

# LE BULLETIN

du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Ville de Paris  
[www.conseil75.ordre.medecin.fr](http://www.conseil75.ordre.medecin.fr)



## Edito

### Cher(els) Confrères

COURAGE !! Il est temps de reprendre le travail, j'espère que la pluie n'a pas gâché ces vacances tant attendues et je vous souhaite le meilleur pour cette rentrée.

Beaucoup de « difficultés » attendent les médecins en cette rentrée :

La nouvelle convention a été signée par vos syndicats, elle sera étudiée sur le plan déontologique par le CNOM en session extraordinaire, les conclusions rendues vers le 15 septembre puis elle sera mise en œuvre.

Le projet régional de Santé étudié à la vitesse grand V par les conférences de territoire, sera mis en forme rapidement par la conférence régionale de santé et d'autonomie. Une vaste usine à gaz dont l'application va demander beaucoup de moyens... je vous laisse réfléchir ou on va les trouver.

La loi concernant les soins psychiatriques<sup>(1)</sup> a été publiée début juillet, les décrets sont sortis en juillet et nul n'est censé l'ignorer, bien sûr. Quelques commentaires :

Cette loi oblige les psychiatres à rédiger de nombreux certificats : 48 heures, 72 heures etc., de nombreux avis, donc surcharge de travail et risque de sanction si les certificats ne sont pas délivrés dans les délais ;

Cette loi oblige à recruter des magistrats, des greffiers et... des psychiatres experts, car le juge peut demander une expertise et celle-ci doit être rendue dans les 15 jours !

Nous vous demandons de nous faire part des difficultés rencontrées afin de pouvoir les faire "remonter".

Restant à votre disposition...



Dr Irène KAHN-BENSAUDE  
Présidente

**2 Les centres de santé à Paris**

**3 Code de Déontologie et Juridiction Ordinale**

**4 La sécurité des médecins**

**5 Le secret professionnel partagé**

**6 Comparaison des systèmes de soin Français et Anglais**

**8 Les Brèves...**

<sup>(1)</sup>. Si besoin vous trouverez tous les textes sur

<http://www.sante.gouv.fr/reforme-de-la-loi-relative-aux-soins-psychiatriques,9050.html>

# Les centres de santé à Paris

Par le Docteur **Jean-Loup THERY**, *Chef du Bureau des Centres de Santé de la Ville de Paris*

**Les centres de santé constituent un maillon essentiel et en développement de l'offre de soins de premier recours à Paris. Ces structures de soins ambulatoires viennent de voir leurs missions confirmées par la loi HPST comme structures de proximité pluri-professionnelles d'exercice regroupé et coordonné. Le code de santé publique précise qu'ils assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique, de prévention, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales (article L 632361).**



Les 95 centres recensés à Paris diffèrent fortement en taille (de 2.000 à plus de 200.000 passages par an), en activité (centres polyvalents (40), médicaux(31), dentaires(18), infirmiers(6)), et en organismes gestionnaires (municipalité, mutuelles, associations...). Les centres de santé ne représentent qu'1% de l'activité ambulatoire nationale.

En revanche à Paris, ils réalisent plus de 13 % de l'ensemble des consultations médicales et 27 % des actes techniques. Pour des spécialités comme la gynécologie, la rhumatologie, l'ophtalmologie, et la dermatologie plus de 90% des actes secteur 1 sont réalisés dans les centres de santé. Cette accessibilité constitue une réponse à la demande croissante des patients parisiens.

Les centres sont conventionnés avec l'assurance maladie dans le cadre d'un accord national qui impose la pratique du tiers payant systématique, la garantie des tarifs opposables de secteur 1, et la maîtrise des dépassements d'honoraires autorisés pour la seule activité dentaire.

Chaque centre doit élaborer un projet de santé qui s'articule autour de la coordination des soins et de la santé avec l'utilisation d'un dossier unique par patient. Les activités médicales sont le plus souvent associées à des activités de prévention et de santé publique, et s'inscrivent dans une logique de territorialisation de la santé, en mutualisant leurs offres respectives, et en cherchant des partenariats actifs avec les autres acteurs notamment les hôpitaux de l'APHP.

Ils sont souvent le support d'actions de dépistage (CDAG, CIDDIST, dépistage des cancers...), d'éducation thérapeutique des patients, et pratiquent les IVG médicamenteuses. Ils constituent enfin des lieux de stage et de formation des professionnels de santé, en particulier pour les médecins et infirmières.

A l'initiative de la Mairie de Paris et de la Cpm, une coordination des centres de santé de Paris a été mise en place avec comme objectifs de les faire connaître et reconnaître pour mieux travailler ensemble et avec les autres acteurs de la santé à Paris

Les centres de santé constituent une forme d'exercice de plus en plus attractive pour les jeunes médecins qui recherchent un cadre de travail collectif, pluridisciplinaire et sécurisant, un exercice recentré sur le soin largement dégagé des charges administratives, une possibilité de délégation à d'autres professionnels de santé et une maîtrise du temps de travail. Les médecins qui exercent dans les centres de santé bénéficient du statut de salarié, et sont rémunérés à l'acte.

Pour joindre la coordination des centres de santé de Paris :

[paris.santé@paris.fr](mailto:paris.santé@paris.fr)



# Code de Déontologie et Juridiction Ordinale



Dr Jean-Jacques AVRANE  
Secrétaire Général Adjoint



*« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.*

*Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.*

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

*J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

*Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.*

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.»*

À défaut de se rappeler de l'ensemble des dispositions du code de déontologie aujourd'hui inséré dans le Code de la santé publique, nous avons tous le souvenir du Serment d'Hippocrate prêté devant nos pairs.

Le Conseil de l'Ordre a pour mission d'assurer le respect des lois et règlements qui régissent l'exercice de notre profession, et depuis quelques années nous nous sommes imposés comme devoir d'être disponibles pour les médecins parisiens afin de répondre à toutes leurs questions déontologiques.

C'est ainsi que régulièrement sont organisées au Conseil des sessions d'informations sur le code de déontologie afin de prévenir les plaintes.

Tous les jours un conseiller ordinal ou le conseil juridique de l'Ordre sont à la disposition des médecins.

Parfois la rencontre entre droit et médecine semble poser problème.

En effet, le droit doit toujours se prononcer, décider et trancher, alors que la médecine, même quand elle paraît en faire autant, évolue dans un univers où dominent le questionnement et le risque.

En matière disciplinaire, le Conseil Départemental n'a pas de pouvoir juridictionnel, mais il est habilité à saisir la juridiction ordinale soit de sa propre initiative, soit à la suite d'une plainte qu'il doit transmettre avec avis motivé à la Chambre Disciplinaire de Première Instance (article L 4123 - 2 du code de la santé Publique), il peut être saisi notamment par un patient ou ses ayants droits, par un médecin, le préfet ou le ministre de la santé.

Le Conseil a le devoir de conciliation à l'occasion des litiges entre patients et médecins, entre médecins eux-mêmes, entre médecins et administrations.

Un courrier à l'encontre d'un médecin peut revêtir deux aspects.

Il peut s'agir d'une doléance qui sera alors transmise au confrère concerné afin qu'il y réponde, réponse qui sera envoyée au patient et qui bien souvent, permettra de rétablir le dialogue et la compréhension. Dans la majorité des cas, le patient ne portera pas plainte.

Il peut s'agir d'une plainte, soit directement ou après une doléance. Les plaintes les plus fréquentes sont celles concernant la rédaction et la délivrance de certificats médicaux, les actes et les résultats de la chirurgie et de la médecine

esthétique, les conflits entre confrères, la publicité, l'atteinte à la moralité, le défaut de tact et mesure dans la fixation des honoraires, le refus des CMU....

Lors d'une plainte, le Conseil dispose d'un mois pour organiser une conciliation qui se déroule en présence d'un conseiller ordinal. A l'issue de celle-ci, ce dernier rédige un procès-verbal de conciliation, de carence ou de non-conciliation, selon le cas.

Dans le cas où la conciliation aboutirait, la plainte s'éteint. S'il y a carence (absence de l'une des deux parties) ou non-conciliation, la plainte rédigée est, après avis du Conseil, transmise à la Chambre disciplinaire de première instance. Après étude de la plainte, le Conseil Départemental peut éventuellement s'associer à la plainte ou déférer le médecin.

Depuis la loi HPST du 21 Juillet 2009, les médecins hospitaliers et les experts peuvent également faire l'objet d'une plainte disciplinaire. Le patient porte plainte et c'est le Conseil Départemental, après examen du dossier et s'il estime que des manquements à la déontologie médicale ont été commis, qui défère le médecin devant la juridiction disciplinaire.

La juridiction ordinale peut sanctionner un médecin en lui infligeant un blâme, un avertissement, une interdiction d'exercer avec ou sans sursis et ce jusqu'à une radiation. Dans le cas d'une condamnation, il est possible de faire appel devant la Chambre Disciplinaire Nationale, puis un pourvoi en cassation devant le Conseil d'État qui juge de la conformité de la décision disciplinaire.

Dans certains cas, le plaignant peut être condamné à une amende pour plainte abusive et au remboursement des frais irrépétibles (frais d'avocat) par la juridiction disciplinaire.

Le Conseil veille à l'exécution des peines prononcées par la juridiction disciplinaire.

Pour se défendre au mieux, il est recommandé en cas de plainte de prévenir rapidement sa compagnie d'assurance (protection juridique) et ainsi de pouvoir se faire assister par un avocat.

Il est également recommandé au médecin de se présenter à la réunion de conciliation qui permet parfois de rétablir le dialogue avec le plaignant.

Dans tous les cas, et en amont, en cas de doute sur le respect de la déontologie médicale, les membres du Conseil restent à l'écoute et à la disposition des confrères.

17  
POLICE-SECOURS

112  
APPEL D'URGENCE EUROPEEN

# La sécurité des médecins

Par le Dr Irène KAHN-BENSAUDE, Présidente

Comme vous avez dû le lire dans la presse, du fait de l'augmentation des violences faites aux professionnels de santé, les ordres professionnels ont signé le 10 mai 2011 un protocole « santé, sécurité, justice, ordre ».

Ce protocole nous permet de décliner de façon adaptée à Paris les mesures pour pouvoir gérer les agressions faites aux médecins quel qu'elles soient (verbales, physiques, etc.).

Le Secrétaire Général, le Docteur Jean-Luc Thomas, et moi-même avons rencontré les responsables de la sécurité de proximité et voulons vous faire part des dispositions.

Suite à la restructuration du standard d'appels urgents de la préfecture de Paris le numéro d'urgence à tous les professionnels de santé redevient le **17** ou le **112** pour les mobiles, ce numéro est unique et il nous a été assuré que la réponse serait immédiate.

Pour tous vos dépôts de plainte ou demandes d'information un représentant identifié (cf tableau ci-contre) a été nommé dans chaque commissariat d'arrondissement, afin que vous puissiez prendre rendez-vous avec lui pour éviter une attente dans les locaux de la police ou, qu'en cas d'impossibilité de votre part, il puisse se déplacer à votre cabinet.

### Vis-à-vis de l'ordre :

1) Adressez-nous la copie de votre plainte (non pas main courante) en nous disant si vous souhaiteriez que nous nous portions partie civile.

2) Adressez-nous la fiche de déclaration d'incident (site du Conseil National de l'Ordre des Médecins).

3) Faites nous part de vos observations, en bien ou en mal afin que nous puissions améliorer, si besoin, cette procédure.

4) Dans quelques mois une nouvelle rencontre permettra d'évaluer si les actions mises en œuvre sont efficaces et d'apporter les modifications éventuellement nécessaires.

DTSP 75	NOM	GRADE	TELEPHONE	MAIL
Correspondant départemental	SUT Romuald	Lieutenant	01 42 76 15 41	romuald.sut@interieur.gouv.fr
<b>1° DISTRICT</b>				
1 <sup>er</sup> arrondissement	Karine BLAVOET	Brigadier de Police	01-47-03-60-53	ciat01-mpc@interieur.gouv.fr
2 <sup>ème</sup> arrondissement	Philippe MAUFROID	Major de Police	01-44-88-18-58 ou 18-59	ciat02-mpc@interieur.gouv.fr
3 <sup>ème</sup> arrondissement	Danièle ECK	Major de Police	01-42-76-13-22	ciat03-mpc@interieur.gouv.fr
4 <sup>ème</sup> arrondissement	Christine BONNEFOI	Brigadier de Police	01-40-29-22-07 ou 22-08	ciat04-mpc@interieur.gouv.fr
8 <sup>ème</sup> arrondissement	Serge BOUYER	Brigadier de Police	01-44-90-82-81 ou 82-72	ciat08-mpc@interieur.gouv.fr
9 <sup>ème</sup> arrondissement	Marc BARDELANG	Major de Police	01-44-83-80-96 ou 80-41	ciat09-mpc@interieur.gouv.fr
16 <sup>ème</sup> arrondissement	Nathalie BERGER	Major de Police	01-55-74-50-58 ou 50-69	ciat16-mpc@interieur.gouv.fr
17 <sup>ème</sup> arrondissement	Philippe BOUILLEUX	Brigadier Chef	01-53-11-27-70 ou 27-71	ciat17-mpc@interieur.gouv.fr
<b>2° DISTRICT</b>				
10 <sup>ème</sup> arrondissement	Paul BEALINE	gardien de la paix	01-53-19-46-67 ou 46-68	ciat10-mpc@interieur.gouv.fr
11 <sup>ème</sup> arrondissement	Christophe PERCHER	Major de Police	01-53-36-26-01, 26-02 ou 26-03	ciat11-mpc@interieur.gouv.fr
12 <sup>ème</sup> arrondissement	Pierre-Jean IVARS	Major de Police	01-44-87-51-19 ou 51-20	ciat12-mpc@interieur.gouv.fr
18 <sup>ème</sup> arrondissement	Hamid MSSIAIDI	gardien de la paix	01-53-41-51-45, 51-46 ou 51-47	ciat18-mpc@interieur.gouv.fr
19 <sup>ème</sup> arrondissement	Emmanuel MULIER	Brigadier de Police	01-55-56-58-60, 58-61 ou 58-62	ciat19-mpc@interieur.gouv.fr
20 <sup>ème</sup> arrondissement	Christian LEROUX	Brigadier de Police	01-44-62-49-80	ciat20-mpc@interieur.gouv.fr
<b>3° DISTRICT</b>				
5 <sup>ème</sup> arrondissement	Morgane VIGNERON	Brigadier Chef	01-44-41-51-09 ou 51-10	ciat05-mpc@interieur.gouv.fr
6 <sup>ème</sup> arrondissement	Hélène FORET	Brigadier de Police	01-44-41-47-64 ou 47-65	ciat06-mpc@interieur.gouv.fr
7 <sup>ème</sup> arrondissement	Laurent CARRERA	Brigadier de Police	01-44-18-69-29 ou 69-31	ciat07-mpc@interieur.gouv.fr
13 <sup>ème</sup> arrondissement	François GARDERES	Major de Police	01-40-79-05-39 ou 05-41	ciat13-mpc@interieur.gouv.fr
14 <sup>ème</sup> arrondissement	Emeric CIAN-GRANGE	Brigadier de Police	01-53-74-14-13	ciat14-mpc@interieur.gouv.fr
15 <sup>ème</sup> arrondissement	Stéphane LEFEBVRE	Brigadier Chef	01-53-68-82-27 ou 82-28	ciat15-mpc@interieur.gouv.fr



# Le secret professionnel partagé

Par Maître **Danièle GANEM-CHABENET**, *Avocat à la Cour*

**La notion de « secret professionnel partagé » s'est imposée dans la pratique quotidienne et plus encore dans certains domaines, telle par exemple la cancérologie, où la prise en charge des patients nécessite un exercice pluridisciplinaire et par là même la communication d'informations permettant la continuité et la coordination des soins.**

Bien que le législateur n'ait pas consacré cette notion de « secret partagé », il en consacre le principe et ses limites. L'article L. 1110-4 du Code de la santé publique prévoit en effet que : «... deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent [...], sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe médicale... ».

Il en résulte que l'échange d'information ne peut avoir lieu qu'entre professionnels de santé. Il doit avoir pour but d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge et le patient ne doit pas s'y opposer.

## **L'échange d'information ne peut avoir lieu qu'entre professionnels de santé :**

Si le Code de la santé publique ne définit pas la notion de « professionnels de santé », il en dresse cependant la liste. Sont ainsi classés dans la catégorie des « professions de santé » : les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les pharmaciens, les préparateurs en pharmacie, les infirmiers et infirmières, les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures-podologues, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les orthophonistes, les orthoptistes, les manipulateurs en électroradiologie médicale, les audioprothésistes, les opticiens-lunettiers, les prothésistes et orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées, les diététiciens.

Ainsi, l'assistante sociale et le psychologue ne relèvent pas de la catégorie des « professionnels de santé » tels que cités par le Code de la santé publique, ce qui exclut en principe toute communication d'informations avec ces professionnels et ce alors même que ces derniers sont tenus au secret professionnel.

Il conviendra donc de faire transiter les informations strictement nécessaires à l'accomplissement de leur mission par l'intermédiaire du patient, qui sera libre ensuite de les communiquer au psychologue ou à l'assistante sociale s'il l'estime nécessaire.

Si cette position est évidente dans le cadre de la prise en charge d'un patient en ville, elle l'est beaucoup moins dans un établissement de santé. D'ailleurs, concernant l'intégration du « dossier social » au « dossier patient », l'ANAES (devenue la Haute Autorité de Santé – HAS) a admis que « les rapports des travailleurs sociaux pouvaient faire partie intégrante du dossier patient s'ils ont été réalisés par un professionnel au sein d'une équipe dirigée par un médecin et qu'ils ont été joints aux dossier du patient dont ils sont indivisibles » (ANAES « *Amélioration de la qualité de la tenue et du contenu du dossier du patient, réglementation et recommandations* », juin 2003).

Quant à l'échange d'information entre médecins dans le cadre de la prise en charge d'un patient, il est expressément consacré par les articles R.4127-58 et suivants du Code de la santé publique et plus particulièrement par l'article R.4127-64 du même code qui prévoit que « *lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés...* ». Il ne constitue pas seulement une faculté mais un devoir nécessaire à la continuité des soins.

## **Le partage d'information doit avoir pour but d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge :**

Le médecin ne peut divulguer des informations concernant l'un de ses patients à un confrère que si ce dernier intervient dans la prise en charge

de ce malade et dans ce cas, les informations communiquées doivent être « nécessaires, pertinentes et non excessives ».

Un médecin pourrait ainsi être condamné pour avoir divulgué le dossier nominatif de son patient à d'autres médecins dans un but non thérapeutique.

De la même manière, il n'existe pas de secret partagé entre le médecin et le médecin-conseil d'une compagnie d'assurance ou le médecin du travail par exemple, ces derniers ne concourant pas aux soins du patient. Si des informations doivent leur être communiquées, il appartient au médecin de remettre en mains propres à son patient un certificat, à charge pour lui de le remettre, s'il le souhaite, au médecin-conseil de la compagnie d'assurance ou au médecin du travail. Il conviendra de mentionner sur le certificat remis à votre patient les mentions « remis en mains propres à l'intéressé » et lui conseiller de l'adresser sous pli cacheté confidentiel à son destinataire.

En revanche, dans les cas prévus par la loi, il existe un secret partagé avec certains médecins pour leur permettre d'accomplir leur mission. Il en est ainsi par exemple, des médecins-conseils de l'assurance maladie, des médecins inspecteurs de la santé, ... Seuls les éléments strictement nécessaires à l'accomplissement de leur mission peuvent en effet leur être communiqués.

## **Le patient ne doit pas s'opposer à cet échange d'information :**

La volonté du patient doit dans tous les cas être respectée. Toutefois, force est de constater qu'il s'agit ici d'une absence d'opposition du patient et non d'un véritable accord de ce dernier à cet échange d'information.

Par ailleurs, lorsque le patient est pris en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, le partage d'informations entre les membres de cette équipe n'est pas subordonné à l'absence d'opposition du patient.

*Avec l'aimable autorisation de l'entreprise Médicale*

# Comparaison des systèmes de soins Français et Anglais

Par le Docteur **Nathalie CACOUB-OBADIA**, *Conseillère Ordinal*

**Sous l'effet conjugué du vieillissement, des progrès des techniques médicales, et de l'élévation du niveau de vie, les dépenses de santé ont irrésistiblement progressé ces 40 dernières années en France, passant de 4,2% du PIB en 1960 à 8.7% en 2007.**

**Pour y faire face, les différentes politiques menées ont visé à limiter les déficits par le biais de mesures comptables, par une diminution des prestations offertes et une augmentation des recettes.**

**Or, la France dépense plus que ses partenaires européens pour des performances sanitaires semble-t-il assez proche. Ce constat nous conduit à nous intéresser à nos voisins d'outre-manche et à comparer nos deux systèmes.**

## 1. Le système anglais, dit « Beveridgien »

Depuis 1948, l'Angleterre a fait le choix d'un système national de santé centralisé, le National Health System (NHS).

La couverture médicale est universelle, gratuite, et uniforme, sur le seul critère de la résidence, et l'accès aux soins généralisé.

Son financement s'appuie sur l'impôt pour 80% de ses ressources, et sur des contributions d'assurance à hauteur de 12% de son budget global.

La répartition des dépenses de santé du NHS met en évidence une prépondérance des dépenses hospitalières et de longue durée (HCHS) à hauteur de 72%, et des dépenses de ville (FHS) pour 12%.

### 1.1. L'organisation de la profession en Grande-Bretagne

#### • Le General Medical Council

Le GMC est le régulateur de la profession médicale. Il a pour rôle la garantie du bon niveau de santé et de sécurité des assurés. Il est composé de 35 membres dont 19 médecins élus.

Tous les médecins exerçant en Grande-Bretagne, quelle que soit leur spécialité ou mode d'exercice doivent être inscrits au registre du GMC et obtenir une licence. Pour cela, il faut répondre à plusieurs conditions, posséder les différentes qualifications et certificats. Le GMC vérifie l'identité du postulant et valide les compétences au vu des documents originaux.

#### • La Royal Society

Fondée en 1660, elle est l'équivalent de

l'académie des Sciences et des belles lettres. Elle est composée de 1450 membres dont 75 prix Nobel.

Sa mission est de développer les connaissances dans le domaine des sciences des mathématiques de la médecine pour le bien de l'humanité. Elle publie annuellement ses résultats financiers et scientifiques.

Elle est dirigée par un manager élu entouré de 4 délégués en charge :

- des relations extérieures avec les membres des communautés scientifiques internationales
- des finances,
- de la biologie,
- de la physique.

### 1.2. La répartition des rôles

Les médecins généralistes constituent la pierre angulaire du système. Ils exercent majoritairement en ville. Ce sont les référents des patients qui sont inscrits auprès d'eux. Ils jouissent d'un statut original de « contractuel indépendant ». Leur rémunération est complexe et fonction du nombre de patients inscrits, et diverses enveloppes liées à des actions de santé publique, à la participation à divers services...

Les médecins spécialistes sont essentiellement hospitaliers et les patients y accèdent par le biais des généralistes (rôle de « gate keepers »).

L'offre hospitalière relève du statut de « NHS Trusts », structures indépendantes jouissant d'une autonomie dans leur organisation financière, leur organisation des services et la gestion des personnels. Les « NHS Trusts » font l'objet d'une évaluation régulière et précise de leurs performances financières et qualitatives.

### 1.3 Les deux grandes réformes

La première grande réforme du système est intervenue sous le gouvernement Thatcher).

Elle a introduit des marchés internes en distinguant :

- les acheteurs de soins (les Health Authorities sur une aire géographique de 500 000 personnes environ) et les GP fundholder, médecins généralistes et gestionnaires de fonds,
- les producteurs de soins, les hôpitaux (NHS Trusts), et les médecins généralistes (GP).

Les acheteurs bénéficient d'une enveloppe budgétaire pour l'achat des soins secondaires auprès des « NHS Trusts ».

Par ailleurs, cette réforme a permis une redistribution des pouvoirs en spécialistes et généralistes, a fait baisser les délais d'attente et réintroduit une certaine liberté de choix du généraliste.

La seconde réforme, a été menée sous le gouvernement Blair.

Elle a privilégié une refonte structurelle du régime de santé qui souffrait d'un sous investissement chronique et d'une trop grande centralisation. Le gouvernement s'est engagé à faire progresser les dépenses de santé au niveau de la moyenne européenne en contrepartie du NHS plan (plus de 400 objectifs à atteindre en 10 ans).

Elle a instauré un transfert de compétences du ministère de la santé vers la NHS dont le rôle est l'organisation et la régulation de l'offre de soins.

Le « NHS Executive » a pour fonction la définition et le suivi des politiques nationales de santé, la politique de recherche, et l'at-



tribution des financements du système de santé.

Les GP fundholders sont supprimés.

Les Primary Care Trusts (PCT) incluant professionnels de santé et patients sont responsables de l'organisation des soins primaires et de l'achat hospitalier (urgences, psychiatrie et long séjour). Ces structures

constituent les échelons locaux du NHS.

Ils assurent la coordination entre les prises en charge médicales et sociales de la population, elles assument 75% du budget du NHS.

Les health authorities sont remplacées par des Strategic Health Authorities (SHA) indépendantes du ministère. Ces dernières sont

responsables devant l'échelon national du NHS des résultats en matière d'état sanitaire de la population.

Toutes les structures du NHS sont responsables d'une amélioration continue de la qualité de leur service à l'égard des patients.

## 2. Comparaison des 2 systèmes

	SYSTEME FRANCAIS	SYSTEME ANGLAIS
Nature du système	Type Bismarckien	Beveridgien
Principe fondateur	Droit à la protection sociale (Constitution de 1946)	3 U : universalité, unité, uniformité
Obligation	Tous	Tous
Gestionnaires	Partenaires sociaux	Etat (NHS service centralisé public)
Bénéficiaires	Les actifs- Les retraités – Les CMU - AME	Tout citoyen et résident étranger en situation régulière
Financement	Cotisations + impôts (CSG)	Impôts
Acteurs	Médecine libérale à l'acte, indépendante, et médecine salariée indépendante	Médecine de ville et hospitalière, avec rémunération par capitation, par l'administration sanitaire du district
Effectifs employés	158 000 agents	1,7 millions
Budget (2008-2009)	157 milliards €	91 milliards £

## 3. Evolutions et réformes en cours

Le système français a beaucoup évolué ces dernières années, engendrant de nombreux mécontentements. La grande difficulté est de sauvegarder le régime en préservant ses principes fondamentaux, l'égalité des soins, la qualité et la solidarité.

Différentes mesures ont été mises en place : le parcours de soins, le médecin traitant, une politique du médicament (génériques), la contribution forfaitaire de 1 euro, la franchise de 50 euro, le contrôle des AT....les tentatives de mises en place du DMP.

Enfin la dernière grande réforme est la loi HPST. Très contestée, elle va probablement profondément modifier notre système.

Outre Manche, David Cameron a annoncé vouloir décentraliser le système de santé. Il entendrait remplacer les « NHS Trusts » et les SHA par 500 consortiums constitués de représentants de médecins généralistes. Ces derniers seraient alors responsables de la gestion de 75% du budget du NHS (110 milliards de livres). Le gouvernement estime en effet que les médecins sont les mieux placés pour estimer les besoins de santé et gérer le budget. Les patients seraient encouragés à choisir les meilleurs médecins hospitaliers et les meilleurs établissements. Le gouver-

nement souhaitait aussi instituer un conseil indépendant secondé d'un régulateur, qui allouerait les ressources et déterminerait les bonnes pratiques, et agréerait les prestataires publics et privés.

Enfin, le gouvernement entendrait attribuer davantage d'autonomie aux hôpitaux.

Cette réforme aurait annoncé de fait une dénationalisation du NHS. D'ici 2014, l'objectif était une économie de 20 milliards de livres, au prix d'une réorganisation et du sacrifice de milliers d'emplois.

Mais certains médecins ne veulent pas se retrouver dans la position de consciemment refuser de prescrire un médicament, ou de réduire la durée des visites, pour des raisons budgétaires. Selon eux, gérer le budget et soigner les patients est un conflit d'intérêts permanent.

Quant à l'ouverture à la concurrence du secteur privé, elle existe partiellement depuis les années Blair. Mais le personnel du NHS craint en particulier que le secteur privé ne s'occupe que des cas les plus simples, où un bénéfice peut être dégagé, laissant au secteur public les patients le plus compliqués.

David Cameron vient donc finalement de reculer. Les médecins qui ne seront pas "prêts" d'ici 2014 pourront continuer à repousser l'échéance. Autrement dit, cette partie de

la réforme dépendra du succès qu'elle aura auprès des médecins. Mais la vraie concession concerne l'ouverture à la concurrence. Le principal rôle du régulateur médical ne sera plus de renforcer la concurrence, mais d'améliorer le choix des patients.

En conclusion notre système reste très différent du système britannique, tant dans son fonctionnement que dans son mode de financement, et ceci en dépit de velleités de rapprochement comme par exemple la mise en place du parcours de soins.

### Sources

*Régulation, économie et politique de santé : EGS 218-21 - Professeur Jean de Kervasdoué - Charles Mchaik, Eddine Séridi, Carole Halbutie - CNAM Juin 2007*

*Economie de la santé - Dr F. BINDER-FOUCART*

*Le système de santé en Angleterre - Actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire - Rapport présenté par Mme Carine CHEVRIER-FATOME avec le concours de Mme Christine DANIEL Membres de l'Inspection générale des affaires sociales*

*La Tribune : ce à quoi les britanniques ont échappé - 14/06/2*



## A lire sans modération



Depuis le 26 septembre 1945, l'Ordre des médecins édicte les règles déontologiques et les dispositions législatives concernant l'exercice professionnel du médecin. C'est au travers de son action que les grands principes de l'éthique médicale ont été préservés : primauté de la personne, respect de la vie humaine, dignité et droits des patients, indépendance professionnelle du corps médical. Le médecin est responsable de ses actes du fait de la mission qui lui est confiée par la société. Si le respect rigoureux de ces dispositions déontologiques demeure la condition indispensable à l'établissement d'une relation de confiance du patient à l'égard de son médecin, il faut néanmoins adapter l'exercice de la médecine aux avancées de la science et aux changements de notre société.

L'auteur, le docteur Jean Pouillard, ancien vice-président du Conseil National de l'Ordre des médecins, a été médecin attaché consultant des hôpitaux et a exercé la médecine générale pendant 38 ans. Il est membre de la Société française d'histoire de la médecine.

*Préface du doyen Jacques Roland Introduction du Dr Michel Legmann, président de l'Ordre des médecins Conclusion du Pr Jean Langlois.*

Le Professeur FABIANI, Chirurgien cardio-vasculaire renommé, a trouvé le temps de nous charmer en racontant, au travers d'anecdotes et d'histoires insolites et souvent étonnantes, la naissance du Serment d'Hippocrate, la pression du postérieur de Louis XIV, la découverte du vaccin antivariolique, l'évolution de l'anesthésie. Un livre de petites histoires qui ont révolutionné la médecine.

**Devant le succès des dernières réunions de formation que nous avons organisées, nous avons décidé de continuer sur cette lancée.**

Par conséquent, nous vous invitons à notre **troisième matinée de formation et de discussion** autour de la rédaction des certificats, du secret médical et des relations Médecin/Police/Justice :

**Le Samedi 22 octobre 2011 de 9h00 à 12h00**

au siège de votre conseil

105 boulevard Pereire 75017 PARIS

Pour vous inscrire : [viry.audrey@75.medecin.fr](mailto:viry.audrey@75.medecin.fr)

**Conseil Départemental de L'Ordre des Médecins de Paris**

105, boulevard Pereire - 75017 PARIS (métro : Pereire)

Tél. 01 44 43 47 00 - Fax 01 47 20 57 40

[www.conseil75.ordre.medecin.fr](http://www.conseil75.ordre.medecin.fr)

E-mail : [paris@75.medecin.fr](mailto:paris@75.medecin.fr)

**Votre Conseil est ouvert de 9h00 à 17h00 (16h30, le vendredi)**

Bulletin du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Ville de Paris.  
Directeur de la Publication : Dr Irène KAHN-BENSAUDE - Rédacteur en Chef : Pr Roland PARC - Comité de Rédaction : Dr Jean-Luc THOMAS  
Membres de la Commission : Dr KAHN-BENSAUDE, Pr PARC, Dr BOILLOT, Dr CACQUB-OBADIA, Dr ENSAULT, Dr GAUTIER, Dr LAMY,  
Pr LIENHART, Dr OLIVERES-GHOUTI, Dr RÖTNEMER, Dr THOMAS  
Réalisation et impression : Concordances, Parc d'activités « Les Autrans » 575 rue de la Bergeresse 45160 OLIVET