



---

**Médecin Inspecteur de santé publique**

Promotion : **2012 - 2013**

Date du Jury : **Septembre 2013**

---

**Place et intérêt de l'inspection  
contrôle dans les cabinets libéraux de  
médecins**

---

**Pierre Buttet**

---

# Remerciements

---

A toutes les personnes qui m'ont reçu en entretien,

A tous les professionnels qui ont participé à l'entretien collectif,

Au Dr Marie-Paule Cuenot et au Dr Christian Merle, mes maîtres de stage,

A l'équipe enseignante de l'EHESP.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Définitions, contexte et présentation de la problématique.....</b>	<b>3</b>
1.1 <i>Définitions de l'inspection et du contrôle.....</i>	3
1.2 <i>Contexte.....</i>	3
1.2.1 <i>La légitimité de l'ARS pour l'inspection contrôle des cabinets libéraux des médecins.....</i>	3
1.2.2 <i>Quels contrôles auprès des médecins libéraux ? .....</i>	4
1.3 <i>Présentation de la problématique.....</i>	6
1.4 <i>Le cadre général d'exercice professionnel en cabinet de médecine libérale.....</i>	7
<b>2 Méthodologie de l'enquête .....</b>	<b>9</b>
2.1 <i>Recherche bibliographique et documentaire .....</i>	9
2.2 <i>Entretiens individuels semi-directifs.....</i>	10
2.3 <i>Entretien collectif.....</i>	12
<b>3 Résultats : faisabilité, opportunité, intérêt .....</b>	<b>13</b>
3.1 <i>La faisabilité de la démarche d'inspection .....</i>	13
3.1.1 <i>Une faisabilité démontrée par les inspections faites, avec des réserves ....</i>	13
3.1.2 <i>Un périmètre d'inspection en cabinet libéral aux limites fluctuantes .....</i>	17
3.1.3 <i>Une équipe d'inspection nécessairement restreinte .....</i>	20
3.1.4 <i>Plusieurs modalités possibles de l'inspection .....</i>	21
3.2 <i>L'opportunité de la démarche d'inspection .....</i>	22
3.2.1 <i>Les opportunités liées aux réclamations.....</i>	22
3.2.2 <i>Les opportunités en dehors des réclamations .....</i>	22

3.3	<i>L'intérêt de la démarche d'inspection</i> .....	24
3.3.1	Un intérêt lié aux mesures et aux sanctions secondaires.....	24
3.3.2	Un intérêt pédagogique limité .....	25
3.3.3	Privilégier une démarche d'accompagnement pour améliorer la qualité des pratiques.....	26
<b>4</b>	<b>Analyse réflexive</b> .....	<b>27</b>
4.1	<i>Pertinence de la commande</i> .....	27
4.2	<i>Difficultés rencontrées</i> .....	28
4.3	<i>Compétences mobilisées</i> .....	29
	<b>Conclusion</b> .....	<b>31</b>
	<b>Bibliographie</b> .....	<b>33</b>
	<b>Liste des annexes</b> .....	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ARS	Agence régionale de santé
CISS	Collectif inter associatif sur la santé
DASRI	Déchets d'activités liés aux soins à risques infectieux
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
EHESP	Ecole des hautes études en santé publique
IASS	Inspecteur de l'action sanitaire et sociale
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
MISP	Médecin inspecteur de santé publique
PACA	Provence Alpes Côtes d'Azur
PHISP	Pharmacien inspecteur de santé publique
URPS	Union régionale des professionnels de santé

## Introduction

Le contrôle des politiques de santé publique et la réalisation de missions d'inspections figurent parmi les missions des médecins inspecteurs de santé publique (MISP)<sup>1</sup>. En Agence régionale de santé (ARS), les MISP participent à des missions d'inspection contrôle dans des établissements de santé, des établissements médico-sociaux et des services de santé relevant du périmètre régional de l'agence.

Devant veiller à la « qualité et à la sécurité des actes médicaux »<sup>2</sup>, l'ARS est légitime pour effectuer des missions d'inspection dans les cabinets de professionnels de santé libéraux de sa région. Pourtant, l'ARS en réalise peu actuellement.

La mission proposée par mon maître de stage était d'explorer la place et l'intérêt de l'inspection contrôle auprès de professionnels de santé. Ce projet était envisagé par la Mission régionale d'inspection et de contrôle sur mon lieu de stage au sein de la Direction de la stratégie de l'ARS Île-de-France. La réalisation d'un tel projet pouvait donc enrichir son programme de travail 2013.

Le nombre important et la diversité de professionnels de santé ayant un exercice libéral auraient à eux seuls justifié de questionner cette problématique sur l'ensemble des professionnels de santé. Cependant, nous avons retenu de délimiter le sujet aux cabinets libéraux des médecins pour deux raisons. La première raison est une prise en compte d'une contrainte de temps imparti sur ce projet de mémoire professionnel qui s'insérait dans mon calendrier de stage. La seconde raison est que, bien que les médecins libéraux ne représentent qu'une partie des professionnels de santé, leur exercice professionnel se situe très largement dans le cadre d'un cabinet.

L'énoncé de ce sujet a provoqué des réactions très diverses : de l'incompréhension à l'enthousiasme, entre ignorances et convictions du bien-fondé de ce type d'inspections. Ces premières réactions reflétaient un besoin de clarification. Le souhait de faire un travail utile a alors renforcé mon intérêt personnel pour ce sujet dont j'étais pourtant très éloigné au départ du projet.

---

<sup>1</sup> Article R1421-14 du Code de santé publique.

<sup>2</sup> Article L1431-1 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST.

Dans le premier chapitre, j'exposerai les éléments de contexte du sujet et la rédaction d'un document « *Cadre général d'exercice en cabinet de médecine libérale* » utilisé dans ce travail. Je définirai la problématique du travail d'enquête.

Dans le chapitre suivant, j'exposerai la méthodologie retenue pour ce projet que j'ai choisi d'investiguer en Île-de-France, recueillant néanmoins des éclairages au niveau de deux autres régions et au niveau national.

Le troisième chapitre donnera lieu à la présentation des résultats obtenus, selon les trois axes d'analyse retenus pour décrire la place et l'intérêt de l'inspection dans ce champ particulier.

Enfin, l'analyse réflexive propre à ce travail de mémoire sera conduite dans le quatrième chapitre.

# 1 Définitions, contexte et présentation de la problématique

## 1.1 Définitions de l'inspection et du contrôle

Les termes d'inspection et de contrôle sont parfois utilisés par les institutions ou les personnes pour évoquer des activités sans délimitation précise, comprenant parfois des interventions d'audit ou d'enquête. Ce que la terminologie recouvre mérite donc d'être précisé dans les définitions suivantes auxquelles se réfère ce travail.

Dans les définitions apportées par l'IGAS<sup>3</sup>, le *contrôle* englobe le contrôle sur pièces et le contrôle sur site. Il «  *vise à s'assurer qu'un service, un établissement ou un organisme se trouve dans une situation conforme à l'ensemble des normes qui constituent le référentiel d'organisation et de fonctionnement qui correspond à son statut* ». Le *contrôle* vérifie le respect de la législation et de la réglementation. Il vérifie aussi l'application de règles qui, sans avoir de force obligatoire, ont été édictées par des autorités supérieures et ont alors valeur de norme opposable.

L'*inspection*, quant à elle, est un «  *contrôle spécifique, diligenté lorsqu'il existe des signes ou indications qu'un programme ou une activité est mal géré ou que les ressources ne sont pas utilisées de façon rationnelle* ».

## 1.2 Contexte

### 1.2.1 La légitimité de l'ARS pour l'inspection contrôle des cabinets libéraux des médecins

La mission d'inspection contrôle est une des missions fixées aux ARS<sup>4</sup> sur un périmètre large qui inclut les établissements de santé, les services de santé et les établissements médico-sociaux : «  *Elles veillent à la qualité et à la sécurité des actes médicaux, de la dispensation et de l'utilisation des produits de santé ainsi que des prises en charge et accompagnements médico-sociaux et elles procèdent à des contrôles à cette fin ; elles contribuent, avec les services de l'Etat compétents et les collectivités territoriales*

---

<sup>3</sup> IGAS, avril 2012,  *Guide des bonnes pratiques d'inspection et de contrôle pour les réseaux territoriaux de santé et de cohésion sociale*, rapport provisoire, p 11.

<sup>4</sup> Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, article L1431-1.



*concernées, à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance dans les établissements et services de santé et médico-sociaux ».*

Tout ce qui se rapporte à la santé publique entre dans le champ du contrôle. Ceci inclut le contrôle des professionnels à ordre<sup>5</sup> et sans ordre exerçant une activité libérale, notamment les médecins pour ce qui nous concerne dans ce travail.

Cette mission d'inspection contrôle est menée par des fonctionnaires ou des agents désignés par le directeur général de l'ARS<sup>6</sup> : « *L'exécution des lois et règlements qui se rapportent à la santé publique est contrôlée, à l'intérieur des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, par les agents mentionnés aux articles L.1421-1 et L.1435-7 et les membres de l'inspection générale des affaires sociales* »<sup>7</sup>.

Les MISP font partie des inspecteurs et contrôleurs statutaires<sup>8</sup>. En qualité de médecin, ils ont accès à toutes les données médicales individuelles nécessaires à leur mission dans le respect du secret professionnel<sup>9</sup>. Au cours d'activités d'inspection, leurs compétences techniques particulières et la connaissance de leur profession facilitent souvent les entretiens avec leurs pairs médecins.

### **1.2.2 Quels contrôles auprès des médecins libéraux ?**

L'inspection contrôle de l'ARS se consacre prioritairement aux établissements de santé (2800 concernés<sup>10</sup>) et aux établissements médico-sociaux (17 342 concernés<sup>10</sup>). Elle se consacre plus rarement aux cabinets des professionnels de santé libéraux, dont les médecins représentent une partie. Aucune orientation nationale dans ce sens ne figure d'ailleurs parmi les onze orientations retenues par la commission nationale de programmation des contrôles au titre de l'année 2013<sup>10</sup>.

Les médecins libéraux ont pourtant une place particulière dans le parcours de soins du patient. En France, sur 216 771 médecins, 132 731 (soit 61%) ont une activité libérale<sup>11</sup>. Parmi eux, on décompte 71 431 médecins généralistes (54%) et 61 300 médecins spécialistes (46%).

---

<sup>5</sup> Chirurgiens-dentistes, infirmiers, médecins, pharmaciens, sage femmes.

<sup>6</sup> Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, articles R 1435-10 à R1435-15, insérés par le décret n°2011-70 du 19 janvier 2011

<sup>7</sup> Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, article 19

<sup>8</sup> Article L1421-1 du Code de santé publique

<sup>9</sup> Article L226-13 du Code pénal

<sup>10</sup> Commission nationale de programmation des contrôles du 26 octobre 2012.

<sup>11</sup> Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, *STATISS 2012 Les régions françaises*.

Historiquement, la profession médicale s'est construite sur un pouvoir professionnel dont l'autonomie professionnelle est un aspect. En 1927, les syndicats médicaux adoptent une charte de la médecine libérale réunissant sept principes, dont le principe de « *contrôle des malades par la caisse, des médecins par le syndicat et la commission médicale d'arbitrage* »<sup>12</sup>. En 1940, cet autocontrôle est traduit dans la mise en place de l'Ordre des médecins français, instance de représentation professionnelle composée de médecins et chargée de l'observation et du suivi de l'activité des pairs.

Depuis les années 1980, la priorité accordée par les pouvoirs publics à la maîtrise des dépenses de santé a introduit des critères d'évaluation économique des actes médicaux et a conduit à une *économisation*<sup>13</sup> de la pratique médicale. Les Caisses d'Assurance Maladie ont progressivement mis en place leurs instruments de contrôle pour surveiller l'activité des médecins avec le codage des actes et l'informatisation, renforçant ainsi le contrôle externe<sup>14</sup> des pratiques médicales. Aujourd'hui, un médecin lié par convention à la Caisse d'Assurance Maladie peut recevoir une sanction administrative s'il ne respecte pas les clauses conventionnelles. D'autres sanctions existent dans le cadre du contentieux du contrôle technique<sup>15</sup>, qui peut être mis en œuvre par les organismes de sécurité sociale, les syndicats de médecins ou l'administration sociale (DRASS, puis ARS). Il s'agit alors de sanctions pour « *fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession à l'occasion de soins dispensés aux assurés sociaux* ». Ces sanctions sont prises par des juridictions spécialisées au sein de l'Ordre des médecins<sup>16</sup>.

---

<sup>12</sup> PALIER B., 2012, p. 16.

<sup>13</sup> HASSENTEUFEL P., avril 1999, p.55.

<sup>14</sup> Charte du contrôle de l'activité des professionnels de santé par l'Assurance Maladie, version 16/03/2012.

<sup>15</sup> CHAUCHARD J.P., janvier mars 2005.

<sup>16</sup> Article L145-1 Code de sécurité sociale

### 1.3 Présentation de la problématique

Les inspecteurs et médecins inspecteurs sont souvent partagés quant à la place et l'intérêt d'une inspection contrôle de l'ARS dans les cabinets libéraux des médecins.

Malgré le rôle essentiel des médecins libéraux dans la prise en charge des patients, un faible nombre d'activités d'inspection contrôle les concernant est rapporté à ce jour. A titre d'exemple, en Île-de-France, avec une population professionnelle de 25 546 médecins libéraux en 2012, seules trois inspections ayant pour site un cabinet médical libéral ont été réalisées par l'ARS Île-de-France depuis début 2011 à ce jour.

Quelles peuvent être, pour une ARS, la place et l'intérêt d'une démarche d'inspection contrôle dans les cabinets libéraux des médecins?

Il s'agit, pour répondre à cette question, d'explorer et de décrire les principaux aspects d'une telle démarche d'inspection : sa faisabilité, son opportunité et enfin son intérêt parmi les démarches possibles de l'ARS.

#### 1) La faisabilité de la démarche d'inspection

Quel est l'environnement réglementaire et législatif sur lequel peut s'appuyer une mission d'inspection dans ce cadre professionnel ? Y a-t-il des éléments de ce cadre professionnel particulier à prendre en compte, par exemple les limites entre lieu d'exercice et domicile privé, la présence d'une patientèle ou d'activités de consultations durant l'intervention sur site, etc. ?

Quels facteurs peuvent en favoriser le déroulement ? Quels facteurs peuvent, à l'inverse, en limiter le déroulement ? Quelle composition d'équipe d'inspection envisager ? Celle-ci serait-elle plutôt mono professionnelle ou plutôt pluri professionnelle ?

#### 2) L'opportunité de la démarche d'inspection

A quel moment est-il opportun de réaliser une inspection dans ce cadre professionnel ? Le temps de l'inspection est-il lié à la vie professionnelle du médecin en exercice libéral ? Ce temps se situe-t-il par rapport au parcours du patient ? Dans quelle mesure est-il lié au temps de l'ARS, voire d'autres acteurs ? S'agira-t-il d'une inspection programmée ou d'une inspection non programmée ? D'une inspection annoncée ou d'une inspection inopinée ?

### 3) L'intérêt de la démarche d'inspection

A quels besoins peut répondre une démarche d'inspection contrôle dans les cabinets libéraux des médecins ? Existe-t-il un croisement entre les besoins d'inspection contrôle et les réclamations ou signalements faits auprès de l'ARS ? Avec une cartographie des risques ? Que peut apporter ce type d'inspection au pilotage de l'organisation des soins par l'ARS ?

Ces trois aspects de la démarche d'inspection concourent à définir la place de l'inspection contrôle parmi les outils de l'ARS et au regard des différents acteurs en lien avec celle-ci dans ce champ : usagers, Ordre des médecins, Assurance maladie, etc.

## **1.4 Le cadre général d'exercice professionnel en cabinet de médecine libérale**

Toute inspection s'appuie sur des techniques et des outils en fonction de la problématique à laquelle elle s'adresse. Les techniques d'investigations (la triangulation du « *lu, vu et entendu* »), d'analyse et de traitement de données, de communication, de synthèse et de rédaction administrative s'avèrent souvent transversales aux différents types d'inspection. Les outils, quant à eux, sont souvent propres au champ dans lequel se déroule l'inspection. Il s'agit d'outils méthodologiquement validés (guides de contrôle, référentiels, grille type de recueil de données ou d'entretien, etc.) ou encore de bases documentaires (référentiels de bonnes pratiques, référentiels techniques, etc.).

Il n'existe pas à ce jour d'outil spécifique à l'exercice professionnel en cabinet de médecine libérale.

L'exercice professionnel en cabinet de médecine libérale s'inscrit cependant dans un cadre défini réglementairement pour lequel existent des recommandations professionnelles ou des usages reconnus. Ce cadre d'exercice professionnel est important puisque les techniques d'analyse et de traitement de données d'une inspection peuvent s'y référer.

Un document « *Cadre général d'exercice en cabinet de médecine libérale* »<sup>17</sup> a été rédigé pour ce travail. Ce document reprend les règles d'exercice en cabinet de médecine libérale en les regroupant en sept thématiques :

---

<sup>17</sup> cf. annexe 1

- 1) Les règles générales d'exercice médical : responsabilité médicale, responsabilité personnelle, dans les limites du diplôme, obligation d'assurance, vaccination du professionnel de santé et du personnel, information du patient, généralités d'installation ;
- 2) Les règles de sécurité des locaux : sécurité générale, sécurité incendie, risque amiante ;
- 3) Les règles d'accueil du patient au cabinet : accès extérieur, accueil, salle d'attente, sanitaires ;
- 4) Les règles concernant la salle de consultation : agencement, mobilier, dossiers médicaux, sécurité des transmissions, hygiène de la salle de soins ;
- 5) Les règles concernant le matériel : matériel médical, matériel de stérilisation, matériel de conservation, détention de médicaments ;
- 6) Les règles d'hygiène générale : entretien des locaux, gestion des déchets de soins ;
- 7) Les règles d'accessibilité aux personnes en situation de handicap.

Concernant chacune de ces sept thématiques, l'analyse des références et des normes recueillies a permis de lister un certain nombre d' « attendus ». Ces « attendus » sont des éléments dont la présence – ou l'absence – serait susceptible d'être observée.

Pour chaque « attendu », le document rapporte explicitement les références réglementaires et/ou les normes en application dans un tableau.

Le tableau rédigé a ensuite été utilisé dans une des phases de notre investigation, l'entretien collectif.

## 2 Méthodologie de l'enquête

Dans ce chapitre, j'exposerai la méthodologie d'enquête mise en œuvre en fonction de la problématique exposée précédemment.

Certains échanges informels ont nourri une première approche du sujet, notamment avec :

- des membres de la Mission régionale d'inspection contrôle de l'ARS Île-de-France,
- des pharmaciens inspecteurs de santé publique de l'ARS Île-de-France, concernant des aspects d'inspection en officine et des aspects réglementaires liés aux médicaments.

### 2.1 Recherche bibliographique et documentaire

Une recherche bibliographique sur le fond documentaire de l'EHESP et les bases documentaires habituelles (Medline, Bdsp) a confirmé le peu de publications sur le thème de l'inspection en cabinet de médecine libérale, reflétant le peu d'activités dans ce champ. Des documents ont néanmoins pu être rassemblés à partir de mots clés « hygiène », « risque infectieux », « cabinet médical », « médecine libérale ».

Par ailleurs, deux types de sources d'information supplémentaires ont été utilisés :

- 1) une source orale :
  - o une communication sur le risque infectieux hors établissement de santé lors d'une session de formation d'agents de l'ARS Île-de-France<sup>18</sup>.
- 2) des sources écrites :
  - o des documents concernant l'exercice de médecine libérale rassemblés sur la base de données partagée par les inspecteurs de l'ARS Île-de-France, disponible par Intranet sur mon terrain de stage ;
  - o les articles du Code de santé publique relatifs à l'exercice de la médecine libérale, ainsi que des articles provenant d'autres codes législatifs pouvant s'appliquer ;
  - o les lettres de mission et les rapports d'inspections réalisées depuis la création de l'ARS Île-de-France dans des cabinets de médecins libéraux.

Le document « *Cadre général d'exercice en cabinet de médecine libérale* »<sup>19</sup> a été rédigé en s'appuyant sur les sources écrites identifiées.

---

<sup>18</sup> RENARD-DUBOIS S., février 2013.

<sup>19</sup> cf. annexe 1

## 2.2 Entretiens individuels semi-directifs

Une série de treize entretiens individuels semi-directifs a été réalisée. Les entretiens se sont adressés à deux types d'acteurs :

- 1) Des acteurs impliqués directement dans une inspection sur site réalisée en cabinet libéral de médecins en Île-de-France depuis la création de l'ARS en 2010 jusqu'à ce jour :
  - Deux MISP en charge d'une des trois inspections réalisées en Île-de-France en 2011 et 2012 ;
  - Deux médecins dans les cabinets libéraux desquels ont eu lieu deux des inspections mentionnées. Considérant la non clôture d'une procédure pénale à l'encontre du troisième médecin dont le cabinet avait été inspecté, le choix a été fait de ne pas procéder à un entretien susceptible d'interférer avec le déroulement de cette procédure.
  
- 2) Des acteurs n'ayant pas été impliqués directement dans une inspection sur site réalisée en cabinet libéral de médecins en Île-de-France depuis la création de l'ARS en 2010 jusqu'à ce jour :
  - Des acteurs susceptibles d'être impliqués dans une inspection en cabinet libéral de médecins à l'ARS Île-de-France : responsable du service de gestion des réclamations, chargé des relations avec les professionnels de santé au pôle ambulatoire ;
  - Des acteurs institutionnels en lien avec ce thème en Île-de-France : représentants de l'Ordre départemental des médecins, de la Direction régionale du service médical de l'Assurance Maladie, de l'URPS médecins Île-de-France ;
  - Un représentant des usagers du CISS Île-de-France ;
  - Des acteurs de l'inspection contrôle à l'IGAS et dans deux autres régions françaises : responsables de Missions régionales d'inspection contrôle en ARS PACA et en ARS Pays de la Loire.

Un guide d'entretien semi-directif a été réalisé<sup>20</sup>. Il permettait de questionner les trois aspects définis dans la problématique : la faisabilité, l'opportunité et l'intérêt de l'inspection contrôle dans les cabinets libéraux des médecins.

---

<sup>20</sup>cf. annexe 2

Lors de la prise de contact auprès de membres d'institutions, dont les ARS, je me suis présenté comme MISP en stage à l'ARS. Lors de la prise de contact auprès des médecins dont les cabinets avaient été inspectés par l'ARS, je me suis présenté comme MISP en formation à l'EHESP.

Les entretiens semi-directifs se sont déroulés en face à face, à l'exception d'un entretien téléphonique. Il a été précisé que l'ensemble des propos rapportés seraient anonymes. De plus, il a été rappelé aux médecins dont les cabinets avaient été inspectés que leurs identités n'apparaîtraient pas dans ce travail. Les entretiens ont eu une durée moyenne de soixante-dix minutes.

La partie « faisabilité » du guide d'entretien a été plus explorée avec les MISP ayant réalisé des inspections dans les cabinets libéraux de médecins, notamment en objectivant les écarts entre activités prévues et activités réalisées. Bien sûr, ce relevé d'activités prévues et réalisées n'a pas pu être questionné chez les personnes n'ayant pas réalisé ce type d'inspection. L'entretien s'est alors concentré sur leur avis et leur vision de cette faisabilité.

Les entretiens ont donné lieu à des prises de notes ainsi qu'à un enregistrement suivi d'un relevé exhaustif des propos pour une dizaine d'entre eux. Seul un médecin dont le cabinet avait été inspecté a refusé l'enregistrement phonique de ses propos.

L'analyse des entretiens a ensuite été transversale, en reprenant les éléments sur une grille d'analyse selon les trois axes définis : faisabilité, opportunité et intérêt.



## 2.3 Entretien collectif

Le faible nombre d'inspections réalisées dans des cabinets libéraux de médecins en Île-de-France incitait à compléter l'analyse de notre sujet par un recueil de l'avis des inspecteurs de l'ARS Île-de-France.

S'insérant dans le calendrier de réunions établi par la Mission régionale d'inspection et contrôle de l'ARS Île-de-France, les inspecteurs et médecins inspecteurs de l'ARS Île-de-France ont été invités dès le 25 avril 2013 à une réunion d'une durée de 2h30 le 11 juin 2013<sup>21</sup>. L'invitation décrivait l'objectif de la réunion. Il s'agissait de discuter la faisabilité, l'opportunité et l'intérêt d'une démarche d'inspection contrôle dans un cabinet libéral de médecin. Il était précisé que cette discussion s'appuierait sur le cadre d'exercice en cabinet de médecine libérale.

Cette réunion a rassemblé seize participants<sup>22</sup>, médecins et inspecteurs de l'ARS Île-de-France, d'implications très diverses dans des activités d'inspection.

Pour guider la discussion, favoriser et recueillir la parole de ce groupe, l'animation de cette réunion s'est appuyée sur des documents projetés et remis à chaque participant :

- un court diaporama introductif, destiné à rappeler le contexte et l'objectif de la réunion,
- le tableau décrivant le cadre d'exercice professionnel en cabinet libéral de médecin évoqué précédemment<sup>23</sup>.

La discussion a été dirigée principalement sur l'axe de la faisabilité, en incitant les participants à commenter les différentes dimensions du cadre d'exercice. Les deux autres axes – opportunité et intérêt – ont été évoqués à de nombreuses reprises sur cette trame de la discussion.

Un enregistrement des échanges a permis ensuite le relevé de l'ensemble des éléments pouvant enrichir le travail d'analyse transversal exposé précédemment.

---

<sup>21</sup>cf. annexe 4

<sup>22</sup>cf. annexe 5

<sup>23</sup>cf. annexe 1

### **3 Résultats : faisabilité, opportunité, intérêt**

Pour répondre à la problématique, nous synthétiserons les résultats obtenus lors des entretiens individuels et de l'entretien collectif selon nos trois axes d'analyse : la faisabilité, l'opportunité et enfin l'intérêt des inspections en cabinet libéral de médecin.

Concernant l'axe de la faisabilité, nous exposerons d'abord les éléments issus des expériences vécues lors d'une des trois inspections réalisées en Île-de-France, en nous appuyant sur une mesure des écarts entre activités prévues et activités réalisées.

Nous reprendrons ensuite les éléments proposés par l'ensemble des acteurs concernant les trois axes d'analyse.

#### **3.1 La faisabilité de la démarche d'inspection**

##### **3.1.1 Une faisabilité démontrée par les inspections faites, avec des réserves**

###### *A) Une décision d'inspection en lien avec les risques infectieux*

Les trois inspections réalisées en cabinet libéral étaient non programmées.

Deux inspections ont été motivées par des réclamations concernant des cabinets d'un médecin gynécologue et d'un médecin généraliste. Ces réclamations dénonçaient des conditions d'hygiène dans les deux cas, ainsi qu'un « manque d'intimité pour les patients » dans un cas.

Une inspection a été motivée par une sollicitation de l'échelon local du service médical de l'Assurance Maladie. Un nombre important d'actes d'amniocentèses et d'actes côtés en insémination artificielle était rapporté dans un cabinet de médecin gynécologue.

La décision d'inspection sur site a été prise au regard des risques infectieux évoqués. Une lettre de mission a été rédigée à chaque fois. Les lettres de mission ont mentionné l'élément déclencheur de l'inspection. Elles ont cité des éléments réglementaires généraux concernant la légitimité des membres de la mission et des éléments réglementaires en lien avec les motifs de l'inspection. Les motifs décrits étaient les

risques infectieux liés à l'hygiène ou à la désinfection du matériel dans les trois cas et le manque d'intimité pour les patients dans un cas.

*B) Un binôme dans la composition de l'équipe d'inspection*

L'équipe d'inspection était constituée exclusivement de :

- deux médecins de l'ARS (dont un MISP) dans deux cas
- deux professionnels de l'ARS (un MISP, un technicien sanitaire) accompagnés de deux médecins du Service médical de l'Assurance Maladie dans un troisième cas.

Les coordinateurs d'inspection rapportent une composition des équipes d'inspection opérante, avec la nécessité d'un binôme. Si la présence d'au moins un médecin est requise dans ce binôme, l'intervention d'un technicien sanitaire est apparue complémentaire.

*C) Un déroulement de l'inspection lié à la disponibilité du médecin*

Une seule inspection avait été prévue en inopiné. Se présentant en fin de matinée, les inspecteurs n'ont pas pu avoir accès aux locaux fermés. L'inspection sur site n'a pu être réalisée que cinquante jours plus tard, à une date fixée avec les disponibilités du médecin.

Dans deux cas, l'horaire de début a été convenu durant la pause méridienne du médecin, en dehors des consultations. Dans un cas, le rendez-vous annoncé par courrier de l'ARS au médecin avait été fixé un jour de consultation, à partir de 9h30. Aucune disposition particulière n'ayant été anticipée par le médecin, celui-ci a fait annuler le jour même les rendez-vous prévus dans les deux heures suivantes. Dans chaque cas, un temps prévisionnel de une à deux heures a été annoncé au médecin.

Lors de l'inspection, la disponibilité nécessaire du médecin sur site interrompt son activité de consultation. Le cadre horaire de la pause méridienne du médecin a limité cette perturbation et a favorisé le déroulement de l'inspection.

La limite entre le domicile privé et le cabinet de consultation a pu être cernée par les inspecteurs en demandant de voir tous les locaux du cabinet de consultation.

Aucun élément de la relation « inspecteur / inspecté » particulier à ce champ d'inspection n'a pu être identifié. Il peut être noté que les médecins « inspectés » interrogés ont perçu les médecins inspecteurs comme des « *professionnels de bureau, de ceux qui n'ont jamais vu un patient* », alors que chaque équipe d'inspection comprenait au moins un médecin ayant plus de dix ans de pratique libérale. Les références réglementaires des propos des médecins inspecteurs ont souligné des compétences « *administratives* » dont les médecins « inspectés » se sentaient alors dépourvus.

La procédure contradictoire et la rédaction du rapport d'inspection n'ont présenté aucune difficulté particulière au champ.

#### D) *Des suites de l'inspection liées en priorité aux risques infectieux*

Une inspection a été suivie d'une suspension d'activité d'une durée d'un mois. Une deuxième inspection a donné lieu à sept injonctions et neuf recommandations. Une troisième inspection a donné lieu à treize recommandations. La synthèse de l'ensemble de ces injonctions et recommandations peut distinguer trois groupes de notifications.

Un premier groupe concernait les règles sur le matériel utilisé : nettoyage et désinfection des instruments, du matériel, abandon de la stérilisation à chaleur sèche, élimination de médicaments et produits périmés, etc.

Un deuxième groupe concernait les règles d'hygiène générale et de la salle de soins : entretien quotidien des locaux, gestion des déchets de soins à risque infectieux, absence de protocole de nettoyage, aménagement de points d'eau dans les salles d'examen et les toilettes, utilisation d'essuie mains textile, présence de plantes vertes, surfaces non lessivables, etc.

Enfin, un dernier groupe concernait les règles d'accueil du patient et de la salle de consultation : mentions sur la plaque professionnelle, dossiers médicaux rangés sous clé, actualisation des dossiers, affichage des tarifs et respect de l'intimité, etc.

#### E) *Les réserves relatives à la réalisation des activités prévues*

Les activités prévues lors des visites sur site ont globalement été réalisées, confirmant la faisabilité de la mission. Certaines réserves peuvent néanmoins être portées à ce constat.

- 1) Lors de la visite conjointe ARS – Assurance Maladie, l'équipe d'inspection s'est scindée en deux. Les professionnels de l'Assurance Maladie ont introduit la mission puis se sont entretenus avec le médecin. Les professionnels de l'ARS ont

alors effectué une première visite des locaux puis, succédant aux professionnels de l'Assurance Maladie, se sont entretenus avec le médecin. Des éléments « prévus »<sup>24</sup> à propos de cotation d'actes avaient été exposés lors d'une réunion de préparation. Cependant, en dehors d'un bref échange à l'issue de la mission, les éléments « réalisés » par les professionnels de l'Assurance Maladie n'ont pas été communiqués à l'ARS. L'intervention des professionnels de l'Assurance Maladie n'a pas donné lieu à des éléments dans le rapport d'inspection. Il a donc été difficile d'estimer l'écart éventuel entre activités prévues et activités réalisées de cette partie de l'inspection.

- 2) Si les éléments prévus ont été réalisés, notamment en se rattachant à une grille construite à cette occasion, certains éléments imprévus ont pu être observés. En premier lieu, des entretiens avec les secrétaires ont pu fournir des informations, principalement sur la gestion des dossiers médicaux et l'hygiène générale.  
En second lieu, une équipe d'inspection, profitant d'un temps d'avance sur l'horaire de rendez-vous, s'est entretenue avec un pharmacien d'officine à proximité du cabinet à propos de sa perception de l'activité professionnelle du médecin. Ces éléments n'ont pas été consignés dans le rapport d'inspection.
- 3) Une inspection décidée par l'ARS en inopiné n'a été réalisée à l'intérieur du cabinet que cinquante jours plus tard, suivant la disponibilité du médecin. Les investigations « prévues » n'ont pu être « réalisées » que de façon différée. Des corrections - notées dans le rapport d'inspection - avaient été apportées à l'extérieur du cabinet (plaques professionnelles) entre les deux déplacements de l'ARS. Ces corrections apportées durant ce délai de cinquante jours ont-elles été isolées ? Il est possible que d'autres éléments - notamment parmi ceux ayant motivé le caractère inopiné envisagé au départ - aient été modifiés entretemps.

---

<sup>24</sup> La lettre de mission mentionne « *la mission sera accompagnée des Docteurs...et ... de l'échelon local du service médical de... pour l'exercice des missions relevant de leurs compétences* ».

### 3.1.2 Un périmètre d'inspection en cabinet libéral aux limites fluctuantes

#### A) *Un périmètre mal connu*

Bien que peu fréquentes, des inspections contrôle en cabinet libéral ont eu lieu avant la création de l'ARS. Cependant, du fait d'une moindre expérience dans les cabinets libéraux des médecins, le périmètre sur lequel porter une inspection reste mal connu des membres de l'ARS. Il n'existe pas de grille d'inspection commune pour les inspecteurs.

Ce périmètre d'inspection est souvent inconnu des personnes extérieures à l'ARS. Les médecins en exercice libéral semblent connaître imparfaitement les éléments réglementairement attendus dans un cabinet médical et à la base d'une telle grille.

#### B) *Un périmètre différent en fonction des pratiques du médecin*

Nous avons vu qu'un cadre général d'exercice en cabinet libéral de médecin peut être envisagé<sup>25</sup>. Cependant, ce cadre général ne s'applique pas systématiquement dans sa totalité à tous les médecins généralistes. Il ne peut donc être considéré comme le périmètre complet sur lequel peut porter une inspection.

Il n'existe pas non plus de conditions techniques de fonctionnement ou de matériel imposés à tous les cabinets médicaux libéraux, quelles que soient les pratiques médicales, qui constitueraient un périmètre par défaut pour tout cabinet. En effet, les conditions ou le matériel sont liées à l'activité du médecin : celui-ci doit disposer d'un certain type de conditions et d'un certain type de matériel pour une activité donnée, mais n'en dispose pas nécessairement s'il ne met pas en œuvre cette activité.

En dehors du médecin lui-même, son activité globale ne peut aujourd'hui être analysée et connue que par les services de l'Assurance maladie. Seules des données médicales anonymes décrivant l'activité du médecin – en aucun cas individuelles sur un patient<sup>26</sup> – permettent d'envisager les éléments attendus dans ce cadre d'exercice professionnel alors précisé. Cet élément souligne l'importance des échanges entre l'ARS et l'Assurance Maladie.

---

<sup>25</sup> cf. annexe 1

<sup>26</sup> Il convient d'être vigilant à la situation particulière d'auto prescription du médecin dont l'identité en tant que patient individuel ne saurait être dévoilée dans ce cadre.

C) *Quelles dimensions du périmètre est-il possible d'inspecter ?*

En absence de connaissance du périmètre particulier d'un médecin aux pratiques médicales définies, les dimensions du cadre d'exercice professionnel les plus fréquemment envisagées sont celles de l'hygiène et du risque infectieux. Ces dimensions, en lien avec un risque immédiat potentiellement grave pour la population, sont largement citées par les acteurs de l'ARS. Elles sont d'ailleurs présentes dans les trois inspections réalisées, l'une d'entre elles ayant été suivie d'une mesure de sauvegarde sous forme d'une suspension d'activité.

Il semble exister peu de conventions de gestion des déchets d'activité liés aux soins à risques infectieux (DASRI) dans les cabinets libéraux des médecins<sup>27</sup>. Cette dimension est souvent citée comme faisant partie des éléments pouvant être relevés<sup>28</sup>, parfois sans forte conviction quant à l'utilité de le faire.

L'accessibilité des locaux aux personnes en situation de handicap est une préoccupation partagée, celle-ci devant être effective pour tous les cabinets d'ici 2015.

Les autres dimensions de l'exercice professionnel ont été plus rarement abordées, parfois sous forme interrogative quant à leur faisabilité. Les normes apparaissent relativement mal connues des médecins libéraux. Leur acceptabilité par ces derniers est questionnée, entraînant un doute quant à la recevabilité de recommandations éventuelles issues d'un rapport d'inspection.

Bien que peu de réclamations concernant des médecins libéraux proviennent à l'ARS de la part d'usagers, ces derniers interrogent néanmoins la faisabilité d'inspecter de nombreuses dimensions : secret professionnel, respect de l'intimité, hygiène de la salle d'attente, affichage des horaires, sécurité, accessibilité notamment pour les personnes âgées, etc. La diversité de ces questionnements traduit la variété des attentes des usagers en termes d'amélioration de qualité en cabinet libéral, qui s'exprimera vraisemblablement lors de l'identification progressive de l'ARS comme interlocuteur d'une réclamation.

Les troubles du comportement ou les conduites addictives du médecin, pourtant souvent évoqués spontanément, s'avèrent difficiles à intégrer dans ce cadre de l'inspection qui

---

<sup>27</sup> BRUNOT A., THOMSON C., novembre-décembre 2010.

<sup>28</sup> L'élaboration par des ingénieurs sanitaires d'une grille d'inspection se rapportant uniquement aux DASRI en cabinet médical serait en cours dans l'ARS Pays de Loire.

apporte un constat à un moment précis. Ces troubles semblent relever d'interventions du Conseil de l'Ordre.

*D) Une relation à la norme réglementaire différente selon les acteurs en présence*

Si l'inspection contrôle fait référence à un ensemble de normes réglementaires<sup>29</sup>, la connaissance que les médecins libéraux ont des normes s'appliquant au cabinet médical paraît souvent parcellaire. Centrant leur démarche qualité sur la relation avec le patient, sur leur démarche diagnostique et thérapeutique, les médecins considèrent l'implication de leur responsabilité en premier lieu dans ce qu'ils vivent comme le cœur de leur métier. Ils ont des difficultés à percevoir leur responsabilité propre pour ce qu'ils identifient comme des éléments subalternes : l'hygiène générale, la gestion des déchets de soins, etc. D'autres professionnels se chargent d'ailleurs de ces éléments dans les établissements de santé où ils ont exercé.

Par sa méconnaissance, la norme réglementaire semble alors parfois vécue comme « administrative » et son intégration dans leurs pratiques apparaît une non-priorité. L'exercice du médecin libéral est parfois perçu comme pouvant se situer dans un aménagement des normes, du fait d'une identité professionnelle qui revêtirait un caractère unique au sein de l'ensemble des professions inspectées par l'ARS.

Les médecins cherchent alors des critères pour qualifier la norme, ou plutôt la disqualifier par rapport à leur environnement professionnel personnel. Ils questionnent ainsi le bien-fondé des normes sur des critères scientifiques. D'autres critères sont aussi évoqués, cherchant à pondérer ou négocier la norme : coût raisonnable, application facile, soutien financier pour sa mise en place, etc. Cette réflexion conduit à une hiérarchisation personnelle assez floue des normes réglementaires.

Deux cultures semblent ainsi juxtaposées. D'un côté celle des inspecteurs fondant leur travail sur des normes réglementaires, de l'autre côté celle des médecins libéraux revendiquant des aspects de qualité de leurs pratiques professionnelles<sup>30</sup>. Sans démarche de sensibilisation préalable, il semble illusoire d'imaginer que cette rencontre de deux cultures à l'instant de l'inspection d'un cabinet ne donne pas lieu à des réactions d'incompréhension, voire de mise à distance de la part des médecins libéraux.

---

<sup>29</sup> Guide des bonnes pratiques d'inspection et de contrôle pour les réseaux territoriaux de santé et de cohésion sociale, rapport provisoire IGAS avril 2012.

<sup>30</sup> Article R4133 Code de santé publique, modifié par Décret n°2011-2116 du 30 décembre 2011 - art. 1 relatif à l'obligation de développement professionnel continu.



### **3.1.3 Une équipe d'inspection nécessairement restreinte**

Les ressources humaines nécessaires sont le premier argument évoqué pour interroger la faisabilité de l'inspection contrôle en cabinet libéral de médecin. Ce type d'inspection élargirait le champ usuel de l'inspection représenté par les établissements de santé et les établissements médicosociaux. La faisabilité de l'inspection en cabinet est alors interrogée dans une faisabilité générale de l'inspection et dans une disponibilité de ressources jugées insuffisantes pour s'adresser à ce champ élargi.

De plus, la mobilisation de moyens humains devra parfois être poursuivie en cas de procédure disciplinaire du Conseil de l'Ordre faisant suite à une inspection en cabinet libéral d'un médecin.

La composition de l'équipe d'inspection se réfère à la surface du cabinet libéral. Généralement de dimension limitée, cette surface permet les déplacements de deux à trois personnes, en incluant le médecin libéral. Le rapport de nombre entre deux inspecteurs et un médecin libéral ne paraît pas disproportionné et semble une garantie de qualité des échanges pour chaque partie.

Il est très généralement attendu qu'un médecin figure parmi ces deux inspecteurs, facilitant la parole entre médecins. La question du secret médical a été cependant peu évoquée, de même que la question du partage de ces données avec des inspecteurs non médecins. Une préférence d'un caractère mono professionnel ou pluri professionnel pour ce type d'inspection n'a pas pu être déterminée.

Si la sensibilisation des partenaires institutionnels de l'ARS que sont l'Assurance Maladie et le Conseil de l'Ordre présente un intérêt qui sera exposé plus tard, la présence de leurs représentants, bien que possible, n'apparaît pas indispensable. D'une part, l'Assurance Maladie exerce le plus souvent son contrôle des données fournies sur pièces, puis s'entretient de ces éléments avec le médecin. Ceci peut généralement être fait dans les locaux du Service médical. D'autre part, le Conseil de l'Ordre rend très peu visite aux médecins libéraux, qu'ils reçoivent plutôt dans leurs locaux.

Informés à l'issue de l'inspection, ces partenaires interviennent plutôt dans ses suites. D'autres institutions peuvent aussi être informées, comme l'inspection du travail par exemple.

### **3.1.4 Plusieurs modalités possibles de l'inspection**

En fonction des dimensions à explorer, le contrôle peut s'orienter vers une inspection sur site ou vers un contrôle sur pièces, ce dernier mobilisant probablement moins de ressources humaines.

Les visites faites, liées à des réclamations, n'avaient pas été programmées. Néanmoins, hors contexte de réclamation, une programmation de visites sur site serait possible en s'appuyant sur une démarche de ciblage ou/et sur un choix d'axe d'amélioration des pratiques.

Au final, les inspections rapportées ont toutes été annoncées, alors qu'une d'entre elles était prévue en inopiné. Malgré sa transformation en inspection annoncée, cette dernière visite a donné lieu à de nombreuses injonctions. La contrainte d'une visite pendant les horaires officiels d'ouverture du cabinet, la volonté d'en faciliter le déroulement en la situant plutôt avant ou après les consultations oriente vers une inspection annoncée. Le caractère inopiné d'une inspection peut néanmoins être questionné en cas de risque infectieux.

## **3.2 L'opportunité de la démarche d'inspection**

Le faible nombre d'inspections réalisées est lié à un faible nombre d'opportunités d'inspection en cabinet libéral de médecin. Ces opportunités étaient liées aux réclamations, elles-mêmes peu nombreuses.

Le faible nombre d'inspections réalisées explique vraisemblablement la surprise rencontrée lors des entretiens avec des personnes extérieures à l'ARS. S'étonnant parfois d'en apprendre l'existence, elles avaient d'autant plus de difficultés à imaginer les circonstances qui rendraient une inspection opportune.

### **3.2.1 Les opportunités liées aux réclamations**

Une volonté de traiter toutes les réclamations des usagers par une réponse adaptée existe à l'ARS Île-de-France, comme dans d'autres régions. De plus, une « commission de suivi des réclamations ARS-Assurance Maladie » a permis de suivre cinquante réclamations que les organismes s'étaient transmises en 2011-2012, et qu'elles souhaitent réunir sur un tableau commun.

Certaines réclamations sont transmises par les Conseils départementaux de l'Ordre des médecins. Ces échanges interinstitutionnels existent dans plusieurs régions.

L'importance d'un signalement d'un institutionnel à l'ARS provient d'abord de son caractère exceptionnel en regard de l'ensemble des réclamations que peut recevoir et traiter cet institutionnel. Elle provient ensuite de l'éventualité d'une intervention urgente suivie d'une mesure de sauvegarde immédiate, mesure que seule peut prendre l'ARS.

Une fois la décision d'inspection prise, celle-ci peut être réalisée rapidement, dans le mois qui suit au plus tard. Ce délai est d'autant plus court qu'un risque majeur de santé publique existe pour des usagers.

### **3.2.2 Les opportunités en dehors des réclamations**

En dehors des réclamations, quels sont les cabinets de médecins libéraux qui devraient être inspectés ?

En l'absence d'orientation nationale ou régionale, et bien qu'aucune analyse spécifique de risque n'a été réalisée, certains modes d'exercice recueillent une attention plus soutenue.

Les cabinets de gynécologie, de gastrologie, d'acupuncture, de médecine esthétique, où se pratiquent des actes invasifs sont cités. Les cabinets de radiologie, les cabinets pluridisciplinaires qui reçoivent un nombre important de patients sont aussi cités.

Pour affiner la cible prioritaire à laquelle pourraient s'adresser ces inspections, des outils de ciblage et de planification seraient nécessaires. Cependant, la nécessité d'introduire le risque d'induire des départs en retraite de médecins comme une variable d'ajustement a été soulignée, notamment dans des zones de sous densité médicale.

### **3.3 L'intérêt de la démarche d'inspection**

#### **3.3.1 Un intérêt lié aux mesures et aux sanctions secondaires**

De façon générale, l'inspection contrôle en ARS vise à rendre un rapport à un commanditaire, le directeur général de l'ARS qui peut alors décider de mesures à prendre.

L'activité de médecine libérale n'est pas soumise à une autorisation d'activité de l'ARS. Une décision administrative de retrait d'autorisation n'est donc pas possible en cabinet, à la différence des établissements de santé ou des établissements médicosociaux.

Cependant, lorsque la poursuite de l'exercice du médecin expose ses patients à un danger grave, la loi donne au directeur général de l'ARS la possibilité de prononcer une suspension immédiate d'activité pour une durée maximale de cinq mois, dans un contexte d'urgence<sup>31</sup>. L'éventualité d'une mesure d'application immédiate représente donc un enjeu de l'inspection.

De plus, le commanditaire, quelles que soient les mesures prises, communique généralement le rapport d'inspection au Conseil de l'Ordre des médecins. Le Conseil régional peut alors s'auto saisir et introduire de façon différée une action disciplinaire, au vu des éléments qui lui sont rapportés.

Deux constats reposent sur cette dynamique entre l'ARS et le Conseil de l'Ordre.

Le premier constat est que les bonnes relations entre ces deux acteurs - notamment une sensibilisation du Conseil de l'Ordre dès le départ de la démarche d'inspection - seront de nature à rendre cette dynamique plus efficiente.

Le second constat est que l'intérêt d'une suspension et d'une sanction secondaire devient primordial lors d'une problématique de dangerosité immédiate, par exemple un risque infectieux majeur pour les patients. L'intérêt d'une inspection lors d'une urgence sanitaire de ce type est d'autant plus grand que cette dangerosité pour la population ne peut être stoppée par un moyen plus simple.

Envisager la faisabilité d'une inspection sous l'angle de la mesure (puis de la sanction secondaire éventuelle) sous-entend que cette inspection puisse réunir des éléments pouvant motiver une mesure. Une inspection repose sur une triangulation des éléments

---

<sup>31</sup> Article L4113-14 du Code de santé publique, cf. annexe 6

« *vus, lus, entendus* ». Envisager l'utilité éventuelle d'une inspection sur site conduit à questionner ce qu'il sera possible d'y voir, d'y lire ou d'y entendre, puis ce qu'il sera possible de démontrer à partir de ce qui aura été vu, lu ou entendu.

Ceci s'applique particulièrement à une inspection faisant suite à une réclamation. Quels éléments de cette réclamation pourront être « *vus, lus ou entendus* » sur site ? L'analyse d'une réclamation conduit à déterminer sur quels éléments devrait porter l'inspection et qui pourrait en être l'auteur. A l'inverse, certains points de réclamation peuvent être difficiles à objectiver, par exemple un compéragage entre professionnels. L'inspection serait alors de moindre intérêt.

Ces limites d'intérêt de l'inspection en regard des mesures et des sanctions ont spontanément été peu abordées. A contrario, la suspension d'activité et la sanction ont souvent été citées comme des dispositions susceptibles de crédibiliser la profession en cherchant à distinguer des médecins « malhonnêtes » de médecins « honnêtes ». Même les médecins dont le cabinet avait été inspecté, bien que rejetant parfois l'ampleur des mesures prises, estimaient une telle recherche justifiée.

### **3.3.2 Un intérêt pédagogique limité**

Un attrait des médecins libéraux pour améliorer le lieu de réception de la patientèle est généralement présent. Pourtant, leur connaissance limitée de l'ensemble des normes d'un cabinet a été spontanément évoquée lors des entretiens.

La capacité de l'inspection sur site à y amener des normes établies est apparue limitée dans les faits. Suite à une inspection, les médecins se sont pliés aux injonctions, mais ils n'ont pas intégré toutes les recommandations alors même que certaines pouvaient concerner l'hygiène et le risque infectieux.

Lors de l'inspection, le médecin se sent profondément remis en cause dans ses pratiques. Son interrogation se cristallise sur ce qu'il identifie comme le cœur de son métier, la relation médecin-patient. Ses sentiments d'humiliation et d'intrusion qui ont pu m'être parfois rapportés, son atteinte à l'estime de soi ne favorisent vraisemblablement pas une appropriation des normes présentées au décours de cette visite.

A l'exception des usagers dans nos entretiens, le signalement d'un événement indésirable grave par le médecin lui-même ne paraissait pas un motif d'inspection. Alors que la

démarche de signalement se doit d'être encouragée, l'inspection apparaissait alors comme une sanction avant d'apparaître comme une enquête sur un dysfonctionnement.

L'intérêt pédagogique direct de l'inspection paraît donc assez limité. Son intérêt pédagogique indirect a été rapporté. La connaissance d'inspections chez un petit nombre d'entre eux pourrait inciter le plus grand nombre des médecins à s'approprier les normes.

### **3.3.3 Privilégier une démarche d'accompagnement pour améliorer la qualité des pratiques**

L'intérêt d'une inspection est souvent envisagé par son concours à une démarche globale d'amélioration de la qualité des pratiques. Ponctuelle, l'inspection revêt alors un intérêt plus limité qu'une démarche de sensibilisation ou d'accompagnement qui s'adresse à un public professionnel plus étendu.

Si des situations où l'inspection serait opportune ont spontanément été peu citées, les situations où l'accompagnement pourrait se situer ont été fréquemment mentionnées : lors de l'installation du médecin en cabinet libéral, lors d'exercice en cabinets pluridisciplinaires où à forte activité, etc.

Les acteurs rencontrés imaginent alors volontiers des travaux coordonnés avec l'ARS, des thématiques prioritaires, des ressources humaines propres, mais en dehors d'actions de contrôle.

Privilégiant une « culture de l'erreur, pas une culture de la faute », l'intérêt d'une mesure ou d'une sanction est alors écarté au profit d'une démarche susceptible d'apporter une amélioration pour le plus grand nombre.

L'inspection serait alors plutôt située dans le domaine de l'audit, du conseil. Elle ne trouverait sa dimension de contrôle que pour « récompenser » l'adhésion à la démarche d'accompagnement, voire pour certains en dernier recours « punir » une non adhésion à cette même démarche. Dans le cas d'une « récompense », le contrôle positif est imaginé assorti d'une labellisation, d'une norme iso, voire du paiement d'un forfait à la performance.

## 4 Analyse réflexive

### 4.1 Pertinence de la commande

L'inspection est une mission régaliennne attribuée à l'ARS Île-de-France. Compte-tenu des ressources humaines limitées dont celle-ci dispose, des réflexions sur des outils d'aide à la décision d'inspection y sont engagées. Le projet d'investiguer le champ de l'inspection auprès des professionnels de santé libéraux avait été évoqué lors de la construction du programme de travail de la Mission régionale d'inspection contrôle. Le projet de ce travail de mémoire a été proposé à l'ARS Île-de-France en novembre 2012, pour être ensuite validé dans le programme de travail 2013 de la Mission régionale d'inspection contrôle.

Le champ de l'inspection dans les cabinets libéraux des médecins est un champ peu investigué par les ARS. Les inspecteurs et médecins inspecteurs, souvent prompts à rapporter une anecdote sur ce sujet, restent quelquefois interrogatifs quant aux modalités de réalisations possibles, en particulier quant aux outils disponibles. Cette enquête a rencontré leur intérêt qui s'est traduit notamment lors de l'entretien collectif.

L'intérêt d'un travail dans ce champ existait donc bien tant au niveau de l'ARS Île-de-France qu'au niveau de ces membres. L'intérêt existe aussi au delà de l'ARS. En avril 2013, alors que se déroulait ce travail, une mission de l'IGAS relative à l'élaboration d'un guide de contrôle des professionnels de santé exerçant en cabinet libéraux a débuté. Cette mission a depuis manifesté un intérêt pour cette enquête.

Par ailleurs, le portage du projet par un stagiaire, notamment lors de la phase d'entretiens semi-directifs m'a semblé en favoriser la réalisation. Par la posture d'apprenant, d'écoutant que j'ai prise, les personnes rencontrées ont pu exposer leurs pratiques, leurs avis, sans craindre une écoute critique. Cette absence de crainte était d'autant plus productive que les usages ou les normes partagées existent peu dans ce champ particulier de l'inspection, domaine où la référence à la norme est habituellement structurante. De plus, par mon statut d'élève de l'EHESP - donc de tiers par rapport à l'ARS - j'ai aussi pu être reçu par des médecins dont le cabinet avait été inspecté par l'ARS.



## 4.2 Difficultés rencontrées

Avant de débiter cette enquête, plusieurs témoignages m'ont été rapportés par des inspecteurs, laissant présager d'une certaine multiplicité de ces inspections en cabinet libéral de médecin.

Pourtant, l'identification précise des inspections dans des cabinets libéraux de médecins en Île-de-France à partir des rapports d'activité annuels n'a relevé qu'un faible nombre d'inspections effectivement réalisées.

Concernant l'évaluation de la faisabilité de ce type d'inspection, ma méthodologie retenait, entre autres, une mesure des écarts entre activités prévues et activités effectivement mises en place lors des phases d'une même inspection. Cette démarche d'objectivation des écarts n'a en fait été possible que sur un faible nombre d'inspections en Île-de-France.

Pour prolonger cette partie de l'analyse, il faudrait pouvoir explorer un nombre plus important d'inspections effectivement réalisées dans des cabinets libéraux de médecins. Pour cela, il serait nécessaire d'étendre une identification de ces inspections à un niveau pluri régional, voire national.

Pour questionner les éléments de faisabilité auprès d'acteurs n'ayant pas réalisé d'inspection dans le champ défini, le guide d'entretien a évolué vers un recueil de l'avis de ces acteurs.

L'avis recueilli était alors souvent nourri quant à la légitimité de l'ARS pour mener ce type d'inspection, tout en restant interrogatif quant à sa mise en œuvre.

Cherchant à s'ancrer dans des réalités vécues, les propos étaient alors régulièrement illustrés par des inspections réalisées chez d'autres professionnels de santé libéraux, souvent paramédicaux, qu'il convenait pourtant de distinguer.

Pour compenser ce déficit sur cet axe de faisabilité, les deux autres axes d'enquête - opportunité et intérêt - ont été plus développés lors de ces entretiens.

Une autre difficulté a été liée aux termes utilisés. Les termes d'inspection contrôle représentent des activités différentes selon les interlocuteurs. Il a parfois été nécessaire de clarifier ce point et d'y être vigilant en distinguant les activités précises sur site, en cabinet libéral, auxquelles se référaient mes interlocuteurs.

### 4.3 Compétences mobilisées

La thématique du mémoire m'a permis de m'approprier des éléments de la démarche d'inspection, propre au métier de MISP. Sa réalisation a nécessité des recherches documentaires et réglementaires. Un travail d'appropriation des textes juridiques et réglementaires a rendu possible la rédaction du document « cadre général d'exercice en cabinet de médecine libérale »<sup>32</sup>.

Le recueil d'informations auprès de personnes ressources dans l'ARS a permis une exploration préliminaire à la phase d'entretiens. Ce recueil a permis un repérage partiel des inspections réalisées, mais surtout une identification pertinente des personnes à interroger dans l'ARS Île-de-France ou dans d'autres structures.

La phase d'entretiens a mobilisé des compétences d'écoute, mais surtout d'analyse et de synthèse. Cette phase m'a permis de mieux comprendre la place et le rôle de chacun, et d'adopter de nouveaux points de vue. Ceci est particulièrement vrai à propos des entretiens concernant deux inspections réalisées. Quelques mois après une même inspection, les descriptions apportées par chaque acteur alors présent (médecin inspecteur ou médecin dont le cabinet était inspecté) différaient pour traduire les réalités vécues par chacun. L'adoption successive de ces différents points de vue m'a apporté une vision plus complète, tout en nourrissant mon analyse de l'intérêt possible de l'activité d'inspection pour chacun des acteurs.

Plus spécifique au métier de MISP, il a été nécessaire de vérifier que les pratiques – réalisées ou envisagées – étaient en adéquation avec la réglementation ou les normes professionnelles du champ considéré de l'inspection contrôle.

---

<sup>32</sup> cf. annexe 1

## Conclusion

En Île-de-France, peu d'inspections contrôles de l'ARS ont eu lieu en cabinet libéral de médecin. Notre enquête fondée sur un recueil d'expériences et des entretiens pourrait être étendue à d'autres régions. Elle pointe cependant la faisabilité de ce type d'inspections, le plus souvent mises en œuvre aujourd'hui à la suite d'une réclamation ou d'un signalement.

Notre rédaction d'un document « *Cadre général d'exercice en cabinet de médecine libérale* »<sup>33</sup> pourrait faciliter cette mise en œuvre en listant un certain nombre d'items à observer. Néanmoins, la faisabilité de ces inspections apparaîtrait réellement renforcée par l'existence d'outils nationaux de référence, grille ou guide d'inspection, que pourraient s'approprier les différents acteurs du champ. Ce travail d'enquête est d'ailleurs porté à la connaissance de la mission de l'IGAS actuellement en charge de l'élaboration d'un guide de contrôle des professionnels exerçant en cabinets libéraux.

Dans l'hypothèse de ressources humaines d'inspection suffisantes, ces outils d'inspection, accompagnés d'outils de ciblage et d'un choix des thématiques à explorer, permettraient d'envisager des opportunités d'inspections non liées aux réclamations, dans une perspective plus large d'amélioration de la qualité des pratiques.

Néanmoins, l'inspection contrôle, outil ponctuel et imparfaitement pédagogique, ne peut prétendre seule à une amélioration générale des pratiques professionnelles. Si les normes réglementaires ne sont pas toujours prégnantes chez des professionnels pourtant largement soucieux de bien faire, notre description de leur rapport à ces normes souligne l'importance d'un travail de sensibilisation, voire d'incitation, pour concourir à cette amélioration de la qualité des pratiques.

Pourtant, les limites des démarches d'accompagnements de l'amélioration des pratiques professionnelles existent aussi. Le recours à l'outil d'inspection par l'ARS serait alors imaginé à la suite des démarches d'accompagnement, pour dépasser la seule protection de l'utilisateur contre un danger grave. L'inspection intégrerait alors un projet global, mais mobiliserait vraisemblablement des ressources humaines d'inspection élargies.

---

<sup>33</sup> cf annexe 1

Si l'amélioration de la qualité des pratiques rassemble l'intérêt de tous, la demande d'une protection vis à vis des risques est une demande croissante des usagers. Les cabinets des médecins libéraux, très fréquentés par la population, ne peuvent rester en dehors de ces préoccupations. L'ARS, par la place importante qu'elle donne à la démocratie sanitaire, sera amenée à y répondre pour veiller « à la qualité et à la sécurité des actes médicaux » ainsi que le définit la loi HPST du 21 juillet 2009.

Face à cette demande croissante de la population, l'ARS, à laquelle l'outil d'inspection fournit des mesures limitées, pourrait construire des réponses en s'appuyant sur les partenariats construits avec d'autres institutionnels, des représentants professionnels et des représentants d'usagers.

---

# Bibliographie

---

## 1) Articles de périodiques :

BARLET C., juin 2011, « L'inspection et le contrôle dans la loi HPST », *Revue générale de droit médical*, pp.157-177.

BAUDRILLER N., octobre 2001, « Comment est assurée l'hygiène du matériel médical en médecine générale ? », *Revue du praticien médecine générale*, 15 (551) :1848-1853.

BRANGER B., mars 2001, « L'entretien quotidien du cabinet médical », *Le Concours Médical*, 123(8) :518-519.

BRUNOT A., THOMPSON C., novembre décembre 2010, « La gestion des déchets d'activité de soins à risques infectieux par les professionnels de santé libéraux : étude de pratiques », *Santé publique*, 22(6):605-6153.

CHAUCHARD J.P., janvier mars 2005, « Le contrôle des pratiques médicales en France », *Revue Française des Affaires sociales*, n°1 pp.303 -306.

DRAHI E., mai 2008, « Hygiène et prévention du risque en cabinet médical ou paramédical ». *Médecine : de la médecine factuelle à nos pratiques*, 4(5):218-222. [visité le 14.06.2013] Disponible sur Internet : <http://www.bdsp.ehesp.fr/Fulltext/381939/>

GIRIER P., FIGON S. 2005, « Trousse d'urgence en médecine générale », *EMC-Médecine*, 87, pp. 1-9.

GIGNON M. ; FARCY S. ; AMMIRATI C., SCHMIT J.L., GANRY O., juin 2012, « Bonnes pratiques en hygiène des soins en médecine générale – Approche pédagogique pour améliorer les pratiques », *Hygiènes*, 20 (3) : 178 -180.

HASSENTEUFEL P., avril 1999, « Vers le déclin du pouvoir médical ? un éclairage européen : France ; Allemagne, Grande Bretagne », *Pouvoirs*, n°89, pp.51-58.

PIERRE F., mars 2013, « L'information des patients : une réactualisation des recommandations de bonne pratique », *Revue de la MACSF Responsabilité*, volume 12, n°49, mars 2013, p. 6-11.

SCHWEYER F.X., septembre 2000, « Histoire et démographie médicale » *ADSP Actualités et Dossiers en santé publique*, n°32, p.16-19.

« Le cabinet médical idéal », mars 2012, dossier spécial *URPS ml-infos*, n°5, [visité le 14.06.2013] disponible sur internet : <http://www.urps5962ml.fr/publications/publications/archives/urmel-lien/archives-2011-2012/archives-2011-2012>

VARNOUX F., MANGIN H., avril 2007, « Hygiène au cabinet médical. Dispositif juridique actuel et responsabilité », *Le Concours Médical*, 129(15-16):481-483.

## 2) Ouvrages, chapitres d'ouvrages ou monographies :

ADAM P. ; HERZLICH C., 1996, « La profession de médecin », in ADAM P., HERZLICH C., *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris : Editions Nathan p 30-36.

Agence Régionale de Santé d'Île-de-France, 2012, *Bilan 2011 des inspections, contrôles et évaluations : mission régionale d'inspection et de contrôle d'Île-de-France*. Paris. (Programme régional et interdépartemental d'inspection, contrôle et évaluation, PRIICE)/Mission régionale d'inspection et de contrôle d'Île-de-France (MRIC).

Agence Régionale de Santé d'Île-de-France, 2013, *Bilan 2012 des inspections, contrôles et évaluations : mission régionale d'inspection et de contrôle d'Île-de-France*. Paris. (Programme régional et interdépartemental d'inspection, contrôle et évaluation, PRIICE)/Mission régionale d'inspection et de contrôle d'Île-de-France (MRIC).

*Charte du contrôle de l'activité des professionnels de santé par l'Assurance Maladie, version 16/03/2012*; 2012, disponible sur Internet [visité le 14.06.2013]: [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/120316Charte\\_controlePSsans\\_annexes.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/120316Charte_controlePSsans_annexes.pdf)

CNIL, *Guide professionnels de santé*, 2011, les guides CNIL. disponible sur Internet [visité le 14.06.2013]: [http://www.cnil.fr/fileadmin/documents/Guides\\_pratiques/CNIL-Guide\\_professionnels\\_de\\_sante.pdf](http://www.cnil.fr/fileadmin/documents/Guides_pratiques/CNIL-Guide_professionnels_de_sante.pdf)

Commission nationale de programmation des contrôles, *Orientations nationales de contrôle pour 2013*, CNP du 26 octobre 2012. Document interne.

HAS, « Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical », juin 2007, Recommandations professionnelles, disponible sur Internet [visité le 14.06.2013]: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_607182/fr/hygiene-et-prevention-du-risque-infectieux-en-cabinet-medical-ou-paramedical](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_607182/fr/hygiene-et-prevention-du-risque-infectieux-en-cabinet-medical-ou-paramedical)

HAS, « Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé », mai 2012, Recommandation de bonne pratique, disponible sur Internet [visité le 14.06.2013]: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1261551/fr/delivrance-de-l-information-a-la-personne-sur-son-etat-de-sante](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1261551/fr/delivrance-de-l-information-a-la-personne-sur-son-etat-de-sante)

IGAS, *Guide des bonnes pratiques d'inspection et de contrôle pour les réseaux territoriaux de santé et de cohésion sociale, rapport provisoire IGAS*, avril 2012, Document interne à destination des membres des corps de contrôle des réseaux territoriaux dans les champs sanitaire, médico-social et social.

LIGNON HERAULT E., 2011, *L'hygiène en médecine générale : état des lieux dans l'agglomération nantaise*. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Université de Nantes. Nantes. [visité le 14.06.2013] disponible sur internet : <http://www.bdsp.ehesp.fr/Fulltext/446685/>

Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère de l'écologie du développement durable et de l'énergie, 2012, *Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité : être prêt pour le 1er janvier 2015*. Paris, disponible sur Internet [visité le 14.06.2013]: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Fulltext/460603>

Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, *STATISS 2012 Les régions françaises*, Statistiques et indicateurs de la santé et du social, disponible sur Internet [visité le 14.06.2013]:

<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/default.html>

Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Direction générale de la santé, janvier 2006, *Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisées en dehors des établissements de santé*, disponible sur Internet [visité le 14.06.2013]:

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide\\_de\\_bonnes\\_pratiques\\_pour\\_la\\_prevention\\_des\\_infections\\_liees\\_aux\\_soins\\_realises\\_en\\_dehors\\_des\\_etablissements\\_de\\_sante.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_de_bonnes_pratiques_pour_la_prevention_des_infections_liees_aux_soins_realises_en_dehors_des_etablissements_de_sante.pdf)

PALIER B, 2012, *La réforme des systèmes de santé*, PUF, collection « Que sais-je ? » Paris. 127 p.

URML Bretagne, URMELE Nord Pas de calais, CNSD 35, 2006, *Evaluation de l'organisation du cabinet libéral*, disponible sur Internet [visité le 14.06.2013]:<http://ddata.over-blog.com/xxxyyy/0/10/54/33/hyqi-ne/referentiel-complet-.pdf>

### 3) Conférence

RENARD-DUBOIS S. ; « Gestion des risques dans les cabinets libéraux : illustrations d'une ARS », in Formation décret inspection 2012-2013, « *Module F : la qualité, la sécurité, la gestion des risques liés aux activités des établissements et services sanitaires, médico-sociaux, ainsi que des professions de santé* », 12 février 2013, Espace Lafayette, Paris.

### 4) Loi, décret, circulaire

Arrêté du 22 juin 1990 portant approbation de dispositions complétant le règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public (ERP type PE, PO, PU, PX).

Circulaire N°DGS/DH/98/249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé, disponible sur Internet [visité le 14.06.2013]:

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire\\_249\\_20\\_avril\\_1998.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_249_20_avril_1998.pdf)

Circulaire DGS/VS2/DH/DRT n°99-680 du 8 décembre 1999 relative aux recommandations à mettre en œuvre devant un risque de transmission du VHB et du VHC par le sang et les liquides biologiques, disponible sur Internet [visité le 14.06.2013]:

<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/1999/99-51/a0513420.htm>

Circulaire DGS/5C/DHOS/E2 n°2001-138 du 14 mars 2001 relative aux précautions à observer lors de soins en vue de réduire les risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels. disponible sur Internet [visité le 14.06.2013]: <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2001/01-11/a0110756.htm>

Code pénal : article L226-13

Code de santé publique : articles L1421, L4113-14, R1421-14, R4133  
Code de Sécurité Sociale : article L145-1

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST : Articles L1431-1, R 1435-10 à R1435-15, insérés par le décret n° 2011-70 du 19 janvier 2011

Ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, article 19

## **5) Site internet**

Affichage légal dans la salle d'attente : <http://droit-médical.com>

Comité inter associatif sur la santé : <http://www.leciss.org/>

« Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé : principes généraux », [www.has.fr](http://www.has.fr)



---

## Liste des annexes

---

**Annexe 1** : Cadre général d'exercice en cabinet de médecine libérale : document support utilisé dans la réunion des inspecteurs de l'ARS Île-de-France du 11 juin 2013

**Annexe 2** : Guide d'entretien

**Annexe 3** : Liste des entretiens réalisés

**Annexe 4** : Invitation des inspecteurs de l'ARS Île-de-France à la réunion de groupe 11/06/2013

**Annexe 5** : Liste des professionnels de l'ARS Île-de-France participant à la réunion de groupe du 11 juin 2013

**Annexe 6** : Mesure de suspension par l'ARS, Article L4113-14 du Code de santé publique

# Cadre général d'exercice en cabinet de médecine libérale

Ce document interne a été rédigé pour ce travail de mémoire. Les tableaux ont ainsi été projetés lors de l'entretien collectif du 11/06/2013 à l'ARS Île-de-France.

Pierre BUTTET  
11/06/2013

## Cadre général d'exercice en cabinet de médecine libérale

1) Règles générales	Exercice médical	Responsabilité médicale	p.V
		Responsabilité personnelle	p.V
		Responsabilité dans les limites du diplôme	p.VI
		Obligation d'assurance	p.VI
	Vaccination	Vaccination du professionnel de santé : BCG/ hépatite B/ DTPolio/ grippe +/- coqueluche +/- varicelle +/- hépatite A	p.VII
		Promotion de la vaccination pour personnel rougeole/rubéole/grippe (+ hépatite B si en charge entretien)	p.VII
	Information du patient	Absence de recueil de signature sur les documents d'information écrits	p.VIII
		Affichage ou document stipulant l'enregistrement et la conservation de données personnelles	p.VIII
Installation généralités	Installation convenable	p.VIII	
2) Sécurité des locaux	Sécurité générale	Etablissement recevant du public ERP de 5 <sup>ème</sup> catégorie de type U, dit « établissement sanitaire », (donc soumis aux règles relatives à la sécurité incendie, aux installations électriques, aux risques liés à l'amiante, aux risques naturels et technologiques)	p.X
	Sécurité incendie	Installations électriques, éclairage Pas d'emploi de fiches multiples Pas de câble électrique faisant obstacle	p.XI
		Un système d'alarme sonore anti incendie	p.XI
		Continuité des communications radioélectriques, si cabinet en sous-sol	p.XII
		Au moins un extincteur portatif à eau pulvérisée (6l min/300 m <sup>2</sup> /étage) Extincteur à CO <sub>2</sub> si risque particulier	p.XII
		Fiche comportant tous les numéros d'urgence	p.XIII
		Plan destiné aux secours si cabinet en sous-sol ou à l'étage	p.XIII
		Eclairage sécurité (Indication sortie de secours, au minimum)	p.XIII
	Sécurité incendie si médecin employeur	Si médecin employeur, éclairage sécurité	p.XIII
		Si médecin employeur, extincteur /200 m <sup>2</sup> /niveau	p.XIV
Si médecin employeur : alarme, alerte, consignes		p.XIV	
Risque amiante	Présence d'un dossier technique amiante	p.XIV	
3) Accueil du patient	Accès extérieur du patient au cabinet	Plaque professionnelle à l'entrée du cabinet : nom, qualification, secteur conventionnel, le n° téléphone, jours et horaires de consultation ou de rendez-vous de chaque praticien Une plaque entrée, une plaque porte maximum/médecin, 30x25 cm	p.XVI

		Dispositif de sécurité à l'entrée en l'absence du médecin	p.XVI	
	Secrétariat d'accueil	L'identité des consultants et leur intimité sont protégées lors de l'accueil, dans les salles d'attente et à l'occasion de prises de rendez vous	p.XVI	
		Accueil sur rendez-vous privilégié (suggestion)	p.XVII	
	Salle d'attente	Salle d'attente isolée au plan phonique du cabinet de consultation et du secrétariat d'accueil.	p.XVII	
		Le nombre de places assises en salle d'attente est suffisant.	p.XVII	
		«Espace enfants» : jouets nettoyés (lave-linge/lave-vaisselle) au moins tous les deux jours	p.XVII	
		Affichage obligatoire: dispositions en dehors des heures d'ouverture, notamment numéros d'urgence honoraires pour les principaux actes + montant des dépassements d'honoraires secteur d'exercice et mentions correspondantes	p.XVIII	
		Pas d'affichage publicitaire ou commercial	p.XXI	
		Information des patients si dispositif vidéo protection (déclaré CNIL)	p.XXI	
	Sanitaires patients	Présence d'un point d'eau, distributeur savon liquide, essuie mains usage unique	p.XXI	
4)	Salle de consultation	Agencement	Coin bureau distinct de la zone de soins	p.XXII
		Mobilier de bureau	Hygiène des mains usage mobilier bureau	p.XXII
		Dossiers médicaux	Dossiers médicaux actualisés	p.XXII
			Dossiers médicaux protégés (sous clef)	p.XXIII
			Dossiers médicaux sur support informatique / déclaration CNIL	p.XXIII
			Si logiciel d'aide à la prescription, certifié conforme par la HAS	p.XXIV
		Sécurité des transmissions	Sécurité des transmissions par messages électroniques	p.XXIV
			Sécurité des transmissions télécopies	p.XXIV
		Hygiène salles de soins	Point d'eau	p.XXIV
			Hygiène des mains au savon liquide, essuie main papier	p.XXV
			Port d'une tenue propre	p.XXV
			Table/fauteuil lessivable + support usage unique	p.XXVI
			Poubelle déchets ménagers + poubelle sac jaune DASRI Norme NFX 30-501 + boîte OPCT Norme NFX 30-500	p.XXVI
			Absence de plantes, vases, aquariums, fontaine	p.XXVIII
			Surfaces lessivables	p.XXVIII
			Gants non stériles / essuie tout / détergent désinfectant	p.XXVIII
		Cabinet	Affichage de conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang	p.XXIX
5)	Matériel	Matériel médical	Dispositifs médicaux jetables : préférentiellement, stérilisation à défaut	p.XXX
			Dispositifs médicaux réutilisables immergeables : étapes de désinfection	p.XXX
			Dispositifs médicaux réutilisables non immergeables (brassard, stéthoscope, etc) désinfectés à l'aide	p.XXX

		d'un support non tissé imprégné de produits détergent-désinfectant	
	Matériel de stérilisation	Si dispositifs médicaux thermostables réutilisables, stérilisateur à vapeur d'eau	p.XXXI
	Matériel de conservation	Si frigidaire, dégivrage régulier + détergent/désinfectant	p.XXXI
	Détention de médicaments	Les médicaments utilisés, si non échantillons, ont été obtenus par commande à usage professionnel	p.XXXI
		Nombre restreint d'échantillons (petit conditionnement, moins de 4/produit/ an), obtenus uniquement dans les deux années suivant commercialisation/nouvelle indication ou forme ou dosage et sur demande écrite	p.XXXII
		Absence de délivrance de médicaments sauf autorisation spéciale	p.XXXIII
6) Hygiène générale	Tous locaux	Entretien quotidien	p.XXXIV
		Dépoussiérage humide + détergent/désinfectant	p.XXXIV
		Protocole procédure d'entretien / information personne en charge de l'entretien	p.XXXV
	Gestion des déchets de soins	Convention écrite gestion des DASRI avec prestataire	p.XXXV
		Bordereaux de suivi des déchets CERFA 11352*-01 depuis 3 ans	p.XXXV
		DASRI ≤ 5 kg/mois : enlèvement en 3 mois maximum	p.XXXV
		5 kg/mois < DASRI ≤ 15 kg/mois : zone intérieure regroupement + enlèvement en 1 mois maximum	p.XXXVI
		Transport personnel DASRI possible si ≤ 15 kg/mois	p.XXXVII
		Elimination des déchets par incinération ou par prétraitement dans appareil de désinfection	p.XXXVII
7) Accessibilité aux personnes en situation de handicap	Si cabinet existant au 1 <sup>er</sup> janvier 2007	mise en accessibilité avant le 1 <sup>er</sup> janvier 2015	p.XXXVIII
		Accessibilité dans au moins une partie du cabinet (ERP de 5 <sup>ème</sup> catégorie) où toutes les prestations doivent pouvoir être délivrées + entrée + cheminement jusqu'à cette partie, sauf dérogation	p.XXXVIII
		Place de stationnement pour véhicule patients	p.XXXIX
		Cheminement extérieur ou intérieur	p.XXXIX
		Entrée/accueil/salle d'attente/salle de soins	p.XXXIX
		Sanitaires	p.XXXIX
		Portes	p.XL
		Escaliers	p.XL
		Eclairage, signalétique, contraste de couleurs	p.XL

## Cadre général d'exercice en cabinet de médecine libérale

1) Règles générales		Ce qui est attendu	Références réglementaires	Recommandations HAS/Commentaires Conseil de l'Ordre/ Autres
1) Règles générales	Exercice médical	Responsabilité médicale	<p>« Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents. »</p> <p><a href="#">Article 32 Code de déontologie / article R.4127-32 du Code de la santé publique</a></p> <p>« Les professionnels de santé ainsi que les directeurs de laboratoire d'analyses de biologie médicale mentionnés au livre II de la sixième partie du présent code, exerçant en dehors des établissements de santé, veillent à prévenir toutes infections liées à leurs activités de prévention, de diagnostic et de soins. Des arrêtés fixent, en tant que de besoin, les règles qu'ils doivent respecter »</p> <p><a href="#">Article L. 3114-6. du Code de la santé publique</a></p> <p>« Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. »</p> <p><a href="#">Article R4127-4 du Code de la santé publique</a></p>	
1) Règles générales	Exercice médical	Responsabilité personnelle	<p>« L'exercice de la médecine est personnel; chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes. ».</p> <p><a href="#">Article 69 Code de déontologie / article R.4127-69 du Code de la santé publique</a></p> <p>« Toute fraude, abus de cotation, indication inexacte des honoraires perçus et des actes effectués sont interdits. »</p> <p><a href="#">Article 29 Code de déontologie / article R.4127-29 du Code de la santé publique</a></p> <p>« Est interdite toute facilité accordée à quiconque se livre à l'exercice illégal de la médecine »</p> <p><a href="#">Article 30 Code de déontologie médicale / article R.4127-30 du Code de la santé publique</a></p>	<p>« L'exercice de la médecine est personnel (article 69). Le médecin qui a accepté de soigner un patient agit en toute indépendance et engage sa responsabilité personnelle de même que le remplaçant (art.65), le médecin collaborateur (article 87) ou l'assistant du médecin (article 88). Mais, si le cas l'exige, le médecin s'entourera des conseils de spécialistes ou demandera l'aide de certains de ses confrères. Il peut, en accord avec le patient, adresser celui-ci à un confrère libéral ou hospitalier, de pratique privée ou publique dont l'intervention est indiquée ».</p> <p><a href="#">Commentaires de Conseil de l'Ordre.</a></p>

			<p>« Tout compérage entre médecins, entre médecins et pharmaciens, auxiliaires médicaux ou toutes autres personnes physiques ou morales est interdit. »  <a href="#">Article 23 Code de déontologie médicale / article R.4127-23 du Code de la santé publique</a></p> <p>« Est interdit le fait, pour les membres des professions médicales mentionnées au présent livre, de recevoir des avantages en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, procurés par des entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale. Est également interdit le fait, pour ces entreprises, de proposer ou de procurer ces avantages »  <a href="#">Article L4113-6 du Code de la santé publique</a></p> <p>« Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit »  <a href="#">Article 5 Code de Déontologie médicale / article R.4127-5 du code de la santé publique</a></p>	
1) Règles générales	Exercice médical	Responsabilité dans les limites du diplôme	<p>« Tout médecin est, en principe, habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose. »  <a href="#">Article 70 Code de déontologie médicale/ article R.4127-70 du code de la santé publique</a></p>	<p>« Le code de déontologie montre bien où se situent réellement les inévitables limites de la règle de l'omnivalence du diplôme. Ce ne sont pas toujours celles du découpage administratif de la profession médicale, mais plutôt celles de la réelle expérience du praticien, en tenant compte aussi des circonstances particulières du moment. En cas de doute, le médecin doit penser qu'il aura à se justifier s'il y a litige ou contestation »  <a href="#">Commentaires de Conseil de l'Ordre</a></p>
1) Règles générales	Exercice médical	Obligation d'assurance	<p>« Tout médecin libéral est tenu de contracter une assurance pour les risques encourus en matière de responsabilité civile » <a href="#">Article L.1142-2 Code de la santé publique.</a></p> <p>« Le manquement à l'obligation d'assurance prévue à l'article L. 1142-2 est puni de 45 000 Euros d'amende. Les personnes physiques coupables de l'infraction mentionnée au présent article encourrent également la peine complémentaire d'interdiction, selon les modalités prévues par l'art. 131-27 du code pénal, d'exercer l'activité professionnelle ou sociale dans l'exercice de laquelle ou à l'occasion de l'exercice de laquelle l'infraction a été commise. Cette interdiction est portée à la connaissance du directeur général de l'Agence Régionale de Santé qui en informe</p>	

			<p><i>les organismes d'assurance maladie. »</i>  <a href="#">Article L.1142-25 Code de la santé publique</a></p>	
1) Règles générales	Vaccination	<p>Vaccination du professionnel de santé :</p> <p>BCG/ hépatite B/  DTPolio/ grippe  +/- coqueluche  +/- varicelle  +/- hépatite A</p>	<p>« La vaccination par le vaccin antituberculeux BCG est obligatoire, sauf contre-indications médicales reconnues, à des âges déterminés et en fonction du milieu de vie ou des risques que font encourir certaines activités »  <a href="#">Article L3112-1 Code de la santé publique</a></p> <p>« Une personne qui, dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention de soins ou hébergeant des personnes âgées, exerce une activité professionnelle l'exposant à des risques de contamination doit être immunisée contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la grippe »  <a href="#">Article L3111-4 Code de la santé publique</a></p>	<p>« R 84 : Hors des établissements de santé, les articles L3112-1 et L3111-4 du Code de la santé publique font obligation, depuis l'arrêté du 23 août 1991, à tout candidat à l'exercice d'une profession de santé d'être vacciné contre la tuberculose et d'être immunisé contre l'hépatite B (grade A), la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite. Pour les professionnels de santé dont la formation est antérieure à cette date, il n'y a pas d'obligation légale mais une recommandation forte d'y souscrire. Les conditions d'immunisation pour la vaccination contre l'hépatite B sont précisées dans l'arrêté du 26 avril 1999 (réglementaire).</p> <p>R 85 : Il est recommandé, pour tous les professionnels de santé, de se vacciner contre la grippe saisonnière chaque année (grade A) exception faite des femmes enceintes dans le premier trimestre de la grossesse (AMM).</p> <p>R 86 : Il est recommandé, pour tous les professionnels de santé en contact avec des nourrissons de moins de 6 mois, à l'exception des femmes enceintes, de se vacciner contre la coqueluche (Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France).</p> <p>R 87 : Il est recommandé, pour tous les professionnels de santé sans antécédents de varicelle (ou dont l'histoire est douteuse) et dont la sérologie est négative, en contact avec des sujets à risque de varicelle grave (patients immunodéprimés, patientes enceintes non immunes, nouveaux-nés) et/ou en contact avec la petite enfance, de se vacciner contre la varicelle, exception faite des femmes enceintes (Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France).</p> <p>R 88 : Aucune recommandation n'est faite pour une vaccination généralisée des professionnels de santé contre l'hépatite A. Toutefois, les professionnels de santé non immuns exerçant en milieu pédiatrique sont particulièrement exposés et peuvent justifier d'une vaccination (accord professionnel).  <a href="#">Recommandations HAS Juin 2007 Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical et paramédical</a></p>
1) Règles générales	Vaccination	<p>Promotion de la vaccination pour personnel rougeole/rubéole/grippe (+ hépatite B si en charge entretien)</p>		<p>R 89 : Il est recommandé de promouvoir auprès de toutes les personnes qui travaillent dans les cabinets médicaux (personnel d'entretien, secrétaires), après évaluation de leur statut vaccinal et de leurs antécédents, la vaccination contre la grippe annuellement, contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et contre la coqueluche. Il est recommandé que la personne chargée de l'entretien du cabinet soit, de plus, vaccinée contre l'hépatite B (accord professionnel).</p>



				<i>Recommandations HAS Juin 2007 Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical et paramédical</i>
1) Règles générales	Information du patient	Absence de recueil de signature sur les documents d'information écrits	<p>« Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension....»</p> <p><i>Article 35 du code de Déontologie, article R.4127-35 du code de la santé publique</i></p> <p>« 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 »</p> <p><i>Article L1111-2 Code de la santé publique</i></p>	<p>« L'information, qui est toujours orale, est primordiale. En complément de cette information, lorsque des documents écrits existent, il est recommandé de les remettre à la personne pour lui permettre de s'y reporter et/ou d'en discuter avec toute personne de son choix...</p> <p>...Le document d'information est exclusivement destiné à donner à la personne des renseignements par écrit. <u>Ce document n'a pas à être signé par la personne et ne contient aucune formule l'invitant à y apposer une signature. »</u></p> <p><i>Recommandations HAS mai 2012, Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé, principes généraux,</i></p>
1) Règles générales	Information du patient	Affichage ou document stipulant l'enregistrement et la conservation de données personnelles	<p>« Conformément aux dispositions à la loi du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, les personnes dont les données sont enregistrées et conservées dans le fichier du cabinet sont informées, par un document affiché dans les locaux du cabinet médical ou paramédical ou remis en main propre, de l'identité du responsable du traitement, de sa finalité, des destinataires des informations et des modalités pratiques d'exercice de leurs droits, en particulier du droit d'accès aux informations qui les concernent. »</p> <p><i>Délibération n° 2005-296 du 22 novembre 2005 portant adoption d'une norme simplifiée relative aux traitements automatisés de données à caractère personnel mis en œuvre par les membres des professions médicales et paramédicales exerçant à titre libéral à des fins de gestion de leur cabinet (norme simplifiée n° 50) / JORF n°7 du 8 janvier 2006</i></p>	
1) Règles générales	Installation généralités	Installation convenable	<p>« Le médecin doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation convenable, de locaux adéquats pour permettre le respect du secret professionnel et de moyens techniques suffisants en rapport avec la nature des actes qu'il pratique ou de la population qu'il prend en charge. Il doit notamment veiller à la stérilisation et à la décontamination des dispositifs médicaux qu'il utilise et à l'élimination des déchets médicaux selon les procédures réglementaires. Il ne doit pas exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la qualité des soins et des</p>	<p>« L'exigence du caractère convenable de l'installation, afin d'y exercer une médecine consciencieuse et conforme aux "données acquises de la science". Tout local inapproprié, une chambre d'hôtel par exemple, mal isolé, un local à vocation totalement différente (local commercial) doit être rejeté. »</p> <p><i>Commentaires Conseil de l'Ordre</i></p> <p>« Aucune recommandation n'est proposée sur l'organisation architecturale du cabinet et la circulation des patients (accord professionnel) »</p> <p><i>Recommandations HAS « Hygiène et prévention du risque infectieux en</i></p>

			<p>actes médicaux ou la sécurité des personnes examinées. Il doit veiller à la compétence des personnes qui lui apportent leur concours. »</p> <p>Article 71 Code de déontologie médicale (article R.4127-71 du code de la santé publique)</p>	<p><i>cabinet médical ou paramédical »</i></p>
--	--	--	--	--

2) Sécurité des locaux		Ce qui est attendu	Références réglementaires	Recommandations HAS/Commentaires Conseil de l'Ordre
2) Sécurité des locaux	Sécurité générale	Etablissement recevant du public ERP de 5 <sup>ème</sup> catégorie de type U, dit « établissement sanitaire », (donc soumis aux règles relatives à la sécurité incendie, aux installations électriques, aux risques liés à l'amiante, aux risques naturels et technologiques)	<p>« Constituent des Etablissements Recevant du Public, tous bâtiments, locaux et enceintes dans lesquels des personnes sont admises soit librement, soit moyennant une rétribution ou une participation quelconque, ou dans lesquels sont tenues des réunions ouvertes à tout venant ou sur invitations, payantes ou non.</p> <p>Sont considérées comme faisant partie du public toutes les personnes admises dans l'établissement à quelque titre que ce soit en plus du personnel. »</p> <p><a href="#">Article R 123-2 du Code de la Construction et de l'Habitation</a></p> <p>« Les établissements sont, en outre, quel que soit leur type, classés en catégories, d'après l'effectif du public et du personnel. L'effectif du public est déterminé, suivant le cas, d'après le nombre de places assises, la surface réservée au public, la déclaration contrôlée du chef de l'établissement ou d'après l'ensemble de ces indications.</p> <p>Les règles de calcul à appliquer sont précisées, suivant la nature de chaque établissement, par le règlement de sécurité. Pour l'application des règles de sécurité, il y a lieu de majorer l'effectif du public de celui du personnel n'occupant pas des locaux indépendants qui posséderaient leurs propres dégagements.</p> <p>Les catégories sont les suivantes :</p> <p>1ère catégorie : au-dessus de 1500 personnes ;</p> <p>2e catégorie : de 701 à 1500 personnes ;</p> <p>3e catégorie : de 301 à 700 personnes ;</p> <p>4e catégorie : 300 personnes et au-dessous, à l'exception des établissements compris dans la 5e catégorie ;</p> <p>5e catégorie : établissements faisant l'objet de l'article R. 123-14 dans lesquels l'effectif du public n'atteint pas le chiffre minimum fixé par le règlement de sécurité pour chaque type d'exploitation ».</p> <p><a href="#">Article R123-19 du code de la construction et de l'habitation.</a></p> <p>« Les établissements, répartis en types selon la nature de leur exploitation, sont soumis aux dispositions générales communes et aux dispositions particulières qui leur sont propres »</p> <p><a href="#">Article R123-18 du code de la construction et de l'habitation</a></p> <p>« Les établissements sont classés en types, selon la nature de leur</p>	« Les cabinets médicaux sont des établissements recevant du public classés en 5ème catégorie, en application des articles R.123-18 et R.123-19 du code de la construction et de l'habitation. Les cabinets médicaux sont donc soumis aux règles relatives à la sécurité incendie, aux installations électriques, aux risques liés à l'amiante, aux risques naturels et technologiques »

			<p>exploitation :a) Etablissements installés dans un bâtiment ....U : établissements sanitaires... »</p> <p><i>Règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public (ERP) approuvé par arrêté du 25 juin 1980 portant approbation des dispositions générales du règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public (ERP)</i></p> <p>« Constituent des bâtiments d'habitation au sens du présent chapitre les bâtiments ou parties de bâtiment abritant un ou plusieurs logements, y compris les foyers, tels que les foyers de jeunes travailleurs et les foyers pour personnes âgées autonomes, à l'exclusion des locaux destinés à la vie professionnelle lorsque celle-ci ne s'exerce pas au moins partiellement dans le même ensemble de pièces que la vie familiale et des locaux auxquels s'appliquent les articles R. 123-1 à R. 123-55, R. 152-4 et R. 152-5. ...</p> <p>Un logement ou habitation comprend, d'une part, des pièces principales destinées au séjour ou au sommeil, éventuellement des chambres isolées et, d'autre part, des pièces de service, telles que cuisines, salles d'eau, cabinets d'aisance, buanderies, débarras, séchoirs, ainsi que, le cas échéant, des dégagements et des dépendances »</p> <p><i>Article R*111-1-1, Code de la construction et de l'habitation</i></p>	
2) Sécurité des locaux	Sécurité incendie	<p>Installations électriques, éclairage</p> <p>Pas d'emploi de fiches multiples</p> <p>Pas de câble électrique faisant obstacle</p>	<p>« § 1. Les installations électriques doivent être conformes aux normes les concernant.</p> <p>Les câbles ou conducteurs doivent être de la catégorie C2 selon la classification et les modalités d'attestation de conformité définies dans l'arrêté du 21 juillet 1994 portant classification et attestation de conformité du comportement au feu des conducteurs et câbles électriques et agrément des laboratoires d'essais.</p> <p>L'emploi de fiches multiples est interdit. Le nombre de prises de courant doit être adapté à l'utilisation pour limiter l'emploi de socles mobiles. Les prises de courant doivent être disposées de manière que les canalisations mobiles aient une longueur aussi réduite que possible et ne soient pas susceptibles de faire obstacle à la circulation des personnes. »</p> <p><i>Article PE24, Arrêté du 22 juin 1990 portant approbation de dispositions complétant le règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public, JORF n°197 du 26 août 1990.</i></p>	
2) Sécurité des locaux	Sécurité incendie	Un système d'alarme sonore anti incendie	« L'établissement doit être doté de dispositifs d'alarme et d'avertissement, d'un service de surveillance et de moyens de secours contre l'incendie appropriés	

			<p>aux risques... »  <a href="#">Article R123-11 Code de la construction et de l'habitation, modifié par Décret n°2006-165 du 10 février 2006 - art. 1 JORF 17 février 2006</a></p>	
2) Sécurité des locaux	Sécurité incendie	Continuité des communications radioélectriques, si cabinet en sous-sol	<p>« Les établissements situés, même partiellement, en infrastructure, quel que soit leur type, doivent permettre aux services publics qui concourent aux missions de sécurité civile d'assurer la continuité de leurs communications radioélectriques avec les moyens propres à ces services, en tout point de l'établissement. »  <a href="#">Article R123-11 Code de la construction et de l'habitation</a></p>	
2) Sécurité des locaux	Sécurité incendie	<p>Au moins un extincteur portatif à eau pulvérisée (6l min/300 m<sup>2</sup>/étage)</p> <p>Extincteur à CO<sup>2</sup> si risque particulier</p>	<p>« Les établissements doivent être dotés d'au moins un extincteur portatif installé dans les conditions définies par l'article MS 39 et en atténuation de cet article avec un minimum d'un appareil pour 300 mètres carrés et un appareil par niveau. »  <a href="#">Article PE 26 Modifié par Arrêté du 26 juin 2008 – Arrêté du 22 juin 1990 portant approbation de dispositions complétant le règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public (ERP type PE, PO, PU, PX).</a>  § 1. Les moyens d'extinction doivent être répartis de préférence dans les dégagements, en des endroits visibles et facilement accessibles. Ils peuvent être protégés à condition de faire l'objet d'une signalisation claire. Ils ne doivent pas apporter de gêne à la circulation des personnes et leur emplacement, repéré par une signalisation durable, doit être tel que leur efficacité ne risque pas d'être compromise par les variations éventuelles de température survenant dans l'établissement.  § 2. Les extincteurs portatifs sont judicieusement répartis et appropriés aux risques notamment électriques qu'ils doivent combattre. Il y a un minimum d'un appareil pour 200 m<sup>2</sup> et par niveau, avec un minimum de deux par établissement. Ils doivent être accrochés à un élément fixe, avec une signalisation durable, sans placer la poignée de portage à plus de 1,20 m du sol  <a href="#">Article MS 39, 8 Arrêté du 25 juin 1980 portant approbation des dispositions générales du règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public (ERP).</a>  « L'employeur prend les mesures nécessaires pour que tout commencement d'incendie puisse être rapidement et efficacement combattu dans l'intérêt du sauvetage des travailleurs »  <a href="#">Article R4227-28 Code du travail (Décret n°2008-244 du 7 mars 2008)</a></p>	<p>Où placer le ou les extincteurs ?  Selon l'article MS39 du règlement de sécurité, les moyens d'extinction doivent être répartis de préférence dans les dégagements, en des endroits visibles et facilement accessibles. Ils peuvent être protégés à condition de faire l'objet d'une signalisation claire. Ils ne doivent pas apporter de gêne à la circulation des personnes et leur emplacement, repéré par une signalisation durable, doit être tel que leur efficacité ne risque pas d'être compromise par les variations éventuelles de température survenant dans l'établissement.</p>

2) Sécurité des locaux	Sécurité incendie	Fiche comportant tous les numéros d'urgence	<p>« § 4. Des consignes précises, affichées bien en vue, doivent indiquer :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le numéro d'appel des sapeurs-pompiers ;</li> <li>- l'adresse du centre de secours de premier appel</li> <li>- les dispositions immédiates à prendre en cas de sinistre.</li> </ul> <p>§ 5. Le personnel doit être instruit sur la conduite à tenir en cas d'incendie et être entraîné à la manœuvre des moyens de secours. »</p> <p>« § 3. La liaison avec les sapeurs-pompiers doit être réalisée par téléphone urbain dans tous les établissements. Toutefois, dans les cas d'occupation épisodique ou très momentanée de l'établissement, cette liaison n'est pas exigée. »</p> <p><i>Article PE 27, Modifié par Arrêté du 2 février 1993, Arrêté du 22 juin 1990 portant approbation de dispositions complétant le règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public</i></p>	
2) Sécurité des locaux	Sécurité incendie	Plan destiné aux secours si cabinet en sous-sol ou à l'étage	<p>« § 6. Dans les établissements implantés en étage ou en sous-sol, un plan schématique, conforme aux normes, sous forme d'une pancarte indestructible, doit être apposé à l'entrée, pour faciliter l'intervention des sapeurs-pompiers. Ce plan comporte l'emplacement des locaux techniques, des stockages dangereux, des dispositifs de coupure des fluides et des commandes des équipements de sécurité. »</p> <p><i>Article PE 27, Modifié par Arrêté du 2 février 1993, Arrêté du 22 juin 1990 portant approbation de dispositions complétant le règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public.</i></p>	
2) Sécurité des locaux	Sécurité incendie	Eclairage de sécurité (indication sortie de secours, au minimum)	<p>« L'éclairage de l'établissement lorsqu'il est nécessaire doit être électrique. Un éclairage de sécurité doit être prévu dans tous les cas » <i>Article R 123-8 du code de la construction et de l'habitation.</i></p> <p><i>Les règles d'installation de l'éclairage de sécurité sont définies dans "le règlement de sécurité" annexé à l'arrêté du 25 juin 1980 (articles EC 7 à 15).</i></p>	
2) Sécurité des locaux	Sécurité incendie si médecin employeur	Si médecin employeur Eclairage de sécurité	<p>Pour les établissements recevant des travailleurs et soumis au Code du travail : « Les établissements doivent disposer d'un éclairage de sécurité permettant d'assurer l'évacuation des personnes, la mise en œuvre des mesures de sécurité et l'intervention éventuelle des secours en cas d'interruption fortuite de l'éclairage normal ». <i>Article 3, Arrêté du 26 février 2003 relatif aux circuits et installations de sécurité paru au Journal officiel du 18 mars 2003, pris en application de l'article 15 du décret du 14 novembre 1988 relatif à la protection des travailleurs contre les courants électriques</i></p>	

2) Sécurité des locaux	Sécurité incendie si médecin employeur	Si médecin employeur Extincteur /200 m <sup>2</sup> /niveau	« Le premier secours contre l'incendie est assuré par des extincteurs en nombre suffisant et maintenus en bon état de fonctionnement. Il existe au moins un extincteur portatif à eau pulvérisée d'une capacité minimale de 6 litres pour 200 mètres carrés de plancher. Il existe au moins un appareil par niveau. Lorsque les locaux présentent des risques d'incendie particuliers, notamment des risques électriques, ils sont dotés d'extincteurs dont le nombre et le type sont appropriés aux risques. <a href="#">Article R. 4227-29 - Code du Travail (Décret n° 2008-244 du 7 mars 2008)</a>	
2) Sécurité des locaux	Sécurité incendie Si médecin employeur	Si médecin employeur : alarme, alerte, consignes	« § 2. Tous les établissements doivent être équipés d'un système d'alarme selon les modalités définies ci-dessous : a) L'alarme générale doit être donnée par établissement recevant du public et par bâtiment si l'établissement comporte plusieurs bâtiments ; b) Le signal sonore d'alarme générale ne doit pas permettre la confusion avec d'autres signalisations utilisées dans l'établissement. Il doit être audible de tout point du bâtiment pendant le temps nécessaire à l'évacuation ; c) Le personnel de l'établissement doit être informé de la caractéristique du signal sonore d'alarme générale. Cette information doit être complétée par des exercices périodiques d'évacuation ; d) Le choix du matériel d'alarme est laissé à l'initiative du chef d'établissement qui devra s'assurer de son efficacité ; e) Le système d'alarme doit être maintenu en bon état de fonctionnement. » <a href="#">Article PE 27, Modifié par Arrêté du 2 février 1993, Arrêté du 22 juin 1990 portant approbation de dispositions complétant le règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public.</a>	
2) Sécurité des locaux	Risque amiante	Présence d'un dossier technique amiante	« Les propriétaires des immeubles mentionnés aux deux alinéas suivants constituent le dossier technique " Amiante " défini à l'article R. 1334-26 avant les dates limites suivantes : - le 31 décembre 2003 pour les immeubles de grande hauteur mentionnés à l'article R. 122-2 du code de la construction et de l'habitation et les établissements recevant du public définis à l'article R. 123-2 de ce même code, classés de la première à la quatrième catégorie au sens de l'article R. 123-19 du même code à l'exception des parties privatives des immeubles collectifs d'habitation ; - le 31 décembre 2005 pour les immeubles de bureaux, <u>les établissements recevant du public et classés dans la cinquième</u>	

			<p><u>catégorie</u>, les immeubles destinés à l'exercice d'une activité industrielle ou agricole, les locaux de travail et les parties à usage commun des immeubles collectifs d'habitation.</p> <p>Les propriétaires des immeubles mentionnés aux deux précédents alinéas tiennent à jour le dossier technique " Amiante »</p> <p><a href="#">Article R1334-25 du Code de la santé publique</a></p>	
--	--	--	--	--



3) Accueil du patient		Ce qui est attendu	Références réglementaires	Recommandations HAS/Commentaires Conseil de l'Ordre
3) Accueil du patient	Accès extérieur du patient au cabinet	<p>Plaque professionnelle à l'entrée du cabinet : nom, qualification, secteur conventionnel, le numéro de téléphone, les jours et horaires de consultation ou de rendez-vous de chaque praticien</p> <p>une plaque entrée, une plaque porte maximum/médecin, 30x25 cm</p>	<p>« Les seules indications qu'un médecin est autorisé à faire figurer sur une plaque à son lieu d'exercice sont ses nom, prénoms, numéro de téléphone, jours et heures de consultations, situation vis à vis des organismes d'assurance maladie, diplômes, titres et qualifications reconnus conformément au 4e et au 5e de l'article 79. Une plaque peut être apposée à l'entrée de l'immeuble et une autre à la porte du cabinet, lorsque la disposition des lieux l'impose, une signalisation intermédiaire peut être prévue.</p> <p>Ces indications doivent être présentées avec discrétion, conformément aux usages de la profession.</p> <p>Lorsque le médecin n'est pas titulaire d'un diplôme, certificat ou titre mentionné au 1 de l'article L356-2 du code de la santé publique, il est tenu, dans tous les cas où il fait état de son titre ou de sa qualité de médecin, de faire figurer le lieu et l'établissement universitaire où il a obtenu le diplôme, titre ou certificat lui permettant d'exercer la médecine. »</p> <p><a href="#">Article 81 du code de déontologie médicale (art R4127-81 du code de la santé publique)</a></p>	<p>« La dimension de 30X25 cm est traditionnellement admise, elle doit être présentée avec discrétion et ne pas apparaître publicitaire »</p> <p><a href="#">Commentaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins</a></p>
3) Accueil du patient	Accès extérieur du patient au cabinet	Dispositif de sécurité à l'entrée en l'absence du médecin		<p>« Le cabinet médical proprement dit doit être sécurisé en l'absence du médecin. »</p> <p><a href="#">Commentaires Conseil de l'Ordre</a></p>
3) Accueil du patient	Secrétariat d'accueil	L'identité des consultants et leur intimité sont protégées lors de l'accueil, dans les salles d'attente et à l'occasion de prises de rendez vous	<p>« 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. Il doit veiller à ce qu'aucune atteinte ne soit portée par son entourage au secret qui s'attache à sa correspondance professionnelle ». »</p> <p><a href="#">Article 72 Code de déontologie médicale (article R.4127-72 du code de la santé publique)</a></p> <p>« Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.</p> <p>Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne</p>	<p>« Le respect du secret professionnel est inscrit dans le contrat de travail de chacun des salariés du cabinet »</p> <p><a href="#">Evaluation de l'organisation du cabinet libéral (suggestion)</a></p>

			<p>venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.</p> <p>Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, 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 sanitaire possible...»</p> <p><a href="#">Article L1110-4 du Code de la santé publique modifié par LOI n°2011-940 du 10 août 2011 - art. 2</a></p>	
3) Accueil du patient	Secrétariat d'accueil	Accueil sur rendez-vous privilégié		« Afin de réduire le risque de transmission infectieuse lié au temps de séjour en salle d'attente, il est suggéré de privilégier un accueil en consultations sur rendez-vous (accord professionnel). » <a href="#">Evaluation de l'organisation du cabinet libéral / URML Nord Pas de Calais (suggestion)</a>
3) Accueil du patient	Salle d'attente	Salle d'attente isolée au plan phonique du cabinet de consultation et du secrétariat d'accueil.	« Le médecin doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation convenable, de locaux adéquats pour permettre le respect du secret professionnel ... ».	« Les locaux doivent être aménagés (isolation phonique, visuelle) pour permettre le respect du secret professionnel et les dossiers médicaux protégés contre toute indiscretion, notamment si plusieurs médecins de disciplines différentes se succèdent dans un local partagé. Dans ce cas le fichier, au sens large, doit être personnel et son accès protégé. Le développement de l'informatique exige la protection des dossiers par des clés d'accès. »
3) Accueil du patient	Salle d'attente	Le nombre de places assises en salle d'attente est suffisant.	« Le médecin doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation convenable, de locaux adéquats pour permettre le respect du secret professionnel et de moyens techniques suffisants en rapport avec la nature des actes qu'il pratique ou de la population qu'il prend en charge...»	<a href="#">Commentaires Conseil de l'Ordre</a>
3) Accueil du patient	Salle d'attente	«Espace enfants» : jouets nettoyés (lave-linge/lave-vaisselle) au moins tous les deux jours	<a href="#">Article 71 Code de déontologie médicale (article R.4127-71 du Code de la Santé Publique)</a>	« Les méthodes recommandées pour le nettoyage des jouets sont l'utilisation du lave-linge pour les jouets à surface textile et l'utilisation du lave-vaisselle pour les jouets à surface dure (accord professionnel) » «Si le recours à un lave-linge et à un lave-vaisselle est possible (équipement à demeure ou gestion à domicile par la personne chargée de l'entretien), il est recommandé (accord professionnel) : - d'effectuer un nettoyage fréquent (tous les jours ou tous les deux jours) des jouets de la salle d'attente (il peut être judicieux de procéder à un roulement

				<p>dans la mise à disposition en salle d'attente) ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de retirer systématiquement les jouets de la salle d'attente en période d'épidémie de bronchiolite ou de gastro-entérite.</li> </ul> <p>R 11 : Si le recours à un lave-linge et à un lave-vaisselle n'est pas possible, il est recommandé de ne pas mettre de jouets dans la salle d'attente tout en soulignant qu'il est possible d'accepter que les familles apportent des jouets personnels (accord professionnel) »</p> <p><i>Recommandations HAS Juin 2007 hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical</i></p>
3) Accueil du patient	Salle d'attente	<p>Affichage obligatoire:</p> <p>dispositions en dehors des heures d'ouverture, notamment numéros d'urgence</p> <p>honoraires pour les principaux actes + montant des dépassements d'honoraires</p>	<p>« Les médecins doivent afficher, dans leur salle d'attente, de manière visible et lisible, les conditions ci-dessous dans lesquelles est assurée la permanence des soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leur numéro de téléphone et les heures auxquelles ils peuvent être joints ;</li> <li>- Le numéro de téléphone des structures de permanence de soins et d'urgence vers lesquelles ils choisissent d'orienter les consommateurs en leur absence ;</li> <li>- La mention suivante : « En cas de doute ou dans les cas les plus graves , appelez le numéro téléphonique 15 »"</li> </ul> <p><i>Arrêté 25 Juillet 1996, relatif à l'information du consommateur sur l'organisation des urgences médicales</i></p> <p>« Le professionnel de santé doit en outre afficher de façon visible et lisible dans sa salle d'attente ou à défaut dans son lieu d'exercice les informations relatives à ses honoraires, y compris les dépassements qu'il facture. Les infractions aux dispositions du présent alinéa sont recherchées et constatées dans les conditions prévues et par les agents mentionnés à l'article L 4163-1. Les conditions d'application du présent alinéa et les sanctions sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »</p> <p><i>Article 39 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale</i></p> <p>« Les professionnels de santé mentionnés aux livres Ier et III de la quatrième partie du présent code et qui reçoivent des patients affichent, de manière visible et lisible, dans leur salle d'attente ou, à défaut, dans leur lieu d'exercice, les tarifs des honoraires ou fourchettes des tarifs des honoraires qu'ils pratiquent ainsi que le tarif de remboursement par l'assurance maladie en vigueur correspondant aux prestations suivantes dès lors qu'elles sont effectivement proposées :</p>	<p>« L'absence d'affiche ou un affichage déficient peut donner lieu à des sanctions administratives pouvant atteindre 3 000 €.</p> <p>Elles n'interviendraient toutefois que dans un deuxième temps, si après un rappel par l'enquêteur des exigences de la loi et de la réglementation, le médecin ne s'est pas mis en conformité lors de la 2ème visite de celui-ci quel que soit le moment de celle-ci (au plus tôt 15 jours après le 1er contrôle). La DGCCRF nous a bien indiqué qu'il n'y aurait pas un deuxième rappel.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'obligation d'affichage s'impose aux médecins « qui reçoivent des patients ». Un médecin spécialiste (médecin biologiste ou anatomo-cyto-pathologiste) qui ne recevrait de patients qu'exceptionnellement devra cependant souscrire à cette obligation et procéder à l'affichage des tarifs des actes pratiques.</li> <li>2. L'obligation d'affichage s'impose également aux praticiens hospitaliers à temps plein autorisés à développer une activité libérale à l'hôpital.</li> <li>3. Dans le cadre d'un cabinet de groupe et si tous les médecins qui exercent relèvent du même secteur conventionnel et pratiquent les mêmes actes et tarifs d'honoraires, l'affiche peut être commune et précisera alors le nom de tous les praticiens.</li> <li>4. L'affiche doit être apposée de manière visible et lisible dans la salle d'attente. L'information doit être accessible et compréhensible et l'affiche ne doit pas être dissimulée au regard des patients. A défaut de salle d'attente, elle doit être apposée de manière tout aussi visible et lisible dans le cabinet de consultation du médecin.</li> <li>5. Les mentions en italique sont des mentions obligatoires définies par l'article R1111-22 du code de la santé publique</li> <li>6. Dans un souci de simplification de l'information destinée au patient, le détail sur l'affiche des actes et majorations (exemple CS + MPC + MCS) n'est pas nécessaire mais uniquement la mention du</li> </ol>

		secteur d'exercice et mentions correspondantes	<p>« 1° Pour les médecins : consultation, visite à domicile et majoration de nuit, majoration de dimanche, majorations pratiquées dans le cadre de la permanence des soins et au moins cinq des prestations les plus couramment pratiquées... »</p> <p><i>Article R. 1111-21 du Code de la santé publique, Décret en Conseil d'Etat no 2009-152 du 10 février 2009 relatif à l'information sur les tarifs d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé.</i></p> <p>« Les médecins mentionnés à l'article précédent doivent également afficher, dans les mêmes conditions matérielles et selon leur situation conventionnelle, les phrases citées au a, b ou c ci-après :</p> <p>« a) Pour les médecins conventionnés qui pratiquent les tarifs fixés par la convention :</p> <p>« " Votre médecin applique les tarifs de remboursement de l'assurance maladie. Ces tarifs ne peuvent pas être dépassés, sauf dans deux cas :</p> <p>« — exigence exceptionnelle de votre part, s'agissant de l'horaire ou du lieu de la consultation ;</p> <p>« — non-respect par vous-même du parcours de soins.</p> <p>« Si votre médecin vous propose de réaliser certains actes qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie, il doit obligatoirement vous en informer.</p> <p>« Dans tous les cas cités ci-dessus où votre médecin fixe librement ses honoraires ou ses dépassements d'honoraires, leur montant doit être déterminé avec tact et mesure. »</p> <p>« b) Pour les médecins conventionnés autorisés à pratiquer des honoraires supérieurs à ceux fixés par la convention :</p> <p>« " Votre médecin détermine librement ses honoraires. Ils peuvent donc être supérieurs au tarif du remboursement par l'assurance maladie.</p> <p>« Si votre médecin vous propose de réaliser certains actes qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie, il doit obligatoirement vous en informer.</p> <p>« Dans tous les cas, il doit fixer ses honoraires avec tact et mesure.</p> <p>« Si vous bénéficiez de la couverture maladie universelle complémentaire, votre médecin doit appliquer le tarif de remboursement de l'assurance maladie. »</p> <p>« c) Pour les médecins non conventionnés avec l'assurance maladie, les phrases : « " Votre médecin n'est pas conventionné ; il détermine librement le montant de ses honoraires. Le remboursement de l'assurance maladie se fait sur la base des « tarifs d'autorité », dont le</p>	<p>montant final de l'acte.</p> <p>7. Les deux premiers tableaux des médecins généralistes et le premier tableau des médecins spécialistes correspondent aux informations obligatoires listées à l'article R 1111-21 du code de la santé publique : consultation, visite à domicile et majoration de nuit, majoration de dimanche, majorations pratiquées dans le cadre de la permanence des soins. Si le médecin effectue même ponctuellement certains de ces actes, l'affiche doit obligatoirement en indiquer les tarifs. Ainsi, un médecin spécialiste qui ne réaliserait de visites que de façon exceptionnelle devra cependant en indiquer le tarif. En revanche, si le médecin ne réalise jamais certains de ces actes, l'affiche ne les mentionnera pas.. Il en va ainsi du médecin généraliste qui, compte tenu de l'organisation locale de la permanence des soins, n'effectuerait aucun acte en nuit profonde. Il n'aurait pas alors à mentionner les majorations correspondantes.</p> <p>8. La réglementation ne prévoit pas pour le premier tableau l'indication du tarif de la visite non majorée. Il est cependant recommandé de le remplir si vous effectuez ce type de visites ».</p> <p><i>Commentaires Conseil de l'Ordre</i></p>
--	--	--	--	--

			<p>montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les médecins conventionnés.</p> <p>« Si votre médecin vous propose de réaliser certains actes qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie, il doit obligatoirement vous en informer. Dans tous les cas, il doit fixer ses honoraires avec tact et mesure. »</p> <p><i>Article.R. 1111-22.- du Code de la santé publique</i></p> <p>«Le fait de ne pas afficher les informations relatives aux honoraires dans les conditions prévues aux articles R. 1111-21 à R. 1111-24 est sanctionné comme suit :</p> <p>« En cas de première constatation d'un manquement, les agents habilités notifient au professionnel un rappel de réglementation mentionnant la date du contrôle, les faits constatés ainsi que le montant maximum de l'amende administrative encourue.</p> <p>« Le professionnel en cause dispose d'un délai de quinze jours pour se mettre en conformité avec la réglementation ainsi rappelée. Passé ce délai, en cas de nouvelle constatation d'un manquement chez le même professionnel, le représentant de l'Etat dans le département notifie les manquements reprochés et le montant de l'amende administrative envisagée au professionnel, afin qu'il puisse présenter ses observations écrites ou orales, le cas échéant assisté d'une personne de son choix, dans le délai de quinze jours francs à compter de la notification.</p> <p>« A l'issue de ce délai, le représentant de l'Etat peut prononcer une amende administrative dont le montant ne peut excéder 3 000 €. Il la notifie à l'intéressé en lui indiquant le délai dans lequel il doit s'en acquitter et les voies de recours qui lui sont ouvertes. L'amende est recouvrée conformément aux dispositions des articles 76 à 79 du décret n° 62-1587 du 29 décembre 1962 portant règlement général sur la comptabilité publique. »</p> <p><i>Article.R. 1111-25.- du Code de la santé publique</i></p> <p>« Les médecins et les pharmaciens inspecteurs de santé publique ainsi que les inspecteurs des agences régionales de santé, les inspecteurs de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé , ainsi que toutes les personnes habilitées à constater les infractions à la législation sur la répression des fraudes notamment les agents de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, de la direction générale des douanes et de la direction générale des finances publiques sont habilités à procéder à la recherche et à la constatation</p>	
--	--	--	---	--

			des infractions prévues aux articles L. 4163-2 à L. 4163-4 et à l'article L. 4221-17. Les agents susmentionnés utilisent, pour rechercher et constater ces infractions, les pouvoirs prévus aux chapitres II à VI du titre Ier du livre II du code de la consommation » <a href="#">Article L4163-1 du Code de la santé publique</a>	
3) Accueil du patient	Salle d'attente	Pas d'affichage publicitaire ou commercial	« La médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce. Sont interdits tous procédés directs ou indirects de publicité et notamment tout aménagement ou signalisation donnant aux locaux une apparence commerciale. » <a href="#">Article 19 Code de déontologie médicale (article R.4127-19 du code de la santé publique)</a> « Lorsque le médecin participe à une action d'information du public de caractère éducatif et sanitaire, quel qu'en soit le moyen de diffusion, il doit ne faire état que de données confirmées, faire preuve de prudence et avoir le souci des répercussions de ses propos auprès du public. Il doit se garder à cette occasion de toute attitude publicitaire, soit personnelle, soit en faveur des organismes où il exerce ou auxquels il prête son concours, soit en faveur d'une cause qui ne soit pas d'intérêt général. » <a href="#">Article 13 Code de déontologie médicale (article R.4127-13 du code de la santé publique)</a>	« Ainsi qu'il est précisé aux articles 13, 19, 20, toute "réclame" est interdite, qu'elle émane du médecin lui-même ou des organismes auxquels il est lié directement ou indirectement, ou pour lesquels il travaille (établissements de santé, "centres", "instituts", etc.) (voir note [1]). Sa participation à l'information du public doit être mesurée (article 13), et la personnalité du médecin, qui peut valoriser le message éducatif, doit s'effacer au profit de ce message sans s'accompagner de précisions sur son exercice (type, lieu, conditions). » <a href="#">Commentaires Conseil de l'Ordre</a>
3) Accueil du patient	Salle d'attente	Information des patients si dispositif vidéo protection (déclaré CNIL)		« Si le médecin recourt à des dispositifs de vidéo protection pour la sécurité des personnes et des biens, les moyens utilisés doivent nécessairement être proportionnés aux risques identifiés, ne pas porter atteinte à l'intimité des personnes et respecter le secret professionnel. Les patients doivent être informés de l'existence du dispositif qui doit être déclaré à la CNIL en cas d'enregistrement des images. » <a href="#">Commentaires Conseil de l'Ordre</a>
3) Accueil du patient	Sanitaires patients	Présence d'un point d'eau, distributeur savon liquide, essuie mains usage unique		« R 3 : Il est recommandé d'aménager un point d'eau dans chaque salle de consultation ainsi que dans les zones sanitaires. Chaque point d'eau doit avoir à proximité un distributeur de savon liquide à pompe et avec poche rétractable éjectable, un distributeur d'essuie-mains à usage unique en papier non tissé et une poubelle à pédale ou sans couvercle (accord professionnel) ». <a href="#">Recommandations HAS Juin 2007 hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical</a>

4) Salle de consultation		Ce qui est attendu	Références réglementaires	Recommandations HAS/Commentaires Conseil de l'Ordre
4) Salle de consultation	Agencement	Coin bureau distinct de la zone de soins	« La personne malade a droit au respect de sa dignité » <a href="#">Article L1110-2 du Code de la Santé Publique</a>	« La zone de soins est une salle attenante au cabinet, tel qu'une personne qui entre ne peut pas voir le ou la patient(e) (séparé par exemple par un rideau ou un paravent) » « La zone de soins dispose d'un espace réservé afin que les patients puissent se déshabiller ou rhabiller en toute intimité (c'est-à-dire sans être sous le regard du médecin ou de tiers) ex pièce attenante au cabinet, ou bien un espace séparé par un rideau ou un paravent Le déshabilleur est équipé d'éléments de confort (ex siège, portemanteau, miroir, chausse pied) <a href="#">Evaluation et amélioration de la qualité dans les cabinets libéraux URML Nord Pas de Calais (suggestion)</a>
4) Salle de consultation	Mobilier de bureau	Hygiène des mains usage mobilier bureau		« R 7 : Aucune recommandation n'est proposée concernant le mobilier de bureau (stylos, dossiers médicaux, combinés téléphoniques, claviers d'ordinateur) en dehors du respect strict de l'hygiène des mains. Chaque professionnel peut toutefois opter pour un clavier sans touche ou pour la couverture de son clavier d'ordinateur par un écran ou par un film plastique transparent (accord professionnel). » <a href="#">Recommandations HAS Juin 2007 Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical et paramédical</a>
4) Salle de consultation	Dossiers médicaux	Dossiers médicaux actualisés	« I - Indépendamment du dossier médical prévu par la loi, le médecin tient pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle ; cette fiche est confidentielle et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques. Les notes personnelles du médecin ne sont ni transmissibles ni accessibles au patient et aux tiers. Dans tous les cas, ces documents sont conservés sous la responsabilité du médecin.  II - A la demande du patient ou avec son consentement, le médecin transmet aux médecins qui participent à la prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter les informations et documents utiles à la continuité des soins. Il en va de même lorsque le patient porte son choix sur un autre médecin traitant. » <a href="#">Article 45 code de déontologie médicale/article R.4127-45 du code</a>	« Les documents médicaux concernant une personne s'adressant à un médecin sont très divers. En font partie les dossiers professionnels ou fiches d'observation, tenus par le médecin. Le code fait obligation au médecin d'avoir au minimum une fiche d'observation comportant les éléments actualisés nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques (article 45). Au maximum, il peut s'agir d'un dossier professionnel volumineux, voire de plusieurs dossiers répartis entre plusieurs médecins intervenant séparément pour le même patient.» <a href="#">Commentaires Conseil de l'Ordre</a>

			<i>de la santé publique</i>	
4) Salle de consultation	Dossiers médicaux	Dossiers médicaux protégés (sous clef)	<p>« Le médecin doit protéger contre toute indiscretion les documents médicaux concernant les personnes qu'il a soignées ou examinées, quels que soient le contenu et le support de ces documents. Il en va de même des informations médicales dont il peut être le détenteur... ».</p> <p><i>Article 73 Code déontologie médicale/ Article R.4127-73 du code de la santé publique</i></p> <p>« Le responsable du traitement est tenu de prendre toutes précautions utiles, au regard de la nature des données et des risques présentés par le traitement, pour préserver la sécurité des données et, notamment, empêcher qu'elles soient déformées, endommagées, ou que des tiers non autorisés y aient accès. »</p> <p><i>Article 34, Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés</i></p> <p>« Le fait de procéder ou de faire procéder à un traitement de données à caractère personnel sans mettre en œuvre les mesures prescrites à l'article 34 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 précitée est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 300 000 Euros d'amende »</p> <p><i>Article 226-17 du Code Pénal.</i></p>	<p>« Le médecin doit en assurer la conservation en prenant toutes les précautions utiles : locaux, armoires de classement fermées à clef, ordinateur protégé par un code d'accès et si les dossiers ne sont plus sous sa garde, s'assurer qu'ils sont conservés dans des conditions permettant d'en respecter la confidentialité »</p> <p><i>Commentaires Conseil de l'Ordre</i></p>
4) Salle de consultation	Dossiers médicaux	Dossiers médicaux sur support informatique / déclaration CNIL	<p>« I. Il est interdit de collecter ou de traiter des données à caractère personnel ... des personnes, ou qui sont relatives à la santé ou à la vie sexuelle de celles-ci.</p> <p>II. Dans la mesure où la finalité du traitement l'exige pour certaines catégories de données, ne sont pas soumis à l'interdiction prévue au I :</p> <p>Les traitements nécessaires aux fins de la médecine préventive, des diagnostics médicaux, de l'administration de soins ou de traitements, ou de la gestion de services de santé et mis en œuvre par un membre d'une profession de santé, ou par une autre personne à laquelle s'impose en raison de ses fonctions l'obligation de secret professionnel prévue par l'article 226-13 du code pénal »</p> <p><i>Article 8, Loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978</i></p>	<p>« Les données de santé sont des données sensibles (article 8 de la loi) dont le traitement est en principe interdit, sauf exceptions. La dérogation la plus utilisée est celle prévue pour la gestion administrative et médicale des patients mis en œuvre par les professionnels et établissements de santé »</p> <p>« Plusieurs mesures de simplification ont été prises par la CNIL dans le secteur santé :</p> <p>- la Norme Simplifiée n° 50 : gestion des cabinets médicaux et paramédicaux »</p> <p><i>Guide Professionnels de santé CNIL 2011</i></p> <p>Les documents médicaux établis sur support informatique doivent faire l'objet d'une déclaration auprès de la CNIL. La CNIL a adopté une norme simplifiée de déclaration NS n°50 pour la gestion des dossiers tenus par les médecins qui exercent à titre libéral.</p> <p><i>Commentaires Conseil de l'Ordre</i></p>



			<i>relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés</i>	
4) Salle de consultation	Dossiers médicaux	Si logiciel d'aide à la prescription, certifié conforme par la HAS	« La Haute Autorité de santé ... établit également la procédure de certification des logiciels d'aide à la prescription médicale ayant respecté un ensemble de règles de bonne pratique. Elle veille à ce que les règles de bonne pratique spécifient que ces logiciels intègrent les recommandations et avis médico-économiques identifiés par la Haute Autorité de santé, permettent de prescrire directement en dénomination commune internationale, d'afficher les prix des produits au moment de la prescription et le montant total de la prescription, d'indiquer l'appartenance d'un produit au répertoire des génériques et comportent une information relative à leur concepteur et à la nature de leur financement. Cette procédure de certification participe à l'amélioration des pratiques de prescription médicamenteuse. Elle garantit la conformité des logiciels à des exigences minimales en termes de sécurité, de conformité et d'efficience de la prescription. » <a href="#">Article L161-38 Code de la sécurité sociale</a>	
4) Salle de consultation	Sécurité des transmissions	Sécurité des transmissions messages électroniques		« En l'absence de messagerie interne sécurisée, les informations de santé doivent être placées dans des documents joints au message. Ces documents doivent être chiffrés avant la transmission (ex. : programme de chiffrement dénommé PGP) et le secret nécessaire à la lecture du fichier (ex. : mot de passe) doit être transmis par un canal de nature différente (ex. : téléphone, SMS...). » <a href="#">Guide CNIL Professionnels de santé</a>
4) Salle de consultation	Sécurité des transmissions	Sécurité des transmissions télécopies		« Le télécopieur doit être situé dans un local médical à l'accès physique contrôlé, uniquement accessible au personnel médical et paramédical. • L'impression des messages doit être subordonnée à l'introduction d'un code d'accès personnel. • Lors de l'émission de la télécopie, le télécopieur doit afficher l'identité du destinataire. • Doubler l'envoi par télécopie d'un envoi postal des documents originaux au destinataire. • Si possible, préenregistrer dans le carnet d'adresses les numéros des destinataires habituels. » <a href="#">Guide CNIL Professionnels de santé</a>
4) Salle de consultation	Hygiène salles de soins	Point d'eau		« R 3 : Il est recommandé d'aménager un point d'eau dans chaque salle de consultation ainsi que dans les zones sanitaires. Chaque point d'eau doit avoir à proximité un distributeur de savon liquide à pompe et avec poche rétractable

				<p>éjectable, un distributeur d'essuie-mains à usage unique en papier non tissé et une poubelle à pédale ou sans couvercle (accord professionnel). »</p> <p><i>Recommandations HAS Juin 2007 Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical et paramédical</i></p>
4) Salle de consultation	Hygiène Salle de soins	Hygiène des mains au savon liquide, essuie main papier		<p>« R 37 : Il est recommandé de procéder à un lavage des mains au savon doux à l'arrivée au cabinet, au départ du cabinet et en cas de mains visiblement souillées (grade A). Il est recommandé d'utiliser un savon doux liquide distribué à la pompe (conteneur fermé non rechargeable) ou en poche rétractable et jetable. Les savons en pain sont à proscrire (accord professionnel).</p> <p>R 38 : Il est recommandé de se désinfecter les mains par friction hydro-alcoolique entre chaque patient et en cas d'interruption des soins pour un même patient (grade A). Le délai de désinfection recommandé est de 30 secondes au minimum (procédure standardisée NFEN 1500 en annexe 3). Les mains sont séchées par friction à l'air libre et sans aucun rinçage.</p> <p>R 39 : À défaut d'utiliser un produit hydro-alcoolique, compte tenu des problèmes de tolérance cutanée des savons antiseptiques, il est recommandé d'utiliser un savon doux (grade B) en respectant un savonnage d'une durée minimale de 10 secondes (accord professionnel).</p> <p>R 40 : En présence de poudre sur les mains au retrait des gants poudrés, le lavage des mains au savon doux est recommandé (accord professionnel).</p> <p>R 41 : Il est recommandé d'utiliser des essuie-mains à usage unique, par exemple en papier absorbant (grade C). Afin d'éviter une nouvelle contamination, l'essuie-mains sera utilisé pour refermer le robinet avant d'être jeté dans une poubelle sans couvercle ou à ouverture non manuelle (accord professionnel).</p> <p>R 42 : Avant une procédure de lavage des mains, il est recommandé de retirer les bijoux des mains et de poignets. Les c les dermatites irritatives et la sécheresse cutanée, notamment en cas de lavage régulier au savon doux (grade B) ou en hiver »</p> <p><i>Recommandations HAS Juin 2007 Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical et paramédical</i></p>
4) Salle de consultation	Hygiène Salle de soins	Port d'une tenue propre		<p>« R 46 : Faute de preuve d'un effet du port de blouse sur l'incidence clinique des infections liées aux soins et compte tenu de l'absence de consensus au sein du groupe, le port d'une blouse n'est pas recommandé de manière standard (accord professionnel).</p> <p>Si le professionnel opte pour le port d'une blouse, le groupe de travail rappelle que la température minimale de lavage recommandée en lingerie hospitalière pour la désinfection</p>

				<p>des vêtements est de 65°C.</p> <p>R 47 : En revanche, une <u>tenue propre</u> est recommandée de manière standard. Il est recommandé de changer de tenue quotidiennement et dès qu'elle paraît visiblement souillée.</p> <p>L'usage d'un détergent à lessive commercial ainsi qu'un lavage et un séchage à la machine sont suffisants pour nettoyer de la lingerie souillée dans un milieu communautaire ou un contexte de soins à domicile (accord professionnel).</p> <p><i>Recommandations HAS Juin 2007 Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical et paramédical</i></p>
4) Salle de consultation	Hygiène Salle de soins	Table/fauteuil lessivable + support usage unique		<p>« R 6 : une table ou un fauteuil d'examen, recouvert d'un revêtement lessivable et d'un support non tissé ou d'un drap à usage unique changé entre chaque patient (accord professionnel). »</p> <p><i>Recommandations HAS Juin 2007 Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical et paramédical</i></p>
4) Salle de consultation	Hygiène Salle de soins	<p>Poubelle déchets ménagers</p> <p>+ poubelle sac jaune DASRI Norme NFX 30-501</p> <p>+ boîte OPCT Norme NFX 30-500</p>	<p>« Les déchets d'activités de soins et assimilés sont collectés dans des emballages à usage unique. Ces emballages doivent pouvoir être fermés temporairement et ils doivent être fermés définitivement avant leur enlèvement. Les emballages sont obligatoirement placés dans des grands récipients pour vrac, sauf dans les cas définis par arrêté des ministres chargés de l'environnement et de la santé. »</p> <p><i>Article R1335-6 Code de la santé publique</i></p> <p>▣ « Les sacs en plastique et les sacs en papier doublés intérieurement de matière plastique, à usage unique, réservés à la collecte des déchets solides d'activités de soins à risques infectieux, ne peuvent recevoir des déchets perforants que si ceux-ci sont préalablement conditionnés dans des boîtes et minicollecteurs mentionnés à l'article 6 du présent arrêté, définitivement fermés. Ces sacs répondent à la norme NF X 30-501 (février 2001) ou toute autre norme d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord instituant l'Espace économique européen, pour autant que cette dernière offre un niveau de sécurité au moins équivalent à la norme française. Lorsque la limite de remplissage, garantissant la fermeture correcte du sac et la protection sanitaire des opérateurs,</p>	<p>▣ « R 6 : Il est recommandé d'équiper la salle d'examen et de soins avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- une poubelle réservée aux déchets ménagers : emballages, papiers, couches ;</li> <li>- une poubelle équipée de sac poubelle de couleur différente pour le recueil des déchets d'activité de soins à risques infectieux (DASRI) ; la couleur retenue pour ces emballages est le jaune, couleur correspondant au signalement européen du risque biologique ;</li> <li>- une boîte à objet piquant, coupant, tranchant (OPCT) situé à portée de main du soin »</li> </ul> <p>● « Les déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI)...doivent être séparés dès leur production par les professionnels de santé, conditionnés de manière distincte dans un emballage primaire afin de suivre des filières d'élimination spécifiques.</p> <p>Les professionnels de santé doivent donc disposer :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de boîtes à déchets perforants selon la terminologie AFNOR pour le recueil des</li> <li>objets piquants, coupants ou tranchants souillés (OPCT) ;</li> <li>- d'emballages rigides et étanches à usage unique ou de sacs étanches placés dans</li> <li>des conteneurs réservés à leur collecte pour les déchets « mous » contaminés à type de compresses souillées, poches, tubulures de sang, etc. »</li> </ul>

			<p>est atteinte, dans le respect des durées d'entreposage définies par l'arrêté du 7 septembre 1999 susvisé relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques, le sac en plastique est fermé définitivement avant d'être déposé dans un emballage mentionné aux articles 4, 5 et 8 du présent arrêté. »</p> <p><i>Article 3, Arrêté du 24 novembre 2003 relatif aux emballages des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques d'origine humaine</i></p> <p>□ « Les emballages utilisés pour le conditionnement des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés portent, sauf indications contraires : - un repère horizontal indiquant la limite de remplissage ; - la mention : « Déchets d'activités de soins à risques infectieux » en toutes lettres, à l'exception des emballages visés aux articles 3 et 6 du présent arrêté. Pour les grands emballages et pour les grands récipients pour vrac, cette mention doit apparaître sur deux côtés opposés et en caractères distinctement lisibles à plusieurs mètres ; - la mention : « Masse brute maximale à ne pas dépasser ... kilogrammes ». Cette disposition s'applique uniquement aux emballages mentionnés aux articles 4 et 5 du présent arrêté ; - l'étiquette de danger biologique de la directive du Conseil n° 2000/54/CE susvisée. Cette disposition n'a pas lieu d'être appliquée pour les emballages également utilisés pour le transport, et à ce titre munis d'une étiquette de danger conforme au modèle n° 6.2 de l'arrêté du 1er juin 2001 ADR susvisé ; - la couleur dominante des emballages, parfaitement identifiable, est <u>le jaune</u> ; - un pictogramme visible pour l'utilisateur et précisant qu'il est interdit de collecter des déchets perforants, pour les emballages mentionnés aux articles 3, 4 et 8 du présent arrêté, s'ils ne sont pas préconditionnés dans des emballages visés aux articles 5 et 6 du présent arrêté ; - le nom du producteur doit figurer sur chaque emballage ou grand emballage ou grand récipient pour vrac. »</p> <p><i>Article 11, arrêté du 24 novembre 2003</i></p> <p>« Les boîtes et minicollecteurs pour déchets perforants sont à</p>	<p><i>Recommandations HAS Juin 2007 Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical et paramédical</i></p> <p>« Le Laboratoire National d'Essais (LNE) a mis en place, sous mandat d'AFNOR CERTIFICATION, une marque NF applicable aux boîtes et mini-collecteurs de moins de 10 litres destinés à contenir des déchets perforants (aiguilles) : la marque NF Emballages pour déchets d'activités de soins perforants. »</p>
--	--	--	--	--

			usage unique. Le niveau minimum d'exigence requis pour ces boîtes et minicollecteurs correspond à la norme NF X 30-500 (décembre 1999) ou toute autre norme d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord instituant l'Espace économique européen, pour autant que cette dernière offre un niveau de sécurité au moins équivalent à la norme française. » <i>Article 6, Arrêté du 24 novembre 2003 relatif aux emballages des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques d'origine humaine</i>	
4) Salle de consultation	Hygiène Salle de soins	Absence de plantes, vases, aquariums, fontaine		« R 8 : Les plantes, vases, aquariums et fontaines décoratives ne sont pas recommandés dans les zones de soins (accord professionnel). » <i>Recommandations HAS Juin 2007 Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical et paramédical</i>
4) Salle de consultation	Hygiène Salle de soins	Surfaces lessivables		R 13 : L'aménagement des locaux doit privilégier un entretien facile, efficace et la stricte utilité pour les soins. Il est recommandé, pour toutes les surfaces (sols, murs, plans de travail) d'opter pour des revêtements lessivables lisses, non poreux, faciles à nettoyer et ne présentant pas ou peu de joints. Le carrelage, avec joints plats et étanches qui peuvent devenir poreux, doit être évité ; l'emploi du bois et du liège est à éviter dans les lieux de soins, de même que la pose de moquettes et de tapis (accord professionnel). <i>Recommandations HAS Juin 2007 Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical et paramédical</i>
4) Salle de consultation	Hygiène Salle de soins	Gants non stériles / essuie tout / détergent désinfectant		« R 18 : Il est recommandé d'éliminer, après avoir mis des gants non stériles, les souillures biologiques (sang, salive, etc.) dès leur production avec de l'essuie-tout imprégné d'un produit détergent-désinfectant ou de l'eau de Javel (diluée au 1/10) (accord professionnel). R 19 : Il est en particulier recommandé de procéder au nettoyage et à la désinfection de la table d'examen après l'examen d'un patient atteint de gastro-entérite aiguë ou de bronchiolite en utilisant un essuie-tout imprégné d'un produit détergent-désinfectant (accord professionnel). » <i>Recommandations HAS Juin 2007 Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical et paramédical</i>
4) Salle de consultation	Cabinet	Affichage de conduite à tenir en cas d'accident	« Il appartient aux établissements de soins de ...favoriser l'information et la formation sur la prévention et la prise en charge des AES....	« R 52 : En cas d'accident d'exposition au sang ou à un liquide biologique d'origine humaine, la procédure à suivre a été décrite par les circulaires DGS/DH – n° 98/249 du 20 avril 1998

		d'exposition au sang	<p>...Après piquûre ou blessure cutanée, nettoyer immédiatement la plaie à l'eau courante et au savon, rincer, puis réaliser l'antisepsie avec un dérivé chloré stable ou fraîchement préparé (soluté de Dakin ou éventuellement eau de Javel à 12° chlorométrique diluée à 1/10) en assurant un temps de contact d'au moins cinq minutes, etc.... »</p> <p><i>Circulaire DGS/VS2/DH/DRT n°99-680 du 8 décembre 1999 relative aux recommandations à mettre en œuvre devant un risque de transmission du VHB et du VHC par le sang et les liquides biologiques</i></p>	<p>et n° 99/680 du 8 décembre 1999. Cette procédure doit être connue et affichée dans le cabinet pour l'ensemble des professionnels y travaillant (notamment les coordonnées du référent médical hospitalier le plus proche et les modalités de déclaration d'accident du travail).</p> <p>Le groupe de travail recommande que les numéros de téléphone suivant soient également accessibles (accord professionnel) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- VIH Info Soignant de 9 H à 21 H ; tel : 0 810 630 515 et 0 800 240 533 ;</li> <li>- SIDA info service 24H/24 ; tel : 0 800 840 800. »</li> </ul> <p><i>Recommandations HAS Juin 2007 Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical et paramédical</i></p>
--	--	----------------------	---	--

5) Matériel		Ce qui est attendu	Références réglementaires	Recommandations HAS/Commentaires Conseil de l'Ordre
5) Matériel	Matériel médical	Dispositifs médicaux jetables : préférentiellement, stérilisation à défaut	À performance égale, et d'une manière générale...il est recommandé d'utiliser du matériel à usage unique préférentiellement à un matériel réutilisable ». <a href="#">Circulaire DGS/DH n°672, 20/10/97</a> « Le matériel à usage unique ne doit pas être réutilisé ». <a href="#">Circulaire DGS/SQ 3, DGS/PH 2 - DH/EM 1 n° 51 du 29 décembre 1994</a> « Le médecin doit notamment veiller à la stérilisation et à la décontamination des dispositifs médicaux qu'il utilise... ». <a href="#">Article 71 Code de Déontologie médicale (article R.4127-71 du code de la santé publique)</a>	« privilégier les dispositifs médicaux à usage unique dès lors que cela est possible (instrumentation de petite chirurgie), spéculums vaginaux par exemple) » « R 24 : L'utilisation du matériel à usage unique est notamment indispensable pour tous les gestes invasifs, dès lors que ce matériel est disponible (par exemple : aiguilles, seringues, lames de bistouri, etc.) (accord professionnel). » <a href="#">Recommandations HAS Juin 2007 Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical et paramédical</a>
5) Matériel	Matériel médical	Dispositifs médicaux réutilisables immergeables : étapes de désinfection		« R 26 : Dès lors qu'un professionnel opte pour l'usage de dispositifs médicaux réutilisables supportant l'immersion, le groupe de travail rappelle qu'il est indispensable, avant toute stérilisation ou désinfection, de respecter les étapes, muni de gants non stériles, de la procédure de traitement commune suivante (accord professionnel) : - prédésinfection immédiate du dispositif médical après utilisation selon la durée préconisée par le fabricant du prédésinfectant (décontaminant) ; en l'absence d'indication, une durée de 15 minutes au minimum sera adoptée ; - nettoyage à la brosse ; - rinçage à l'eau courante. Après le rinçage, le dispositif médical (DM) est séché qu'il s'agisse : - d'un DM non-critique destiné à son utilisation immédiate ; - ou de DM critique et semi critique pour lesquels la procédure de traitement continue avec les étapes de stérilisation (matériel thermorésistant) ou de désinfection (matériel thermosensible) « de haut niveau » ou de « niveau intermédiaire » selon le caractère invasif de l'acte à réaliser ». <a href="#">Recommandations HAS Juin 2007 Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical et paramédical</a>
5) Matériel	Matériel médical	Dispositifs médicaux réutilisables non immergeables (brassard, stéthoscope, etc) désinfectés à l'aide d'un support non tissé	3	« R 35 : Il est recommandé d'utiliser, au minimum quotidiennement, un support non tissé imprégné d'un produit détergent-désinfectant pour la désinfection des dispositifs médicaux non critiques ou semi-critiques réutilisables ne supportant pas l'immersion (niveau de preuve 4) ». <a href="#">Recommandations HAS Juin 2007 Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical et paramédical</a>

		imprégné de produits détergent-désinfectant		
5) Matériel	Matériel de stérilisation	Si dispositifs médicaux thermostables réutilisables, stérilisateur à vapeur d'eau	<p>« Dans l'état actuel des connaissances, la stérilisation par la vapeur d'eau saturée sous pression doit être la méthode appliquée lorsque le dispositif le supporte ».</p> <p><a href="#">Circulaire DGS/DH n° 672, 20/10/97</a></p> <p>Une température de 134°C (degrés Celsius) et un temps de 18 minutes sont recommandés (au minimum) pour la stérilisation à la vapeur d'eau.</p> <p>« ...La méthode à la vapeur d'eau ... seul procédé d'efficacité importante vis-à-vis de l'inactivation des agents transmissibles non conventionnels (ATNC) ».</p> <p>L'utilisation de la « stérilisation à la chaleur sèche » (de type Poupinel®) est vivement déconseillée... procédé inefficace pour l'inactivation des prions. »</p> <p><a href="#">Circulaire DGS/DHOS/E2 n°138 du 14 mars 2001</a></p>	<p>R 27 : Pour le traitement des dispositifs médicaux thermostables réutilisables, il est recommandé de recourir, individuellement ou collectivement, à un stérilisateur à la vapeur d'eau disposant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de la capacité d'éliminer l'air (le plus souvent à l'aide d'une pompe) ;</li> <li>- de préprogrammations pour les cycles suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>_ cycle avec un plateau thermique de 134°C pendant 18 minutes, _ test de vide, _ test de pénétration de la vapeur de type essai de <i>Bowie-Dick</i> ;</li> </ul> </li> <li>- de l'enregistrement et de l'impression des paramètres de stérilisation pour chaque cycle (diagramme du cycle ou ticket d'enregistrement) afin d'en assurer la traçabilité (accord professionnel).</li> </ul> <p>R 28 : Il est recommandé de recourir au cycle B3 polyvalent de stérilisation qui doit être utilisé systématiquement pour tous les actes nécessitant l'usage de dispositifs médicaux réutilisables critiques et pour tous les actes à risque prion (accord professionnel).</p> <p>R 29 : Il est recommandé d'effectuer un essai de pénétration de la vapeur de type essai de <i>Bowie-Dick</i> au début de chaque journée d'utilisation (accord professionnel).</p> <p><a href="#">Recommandations HAS Juin 2007 Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical et paramédical</a></p>
5) Matériel	Matériel de conservation	Si frigidaire, dégivrage régulier + détergent/désinfectant		<p>« Nettoyez les parois et la poignée du réfrigérateur avec une lavette imprégnée de détergent désinfectant. Il est recommandé, à défaut de dégivrage automatique, de réaliser un dégivrage régulier, en accord avec les spécifications du fabricant et de procéder, à cette occasion, à un nettoyage et à une désinfection du réfrigérateur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- soit par un produit détergent suivi d'une désinfection par de l'eau de Javel à 2,6 % de chlore actif diluée au 1/20 dans l'eau froide suivie d'un rinçage après 15 minutes de contact</li> <li>- soit directement par un produit détergent-désinfectant. »</li> </ul> <p><a href="#">Recommandations HAS Juin 2007 Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical et paramédical</a></p>
5) Matériel	Détention de médicaments	Les médicaments utilisés, si non échantillons, ont été obtenus par commande à usage professionnel	<p>« La commande à usage professionnel de médicaments destinés à la médecine humaine mentionnés à la présente section indique lisiblement :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1° Le nom, la qualité, le numéro d'inscription à l'ordre, l'adresse et la signature du praticien, ainsi que la date ;</li> <li>2° La dénomination et la quantité du médicament ou du produit ;</li> </ol>	



			<p>3° La mention : "Usage professionnel". Le prescripteur appose sa signature immédiatement sous la dernière ligne de la prescription ou rend inutilisable l'espace laissé libre entre cette dernière ligne et sa signature par tout moyen approprié. Cette règle s'applique également aux commandes à usage professionnel. » <a href="#">Article R5132-4 Code de la Santé Publique</a></p>	
5) Matériel	Détention de médicaments	<p>Nombre restreint d'échantillons (petit conditionnement, moins de 4/produit/ an), obtenus uniquement dans les deux années suivant commercialisation/nouvelle indication ou forme ou dosage et sur demande écrite</p>	<p>« I. La remise d'échantillons gratuits mentionnée à l'article L. 5122-10 n'est admise que pendant les deux années suivant la première commercialisation effective en France :</p> <p>1° D'une spécialité bénéficiant d'un premier enregistrement ou d'une première autorisation de mise sur le marché ; ou</p> <p>2° D'une spécialité déjà enregistrée ou autorisée ayant obtenu un enregistrement ou une autorisation de mise sur le marché pour un nouveau dosage ou une nouvelle forme pharmaceutique, si l'enregistrement ou l'autorisation est assorti d'une extension d'indication.</p> <p>Elle est également admise pendant les deux années suivant une modification du classement du médicament mentionné au 1° de l'article R. 5121-36.</p> <p>II.- La remise d'échantillons gratuits respecte en outre les conditions suivantes :</p> <p>1° Chaque fourniture d'échantillons répond à une demande écrite, datée et signée, émanant du destinataire ;</p> <p>2° Pour chaque médicament, il ne peut être remis qu'un nombre restreint d'échantillons, dans la limite de quatre par an et par destinataire, déterminé en fonction de la nature du médicament et de la nécessité pour le prescripteur de se familiariser avec celui-ci ; chaque échantillon est identique au plus petit conditionnement commercialisé ;</p> <p>3° Lorsqu'un médicament est soumis aux conditions de prescription restreinte prévues à la section 8 du chapitre Ier du présent titre, les échantillons ne peuvent être remis qu'aux pharmaciens gérants des pharmacies à usage intérieur des établissements de santé et aux prescripteurs habilités à établir la prescription ;</p> <p>4° Chaque établissement pharmaceutique remettant des échantillons organise en son sein le contrôle de cette remise et le suivi des échantillons ;</p> <p>5° Chaque échantillon est accompagné d'une copie du résumé des</p>	

			<p>caractéristiques du produit, mentionné à l'article R. 5121-21. Le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut restreindre, en raison d'un risque possible pour la santé publique, la distribution d'échantillons de certains médicaments. »</p> <p><a href="#">Article R5122-17 Code de la santé publique</a></p>	
5) Matériel	Détention de médicaments	Absence de délivrance de médicaments sauf autorisation spéciale	<p>« Les médecins établis dans une commune dépourvue d'officine de pharmacie peuvent être autorisés par le directeur général de l'agence régionale de santé, qui en informe le représentant de l'Etat dans le département, à avoir chez eux un dépôt de médicaments, et à délivrer aux personnes auxquelles ils donnent leurs soins, les médicaments remboursables et non remboursables, ainsi que les dispositifs médicaux nécessaires à la poursuite du traitement qu'ils ont prescrit, selon une liste établie par le ministre chargé de la santé, après avis du Conseil national de l'ordre des médecins, et du Conseil national de l'ordre des pharmaciens. Cette autorisation ne doit être accordée que lorsque l'intérêt de la santé publique l'exige.</p> <p>Elle mentionne les localités dans lesquelles la délivrance des médicaments au domicile du malade est également autorisée.</p> <p>Elle est retirée dès qu'une officine de pharmacie est créée dans une des communes mentionnées dans l'autorisation.</p> <p>Les médecins bénéficiant d'une autorisation d'exercer la propharmacie sont soumis à toutes les obligations législatives et réglementaires incombant aux pharmaciens.</p> <p>Ils ne peuvent en aucun cas avoir une officine ouverte au public. Ils doivent ne délivrer que les médicaments prescrits par eux au cours de leur consultation »</p> <p><a href="#">Article L4211-3 code de la santé publique</a></p>	

6) Hygiène générale		Ce qui est attendu	Références réglementaires	Recommandations HAS/Commentaires Conseil de l'Ordre
6) Hygiène générale	Tous locaux	Entretien quotidien	<p>« Le médecin doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation convenable, de locaux adéquats pour permettre le respect du secret professionnel et de moyens techniques suffisants en rapport avec la nature des actes qu'il pratique ou de la population qu'il prend en charge. Il doit notamment veiller à la stérilisation et à la décontamination des dispositifs médicaux qu'il utilise et à l'élimination des déchets médicaux selon les procédures réglementaires. Il ne doit pas exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la qualité des soins et des actes médicaux ou la sécurité des personnes examinées. Il doit veiller à la compétence des personnes qui lui apportent leur concours ».</p> <p><a href="#">Article 71 code de déontologie médicale / Article R.4127-71 du code de la santé publique</a></p>	<p>« R 14 : Il est recommandé de réaliser un entretien quotidien des sols, des surfaces des mobiliers, des équipements et un nettoyage immédiat en cas de souillures (accord professionnel). »</p> <p><a href="#">Recommandations HAS Juin 2007 Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical et paramédical</a></p>
6) Hygiène générale	Tous locaux	Dépoussiérage humide + détergent/désinfectant		<p>« R15 :...Il est d'usage de procéder au nettoyage des zones les plus propres vers les zones les plus sales, et du haut (plafond, murs) vers le bas (sol).</p> <p>Le dépoussiérage humide (balayage humide) constitue le temps préalable indispensable au nettoyage des sols. Pour les surfaces autres que les sols, l'essuyage humide avec un produit détergent ou détergent-désinfectant constitue, en règle générale, la seule étape.</p> <p>R 16 : Il est recommandé un nettoyage simple des sols, c'est-à-dire un dépoussiérage humide suivi de l'utilisation d'un détergent du commerce, pour l'ensemble des zones du cabinet médical (accord professionnel).</p> <p>R 17 : Pour les surfaces autres que les sols, il est recommandé de procéder à un essuyage humide (accord professionnel) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- avec un produit détergent dans l'espace d'accueil et de secrétariat, la salle d'attente et le local d'archivage ;</li> <li>- avec un produit détergent-désinfectant<sup>1</sup> dans la salle d'examen et de soins, la lingerie, les sanitaires, le local de ménage, le local de stockage des déchets, la zone de traitement des dispositifs médicaux, la zone de conditionnement des dispositifs médicaux avant stérilisation, la zone de stérilisation et de stockage du matériel stérile et des médicaments. »</li> </ul> <p><a href="#">Recommandations HAS Juin 2007 Hygiène et prévention du risque</a></p>

				<i>infectieux en cabinet médical et paramédical</i>
6) Hygiène générale	Tous locaux	Protocole procédure d'entretien / information personne en charge de l'entretien		« R 15 : Il est recommandé d'écrire et de rendre accessibles, sous forme de protocole, les procédures d'entretien en déterminant le matériel nécessaire, les tâches à accomplir, leur attribution et la fréquence à laquelle elles doivent être réalisées (accord professionnel). » « R 20 : La personne chargée de l'entretien ménager du cabinet doit être informée des modalités de tri et de conditionnement en emballages spécifiques des différents déchets (accord professionnel). » <i>Recommandations HAS Juin 2007 Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical et paramédical</i>
6) Hygiène générale	Gestion des déchets de soins	Convention écrite gestion des DASRI avec prestataire	« Tout producteur ou détenteur de déchets est tenu d'en assurer ou d'en faire assurer la gestion, conformément aux dispositions du présent chapitre. Tout producteur ou détenteur de déchets est responsable de la gestion de ces déchets jusqu'à leur élimination ou valorisation finale, même lorsque le déchet est transféré à des fins de traitement à un tiers. Tout producteur ou détenteur de déchets s'assure que la personne à qui il les remet est autorisée à les prendre en charge. » <i>Article L541-2 Code de l'environnement</i>	« R 21 : Il est recommandé de confier l'élimination des déchets de soins à risque infectieux à un prestataire de service et d'établir avec lui une convention écrite (accord professionnel). <i>Recommandations HAS Juin 2007 Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical et paramédical</i>
6) Hygiène générale	Gestion des déchets de soins	Bordereaux de suivi des déchets CERFA 11352*-01 depuis 3 ans	« Toute personne qui produit des déchets mentionnés au premier alinéa de l'article 1er, tout collecteur de petites quantités de ces déchets, toute personne ayant reconditionné ou transformé ces déchets et toute personne détenant des déchets dont le producteur n'est pas connu et les remettant à un tiers émet, à cette occasion, un bordereau qui accompagne les déchets. Lors de la réception et de la réexpédition des déchets, le transporteur et la personne qui reçoit les déchets complètent le bordereau. Toute personne qui émet, reçoit ou complète l'original ou la copie d'un bordereau en conserve une copie pendant trois ans pour les transporteurs, pendant cinq ans dans les autres cas. » <i>Article 4 Décret n°2005-635 du 30 mai 2005 relatif au contrôle des circuits de traitement des déchets.</i>	« Un bordereau de suivi CERFA n°11352*- 01 doit être signé par chacun des intermédiaires et retourné au moins une fois par an au cabinet médical producteur de DASRI puis conservé 3 ans (réglementaire). » <i>Recommandations HAS Juin 2007 Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical et paramédical</i>
6) Hygiène générale	Gestion des déchets de soins	DASRI ≤ 5 kg/mois : enlèvement en 3 mois maximum	« Lorsque la quantité de déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés produite en un même lieu est inférieure ou égale à 5 kilogrammes par mois, ces derniers sont entreposés à l'écart des sources de chaleur, dans des emballages étanches munis de	

			<p>dispositifs de fermeture provisoire et définitive et adaptés à la nature des déchets. Ces déchets sont évacués aussi fréquemment que l'imposent les contraintes d'hygiène et dans le délai maximal imposé par l'article 3 du présent arrêté. »</p> <p><i>Article 11 Arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques</i></p> <p>« Lorsque la quantité de déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés produite en un même lieu est inférieure ou égale à 5 kilogrammes par mois, la durée entre la production effective des déchets et leur enlèvement ne doit pas excéder trois mois.»</p> <p><i>Article 3 Arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques</i></p>	
6) Hygiène générale	Gestion des déchets de soins	5 kg/mois <DASRI ≤ 15 kg/mois	<p>□ « ... Lorsque la quantité de déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés produite en un même lieu est inférieure ou égale à 15 kilogrammes par mois et supérieure à 5 kilogrammes par mois ou lorsque la quantité de déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés regroupée en un même lieu est inférieure ou égale à 15 kilogrammes par mois, les déchets sont entreposés dans une zone intérieure répondant aux caractéristiques suivantes : 1° Cette zone est spécifique au regroupement des déchets d'activités de soins à risques infectieux ; 2° La surface est adaptée à la quantité de déchets d'activités de soins à risques infectieux à entreposer ; 3° Cette zone est identifiée et son accès est limité ; 4° Elle ne reçoit que des emballages fermés définitivement. Les emballages non autorisés pour le transport sur la voie publique au titre de l'arrêté du 29 mai 2009 modifié visé ci-dessus doivent être placés dans des emballages homologués au titre de cet arrêté ; 5° Elle est située à l'écart des sources de chaleur ; 6° Elle fait l'objet d'un nettoyage régulier et chaque fois que cela est nécessaire.</p> <p><i>Article 11 Arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques</i></p> <p>« La durée entre l'évacuation des déchets du lieu de production et leur incinération ou prétraitement par désinfection ne doit pas excéder...1</p>	

		+ enlèvement en 1 mois maximum	mois lorsque la quantité de déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés regroupée en un même lieu est inférieure ou égale à 15 kilogrammes par mois. » <i>Article 11 Arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques</i>	
6) Hygiène générale	Gestion des déchets de soins	Transport personnel DASRI possible si ≤ 15 kg/mois	« Les transports de déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés du numéro ONU 3291, effectués par un producteur dans son véhicule personnel ou dans un véhicule de service, dans la mesure où la masse transportée demeure inférieure ou égale à 15 kilogrammes, ne sont pas soumis aux dispositions du présent arrêté » <i>Article 12 Arrêté du 1er juin 2001 relatif au transport des marchandises dangereuses par route (dit « arrêté ADR »)</i> « Le conditionnement, le marquage, l'étiquetage et le transport des déchets d'activités de soins et assimilés sont soumis aux dispositions réglementaires prises pour l'application de la loi n° 42-263 du 5 février 1942 relative au transport des matières dangereuses et de l'article L. 543-8 du code de l'environnement, auxquelles peuvent s'ajouter des prescriptions complémentaires définies par arrêté des ministres chargés de l'agriculture, de l'environnement et de la santé, et après avis du Haut Conseil de la santé publique. <i>Article R1335-6 Code de la santé publique</i>	« Les déchets peuvent être transportés dans un véhicule personnel ou de fonction, si leur masse reste inférieure ou égale à 15 kg et sous réserve qu'ils soient disposés dans un suremballage ou dans un conteneur agréé (réglementaire). » <i>Recommandations HAS Juin 2007 Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical et paramédical</i>
6) Hygiène générale	Gestion des déchets de soins	Elimination des déchets par incinération ou par prétraitement dans appareil de désinfection	« Les déchets d'activités de soins et assimilés doivent être soit incinérés, soit pré-traités par des appareils de désinfection de telle manière qu'ils puissent ensuite être collectés et traités par les communes et les groupements de communes dans les conditions définies à l'article L. 2224-14 du code général des collectivités territoriales... » <i>Article 1335-8 du Code de santé publique</i>	La norme NF X 30-503 relative à la réduction des risques microbiologiques et mécaniques par les appareils de prétraitement par désinfection des déchets d'activité de soins à risque infectieux spécifie les définitions normalisées, les exigences et les essais applicables à ces appareils afin de vérifier leur efficacité antimicrobienne, ainsi que les exigences relatives aux instructions du fabricant et des recommandations pour les utilisateurs.

7) Accessibilité aux personnes en situation de handicap		Ce qui est attendu	Références réglementaires	Recommandations HAS/Commentaires Conseil de l'Ordre/etc
7) Accessibilité aux personnes en situation de handicap	Si cabinet existant au 1 <sup>er</sup> janvier 2007 :	mise en accessibilité avant le 1 <sup>er</sup> janvier 2015	Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées doit être effective au plus tard au 1 <sup>er</sup> janvier 2015. «- Les établissements existants recevant du public doivent être tels que toute personne handicapée puisse y accéder, y circuler et y recevoir les informations qui y sont diffusées, dans les parties ouvertes au public. L'information destinée au public doit être diffusée par des moyens adaptés aux différents handicaps <i>Articles L. 111-7-3, Code de la construction et de l'habitation</i> « L'autorité administrative peut décider la fermeture d'un établissement recevant du public qui ne répond pas aux prescriptions de l'article L. 111-7-3. » <i>Art. L. 111-8-3-1, Code de la construction et de l'habitation -</i>	« Les locaux des professionnels libéraux recevant de la patientèle sont pour leur grande majorité des ERP classés en 5 <sup>ème</sup> catégorie de type PU. Les locaux des professionnels de santé utilisés plus ou moins partiellement pour la vie familiale sont juridiquement considérés comme des bâtiments d'habitation, sauf si ces locaux sont déjà classés en ERP par le service départemental d'incendie et de secours (article R111-1-1 du code de la construction et de l'habitation). Les bâtiments d'habitation n'ont pas l'obligation d'être accessibles au 1 <sup>er</sup> janvier 2015. » <i>Guide « les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité »</i> <i>Ministère des affaires sociales et de la santé, ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie</i>
7) Accessibilité aux personnes en situation de handicap	Si cabinet créé après le 1 <sup>er</sup> janvier 2007	Accessibilité dans au moins une partie du cabinet (ERP de 5 <sup>ème</sup> catégorie) où toutes les prestations doivent pouvoir être délivrées + entrée + cheminement jusqu'à cette partie, sauf dérogation	«Les établissements existants recevant du public doivent être tels que toute personne handicapée puisse y accéder, y circuler et y recevoir les informations qui y sont diffusées, dans les parties ouvertes au public. L'information destinée au public doit être diffusée par des moyens adaptés aux différents handicaps. Des décrets en Conseil d'Etat fixent pour ces établissements, par type et par catégorie, les exigences relatives à l'accessibilité prévues à l'article L. 111-7 et aux prestations que ceux-ci doivent fournir aux personnes handicapées. Pour faciliter l'accessibilité, il peut être fait recours aux nouvelles technologies de la communication et à une signalétique adaptée. Les établissements recevant du public existants devront répondre à ces exigences dans un délai, fixé par décret en Conseil d'Etat, qui pourra varier par type et catégorie d'établissement, sans excéder dix ans à compter de la publication de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » <i>Art. L. 111-7-3. – Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, JORF n°36 du 12 février 2005</i>	

			« L'autorité administrative peut décider la fermeture d'un établissement recevant du public qui ne répond pas aux prescriptions de l'article L.111-7-3. » <a href="#">Art. L. 111-8-3-1. -</a>	
7) Accessibilité aux personnes en situation de handicap	Si cabinet créé après le 1 <sup>er</sup> janvier 2007	Place de stationnement pour véhicule patients		« Si un parking ouvert au public est rattaché à votre local, celui-ci doit comporter une ou plusieurs places de stationnement adaptées pour les personnes handicapées et réservées à leur usage... Si vous ne disposez pas d'un parking, vous pouvez...demander à la mairie la réservation de places, aux dimensions réglementaires, pour les véhicules de vos patients handicapés, à proximité de votre local » <a href="#">Guide « Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité » Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère de l'Ecologie, du développement durable et de l'énergie</a>
7) Accessibilité aux personnes en situation de handicap	Si cabinet créé après le 1 <sup>er</sup> janvier 2007	Cheminement extérieur ou intérieur		«Un cheminement doit être libre de tout obstacle, depuis la voirie publique, afin de permettre a minima le croisement d'une personne valide avec une personne circulant en fauteuil roulant ou d'une personne avec poussette ou d'une personne avec canne » <a href="#">Guide « Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité » Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère de l'Ecologie, du développement durable et de l'énergie</a>
7) Accessibilité aux personnes en situation de handicap	Si cabinet créé après le 1 <sup>er</sup> janvier 2007	Entrée/accueil/salle d'attente/salle de soins		Palier de repos (1.20 x1.40 m), espace de manœuvre (Ø 1,50 m), espace d'usage (0.80 x1.30 m horizontal) devant un équipement ou service, hauteurs de passage minima (≥ 2.20), protection des obstacles en saillie (si ≥ 0.15 m), sol non glissant, non réfléchissant, sans obstacle à la roue <a href="#">Guide « Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité » Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère de l'Ecologie, du développement durable et de l'énergie</a>
7) Accessibilité aux personnes en situation de handicap	Si cabinet créé après le 1 <sup>er</sup> janvier 2007	Sanitaires		Le sanitaire adapté doit avoir a minima <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une porte de 0.90 m</li> <li>- Une barre de rappel horizontale située sur la porte</li> <li>- Un espace d'usage (1,30m x 0,80 m) hors débatement de la porte,</li> <li>- Un espace de manœuvre avec possibilité de demi-tour (ou aire de giration Ø 1,50 m) ou à défaut, en extérieur devant la porte</li> <li>- Un lave-mains (H maxi ,85 m et 0,70 m sous équipement) à 0,40 m minimum de l'angle rentrant du mur ou de tout obstacle</li> </ul> <a href="#">Guide « Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité »</a>



				<i>Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère de l'Ecologie, du développement durable et de l'énergie</i>
7) Accessibilité aux personnes en situation de handicap	Si cabinet créé après le 1 <sup>er</sup> janvier 2007	Portes		Largeur de portes $\geq 0,90$ m (tolérance $\geq 0,80$ m), avec espace de manœuvre de porte <i>Guide « Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité » Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère de l'Ecologie, du développement durable et de l'énergie</i>
7) Accessibilité aux personnes en situation de handicap	Si cabinet créé après le 1 <sup>er</sup> janvier 2007	Escaliers		Hauteur marches $\leq 16$ cm, profondeur $\geq 28$ cm, mains courantes continues, rigides, facilement préhensibles et différenciées de la paroi support grâce à un éclairage ou un contraste visuel. Nez de marches de couleur contrastée par rapport au reste de l'escalier, 1 <sup>ère</sup> et dernière marches doivent être pourvues d'une contremarche d'une hauteur minimale de 10 cm visuellement contrastée par rapport à la marche... <i>Guide « Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité » Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère de l'Ecologie, du développement durable et de l'énergie</i>
7) Accessibilité aux personnes en situation de handicap	Si cabinet créé après le 1 <sup>er</sup> janvier 2007	Eclairage, signalétique, contraste de couleurs		Eclairage sans gêne visuelle, renforcé aux endroits particuliers (escaliers, ressaut, signalétique, etc... Taille des caractères suivant la distance entre le lecteur et la signalétique Contraste de couleurs entre 2 équipements proches (porte/mur, interrupteur /mur)

## Guide d'Entretien

Un tronc commun de 3 questions liées à une démarche d'inspection d'un cabinet libéral par l'ARS, explorant l'avis de l'interviewé, en s'appuyant :

- sur une expérience précise si l'interviewé a réalisé une/des inspections dans les cabinets libéraux de médecins
- sur leur connaissance du sujet en général en l'absence d'expérience précise

### Préambule :

- Présentation du projet, du cadre de l'entretien
- Fonctions de l'interviewé, quelle implication avec le sujet ? depuis quand ? éléments préalables (intérêt particulier)?

### 1) La faisabilité de la démarche d'inspection d'un cabinet libéral de médecin par l'ARS

**= objectiver les écarts entre prévu/réalisé, et relever les freins et leviers**  
AVANT

- Comment l'inspection a-t-elle été décidée ? quels ont été les arguments qui ont été (/qui devraient être pris) en compte pour motiver une inspection dans un cabinet libéral de médecin ?
- Etait-elle programmée ou non programmée ? A-t-elle été inopinée ? Si oui, pour quelles raisons ?
- Y a-t-il des éléments particuliers concernant la préparation : constitution de l'équipe d'inspection ? rédaction de la lettre de mission ? quels objectifs retenus ? y a-t-il eu réalisation d'un protocole ?
- *ce qui a été prévu a-t-il été réalisé ? quels ont été les freins et les leviers rencontrés ?*

### PENDANT

- Comment s'est déroulée l'inspection ? comment s'est fait l'accueil ? le professionnel était-il disponible ?
- Acceptation par le professionnel de santé ? Pensez-vous que cette visite d'inspection a été / soit bien acceptée par le professionnel de santé ?
- Y a-t-il des éléments particuliers concernant la visite sur site ? y a-t-il eu difficulté entre limites du domicile personnel et des locaux de consultation ? avez-vous eu des difficultés ?
- *ce qui était prévu a-t-il été réalisé ? quels ont été les freins et les leviers rencontrés ?*

### APRES

- rédaction du rapport
- observations, suites
- *ce qui était prévu a-t-il été réalisé ? quels ont été les freins et les leviers rencontrés ?*

## 2) L'opportunité de cette démarche

- Dans quelle temporalité situer cette démarche ? par rapport au parcours du patient ? par rapport à une réclamation ? par rapport au professionnel de santé (installation)? par rapport à l'ARS ?
- En cas d'événement indésirable déclaré par le professionnel de santé, faire inspection ? immédiatement ou après un délai ?

## 3) L'intérêt de la démarche d'inspection contrôle par l'ARS

- à quels ensembles de besoins peut répondre une démarche d'inspection contrôle dans les cabinets libéraux de médecine ?
- ces besoins sont-ils surtout centrés sur les réclamations ou y a-t-il d'autres besoins auxquels l'inspection pourrait répondre ?
- quel intérêt de cette démarche pour l'ARS en tant qu'acteur de santé publique ?
- quel serait son intérêt par rapport à d'autres acteurs de santé publique? Quel serait l'intérêt d'autres acteurs de santé publique de cette démarche de l'ARS ?

### **Ouvrir sur :**

- comment voyez-vous le développement de ces pratiques ? A votre sens, devraient-elles être développées ?
- quelles attentes auriez-vous plus particulièrement vis-à-vis de(s) MISP impliqué(s) au sein de l'ARS?

### Annexe : FAISABILITE DE LA DEMARCHE

	PREVU	REALISE	FREINS / LEVIERS
AVANT			
PENDANT			
APRES			

### Annexe 3 : Liste des entretiens réalisés

Dr A	Cabinet inspecté en région Île-de-France
Dr B	Cabinet inspecté en région Île-de-France
Dr Christian BOURHIS	Président Conseil Départemental de l'Ordre des médecins du Val d'Oise 16 avenue Voltaire 95600 EAUBONNE
Dr Gérard BRULE	ARS Île-de-France, Délégation Territoriale du Val d'Oise Médecin inspecteur de santé publique 2 avenue de la Palette 95011 CERGY PONTOISE
Julien GALLI	ARS Île-de-France Direction de l'offre de soins et médicosociale Pôle ambulatoire et services aux professionnels de santé 35, rue de la Gare 75935 PARIS CEDEX 19
Dr Lionel HEMEURY	CNAMts Direction régionale Île-de-France Service Médical, Pôle Contentieux 17-19, place de l'Argonne 75019 PARIS
Dr Manuel MUNOZ- RIVERO	ARS Provence Alpes Côte d'Azur Mission Régionale d'Inspection Contrôle 132, boulevard de Paris CS 50039, 13331 MARSEILLE CEDEX 03
Corinne PANAIS	ARS Île-de-France Direction de la démocratie sanitaire, de la communication et des partenariats, Gestion des réclamations et de la santé 35 rue de la Gare 75935 PARIS CEDEX 19
Elodie PERIBOIS	ARS Pays de la Loire Mission régionale d'inspection contrôle 17, Boulevard Gaston Doumergue 44200 NANTES
Jean-Luc PLAVIS	CISS Île-de-France 26, rue Monsieur le Prince 75006 PARIS
Dr Frédéric PRUDHOMME	URPS Médecins Île-de-France 12, Rue Cabanis 75014 PARIS
Dr Christine ROBERT	Maison des Solidarités, Protection Maternelle et Infantile Médecin Inspecteur de Santé Publique 33, route de la Bonne Dame 77300 FONTAINEBLEAU
Dr Françoise SCHAETZEL	IGAS Médecin Inspecteur de Santé Publique 39-43, quai André Citroën 75739 PARIS CEDEX

## Annexe 4 : Invitation des inspecteurs de l'ARS Île-de-France à la réunion de groupe

**De :** CUENOT, Marie-Paule

**Envoyé :** jeudi 25 avril 2013 11:20

**À :** NAGEOTTE, Danièle; RAISON, Brigitte; PINTEAUX, Anne; VALERO, Jean-José; HUYGHE, Clothilde; SEVADJIAN, Béatrice; CHAPERT, Bernard; BARGMAN, Philippe; CALAFAT, Elise; COATIVY, Elisabeth; GARDIN, Régis; GENET, Diane; JOCHUM, Matthieu; KADA, Zahira; KILANI, Mohamed; VALETTE, Christine; CASTOT-VILLEPELET, Anne; CHAREYRE, Dominique; GALAUP, Karine; GENETY, Claire; GIRY, Pascale; LAGARDE-CHOMBARD, Dominique; LE GUEN, Olivier; PANAI, Corinne; PIGE, Dominique; RENARD-DUBOIS, Sylvie; ALLARD, Stéphanie; BRUEL, Christiane; BRULE, Gérard; BRUNOT, Alain; CHEVALLIER-PORTALEZ, Emmanuelle; CSASZAR GOUTCHKOFF, Michel; CUENOT, Marie-Paule; D'ACREMONT, Marie-France; DAVIOT, Pierre; DIAKITE, Bakary; DO CAO, Hung; DUGLEUX, Véronique; FAIBIS, Isabelle; FAURY, Didier; FRANCOIS, Anne; GARCIA-GALATOLA, Judith; GOLDSTEIN, Catherine; GOUX, Francis; GUIRAUDIE, Brigitte; HABIB RAPPOPORT, Monique; JAY RAYON, Françoise; KERMORVANT, Marcelle; LANCKRIET, Charles; LAPORTE, Anne; LAVIN, Lionel; LE COENT, Rémi; LERASLE, Sylvain; LOSSOUARN, Marc; MARTHE ROSE, Catherine; MENAGER, Marie-Pierre; MERLE, Christian; MICHAUT, Sonia; PARIENTE, Philip; PERRIN, Jean; POUVELLE, Maxime; SARR, Aminata; SERVAIS, Dominique; SOBECKI, Yolande; VINAS, Juan-Manuel; WAGNER, Xavier; WALLET, Diane; ASTIER, Martine; BATBEDAT, Jeanne; BOEUF, Colette; BOUSSARIE, Matthieu; BROUTIN-PIOLOT, Catherine; CHOURAQUI, Corinne; CROIZE, Claude; DE LA SEIGLIERE, Arnaud; DEBERTRAND, Pierre-Emmanuel; D'ESTAINOT, Elisabeth; DROUGLAZET, Véronique; DUCOS, Jean; EIDI, Nazih; GARCON, Luc; GAUTHIER, Sophie; GUERRERO, Jénaro; GUIBERT, Sylvie; HOMSY-HUBERT, Brigitte; CHARASSON-BELKAID Isabelle; JEANBLANC, Brigitte; JULIAN, Hervé; KELLERSHOHN, Anne; KHENISSI, Nathalie; KOHN SCHERMAN, Sylviane; LEGRAND, Danièle; LORTIC, Patricia; MELLAT, Monique; MULLER, Florence; NGUYEN-DANG, Sylvia; PLATON, Félicia; PUIA, Madeleine; REYDEL, Brigitte; SERRECCHIA, Béatrice; SIMON-LORIERE, Yves; TERMIGNON, Claire; THEVENIN-LEMOINE, Brigitte; TRIDON, Sylvie; BAUWENS, Marie-Christine; BLONDEL, Patricia; CABAUD, Jean-Jacques; CARRE, Nicolas; CHABIN-GIBERT, Isabelle; CHEVALIER, Christine; DADILLON, Hervé; DAOUD, Véronique; FERRER-LE-COEUR, Françoise; FLOURY, Bruno; GAUZIT, Rémy; HAZEBROUCQ, Vincent; HELLMANN, Romain; HENEGAR, Adina; JOLY, Jacques; LEGONIDEC, Patricia; LEGRAIN, Sylvie; LEVY, Samia; MURE, Martine; PAGANI, Jean-Marc; PANCRAZI, Marie-Pierre; PAULET, Marie-France; RASPILLER, Marie-Francoise; REGNIER, Bernard; ROJAS, Miguel; TALLON, Jean-Bernard; TAOUQI, Myriam; THOMAS, Valérie; WESTPHAL, Jean-Frédéric; WOIMANT, France

**Cc :** ECHARDOUR, Gilles; BARRETEAU, Andrée; CASTRA, Laurent; OLIVIER, Patrick; PEJU, Nicolas; ARMANTERAS DE SAXCE, Anne-Marie; BAILLON JAVON, Evelyne; BOURQUIN, Marc; OUANHNON, Pierre; WEISSLEIB, Nadine; GELLIOT, Annick; KIRSCHEN, Bernard; LEGENDART, Laurent; MANZINI, Yves; REVELLI, Monique; VECHARD, Eric

**Objet :** 11 juin 2013 - Groupe de travail : Démarche d'inspection contrôle dans un cabinet libéral de médecin

*A l'attention des inspecteurs*

Bonjour,

Le champ ambulatoire comprend le secteur libéral, dont les cabinets libéraux, et en particulier les cabinets libéraux des médecins.

L'inspection contrôle dans le cabinet libéral d'un médecin se réfère à un cadre d'exercice.

Nous vous proposons, à partir de ce cadre d'exercice, d'aborder et de discuter ensemble la faisabilité, l'opportunité et l'intérêt d'une

***Démarche d'inspection contrôle dans un cabinet libéral de médecin,***

*Mardi 11 juin de 10h à 12h30*

*Salle 4066. Siège ARS Île-de-France.*

Nous nous appuierons dans ce groupe de travail sur des documents rassemblés par Pierre BUTTET, MISP en formation.

Merci par avance de votre participation.

**Marie-Paule CUENOT et Christian MERLE, maîtres de stage**

**PS : pour toute information complémentaire Pierre BUTTET se tient à votre disposition au 01 44 02 03 85**

**Annexe 5 : Liste des participants à la réunion du groupe d'inspecteurs en ARS Île-de-France, 11 juin 2013 , « Cadre général d'exercice en cabinet de médecine libérale »**

<b>NOM</b>	<b>Prénom</b>	<b>ARS Île-de-France</b>
BAUWENS	Marie-Christine	DT 92
BRUNO	Isabelle	DT 78
CALAFAT	Elise	DT 78
CHAPUIS	Stéphanie	DT 93
CHARASSON	Isabelle	DT 92
COATIVY	Elisabeth	DT 95
DEBERTRAND	Pierre-Emmanuel	DT 93
GALAUP	Karine	DDSCAP
GRATZ	Christine	DT 75
HUYGHE	Clotilde	DT 75
KADA	Zahira	DT 91
KILANI	Mohamed	DT 93
MERLE	Christian	CRVAGS
NAGEOTTE	Danièle	MRIC
OOMS	Michèle	DT 75
SERRECCHIA	Béatrice	DT 92

## **Annexe 6 : Mesure de suspension par l'ARS, Article L4113-14 du Code de santé publique**

« En cas d'urgence, lorsque la poursuite de son exercice par un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme expose ses patients à un danger grave, le directeur général de l'agence régionale de santé dont relève le lieu d'exercice du professionnel prononce la suspension immédiate du droit d'exercer pour une durée maximale de cinq mois. Il entend l'intéressé au plus tard dans un délai de trois jours suivant la décision de suspension. Le directeur général de l'agence régionale de santé dont relève le lieu d'exercice du professionnel informe immédiatement de sa décision le président du conseil départemental compétent et saisit sans délai le conseil régional ou interrégional lorsque le danger est lié à une infirmité, un état pathologique ou l'insuffisance professionnelle du praticien, ou la chambre disciplinaire de première instance dans les autres cas. Le conseil régional ou interrégional ou la chambre disciplinaire de première instance statue dans un délai de deux mois à compter de sa saisine. En l'absence de décision dans ce délai, l'affaire est portée devant le Conseil national ou la Chambre disciplinaire nationale, qui statue dans un délai de deux mois. A défaut de décision dans ce délai, la mesure de suspension prend fin automatiquement.

Le directeur général de l'agence régionale de santé dont relève le lieu d'exercice du professionnel informe également les organismes d'assurance maladie dont dépend le professionnel concerné par sa décision et le représentant de l'Etat dans le département.

Le directeur général de l'agence régionale de santé dont relève le lieu d'exercice du professionnel peut à tout moment mettre fin à la suspension qu'il a prononcée lorsqu'il constate la cessation du danger. Il en informe le conseil départemental et le conseil régional ou interrégional compétents et, le cas échéant, la chambre disciplinaire compétente, ainsi que les organismes d'assurance maladie et le représentant de l'Etat dans le département.

Le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme dont le droit d'exercer a été suspendu selon la procédure prévue au présent article peut exercer un recours contre la décision du directeur général de l'agence régionale de santé dont relève le lieu d'exercice du professionnel devant le tribunal administratif, qui statue en référé dans un délai de quarante-huit heures.

Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.

Le présent article n'est pas applicable aux médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes qui relèvent des dispositions de la partie 4 du code de la défense. »



BUTTET

Pierre

Septembre 2013

## MEDECIN INSPECTEUR DE SANTE PUBLIQUE

Promotion 2012-2013

# PLACE ET INTERET DE L'INSPECTION CONTROLE DANS LES CABINETS LIBERAUX DE MEDECINS

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP Rennes

### **Résumé :**

La loi HPST du 21 juillet 2009 affirme que l'ARS doit veiller à la qualité et à la sécurité des actes médicaux dans les établissements de santé, médico-sociaux et les services de santé. Aujourd'hui, les inspections contrôles de l'ARS sont peu fréquentes en cabinet libéral de médecin. Elles répondent au besoin d'évaluer l'exposition de patients à un risque infectieux ou à un danger grave. Dans cette situation, le directeur général de l'ARS peut prononcer une suspension d'activité du médecin pour une durée maximale de cinq mois.

Afin de déterminer la place et l'intérêt de l'inspection contrôle dans les cabinets libéraux des médecins, nous avons réalisé une enquête à partir d'une recherche documentaire, de la rédaction d'un cadre réglementaire général d'exercice en cabinet de médecine libérale, d'une série de treize entretiens individuels et d'un entretien collectif avec seize professionnels de l'ARS.

Notre analyse a porté sur trois axes : faisabilité, opportunité et intérêt d'une inspection dans un cabinet médical libéral. L'analyse de la faisabilité a été renforcée par un relevé des trois inspections en Île-de-France depuis 2011, en objectivant les écarts entre activités prévues et activités réalisées.

L'inspection contrôle apparaît comme un outil ponctuel de protection du risque pour les usagers. Requérant des ressources humaines qualifiées déjà peu nombreuses, son efficacité sur l'amélioration générale de la qualité des pratiques paraît limitée. Des démarches de sensibilisation des professionnels aux normes réglementaires lui seraient préférées dans cette optique d'amélioration de qualité des pratiques. Elles s'appuieraient sur des partenariats avec des institutionnels, des représentants de professionnels et d'usagers. Un développement de l'inspection accompagnerait néanmoins le développement de ces démarches.

**Mots clés :** Inspection, cabinet médical, médecine libérale, réclamation, hygiène, déchet médical, infection nosocomiale, médecin inspecteur santé.

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*