d'exercice :

Le Conseil départemental de l'ordre des médecins peut autoriser l'exercice de l'activité professionnelle en cabinets secondaires lorsqu'il existe dans le secteur géographique une insuffisance de l'offre de soins.
Cette autorisation est personnelle et incessible (Décret du 17 mai 2005 modifiant le code de déontologie médicale). Une demande doit toutefois être adressée au conseil départemental dans le ressort duquel se situe l'activité envisagée.
Cette disposition permet à un médecin de répartir son activité sur un ou plusieurs sites distincts de la résidence professionnelle habituelle, à la fois en zone urbaine et en zone rurale.

La loi du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises autorise quant à elle un professionnel de santé libéral à exercer en qualité de collaborateur libéral. Dans ce cas, un contrat de collaboration écrit est conclu dans le respect des règles régissant la profession.
Le collaborateur libéral est :

- responsable de ses actes professionnels ;
- relève du statut social et fiscal du professionnel libéral ;
- exerce en qualité de professionnel indépendant.

Cette mesure attendue depuis longtemps peut permettre à un jeune médecin d'entrer sans frais et progressivement dans l'activité libérale(applicable)
Deux chapitres du guide reviennent un peu plus en détail sur ces deux dispositifs.

Les partenaires utiles pour une installation réussie

Enfin, quelques outils ont été crées qui permettent de faire une étude de marché absolument conseillée pour réussir son installation. Il s'agit tout d'abord du guide de l'UNAPL édition 2005, « S'installer en profession libérale », consultable sur : www.unapl.org/publications.
Citons également le logiciel Carto-santé de projection démographique et d'activité médicale consultable sur le site de l'URCAM, consultable sur : http://carto.assurance-maladie.fr
Une information personnalisée est également possible auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, il suffit de s'adresser au service en charge de la relation avec les professionnels de santé du département concerné.

<u>Centre de Formalités Inter-entreprises</u>

Concernant l'ensemble des formalités administratives, signalons la mise en place des Centres de Formalités des Entreprises (CFE), afin de simplifier les formalités de création des entreprises.
Au moyen d'un imprimé unique (liasse CFE), l'entreprise centralise auprès d'un seul organisme, les déclarations relatives à sa création, à sa modification ou à sa cessation d'activité. Six organismes, dont l' URSSAF, ont été désignés pour assurer la compétence de CFE.

Pour les professions libérales, c'est l'URSSAF qui est le CFE compétent.
A ce titre, l'Urssaf est chargée d'enregistrer et de transmettre aux autres organismes, partenaires et associés, les déclarations des professions libérales.

En sa qualité de CFE, l' URSSAF s'assure de sa compétence, vérifie l'ensemble de la

déclaration et des pièces justificatives produites, transmet un exemplaire de la déclaration auprès des autres organismes partenaires concernés (services fiscaux, caisses maladie et vieillesse, INSEE, et si vous avez du personnel, CRAM, ASSEDIC, DDTEFP).

Les contrats de Bonne Pratique (CBP)
Signalons la création des contrats de bonne pratique (CBP)(1).

Ils sont élaborés par les caisses d'Assurance Maladie et les représentants des médecins généralistes libéraux. Ils prennent en compte les spécificités auxquelles sont confrontés certains médecins dans leur pratique quotidienne en raison d'une implantation géographique particulière. L'objectif est d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels, de garantir à la population un accès aux soins continu et une prise en charge globale, mais également de faire évoluer les pratiques médicales individuelles vers le bon usage du soin en accompagnant le professionnel dans une démarche qualité. En échange d'une rémunération forfaitaire annuelle, le professionnel adhérent s'engage à suivre un cahier des charges défini par les parties signataires. Selon les thèmes abordés, le contrat peut comporter des engagements portant notamment sur :

- le niveau d'activité du professionnel, dans la mesure où ce niveau agit directement sur la qualité des soins
- la participation du professionnel à un programme de formation ou à un « groupe de pairs ».
- l'évaluation de la pratique professionnelle
- la participation des professionnels à une campagne d'information mise en place par l'Assurance Maladie.

Des contrats de bonnes pratiques (CBP) ont ainsi été établis, selon l'arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes, pour :

Les médecins travaillant en ZFU :
Les médecins exerçant dans ces quartiers pourront signer un contrat avec l'Assurance Maladie dans lequel ils s'engageront à avoir une amplitude horaire d'ouverture convenant aux besoins de la population, à assurer des missions de prévention et d'éducation pour la santé et à participer à des actions de coordination médico-sociale. Ces deux activités seront financées par l'Assurance Maladie à raison de 240 € la demi-journée, dans la limite de 12/an. De plus l'Assurance Maladie s'engage à verser au praticien une indemnité de 300 € par jour (le maximum étant 18 jours) afin de faciliter le recrutement d'un remplaçant.

Les médecins travaillant en montagne :
En signant le contrat, le médecin s'engage à ce que son équipement (radiographie, stérilisation, d'urgence) soit conforme aux normes actuelles et régulièrement contrôlé, à organiser la continuité des soins du patient après la première intervention (grâce à un document de liaison récapitulant les soins et le diagnostic) et à suivre des formations sur l'urgence et la traumatologie. En échange, l'Assurance Maladie lui verse une indemnité de 2 000 € par an destiné à faciliter ces investissements, à l'issue d'une année d'application de son contrat.

Les médecins travaillant en zone rurale :
Est considéré comme « médecin rural » le médecin généraliste qui réunit les deux conditions suivantes :

- exercer dans un cabinet éloigné de plus de 20 minutes d'un service d'urgence,

- exercer dans un canton dont la densité de médecins généralistes par habitant est inférieure à 3 pour 5 000.

Le CBP a pour but d'aider le médecin installé à trouver un remplaçant et ainsi dégager du temps pour se reposer, mais aussi pour se former et échanger avec leurs confrères, en leur versant un complément de rémunération de 300 € par jour (avec un maximum de 10 jours par an).

Référence :
(1) : le détail de la mise en place des CBP est consultable sur : www.ameli.fr/pdf/1519.pdf

Les sites Internet utiles

Les annonces de remplacements/installations/emplois salariés :
- Sur le site du SNJMG :
http://www.snjmg.org/rempla/index.php

Les sites institutionnels :
- Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)
http://www.conseil-national.medecin.fr

le portail de l 'administration française (droits et démarches):
http://www.service-public.fr

Les administrations de santé :
- Assurance Maladie
http://www.ameli.fr

Les textes législatifs :
- Journal officiel
http://www.journal-officiel.gouv.fr/frameset.html
- Code de la Sécurité Sociale
http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/ListeCodes
- Code de la Santé Publique
http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/ListeCodes

Les sites officiels :
- Institut national de Veille Sanitaire (InVS)
http://www.invs.sante.fr

Les sites de prévention :
- Institut National de Promotion et d'Education à la Santé (INPES)
http://www.inpes.sante.fr

Les sites professionnels indépendants :
- La Revue Prescrire
http://www.prescrire.org
- Pour une Formation Médicale Indépendante (FORMINDEP)
http://formindep.org

Les organismes de formation médicale continue :
- Liens vers des sources de Formation Médicale Continue :
http://www.atoute.org/recherche_informations_medicales/formation_medicale_continue.htm
- Union Nationale des Associations de Formation Continue (UNAFORMEC)
http://www.unaformec.org
- Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG)
http://www.unimedia.fr/homepage/sftg/

Les sites des référentiels de bonnes pratiques cliniques francophones :
- Haute Autorité à la Santé (HAS)
http://www.anaes.fr/HAS/has.nsf/HomePage?ReadForm
- BML
http://www.bmlweb.org/consensus.html
- AFSSAPS (Agence du médicament)
http://agmed.sante.gouv.fr

Les sites des référentiels de bonnes pratiques anglophones :
- EMEA (Agence européenne du médicament)
http://www.emea.eu.int
- NGC (National Guideline Clearinghouse)
http://www.guideline.gov
Cochrane Data base (abstracts seuls)
http://www.cochrane.org/index0.htm
- Toutes les ressources EBM classées par type : l'annuaire de référence :
http://www.shef.ac.uk/scharr/ir/netting

Les sites de recherche en médecine générale :
- Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) :
http://www.irdes.fr
- Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) :
http://www.cnge.fr
Société Française de Médecine Générale (SFMG) :
http://www.sfmg.org

Bases de données pour la formation médicale continue :
- SFTG Paris Nord :
http://www.paris-nord-sftg.com/
- CHU de Rouen :
http://www.chu-rouen.fr/cismef/
- Université médicale virtuelle francophone :
http://www.umvf.prd.fr/
- Esculape :
http://www.esculape.com/1sommaireframe.html
- Bibliothèque interuniversitaire de médecine (BIUM) :
http://www.bium.univ-paris5.fr/medecine/debut.htm
- Maladies rares et associations de patients :
http://orphanet.infobiogen.fr/
- Base de données médicamenteuses BIAM :
http://www.biam2.org/accueil.html

Glossaire

— A —

AT	Accident de Travail
AF	Allocations Familiales
ALD	Affection de Longue Durée
AGA	Association de Gestion Agréée
ALD	Affection Longue Durée
AM	Arrêt Maladie
AME	Aide Médicale d'Etat
ANDEM	Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale
APA	Allocation Personnalisée Autonomie
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
ASV	Avantage Social Vieillesse

— C —

CARMF	Caisse Autonome de Retraite des Médecins Français
CFP	Contribution à la Formation Professionnelle
CMI	Certificat Médical Initial d'accident du travail
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CSG	Contribution Sociale Généralisée
CSMF	Confédération des Syndicats Médicaux Français
CSP	Code de Santé Publique
CUM	Cotisation aux Unions professionnelles de Médecins

— D —

DCI	Dénomination Commune Internationale
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

— E —

EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles

— F —

FMC	Formation Médicale Continue
FMF	Fédération des Médecins de France
FPC	Formation Professionnelle Conventionnelle

— H —

HAD	Hospitalisation À Domicile

— I —

ID	Indemnité de Déplacement
IK	Indemnité Kilométrique

— J —

JO	Journal Officiel

— M —

MEP	Mode d'exercice particulier
MGF	MG-France
MICA	Mécanisme d'Incitation à la Cessation Anticipée d'activité
MSA	Mutualité Sociale Agricole

— P —

PAMC	Praticiens et Auxiliaires Médicaux Conventionnés
PDS	Permanence Des Soins

— R —

RDS	Recouvrement de la Dette Sociale
RMO	Références Médicales Opposables

— S —

SML	Syndicat de la Médecine Libérale
SNJMG	Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes

— T —

TM	Ticket Modérateur

— U —

UNAFORMEC	Union Nationale des Associations de FMC
UNOF	Union Nationale des Omnipraticiens de France
UP	Unions Professionnelles des médecins libéraux
URML	Union Régionales des Médecins Libéraux
URSSAF	Union de Recouvrement des cotisations Sécurité Sociale et Allocations Familiales

Sommaire

Introduction **2**

Le remplacement : formalités administratives **4**

1) Conditions de remplacement **4**
Conditions générales 4
Qui peut remplacer ? 6
Cas particuliers de remplacement 7
Les gardes 11

2) Formalités à accomplir avant de remplacer **12**
Quelles démarches effectuer après la thèse ? 12
Enregistrement de la thèse 12
Inscription au Tableau de l'Ordre des Médecins 12
URSSAF 13
Sécurité Sociale (SS) 13
La caisse autonome de retraite des médecins français 13
L'assurance responsabilité civile professionnelle 14
Assurance automobile 14
Autres assurances facultatives 15
Association de Gestion Agréée (AGA) 15
Syndicats 16
Tableau récapitulatif des formalités 16
Répertoire partagé des soignants 17

3) L'équipement du médecin remplaçant **18**
Les trousses 18

4) Comment trouver un remplacement **21**
Le Conseil départemental de l'Ordre 21
Les petites annonces des journaux médicaux 21
Les services télématiques, le web 21
Les associations et organismes privés 22

5) Relation contractuelle remplaçant-remplacé **23**
Premier contact avec le remplacé 23
Seconde rencontre avec le médecin 25
Contrat de remplacement 26
Que faut-il négocier avec le médecin remplacé ? 28
Transmission des contrats 30
Règlement des Conflits entre médecins ou médecin/clinique 31

6) La responsabilité du médecin remplaçant. **32**
La relation contractuelle : quel contrat entre le médecin et son patient ? 32
La responsabilité médicale 32
L'obligation assurancielle 36
Suspension d'un médecin 41

Cotisations sociales, prestations sociales, fiscalité du médecin remplaçant **43**

1) Cotisations des remplaçants **43**
L'Union de Recouvrement des cotisations Sécurité Sociale et Allocations Familiales (URSSAF) 43
L'assurance maladie (AM) 45
Les allocations familiales (AF) 45
La contribution sociale généralisée (CSG) 46
La contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) 46
La contribution à la formation professionnelle (CFP) 46
La cotisation aux unions professionnelles de médecins (CUM) 47
Caisse Autonome de Retraite des Médecins Français (CARMF) 47
Taxe professionnelle (TP) 50

Association de Gestion Agréée (AGA) 52
Ordre des Médecins 53
Tableau des cotisations des 3 premières années d'exercice libéral 55

2) Prestations sociales 56
Prestations maladie 56
Prestations maternité 56
Indemnités journalières d'incapacité temporaire 59
Congé paternité 59
Assurances facultatives versant des prestations 61
Activité mixte 61
Tableau des prestations sociales des médecins remplaçants 63
Prestations sociales et fiscalité 64

3) Fiscalité pratique 64
Le régime simplifié micro BNC (formulaire 2042) 64
La déclaration contrôlée (formulaire 2035) 65
Médecins salariés 67
Exonérations d'impôts. 68
Petit Lexique de Fiscalité 69

Les papiers, les aspects administratifs et réglementaires de l'exercice professionnel 72

1) Les prescriptions 72
Rappels reglementaires 72
L'ordonnance 72
Contexte économique 73
Dci (Dénomination Commune Internationale) 77
Prescription des stupéfiants 78
Médicaments d'exception 78
Médicaments ATU 79
Médicaments à prescription restreinte 79
Prescription téléphonique 82
Utilisation de l'ordonnance bizone (ou " ordonnance à 100% ") 83

2) Le paiement des actes 85

3) Utilisation de la feuille de soins. 87
La prestation des actes 87
La nouvelle feuille de soins : mode d'emploi 87
Télétransmission et remplacement 88

4) Nomenclature des actes 90
La Nomenclature des actes médicaux, histoire 90
La Nomenclature des actes médicaux, principes généraux 91

5) La nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) 93
Quelques lettres clés de la nomenclature NGAP 93

6) La Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) 97
Aspect du codage et de la tarification des actes sur une feuille de soins papier 98
Détail de la nomenclature des actes médicaux 99
La tarification des actes en pratique 102
Le parcours de soins 104
Le parcours de soins en pratique 105
Rémunération forfaitaire 106
Evolution future de la nomenclature 108

7) Autres prescriptions, formulaires et certificats 108
Exonération du ticket modérateur 108

Affections longue durée prises en charge à 100% 110
CMU 113
Aide Médicale d'Etat 115
L'article L 115 117
Autres régimes particuliers 117
Accident de travail, maladie professionnelle 118
Maladie professionnelle 123
Cotorep 125
APA 126
Arrêt de travail 127
Demande entente préalable 130
Prescription de kinésithérapie 130
Prescription de soins infirmiers 132
Maladies A déclaration obligatoire 134
Mesures de protection civile des incapables majeurs 138
Certificats médicaux 140
Procédure de signalement, pharmacovigilance 161
Références Médicales Opposables 162

8) Devoir d'information 163
Une obligation à géométrie variable 163
Une obligation légale 163
L'étendue de l'information 164
Les limites à l'obligation d'information 165
La preuve du défaut d'information 166
La responsabilité en matière de défaut d'information 168

9) Dossier médical 169
Etat des lieux 169
A qui appartient le dossier ? 170
Contenu du dossier médical 170
Accès à l'information 171
Responsabilité du professionnel de santé 175
Que faire des dossiers médicaux en fin d'exercice ? 177

10) La personne de confiance 178
Désignation 178
Rôle et obligations de la personne de confiance 180

11) Le secret médical 182
Contenu du secret médical : un nouveau fondement légal 182
Les personnes concernées 182
Le partage du secret 183
Les levées légales du secret médical 186

12) Médiation médicale à l'hôpital 188

13) Patient mineur 188
Qu'est-ce qu'un mineur ? 188
Droit au consentement, droit à l'information 189
Droit au secret médical 190
Maltraitance 192

14) Droits des malades et fin de vie 194

L'évolution du système de soins 198

1) La réforme de la sécurité sociale 198

2) La Nouvelle Réforme de l'Assurance Maladie 201
Contexte 201
Cadre législatif 201
Grands principes de la réforme 203

Le Calendrier de la Réforme 204
Nouvelle Gouvernance de l'Assurance Maladie 205

La carrière professionnelle du médecin généraliste, environnement, évolutions 207

1) Environnement professionnel 207
La médecine libérale 207
Qu'est-ce que la convention ? 207
La 8ème convention (1998) 210
Avenant conventionnel du 29 janvier 2002 211
La nouvelle convention médicale du 12 janvier 2005 213
Commentaires du SNJMG sur la convention 2005 213
La situation du médecin libéral vis-à-vis de la convention 217
Le suivi de la convention 219
Les unions régionales des médecins libéraux (URML) 220
Les organisations syndicales 221

2) Formation médicale continue 225
Pourquoi la Formation Médicale Continue (FMC) ? 225
Historique de la FMC 225
L'organisation de la FMC 226
Evaluation des pratiques professionnelles 232
FMC : comment satisfaire à ses obligations ? 233

3) Démographie médicale 235
Au sujet de la démographie médicale: commentaires du SNJMG 238
Démographie médicale : un éclairage historique « amusant » 239

4) Le « burn out » des professionnels de santé 240
Le burn out : épidémie galopante ou phénomène ignoré ? 240
Un peu d'histoire pour comprendre un phénomène de grande ampleur (1) 241
Les déclencheurs du stress professionnel (1) 242
Prévenir l'épuisement professionnel 243

5) La médecine générale, un exercice en pleine évolution 246
La consultation de médecine générale 246
Le dispositif « médecin traitant » 254
Le dossier médical partagé (DMP) 258
Le nouveau visage de la permanence des soins (PDS) 266
Le Plan Blanc 270
La procédure de réquisition 271
Régulation médicale 276

6) Comment promouvoir sa carrière de médecin généraliste ? 279
Le contrat de collaborateur libéral 279
Exercice en sites multiples 280
Délégation de tâches 281
Travailler en clinique privée 284
Le médecin coordonnateur 286
Travailler avec l'hôpital local 287
Travailler à l'hôpital 288
Compléter sa formation initiale : capacités, DU et DIU 294
Changer de spécialité 295

7) Et finalement, pourquoi pas s'installer ? 298
Aides à l'installation 299

Les sites Internet utiles 306

Glossaire **308**

Sommaire **310**

Réimpression en mai 2008
Dépôt légal, mars 1996
Imprimerie Launay
01 43 54 16 60