Guide pratique de la création et gestion du cabinet médical

Chez le même éditeur

Dans la même collection

Guide pratique du médecin remplaçant, par J.-L. Salmon, 2009, 72 pages.

Guide pratique de la communication avec le patient. Techniques, art et erreurs de la communication, par C. Iandolo, 2006, 224 pages.

L'art de fidéliser la clientèle. Du patient au client, par L. Audouin, M. Orlewski, 2006, 208 pages.

Autres ouvrages

300 médicaments injectables, par G. Chevrel et V. Dessus, 2009, 592 pages.

51 ordonnances alimentaires, par L. Chevallier, 2009, 272 pages.

120 diagnostics à ne pas manquer, par É. Vidal-Cathala et C. Terlaud, 2e edition, 2009, 448 pages.

140 ordonnances en homéopathie, par A. Sarembaud, 2008, 304 pages.

250 examens de laboratoire, par R. Caquet, 10e edition, 2008, 420 pages.

80 certificats et formulaires administratifs médicaux, par M.-C. Roure-Mariotti, V. Federico-Roure, 3e édition, 2007, 448 pages.

120 questions en responsabilité médicale. Aspects pratiques et fondamentaux, par M. Bernard, 2007, 332 pages.

80 gestes techniques en médecine générale, par B. Gay, P. Saccone et A. Valverde-Carrillo, 2006, 336 pages.

101 urgences pédiatriques, par J. Lavaud, 2e édition, 2006, 464 pages.

Guide pratique de la création et gestion du cabinet médical

Jean-Pierre Blanchère
Gynécologue libéral à Caen
Praticien hospitalier,
attaché au CHU de Caen

ELSEVIER
MASSON

Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photo-copillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.
Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie: 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.
Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2010, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés
ISBN : 978-2-294-70924-1

Elsevier Masson SAS, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux Cedex
www.elsevier-masson.fr

Liste des abréviations

ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
ADELI	Automatisation des listes
AES	Accidents d'exposition au sang
AFR	Aide finalité régionale
AGA	Association de gestion agréée
AGMF	Association générale des médecins de France
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ASV	Avantage social vieillesse
ATNC	Agents transmissibles non conventionnels
BMR	Bactéries multirésistantes
BNC	Bénéfices non commerciaux
CAF	Caisse d'allocations familiales
CANAM	Caisse d'assurance maladie des non-salariés
CARMF	Caisse autonome de retraite des médecins de France
CDD	Contrat à durée déterminée
CDI	Contrat à durée indéterminée
CERFA	Centre d'enregistrement et de révision des formulaires administratifs
CH	Centre hospitalier
CHG	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNCI	Certificat de non contre-indication
CNFMC	Conseil national de formation continue
CNGOF	Collège national des gynécologues et obstétriciens français
CNIL	Commission nationale de l'information et des libertés
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPDPN	Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal
CPS	Carte professionnelle de santé
CRFMC	Conseil régional de formation continue
CTIN	Comité technique des infections nosocomiales
DASRI	Déchets d'activité de soins à risques infectieux
DASS	Direction des affaires sanitaires et sociales
DDSIS	Direction départementale des services incendie et secours
DDTEFP	Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
DPAE	Déclaration préalable à l'embauche
DUE	Déclaration unique à l'embauche
DADS	Déclaration annuelle des données sociales
DM	Dispositifs médicaux
EPCI	Établissement public de coopération intercommunale

EPP	Évaluation des pratiques professionnelles
ESST	Encéphalopathies spongiformes subaiguës transmissibles
FAF-PM	Fonds d'assurances formation profession médicale
FMC	Formation médicale continue
FNCLCC	Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer
FPC	Formation professionnelle conventionnelle
FSE	Feuilles de soin électronique
GIP	Groupement d'intérêt public
HAS	Haute Autorité de santé
HCS	Haut conseil de la santé publique
INCA	Institut national du cancer
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
IVG	Interruption volontaire de grossesse
IVS	Institut de veille sanitaire
MACSF	Mutuelle d'assurances du corps de santé français
OGC	Organisme gestionnaire conventionnel
ONIAM	Organisme national d'indemnisation des accidents médicaux
OPCT	Objets piquants coupants tranchants
PAM	Praticiens ou auxiliaires médicaux
PEA	Plan d'épargne en actions
PME	Petites et moyennes entreprises
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
RESIRISQ	Réduction de la sinistralité des risques
RPC	Recommandations pour la pratique clinique
RPPS	Répertoire partagé des professionnels de santé
RTT	Récupération du temps de travail
SARM	*Staphiloccus aureus* résistant à la méticilline
SACEM	Société des auteurs, compositeurs et éditeurs de musique
SCI	Société civile immobilière
SCM	Société civile de moyens
SCP	Société civile professionnelle
SELARL	Société d'exercice libéral à risque limité
URSSAF	Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales
ZFU	Zone franche urbaine
ZRR	Zone de revitalisation rurale

Préface

S'installer n'est pas chose simple et le médecin, après une formation de 7 à 15 ans, n'a eu aucune préparation pour ce faire. Jean-Pierre Blanchère, qui est gynécologue obstétricien et exerce en ville et à l'hôpital, connaît les deux modes de pratique. Au CHU de Caen, il fréquente les étudiants, les internes ou les chefs de clinique en fin de formation. Il connaît donc leurs angoisses, leurs questions, parfois il a connu leurs erreurs. C'est donc en pensant à eux qu'il a écrit ce guide et patiemment rassemblé tous les textes réglementaires qui régissent la conception, la création et le fonctionnement du cabinet médical.

Exercer la médecine dans un cabinet conforme aux normes qu'est en droit d'attendre le patient n'est pas tout. Le médecin est aussi un petit chef d'entreprise qui doit embaucher des collaborateurs, investir dans du matériel, gérer sa comptabilité, payer les différents impôts et taxes, prévoir sa retraite. Là encore le médecin frais et moulu de son université découvre un univers inconnu et pourtant essentiel à sa survie.

Le jeune médecin, généraliste ou spécialiste, trouvera donc dans ce livre tout ce dont il a besoin pour préparer et démarrer son installation dans de bonnes conditions. Des références bibliographiques ou des liens informatiques lui permettront de retrouver les sites essentiels.

Il est bon de vivre dans un état de droit, mais il est bien utile quand on débute d'avoir un « ancien » qui vous guide dans le labyrinthe des textes administratifs et réglementaires…

Pr Jacques Lansac
Professeur des universités en gynécologie-obstétrique, praticien hospitalier,
CHU de Tours

À Anne
À mes enfants

Introduction

Être médecin est à la fois une vocation et une profession.

C'est une activité aux multiples variantes dont l'une des plus populaires s'exprime à travers l'image d'un *docteur* recevant des malades dans un *cabinet médical*.

C'est aussi l'une des professions les plus encadrées de lois et décrets, au point que le futur médecin, comme les plus chevronnés d'ailleurs, doit suivre en permanence cette évolution et s'y adapter.

Le but du présent document est donc de réunir des obligations légales ou réglementaires auxquelles est soumis le médecin libéral, concernant l'installation des locaux, le fonctionnement quotidien, les relations avec les administrations, l'hygiène, etc.

En marge de l'acquisition des connaissances scientifiques, le candidat à l'installation n'a pas forcément été formé pour devenir un chef d'entreprise soumis à diverses obligations, ni peut-être non plus préparé aux risques de contentieux.

La démarche de regrouper ici l'ensemble des données pesant sur le médecin, en exposant aussi clairement que possible les questions et les réponses, nous a paru correspondre à un besoin évident.

Sans prétendre innover dans chaque domaine visité, l'auteur escompte un effet « plan d'ensemble » du document, d'autant plus efficace qu'il s'inspire de textes législatifs récents et d'une expérience de 30 ans de médecine libérale.

Cet ouvrage voudrait constituer un outil de travail pour le jeune médecin proche de l'installation ainsi que pour le médecin déjà en place qui souhaite appliquer les nouvelles normes en vigueur.

1 Création du cabinet

Bien choisir son lieu d'installation

L'évolution de la démographie médicale, variable d'une région à l'autre, a inversé la tendance d'il y a quelques années. Les médecins sont de moins en moins nombreux et de plus en plus recherchés, car très inégalement répartis (figures 1.1 et 1.2). Il faut faire une étude de marché et s'installer dans des régions à faible densité médicale : le démarrage n'en sera que facilité. Certains départements ou régions aident à l'installation [3].

Avant de confirmer l'installation

- Évaluer le nombre de confrères déjà en place et leur activité.
- Éviter les endroits avec une trop grande concentration de médecins au sein d'une même zone géographique.
- Évaluer les opportunités de collaborer avec les praticiens en place, de s'associer éventuellement.
- Vérifier les possibilités de stationnement pour les patients, la facilité d'utiliser les transports en commun (ligne de bus, tramways, gare…).
- Étudier les propositions faites par les départements sous-médicalisés. Certains proposent des aides à l'installation comme l'accès à un local professionnel pour les médecins généralistes ou certains spécialistes.
- Étudier les différentes incitations fiscales (cf. page suivante).
- Pour les spécialistes, rencontrer les cliniques ou cabinets de groupes qui parfois recherchent instamment un successeur sans exiger une importante contrepartie financière.

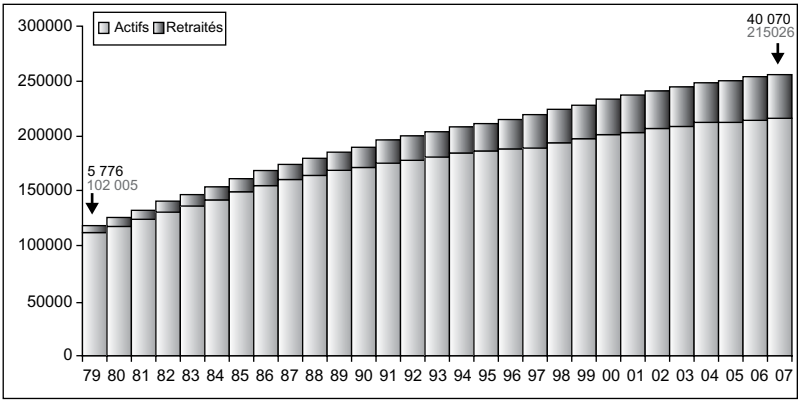
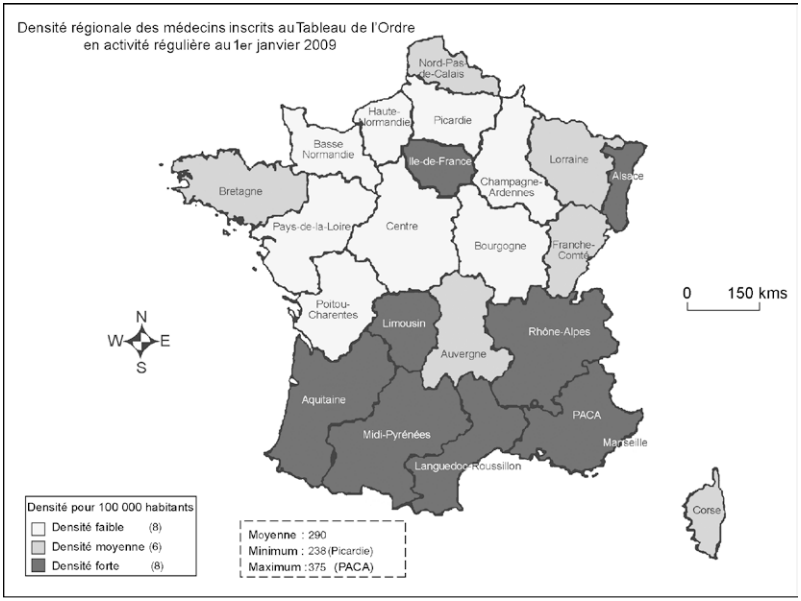


Figure 1.1
Nombre de médecins en France (Enquête démographique du CNOM, 2008).

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.



Source : Tableau de l'Ordre des Médecins, CNOM, 2009
Auteur : CNOM, G. Le Breton-Lerouvillois, 2009

Figure 1.2
Densité régionale en activité régulière.

Rechercher les avantages fiscaux possibles [6]

Dans une zone d'aide à finalité régionale (AFR) [2]

La carte des zones AFR a été déterminée pour la période 2007-2013 conformément aux règles prévues par la commission européenne le 21 décembre 2005. Les AFR ont pour but le développement des territoires de l'UE en difficulté, parmi lesquels figurent les zones rurales.

Dans une zone de revitalisation rurale (ZRR) [9], [1]

Ces zones sont des communes, membres d'un établissement public de coopération intercommunale (EPCI) à fiscalité propre. Elles sont situées dans un canton, un arrondissement à très faible densité de population ou répondant à l'un des critères suivants :

- déclin de la population ;
- déclin de la population active ;
- forte proportion d'emplois agricoles.

  Les exonérations sont les suivantes :
- charges sociales patronales dans les ZRR : direction départementale du travail de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP) ;

- impôt sur les bénéfices des entreprises nouvelles situées en ZRR et AFR (Service des impôts) ;
- amortissement exceptionnel sur les constructions et les rénovations d'immeubles à usage industriel ou commercial situés en ZRR (Service des impôts).

Dans une zone franche urbaine (ZFU) (figure 1.3)

- Les villes décident de développer certains quartiers et de les classer en zones franches. Ce classement s'accompagne de nombreux avantages fiscaux.
- Ces zones franches sont des quartiers sensibles avec un taux de chômage plus élevé que la moyenne nationale et une grande proportion de jeunes sans qualification.
- La création d'une entreprise dans cette zone (or un cabinet médical est une entreprise) bénéficie d'avantages fiscaux et sociaux :
  - exonération d'impôts sur les bénéfices pendant 5 ans dans la limite d'un plafond de bénéfice exonéré de 61 000 € par période de 12 mois ;
  - pour des sociétés créées avant le 1er janvier 2008, exonération de la taxe professionnelle et de la taxe foncière pendant 5 ans ;
  - exonération des cotisations patronales de sécurité sociale pour les salariés en CDI ou CDD d'au moins 12 mois. Ces salariés doivent être présents à la date de la création ou d'implantation de l'entreprise en ZFU, ou embauchés dans les 5 ans qui suivent, ou transférés en ZFU avant le 1/1/09. À compter du troisième salarié, il convient d'embaucher des résidents de la zone urbaine où s'implante l'entreprise ;
  - exonération totale des cotisations d'assurance maladie-maternité pendant 5 ans.

Si le chiffre d'affaires reste inférieur à 20 000 €, les 5 années d'exonération d'impôt sont prolongées par une période de 9 années d'exonérations dégressives de 80 %, puis 60 %, puis 40 %, puis 20 % du bénéfice net.

Dans des départements ou villes offrant des aides supplémentaires

Certains départements ou certaines villes qui regroupent très peu de médecins proposent des aides particulières (mise à disposition du local professionnel…). Il faut interroger le conseil général du département choisi pour l'installation.

Rechercher les maisons médicales ou les pôles de santé libéraux

Les maisons de santé

Introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, la définition des maisons de santé est d'assurer des activités de soins sans hébergement et de participer à des actions de santé publique, à des actions de prévention et d'éducation pour la santé ainsi qu'à des actions sociales. Elles sont constituées par des professionnels de santé. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux.

Figure 1.3
Les 100 zones franches urbaines (ZFU).

La loi HPST (Hôpital, patients, santé et territoires) ajoute désormais un nouvel alinéa à cette définition :

« Les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant dans une maison de santé élaborent un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434 2. Tout membre de la maison de santé adhère à ce projet de santé. Celui-ci est transmis pour information à l'agence régionale de santé (ARS) ».

La loi reconnaît désormais les pôles de santé qui assurent des activités de soins de premier recours, le cas échéant de second recours, et qui peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire. Ces pôles de santé peuvent être constitués entre des professionnels de santé, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale.

Le Code la santé publique prévoit expressément désormais que les réseaux de santé, centres de santé, maisons de santé et pôles de santé devront être signataires d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'ARS s'ils souhaitent percevoir une dotation du FIQCS pour financer en leur sein l'exercice coordonné des soins.

Le schéma régional d'organisation des soins (SROS) doit indiquer désormais, par territoire de santé, les besoins en implantations de professionnels de santé libéraux, de pôles de santé, de centres de santé, de maisons de santé, de laboratoires de biologie médicale et de réseaux de santé. Ce SROS va également déterminer les zones de mise en œuvre des aides au maintien et à l'installation ou mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé.

Les Maisons de Santé Rurales

Une Maison de Santé Rurale (MSR) est avant tout un lieu physique de regroupement, en milieu rural, pour des professionnels de santé issus de disciplines différentes offrant des soins courants et un accompagnement, en journée, à la population.

La MSA (Mutualité Sociale Agricole) encourage et accompagne les projets de Maisons de Santé Rurales. Les futurs installés peuvent bénéficier du soutien de partenaires essentiels sur le terrain (caisses d'assurance-maladie, collectivités locales, services préfectoraux, agences de développement).

La MSA demande pour les Maisons de Santé Rurales une pluridisciplinarité avec au moins la présence de deux médecins généralistes, de deux infirmières diplômées d'État et d'un masseur kinésithérapeute (sauf en cas de démographie locale particulièrement déficitaire).

Elle requiert également une accessibilité de tous aux soins, un niveau d'équipement facilitant le quotidien des personnes à mobilité réduite, une coordination et une continuité des soins (tenue d'un dossier médical personnel (DMP), réunions de coordination, prise en charge spécifique de certaines pathologies (diabète…) et un engagement en matière de permanence ou de qualité des soins.

Si la Maison de Santé Rurale représente une opportunité pour les communautés de communes et les pays qui souhaitent maintenir une offre de service de santé de proximité, elle offre des avantages pour les professionnels de santé, telle la possibilité de concilier un exercice professionnel et une vie privée, de diminuer le temps de travail par une meilleure permanence des soins, d'exercer dans des organisations collectives et de répondre aux exigences croissantes qui pèsent sur eux en terme de qualité, de globalité, de continuité des soins.

À titre d'exemple

L'URML de Basse-Normandie a créé les PSLA (Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires) qui regroupent des professionnels de santé volontaires, soit en zone rurale à l'échelle du bassin de vie, soit en zone urbaine. Cette nouvelle organisation territorialisée qui s'intègre dans la politique d'aménagement du territoire doit permettre d'améliorer la coordination des acteurs de santé et a pour objet de mieux répondre aux besoins de santé présents et futurs de l'ensemble de la population bas-normande.

Achat du local professionnel

Cette option présente deux avantages, le premier de ne pas être tributaire d'un propriétaire qui refuserait de renouveler le bail, le second de constituer un patrimoine immobilier, le meilleur locataire étant encore soi-même.

Actuellement, les « patientèles » ne se vendent plus, les retraites s'appauvrissent. N'est-ce pas l'occasion d'acquérir les murs de son cabinet dont le bénéfice de la vente sera le bienvenu au moment de la cession d'activité ?

L'achat peut se faire en nom propre (Monsieur et/ou Madame), à titre professionnel (Docteur) ou au nom d'une Société civile immobilière (SCI) [5].

Le notaire ou l'expert-comptable seront là pour orienter le choix du médecin en fonction de son dossier personnel.

Achat en nom propre

Dans le cas de l'acquisition à titre personnel, l'achat du cabinet ne peut pas être amorti et les frais de l'acquisition ne sont pas déduits des bénéfices. Il faut bien faire vérifier par son expert-comptable la possibilité de déduire le loyer de ses BNC (bénéfices non commerciaux). La plus-value acquise en cas de revente avant 15 ans est soumise à l'impôt.

Achat à titre professionnel

Dans ce cas, les frais d'acquisitions (frais de notaire, d'agence, intérêts d'emprunts…) sont déductibles. Le bien est amorti sur une durée de 20 à 30 ans. En cas de revente avant 15 ans, la plus-value est également soumise à l'impôt.

Une vente avant la fin de la période d'amortissement entraîne une rectification fiscale.

La loi de finances rectificative pour 2005 a instauré un nouveau régime d'exonération en matière de plus-value immobilière des particuliers réalisée sur un bien immobilier pour les entreprises relevant de l'impôt sur le revenu.

Seul un expert-comptable peut conseiller le client dans ces différentes situations.

Il s'agit de poser les bonnes questions à son conseiller.

Création d'une SCI

Cette solution est surtout préconisée lors d'un exercice en groupe.

La SCI est constituée d'au moins deux entités qui peuvent être les associés ou des personnes étrangères au groupe. Une personne morale (société…) peut faire partie de la SCI.

Cela constitue également une opportunité pour des parents de participer à l'acquisition du bien immobilier (même si le médecin exerce seul).

Il est fortement conseillé de faire appel à un professionnel (avocat, notaire, expert-comptable…) lors de la rédaction des statuts.

La SCI n'a pas d'activité commerciale, elle a pour objet l'achat de biens immobiliers et la location de locaux vides.

Elle est gérée par une ou plusieurs personnes. Tous les associés d'un cabinet peuvent être gérants. Si le gérant n'est pas salarié de la SCI, il n'y a aucune charge sociale à payer.

À retenir

Deux solutions

- Rechercher un investissement professionnel si l'installation se fait en nom propre.
- Créer une SCI pour un exercice en cabinet de groupe.

Location du local professionnel

Définition du bail professionnel

Le bail professionnel est signé entre le médecin et le propriétaire, il doit être écrit et les baux de plus de 12 ans seront rédigés par un notaire. [10]

Sa durée est d'au moins 6 ans. En fin de bail, celui-ci est reconduit tacitement pour 6 ans. Il peut être résilié à tout moment par le locataire après un préavis de 6 mois.

Le propriétaire ne peut résilier le bail qu'au terme de 6 ans après un préavis de 6 mois.

Les démarches sont faites par lettre recommandée avec accusé de réception ou par huissier.

Sans préavis de l'une ou l'autre des parties, le bail entre le propriétaire et le locataire est reconduit pour une nouvelle période de 6 ans sans modification du loyer.

Précautions au moment de la signature du bail [8]

Il faut vérifier auprès de la mairie que le local est bien affecté à l'exploitation d'une activité professionnelle libérale.

Le contenu du bail commercial doit prévoir :

- une autorisation de poser à l'extérieur de l'immeuble une plaque dont la taille est définie par l'Ordre des médecins ;
- la possibilité de placer une autre plaque en cas de changement de lieu d'exercice, ainsi que la durée pendant laquelle elle pourra être laissée ;
- l'arrivée d'associés ou de successeurs ;
- une autorisation éventuelle de transformation des locaux ;
- l'état des locaux lorsqu'ils seront rendus (état de départ ou transformations maintenues) ;
- un droit de préemption possible en cas de vente ;
- une indexation du loyer (sa variation est définie pour les 6 ans du bail).

Le bail mixte [11]

Ce type de bail concerne des locaux dont une partie est destinée à l'habitation et l'autre utilisée pour l'exercice de la profession libérale.

Il est établi pour 3 ans au nom d'une personne physique, 6 ans pour une personne morale. Il peut être inférieur à 3 ans (mais pas à 1 an).

Le congé donné par le propriétaire doit être motivé (reprise du logement, vente…) et annoncé par lettre recommandée ou huissier.

Le locataire peut donner congé à tout moment après un préavis de 3 mois sans justification.

À retenir

Ne rien oublier de noter dans la rédaction du bail professionnel

- Pose de plaques.
- Arrivée éventuelle d'associés.
- Transformation des locaux.
- Droit de préemption en cas de vente.
- Indexation du loyer.

Choix du statut d'associé

Avantages de l'association

Exercer isolément la médecine n'est pas si simple.

L'association permet :

- la concertation concernant certains dossiers de patients ;
- la répartition des tâches administratives ou techniques relatives au cabinet ;

- la permanence des soins des patients en cas de vacances, formations ;
- le partage des frais financiers du cabinet, du matériel, du personnel.

À l'arrivée d'un associé, s'il n'était pas prévu dans le bail, il faut obtenir du propriétaire l'autorisation de l'inscrire comme colocataire.

Signer un contrat d'association communiqué au Conseil départemental de l'Ordre et y noter son mode d'exercice.

Des modèles de contrat sont disponibles sur le site de l'Ordre des médecins [12].

Trois clés pour la réussite de l'association

1. Éliminer toute possibilité de conflit financier : les différents associés ont les mêmes acquis financiers, parts de SCI, copropriétés de matériel lourd… Ils partagent de façon équitable les dépenses du cabinet.
2. Écarter tout risque de conflit humain : éviter l'ingérence des conjoints dans le fonctionnement du cabinet. Par exemple, la comptabilité ne sera pas prise en charge par le conjoint d'un associé, le secrétariat ne sera pas assuré par le conjoint d'un des associés…
3. L'éthique et le mode de fonctionnement doivent être partagés par les différents associés.

Dans tous les cas, associé ou non

Il faut penser aux autorisations à demander à la copropriété (encadré 1.1).

Le meilleur conseiller dans ce cas de figure est le syndic de l'immeuble ou le notaire.

La question se pose en cas de transformation d'un appartement en cabinet médical, que l'on soit propriétaire ou locataire.

Encadré 1.1

Plusieurs vérifications sont nécessaires

- Si le changement d'affectation de l'appartement est contraire à la destination de l'immeuble ou interdit par le règlement de copropriété, il faut l'unanimité des copropriétaires pour obtenir gain de cause.
- Si le changement d'affectation est autorisé par le règlement de copropriété, aucune autorisation n'est requise.
- Si le changement d'affectation n'est pas prévu dans le règlement de copropriété, le praticien a besoin de l'accord de la majorité des copropriétaires.

Démarches à effectuer auprès de la préfecture

En ville, ne pas oublier l'autorisation préfectorale :

- Dans les communes de plus de 200 000 habitants ainsi que dans les départements 92, 93 et 94, il faut obtenir une autorisation préfectorale pour modifier l'affectation d'un local à usage d'habitation en usage professionnel [2].
- À Paris, l'autorisation est à demander à la mairie de Paris [7]. Les changements d'usage d'un local d'habitation sont soumis à des demandes spécifiques, dépo-

sées auprès du Pôle Accueil et Service à l'Usager (Direction de l'Urbanisme de la Mairie de Paris). Les changements d'usage concernent des locaux particuliers (ce à quoi un immeuble est utilisé, c'est-à-dire son usage effectif). Une demande de changement d'usage est nécessaire pour transformer des logements en bureaux ou en locaux à usage professionnel ou mixte. Cette démarche est soumise à la délivrance d'une autorisation du maire de Paris après avis du maire d'arrondissement. Cette compétence qui était dévolue au préfet de Paris est transférée au maire de Paris depuis le 1er avril 2009.

- Ceci peut également s'appliquer à d'autres communes par décision de l'autorité administrative prise après avis du maire.

Références

[1] Article 7 de la loi n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux. http://www.legifrance.gouv.fr/
[2] Article L631-7 et suivants du code de la construction et de l'habitation. http://www.legifrance.gouv.fr/
[3] CNOM Démographie.pdf - http://www.cnom.fr/
[4] http://carrefourlocal.senat.fr/breves1256.html
[5] http://www.installationliberale.macsf.fr
[6] http://www.aides-entreprises.fr/accueil.php
[7] http://www.paris.fr/portail/, rubrique Urbanisme
[8] http://www.modelo.fr/
[9] JORF n° 107 du 8 mai 2007 page 8167 texte n° 32 www.diact.gouv.fr
[10] Loi n° 86-1290 du 23 décembre 1986 et articles 1713 et suivants du Code civil.
[11] Loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 (loi Mermaz) - http://www.juri-logement.org/
[12] http://www.conseil-national.medecin.fr/?url=contrat/index.php

2 Conception du cabinet

Aménagement et organisation des locaux

Dans un cabinet médical, on distingue 3 types de zones :

1. les zones administratives (accueil, secrétariat, salle d'attente, archivage) ;
2. les zones « protégées » : salles d'examens et de soins, zone de stockage du matériel stérile ; des zones de conditionnement des dispositifs médicaux avant stérilisation, zone de désinfection des dispositifs thermosensibles ;
3. les zones potentiellement contaminées (stockage des déchets, linge sale, matériel de ménage, lavage des dispositifs médicaux).

Les matériaux de revêtement des sols des deux dernières zones sont lessivables, carrelages avec joints plats et étanches ou matériaux synthétiques (pas de moquette ou tapis). Les murs seront lessivables (peinture, papier vinyle, carrelages avec joints plats et étanches).

La zone de lavage des mains est à proximité de la zone de soins avec un lavabo, un distributeur de savon liquide à cartouche jetable, un distributeur de produit hydroalcoolique, un distributeur de savon antiseptique et un distributeur de serviettes non tissées jetables.

Les zones d'entretien des dispositifs médicaux réutilisables et celles destinées au rangement du matériel de ménage, du linge sale, des déchets assimilés aux ordures ménagères sont des locaux séparés et fermés.

Sécurité du cabinet

- Sécurité des locaux : sécuriser, signaliser et éclairer les accès au cabinet (escalier, palier, couloir), la salle d'attente ;
- Sécurité du matériel : porter une attention particulière au choix de la table d'examen (stabilité, articulations) et à son accès (stabilité du marchepied).

Mobilier et matériel du cabinet

Le mobilier de la salle d'examen et de soins

- Une table d'examen dont il faut prévoir l'usage. Le spécialiste choisit la table adaptée à la spécialité, le médecin généraliste réfléchit à un usage mixte permettant l'examen gynécologique. Un patient sur deux est une femme ! Cette table d'examen possède un revêtement lessivable, nettoyé entre deux patientes, recouvert d'un support en papier également changé entre deux patientes.
- Une petite table roulante à deux étages destinée à recevoir du matériel d'examen (zone propre, zone sale).
- Des placards de rangements facilement accessibles.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

- Un négatoscope de bonne qualité dont il faudra régulièrement changer la lampe afin de conserver une bonne vision des radiographies. De plus en plus souvent, ce négatoscope est remplacé par un écran informatique de bonne définition (les radiographies sont télétransmises ou gravées sur DVD).
- Une poubelle (à pédale ou sans couvercle) équipée d'un sac pour déchets ménagers.
- Une poubelle (à pédale ou sans couvercle) équipée d'un sac pour le recueil des déchets d'activité de soins à risques infectieux (DASRI).
- Une boîte OPCT pour objets piquants, coupants et tranchants.
- Une armoire fermée ou un placard pour recevoir les dispositifs médicaux nécessaires à la réalisation des soins, les toxiques.
- Un réfrigérateur pour les médicaments ou vaccins.
- Une balance, une toise.
- En cas d'utilisation de dispositifs médicaux réutilisables, il faut placer à proximité de la zone de soins un bac contenant une solution de prédésinfection dans lequel seront immédiatement déposés les dispositifs médicaux après usage.

Les sanitaires

Reflets de l'hygiène du cabinet, ils sont fonctionnels, simples d'entretien, bien équipés. Des sociétés de service proposent des systèmes recouvrant la lunette de WC, des distributeurs de papier, d'essuie-mains jetables, de savon liquide et éventuellement un déodorant distribué à la fermeture de la porte. Un point d'eau est indispensable pour le lavage des mains. Ne pas oublier une poubelle. Les sanitaires doivent être accessibles aux handicapés.

Le bureau du médecin

Il doit accueillir confortablement les patients : vaste bureau, bons fauteuils (2 ou 3 pour les consultants). Préférer une même hauteur pour les sièges des patients et celui du bureau du praticien. Une bibliothèque permet au praticien de ranger son savoir tout en y apportant des confirmations de temps en temps. Bien concevoir la disposition des appareils, ordinateur, imprimante, scanner…

Une ergonomie bien pensée pendant l'installation est conservée pendant la durée de son exercice.

Le secrétariat et l'accueil

L'accueil est un poste essentiel au sein du cabinet médical. Il est un passage obligé pour les patients. Il permet un échange discret entre patient et secrétaire.

Le cahier de rendez-vous, s'il est de papier, ne doit pas pouvoir être lu par les patients. Si l'agenda est électronique, l'écran ne doit pas être visible du public.

Si le secrétariat et l'accueil sont assurés par les mêmes personnes, les deux zones de travail doivent être proches. Des armoires de rangement sont à proximité, où sont classés les différents papiers administratifs.

Le standard téléphonique doit faire l'objet d'une grande attention. Il est essentiel que le médecin puisse être joint facilement. Les horaires de secrétariat sont définis en fonction des besoins des patients et annoncés sur un répondeur téléphonique, et éventuellement sur les ordonnances.

La salle d'attente

Elle doit être suffisamment vaste pour accueillir le nombre de patients estimés selon le retard potentiel que l'on peut avoir.

Les chaises ou fauteuils seront solides, sans anomalie risquant d'entraîner une blessure.

Une musique de fond peut être diffusée. Dans ce cas, une déclaration et le versement d'une cotisation se feront à la SACEM [1].

Deux avantages sont à noter :

- l'instauration d'une atmosphère détendue pour les patients angoissés de consulter ;
- la confidentialité (afin qu'ils n'entendent pas les échanges dans le bureau du médecin).

Des informations peuvent être diffusées sur écran de télévision. Les règles sont les mêmes que pour les affichages, interdisant la publicité.

Certaines sociétés proposeront au médecin un présentoir rechargé régulièrement de fiches d'information. D'autres fourniront les écrans et les informations selon chaque spécialité.

Ne pas oublier que certains documents ne sont que des publicités et pas nécessairement le contenu du message que l'on souhaite délivrer. Prenons l'exemple d'une information utile concernant la contraception. Celle-ci doit être objective, citant toutes les possibilités et non seulement les solutions diffusées par le laboratoire éditeur de la plaquette.

Responsabilité du médecin en cas de chute d'un patient dans le cabinet [2]

La responsabilité du praticien peut être engagée si :

- la chute a lieu dans l'enceinte du cabinet (couloirs du cabinet, salle d'attente, ou salle d'examen). Les parties communes de l'immeuble ne sont pas concernées ;
- la chute est liée à une défectuosité du matériel (table d'examen, fauteuil ou chaise) ;
- il y a eu un manque notoire de surveillance du patient lors du traitement (malaise après la pose d'un stérilet…).

Le patient devra apporter la preuve que la chute est consécutive à une anomalie d'agencement du cabinet, une anomalie du matériel ou liée à la négligence du praticien.

Prévention des chutes

Il est essentiel de :

- bien sécuriser l'accès au cabinet : sol antidérapant, rampe dans l'escalier, éclairages suffisants, fauteuils de salle d'attente solides, ne pouvant pas entraîner de blessure ;
- vérifier attentivement la solidité, stabilité de la table d'examen, du marchepied ;
- ne pas laisser un malade seul sur une table d'examen, ne pas le laisser descendre seul de cette table ;
- rester près du patient après un acte médical, tout particulièrement s'il s'agit d'un patient âgé ou handicapé.

Démarches à effectuer en cas de chute d'un patient

Le praticien doit :

- réaliser rapidement l'examen et les soins du patient ;
- organiser son transfert dans un établissement de santé si nécessaire ;
- faire une déclaration auprès de son assurance ;
- donner une information précise et juste au patient par rapport à l'incident si celui-ci n'était pas conscient au moment des faits ;
- tout noter dans le dossier médical (circonstances, horaires, soins prodigués…) ;
- corriger ce qui a provoqué l'accident (sol glissant, manque de rampes dans l'escalier, marchepied instable…)

Les certificats médicaux reconnaissant la responsabilité du praticien sont à proscrire.

Normes de sécurité dans le cabinet médical

Prévention des incendies

Le cabinet médical est un lieu public considéré comme un petit établissement et non soumis à des visites périodiques de contrôle des normes de sécurité.

Lors de la création du cabinet médical, s'il y a permis de construire, il faut soumettre le dossier à la DDSIS (Direction départementale des services incendie et secours).

Les consignes sont les suivantes :

- laisser un accès libre aux véhicules anti-incendie ;
- dégager une possibilité de sortie en cas de sinistre ;
- installer un système d'alarme sonore anti-incendie ;
- acquérir des extincteurs appropriés :
  - un extincteur à eau de 6 litres pour une surface de 250 m^2 ;
  - un extincteur à CO2 sous un tableau électrique.

Rédiger des consignes d'urgence en notant les numéros d'appel d'urgence (15 ou 18), la localisation des trousses ou du local de premier secours, les modalités de transport et d'évacuation des blessés.

Références

[1] http://www.sacem.fr/
[2] http://www.macsf.fr/

3 Sécurité du médecin [1]

Le médecin représente une cible privilégiée pour les voleurs : nombre de consultations sont encore réglées en espèces. Il est aussi possesseur d'ordonnanciers permettant de retirer des médicaments en pharmacie. Le matériel informatique du cabinet peut susciter convoitise.

En outre, la profession se féminise et nos consoeurs sont facilement prises pour cibles par des agresseurs.

Voici quelques conseils extraits d'un livret de sécurité à l'usage des médecins, édité par le Ministère de l'Intérieur, de la Sécurité intérieure et des Libertés locales en collaboration avec le Conseil national de l'Ordre des médecins.

Sécurité au sein du cabinet médical

Il est toujours utile de rappeler quelques précautions qui sont simples à prendre. La porte peut être blindée pour éviter qu'elle ne soit forcée. Il est prudent de ne pas laisser la porte d'entrée libre d'ouverture et de mettre en place un interphone et une gâche électrique. Ce système est avantageusement complété par un système de téléalarme ou télésurveillance.

De très nombreux cas de vols de sacs à main ou portefeuilles sont signalés dans les cabinets médicaux. Des chéquiers accessibles peuvent être dépouillés des derniers chèques, ce qui entraîne une découverte très tardive du vol. Ne laisser à portée de vue ni argent liquide, ni chéquiers ni cartes de crédit.

Sécurité lors des visites à domicile

Protéger son véhicule

Ne jamais oublier les clés sur le contact et bloquer l'antivol de direction. Ne laisser aucun objet attrayant en évidence : portefeuille, chéquier, ordinateur, téléphone… Prérégler sur son téléphone portable une touche « 17 » (standard d'un service de police ou de gendarmerie) ou « 112 » (Police secours). En cas de besoin, communiquer le lieu précis de l'agression, le nombre d'auteurs et leur signalement. Avoir un système d'alarme sur sa voiture et un tatouage des vitres.

Se protéger

Répartir ses papiers et argent dans différentes poches. Ne jamais quitter son téléphone portable. Stationner au plus près de l'adresse du malade. Si l'on est suivi par un individu, entrer dans un endroit animé. La nuit, marcher face aux voitures en évitant les zones d'ombre.

En cas d'agression

Le comportement de la victime conditionne celui de l'agresseur. Il est conseillé de garder son calme afin de limiter la gravité de l'agression. Éviter la réaction de

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

force. Une vie est plus importante que des biens matériels. Tenter d'amorcer le dialogue avec l'agresseur.

Le dépôt de plainte

La plainte est déposée dans un commissariat de police ou une brigade de gendarmerie. Elle est enregistrée sur un procès-verbal dont une copie est remise au plaignant. Elle peut être enregistrée sans mention de l'adresse personnelle de la victime.

Une plainte avec constitution de partie civile adressée au doyen des juges d'instruction est possible, le Conseil départemental de l'Ordre peut se constituer partie civile aux côtés du plaignant et même à sa place. On peut également faire une main courante, déclaration permettant de relater les faits sans déclencher une procédure judiciaire. L'information est archivée localement.

Les suites données à la plainte

Une enquête est mise en œuvre, un portrait robot de l'agresseur peut être proposé. D'éventuels témoins sont entendus. Si l'agresseur est interpellé, la victime est convoquée pour une confrontation directe, ou elle assiste à la scène derrière une glace sans tain. L'ensemble de la procédure est transmise au Procureur de la République de la région. En 2003, l'Ordre des médecins a constitué un Observatoire national pour la sécurité qui recense les agressions dont les médecins sont victimes.

Référence

[1] http://www.conseil-national.medecin.fr/.

4 Obligations en matière d'hygiène au cabinet

Hygiène de la consultation

Une infection est dite nosocomiale quand le patient n'en présentait aucun signe avant l'hospitalisation. La cause majeure de la transmission des bactéries est le manque d'hygiène et en particulier l'absence de lavage des mains.

Mais ces infections liées aux soins ne sont pas l'apanage des établissements de santé.

Les praticiens exerçant en cabinet sont amenés à effectuer des gestes comportant des risques infectieux pour les patients et pour eux-mêmes. La durée d'hospitalisation des patients se raccourcissant, ces derniers consultent en ville après leur sortie précoce : le médecin de ville devient un vecteur fréquent de ces infections.

Récemment, deux ouvrages ont été publiés : un guide de la Direction générale de la santé intitulé *Infections liées aux soins en dehors des établissements de santé* [6] et un guide des recommandations professionnelles, édité par la HAS, *Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical et paramédical* [5].

« Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à des tiers compétents » [2].

Les responsabilités disciplinaires et civiles ont été réaménagées par la loi dite « Kouchner » n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits du malade et à la qualité des soins.

La loi n° 2004-806 du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique, affirme la responsabilité de l'État pour l'amélioration de la santé de la population. Les principes de la responsabilité civile des professionnels de santé figurent désormais dans les articles L1142-1 à L 1143-1 du Code de la santé publique.

Risques infectieux au cabinet

Les bactéries multirésistantes (BMR)

Les bactéries sont dites multirésistantes (BMR) lorsqu'elles ne deviennent sensibles qu'à un nombre restreint d'antibiotiques. Les BMR, retrouvées en ville, proviennent du milieu hospitalier.

Les principales BMR sont représentées par les SARM (*Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline), EBLSE (Entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre étendu).

La transmission des BMR se fait soit par contact direct entre deux personnes, soit par l'intermédiaire d'un matériel contaminé (stéthoscope, brassard à tension, table d'examen…).

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

L'agent transmissible non conventionnel (ATNC ou prion)

Les encéphalopathies spongiformes subaiguës transmissibles (ESST) sont des maladies dégénératives du système nerveux central. Il n'existe pas de test de dépistage à ce jour.

La transmission de l'encéphalite spongiforme bovine (ESB) ou maladie de la vache folle à l'homme se fait par voie alimentaire. Elle est responsable de l'apparition de la maladie de Creutzfeldt-Jacob. L'agent transmissible non conventionnel (ATNC) est le prion. Il peut se transmettre par l'appareillage médical. Dans ce cas, l'utilisation de dispositifs médicaux à usage unique doit être largement privilégiée.

Les accidents d'exposition au sang (AES)

Toute personne qui manipule le matériel souillé ou les déchets peut être victime d'un accident d'exposition au sang (médecin, personnel paramédical, agents de service).

Des précautions simples en permettent la prévention : ne pas « recapuchonner » les aiguilles et utiliser des boîtes adaptées pour éliminer les objets piquants et coupants.

Tout le personnel du cabinet (dont les médecins) doit être vacciné contre l'hépatite B étant donné les risques professionnels.

Moyens simples pour y remédier

Il faut considérer tout patient comme un porteur potentiel d'agents infectieux. L'objectif est de protéger les professionnels de santé et le patient.

Le lavage et la désinfection des mains se font devant le patient (ce qui donne confiance et rassure quant à la qualité des soins prodigués). Pendant les soins, les ongles sont courts et propres, les manches courtes ; les bijoux et le vernis à ongles sont proscrits. Il faut se laver les mains entre chaque patient et les essuyer à l'aide d'un papier jetable (pas avec une serviette à usage multiple, ni par séchage à l'air chaud). La commande du robinet est à pédale ou, si elle est manuelle, le dernier essuie-mains en papier est utilisé pour fermer le robinet puis est jeté dans la poubelle.

La technique de friction des mains avec un gel hydroalcoolique est d'efficacité reconnue (recommandée par le CTIN, Comité Technique des Infections Nosocomiales, dans son avis du 5 décembre 2001). Elle s'emploie sur des mains non souillées, sèches et non poudrées.

Aménagement d'un point d'eau au cabinet

La vasque est large (éviter les petits lave-mains). Les savons sont présentés en flacon non rechargeable avec pompe distributrice (un savon doux liquide, un savon désinfectant ou un produit hydroalcoolique). Les essuie-mains sont à usage unique (en papier ou en non-tissé), présentés dans un distributeur ne nécessitant pas de manipulation. Les poubelles (à pédale ou sans couvercle) sont équipées de sacs jetables.

Il faut proscrire le savon en pain, les distributeurs de savon rechargeable, les serviettes à usage multiple, l'essuie-mains en tissu à enrouleur, le sèche-mains électrique à air pulsé.

Port de gants

Les gants non stériles à usage unique, si possible présentés dans une boîte distributrice, sont utilisés lorsqu'il y a risque de contact avec du sang ou autre produit biologique, avec une peau lésée ou une muqueuse (par exemple pour le toucher vaginal), avec du matériel souillé ou quand le soignant présente des lésions cutanées des mains.

Les gants stériles à usage unique sont indispensables pour les gestes nécessitant une haute asepsie et la manipulation de matériels stériles. Les gants ne seront pas talqués.

Tenue vestimentaire

La blouse à manches courtes ou retroussées est changée quotidiennement.

Il faut se laver les mains avant d'enfiler et après avoir retiré sa tenue professionnelle.

Le port d'une surblouse à usage unique est recommandé au cours de soins pouvant exposer les vêtements du soignant à des projections de sang ou de liquides biologiques ou lors de soins de patients porteurs de BMR.

Le masque à usage unique sera porté en ville lors de gestes techniques à haut risque d'asepsie (endoscopie, actes de petite chirurgie, laser) ou pour se protéger de patients porteurs d'infection à risque de transmission aérienne ou par gouttelettes.

Utilisation des antiseptiques sur peau ou muqueuse saine avant tout acte invasif

Certains produits sont considérés à tort comme des antiseptiques, c'est le cas de l'éther qui a une action dégraissante ou de l'Éosine® utilisée pour son action asséchante. Comme tout médicament, ces produits présentent des contre-indications (allergie, grossesse) et des indications (spectre d'activité, délais d'action, incompatibilités entre produits).

Il existe des règles générales de conservation des antiseptiques :

- éviter de placer les antiseptiques près d'une source de chaleur ;
- reboucher le flacon après usage, noter la date d'ouverture du flacon et la date à laquelle il doit être jeté ;
- choisir des conditionnements adaptés à l'usage et préférer des petits conditionnements voire des doses unitaires qui seront jetées immédiatement après l'emploi.

Les antiseptiques ne sont pas mélangés ni employés successivement, sans rinçage entre deux produits.

Emploi de matériel à usage unique

Le matériel à usage unique à performance égale doit être privilégié. Il n'est pas réutilisé.

La stérilisation des dispositifs médicaux réutilisés sera obtenue par la chaleur humide à 134 °C pendant 18 minutes pour les dispositifs supportant ces conditions (autoclave). Le Poupinel n'a plus sa place dans nos cabinets.

La traçabilité de la stérilisation et de la désinfection doit permettre de retrouver le traitement subi par le matériel entre deux utilisations et de pouvoir faire le lien avec les patients sur lesquels il a été utilisé.

Déroulement de la consultation [9]

Cas particulier de la consultation d'échographie

Il faut protéger la sonde endovaginale par un doigt de gant à usage unique, stérile, effectuer une désinfection de bas niveau pour la sonde d'échographie abdominale et enfin une désinfection de niveau intermédiaire pour la sonde échographique.

À la suite d'une polémique, le CNGOF publiait en février 2008 les conseils suivants : le Collège national des gynécologues et obstétriciens français, en accord avec le Comité national technique d'échographie et l'Institut de veille sanitaire rappelle qu'aucun cas d'infection liée à une échographie diagnostique abdominale ou vaginale n'a été rapporté dans la littérature médicale, même en l'absence de protection ou de désinfection.

Il faut donc rassurer les patientes sur les risques de contamination individuelle liés à une échographie diagnostique pratiquée en suivant les règles d'hygiène.

Les règles d'hygiène proposées par le Haut Conseil de la santé publique (HCS) (bien que non étayées par des études scientifiques robustes) doivent être suivies par les praticiens et affichées dans les locaux afin que les patientes puissent en prendre connaissance [3].

Le praticien doit appliquer les règles d'hygiène standard :

- lavage des mains avant l'examen ;
- port de gants non stériles à usage unique ;
- utilisation d'une gaine de protection de la sonde adaptée et marquée CE. L'usage d'un préservatif pour les sondes vaginales n'est pas recommandé par le Haut Conseil de la santé publique, bien que son utilisation lors des rapports sexuels ait démontré son efficacité dans la prévention des maladies sexuellement transmissibles [7].

Lors de la mise en place de la gaine de protection, le médecin :

- vérifie l'intégrité de l'emballage et la date limite d'utilisation ;
- s'assure que le positionnement de la gaine sur la sonde est correct ;
- contrôle l'absence de déchirure de la gaine et en change si elle est déchirée.

Lors du retrait de la gaine de protection, le médecin :

- examine la gaine à la recherche de déchirure visible ;
- retire la gaine avec précaution pour éviter de la déchirer et ainsi contaminer la sonde ;
- jette la gaine dans le container à déchets médicaux ;
- désinfecte ses mains et met une nouvelle paire de gants à usage unique ;
- examine la sonde à la recherche de souillures visibles ;

- essuie la sonde avec une lingette à usage unique sèche ou une compresse blanche non tissée en vue de rechercher des souillures.
  - En l'absence de souillures visibles sur la sonde ou la lingette, le médecin :
    - essuie la sonde avec une lingette à usage unique, imprégnée ou préimprégnée de détergent désinfectant marqué CE et ne contenant pas d'aldéhyde ;
    - attend le séchage spontané avant une nouvelle utilisation.
  - En présence de souillures visibles sur la sonde ou la lingette, le médecin :
    - effectue un nettoyage avec la lingette ;
    - réalise une désinfection de niveau intermédiaire : immersion dans de la glutaraldéhyde 2 % pendant 20 minutes.

En fin de programme, le médecin :

- nettoie la sonde avec un détergent ;
- rince la sonde à l'eau du réseau ;
- sèche la sonde soigneusement ;
- stocke la sonde dans un endroit propre en respectant les conditions d'hygiène pour éviter sa contamination.

Le gel est non stérile pour les échographies sans effraction cutanéo-muqueuse. Il est conditionné en flacon de petit volume, à mettre aux déchets en fin de journée même s'il n'a pas été complètement terminé.

Un gel stérile en conditionnement individuel doit être utilisé si l'on constate :

- l'existence d'une cicatrice opératoire récente ;
- une plaie cutanée.

On doit également se servir de ce gel stérile si l'on réalise une ponction ou biopsie (Circulaire DH/EM n° 96479 du 6 février 1996).

Des industriels proposent des solutions de désinfection par rayonnements UV-C. La solution est rapide (3 minutes) et sans produit chimique. Dans ce cas il existe une traçabilité : sonde identifiée, rapport de désinfection, vérification du degré de désinfection.

Les UV-C sont connus pour leur pouvoir germicide [1] (la longueur d'onde est de 254 nm). Ces rayonnements sont bien connus pour la désinfection de l'air et de l'eau en milieu hospitalier. Cette solution est bactéricide, virucide, fungicide, sporicide.

Hygiène des locaux

L'entretien des locaux s'inspire des recommandations du Guide de Bio nettoyage [4].

Conseils destinés à la femme de ménage

Le nettoyage débute par les zones dites protégées, puis les zones administratives pour terminer par les zones contaminées. Il faut alors porter des gants de ménage et une blouse.

- Pour les zones administratives, le nettoyage est simple, il suffit d'utiliser un détergent du commerce. Noter la date d'ouverture des produits.

- Pour les autres zones, le « bio nettoyage » est de mise, soit en un seul temps en employant un produit détergent désinfectant (à marquage CE obligatoire), soit en trois temps en utilisant un détergent du commerce, un rinçage et enfin un désinfectant.

Il faut fournir un chariot de ménage organisé en étage propre et étage sale. Le plus simple est l'emploi de supports non tissés. Si l'on utilise des textiles réutilisés, il faut les laver en machine à >60 °C avec javellisation au dernier rinçage. Le matériel d'entretien est nettoyé une fois par jour. Les serpillières et les éponges sont interdites.

L'entretien des surfaces (mobilier et équipements) se fait par essuyage humide avec un textile propre ou un support non tissé à usage unique, imprégné d'un détergent-désinfectant. Il ne doit jamais être retrempé dans la solution détergente-désinfectante afin de ne pas la contaminer. L'entretien des sols et des surfaces est réalisé au moins une fois par jour en fin d'activité et entre deux patientes.

L'eau de Javel est fréquemment employée. Elle est présentée en berlingot de 250 mL, concentrée à 12,5 % de chlore et se conserve 3 mois. Diluée dans un litre, elle est concentrée à 0,36 % de chlore ; elle se conserve un an. Il s'agit d'un désinfectant qui s'applique après nettoyage. Il faut la diluer dans l'eau froide et toujours l'utiliser seule. Elle se dégrade à la chaleur et à la lumière. Elle altère les métaux ferreux comme les canalisations et certains matériaux plastiques. Au cabinet médical, elle peut s'appliquer sur les sanitaires. Son effet corrosif rend son utilisation difficile sur les mobiliers.

Gestion des dispositifs médicaux (DM)

Le médecin est personnellement responsable de son matériel. L'utilisation des dispositifs médicaux à usage unique (spéculums, pinces, compresses…) est privilégiée. Ils ne doivent jamais être réutilisés.

Après emploi, ils sont considérés comme des déchets à risques infectieux puisqu'ils ont été en contact avec une muqueuse et des secrétions pouvant être infectées. Ils sont déposés dans une poubelle spécifique présentant un système de fermeture provisoire et un système définitif.

Il existe des normes précises pour le stockage et l'élimination. Pour ceux qui seraient réticents à l'emploi des dispositifs à usage unique, les procédures de stérilisation du matériel réutilisable sont draconiennes et nécessitent une traçabilité rigoureuse.

Les dispositifs médicaux réutilisables sont classés en 3 groupes qui correspondent à des niveaux de risque infectieux :

1. DM critique (C) (haut risque infectieux) : matériel introduit dans le système vasculaire ou dans une cavité ou tissu stérile : stérilisation ou à défaut désinfection de haut niveau (endoscopes) ;
2. DM semi-critique (SC) : matériel entrant en contact avec une muqueuse sans effraction ou avec peau lésée superficiellement : stérilisation ou à défaut désinfection de niveau intermédiaire (spéculum, pince longuette) ;
3. DM non critique (NC) (bas risque infectieux) : dispositif entrant en contact avec la peau saine (stéthoscope, table d'examen, tensiomètre, pèse-personne).

Stérilisation des DM de consultation (spéculums, pinces, ciseaux) thermorésistants

- Prédésinfection par immersion dans une solution détergente désinfectante (sans aldéhyde) afin de neutraliser les germes.
- Rinçage à l'eau du robinet.
- Nettoyage et brossage des instruments dans un bain neuf de détergent. Rinçage.
- Séchage par égouttage. Emballage en sachets ou boîtes.
- Contrôle et étiquetage avec date de la stérilisation.
- Stockage dans un tiroir ou placard propre et fermé. Le DM est emballé.

Stérilisation des DM thermosensibles (endoscopes souples)

- Désinfection chimique par immersion.
- Rinçage abondant à l'eau stérile.
- Séchage par égouttage, essuyage ou soufflage d'air si non utilisation immédiate.
- Stockage dans un tiroir ou placard propre et fermé. L'endoscope est emballé.

Gestion des déchets d'activité de soins

« Tout producteur de déchets est responsable de leur élimination » [8].

Deux arrêtés d'application ont été publiés le 7 septembre 1999 : l'un précise les modalités d'entreposage des déchets d'activité de soins à risques infectieux (DASRI), l'autre définit le contrôle des filières d'élimination de ces mêmes déchets.

Différents déchets de soins

Il existe 2 catégories de déchets de soins :

1. Les déchets d'activités de soins non contaminés assimilables aux ordures ménagères sont les emballages, cartons, papiers essuie-mains, draps d'examen non souillés ;
2. Les déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) :
   - déchets qui peuvent contenir des micro-organismes viables ou leur toxine, cause de maladie chez l'homme ;
   - dispositifs médicaux ou matériaux piquants, coupants, tranchants, dès leur utilisation, qu'ils soient ou non en contact avec un produit biologique (aiguilles à ponction, à biopsie, lames à usage unique, inserteurs d'implant…) ;
   - flacons de produits sanguins à usage thérapeutique incomplètement utilisés ou arrivés à péremption, tubes de prélèvements sanguins… ;
   - tout dispositif de soins et tout objet souillé par du sang ou un autre liquide biologique (spéculum à usage unique, hystéromètre et diverses pinces à usage

unique, sondes à insémination, seringues, gants d'examen, protection de sonde endovaginale d'échographie) ;
- certains déchets de laboratoire (milieu de culture, prélèvements…).

Tri des déchets dès la production et élimination

Le médecin devra disposer de plusieurs poubelles :
- poubelle pour ordures ménagères : emballages, cartons, papiers essuie-mains, draps d'examen non souillés ;
- boîte pour objets piquants et tranchants souillés : boîtes à OPCT ;
- poubelle pour déchets mous contaminés (compresses souillées, tubulures…) : emballages rigides et étanches à usage unique ou sacs étanches placés dans des conteneurs réservés à leur collecte.

Stockage

Si la production de DASRI est inférieure à 5 kg par mois en un même lieu, les déchets seront entreposés pendant moins de 3 mois loin d'une source de chaleur, dans des emballages étanches.

Si la production dépasse 5 kg par mois, il est nécessaire d'avoir un local identifié sans risque d'exposition aux intempéries, à la chaleur et aux animaux. Le sol et les parois doivent être lavables et faire l'objet d'un nettoyage régulier. Ce local est muni d'arrivées d'eau et d'une évacuation des eaux usées. Le stockage ne doit pas alors dépasser 7 jours.

Transport et élimination

Le transport des déchets à risque infectieux vers le lieu d'incinération impose un suremballage ou un conteneur agréé, correspondant aux dispositions réglementaires internationales concernant le transport de matières dangereuses par la route. Le véhicule personnel du médecin peut servir au transport des déchets dont le poids est inférieur à 15 kg.

Un prestataire de service le fera pour des poids supérieurs. Il faut signer avec cet organisme une convention écrite, demander un bon de prise en charge et un bordereau de suivi (CERFA n° 11352-01) pour une production inférieure à 5 kg par mois. Ce bordereau atteste de la traçabilité des déchets et constitue la preuve de l'élimination. Ce document comporte l'identification du producteur, du collecteur et du destinataire avec les modalités d'élimination. Il est signé par chacun des intermédiaires et retourné une fois par an au producteur des déchets. Les documents de suivi sont conservés pendant 3 ans.

Références

[1] Von T. Woedtke et coll. *Antimicrobial efficacy and potential application of a newly developed plasma-based ultraviolet irradiation facility*, *Journal of hospital Infection* (2003) 55,204-211.
[2] Article 32 du code de déontologie médicale du décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995.
[3] Haut conseil de la santé publique – Rapport : Gaines de protection à usage unique pour dispositifs médicaux réutilisables ; 14 décembre 2007 – http://www.hcsp.fr/.
[4] http://www.cclinparisnord.org/Guides/desinfLoc.pdf.
[5] http://www.has-sante.fr.

[6] http://www.sante.gouv.fr/ *Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé*, janvier 2004, 140 p.
[7] http://www.invs.sante.fr/. Institut de veille sanitaire - Analyse du risque infectieux lié aux échographies endocavitaires en l'absence de protection ou de désinfection des sondes entre patients ; 5/2/2008.
[8] Loi n° 75-633 du 15 juillet 1975 modifiée par les lois du 13 juillet 1992 et du 2 février 1995.
[9] www.legifrance.gouv.fr. Mises à jour en gynécologie médicale 2007 – L'hygiène au cabinet de gynécologie J.-P. Blanchère, page 149.

5 Contexte juridique d'exercice médical en cabinet de groupe [1]

Le médecin a le choix entre 3 types de sociétés :

La SCM (Société civile de moyens)

La Société civile de moyens (SCM) est une structure juridique réservée aux professions libérales. Elle permet une mise en commun de moyens (locaux, personnel, matériel…). Elle est régie par l'article 36 de la loi du 29 novembre 1966 et les articles 1835 à 1870-1 du code civil.

La SCM n'exerce pas la médecine, elle n'est pas soumise à l'obligation d'assurer sa responsabilité civile professionnelle. Cette assurance est à la charge de chacun des médecins. Elle contracte une assurance multirisque professionnels couvrant un certain nombre d'événements, comme le vol, les détériorations par les patients, l'incendie, les dégâts des eaux, la responsabilité à l'égard du propriétaire, des voisins et des tiers, ainsi que la responsabilité civile de l'employeur.

Elle peut être constituée entre membres de professions libérales différentes.

Chaque associé règle sa part au prorata du nombre d'actions détenues dans la SCM.

En cas de départ, la qualité de membre de la SCM doit être cédée, faute de quoi le partant restera toujours redevable de sa part de charges. En revanche, le partant n'a pas de clause de non concurrence s'il n'a pas vendu sa patientèle et peut donc se réinstaller où bon lui semble.

Pour créer une SCM, il suffit d'établir un contrat et de conserver un exemplaire pour les archives sociales, un pour l'enregistrement et deux pour le dépôt en annexe au registre du commerce et des sociétés. Ces quatre originaux seront timbrés et enregistrés.

Une copie certifiée conforme doit être remise à chaque associé.

Guide pratique de la création et gestion du cabinet médical
© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Après la signature des statuts de la SCM, il faut :

- enregistrer les statuts à la recette des impôts, dans un délai de 1 mois à compter de la date de l'acte ;
- faire paraître dans un journal d'annonces légales l'avis concernant la création de la SCM ;
- déposer 2 exemplaires timbrés et enregistrés au greffe du Tribunal de Commerce du Siège Social ;
- immatriculer la SCM au registre du commerce et des sociétés ;
- insérer les caractéristiques de la société dans le bulletin officiel des annonces civiles et commerciales dans les 8 jours suivant l'immatriculation de la société par le greffier du Tribunal de Commerce ;
- déposer les statuts au Conseil départemental de l'Ordre des médecins.

Contenu du contrat

Il n'est pas obligatoire que cet acte soit établi par un notaire.

La dénomination sociale est libre et le siège social sera la plupart du temps à l'adresse du cabinet. Les associés (au moins 2) effectuent des apports, soit numéraires, soit sous forme de biens tels que mobilier, matériel (apport en nature).

Le mobilier ou le matériel propres à chaque associé n'ont pas à figurer dans les biens de la SCM. Les apports constituent le capital social de la société. Ce capital est divisé en parts sociales et chaque associé possède un nombre de parts correspondant à la valeur de ses apports. Il n'y a pas de capital minimum. Les associés sont conjointement responsables des dettes de la société, proportionnellement à leurs parts. Ils ont obligation de verser leur part de charges.

Les statuts désignent un gérant chargé de s'occuper de la société. Les différents associés peuvent être co-gérants. Doivent être précisées les conditions d'admission et de retrait de membres de la SCM, les modalités de cession ou de transmission des parts sociales, les conditions de poursuite de la SCM en cas de décès ou d'incapacité d'un associé.

Un règlement intérieur énonce les règles de fonctionnement (en matière de répartition des charges, en cas d'absence, de vacances, de maladie, conditions de départ…). Il précise la répartition des locaux entre les associés, les rapports entre les associés dans l'exercice de leurs activités, l'utilisation du mobilier et du matériel commun, la définition et la répartition des charges des dépenses communes….

La SCP (Société civile professionnelle)

La Société civile professionnelle permet à des personnes physiques d'exercer en commun une profession libérale réglementée. La SCP est régie par la loi du 29 novembre 1966 complétée pour chaque profession libérale de décrets d'application tenant compte des spécificités de leur activité.

La SCP permet la mise en commun des recettes. Elle exerce la médecine. Elle est donc soumise à une obligation d'assurance en responsabilité civile professionnelle.

Elle est constituée de 2 associés au minimum. Il n'y a pas en principe de nombre maximum d'associés. Seules des personnes physiques peuvent constituer une SCP.

Aucun capital social minimum n'est exigé. Il peut être constitué d'apports en espèces ou en nature (apport de matériel, clientèle, droit au bail). Ces derniers doivent être libérés entièrement lors de la constitution de la structure. Les apports en industrie sont possibles et constituent des éléments essentiels de la SCP dans la mesure où l'associé n'entre dans la société que pour y exercer sa profession et où l'objet de la société se confond avec l'activité de ses membres. De tels apports ne peuvent concourir à la formation du capital social. Ils donnent cependant lieu à l'attribution de parts ouvrant droit au partage des bénéfices et à une participation aux décisions collectives.

Les associés sont responsables indéfiniment et solidairement des dettes professionnelles sur leurs biens personnels. L'associé est également tenu sur l'ensemble de son patrimoine personnel des actes professionnels qu'il accomplit, la SCP étant solidairement responsable des conséquences dommageables de ces actes.

La société est dirigée par un ou plusieurs gérant(s) désigné(s) dans les statuts ou dans un acte séparé. À défaut, tous les associés sont considérés comme gérants. Ils doivent obligatoirement être choisis parmi les associés. Les modalités d'exercice de leur mandat sont déterminées dans les statuts. Dans le silence des statuts, les pouvoirs des gérants se limitent aux actes de gestion que demande l'intérêt de la société. Les décisions collectives sont prises en assemblée. Ce sont les statuts qui en fixent librement les modalités (majorité requise, quorum). En général, elles sont prises : pour les décisions ordinaires, à la majorité des voix des associés présents ou représentés, et, pour les décisions extraordinaires, à la majorité des 3/4 de l'ensemble des associés.

Il n'y a aucune imposition au niveau de la société. Le bénéfice imposable est déterminé selon les règles applicables aux bénéfices non commerciaux (recettes encaissées et dépenses payées). Ces bénéfices s'ajoutent aux bénéfices non commerciaux de l'associé.

Le gérant est en principe soumis au régime social des travailleurs non-salariés. Il cotise sur la part des bénéfices de la société qui lui revient, augmentée éventuellement de la rémunération qui lui est versée pour ses fonctions de gérant. Lorsque la société n'est pas soumise à l'impôt sur les sociétés (IS), sa rémunération, s'il en perçoit une, n'est pas déductible. Elle est imposée à l'impôt sur le revenu (IR) avec sa part de bénéfices lui revenant dans la catégorie des bénéfices non commerciaux (BNC). Si la société est soumise à l'IS, sa rémunération est déductible et imposée à l'IR dans la catégorie des traitements et salaires.

La taxe professionnelle est établie au nom de chaque associé si la SCP n'est pas imposée à l'IS et établie au nom de la SCP si celle-ci est soumise à l'IS.

La SEL (Société d'exercice libéral)

La Société d'exercice libéral (SEL ou SELARL), comme la SCP, dispose de la personnalité morale et est solidairement responsable des actes de chacun des praticiens. C'est la loi du 31 décembre 1990 qui l'a posée, mais il a fallu attendre la publication d'un décret d'application (décret du 3 août 1994) comprenant un

certain nombre de conditions particulières pour que ce statut juridique devienne accessible aux médecins. La loi de 1990 ne prévoit pas d'obligation d'assurance pour la SEL, mais si l'on considère la loi du 4 mars 2002, ce type de société exerce une activité de prévention, de diagnostic et de soins. À ce titre elle est soumise à une obligation d'assurance. Le défaut d'assurance peut d'ailleurs donner lieu à des sanctions extrêmement sévères.

Ainsi, la SEL peut être propriétaire du matériel, par exemple une table d'examen qui peut céder sous le poids du patient, provoquant un dommage. Dans ce cas, la SEL engage sa responsabilité.

Un apport de capitaux extérieurs est possible. Il ne peut dépasser 25 % du capital social, détenu par une ou plusieurs personnes. Les SEL de médecins se créent le plus souvent sans capitaux extérieurs et sont le plus souvent unipersonnelles. Qu'elle soit unipersonnelle ou qu'elle regroupe plusieurs praticiens, toute SEL ayant pour objet social l'exercice de la médecine doit être inscrite au Conseil de l'Ordre. Dès lors qu'un médecin exerce dans le cadre d'une SEL, les sommes qu'il encaisse le sont au nom de la SEL. S'il est seul, les bénéfices lui seront simplement reversés après déduction de l'impôt sur les sociétés (auquel la SEL est naturellement soumise). Si la SEL regroupe plusieurs médecins, les dividendes doivent être répartis entre les différents associés au prorata de leurs parts sociales. Deux médecins investissant à peu près la même énergie, mais ayant au départ investi des capitaux très inégaux (par exemple 10 % d'un côté, 90 % de l'autre) se retrouveraient pour l'un avec 10 % des bénéfices et pour l'autre 90 %. Nécessité est alors de trouver des systèmes de rétrocession d'honoraires.

Ce qui différencie la SCP de la SEL

La forme juridique de la Société civile professionnelle (SCP) de médecins existe depuis longtemps. Aujourd'hui, il est vrai, elle est en perte de vitesse par rapport à la société d'exercice libéral qui l'a dépassée en nombre. Il n'est pas question de les mettre en concurrence. L'une n'est pas meilleure que l'autre. En fait, les deux formes ne répondent pas aux mêmes besoins. Il est donc important de bien faire la différence entre les deux pour choisir celle qui convient le mieux en fonction de chaque situation.

1. Première différence : contrairement à la SEL, la SCP ne peut pas être unipersonnelle. Elle implique obligatoirement une association de plusieurs professionnels.
2. Deuxième différence : la répartition des dividendes se fait très clairement sur des critères liés à l'activité professionnelle (cela figure dans les textes) et non pas au capital investi.
3. Troisième différence : en SCP, le nombre de cabinets secondaires n'est pas limité et les extensions de plateaux techniques sont autorisées.

Référence

[1] http://www.fbls.net/STATUTS.htm

6 Conditions d'exercice de la médecine

Inscription au tableau de l'Ordre des médecins

Cette demande d'inscription, qui est obligatoire, se fait au président de l'Ordre départemental par lettre recommandée avec accusé de réception.

Joindre :

- le questionnaire de l'Ordre des médecins, rempli ;
- une copie certifiée conforme du diplôme de médecin ;
- les documents apportant la preuve des titres hospitaliers et universitaires ou de la spécialisation ;
- un extrait d'acte de naissance ;
- un extrait du casier judiciaire.

Conditions légales d'exercice de la médecine en France

Conformément à l'article L.4111-1 du Code de la santé publique, nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est :

- titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L.4131-1 ;
- de nationalité française, de citoyenneté andorrane ou ressortissant d'un état membre de la communauté européenne, d'un pays lié par une convention d'établissement avec la France, du Maroc ou de la Tunisie ;
- inscrit au tableau de l'Ordre des médecins, cette dernière condition étant notamment subordonnée à la réalisation des deux premières.

Ces conditions sont cumulatives.

Par dérogation, des médecins, français ou ressortissants communautaires ou étrangers qui ne satisfont à l'une ou l'autre, voire aux deux premières conditions posées par l'article L.41111 du Code de la santé publique, peuvent être autorisés à exercer la médecine par arrêté individuel du ministre de la santé.

L'inscription au tableau de l'Ordre est obligatoire pour tout médecin exerçant sur le territoire français sous peine de poursuites pour exercice illégal de la médecine (article L.4161-1 du Code de la santé publique ; sanction : 2 ans d'emprisonnement, 30 000 euros d'amende – article L.4161-5 du Code de la santé publique).

Sont dispensés de cette obligation :

- les médecins appartenant aux cadres actifs du service de santé des armées (article L. 4112-6 du Code de la santé publique) ;
- les médecins ayant la qualité de fonctionnaire de l'État ou d'agent titulaire d'une collectivité locale qui ne sont pas appelés dans l'exercice de leurs fonctions à pratiquer la médecine ;

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

- les médecins ressortissants d'un État membre de la Communauté européenne effectuant une prestation de service (article L. 4112-7 du Code de la santé publique).

Cas particulier du stage chez le praticien

Les étudiants du 3e cycle de médecine générale accomplissent un semestre de formation extrahospitalière, en totalité ou en partie seulement dans un ou plusieurs cabinets libéraux (article L.4137-7 du Code de la santé publique ; décret n° 88-321 du 7 avril 1988 modifié). Ce stage comporte une phase d'observation au cours de laquelle l'étudiant se familiarise avec son environnement, une phase semi active durant laquelle il exécute des actes en présence du maître de stage et une phase active pendant laquelle il effectue seul des actes, le maître de stage pouvant intervenir si besoin. Ne pas oublier que le praticien a obligation de souscrire une assurance de responsabilité civile.

Remplacement d'un confrère [7]

Par dérogation aux conditions légales rappelées ci-dessus, l'article L.4131-2 du Code de la santé publique autorise les étudiants en médecine, français ou ressortissants de certains états inscrits en 3e cycle des études médicales en France à exercer temporairement la médecine à titre de remplaçant ou d'adjoint d'un médecin. Le remplaçant agit sous sa seule responsabilité en lieu et place du médecin remplacé. Pendant la durée du remplacement, il relève de la juridiction disciplinaire.

Un médecin libéral peut être remplacé soit par un autre médecin inscrit au tableau de l'Ordre, soit par un étudiant en médecine titulaire d'une licence de remplacement.

Le remplacement ne peut être que temporaire.

Le remplaçant utilise les ordonnances du médecin remplacé qu'il biffera en indiquant sa qualité de remplaçant. Il utilisera le caducée du médecin titulaire.

Le médecin remplacé :

- doit n'exercer aucune activité médicale libérale pendant la durée du remplacement ;
- doit faire à l'avance une demande d'autorisation de remplacement au président du Conseil départemental de l'Ordre, en indiquant le nom du remplaçant et la durée du remplacement (maximum 3 mois). Joindre la licence de remplacement de l'étudiant ou l'attestation d'inscription à l'Ordre.

Les autorisations sont délivrées par le préfet du département après avis favorable du Conseil départemental de l'Ordre des médecins, pour une durée limitée. L'arrêté préfectoral est notifié au médecin remplacé. Ces autorisations sont renouvelables en suivant la même procédure.

Deux cas de figure

- Si le remplaçant est titulaire du doctorat en médecine : il doit être inscrit au tableau de l'Ordre et demander au Conseil départemental de l'Ordre une attestation d'inscription (qui sera présentée lors de chaque remplacement). Les chefs de clinique peuvent effectuer des remplacements : 30 jours la 1e année, 45 jours la 2e. Ils prendront un congé sans solde, sous réserve de l'avis favorable du chef de service.

- Si le remplaçant est étudiant : il doit demander au président du Conseil départemental de l'Ordre du lieu de la faculté ou de l'hôpital où il remplit des fonctions hospitalières une licence de remplacement. La demande sera accompagnée d'une attestation d'inscription en 3e cycle des études médicales et, pour les spécialités, d'une attestation de l'enseignant coordinateur interrégional comportant le détail des semestres accomplis en précisant les dates et les lieux. Une licence de remplacement est alors délivrée pour un an. Elle peut être renouvelée, si l'étudiant apporte la preuve qu'il poursuit toujours des études médicales.

Conditions pour obtenir la licence de remplacement

Un étudiant en médecine français ou ressortissant de l'un des états membres de la Communauté européenne ou faisant partie de l'espace économique européen et inscrit en 3e cycle des études médicales en France peut faire une demande de licence de remplacement.

Il peut alors remplacer un médecin généraliste s'il a effectué 3 trimestres de résidanat, dont un chez un praticien généraliste agréé [1].

Pour les spécialistes, les conditions sont résumées sur le site du Conseil national de l'Ordre des médecins [8].

Cas particulier du médecin retraité qui fera des remplacements [6]

La loi Fillon du 21 août 2003 autorise les médecins libéraux ressortissant de la CARMF à cumuler leur retraite des 3 régimes avec une activité libérale. Il peut s'agir de d'une activité de remplaçant ou individuelle. Si le médecin a moins de 65 ans, les revenus nets ne pourront pas dépasser le plafond de la sécurité sociale (33 276 € en 2008) sous peine de voir la retraite suspendue.

Le plafond n'existe plus si le praticien a plus de 65 ans. Il est alors soumis à l'obligation de cotiser aux régimes de base, complémentaire vieillesse et ASV. Ces cotisations ne génèrent pas de points supplémentaires de retraite.

Cette limite ne s'applique pas aux revenus provenant d'activités artistiques, littéraires ou scientifiques exercées accessoirement avant la retraite.

Démarches à effectuer pour remplacer un médecin

- Au Conseil départemental de l'Ordre des médecins : règlement de la cotisation complète en cas de poursuite d'une activité, par exemple les remplacements.
- Au centre des impôts : déclarer les dates de début d'activité et demander l'exonération de la taxe professionnelle. La taxe professionnelle est nulle la 1e année de reprise d'activité et en cas d'exercice dans certaines zones sous médicalisées. L'exonération de la taxe professionnelle permet d'éviter le paiement de la cotisation à la CARMF.
- À la CARMF : suivre des règles simples et légales pour faire baisser les cotisations. Ne jamais effectuer de remplacement à cheval sur 2 trimestres sous peine d'avoir à être affilié sur 2 trimestres au lieu d'un seul et de devoir régler une cotisation majorée. En cas de remplacement sur une période courte, de 10 à 15 jours par trimestre, l'affiliation à la CARMF et par conséquent la cotisation ne sont pas exigées. Ne pas dépasser le plafond de revenu de la SS. Pour les remplacements, il faut opter pour le secteur 1, en le signalant au centre des praticiens. Même s'il remplace un confrère du secteur 2, le retraité peut s'inscrire au secteur 1. Ceci n'intéresse pas ceux qui poursuivent une activité réduite

dans leur propre cabinet et qui souhaitent rester au secteur 2. Si le revenu net de l'activité est inférieur à 10 000 €, demander la dispense des cotisations. En cas de cessation de toute activité de remplacement, adresser une attestation sur l'honneur à la CARMF, en signalant la date d'arrêt de l'activité.

- À L'URSSAF : demander son immatriculation à l'URSSAF et parallèlement contacter la CPAM en indiquant les dates exactes de remplacement. Le passage au secteur 1 permet une économie appréciable sur toutes les cotisations, y compris celles de la CARMF.

Établir un contrat de travail ou de remplacement : on trouve sur le site de l'Ordre des modèles de contrat type de remplacement ou d'autres activités.

L'assurance R C P (Responsabilité civile professionnelle) est obligatoire même pour une activité réduite. Dans ce domaine, il faut s'attendre à rencontrer des difficultés. S'adresser tout d'abord à la compagnie d'assurance durant la période de l'exercice libéral. D'autres compagnies offrent des conditions particulières telles que la couverture automatique du remplaçant.

Le médecin peut avoir une activité libérale non médicale ou salariée. Un médecin à la retraite qui reprend une activité libérale doit conserver le contrat d'assurance responsabilité civile qu'il avait souscrit.

Bien faire attention aux limites d'interdiction après remplacement : un médecin ou un étudiant qui a remplacé un confrère pendant 3 mois, consécutifs ou non, ne doit pas, pendant les 2 ans qui suivent, s'installer dans un cabinet qui entrerait en concurrence directe avec le médecin remplacé, voire ses associés.

Il faut donc prévoir dans le contrat de remplacement un accord précisant l'autorisation d'installation sans limite, notifié au Conseil départemental de l'Ordre.

On trouve des modèles de contrat sur les sites suivants :

http://www.web.ordre.medecin.fr/med_contrat/rempletud.pdf

http://www.web.ordre.medecin.fr/med_contrat/remplmed.pdf

Le collaborateur libéral

La loi du 2 août 2005 (art. 18) [5] en faveur des PME a créé un nouveau mode d'exercice des professions libérales : celui de collaborateur libéral. Elle répond à une prochaine pénurie de médecins et à la féminisation de la profession. Les médecins, avec ce nouveau statut, disposent d'un mode d'exercice supplémentaire, à mi-chemin entre le remplacement et l'association. Sa mise en place va nécessiter une modification de l'article 87 du code de déontologie.

Le collaborateur libéral n'est pas un salarié, il exerce son activité en toute indépendance, sans lien de subordination [4]. Il peut se constituer une clientèle personnelle. Son statut social et fiscal est celui d'un professionnel exerçant en qualité d'indépendant. Il est responsable de ses actes professionnels. De son côté, la jurisprudence a retenu un critère supplémentaire pour définir le statut du collaborateur libéral : il perçoit des honoraires et verse une redevance au titulaire du cabinet. Celle-ci devra évidemment être fixée selon un accord préalable figurant au contrat et devra tenir compte des frais engagés par l'utilisation du cabinet. Le médecin collaborateur a droit à une plaque et à des ordonnances personnelles. Étant responsable de ses actes professionnels, le médecin collaborateur doit souscrire une assurance en responsabilité civile professionnelle,

s'immatriculer à l'Urssaf et payer ses charges sociales. Il devra également être affilié à la CARMF.

Le titulaire reste l'unique propriétaire du cabinet. Il est entièrement maître de sa gestion, choisit le matériel, prend les décisions. Une collaboration libérale qui fonctionne bien se terminera le plus souvent par un contrat d'association.

Le collaborateur n'est pas un remplaçant. Les deux statuts ne sont pas comparables et ne répondent pas aux mêmes critères. Le code de déontologie impose des conditions très strictes pour les remplacements, la durée est en principe très limitée. Les contrats réguliers sont soumis à autorisation et acceptés exclusivement dans des circonstances particulières (FMC, santé, mandat politique, etc.). Certains contrats de remplacements réguliers ressemblent fort à de la collaboration libérale qui ne dirait pas son nom. Afin d'éviter les situations conf ictuelles, courantes entre associés, au moment de la dissolution d'une SCP, l'article 3 du contrat type proposé par l'Ordre des médecins suggère que les contractants procèdent trimestriellement au recensement de leur clientèle respective [3]. Pour les généralistes, la désignation du médecin traitant constituera le meilleur indicateur.

La rédaction du nouvel article 87 du code de déontologie médicale proposée par le Conseil national exclut clairement la possibilité pour un titulaire d'avoir plusieurs collaborateurs. « *Le médecin peut s'attacher, à temps partiel ou à temps plein, le concours auprès de lui d'un médecin collaborateur de même discipline* ». Un médecin installé ne peut pas être le collaborateur libéral d'un confrère car il doit assurer la continuité des soins pour les patients qui l'ont choisi. En règle générale, on considère que cette obligation de disponibilité est incompatible avec le remplacement d'autres confrères. C'est donc le même raisonnement et la même incompatibilité qui ont été retenus pour le collaborateur libéral. S'il a un contrat de collaboration à temps partiel, rien n'empêche le collaborateur, en dehors de ce temps partiel, d'effectuer des remplacements chez un autre confrère. Il devra tenir informé le médecin titulaire de ses remplacements.

Dans la mesure où il a le droit de se constituer une clientèle personnelle, il a évidemment la possibilité d'entrer dans le dispositif du parcours de soins et de devenir médecin traitant.

Le collaborateur libéral entre dans le champ d'application de la convention médicale qui s'applique à tous les médecins en exercice libéral (art. L.162-5 du code de la sécurité sociale). Il relève donc à titre personnel de la convention à laquelle il peut adhérer.

Formalités administratives obligatoires pour l'exercice de la médecine

Inscription à l'Ordre des médecins

Depuis juillet 2008, le Conseil national de l'Ordre des médecins a mis en service le Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS). Le praticien reçoit un identifiant RPPS personnel qui remplacera les numéros actuels Ordre et Adeli. Ce numéro suivra le médecin tout au long de sa carrière, qu'il soit libéral ou

salarié, qu'il soit recruté par le ministère, le service de santé des armées ou tout autre organisme de soin. Il faut le conserver si l'on change d'implantation géographique.

L'Ordre devient le guichet principal : inscription au tableau, enregistrement des diplômes (plus besoin de se présenter à la DASS). Le formulaire édité par l'Ordre est directement adressé au GIP-CPS qui éditera la carte CPS. Plus besoin de passer ni par la DASS ni par la CPAM.

Le numéro RPPS devra figurer sur les ordonnances et feuilles de soins de tous les professionnels.

Les médecins libéraux auront toujours à se présenter à la CPAM avec une attestation d'inscription à l'Ordre comprenant le numéro RPPS. Les médecins salariés communiqueront leur numéro RPPS au directeur de l'établissement où ils exercent.

Choisir son secteur conventionnel

Le choix du médecin du secteur 2 est lié à un besoin de liberté tarifaire. Il n'est prévu actuellement que pour les anciens chefs de clinique. Les conditions financières sont nettement différentes d'un secteur à l'autre. Les premiers euros de dépassement serviront à couvrir les charges supplémentaires.

Le tableau qui suit (tableau 6.1) peut aider le médecin à faire son choix.

- Les médecins conventionnés du secteur 1

  Ils bénéficient du régime des praticiens rattachés au régime général. Ils doivent s'affilier à la CPAM du lieu de leur exercice. Les médecins à activité mixte ayant une activité libérale et salariée sont affiliés également au régime général des travailleurs salariés.

Tableau 6.1
Cotisations et prestations selon le secteur d'installation du médecin

	Conventionné secteur 1	Conventionné secteur 2	Hors convention
Honoraires	Conventionnels	Libres	Libres
Cotisations assurance maladie	CNAMTS : 6 % de la totalité des revenus de l'avant dernière année + 10 % du montant de cette cotisation (solidarité)	CNAMTS : 16,355 % de la totalité des revenus de l'avant dernière année Ou CANAM : 2,4 % dans la limite des PSS 9 % dans la limite de 5 × PSS	CANAM : 2,4 % dans la limite des PSS 9 % dans la limite de 5 × PSS
Prestations d'assurance maladie	Prestations du régime général	CNAMTS idem secteur 1 CANAM remboursements inférieurs	CANAM remboursements inférieurs
Cotisations allocations familiales	0,4 % dans la limite du PSS 4,9 % sur la part dépassant le PSS	5,4 % dans la limite du PSS 4,9 % sur la part dépassant le PSS	5,4 % dans la limite du PSS 4,9 % sur la part dépassant le PSS

- Les médecins conventionnés du secteur 2 et les médecins non conventionnés

  Ils peuvent demander à être affiliés, soit au régime des PAM (Praticiens ou auxiliaires médicaux), soit au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles (régime des non-non).
- Les médecins à activité mixte ayant une activité libérale et salariée

  Ils sont affiliés également au régime général des travailleurs salariés.
- Cas de la maternité des femmes médecins

  Elles bénéficient dorénavant de 6 semaines de congés avant l'accouchement et de 10 semaines après (au lieu de 8 préalablement) et d'une allocation forfaitaire de repos maternel [1]. L'article 30 de la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 a assoupli le congé de maternité : désormais, la future mère peut, à sa demande et après accord du médecin ou de la sage femme qui la suit, réduire de 3 semaines la durée du congé prénatal. La durée du congé post-natal est alors augmentée d'autant.

Inscriptions obligatoires

- CARMF : l'adhésion concerne tout médecin installé en pratique libérale et tout médecin remplaçant inscrit au tableau. Il s'agit d'une caisse de retraite mise en place par et pour des médecins. Comme bien d'autres caisses, sa santé financière n'est pas parfaite. Elle a eu le mérite de donner une retraite, même modeste, à tous les médecins partant à la retraite.
- URSSAF : inscription au centre du lieu d'exercice dans les 8 jours qui suivent le début de l'activité professionnelle.
- CAF (Caisse d'allocations familiales) : inscription au centre du lieu d'exercice.
- Assurance responsabilité civile : obligatoire depuis la loi du 04/03/2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Elle peut être contractée auprès des compagnies d'assurances « généralistes », mais elle relève davantage des mutuelles médicales (Sou Médical, Groupe MACSF, Groupe Pasteur Mutualité, AGMF, la Médicale de France, Groupe UAF etc.).
- Assurance garantissant la défense et l'assistance juridique (litiges concernant la vie professionnelle et la vie privée).
- Assurances en responsabilité civile non professionnelle souvent liée à celle de l'appartement (vol, incendie, dégâts des eaux …), responsabilité de chef de famille, assurance voiture.
- Assurance « perte de ressources » en cas d'accident ou de maladie qui peuvent entraver les activités professionnelles et la vie privée. Des indemnités journalières de la CARMF ne sont versées qu'au 91e jour d'arrêt de travail ; elles ne sont pas suffisantes pour équilibrer le budget du médecin s'il ne travaille pas. Il faut calculer les dépenses obligatoires liées au cabinet en cas d'arrêt et trouver une solution pour les couvrir. Les mêmes mutuelles médicales feront des propositions an praticien.
- Inscription au centre des impôts du lieu d'exercice pour l'assujettissement à la taxe professionnelle.

À retenir

Liste des démarches administratives

- Inscription au Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) et à l'Ordre des médecins.
- Immatriculation à la sécurité sociale.
- Adhésion à la CARMF (encadré 6.1).
- Immatriculation à l'URSSAF.
- Affiliation à la CAF.
- Inscription au centre des impôts.
- Demander la carte CPS.
- Contracter différentes assurances :
  - responsabilité civile professionnelle ;
  - défense et l'assistance juridique ;
  - responsabilité civile non professionnelle ;
  - « perte de ressources ».

Encadré 6.1

Assurance maladie

Cotisation partielle les 2 premières années d'installation.
1e année sur la moitié du PSS, 2e année sur 2/3 du PSS ;
CARMF :
- 1e année : dispensé de cotisation retraite de base ;
- 1e et 2e année : dispensé de retraite complémentaire vieillesse.

Références

[1] Décret no 2006-644 du 1er juin 2006.
[2] Décret n° 94-120 du 4 février (JO 13/7/94), modifié par le décret n° 96-168 du 13/3/98.(JO 15/3/98). http://admi.net/jo/19940212/SPSG9303342D.html
[3] http://bulletin.conseil-national.medecin.fr/
[4] http://www.droit-medical.com/
[5] http://www.legifrance.gouv.fr/
[6] http://www.medecin-retraite-actif.com/
[7] http://www.conseil-national.medecin.fr/
[8] http://www.web.ordre.medecin.fr/med_rempl/remplacement.pdf

7 Mode d'exercice actuel

Judiciarisation de la médecine : « la médecine parapluie » [12]

Quelques dates clés

Jusqu'à une période récente, la médecine n'était pas tenue à une obligation de résultat. Le public acceptait la fatalité. Cette entente médecin-malade s'est progressivement dégradée. Aujourd'hui, le patient n'entend plus seulement être soigné, il exige de guérir.

L'arrêt Mercier de 1936 imposait au médecin une obligation de moyens résultant des acquis de la science. Depuis 1997, les arrêts rendus requièrent du médecin une obligation de sécurité et de résultats.

La bascule s'est produite avec l'arrêt Perruche du 17/11/2000. Cette décision a établi un lien entre le handicap du nouveau-né et l'absence de diagnostic de rubéole anténatale. La cour de cassation juge que le handicap de l'enfant est lié à la rubéole congénitale. La faute commise par le médecin et le laboratoire a empêché la mère de Nicolas Perruche d'exercer son droit à interrompre la grossesse. L'enfant est alors en droit de demander réparation.

Les assurances professionnelles ont pris la décision soit de majorer la prime d'assurances, soit de ne plus assurer les professionnels.

L'arrêt Hédreul du 25/2/1997 a défini l'obligation du médecin d'apporter la preuve qu'il a bien informé le patient des différents risques des gestes et prescriptions. Le défaut d'information engage la responsabilité civile du médecin. En cas de procès, il s'agit d'indemniser la perte de chance.

L'ANAES insiste sur le caractère personnalisé de l'information en mettant l'accent sur la communication orale.

Afin d'éviter que la justice, par le biais de la jurisprudence, n'établisse les règles de bonne pratique, les lois du 10 juillet 2000 et du 4 mars 2002 ont apporté certaines solutions :

- la loi du 10 juillet 2000 exige du parquet et du plaignant qu'ils démontrent d'une part que l'acte médical reproché est véritablement la cause principale du préjudice, d'autre part que la faute du praticien est caractérisée.
- la loi du 4 mars 2002 affirme dans son premier article que « nul ne peut se prévaloir d'un préjudice du seul fait de sa naissance ». De plus, en cas de faute d'un professionnel ou d'un établissement de santé, le handicap non décelé pendant la grossesse peut entraîner réparation au profit des parents et au titre de leur seul préjudice, la solidarité nationale prenant en charge le handicap de l'enfant. Cette loi prévoit également la mise en place des réseaux de santé.

La loi du 30 décembre 2002, relative à la responsabilité civile médicale, complète les précédentes. La loi prévoit que certaines pathologies comme les maladies nosocomiales ne dépendent pas de la responsabilité civile médicale mais de

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

la solidarité nationale. L'ONIAM (Organisme national d'indemnisation des accidents médicaux) est alors créé.

Nous sommes à l'heure de la médecine basée sur les preuves. Sont mises en place différentes obligations : la FMC (Formation médicale continue), l'EPP (Évaluation des pratiques professionnelles), l'accréditation, le travail en réseau, les RCP (Réunions de concertation Pluridisciplinaires), les réunions de CPDPN (Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal) et aujourd'hui le DPC (Développement professionnel continu du médecin).

Conseils pour une « bonne » consultation (encadré 7.1)

Il faut maintenant travailler selon les Recommandations pour la pratique clinique (RCP). Ces documents sont rédigés par la HAS (Haute Autorité de santé) ou les collèges professionnels selon une méthode édictée par la HAS. Ces recommandations représentent des références que l'on est censés suivre. Les experts pourront s'y référer en cas de litige.

Pendant la consultation, le médecin devra garder à l'esprit que le dossier qu'il va remplir, la prescription qu'il s'apprête à rédiger, l'acte qu'il vient de réaliser sont susceptibles d'être jugés ultérieurement par un expert afin d'éclairer un juge avant décision.

Encadré 7.1

Voici quelques unes des obligations du médecin

- Réaliser uniquement des actes que permet la compétence du médecin.
- Travailler selon les Recommandations pour la pratique clinique (RPC).
- Remplir correctement un dossier médical : noter les décisions prises, les discussions avec le patient, l'information donnée.
- Donner au patient une information écrite dès qu'elle existe.
- Remplir les obligations de développement professionnel continu et bien conserver les attestations de présence.
- S'inscrire pour une accréditation si la spécialité est à risque.

Information du patient [14]

Récemment, le législateur a clarifié l'attitude du médecin face à l'information du patient. Des lois ont été rédigées en 2002, 2003 et 2007. Il existe 2 situations : l'information a priori, c'est-à-dire l'information du patient sur son état de santé en cours et les traitements à venir, et l'information a posteriori, contenue dans le dossier médical.

L'information a priori

Le texte de loi est précis, en voici le contenu :

« *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'information a posteriori

Il s'agit de l'accès aux informations personnelles de santé. Le principe de cet accès et ses conditions sont fixés par le Code de la santé publique [1].

Article L. 1111-7 modifié par la loi n° 2007-131 du 31 janvier 2007 : *« Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé, détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées 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 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.*

Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les 8 jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de 48 heures aura été observé. Ce délai est porté à 2 mois lorsque les informations médicales datent de plus de 5 ans ou lorsque la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie en application du quatrième alinéa… »

Qui peut demander ces informations ?

- De son vivant :
  - la personne concernée ;
  - son représentant légal (si le patient est mineur ou majeur sous tutelle) ;
  - le médecin qu'elle aura désigné comme intermédiaire.
- Après son décès :
  - ses ayant droits peuvent avoir accès aux informations dans des cas définis.

Informations à fournir

Selon l'article L.1111-7, il s'agit de l'ensemble des informations concernant la santé de la personne qui sont formalisées ou qui ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé (« résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé »).

Ne sont pas communiquées les informations « mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ».

Toutes les informations figurant au dossier ne sont pas communicables et, avant de répondre à la demande de communication, le médecin devra opérer un tri. Le médecin sélectionnera les éléments majeurs du dossier comportant le diagnostic, les traitements, l'évolution de la maladie, les complications et éventuellement les causes du décès.

Processus de demande d'informations

Demande d'accès

Elle 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).

  Le demandeur doit préciser :
- son identité (art. R. 1111-1) et sa qualité (annexe 1) ;
- 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 (art. R. 1111-2).
  - S'il choisit la communication sur place, le demandeur est informé du nom du médecin qui lui transmettra les informations :
    - dans un établissement public ou privé participant au service public, le contact sera 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, c'est le médecin responsable de la prise en charge du patient, et en son absence le médecin désigné à cet effet par la conférence médicale (art. R. 1112-1) qui répondra. La consultation est gratuite.

- S'il choisit l'envoi de copies, le demandeur sera informé qu'elles sont établies sur un support analogue à celui utilisé par le professionnel ou sur papier. À 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 (art. R.1111-2). Il devra supporter les coûts de reproduction et d'envoi sans que ceux-ci puissent excéder le coût de ces prestations.

Délai de réponse
La réponse doit intervenir dans un intervalle de temps compris entre 48 heures et 8 jours à partir du jour de réception de la demande.

Ce délai est porté à 2 mois lorsque les informations ont été constituées depuis plus de 5 ans ou que la commission départementale des hospitalisations psychiatriques a été saisie pour avis.

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.

Recommandations pour la pratique clinique (RPC)

Les recommandations professionnelles sont définies comme « des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données » [16]. Si le médecin doit toujours garder l'esprit critique face aux publications de la HAS, en cas de litige, l'expert médical et le juge feront une comparaison entre la prise en charge du patient par le médecin et celle proposée par la recommandation.

L'objectif est d'informer les professionnels de santé et les patients et usagers du système de santé sur l'état de l'art et les données acquises de la science afin d'améliorer la prise en charge et la qualité des soins.

La liste de ces recommandations figure sur le site de la HAS (Haute Autorité de santé) [10] et sur celui des sociétés ou collèges de spécialistes. La HAS a pour mission de produire des recommandations de bonnes pratiques et des outils favorisant leur utilisation par les professionnels de santé. Elle produit également une méthodologie décrivant les façons d'élaborer des recommandations professionnelles.

Les collèges professionnels ont aussi pour mission la publication de ces recommandations. Par exemple, le CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) possède sa liste de publications [4]. En cancérologie, la FNCLCC (Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer) publie les SOR (Standards, Options : Recommandations) [8].

Les thèmes de FPC (Formation Professionnelle Conventionnelle) financés par l'OGC (Organisme gestionnaire Conventionnel) sont traités à partir des Recommandations pour la pratique clinique.

Le développement professionnel continu du médecin (DPC) [3]

Le 2 juin 2006 est publié le décret tant attendu n° 2006-650 relatif à la formation médicale continue qui modifie la quatrième partie du Code de la santé publique (dispositions réglementaires).

Au moment de la rédaction de cet ouvrage, les nouveaux décrets d'application ne sont pas encore disponibles.

Dès qu'ils le seront, vous pourrez les consulter sur le lien suivant : http://www.elsevier-masson.fr/470924/

Le 13 juillet 2006, un arrêté porte homologation des règles de validation de la formation médicale continue :

- Cette obligation, effective pour les médecins libéraux depuis les ordonnances de 1995, est étendue en mars 2002 aux médecins salariés et hospitaliers.
- Les Conseils Nationaux de Formation Médicale Continue (CNFMC) sont formés [13].
- En août 2004, l'Évaluation des pratiques professionnelles (EPP) devient obligatoire.
- Les décrets d'application sont publiés en 2005 et 2006.

Le projet définitif correspondant au DPC, développement professionnel continu décrit dans la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST), n'est pas connu à ce jour.

Des textes doivent fixer les modalités du nouveau dispositif obligatoire qui accompagnera les médecins tout au long de leur vie professionnelle, son pilotage par un Conseil national (CNDPC) ainsi que la composition de l'organisme de gestion du DPC et de sa commission scientifique indépendante (CSI).

Les médecins auront l'obligation de s'inscrire chaque année dans une démarche de DPC. Celle-ci pourra être consacrée ou non aux thèmes prioritaires définis par le ministère de la Santé après avis du CNDPC et sur propositions des collèges de spécialités. Le futur organisme gestionnaire ne financera en revanche que les actions de DPC dont le thème est jugé prioritaire. Une action de DPC par spécialité et par an devrait être déclarée prioritaire.

Le DPC ne devrait plus bénéficier de trois mais d'un seul conseil national. Baptisée CNDPC, la nouvelle instance serait composée des représentants du ministère de la Santé, de l'Ordre, de la Haute Autorité de santé, de l'assurance maladie, de l'université, des syndicats, de personnalités qualifiées, de représentants d'organismes de DPC et de fédérations d'employeurs des médecins salariés mais aussi d'usagers. Ce conseil unique, dont le nombre de membres n'est pas arrêté, sera chargé de proposer au ministère de la Santé les orientations nationales du DPC et des thèmes prioritaires. Il aidera aussi l'Ordre dans la constitution et l'évolution du système d'information dédié à la traçabilité des actions de DPC. Le CNDPC devrait par ailleurs dresser un bilan annuel du dispositif.

La Haute Autorité de santé devrait être chargée de définir les critères de qualité méthodologiques, les organismes de DPC et les actions éligibles au titre du DPC.

Une commission scientifique indépendante (CSI) devrait être composée d'experts, de personnalités qualifiées par les collèges de spécialités et d'*« une représentation de toutes les composantes de l'activité liée à la spécialité »*. Objectif de cette commission : garantir *« la transparence financière et politique de gestion des conflits d'intérêt »*. La ministre de la Santé a indiqué à plusieurs reprises qu'elle souhaitait s'appuyer sur la Fédération des spécialités médicales (FSM). La CSI devrait évaluer la pertinence des dossiers de DPC.

Les Conseils départementaux de l'Ordre des médecins devraient veiller au respect de l'obligation de DPC des praticiens. Ils recevront les attestations de

participation des médecins aux actions de formation ou d'évaluation. Comme cela était prévu dans les précédents dispositifs, une procédure de conciliation et d'accompagnement est mise en œuvre pour permettre aux médecins qui n'ont pas satisfait à l'obligation de DPC de s'y conformer. En cas de refus du médecin de réaliser une action de DPC, les Conseils régionaux de l'Ordre entameront une procédure disciplinaire.

Accréditation des médecins

La HAS donne l'information suivante [9] : le décret n° 2006-909 du 21 juillet 2006 (JO du 23 juillet 2006) et le décret n° 2006-1559 du 7 décembre 2006 (JO du 9 décembre 2006) définissent le cadre de l'accréditation des médecins exerçant en établissements de santé.

La Haute Autorité de santé assure la mise en place et l'organisation de cette démarche et met à la disposition des professionnels concernés la méthode et les outils correspondants.

L'accréditation des médecins est un dispositif de gestion des risques visant à prévenir les effets d'événements médicaux indésirables résultant des spécialités dites « à risque ».

Ce dispositif d'accréditation des médecins et des équipes médicales, introduit par l'article 16 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, trouve son origine dans le projet RESIRISQ développé à l'initiative des médecins libéraux concernés (anesthésistes-réanimateurs, gynécologues-obstétriciens et chirurgiens, échographistes obstétricaux) en vue de trouver une réponse à la hausse des primes d'assurance en responsabilité civile médicale.

L'accréditation s'inscrit dans le cadre d'un dispositif global de qualité des soins et d'amélioration des pratiques. Elle intègre, en particulier, des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles.

Elle permet une participation financière de la CNAMTS à la souscription de l'assurance en responsabilité civile médicale (RCP) et à terme doit contribuer à une maîtrise des primes d'assurance. La contribution de la CNAMTS est de 50 % du montant de la prime RCP pour les praticiens du secteur 1.

Travail en réseau [15]

Le médecin ne peut plus prévoir de travailler sans intégrer la notion de réseau. Toutes les spécialités sont invitées à développer des réseaux auxquels les médecins, selon leur mode d'activité, devront adhérer.

Exemple de la Gynécologie-Obstétrique

Cette spécialité a rédigé, à la demande du ministère, le plan Périnatalité 2005-2007. L'un des éléments de ce plan est la mise en place de réseaux sur tout le territoire.

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades définit ainsi les réseaux de santé : *« Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies*

ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. »

Il s'agit de coordonner en amont et en aval de la naissance le rôle des professionnels de santé, à l'hôpital et en ville, pour une prise en charge globale de la femme enceinte et du bébé.

Des réseaux sont mis en place dans d'autres spécialités : cancérologie, diabète, pathologies cardiovasculaires, douleur, soins palliatifs …).

Exemple d'un cancer du sein diagnostiqué par un gynécologue ou un médecin généraliste

Les mammographies et échographies sont réalisées par un radiologue, les prélèvements histologiques sont effectués par le gynécologue ou un radiologue (par exemple un mammotome). La chirurgie sera réalisée par un gynécologue ou un chirurgien oncologue, et la prise en charge thérapeutique assurée par des chimiothérapeutes, des radiothérapeutes.

Les décisions thérapeutiques seront prises en RCP (Réunions de concertation pluridisciplinaire) qui réunissent un praticien spécialiste de chacune des disciplines concernées, y compris l'anatomopathologiste. Le plan thérapeutique est donc arrêté par une équipe pluridisciplinaire et non par un praticien isolé. Il sera proposé à la patiente par le praticien qui s'occupe de son cas. La décision thérapeutique ne sera prise que dans le dialogue singulier entre le patient et le médecin. Ce plan, accepté par le patient, sera ensuite mis en œuvre par les différents spécialistes concernés.

Toutes ces phases nécessitent de travailler en réseau, le référent restant celui qui a fait le diagnostic. Il doit intervenir au moment de l'annonce du diagnostic, apporter son soutien pendant la phase thérapeutique et enfin dans le suivi post-thérapeutique tout en restant en relation étroite avec les autres membres de l'équipe ou le centre anticancéreux. Ce travail en réseau existe aussi pour les femmes enceintes qui vivent une grossesse compliquée ou dont l'enfant présente une pathologie. La pratique médicale ne peut plus se concevoir comme une pratique solitaire tant les données sont complexes à analyser et les traitements de plus en plus spécifiques.

Secret médical

L'obligation de secret médical est inscrite dans le code de déontologie médicale [6] selon l'art. 4 al 1 *« Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des malades, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi »* ; art. 72 al 1 : *« Le médecin doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son exercice soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment »* ; art. 73 al 1 : *« Le médecin doit protéger doit protéger contre toute indiscrétion les documents médicaux concernant les personnes qu'il a soignées ou examinées, quels que soient le contenu et le support de ces documents ».*

Le Code pénal prévoit à l'art. 226-13 [11] : *« La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par son état ou sa*

profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende ».

Les personnes tenues au secret

Le personnel médical

- Soignant : les médecins traitants ainsi que les étudiants en médecine en stage.
- Non soignant : les médecins-conseils des caisses de sécurité sociale, ou de Mutualité Sociale Agricole, les médecins du travail, les médecins experts.

Le personnel non médical

La secrétaire du médecin libéral est impliquée depuis la rédaction de l'article 226-13 du Code.

Le domaine du secret médical

Le secret concerne toutes les informations confiées, mais aussi tout ce qui a pu être vu, entendu, compris, voire interprété lors de l'exercice médical : déclarations d'un malade, diagnostics, traitements, conversations surprises au domicile lors d'une visite ou les confidences des familles.

Les dérogations

Liées au patient

Propriété du malade et non du médecin, le secret dépend de lui seul. Maître de son intimité, il est libre d'en déterminer les limites, de vouloir le cacher ou le dévoiler. Il est seul juge de ses intérêts. Il peut demander au médecin la rédaction de certificats, rédaction de l'information à laquelle le médecin ne peut opposer un refus.

Liées à la loi

L'ordre de la loi : Le médecin est autorisé à divulguer un secret sans encourir de poursuite afin de dénoncer des sévices ou privations sur mineur ou sur personne vulnérable. Il pourra dénoncer, avec l'accord de la victime, des sévices qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles ont été commises.

L'article 226-14 du Nouveau code pénal précise : « *L'art. 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :*

1. *À celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices ou de privations dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique ;*
2. *Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles de toute nature ont été commises.* »

De plus, l'article 223-6 nous dit : « *Sera puni de cinq ans de prison et de 75 000 € d'amende quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril*

l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle soit en provoquant un secours. »

Les dérogations de source légale

Dans de nombreuses circonstances, le législateur a prévu la divulgation de certaines informations relatives à l'état de santé des personnes, afin de permettre l'application d'une loi.

En matière de santé publique

- Déclaration des maladies professionnelles (loi du 30 octobre 1946), des accidents du travail ;
- Déclaration des maladies contagieuses (art. L 11 et suivants du Code de la santé publique) (déclaration anonyme à l'autorité sanitaire exceptée la déclaration de suspicion de Creutzfeld Jacob qui depuis le décret et l'arrêté du 19 septembre 1996 est obligatoire et nominative) ;
- Déclaration des maladies vénériennes (art. L225 du CSP). La déclaration est anonyme si le malade accepte les soins, nominative dans le cas contraire. Concernant le SIDA, la déclaration est toujours anonyme ;
- Déclaration des alcooliques dangereux (à l'autorité sanitaire) (art. L. 355.2 du CSP). Certificats médicaux permettant la protection des majeurs incapables. Loi du 3 janvier 1968 ;
- Certificats médicaux permettant l'hospitalisation des malades mentaux. Loi du 27 juin 1990 ;
- Déclaration des interruptions volontaires de grossesses (à l'autorité sanitaire) Loi du 17 janvier 1975. Il s'agit de déclaration anonyme ;
- Certificats médicaux lors de la grossesse et des deux premières années de la vie de l'enfant.

En matière d'instance judiciaire

Le médecin peut comme tout citoyen être cité à comparaître en qualité de témoin. Il est tenu de comparaître, de prêter serment et de déposer. En revanche, si la teneur de son témoignage concerne de faits qu'il a connu lors de son exercice professionnel et hors le cas où la loi l'autorise ou lui impose de parler, il peut garder le secret.

Certificats médicaux [5]

Le secret n'est pas opposable au patient. Le médecin peut réaliser un certificat, le remettre en mains propres à son patient. Ce dernier est libre d'en faire usage.

Les grands principes de la rédaction des certificats

Écrire en bon français et lisiblement

L'établissement d'un certificat fait partie de l'exercice de la médecine et constitue un acte médical (article 76 du code de déontologie). Tout certificat, attestation ou document délivré par un médecin doit être rédigé en langue française et permettre l'identification du signataire. Il doit comporter la signature manuscrite du

médecin. Une signature suppose un graphisme lisible ! Si le malade est étranger, une traduction dans la langue peut lui être remise.

Le médecin « qui a passé un contrat » avec un patient ne peut lui refuser un certificat descriptif (description de l'état de santé, des blessures…). Tout certificat suppose l'examen du patient, puisque le médecin va attester par écrit la réalité d'un fait clinique ou ses conséquences. Il date le certificat du jour de sa rédaction et mentionne la date de l'examen.

Un écrit à portée juridique

Il engage la responsabilité de son rédacteur. Le Code pénal (articles 441-7 et 441-8) sanctionne le « faux certificat » (c'est-à-dire celui qui atteste les faits médicaux dont le rédacteur sait qu'ils sont inexacts), même si le contenu du certificat ne procure aucun bénéfice à l'utilisateur. Les sanctions sont alourdies lorsque soit le médecin, soit l'utilisateur tire un avantage de ces fausses attestations.

Le code de déontologie se montre très ferme sur les certificats dits de complaisance, car tout certificat médical doit être un document objectif (article 28).

Refus d'effectuer un certificat

Le médecin est toujours libre de refuser ses soins. Il peut donc refuser de rédiger un certificat à un malade qu'il n'a pas accepté de soigner ou d'examiner. Il existe toutefois deux exceptions, le cas de l'urgence et la réquisition de l'autorité publique. En dehors de ces cas, le médecin doit fournir à son malade tout certificat dont la production est exigée par la loi. Compte tenu de la multiplication de ces exigences, il est concevable que le médecin aide son malade à faire valoir ses droits.

Certificat et secret professionnel

Le débat sur le secret professionnel reste toujours ouvert. En principe, le secret médical est absolu, le malade ne pouvant pas délier le médecin de son secret. Cette conception absolutiste n'est pas toujours compatible avec les réalités de la médecine dite sociale car l'interprétation stricte du secret professionnel bloquerait le déroulement des protections sociales.

Aussi est-il actuellement admis que le secret n'est pas opposable au malade. De ce fait, un certificat peut lui être remis en mains propres. Il ne doit en principe jamais être délivré à un tiers en dehors de dérogations légales (malades mentaux par exemple). Il ne doit pas être délivré au conjoint, ni à la famille du patient (en dehors du cas des mineures : on le confie alors à la personne ayant autorité). Un certificat ne peut être remis (en dehors d'une réquisition) à la police. De même, un avocat ne peut recevoir directement une attestation. La personne concernée doit toujours avoir connaissance des certificats établis à son égard.

Le praticien garde un double du certificat délivré.

Quelques exemples de certificats [7]

Certificat d'agression sexuelle

Le Code pénal définit le viol comme « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise… » (article 222-23).

Examen d'une victime présumée d'agression sexuelle

Il relève de 2 types d'obligations pour le praticien :

1. d'une part médicales, avec un bilan des lésions et un avis thérapeutique ;
2. d'autre part judiciaires, avec établissement d'un certificat médical descriptif et réalisation des divers prélèvements nécessaires à l'enquête, notamment en vue de l'identification génétique. L'examen doit être complet, notamment vis-à-vis de toutes lésions traumatiques témoins de la contrainte.

Le praticien est le plus souvent sollicité précocement pour effectuer un examen, soit par la victime présumée, soit sur réquisition de la police ou la gendarmerie. Dans certains cas, une expertise ultérieure peut être effectuée par un médecin spécialiste, mais cette expertise, à distance des faits, ne diminue en aucune façon l'importance du premier examen.

L'examen, effectué en présence d'une tierce personne s'il s'agit d'une mineure, doit rechercher :

- des traces traumatiques sur l'ensemble du corps (qui seront consignées et décrites avec précision) ;
- des lésions de la sphère génitale : face interne des cuisses, petites et grandes lèvres, hymen (déchirure ancienne ou récente, son aspect et son siège).

Détails de l'examen

- Vérification du col après pose de spéculum.
- Toucher vaginal (dont les données, jointes à celles de l'examen de l'hymen, pourront permettre un diagnostic de déf oration ancienne ou récente, ou d'absence de déf oration).
- Examen de l'anus : aspect des plis radiés (irritation, fissure).
- Toucher rectal : tonicité, saignement.

Examen de l'hymen

- Soit à l'aide d'un toucher rectal (qui étale la cloison recto-vaginale).
- Soit à l'aide d'une sonde à ballonnet. On introduit, à travers l'hymen, une sonde molle en caoutchouc. On gonf e le ballonnet et on retire doucement la sonde, jusqu'à ce que le ballonnet (gonf é) vienne étaler l'hymen.
- Soit par étalement pas à pas par l'extrémité d'un écouvillon stérile.

Le praticien doit conseiller à la patiente de conserver ses vêtements et sous-vêtements tachés, ou de les remettre à la police en cas de plainte immédiate.

2 types de prélèvements

Les prélèvements à caractère médical

Ils comportent :

- la recherche de germes (en particulier trichomonas, chlamydiae et gonocoques) ;
- un dosage des bHCG plasmatiques ;
- une sérologie de la syphilis (TPHA VDRL) ;
- une sérologie HIV ;
- une sérologie des hépatites B et C.

Les sérologies bHCG et TPHA VDRL doivent être répétées 3 semaines après. Les sérologies HIV et hépatites doivent être répétées 3 mois après, voire 6 mois. Ces prélèvements constituent des éléments du dossier médical.

Les prélèvements à caractère médico-légal
Dans ce cas, les différents prélèvements doivent, pour constituer une preuve judiciaire, être effectués dans le cadre de la procédure judiciaire, c'est-à-dire sur réquisition et avec constitution de scellés de justice. Les scellés sont faits en double exemplaire pour permettre les contre-expertises.

Les prélèvements en vue de rechercher les empreintes génétiques lorsque l'agression remonte à moins de 72 heures comportent :

- la recherche de sperme par écouvillonnages vaginaux, buccaux, anaux et cutanés (pour ces derniers, écouvillons humidifiés au sérum physiologique). Un séchage est indispensable par agitation à l'air avant introduction dans le tube. Un étalement sur lame est recommandé avec fixation si le prélèvement n'est pas examiné rapidement ;
- les cheveux et les poils (brossage pubien avec une brosse stérile) ;
- la salive par écouvillonnage derrière les incisives ;
- la sueur par écouvillonnage humide ;
- le curetage des ongles (ou mieux le coupage à raz des ongles) pour récupérer des cellules cutanées de l'agresseur.

Un prélèvement sanguin témoin de la victime doit être effectué : 10 à 20 ml sur EDTA.

Le certificat descriptif
Ce certificat doit comporter l'identification du médecin et être daté et signé. Il doit également rapporter l'identification de la patiente, éventuellement après vérification d'une pièce d'identité. Les noms des témoins doivent y figurer.

Après avoir rapporté les dires de la patiente (au conditionnel), le praticien consignera de façon détaillée et précise les données de l'examen (taille des lésions, coloration des ecchymoses, siège par rapport à des repères anatomiques précis, etc.). Il ne doit pas interpréter les dires de la patiente et ne pas employer certains termes (par exemple « viol ») qui correspondent alors à des qualifications pénales.

Le certificat descriptif peut mettre en évidence :

- une interprétation des données de l'examen (par exemple « déf oration récente » compatible avec un rapport sexuel complet ou difficilement compatible ou incompatible avec des lésions vulvaires) ;
- une appréciation de la période d'ITT (incapacité totale de travail personnel) en gardant à l'esprit qu'en matière de coups et blessures, la durée de l'ITT conditionne la qualification pénale et le tribunal compétent. Si la signification pénale d'attentat à la pudeur, d'agression sexuelle ou de viol est retenue (il s'agit d'une appréciation judiciaire et non médicale), la durée de l'ITT (mais surtout la description de lésions de violence) peut intervenir pour apprécier la violence annexe ;
- des réserves sur des suites éventuelles.

Destinée du certificat

- Lorsque l'examen s'effectue sur réquisition de police, le certificat est remis à la police.
- Lorsqu'il est effectué sur demande de la victime, il doit être remis en mains propres et jamais à un tiers.
  - S'il s'agit d'une mineure, il doit être remis à la personne qui a autorité.

Certificat de virginité

Le Conseil national de l'Ordre des médecins considère qu'un tel examen n'ayant aucune justification médicale et constituant une violation du respect de la personnalité et de l'intimité de la jeune femme notamment mineure, contrainte par son entourage de s'y soumettre, ne relève pas du rôle du médecin. Celui ci doit donc refuser l'examen et la rédaction d'un tel certificat.

La situation est toute autre lorsque l'examen est effectué à des fins médico-légales. Les demandes sont alors de 2 types :

1. une jeune femme désirant faire constater sa virginité en vue d'une éventuelle annulation de son mariage pour non consommation lors d'une procédure civile de divorce ou dans une procédure devant la juridiction romaine de la Rote. Si l'examen clinique est réalisé, il devra faire la part entre la déf oration évidente, l'hymen complaisant ou les reconstitutions chirurgicales. La difficulté nous incite à exiger que l'examen et le certificat viennent d'un collège de médecins. Cela, non dans une perspective de dilution de la responsabilité mais dans un esprit de rigueur, plusieurs avis valant mieux qu'un seul ;
2. une jeune femme vierge victime ou se disant victime d'une agression sexuelle. Il s'agit alors d'un certificat de constatations de violence sexuelle qui doit être établi selon les normes médico-légales et s'accompagner des prélèvements et examens biologiques nécessaires.

Certificat prénuptial

Il est obligatoire avant le mariage et délivré par le médecin qui atteste avoir examiné la personne en vue du mariage. Certains examens sont obligatoires (prévus par un décret de 1978). Un arrêté du 17 décembre 1981 (Journal Officiel, 14/1/82) énonce ces examens et donne un modèle de rédaction du certificat.

Le dépistage sérologique de la syphilis n'est plus obligatoire (décret n° 92-143 du 14 février 1992). Cette sérologie peut cependant être prescrite à titre de dépistage individuel ou en raison de facteurs de risques. Il en est de même pour le dépistage du sida. En cas de positivité, le médecin doit bien sûr informer uniquement le patient (et non le futur conjoint). Il doit encourager le ou la patiente à tenir au courant le futur conjoint et à n'avoir que des rapports protégés.

De plus, avant 50 ans, il faut procéder aux examens suivants :

- sérodiagnostic : rubéole et toxoplasmose ;
- groupe sanguin et rhésus, éventuellement recherche d'anticorps irréguliers anti-érythrocytaires ; compte tenu des résultats, l'étude du sang du conjoint peut être utile.

Certificat et interruption volontaire de grossesse

Deux situations différentes peuvent se présenter :

1. une demande de certificat attestant la conformité aux prescriptions de la loi sur l'IVG (consultation sociale, confirmation écrite de la femme). Ce certificat est à remettre en mains propres ;
2. une demande du conjoint pour certifier une IVG éventuellement effectuée dans le cadre d'une procédure de divorce. Ce certificat est à refuser catégoriquement

(il serait de toute façon refusé par les tribunaux et le médecin pourrait être poursuivi pour violation d'un secret professionnel).

Certificat lors d'un divorce

En dehors du cas précédemment cité, une procédure de divorce pour faute pourrait s'appuyer sur des certificats médicaux concernant le conjoint (état mental, alcoolisme…). Ces certificats doivent être refusés.

Des certificats descriptifs de coups et blessures peuvent toutefois être remis à l'un ou l'autre conjoint, en mains propres, après examen médical, en rapportant les allégations au conditionnel.

Adoption

Actuellement, le certificat de stérilité n'est pas exigé, compte tenu du fait que l'existence d'une descendance (légitime, naturelle ou adoptive) ne fait pas obstacle à l'adoption.

Contestation de paternité

Aucun certificat concernant une éventuelle affection du conjoint ne doit être remis à l'épouse (résultat de spermogramme, compte rendu d'une intervention chirurgicale…).

Certificat de sport

La loi pour la protection de la santé du sportif rend obligatoire la production d'un certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive (appelé CNCI) par les médecins, le terme de « certificat d'aptitude » étant impropre) dans plusieurs circonstances :

- tout d'abord, lorsqu'on débute dans un sport, quel qu'il soit et à tout âge, la délivrance de la première licence ne peut se faire que sur présentation d'un CNCI. ;
- si l'on pratique un sport de compétition, il faut produire chaque année un nouveau CNCI pour renouveler sa licence. Les sportifs suivant certains traitements médicaux pour l'asthme ou le diabète doivent y joindre un certificat de justification thérapeutique pour ne pas être inquiétés en cas de contrôle antidopage ;
- si l'on n'est pas licencié mais que l'on souhaite participer à une compétition sportive isolée, il faut là aussi produire un CNCI. datant de moins d'1 an. Attention, les attestations sur l'honneur n'ont aucune valeur légale, et en cas d'accident la responsabilité de l'organisateur serait engagée.

En dehors de ces obligations réglementaires, il est vivement conseillé d'aller voir son médecin si l'on envisage la reprise d'une activité physique après une période d'arrêt prolongé, ou plus encore après un problème de santé, et d'effectuer un contrôle annuel si l'on pratique à un rythme ou un niveau élevé, même en dehors de la compétition.

Le CNCI n'est donc pas une simple formalité, un papier que l'on fait signer sur un coin de table sans examen préalable, il engage la responsabilité du médecin qui le valide. Il est valable 1 an. Tout médecin est habilité à le délivrer, sauf pour quelques disciplines spécifiques nécessitant des bilans plus approfondis (plongée ou sports aériens par exemple).

Les médecins qualifiés en médecine du sport possèdent des compétences spécifiques leur permettant de mieux prendre en charge les sportifs intensifs ou de haut niveau, et les publics fragiles. En pratique, il est exceptionnel que le médecin refuse de délivrer ce certificat, mais il peut être différé en attendant par exemple que les vaccinations obligatoires soient remises à jour, ou qu'une anomalie soit explorée ou traitée (tension artérielle trop élevée, auscultation cardiaque anormale, tendinite…).

Certaines anomalies mineures contre-indiquent le sport de compétition, mais pas la pratique de loisir ou d'entretien, et l'on parle alors de contre-indication relative. Le médecin fera figurer des restrictions sur le certificat. C'est le cas souvent pour les seniors qui souhaitent pratiquer des activités physiques pour entretenir leur santé et leur mobilité.

Lorsqu'un problème grave est repéré, constituant une vraie contre-indication à la pratique sportive (le plus souvent temporaire), le médecin informe le patient de la pathologie découverte et de la conduite à tenir. Il a la possibilité d'établir un certificat d'inaptitude temporaire et de le transmettre au médecin fédéral national qui en contrôlera l'application. Cette situation exceptionnelle peut correspondre au cas d'un sportif de compétition déraisonnable qui mettrait sa vie en jeu en refusant d'interrompre sa pratique.

La visite médicale pour le CNCI est en principe non remboursable. Il s'agit d'un acte de prévention qui ne relève pas de l'assurance maladie. Cependant, un projet de loi vient d'être adopté par le Sénat, qui prévoit que certains médecins, qui auront signé un contrat de santé publique avec les caisses d'assurance maladie, pourront délivrer des feuilles de soins pour ces visites.

À retenir

- Le médecin remettra toujours le certificat médical directement à l'intéressé.
- Le certificat doit mentionner l'identité du patient, la date de rédaction et la signature du médecin.
- Il doit faire mention d'éléments objectifs (selon l'examen clinique).
- Le médecin doit garder le double dans le dossier médical du patient.

Références

[1] Articles L.1111-7 et R.1111-1 à R. 1111-8 du Code de la santé publique.
[2] J. Lansac, P. Lecomte, H. Marret, *Gynécologie pour le praticien*, 7e édition, 2007.
[3] http://www.cnfmc.fr
[4] http://www.cngof.asso.fr/
[5] http://www.cnom.fr
[6] http://www.conseil-national.medecin.fr/
[7] http://www.em-consulte.com/article/31254
[8] http://www.fnclcc.fr/
[9] http://www.has-sante.fr/, rubrique Accréditation des médecins
[10] http://www.has-sante.fr/
[11] http://www.legifrance.gouv.fr/
[12] Information du patient dans la loi du 4 mars 2002. Accès aux informations de santé 18 août 2003 MAJ - 14 octobre 2005 – 5 février 2007 http://www.cnom.fr
[13] J.O n° 265 du 16 novembre 2003, page 19484.

[14] J. Lansac, M. Sabouraud. Les conséquences de la judiciarisation de la médecine, sur la pratique médicale, 2004-4, p. 47-56.
[15] *Les réseaux de soins médicaux*, D. Vadrot (Paris VI), J.M Chabot (Necker). http://www.ethique.inserm.fr
[16] Recommandations pour la pratique clinique. Base méthodologique pour leur réalisation en France. ANAES 199 page 7.

8 Fonctionnement du cabinet

Gestion du personnel

Un cabinet fonctionne comme une PME. Le praticien exerce non seulement le rôle de gérant mais également celui de directeur des ressources humaines (DRH). Il recrute le personnel : assistante, secrétaire, femme de ménage… Il prépare des contrats de travail, des fiches de paie, réalise différentes démarches administratives.

La déclaration préalable à l'embauche : DPAE [5]

La déclaration nominative des salariés avant l'embauche aux organismes de sécurité sociale est obligatoire pour tous les employeurs. La déclaration doit indiquer l'identité de l'employeur, celle du salarié, son numéro de sécurité sociale ainsi que la date de l'embauche. Elle doit être transmise dans les 8 jours précédant la date d'embauche et une copie est remise au salarié.

La déclaration préalable se fait par l'intermédiaire de la déclaration unique d'embauche (DUE) [1] qui permet à l'employeur d'effectuer 7 formalités administratives en une seule fois :

1. la déclaration préalable à l'embauche (DPAE) pour tout employeur qui envisage de recruter un salarié ;
2. la déclaration de première embauche dans un établissement ;
3. la demande d'immatriculation du salarié au régime général de la sécurité sociale ;
4. la demande d'affiliation au régime d'assurance chômage ;
5. la demande d'adhésion à un service de santé au travail ;
6. la déclaration d'embauche du salarié auprès du service de santé au travail en vue de la visite médicale obligatoire ;
7. la liste des salariés embauchés pour le préétablissement de la Déclaration annuelle des données sociales (DADS).

Le praticien n'a qu'un seul interlocuteur, l'URSSAF : c'est l'organisme chargé du recouvrement des cotisations du régime général de la sécurité sociale.

Convention collective des personnels des cabinets médicaux [9]

Chaque catégorie de personnel a signé une convention collective que le médecin devra connaître et appliquer.

Le calcul du salaire mensuel brut se fait ainsi : le coefficient (qui dépend du poste occupé) × la valeur du point (revalorisé régulièrement) = le salaire mensuel pour 151 heures 67 mensuelles (35 heures hebdomadaires).

La valeur du point est publiée régulièrement. [10]

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Grille de classification des coefficients des personnels

Désignation des emplois	COEFF
Nettoyage, entretien	200
Dactylo, standard et/ou accueil avec ou sans participation à un travail technique	203
Secrétaire-réceptionniste et notamment accueil, standard et dactylographie	204
Si en plus participation à un travail technique, sténo, tenue de caisse et des livres recettes-dépenses	205
Secrétaire médicale diplômée	208
Même fonction + comptabilité générale	213
Secrétaire de direction	245
Agent des cabinets utilisant l'imagerie médicale (ACIM)	205
Manipulateur radio ayant passé le contrôle des connaissances	216
Manipulateur radio diplômé	235
Responsable de service	245
Assistante des cabinets de stomatologie	212
Infirmière	235
Orthophoniste	235
Kinésithérapeute	235
Orthoptiste	235
Psychologue	235

Le bulletin de salaire

On trouve en librairie des carnets contenant des feuillets à remplir en 3 exemplaires dont un est remis à l'employé, le second envoyé à l'URSSAF et le troisième conservé par le praticien.

Il est interdit de signaler les absences pour « grève » Dans ce cas, noter « absence pour absence non rémunérée ».

Le bulletin de salaire peut être rédigé en ligne grâce à des logiciels gratuits [8].

Voici un exemple de bulletin à remplir chaque mois (figure 8.1).

La médecine du travail

L'inscription des employés est obligatoire. Ce service les convoquera régulièrement (normalement une fois par an) sur le temps de travail. Ces derniers

BULLETIN DE PAIE
Période du ……..au……

ENTREPRISE	SALARIE
Nom	Nom
Adresse	Adresse
N° Siret	N° Sécurité Sociale
Code APE	Emploi Qualification
URSSAF	Convention collective

SALAIRE BRUT

Salaire (base 152 heures 67)	…….heures	A……..€	……€
Heures supplémentaires à 10%	…….heures	A……..€	……€
Heures supplémentaires à 25%	…….heures	A……..€	……€
Heures supplémentaires à 50%	…….heures	A……..€	……€
Primes			
Ancienneté			

TOTAL BRUT = ……..€

COTISATIONS SOCIALES

	BASE	TAUX %	MONTANT
CSG non déductible (93% du salaire)		5,1%	
CSG déductible (93% du salaire)		2,4%	
CRDS Assedic (+AGS)		0,5%	
Sécurité sociale Maladie		0,71%	
Veuvage		0,1%	
Sécurité Sociale Viell. Plaf.		6,65%	
Retraite complémentaire		3%	
Prévoyance Div		0,82%	
Assurance Chômage		2,4%	
TOTAL DES RETENUES			
SALAIRE NET A PAYER			
NET IMPOSABLE (SAL à payer+CSGND+CRDS)			
Payé le			
Ce Bulletin est à conserver sans limitation de durée			

Figure 8.1
Bulletin de salaire.

auront la possibilité de faire demande de consultation volontaire auprès du service.

Les formations du personnel [7]

Le médecin cotise pour la formation de son personnel. Des formations continues (parler anglais, comportement à l'accueil…) sont proposées. Elles se déroulent

pendant le temps de travail. Elles peuvent être soit demandées par les employés, soit proposées par l'employeur.

Une solution alternative : le secrétariat à distance ou sur Internet

Dans un cabinet, le plus gros poste financier est représenté par les salaires du personnel. Il ne s'agit pas de déshumaniser son cabinet mais d'étudier les possibilités de réduire ce poste. Ces solutions alternatives peuvent remplacer le secrétariat ou l'alléger à un moment où le praticien hésite à recruter une seconde secrétaire par exemple.

La solution la plus connue est le télésecrétariat. Chaque ville de France possède son centre de secrétariat à distance (rechercher « télésecrétariat » sur Google). Le médecin confie totalité ou partie de son agenda à une structure qui répondra en son nom aux appels des patients et lui retransmettra les informations régulièrement.

Une solution plus nouvelle est l'utilisation de l'Internet à cet effet. On peut en effet mettre en ligne l'agenda qui pourra être consulté par le médecin ou ses associés par exemple, partout où il aura une connexion Internet. Plusieurs sociétés pourront offrir ce service (rechercher « agenda » sur Google).

On peut également ouvrir l'agenda en ligne directement à l'intention des patients. Il s'agit d'une solution prometteuse (taper « rendez-vous agenda » sur Google).

Gestion des dossiers

L'informatique a colonisé les cabinets médicaux depuis déjà plusieurs années. Le travail sur écran est maintenant la règle. Mais le praticien n'a aucune obligation d'informatiser son cabinet.

Gestion « papier »

Obligation est de remplir ces dossiers en notant les coordonnées des patients, les antécédents pathologiques et les événements les concernant. Les résultats des différents examens complémentaires sont classés dans ces dossiers. Ces derniers sont ressortis pour la consultation et alors complétés.

Ce mode de gestion a l'inconvénient majeur de nécessiter des manipulations multiples. La secrétaire doit faire preuve d'une grande rigueur de classement. Le deuxième inconvénient est de trouver la place nécessaire pour classer ces dossiers qui représentent un volume non négligeable.

Gestion informatique [3]

Le but est d'arriver à supprimer totalement le support papier. Consulter, sans avoir besoin de ressortir des dossiers « papiers » est confortable et représente une économie de temps pour les secrétaires. L'information est disponible plus rapidement. Le stockage de l'information sur un disque dur est moins encombrant.

Dans un premier temps, il faut choisir un logiciel adapté à son activité :

- bien définir le cahier des charges : quelles fonctions (fiches patients, courrier, comptabilité, ordonnances, travail en réseau, utilisation en visite…) sont utiles ? ;
- choisir un éditeur de logiciel médical bien implanté, assurant une maintenance de qualité et des mises à jour régulières ;
- trouver un environnement de travail convivial (bonne disposition des fenêtres, accès rapide aux différentes rubriques) ;
- obtenir une formation, une assistance pour les premiers mois ;
- vérifier l'éventuelle compatibilité avec les logiciels de transmission électronique des feuilles de soins (FSE) ;
- s'assurer de la compatibilité avec les transferts électroniques de résultats de laboratoires ;
- interroger l'éditeur sur les possibilités de communiquer avec d'autres logiciels (quelles données sont échangeables et sous quelle forme ?) ;
- s'assurer de l'évolution régulière du logiciel (fréquence des mises à jour) ;
- rencontrer des confrères de même spécialité qui utilisent déjà ce logiciel ;
- bien réfléchir à la sauvegarde qui doit être régulière, automatique et manuelle. Un disque de sauvegarde doit être stocké dans un autre lieu du cabinet.

Tout médecin utilisant un logiciel de gestion du cabinet doit en faire déclaration à la CNIL.

Le médecin doit informer ses patients par voie d'affichage :

- de l'utilisation d'un système informatique ;
- des destinataires des données traitées. Le contenu du dossier médical ne peut être adressé à un confrère ou un établissement de soins sans l'accord du patient.

Transmissions électroniques

Le logiciel de télétransmission doit être agréé par la CPAM.

- Les feuilles de soins

L'arrivée de la carte Vitale puis Vitale 2 depuis 2008 permet de ne plus éditer des feuilles de soins papier. Grâce au codage des actes médicaux, le praticien peut remplir les feuilles de soins électroniques et effectuer la télétransmission des actes en fin de journée. Pour ce faire, il doit posséder un lecteur de carte vitale indépendant ou intégré au logiciel de travail. Sont introduites dans ce lecteur les cartes vitales et la carte professionnelle (CPS).

- Les résultats d'examen

Les transmissions ne peuvent s'envisager que si le secret professionnel est respecté. Il faut ainsi utiliser non pas la messagerie classique, mais une messagerie sécurisée. Celle-ci va assurer un cryptage des données médicales circulant sur Internet (par exemple Apicrypt, géré par une association loi 1901 APICEM [2]). Le médecin pourra recevoir les résultats de laboratoires, de biologie, d'anatomopathologie, de cytologie, les comptes-rendus de radiologie…

Les laboratoires doivent s'équiper d'un bio serveur et l'échange se fera avec un logiciel de gestion de dossiers selon la norme HPRIM-net. Ce système permet de supprimer la transmission papier des résultats de laboratoire qui arrivent directement sur l'ordinateur puis vont se classer automatiquement dans le dossier patient après validation de la part du praticien.

Les courriers aux correspondants

Le courrier peut être adressé au correspondant par cette messagerie sécurisée. Les chirurgiens ont la possibilité d'adresser le jour même les comptes-rendus opératoires, les oncologues les fiches RCP…

Les radiographies

L'arrivée des réseaux à très haut débit permet de faire véhiculer par Internet des images de radiographie, voire des séquences vidéos d'interventions chirurgicales.

Affichages en salle d'attente [4]

Affichages obligatoires

Les renseignements suivants, destinés aux patients, doivent être affichés :

- les tarifs des principaux actes effectués (arrêté du 11 juillet 1996) ;
- le secteur conventionnel choisi (arrêté du 11 juillet 1996) ;
- l'utilisation d'un logiciel informatique de gestion de fichiers (loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978) ;
- le numéro de téléphone à appeler en cas d'urgence (arrêté du 25 juillet 1996) ;
- l'appartenance à une association de gestion agréée (décret du 27 juillet 1979).

Autres affichages

Comment répondre aux demandes des associations culturelles, sportives ou caritatives qui souhaitent afficher des informations ?

La loi prévoit de répondre favorablement s'il s'agit d'organismes à but non lucratif et non commerciaux. Le médecin peut par exemple afficher un programme de concert organisé par une association. Il n'en est pas de même pour les publicités. Cette pratique est interdite et répréhensible. Par contre, le médecin a pour mission de participer à des campagnes de santé publique du ministère de la Santé ou d'organismes publics comme l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), l'INCA (Institut national du cancer)…

Comptabilité du cabinet

L'expert-comptable

L'aide d'un expert-comptable n'est pas une obligation, mais les lois fiscales évoluent et il n'est pas simple de répondre seul aux différentes obligations. En cas de contrôle fiscal, il est confortable d'être secondé efficacement.

Son rôle

Il assure bien sûr la comptabilité du cabinet : comptes de fin d'année, déclaration fiscale, éventuellement les fiches de paie et les déclarations sociales du personnel. En fin d'exercice, il fait l'analyse des comptes et apporte des conseils concernant l'évolution du cabinet, les placements fiscaux possibles, les possibilités d'endettement.

Bien choisir son expert-comptable [6]

Le choix le plus fréquent se fait par recommandation de collègues, d'amis.

Sinon, on peut s'adresser à l'Ordre des experts-comptables puisqu'ils exercent à titre indépendant et sont inscrits à un Ordre comme les médecins.

Ne pas oublier de fixer avec lui les honoraires et le nombre de rendez-vous prévus dans l'année. Prévoit-il de déléguer un collaborateur comptable pour la mise en forme de la comptabilité ? Quoiqu'il en soit, c'est l'expert comptable qui supervise les déclarations et en prend la responsabilité.

L'AGA (association de gestion agréée)

Les AGA ont été créées pour faciliter la tenue de la comptabilité ; elles sont les garantes de la bonne vraisemblance de la déclaration fiscale. La loi de finance de 1977 permet un abattement fiscal de 20 % et 10 % sur le bénéfice. L'adhésion se fait dans les 3 mois qui suivent l'installation ou chaque année avant le 1er avril.

Références

[1] http://www.ameli.fr
[2] http://www.apicrypt.org
[3] http://www.cnil.fr
[4] http://www.cnom.fr
[5] http://www.due.fr
[6] http://www.experts-comptables.fr.
[7] http://www.juritravail.com
[8] http://www.macef.com/freewares2/bulletindesalaire.htm
[9] http://www.legifrance.gouv.fr/ ou www.fpem.fr
[10] http://www.droit-medical.com/conventions-collectives

9 Rédaction d'un budget prévisionnel

Quelques conseils pratiques

Les deux premières années, les impôts sur les recettes de l'année ainsi que différentes charges ne sont payés que l'année suivante. Il est tentant d'utiliser la trésorerie sans prévoir les dépenses à venir.

De grosses sorties financières sont à honorer certains mois de l'année :

- Tiers provisionnels : préférez la mensualisation ;
- URSSAF (chaque trimestre)
- Taxe professionnelle en juin ;
- CARMF en juillet ;
- Taxes foncières en octobre ;
- Taxes d'habitation en décembre ;
- Différentes assurances (assurance responsabilité civile professionnelle, assurances du cabinet, du véhicule…).

Sans précaution, la trésorerie peut se trouver rapidement déséquilibrée.

Deux solutions

- La solution de raison : prévoir sur un compte rémunéré une avance d'1 an de ces dépenses. Ceci n'est possible qu'en l'anticipant dès la première année d'installation. À partir de ce compte, il suffira de mettre en place des prélèvements automatiques aux dates prévues pour le paiement. Ce cas de figure présente deux avantages non négligeables :
  - l'acquisition d'intérêts sur la somme placée ;
  - le paiement aisé de ses charges l'année de la cessation d'activité.
- La solution de facilité, adoptée par le plus grand nombre : c'est l'instauration d'une mensualisation des prélèvements. Dans ce cas, on offre à l'État l'équivalent des intérêts bancaires cités au paragraphe précédent.

Recettes et dépenses

Les tableaux 9.1 et 9.2 pourront être utiles à la mise en forme de la gestion financière d'une profession libérale, moins simple que celle d'un salarié.

Le médecin et son banquier

Considérer son banquier comme un prestataire de service. Il a besoin de l'argent de son client pour faire fonctionner sa banque, son client a besoin de lui pour

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Tableau 9.1
Recettes globales prévisionnelles perçues par le médecin installé

Recettes immédiates	Montant
Revenus provenant du cabinet (BNC) Salaire hospitalier Revenu du conjoint Allocations familiales Allocation logement Chèques et paiements différés	
Recettes futures liées aux placements	
Placements immobiliers Habitation principale Habitation secondaire Valeur de clientèle ou du cabinet Assurances « vie » Placements en PEA et autres produits financiers Placements livrets	
Recettes prévisibles	
En cas de maladie	
Indemnités journalières CARMF à partir du 91e jour Indemnités journalières sécurité sociale Indemnité journalières liées à l'activité hospitalière Indemnités d'assurance perte de revenu	
En cas d'invalidité	
Rente invalidité CARMF Indemnités d'assurance perte de revenu Rente éducation pour les enfants	
En cas de décès	
Rente CARMF temporaire pour conjoint survivant Rente éducation pour les enfants jusqu'à 25 ans Pension de réversion Indemnité décès de la CARMF Capital décès de la CARMF Capital décès de l'Ircantec Capitaux issus d'assurances privées ou mutuelles Aide familiale, autre	

Tableau 9.2
Dépenses globales prévisionnelles supportées par le médecin installé

Charges professionnelles	Montant
Loyer professionnel Taxe professionnelle Taxe foncière Taxe d'habitation Cotisation CARMF URSSAF Assurances professionnelles Électricité Gaz Eau Chauffage (fuel éventuel) Téléphone fixe Téléphone portable Abonnements Internet Salaires (secrétaire, ménage) Remboursements d'emprunts professionnels Véhicule professionnel Expert-comptable et AGA	
Charges personnelles	
Électricité Gaz Eau Chauffage (fuel éventuel) Téléphone fixe Téléphone portable Abonnements Internet Impôts revenu Taxe foncière Taxe d'habitation Entretien voiture privée Alimentation Habillement Vacances Pension alimentaire si divorce Investissements	

gérer ses transactions. Essayer de ne pas devenir dépendant de cet établissement (découverts non autorisés par exemple).

L'ouverture d'un compte professionnel représente un intérêt certain pour le banquier. Ce compte n'est pas gratuit, il engendre des frais de fonctionnement. Les sommes d'argent en transit ne sont pas négligeables, même si le bénéfice final l'est beaucoup moins : 30 à 50 % des revenus sont destinés à payer les charges professionnelles. Le médecin y dépose ses recettes, contracte ses emprunts professionnels, va avoir des placements à réaliser.

Tableau 9.3
Actes d'échographie et tarifs

Code de l'acte	Intitulé de l'acte	Prix de l'acte
ZCQM007	Échographie du petit bassin [pelvis] féminin pour surveillance de l'ovulation (facturation : 3 actes d'échographie maximum par cycle)	37,80
ZCQM009	Échographie-doppler du petit bassin [pelvis] féminin pour surveillance de l'ovulation (facturation : 3 actes d'échographie maximum par cycle)	42,25
JNQM001	Échographie non morphologique de la grossesse avant 11 semaines d'aménorrhée	35,65
JQQM010	Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse uni embryonnaire au 1e T	48,35
JQQM015	Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse multi embryonnaire au 1e T	54,21
JQQM018	Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse uni fœtale au 2e T	81,92
JQQM016	Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse uni fœtale au 3e T	73,99
JQQM019	Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse multi fœtale au 2e T	137,00
JQQM017	Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse multi fœtale au 3e T	121,12
JQQM002	Échographie d'une grossesse uni fœtale à partir du 2e T avec échographie-doppler des artères utérines de la mère et des vaisseaux du fœtus, pour souffrance fœtale	92,19

Code de l'acte	Intitulé de l'acte	Prix de l'acte
JQQM007	Échographie d'une grossesse multi fœtale à partir du 2e T avec échographie-doppler des artères utérines de la mère et des vaisseaux des fœtus, pour souffrance fœtale	133,81
JQQM001	Échographie de surveillance de la croissance fœtale	46,15
JQQM003	Échographie de surveillance de la croissance fœtale avec doppler des artères utérines de la mère et des vaisseaux du fœtus	75,50
JQQM008	Échographie et hémodynamique doppler du cœur et des vaisseaux intra thoraciques du fœtus	137,02
JQQJ037	Mesure de la longueur du canal cervical du col de l'utérus, par échographie par voie vaginale	33,44

Jusqu'à maintenant les professions libérales ne sont pas les plus mauvais clients des banques. Il faut choisir une banque où l'on se sent en confiance, un conseiller à qui l'on va exposer ses projets (malheureusement ce dernier changera fréquemment). Le praticien doit discuter avec lui de ses placements et de ses emprunts.

Emprunt

On doit pouvoir obtenir un taux privilégié d'emprunt, de préférence à taux fixe et de durée raisonnable. Lorsqu'une banque accorde un prêt, elle perçoit des pénalités en cas de remboursement anticipé (par exemple avant 15 ans si cette durée est choisie). Une discussion peut permettre l'annulation de cette clause. Mettre en concurrence d'autres banques, celle du médecin essaiera de s'aligner sur la proposition la plus avantageuse pour lui. Il peut se faire aider par des courtiers indépendants qui font pour le client ce travail de mise en concurrence.

Placements

Le banquier peut être le conseiller du client. Il aura pourtant une forte propension à ne privilégier que les produits « maison ». Là encore l'aide de conseillers privés peut s'avérer précieuse.

Gestion des comptes

Prendre de bonnes habitudes dès l'installation, verser la totalité des revenus sur un compte professionnel. C'est à partir de ce compte que seront réglées toutes les dépenses professionnelles.

Un second compte, privé, recevra du premier des virements réguliers. C'est avec ce compte que le praticien paiera ses dépenses privées.

La séparation des deux comptes facilite la déclaration fiscale et clarifie les réponses éventuelles à fournir au contrôleur fiscal.

Penser aux prélèvements automatiques et aux mensualisations des dépenses si l'on n'a pas l'âme d'un comptable. Il est fort désagréable de payer des pénalités de retard. Il n'est pas interdit de travailler avec deux banques mises en concurrence permanente.

Nomenclature [1]

Une présentation de la nomenclature est publiée par l'assurance maladie en décembre 2007. Chaque acte a un code. Prenons pour exemple la nomenclature de l'échographie en gynécologie obstétrique.

Actes diagnostiques chez la mère et le fœtus

Échographie de l'utérus gravide (tableau 9.3)

Facturation

Les actes d'échographie de grossesse peuvent être facturés une fois par trimestre ; un examen de complément de l'échographie de grossesse du 2e ou 3e trimestre par un médecin autre que celui ayant effectué le premier examen peut être demandé au cas par cas sur signes d'appel échographiques, en cas de suspicion de pathologie foetale sévère. Il existe dans chaque région des échographistes (échographes ?) référents à qui l'on peut demander leur avis en cas de difficulté diagnostique.

Référence

[1] http://www.ameli.fr

10 Préparer sa retraite

À 25 ou 30 ans, penser à sa retraite paraît saugrenu. Pourtant cette démarche ne doit pas être pour le médecin synonyme d'embourgeoisement, car une préparation précoce allège les mensualités de cotisations.

Préparer son niveau de vie après cessation d'activité, c'est cotiser au régime obligatoire, la CARMF pour les médecins, et c'est aussi faire des placements complémentaires, mobiliers ou immobiliers. Ces compléments ne sont pas traités ici, car trop dépendants de la conjoncture. On conseille au praticien de rencontrer un conseiller en patrimoine, de préférence indépendant, qui saura lui présenter les placements avantageux du moment, souvent assortis d'avantages fiscaux.

La CARMF [3]

La CARMF adresse sur demande le décompte des points acquis par régime et par année d'affiliation (tableau 10.1). Le relevé de carrière est à demander aux différentes caisses de retraite auxquelles le médecin a cotisé [2] (ne pas oublier externat, internat, clinicat qu'il faut racheter car si l'on cotise à la sécurité sociale, on ne cotise pas pour la retraite pendant ces périodes). Les trimestres sont à ajouter à ceux obtenus dans le régime de base de la CARMF.

Tableau 10.1
Calcul des points de retraite en 2008

	Points acquis (maximum)	Pour un revenu en € de
Tranche 1	450	28 285
Tranche 2	100	166 380
Total	550	194 665

Il est accordé des points de retraite supplémentaires dans les cas suivants :

- 100 points supplémentaires pour les femmes médecins, au titre du trimestre civil au cours duquel survient l'accouchement à partir du 1er janvier 2004.
- 200 points supplémentaires par année pour les médecins invalides en exercice, obligés de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

Calcul des trimestres d'assurance du régime de base

Il est attribué un trimestre d'assurance par tranche de revenu égale à 1 688 €, avec un maximum de 4 trimestres par an.

Calcul des points de retraite du régime complémentaire

La cotisation maximale, établie en 2009 sur un revenu plafond de 110 100 €, donne droit à attribution de 10 points (soit 1 point pour 11 340 € de revenus).

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Au moment de l'établissement de la retraite, les points acquis seront totalisés et l'allocation sera calculée en multipliant ce résultat par la valeur du point à la date d'effet de la pension.

Calcul des points de retraite du régime ASV

Pour bénéficier de l'allocation, le médecin doit avoir exercé 1 an sous convention.

Chaque cotisation annuelle versée donne droit aux points indiqués dans le tableau 10.2 :

Tableau 10.2
Points versés de 1960 à nos jours par cotisation annuelle

1960 à 1972 (1er semestre)	37,52 points
1972 (2e semestre) à 1993	30,16 points
Depuis 1994	27 points

Majoration familiale

Le montant de la pension est majoré de 10 % au profit des médecins ayant eu au moins 3 enfants. Les enfants ayant été élevés par le médecin et à sa charge effective pendant au moins 9 ans avant leur 16e anniversaire ouvrent également droit à la majoration familiale (tableau 10.3).

Tableau 10.3
Majoration familiale en fonction des régimes

Régimes	Valeur du point en € au 1/4/09
Base	0,5272
Complémentaire	74
ASV	15,55

L'âge légal de la retraite du médecin libéral est de 65 ans. Il a le loisir de s'arrêter dès 60 ans, et de bénéficier alors du versement de la retraite amputée de 5 % par année au-dessous de 65 ans. [1]

Références

[1] www.carmf.fr.
[2] www.info-retraite.fr.
[3] http://www.carmf.fr/cdrom/web_CARMF/retr/retr-retr.htm#top.

11 Quelle médecine pour demain ?

On peut voir dès aujourd'hui se profiler certaines évolutions.

D'une part, les loisirs prennent une importance aussi grande que le travail. Les médecins ne font pas une exception, la jeune génération refuse les amplitudes horaires de leurs aînés et pour ce faire, préfèrent travailler en groupe. D'autre part, la société évolue, le médecin n'est plus seul détenteur du savoir. Les patients souhaitent comprendre et discuter la prise en charge. Internet fournit des quantités considérables d'informations.

Diminution du temps de travail des médecins

Les hôpitaux ont vu la mise en place des « 35 heures », des temps de récupération après gardes, et des fameuses RTT (récupération du temps de travail). Les jeunes médecins souhaitent avoir comme tout français du temps pour leurs loisirs et ne sont plus prêts à consacrer à leur travail les heures que leurs aînés s'imposaient. Cela a des conséquences immédiates, comme le maintien de la permanence des soins. Chaque région s'efforce de trouver des solutions dans ce sens.

Regroupement des structures de soins

Qu'il s'agisse des cabinets médicaux ou des hôpitaux, l'exercice isolé de la médecine va devenir de plus en plus rare. Se créent des maisons médicales dans lesquelles les médecins prennent leur garde. Ces structures souvent pluridisciplinaires permettront une meilleure prise en charge du malade. Elles représentent une solution pour pallier à la désertification médicale surtout en milieu rural. Différents projets expérimentaux de maisons de santé rurales pluriprofessionnelles ont été sélectionnés. Les financements sont multi partenariaux.

Interaction entre médecin et patient

Le partage des décisions entre le médecin et le patient va s'accentuer. Les projets de soins seront le résultat de cette concertation. Grâce à Internet, les patients arrivent en consultation avec des connaissances très précises de leur pathologie, même s'ils ont du mal à hiérarchiser les connaissances acquises.

Le patient : propriétaire de son dossier

Les futures cartes vitales donneront accès à un certain nombre de renseignements. Le dossier sera peut-être sur un site, accessible grâce à des moyens de confidentialité (mot de passe, carte vitale…). Ce dossier ne sera consulté qu'avec accord du patient et partiellement selon la spécialité du praticien. Attention aux dérives possibles d'accès à ces données, en particulier par les assureurs…

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Technologies de pointe

- Internet apporte au médecin une source illimitée de renseignements : il remplace nos encyclopédies médicales. Il est un économiseur de temps, nous évitant les déplacements à la bibliothèque universitaire.
- Les communications électroniques décrites au chapitre 6 vont se développer : accès plus rapide, meilleurs qualité des images transmises, interactivité. La visioconférence va devenir un outil peu onéreux d'achat et d'utilisation. Le matériel évolue, la transmission des données s'accélère à un rythme fou. Ces dernières possibilités permettront de limiter les déplacements des médecins isolés pour demander des avis médicaux, assister à des formations, participer aux RCP (Réunions de concertation pluridisciplinaires).
- Le mardi 20 mai 2008, Google lance Google Health : un service qui permet de stocker et de gérer ses données médicales en ligne. Il n'est accessible qu'aux États Unis, mais le groupe ambitionne de le développer dans d'autres pays. Un compte est gratuitement ouvert, grâce auquel on peut rentrer certaines données : poids, taille et diverses informations médicales. Ce dossier est créé et contrôlé par le patient, il est protégé par un mot de passe. Aux États Unis, des liens sont prévus permettant de trouver les médecins souhaités, de régler des alertes pour les prises des médicaments, d'avertir d'éventuelles interactions entre deux traitements, de permettre aux hôpitaux d'accéder aux dossiers en cas d'urgence… On entrevoit alors 2 risques de dérive commerciale :
  - des liens sont mis en place vers les principales chaînes américaines de pharmacies, les médecins et les hôpitaux.
  - la perte de la maîtrise des dossiers pouvant être récupérés par différentes structures, assurances, employeurs, banques… Une réflexion est largement entamée en France, en prévision du futur dossier médical personnalisé (DMP).