



Le mot du Président



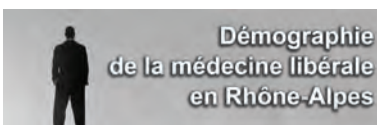
Ce début d'année a été marqué par le départ précipité de Monsieur Christophe Jacquinet de la direction générale de l'ARS Rhône-Alpes.

Sans épiloguer sur les raisons de cette mise à pied dont l'intéressé a fourni à la presse les principaux éléments, nous tenions à manifester notre incompréhension suite à cette éviction brutale, et à reconnaître en sa personne un interlocuteur institutionnel pragmatique, ouvert au dialogue, qui durant ses deux ans d'exercice s'est au moins efforcé d'être à l'écoute de la médecine libérale en tentant au mieux de concilier l'inconciliable dans les limites étroites imposées par ses fonctions. En seulement trois ans et demi de mandature, l'URPS Médecins RA devrait donc bientôt connaître son troisième directeur général à la tête de l'ARS Rhône-Alpes. Difficile d'imaginer faire mieux pour garantir le climat de confiance et d'estime réciproque qui s'impose à toute coopération entre nos deux structures !

Autre sujet d'inquiétude et non des moindres : l'obligation de mise aux normes des cabinets médicaux pour permettre leur accessibilité aux personnes handicapées, et les menaces de sanctions qui en découlent. Sans ignorer le bien-fondé d'une telle demande, nous sommes vraiment en droit de nous interroger sur les moyens d'y répondre. Aucune aide logistique et encore moins financière n'est évidemment proposée aux professionnels de santé libéraux pour s'y retrouver dans la complexité des dossiers techniques et administratifs et des demandes de dérogations.... Les « dommages collatéraux » risquent d'être nombreux, et cela ne manquera pas de précipiter notamment l'arrêt d'activité de médecins proches de la retraite ne pouvant faire face à l'investissement économique qui leur est imposé... Ainsi, les meilleures intentions peuvent parfois conduire à des résultats contradictoires.

Au sommaire

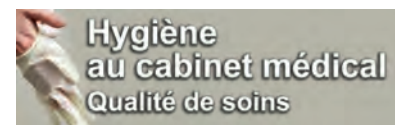
Redevance en établissements de soins privés	page 2
Bilan de l'expérience du stage d'interne de pédiatrie en libéral.....	page 5
Praticien Territorial de Médecine Générale (PTMG).....	page 6
Option Démographie	page 7
SISA : mode d'emploi	page 7
Prix de thèse en médecine générale.....	page 8
Du bon usage des antibiotiques....	page 8
MCS et PDS ambulatoire	page 9
PDS en établissement	page 10
Départ de M Jacquinet.....	page 11
MAIA.....	page 12
Accessibilité aux cabinets médicaux	page 13
Diagnostics anténataux.....	page 13
Femmes victimes de violences	page 14
Semaine de la vaccination	page 15
Réseau ASRA.....	page 16



www.urps-med-ra.fr/geomedecine



www.santesocial-ra.org



www.urps-med-ra.fr/qualitedessoins



www.risques-sanitaires-ra.org



www.urps-med-ra.fr



www.urps-med-ra.fr

La redevance en établissements de soins privés

Le point sur les textes et la jurisprudence

Par Corinne Daver

Avocate au Barreau des Hauts de Seine

Spécialiste en Droit de la Santé

Article rédigé suite à la **conférence organisée** par le Collège 2 de l'**URPS médecins RA** le 6 février 2014

La redevance peut être définie comme la **somme, facturée** par les établissements de santé privés aux professionnels de santé libéraux qui y exercent, **correspondant à l'ensemble des coûts générés par les prestations fournies aux praticiens et non couverts par les financements de caisses de sécurité sociale.**

Les « questions de redevance » constituent toujours une source très importante de contentieux. Dans la mesure où ce sont essentiellement les juridictions qui en ont dessiné les contours, cette fiche pratique a pour objectif de faire un état de ce droit dans une logique d'information des partenaires contractuels.

La redevance est-elle licite ?

OUI ! Une jurisprudence ancienne et constante établit le principe de sa **légitimité juridique**, que ce soit d'ailleurs dans l'intérêt de la clinique, ou dans celui des praticiens. La redevance est donc non seulement licite mais également inévitable ; son absence pouvant exposer l'établissement comme le praticien à devoir en assumer les conséquences notamment au plan fiscal.

Des règles précises jalonnent les conditions de sa mise en œuvre comme de sa modification avec un principe régulièrement rappelé : sa licéité est liée au coût réel des facturations présentées suite à des prestations effectivement servies aux praticiens et non couvertes par les financements reçus par les établissements de santé privés.

Quelles doivent être les modalités de sa mise en œuvre ?

Sa mise en œuvre repose sur des règles empiriquement dégagées au fil du temps par les cours et les juridictions. La redevance correspond exclusivement à la facturation d'un **service effectivement rendu** au praticien dans le cadre de son activité de soins effectuée au sein de l'établissement. Le principe d'une facturation au **coût réel** de ce service doit être la règle de base.

La définition de son montant, comme des modalités de sa révision, doivent résulter d'une **démarche conventionnelle** lors de l'établissement du contrat d'exercice libéral entre le praticien et l'établissement, ou postérieurement en cours de son exécution.

Toutefois, en l'absence de contrat écrit, il conviendra de rechercher comment les parties ont entendu procéder pour cette facturation. Dans une telle situation, le magistrat recherchera les différents **usages professionnels** auxquels les parties auront dans leur silence, entendus se référer. Or, encore aujourd'hui ils sont essentiellement constitués par les « recommandations » du Comité de Liaison et d'Action de l'Hospitalisation Privée (CLAHP) et par les modèles de contrat proposés par le Conseil national de l'Ordre des médecins.

Quelles doivent en être les modalités de calcul (taux et assiette) et de prélèvement ?

Chiffré au besoin par expertise, le taux de redevance peut être estimé, selon des critères objectifs et rationnels, en pourcentage des honoraires, voire de manière forfaitaire en sommes constantes. Le taux retenu doit permettre une corrélation la plus proche possible avec les frais réellement engagés par l'établissement, celui-ci devant être en capacité d'en donner, par un **décompte précis des prestations fournies**, la **justification comptable**.

La mise en œuvre d'une facturation mensuelle est non seulement une possibilité mais reste préconisée. Une **facture détaillée et nominative** doit être adressée à chaque contractant.

Pour quels services et quelles prestations ?

En l'absence de textes précis en organisant les modalités, les juridictions saisies sont amenées régulièrement à examiner en détail les « services rendus » légitimant une telle facturation.

Dans les faits, le plus fréquent de ces services concerne la **gestion des honoraires**. Ce terme recouvre leur facturation aux organismes payants, mais peut également concerner l'ensemble des

opérations jusqu'à leur recouvrement effectif, c'est à dire la **gestion et recouvrement des honoraires**. Les pourcentages d'honoraires pour ce type de poste peuvent osciller entre 3 et 6 %, voire plus en fonction de l'importance des charges salariales.

Les prestations peuvent également intégrer la mise à disposition de certains **matériels**, ainsi que la mise à disposition de certains **membres du personnel**.

Dans le cadre de la réalisation d'actes opératoires, « l'établissement doit assurer aux praticiens la mise à disposition des moyens techniques, matériels et humains nécessaires à la réalisation des actes qui s'y trouvent réalisés ». A contrario, il est précisé que : « Sont exclues... et font l'objet d'une rémunération distincte... le cas échéant, les rémunérations des personnels qu'ils prennent en charge directement... »

Jusqu'à ce jour, il était admis que les **aides opératoires** devaient être rémunérées par le chirurgien. Cependant, compte tenu de l'évolution récente de la réglementation concernant d'une part le mode de financement des établissements de soins (T2A) et d'autre part les qualifications imposées aux aides opératoires, la définition même de leurs fonctions (IBODE), comme l'évocation des conditions de réalisation des actes (évolution des données acquises, des conditions techniques, de leur sécurisation, enjeux en termes de responsabilité...), la facturation du temps où ces personnes sont mises à disposition des praticiens reste sujet à caution, et devrait conduire à une nécessaire discussion.

De telles formulations contractuelles mettent donc à la charge de l'établissement tout l'équipement et le matériel chirurgical nécessaire à la réalisation normale des interventions courantes, et laisse à la charge du praticien les aides opératoires, et seulement les matériels spécifiques qu'il souhaiterait utiliser par pure convenance personnelle et qui ne font pas partie d'une pratique encore normalisée.

Les autres frais : les frais liés aux **activités de consultation** d'un praticien au sein de l'établissement sont en principe à la charge du médecin (accueil des consultants, téléphone, locaux et mobilier de consultations, secrétariat, frais généraux, brancardage à l'occasion de consultations... et de façon générale pour des actes non rémunérés à l'établissement...).

La redevance peut-elle être différente selon qu'un praticien est actionnaire ou non de la société gérant son établissement ?

NON ! Les médecins associés au capital d'un établissement ne peuvent pas être dispensés en tout ou partie de supporter les charges afférentes à la mise à disposition de personnels et de matériels nécessaires à l'exercice de leur pratique médicale, en raison de leur seule qualité de porteur de parts dans la société.

Dans quelles conditions une redevance peut-elle être modifiée ?

Toutes les modifications concernant la redevance doivent être réalisées d'un **commun accord** entre l'établissement et les praticiens, et doivent être dûment justifiées par des éléments objectifs et chiffrables. En cas de doute, il appartient au praticien qui l'invoque d'établir la faute de l'établissement dans l'exécution de ses obligations contractuelles.

Ainsi, l'établissement qui imposerait la modification des conditions de facturation de cette redevance dans des conditions fautives, peut engager sa responsabilité. De même, celui qui sanctionnerait le refus du praticien d'honorer le paiement d'une redevance modifiée par un arrêt de mise à disposition de prestations, s'expose également à un engagement de sa responsabilité. En tout état de cause le respect des engagements contractuels s'impose lorsqu'il s'agit de modifier cette redevance.

La clinique peut-elle décider d'augmenter cette redevance pour faire face à un déficit d'exploitation ?

NON ! La redevance ne peut en aucun cas être considérée comme une variable d'ajustement de la trésorerie de l'établissement, même si les praticiens sont à la fois actionnaires, voire administrateurs et praticiens en exercice.

La redevance en établissements de soins privés (suite)

Le point sur les textes et la jurisprudence

Une redevance peut-elle s'appliquer à l'utilisation des appareils de radiologie en chirurgie ?

En principe, NON ! Comme cela est rappelé dans les contrats d'exercice libéraux, les établissements doivent « *entretenir, modifier et compléter, le cas échéant leurs installations techniques et satisfaire à tout moment aux conditions d'agrément imposées par les règlements en vigueur...* ».

Tout matériel notamment radiologique qui serait considéré comme « nécessaire » à la réalisation des actes devrait donc être mis à la disposition des praticiens par les établissements qui, par voie de conséquence, perçoivent les financements y afférents.

Seuls les équipements et matériels spécifiques, non indispensables pour « *répondre aux caractéristiques normales de l'exercice de la (ou des) discipline(s) qui y sont pratiquée(s), ainsi qu'aux impératifs concernant la sécurité des malades* » devraient rester à la charge du praticien, et être susceptibles de justifier une facturation.

En pratique, la situation est loin d'être aussi claire et très fréquemment ce type de matériel est soumis à la redevance. Sur ce point, les « usages professionnels » actuellement « reconnus » comme tels par les magistrats, devraient pouvoir apporter des informations importantes.

Que faire si le praticien estime avoir trop versé ?

Le praticien qui estimerait avoir trop versé peut demander la **restitution du « trop versé »** en contestant les conditions de la facturation devant une juridiction. Le **délai de prescription** pour cette action **est de 30 ans**. A contrario, et dans le même délai, un établissement a toujours juridiquement et en toute hypothèse, la possibilité de facturer ce qui ne l'a pas encore été ou les services et prestations qu'il estimerait avoir sous-évalués, voire même initier contre le praticien une action en justice sur le fondement d'un enrichissement sans cause, sous réserve naturellement que les conditions contractuelles prévues entre les parties le permettent.

Comment faire évoluer les textes et la jurisprudence ?

Une évolution des pratiques doit nécessairement reposer sur une **action collective mise en œuvre dans une logique globale, harmonisée et cohérente**. Cela suppose une action initiée par une instance syndicale, ou de concert avec d'autres instances représentatives des intérêts des professionnels de santé libéraux.

Cette action peut se faire à trois niveaux :

- Privilégier avant tout la voie de la **négociation** en vue de l'insertion d'une clause dans le contrat d'exercice et/ou en vue de la modification des contrats existants.
- Si aucun accord « amiable » ne peut aboutir ou si un contentieux est déjà établi, les praticiens comme les établissements peuvent saisir la **juridiction compétente**, ce qui en pratique suppose que le « requérant » dispose d'une solide argumentation juridique légitimant son action. Dans bon nombre de situations, une **expertise** devra être alors réalisée par un tiers « extérieur » disposant de toute la compétence nécessaire et de la connaissance indispensable du fonctionnement des établissements de santé comme de la tarification de leurs activités. D'ailleurs en cas de différend entre les contractants, l'expertise est en général la première étape à préconiser avant de saisir le magistrat.
- La sollicitation des différents acteurs du CLAHP aux fins de demander une **actualisation des « usages professionnels »** s'impose par ailleurs; la dernière mise à jour des « recommandations » datant de 2003... Celles-ci ont en effet été établies en fonction d'une situation « juridique », à un instant « t » selon les critères économiques, législatifs et réglementaires du moment, et certaines sont évidemment susceptibles d'être désormais considérées comme « obsolètes ». Dans le silence ou l'imprécision des parties, pour le juge, ces usages restent importants, d'où la nécessité qu'ils soient actualisés.



En savoir plus : Diaporama présenté le 6 février 2014 disponible sur www.urps-med-ra.fr
(rubrique Publications/Séminaires)

Bilan de l'expérience du stage d'interne de pédiatrie en libéral



Le 4 octobre 2013, le **Collège 3 de l'URPS Médecins RA**, et le Docteur Catherine Deléage en tant qu'animatrice du groupe de travail « Participation à l'enseignement initial des DES », organisaient une réunion à laquelle avaient été conviés les représentants de l'ARS Rhône-Alpes, les représentants des internes et des maîtres de stage en pédiatrie, les Professeurs Thierry Debillon et Jean-Paul Romanet de la faculté de Grenoble, le Professeur Pierre Chatelain de la faculté de Lyon et le Professeur Hugues Patural de la faculté de Saint Etienne.

Il s'agissait en l'occurrence de dresser un **bilan de l'accompagnement à la mise en place par l'ARS de l'expérience de stage en cabinet de pédiatrie libérale**.

Tous ont reconnu que cette expérience n'aurait pu se faire sans l'adhésion et la confiance de l'ARS Rhône-Alpes, des universitaires, des coordonnateurs du DES de pédiatrie et des doyens des facultés de médecine. Il a été rappelé le rôle important et précurseur de l'AFPA (Association Française de Pédiatrie Ambulatoire), qui s'est concrétisé par la mise en place de formations de maîtres de stages et par une participation à

l'enseignement théorique universitaire. Ce travail a été initié par le Docteur Jean Stagnara avec l'appui de l'URML RA dès fin 2009.

L'ARS Rhône-Alpes a confirmé sa volonté de soutenir cette expérimentation en assurant la rémunération des internes et des maîtres de stage même si, à la différence du stage en libéral des internes en médecine générale et des stages d'internes de spécialité en établissement, le stage d'interne de spécialité en cabinet libéral ne figure pas encore « officiellement » dans la maquette de formation des DES.

Les internes en pédiatrie ont confirmé leur intérêt pour cette formation complémentaire à la formation en CHU puisque le stage en cabinet libéral de 6 mois apporte beaucoup à leur pratique, même s'ils se destinent finalement pour la moitié d'entre eux à une carrière hospitalière. D'ailleurs, à défaut de stages, certains prennent eux-mêmes l'initiative de réaliser ces « stages » sous la forme d'un remplacement en demandant une mise en disponibilité.

Seulement 12 stages ont été réalisés à ce jour en France pour la pédiatrie libérale : 3 en Ile-de France, 2 dans chacune des régions suivantes : Auvergne, Languedoc-Roussillon, Poitou-Charentes et Rhône-Alpes, et 1 en Limousin.

Tous ont conclu sur l'importance d'une adhésion des doyens de faculté sans laquelle rien ne peut se faire. Mais, même si la demande des internes est forte, notamment en raison de la « surpopulation médicale » dans certains services hospitaliers, tout dépend en pratique de la démographie des pédiatres libéraux sur le territoire concerné et de leur motivation à devenir maîtres de stage.

Objectif langage

L'URPS Orthophonistes de Rhône-Alpes est très attachée à son rôle de prévention. Dans ce but, une diffusion auprès des médecins généralistes de la région du livret « **Objectif langage** » est prévue très prochainement. Une diffusion a déjà été réalisée auprès des pédiatres et des ORL.

Ce fascicule reprend les stades du développement du langage et indique aux parents, les attitudes à adopter face à un enfant pour favoriser la mise en place d'un langage harmonieux. Il sera accompagné d'une affiche « Prévention : Objectif langage ». Cette affiche et le livret peuvent être téléchargés sur le site : www.info-langage.org



Le Praticien Territorial de Médecine Générale (PTMG)



Dr Nicole BEZ

Vice-présidente de l'URPS Médecins RA

Le dispositif de PTMG est proposé par l'ARS dans le cadre du « Pacte Territoire Santé » porté par le Gouvernement afin de lutter contre la désertification médicale. Ce contrat proposé à de **jeunes médecins** a pour objectif de les inciter à exercer dans des zones fragiles caractérisées par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins.

Au lancement du dispositif en septembre 2013, l'ARS a sollicité l'URPS Médecins RA, afin d'obtenir son avis sur une liste de candidats potentiels à la signature d'un contrat de PTMG.

Bien que satisfaits que l'ARS fasse appel à notre expertise, nous avons dû regretter que les délais impartis pour formuler notre avis soient seulement de quelques jours, et que les candidatures recueillies ne concernent pour l'essentiel que des médecins « curieusement » déjà installés...Il faut dire que l'ARS devait répondre à la demande ministérielle impérativement avant fin décembre 2013 !

Nous avons apporté notre concours à l'ARS et sommes heureux de constater que ces contrats soient désormais proposés à de jeunes médecins pour des installations en « zones fragiles » ou en « zones de vigilance » telles que définies par l'ARS (cf. Trait d'Union de mars 2013).

Nous sommes attentifs à ce que ces contrats soient signés en concertation avec les médecins déjà installés, afin de ne pas détruire un équilibre parfois précaire.

Enfin, nous incitons les médecins intéressés pour accueillir de nouveaux médecins sur leur territoire, du fait d'une importante activité liée à la désertification médicale, ou du fait d'un futur départ en retraite avec recherche d'un successeur, à nous en informer. Nous pourrions ainsi indiquer à l'ARS des territoires susceptibles d'être retenus pour de nouvelles installations avec contrat de PTMG.

A fin janvier 2014, 33 contrats ont été signés en Rhône-Alpes :

4 dans l'Ain ; 5 en Ardèche ; 5 dans la Drôme ;
3 en Isère ; 3 dans la Loire ; 5 dans le Rhône ;
4 en Savoie et 4 en Haute Savoie.

Source : ARS-RA

Dispositif du PTMG

Le PTMG signe un contrat avec l'ARS.

Principales conditions cumulatives à remplir

- Contrat d'un 1 an, renouvelable une seule fois.
- Médecin **non encore installé** ou installé **depuis moins d'un an** en première installation, ou **médecin collaborateur**.
- Installation ou collaboration sur les territoires définis par l'ARS comme **fragiles en priorité, voire en zones de vigilance**.

Avantages pour les médecins déjà installés

- Inciter un médecin à venir s'installer ou collaborer avec vous ou lui donner l'envie de vous remplacer si vous envisagez un départ en retraite.
- Si vous exercez seul en zone fragile, vous bénéficierez, avec l'arrivée d'un PTMG, du dispositif conventionnel « option démographie » (cf ci-contre) au titre de l'exercice en groupe.

Avantages pour le médecin signant un PTMG

- Sécuriser une installation ou une collaboration par la garantie d'un **revenu mensuel brut de 6 900 euros/mois pendant 2 ans**. Ce revenu sera garanti par le versement d'un complément de rémunération pouvant aller jusqu'à 3 105 euros brut/mois, sous réserve de réaliser au moins 165 consultations/mois au tarif opposable.
- Possibilité d'exercer sur des lieux multiples dans une même région.
- Possibilité de cumuler avec d'autres aides (aides conventionnelles, permanence des soins, aides à l'installation...).
- Une **protection sociale avantageuse** avec versement d'une rémunération complémentaire forfaitaire en cas de **maladie** pour tout arrêt de travail supérieur à 7 jours, et en cas de **maternité** durant toute la durée du congé.



En savoir plus : www.urps-med-ra.fr (rubrique Aides financières/Aides à l'installation)

Trait d'Union URPS Médecins RA , n°5 , Avril 2014

Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA)

MODE D'EMPLOI JURIDIQUE ET FISCAL



La SISA est la seule structure juridique permettant aux professionnels de santé (médecins et autres professions) exerçant en maison de santé pluri professionnelle de bénéficier d'une rémunération collective lorsqu'ils exercent en commun des activités de coordination thérapeutique ou de coopération, des démarches d'éducation thérapeutique... selon le projet de santé qu'ils ont défini pour leur territoire. Cette nouvelle structure permet d'assurer un cadre juridique et fiscal sécurisé.

Afin de vous aider dans la création de ce type de structure, l'URPS Médecins RA a fait appel à un bureau d'avocat spécialisé ainsi qu'à un fiscaliste, afin de vous proposer un mode d'emploi pratique :

« Comment constituer une SISA »

Ce document a pour objectif de :

- Vous informer des démarches pratiques pour constituer une SISA.
- Vous informer des avantages et des inconvénients d'une telle société censée faciliter l'exercice en commun des professionnels de santé relevant de professions différentes.
- Répondre aux questions les plus fréquentes que vous seriez susceptibles de vous poser.



L'URPS Médecins RA a également négocié des tarifs préférentiels auprès de ce cabinet d'avocat pour les médecins qui souhaiteraient poser des questions complexes ou exposer une situation particulière. Les demandes doivent être adressées à l'URPS Médecins RA qui vous mettra en relation avec le cabinet juridique ou fiscal.

@ urps@urps-med-ra.fr

« Option Démographie »

Quelques modifications et précisions

Si vous exercez en « zone fragile » ou à proximité (5 km en zone rurale et 2 km en zone urbaine), vous pouvez bénéficier d'aides financières à l'activité

Dans le Trait d'Union de mars 2013, nous vous avons présenté les conditions à remplir pour bénéficier de ce dispositif conventionnel. Nous avons également envoyé un courrier d'information aux médecins généralistes susceptibles de bénéficier de ces avantages. Depuis, nous avons obtenu quelques précisions concernant les conditions d'obtention :

- L'**exercice en groupe** n'est pas limité à un exercice exclusif sur un même site, et peut s'appliquer à **tous les médecins membres d'une association** exerçant en zone fragile ou à proximité immédiate.
- Le praticien s'engage à ne pas cesser son activité, ni à changer son lieu d'exercice pendant une durée de 3 années consécutives, **sauf en cas de départ en retraite**.
- Ce dispositif s'applique aussi bien au médecin installé comme **titulaire** qu'au médecin installé comme **collaborateur**.
- Le **critère d'activité** imposant de réaliser son activité au 2/3 d'activité auprès de patients **résidant dans la zone fragile concernée a été élargi**. Il s'applique dorénavant à une **zone plus étendue correspondant au bassin de vie** tel que défini par l'INSEE. **Cela ne devrait donc plus être un obstacle à l'obtention de ces aides**.

N'hésitez pas à contacter votre CPAM, voire même à la recontacter si vous avez été refoulé lors de vos premières demandes sur l'un des critères signalés ci-dessus.

...

Pour toute information complémentaire :
urps@urps-med-ra.fr

ou notre site :

www.urps-med-ra.fr (rubrique Aides financières)

.....

Prix de thèse en médecine générale

Dr Pascal DUREAU

Coordinateur du Collège des
médecins généralistes
de l'URPS Médecins RA

Le prix de thèse du Collège des Médecins Généralistes de l'URPS Médecins RA a été attribué le **11 décembre 2013** par un jury réunissant des élus de l'URPS Médecins RA et des médecins généralistes enseignants.

Ont été primés les travaux suivants :



- **Marie GOUBERT** pour : « **Quand les femmes victimes de violences conjugales se mettent à parler ...** ».
- **Agnès LAVILLE** pour « **Dépistage prénatal de la trisomie 21. Développement d'un document d'information à destination des femmes enceintes** ».
- **Noémie ROLAND** pour : « **Les médecins généralistes et le risque médico-légal** ».
- **Anne-Laure VERJUS** pour : « **Médecins libéraux des Savoie et Isère : étude épidémiologique des besoins d'un système de soins dédié à leur propre santé** ».
- **Estelle WOESTELANDT-SYLVESTRE** pour « **Produire un document écrit d'information pour favoriser la participation active de la patiente lors d'une prescription de pilule œstro-progestative : une enquête DELPHI** ».

Ces thèses sont consultables sur : www.urps-med-ra.fr (rubrique Prix de thèse).



Du bon usage des antibiotiques Médecins, Vétérinaires : Deux approches professionnelles

Le 30 octobre 2013, l'URPS Médecins RA a organisé conjointement avec l'Union Vétérinaire Rhône-Alpes (UVRA) un séminaire concernant :

« **Les enjeux de l'antibiorésistance en santé publique** ».

Les interventions ont porté sur :

- **L'intérêt du « bon usage des antibiotiques » en termes de santé publique** avec **Jean Yves MADEC**, docteur vétérinaire, directeur de recherches et chef de l'unité antibiorésistance et virulence microbienne à l'ANSES Lyon et **Dominique PEYRAMOND**, professeur, chef du service des maladies infectieuses et tropicales de l'hôpital de la Croix-Rousse à Lyon.
- **L'approche croisée des modes d'exercice** avec **Pierre BROUILLET**, docteur vétérinaire, président de l'UVRA et **Emile OLAYA**, médecin généraliste, responsable du projet « risques sanitaires en Rhône-Alpes » à l'URPS Médecins RA.
- **Les actions de l'ARS Rhône-Alpes concourant à la prévention de l'antibiorésistance** avec **Christian BERTHOD**, pharmacien, inspecteur de santé publique à l'ARS RA.

Ces interventions sont consultables sur : www.urps-med-ra.fr (rubrique Publications/Séminaires).

Médecins Correspondants du SAMU (MCS). Où en sommes-nous ?



Dr Alain CARILLION

Animateur de la Commission Permanence des soins
de l'URPS Médecins RA

Dans le Trait d'Union d'octobre 2013, nous vous avons présenté les grandes lignes du cahier des charges du dispositif MCS. Ce cahier des charges a été arrêté le **15 octobre 2013**. L'Agence Régionale de Santé (ARS) déploie maintenant le dispositif sur la région Rhône-Alpes.

Si vous êtes concerné, car installé dans un secteur de permanence des soins « **défini** » par l'ARS comme « situé à plus de 30 minutes d'un SMUR terrestre », vous avez certainement reçu un courrier d'information de l'ARS.

Si vous étiez déjà MCS, quel que soit votre secteur, vous pouvez continuer à l'être.

Ce dispositif peut être **cumulable avec la permanence des soins (PDS A)**. L'ARS a réalisé une note d'information sur les modalités de cumul entre ces deux missions. Ce cumul porte uniquement sur la période entre 20 h et 24 h ; l'objectif affiché étant de remplacer la PDS A en nuit profonde par le dispositif MCS. Une phase transitoire est prévue afin de laisser le temps aux médecins intéressés par le dispositif de se former.

Ce dispositif est basé sur le volontariat. Si vous souhaitez y adhérer, nous vous invitons à prendre quelques précautions élémentaires :

- **Lire attentivement le contrat tripartite** liant l'ARS, l'établissement siège du SAMU et le MCS que vous serez conduit à signer. Un contrat-type réalisé par l'ARS est consultable sur notre site.
- **Contacter votre assureur en RCP** afin de l'informer de votre engagement en tant que MCS. Vous serez ainsi couvert pour tous les dommages vous concernant non pris en charge par la mission de service public. Cette fonction de MCS ne doit pas faire l'objet d'un surcoût dans votre contrat. **En cas contraire, merci de nous en informer !**

@ : urps@urps-med-ra.fr

Pour en savoir plus : www.urps-med-ra.fr
(rubrique Permanence des soins/ MCS)

Associations territoriales de MCS

Association Arc Alpin (38, 73 et 74)

Tel : 04 79 96 43 50

Contact.mcs@mdem.org

Association Drôme-Ardèche

Tel : 04 75 29 86 37

hospital.local.amb@hl-lecheylard.fr

Cahier des charges régional de la Permanence des soins Ambulatoires (PDS A)

L'ARS de Rhône-Alpes a arrêté sa **deuxième révision du cahier des charges** de la PDS A applicable depuis le 1er décembre 2013. **Les points clés de cette révision sont :**

- **L'arrêt de la PDS A en nuit profonde**, dans tous les secteurs pour lesquels cet arrêt était prévu le 30 novembre 2013, **est reporté au 30 novembre 2014**.
- La mise en œuvre progressive du **dispositif des Médecins Correspondants du SAMU** dans les territoires éloignés d'un SMUR terrestre.
- Le développement à titre expérimental des **effecteurs mobiles** sur de grands territoires permettant de répondre aux demandes de visites régulières et qualifiées d'incompressibles sur l'ensemble des horaires de la PDS A.



Une erreur s'est glissée dans le Trait d'Union d'octobre 2013 p 8 - tableau sur la 1^{ère} révision du cahier des charges. La 2^{ème} partie du tableau correspondait en fait aux secteurs avec forfait de nuit profonde prolongés jusqu'au 30/11/2013. Le Trait d'Union disponible en ligne sur notre site a été corrigé.

Permanence des soins en établissements de santé privés

Dans le cadre de la nouvelle organisation de la permanence des soins en établissements de santé (PDS ES), l'Agence Régionale de Santé (ARS) attribue cette mission de service public aux établissements de santé publics et privés.

En région Rhône-Alpes, un schéma cible de la PDS en établissement a été publié en décembre 2012 par l'ARS dans le cadre du schéma régional d'organisation des soins (SROS). Ce schéma définissait un **nombre de lignes de garde et d'astreinte jugé nécessaire par spécialités et par territoires de santé**.

Fin juillet 2013, des arrêtés administratifs ont été pris par l'ARS définissant pour chaque établissement les lignes de garde et d'astreinte attribuées par spécialités. Nous vous présentons ci-dessous le **tableau de répartition par territoires de santé des lignes de garde et d'astreinte attribuées aux établissements de santé privés de la région où exercent des praticiens libéraux**.



Evaluation de la PDS ES en Rhône-Alpes

Une évaluation de cette mission de service public a été lancée par l'ARS auprès des établissements retenus.

Conformément au cahier des charges régional, un questionnaire a été élaboré prévoyant le recueil d'un grand nombre d'indicateurs sur les lignes de garde et d'astreinte financées par l'ARS en dehors des spécialités réglementées.

Ce recueil sera réalisé **trois fois par an sur une semaine**. Les périodes retenues sont février, août et octobre sur les horaires de la permanence des soins.

	Territoire Centre		Territoire Nord		Territoire Sud		Territoire Ouest		Territoire Est	
	Gardes	Astreintes	Gardes	Astreintes	Gardes	Astreintes	Gardes	Astreintes	Gardes	Astreintes
Chirurgie orthopédique		5,2		1,8		0,6		1,8		2,8
Chirurgie vasculaire		2,5		0,6		1		1		2,5
Chirurgie urologique		6		2				1,5		1
Chirurgie viscérale		8		3		1		3		4
Chirurgie cardiaque		3								1
Chirurgie infantile		1								
Neurochirurgie		1								
SOS Mains		1				1				1
Chirurgie ophtalmologique				0,5						2
Chirurgie maxillo-faciale										1
ORL				1						
Gynécologie-Obstétrique	4	3		1		1	1	0,6	2	4
Anesthésie	4	12		3	1	2	1	3	4	5
Réanimation	4		1				1		1	
Radiologie		10		3		2		3		5
Cardiologie	4	7	1	0,5		1	1	1	2	4
Néphrologie		1								
Pneumologie		1								
Pédiatrie	1	5		1		1		1		5
Gastroentérologie		1		1				1		1

Source ARS RA, décembre 2013

Indemnité forfaitaire pour gardes et astreintes

L'arrêté ministériel du 18 juin 2013 a précisé que l'indemnité forfaitaire de PDS ES perçue dans le cadre du FIR, est cumulable avec l'ensemble des majorations d'actes de nuit, de dimanche et de jours fériés pour les anesthésistes-réanimateurs, les chirurgiens et les praticiens des maternités.

Cette indemnité forfaitaire n'est pas cumulable avec les majorations pour « sujétion particulière pour l'ensemble des actes liés au premier accouchement réalisé la nuit, le dimanche et les jours fériés (majorations MA et MG) », prévues dans la convention médicale.

Seuls, les praticiens n'ayant pas signé de contrat tripartite de PDS ES, peuvent prétendre à ces majorations forfaitaires pour sujétion particulière.

Vous n'avez pas perçu votre indemnité forfaitaire ?

Au cours des derniers mois, quelques praticiens nous ont signalé des retards dans le paiement de leur forfait de PDS ES.

Normalement, les conventions tripartites ont à ce jour toutes été signées et la situation devrait s'être normalisée.

Si vous rencontrez encore des problèmes, n'hésitez pas à nous le signaler :

@ : urps@urps-med-ra.fr

Départ du Directeur général de l'ARS Rhône-Alpes

Le Conseil des ministres du 14 février 2014 a mis fin aux fonctions de directeur général de l'Agence régionale de santé de Rhône-Alpes, exercées par Christophe Jacquinet depuis le 23 novembre 2011.

Gilles de Lacaussade, directeur général adjoint de l'ARS Rhône-Alpes est nommé directeur général, par intérim, de l'agence*.

**Nous venons d'apprendre que Madame Véronique Wallon a été nommée par décret du 20 mars 2014 et prendra ses fonctions de directrice générale à compter du 2 avril 2014.*



Christophe Jacquinet a expliqué son « limogeage » par son refus d'accepter des concessions politiques, dans un message adressé aux directeurs d'ARS dont l'agence **APM International** a eu copie, et dont nous vous communiquons des extraits :

« Comme vous le savez maintenant, j'ai eu le tort, aux yeux du gouvernement, en tant que représentant de l'Etat pour la politique de santé en région, de ne pas céder à trois grands élus de la majorité sur des exigences et des façons de procéder que je considérais contraires à l'intérêt général...

... Je pense en effet que sans un changement très net du mode de pilotage du secteur hospitalier, il ne sera plus possible de maintenir un système de santé financé de façon majoritairement solidaire et organisé selon un principe d'égalité dans l'accès à tous les soins, et tout aussi impossible d'orienter davantage la politique de santé vers la promotion de la santé... Les professionnels de santé, qui font face à des difficultés, ont besoin de décisions efficaces et sincères de la part des autorités de tutelle et de régulation...

... Pour ces raisons, je n'ai pas voulu faire de concessions politiques sur la question du pilotage de la performance du secteur hospitalier et de la performance de son organisation territoriale, tant pour les établissements publics que pour les établissements privés... Dans une grande région comme Rhône-Alpes, cette position forte a conduit à des succès, à de la confiance et aussi, évidemment, à des crispations... Il m'aurait été possible de les dénouer si des considérations de politiques électorales n'avaient pas interféré ».

Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA)

Qu'est-ce qu'une MAIA ?

Les MAIA sont des **dispositifs d'accueil, d'orientation et de coordination**, destinés à apporter une réponse de proximité visant à simplifier le parcours des personnes malades et de leurs aidants sur un territoire donné. Elles permettent de réduire la dispersion des services en favorisant la circulation de l'information entre les différents professionnels de santé intervenant auprès de la personne (médecin, infirmier, assistant social, ergothérapeute...) et en assurant la coordination des soins à domicile.

Elles reposent sur une **structure préexistante** en étant intégrées au sein d'un Centre local d'information et de coordination (CLIC), d'un conseil général, d'un accueil de jour, d'une maison départementale pour les personnes handicapées, d'un hôpital ou encore d'une association locale de France Alzheimer.

A qui sont-elles destinées ?

Les MAIA accueillent, informent et orientent les **personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer ou par des troubles apparentés**, ainsi que plus largement les personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle. Elles s'adressent également aux aidants.

Lorsque la situation des personnes est jugée « complexe » (isolement, refus de soins, conflits familiaux, situation sociale précaire, etc.), elles bénéficient de l'intervention d'un gestionnaire de cas pour un suivi plus personnalisé.

Quel est le rôle du gestionnaire de cas ?

Interlocuteur direct de la personne malade, de sa famille et des professionnels de santé, le **gestionnaire de cas assure un suivi intensif du parcours de vie et de soins de la personne malade** : évaluation de la situation à domicile, élaboration d'un plan de services individualisés, réalisation des démarches administratives notamment financières, coordination des différents intervenants...

Les MAIA répondent ainsi à trois objectifs majeurs :

- Fournir le(s) meilleur(s) service(s) possible(s) à la bonne personne au bon endroit, au bon moment et à moindre coût humain et social par le dispositif du guichet intégré
- Etablir une interdépendance étroite entre les acteurs du sanitaire, du médico-social et du social par la concertation.
- Assurer le suivi intensif des situations complexes par la gestion de cas.

LES MAIA DE RHÔNE-ALPES

Ain :

MAIA Filière gériatrique de Bourg en Bresse
15, rue Gabriel Vicaire
01000 Bourg en Bresse
Tél : 04 74 22 11 11

Ardèche :

MAIA du Conseil général de l'Ardèche
Hôtel du département - Quartier la Chaumette
BP 737 - 07007 Privas cedex
Tél : 04 75 66 77 07

Drôme :

MAIA du Conseil général de la Drôme
ZI du Gournier - Allée du Port
26200 Montélimar
Tél : 04 75 79 26 26

Isère :

MAIA du Conseil général de l'Isère
Centre Hospitalier Lucien Husel
BP 127 - 38209 Vienne
Tél : 04 74 31 34 35

MAIA du Conseil général de l'Isère
Maison départementale de l'autonomie
15, avenue Doyen Louis Weil
BP 337 - 38010 Grenoble cedex 1
Tél : 04 56 80 17 02

Loire :

MAIA du Conseil général de la Loire
2, rue Charles de Gaulle
42022 Saint-Etienne Cedex
Tél : 04 77 49 92 28

Rhône :

MAIA du Conseil général du Rhône
Hôtel du département - 29-31, cours de la Liberté
69483 Lyon cedex 09

- Lyon Centre est : 04 37 48 48 38
maia.centre-est@rhone.fr
- Lyon centre Ouest : 04 78 35 93 56
maia.centre-ouest@rhone.fr
- Lyon sud : 04 78 92 68 60
maia.lyon-sud@rhone.fr
- Villefranche sur Saône : 04 74 02 69 25
maia.villefranche@rhone.fr

Haute-Savoie :

MAIA du Conseil général de Haute Savoie
1, rue du 30ème régiment d'infanterie
70741 Annecy
Tél : 04 50 33 22 06

Source : <http://plan-alzheimer.gouv.fr/-rhone-alpes-.html>

Voir aussi : www.santesocial-ra.org
(rubrique Dépendance des personnes âgées)

Accessibilité dans les cabinets médicaux



La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a renforcé l'obligation d'aménagement des bâtiments recevant du public, afin de permettre l'accès et la circulation de toutes les personnes handicapées, quelles que soient leurs difficultés. Par personnes handicapées, il convient d'inclure tous les types de handicap : auditif, cognitif, moteur, psychique et visuel.

L'accessibilité de tous les établissements accueillant du public et des locaux des professionnels de santé devait être effective au plus tard le 1er janvier 2015.

Le Premier Ministre a rendu le 26 février 2014 les conclusions d'une concertation menée sur l'accessibilité dans les établissements recevant du public en donnant le mode d'emploi de **l'Agenda d'Accessibilité Programmée (Ad'AP)**. **Un délai de 3 ans maximum a finalement été accordé aux établissements de 5ème catégorie**, ce qui est le cas de la plupart des cabinets médicaux, pour assurer la mise aux normes à l'accessibilité, **sous réserve que les acteurs s'engagent sur un calendrier de programmation des travaux avant le 31 décembre 2014.**

Concernant les démarches administratives, des propositions ont été soumises au Premier Ministre pour adapter le dispositif déjà mis en place, mais qui feront l'objet d'une ordonnance publiée à l'été 2014.... Il reste donc encore de nombreuses inconnues.

L'URPS Médecins RA a mis à votre disposition une rubrique d'informations pratiques qui est mise à jour régulièrement. Un groupe de travail a par ailleurs été mis en place pour vous apporter dans les mois à venir une aide dans vos démarches.

N'hésitez pas à vous inscrire pour recevoir notre newsletter. Nous vous tiendrons ainsi informés.

www.urps-med-ra.fr

(rubrique Exercice médical / Accessibilité cabinets)

@ : urps@urps-med-ra.fr

Diagnostics anténataux

Un décret et trois arrêtés relatifs aux diagnostics anténataux, ont été publiés au Journal officiel du 16 janvier 2014. Ces textes apportent des précisions suite à la loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique ; l'objectif étant de garantir une **meilleure information et un meilleur accompagnement des femmes enceintes et des couples.**

Ces textes concernent donc les médecins et les professionnels de santé impliqués dans les diagnostics anténataux, les femmes enceintes et les couples ayant un projet parental. Ils portent en particulier sur :

- la définition de l'échographie obstétricale et fœtale ;
- la mise à jour de la liste des examens de biologie médicale et d'imagerie appartenant aux explorations pratiquées pendant la grossesse ;
- les modalités d'information et de consentement de la femme enceinte et précise la nature des règles de bonnes pratiques qui devront être établies ;
- la composition des équipes pluridisciplinaires qui se prononcent sur l'interruption de grossesse au motif que la poursuite de la grossesse met gravement en péril la santé de la femme.

Une information complète et claire est nécessaire pour chaque type d'examen. Mais la patiente peut refuser l'information et il est donc impératif d'obtenir un accord écrit pour le réaliser. Des modèles de documents sont mis à disposition concernant :

- Le refus d'information
- L'information et le consentement du calcul des marqueurs sériques
- L'information et le consentement concernant les 3 échographies de dépistage
- L'information et le consentement de prélèvements biologiques (amniocentèse, villosités chorales, sang fœtal)
- L'information et le consentement des échographies diagnostiques
- L'information et le consentement des techniques d'imagerie (IRM, scanner)
- L'information et le consentement à une interruption médicale de grossesse, précisant le délai de réflexion.

Quand les femmes victimes de violences conjugales se



Dr Nicole BEZ,
Vice-présidente de l'URPS Médecins RA

Forme la plus courante de violence subie par les femmes, les violences conjugales sont un véritable problème de santé publique. Elles ont en effet de nombreuses conséquences sur l'état de santé psychique et physique des femmes qui en sont victimes et sur celui de leurs enfants.

Elles touchent toutes les couches de la société, toutes les cultures et religions, toutes les périodes de la vie de couple. Elles sont plus fréquentes chez les jeunes et la grossesse est une période qui prédispose tout particulièrement à l'éclosion des violences conjugales et constitue un facteur aggravant de violences existantes.

1 femme sur 10 est victime de violences conjugales.

1 viol sur 3 est un viol conjugal.

1 femme meurt tous les 3 jours de violences conjugales.

Selon l'enquête sur les violences envers les femmes réalisée en France en 2000, la prise d'alcool se retrouve chez les conjoints violents dans 12% des cas et l'usage de drogues dans 10% des cas. Les troubles psychiatriques sont souvent en cause ainsi que l'instabilité professionnelle présente chez 26% des hommes violents.

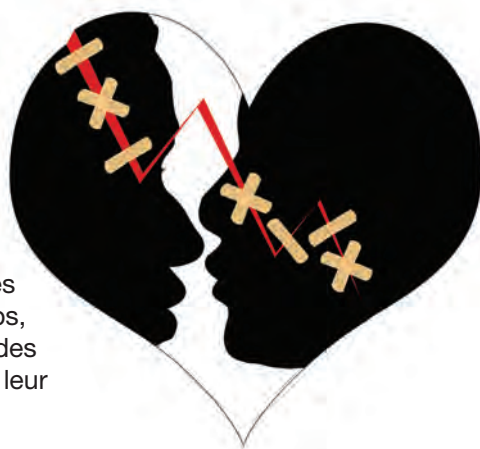
Si le dépistage des violences conjugales ne doit pas être systématique, il mérite d'être fait au moindre doute. **Ainsi vaut-il mieux y penser trop souvent que pas assez !**

Les victimes attendent de leur médecin empathie, soutien, écoute et non mise en doute de leurs dires. Les femmes victimes ayant besoin de temps, il convient de leur prodiguer des conseils en s'adaptant à leur rythme.

La peur, un sentiment de dévalorisation, l'isolement et la honte expliquent que les victimes craignent le plus souvent de s'exprimer. Le médecin doit contribuer à lever les freins à l'expression et aider à libérer la parole : « Vous entendez-vous bien avec votre conjoint ? Vous disputez-vous souvent avec lui ? Comment se passent les relations sexuelles ? ... Au moindre doute, le questionnement sincère et délicat sur la possible existence de violences conjugales sera apprécié et consolidera la relation thérapeutique.

Les résultats de plusieurs enquêtes menées en cabinet de médecine générale sont éloquentes :

- 70% des victimes ont été victimes de violences verbales ou psychiques, 40% de violences physiques et 20% de violences sexuelles.
- 75 % des femmes présentant des symptômes dépressifs déclarant en outre avoir été victimes de violences conjugales, le médecin doit penser à associer violences conjugales et dépression sans négliger le risque suicidaire.



Alors, que faire en présence d'une femme victime de violences conjugales ?

Il convient avant tout de **déculpabiliser la victime** « Vous n'êtes pas la seule à vivre cela, et ne vous sentez pas coupable ... ». Le **rappel à la loi est tout particulièrement important** : « La loi punit sévèrement l'auteur de violences conjugales ».

Sans être directif et s'en vouloir imposer une conduite à tenir, il convient également de **prodiguer quelques conseils** en s'adaptant à chaque cas forcément particulier.

Donner aux victimes les coordonnées d'une association spécialisée de lutte contre les violences, d'un service social... et le **numéro de la permanence d'écoute téléphonique nationale** destinée aux victimes ou témoins de violences conjugales : **le 3919**.

Les inciter à déposer une plainte auprès des services de police ou de gendarmerie, ou en écrivant directement au procureur de la République. Ces services ont l'obligation de l'enregistrer même en l'absence de certificat médical.

mettent à parler» *

Si la victime ne souhaite pas déposer plainte, l'encourager à signaler les faits à la police ou la gendarmerie par une **déclaration consignée dans une main courante ou un procès verbal de renseignement judiciaire**. Cette déclaration constituera toujours une trace écrite susceptible d'être utilisée ultérieurement.

Le **certificat médical** est un élément de preuve utile dans le cadre d'une procédure judiciaire, même si elle a lieu plusieurs mois après. Objectif et exhaustif, il doit, sans parti pris en faveur de la patiente, retranscrire fidèlement « ses dires », et décrire en détail tant au plan physique que psychologique les dommages constatés. Il peut être accompagné, selon la gravité des faits, d'une évaluation de l'ITT qui aura une incidence sur la qualification juridique des faits et la peine encourue.

L'informer qu'elle est en droit de **quitter le domicile commun sans autorisation judiciaire** après en avoir simplement informé la police ou la gendarmerie, et après avoir pris les précautions élémentaires : photocopies des documents officiels (livret de famille, carte d'identité ...), mettre de côté les chèquiers, faire des doubles des clefs de la maison...

« Il y a méconnaissance des médecins liée à un défaut de formation spécifique initiale »

Un atelier sur les violences conjugales se tient chaque année lors du Congrès annuel de Médecine Générale.

*** En savoir plus !**

- Thèse de Marie GOUBERT
« Quand les femmes victimes de violences conjugales se mettent à parler».
Cette thèse a été primée en 2013 par l'URPS Médecins RA.
www.urps-med-ra
(rubrique Prix de thèse)
- Ressources Santé - Social**
www.santesocial-ra.org/
(rubrique Maltraitements et violences conjugales)

Vous y trouverez un certificat médical-type et les coordonnées d'associations de la région.

Semaine européenne de la vaccination
du 22 au 26 avril 2014

Vaccination : êtes-vous à jour ?

2013
calendrier simplifié
des vaccinations

La Semaine de la vaccination est coordonnée au niveau national par le Ministère chargé de la santé et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et organisée en région par les ARS.

Le thème de cette 8e Semaine s'inscrit dans la continuité de celui de 2013, année de la **simplification du calendrier des vaccinations**.

L'INPES met à disposition sur son site de nombreux documents destinés aux professionnels de santé, dont un calendrier simplifié.

Âge approprié	Naissance	2 mois	4 mois	11 mois	12 mois	15-18 mois	6 ans	11-13 ans	14 ans	25 ans	45 ans	65 ans et +
BCG												
Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite												Tous les 10 ans
Coqueluche												
Haemophilus Influenzae de type b (HIB)												
Hépatite B												
Pneumocoque												
Méningocoque C												
Rougeole-Oreillons-Rubeole												
Papillomavirus humain (HPV)												
Grippe												Tous les ans

Source : INPES, 2013
<http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/vaccination/calendrier/calendrier-vaccination-2013.asp>

Réseau d'aide aux soignants de Rhône-Alpes (Réseau ASRA)

Depuis le 2 mai 2012, le Conseil Régional et les Conseils départementaux de l'Ordre des Médecins de Rhône-Alpes associés à l'URPS Médecins RA ont uni leur expérience afin de venir en **aide aux médecins en difficulté**.

Une astreinte téléphonique avec serveur vocal est assurée, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, par **38 confrères de soutien** volontaires et bénévoles, formés à l'écoute pour repérer, orienter et participer à la prise en charge de confrères victimes d'épuisement professionnel, d'addictions, et de toute autre souffrance liée à l'exercice professionnel.

49 personnes ressources (psychiatres, psychologues, addictologues, conseillers juridiques et fiscaux, médecins du travail,...) participent le cas échéant au maintien et à la restauration de la capacité professionnelle de ces confrères et organisent leur réinsertion.

Il s'agit bien là d'une réponse à un réel besoin puisque **le réseau ASRA reçoit depuis son ouverture entre 7 à 10 appels par mois**.

Réseau ASRA Aide aux soignants de Rhône-Alpes

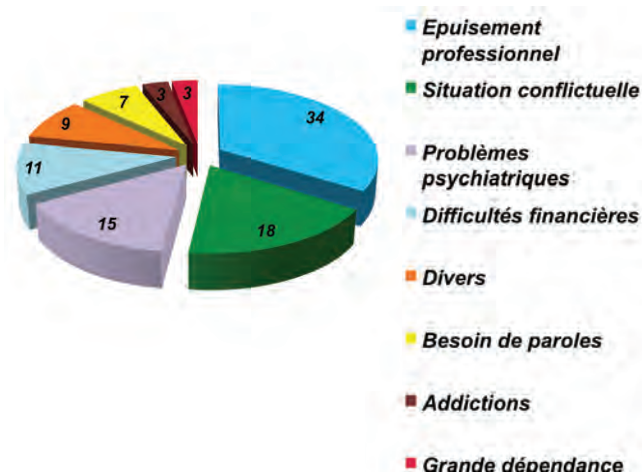
Epuisement professionnel, addiction, besoin d'aide...

Nous sommes tous concernés

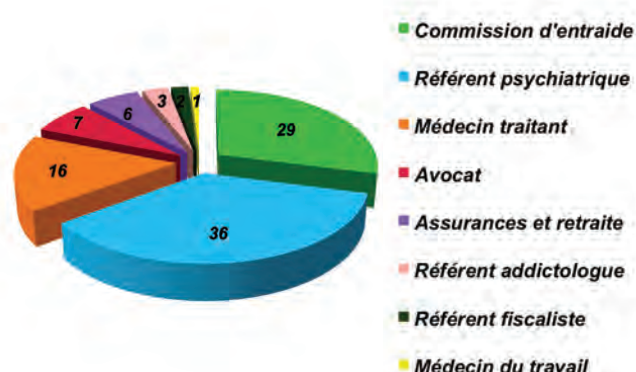
0805 62 01 33

Un confrère vous écoute 24 heures sur 24

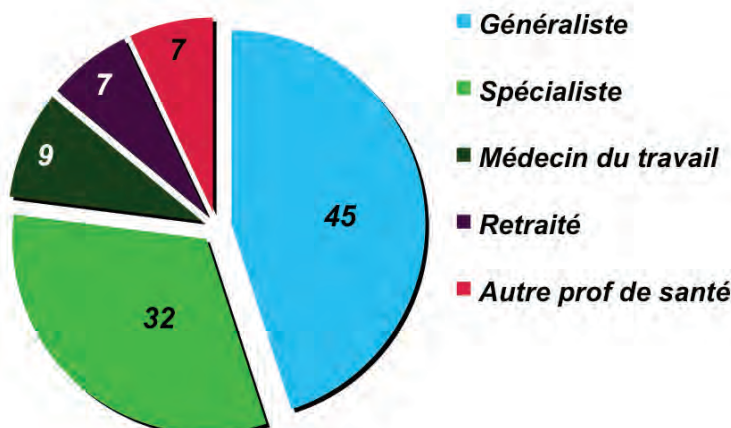
Motifs de l'appel (en %)



Aide/orientation apportée (en %)



Nature de l'appelant (en %)



URPS Médecins RA

20 Rue Barrier
69006 Lyon

Tel : 04 72 74 02 75
Fax : 04 72 74 00 23
urps@urps-med-ra.fr
www.urps-med-ra.fr

Directeur de la publication :

Dr DEVOLFE

Rédaction : URPS Médecins RA

Conception : MCI France

Impression : Imprimerie Reboul

ISSN : 2259-1087

Vous bénéficiez, en vertu de la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition sur les données personnelles collectées qui vous concernent. Vous pouvez exercer ces droits directement par mail : urps@urps-med-ra.fr ou par courrier adressé à : URPS Med RA 20 Rue Barrier 69006 LYON. Vous pouvez également vous opposer au traitement des données vous concernant.