



Le mot du Président

Suite à la publication, fin novembre 2012, du cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires (PDS A), l'URPS Médecins RA avait exprimé ses craintes quant à la suppression de la PDS A en nuit profonde sur certains secteurs à faible activité. Elle avait alors vivement déploré une décision prise sans avoir au préalable une réelle connaissance de ses conséquences sur le terrain, tant au niveau des populations que des médecins concernés, et sans avoir pris réellement le temps d'instituer des dispositifs alternatifs susceptibles d'en réduire l'impact.

La date butoir du 31 mai 2013, retenue par l'ARS comme date ultime de réflexion à la mise en place de ces dispositifs, n'ayant pu être respectée, une première révision du cahier des charges notifiait le maintien à titre dérogatoire de la nuit profonde sur 44 secteurs de PDS A jusqu'au 30 novembre 2013.

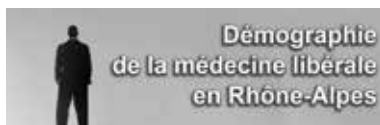
L'URPS Médecins RA prépare maintenant la deuxième révision du cahier des charges de la PDS A dont la publication est prévue fin novembre 2013. S'appuyant sur son outil démographique « Géosanté », la réflexion porte avant tout sur le dispositif des médecins correspondants du SAMU (MCS) promu par l'ARS. S'il n'y a pas « à priori » de véritable rejet de ce dispositif, considéré comme majeur et prioritaire, nous serons attentifs à l'exigence, bien compréhensible, des médecins libéraux d'en connaître très clairement, avant tout engagement de leur part, les modalités exactes de participation et les conditions précises de leur rémunération.



Au sommaire

Photographie des établissements de soins privés	page 2
Exercice « hors convention » en établissements	page 6
CME de l'hospitalisation privée	page 7
Permanence des soins ambulatoires (PDS A)	page 8
DOSSIER : Médecin Correspondant du SAMU (MCS)	page 10
DOSSIER : Démographie médicale – médecine générale	page 12
Maisons des Adolescents	page 15
Information et consentement éclairé	page 16
Infos professionnelles	page 18
Infos URPS	
Enquête sur les pratiques des médecins en matière de secrétariat médical	page 20

Docteur Christian DEVOLFE



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

Photographie des établissements de soins privés*

Au cours des vingt-cinq dernières années, le paysage de l’hospitalisation privée français et rhônalpin, s’est profondément modifié. Ce secteur en pleine mutation a subi, et subit encore, les effets d’un double mouvement de concentration contribuant à faire chuter un peu plus chaque année le nombre des établissements : la fermeture ou la fusion de cliniques d’une part, et la constitution d’autre part de groupes hospitaliers privés qui se font et se défont au gré du marché.

Les actionnaires de cliniques individuelles sollicitant volontiers les groupes privés pour la survie et/ou la consolidation de leurs structures, les médecins encore propriétaires de leur outil de travail se font de plus en plus rares.

Quels gestionnaires ?

Ainsi en région Rhône-Alpes, sur **44 établissements privés de soins de courte durée** offrant une activité en **médecine, chirurgie et obstétrique (MCO)** – 31 établissements de soins pluridisciplinaires et 13 établissements chirurgicaux - **seulement 20 établissements** sont encore des cliniques « indépendantes » (Tab 1).

20 établissements sont « indépendants »

● **17 établissements privés à but lucratif** appartiennent le plus souvent à des actionnaires médecins, voire à des actionnaires indépendants. Parmi ces structures, **3 ont une activité exclusivement ambulatoire**, avec une capacité inférieure à 10 places : Clinique Cendaneg dans l’Ain, Centre Endoscopie Nord-Isère dans l’Isère et Endo Lyon Sud-Ouest dans le Rhône.

● **3 établissements privés à but non lucratif** ont un statut **d’association Loi 1901** : Clinique Protestante et Clinique Emilie de Vialar dans le Rhône ; Clinique Saint-Vincent de Paul dans l’Isère.

24 établissements sont la propriété de groupes hospitaliers privés

● **20 établissements privés à but lucratif** sont gérés par des **opérateurs privés**, en majorité de dimension nationale, inter-régionale, voire purement locale.

- Au premier rang des **opérateurs privés** de dimension nationale émerge la **Générale de Santé** avec 7 établissements présents sur 6 départements, ainsi que le groupe **Capio** uniquement implanté dans le Rhône avec 3 établissements.

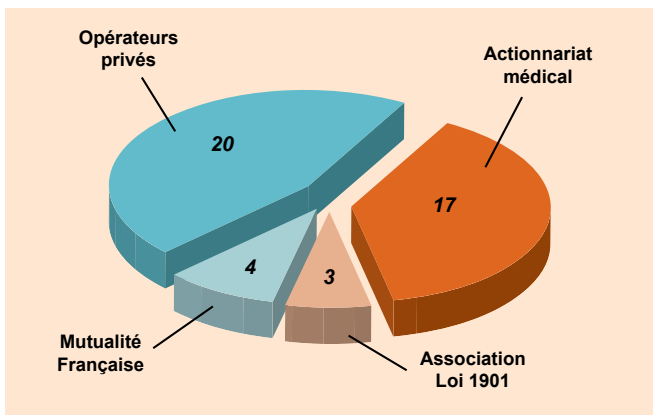
- Les autres groupes nationaux **Ramsay Santé** et **Vivalto Santé** occupent une place très réduite avec chacun une seule implantation respectivement dans l’Ain et en Haute-Savoie. A noter que le groupe **Kapa Santé** s’étant retiré récemment de la gestion de la Clinique de Cluses en Haute-Savoie, celle-ci a été reprise par les praticiens de l’établissement.

- La **Compagnie Stéphanoise de Santé (C2S)**, de dimension inter-régionale, reste principalement présente en Rhône-Alpes, avec 3 établissements dans la Loire et 1 dans le Rhône.

- Enfin le groupe lyonnais **Noalys** reste quant à lui avec une dimension principalement locale avec 2 cliniques dans le Rhône, ainsi que le nouveau groupe **Clinicé** avec une clinique dans l’Isère et une autre en Ardèche.

● **4 établissements privés à but non lucratif** sont membres du Groupe Hospitalier de la Mutualité Française. Ils ont le statut de société mutualiste et **participent au service public hospitalier**. Deux d’entre eux se distinguent avec une activité médicale partagée entre un personnel médical salarié et un personnel médical d’exercice exclusivement libéral : Le Groupe hospitalier mutualiste de Grenoble, et le Groupe hospitalier mutualiste « Les Portes du Sud » de Vénissieux.

Tab 1 : Les gestionnaires



* Sont exclusivement recensés les établissements privés au sein desquels exercent soit exclusivement des praticiens libéraux soit à la fois des praticiens libéraux et des praticiens salariés. Sont exclus de cette étude les établissements privés où n'exercent que des praticiens salariés.

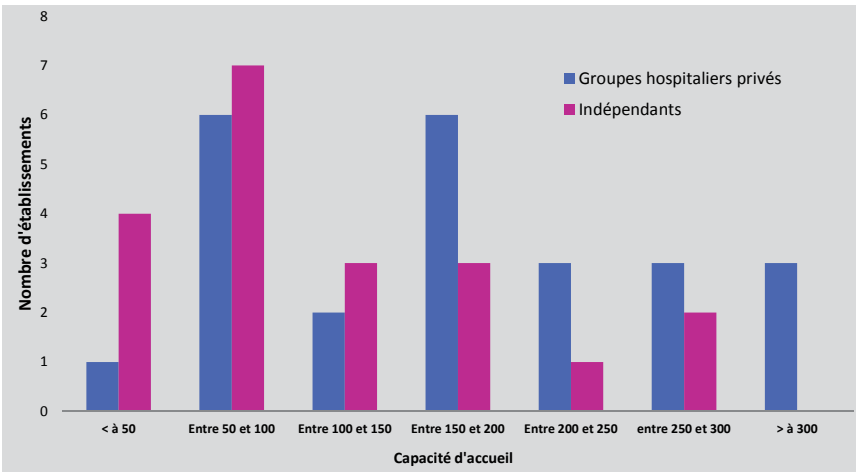
(Médecine-Chirurgie-Obstétrique) en Rhône-Alpes

Quelles capacités d'accueil ?

La **capacité totale d'accueil en activité MCO** - Médecine Chirurgie Obstétrique - (lits en hospitalisation complète et places en hospitalisation de jour) **est d'environ 6.400 lits et places.**

7 établissements complètent leur accueil dans le champ MCO par une offre en **soins de suite et/ou rééducation et réadaptation (SSR)**, soit une capacité d'accueil supplémentaire d'environ 400 lits. **Les groupes privés offrent près de 70 % des lits et places de la région**, le groupe Générale de Santé offrant à lui seul près de 30 % de cette capacité (Tab 2).

Tab 2 : Capacité d'accueil en MCO - Médecine Chirurgie Obstétrique - (lits et places)



Quelles activités ?

Maternités

15 établissements disposent d'une maternité. **7 réalisent plus de 1.500 accouchements par an**, dont 2 plus de 3 000 : Hôpital privé Natécia et Clinique du Val d'Ouest dans le Rhône.

11 maternités sont classées de **niveau 1**, disposant d'unité d'obstétrique pour la prise en charge des grossesses normales, et **4 maternités de niveau 2A** pour la prise en charge des grossesses à risques, disposant de fait d'une unité de néonatalogie sans unité de soins intensifs : Clinique Belledonne dans l'Isère, Hôpital privé de la Loire, Clinique du Val d'Ouest et Hôpital privé Natecia dans le Rhône. A noter, **1 centre périnatal de proximité** venu se substituer à la maternité à la Clinique Saint Charles dans l'Isère.

6 de ces établissements offrent une assistance médicale à la procréation.

Services de réanimation

6 établissements, répartis sur les départements de l'Ain (Clinique Convert), de l'Isère (Clinique Belledonne), de la Loire (Hôpital privé de la Loire) et du Rhône (Clinique Protestante, Clinique du Tonkin et Clinique de la Sauvegarde), disposent d'un service polyvalent de réanimation pour adultes.

Urgences

20 établissements disposent d'une telle structure. Ils bénéficient en priorité de l'attribution par l'ARS de la mission de service public de la permanence des soins en établissement (PDS ES) avec attribution de lignes de garde et d'astreinte.

Chirurgie cardiaque et neurochirurgie

3 établissements, tous situés **dans le Rhône**, bénéficient d'une autorisation en chirurgie cardiaque (Clinique du Tonkin, Clinique de la Sauvegarde, Clinique Protestante). A noter que, suite à une décision de l'ARS Rhône-Alpes, l'autorisation pour la chirurgie cardiaque de la Clinique Belledonne dans l'Isère a été supprimée. Enfin, il est d'ores et déjà acté par l'ARS la **suppression prochaine d'un des trois sites de chirurgie cardiaque.**

1 seul établissement bénéficie d'une autorisation en **neuro-chirurgie** crânio-encéphalique : la Clinique du Tonkin dans le Rhône.

Activités interventionnelles en cardiologie

8 établissements bénéficient d'une autorisation : 4 dans le Rhône (Clinique du Tonkin, Clinique de la Sauvegarde, Clinique Protestante et Clinique de Rillieux), 2 dans l'Isère (Groupe hospitalier mutualiste de Grenoble et Clinique Belledonne), 1 dans l'Ain (Clinique Convert), et 1 dans la Loire (Hôpital privé de la Loire).

De fait, chacun d'eux dispose d'une **unité de soins intensifs cardiologiques (USIC).**

Nous tenons à remercier vivement tous les établissements rhônalpins qui nous ont aidés à réaliser cet état des lieux.

Photographie des établissements de soins privés*

Traitement des cancers

33 établissements sont autorisés pour la pratique d’au moins une activité thérapeutique dans le traitement du cancer : 32 le sont pour la chirurgie, 20 pour la chimiothérapie et 3 pour la radiothérapie. 3 établissements sont autorisés pour la pratique de ces trois activités : Clinique du Tonkin, Hôpital privé Jean Mermoz et Groupe hospitalier mutualiste de Grenoble.

Traitement de l’insuffisance rénale chronique

9 établissements, répartis sur les départements de l’Ain, de l’Isère et du Rhône, bénéficient d’une autorisation pour le traitement de l’insuffisance rénale chronique par la pratique de l’épuration extra-rénale.

Quelles perspectives de regroupement ?

Dans le Territoire Centre :

- Sur un site unique à Villeurbanne dans le Rhône, vont être regroupés la **Clinique du Tonkin** de Villeurbanne et quatre établissements de santé de la Mutualité Française dont la **Clinique du Grand Large** de Décines.
- A l’heure où nous écrivions cet article, les praticiens de la **Clinique de Rillieux** négociaient encore le rachat éventuel de leur établissement par le groupe Ramsay Santé…

Dans le Territoire Sud :

- Le groupe privé Clinicé va concrétiser dans les prochains mois son projet de regrouper la **Clinique Saint-Charles** de Roussillon dans l’Isère et la **Clinique des Cévennes** d’Annonay dans l’Ardèche sur un site unique à Salaise-sur-Sanne dans l’Isère.

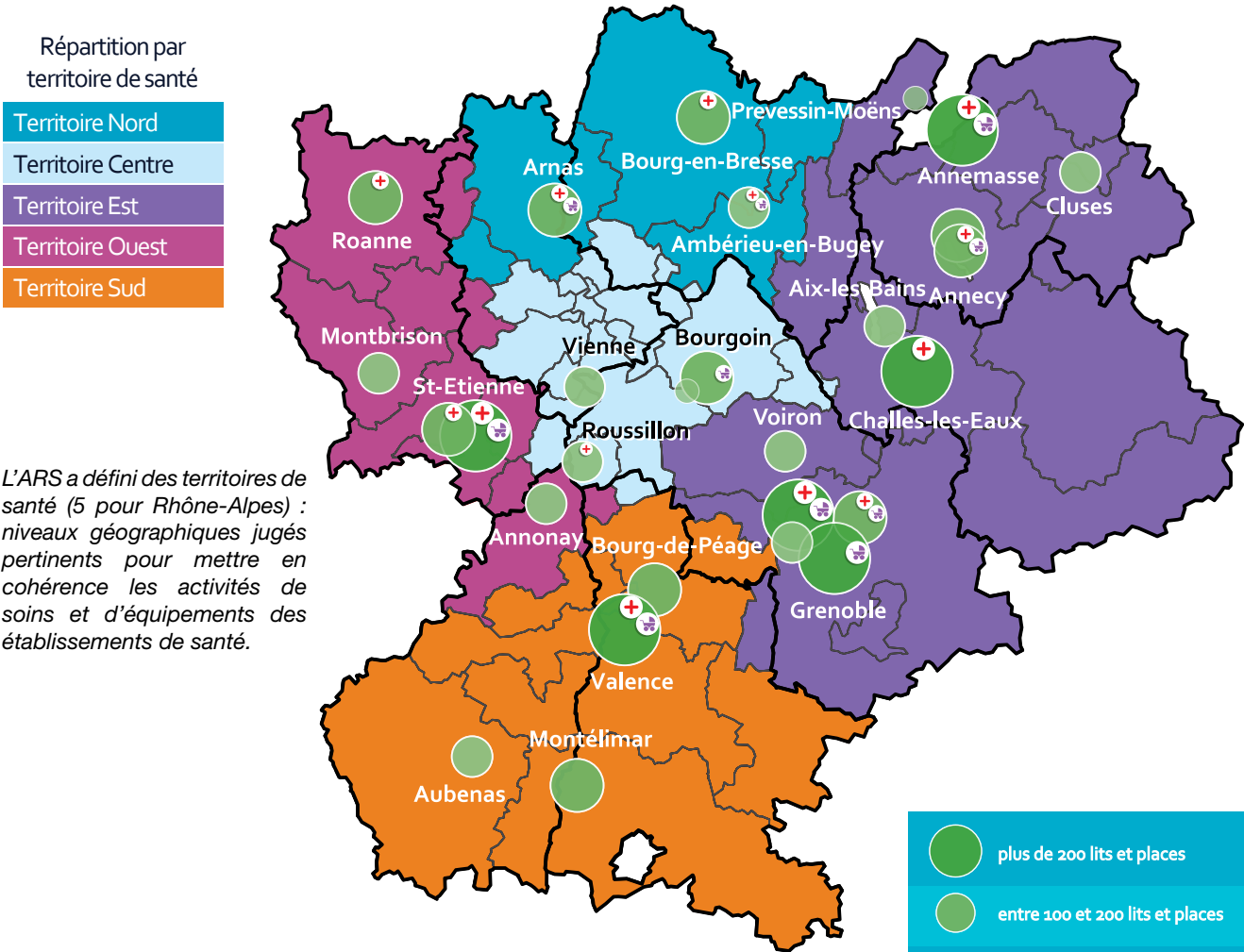
Dans le Territoire Est :

- Dans le cadre d’un partenariat public-privé, un rapprochement géographique sur un site unique s’opère entre le **Centre hospitalier de Voiron** et la **Clinique de Chartreuse** dans l’Isère.

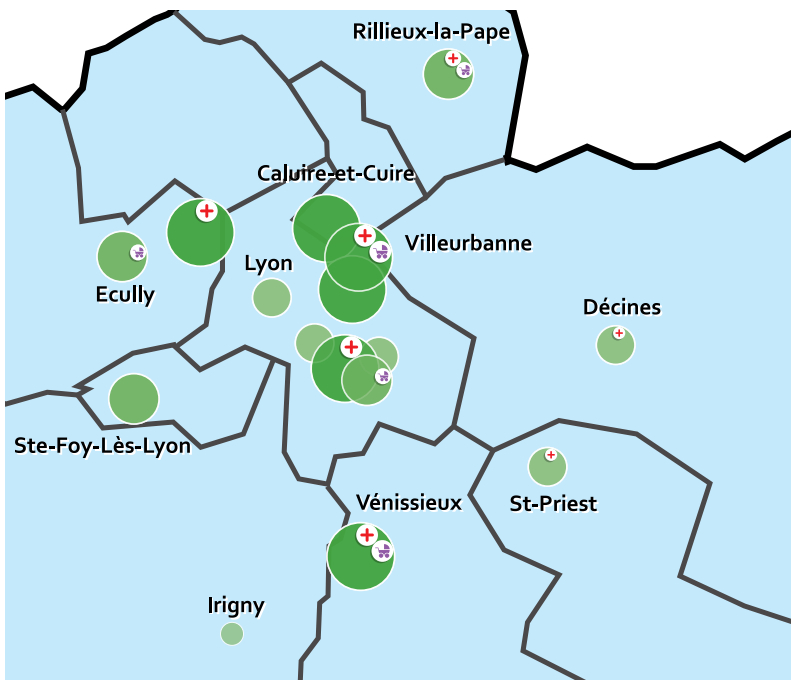
Etablissement	Commune	
Clinique Mutualiste	Ambérieu-en-Bugey	01
Clinique Convert	Bourg-en-Bresse	01
Clinique Ambulatoire Cendameg	Prevessin-Moens	01
Clinique des Cévennes	Annonay	07
Clinique du Vivarais	Aubenas	07
Clinique La Parisère	Bourg-de-Péage	26
Clinique Kennedy	Montélimar	26
Hôpital Privé Drôme Ardèche (2 sites)	Guilhaud-Granges	07 /
	Valence	26
Clinique Saint Vincent de Paul	Bourgoin	38
Centre Endoscopie Nord-Isère	Bourgoin	38
Clinique des Cèdres	Echirolles	38
Groupe Hospitalier Mutualiste (2 sites)	Grenoble	38
Clinique des Alpes	Grenoble	38
Clinique Saint-Charles	Roussillon	38
Clinique Belledonne	Saint-Martin-d'Hères	38
Clinique de Chartreuse	Voiron	38
Clinique Nouvelle du Forez	Montbrison	42
Hôpital Privé de la Loire	Saint-Etienne	42
Clinique du Parc	Saint-Priest-en-Jarrest	42
Clinique du Renaison	Roanne	42
Clinique du Beaujolais	Arnas	69
Infirmerie Protestante	Caluire et Cuire	69
Clinique du Grand Large	Décines	69
Clinique du Val d'Ouest	Ecully	69
Endo Lyon Sud-Ouest	Irigny	69
Clinique Emilie de Valar	Lyon 3°	69
Clinique de la Part-Dieu	Lyon 3°	69
Clinique Saint Charles	Lyon 1°	69
Clinique du Parc	Lyon 6°	69
Hôpital Privé Jean Mermoz	Lyon 8°	69
Hôpital Privé Mère Enfant Natecia	Lyon 8°	69
Clinique de la Sauvegarde	Lyon 9°	69
Polyclinique Rillieux- Lyon Nord	Rillieux	69
Clinique Trenal	Sainte-Colombe-de-Vienne	69
Clinique Charcot	Sainte-Foy-Lès-Lyon	69
Hôpital Privé de l'Est Lyonnais	Saint-Priest	69
Clinique Mutualiste Portes du Sud	Vénissieux	69
Clinique du Tonkin	Villeurbanne	69
Clinique Herbert	Aix-les-Bains	73
Médipôle de Savoie	Challes-les-Eaux	73
Clinique Générale	Annecy	74
Hôpital Privé Pays de Savoie	Annemasse	74
Clinique du Lac et d'Argonnay	Argonay	74
Clinique de Cluses	Cluses	74

(Médecine-Chirurgie-Obstétrique) en Rhône-Alpes

Etablissements de soins privés (Médecine Chirurgie Obstétrique) en Rhône-Alpes



Lyon et ses environs



Exercice « hors convention » en établissements de soins privés



Maître François MUSSET

Avocat au Barreau de Lyon

Droit de la santé

Droit médical

Droit hospitalier

Réunions organisées par le Collège 2 de l'URPS Médecins RA le 23 janvier et le 19 février 2013

Le conventionnement étant un contrat individuel signé librement entre l'Assurance Maladie et les médecins, **tout médecin peut choisir d'exercer hors du cadre de la convention médicale.**

Le médecin non conventionné n'est pas tenu par les obligations liées à la convention médicale, et à contrario ne bénéficie pas des avantages attachés à certains secteurs conventionnels. Il reste soumis aux dispositions du **code de la sécurité sociale**, du **code de la santé publique** et du code général des impôts. Il est également contraint de respecter le **code de déontologie** et les recommandations de bonnes pratiques médicales édictées par la Haute Autorité de Santé.

Quelles formalités accomplir ?

Pour exercer hors convention, un médecin conventionné devra **adresser une lettre recommandée avec accusé de réception à la CPAM** dont il dépend. Sa demande prendra effet un mois après la date de réception de son courrier par la caisse.

Le **contrat d'exercice** avec l'établissement peut contenir une **obligation d'être conventionné**. Dans ce cas, il faudra convenir impérativement d'un avenant au contrat avant d'écrire à la CPAM pour être déconventionné, ou envisager toute autre solution si l'établissement ne souhaite pas poursuivre ses relations avec le praticien.

Pour les praticiens exerçant au sein d'une SEL ou d'une SCP, l'article 30 de la convention médicale 2011 stipule que tous les membres doivent exercer hors ou dans le cadre de la convention. Il conviendra donc que tous les associés prennent une position officielle conformément aux statuts de leur société. A noter toutefois, l'illégalité probable de cet article de nature réglementaire susceptible d'être jugée en cas de litige.

Enfin pour les praticiens exerçant en secteur 2, **un dé-conventionnement rendra « à priori » impossible un retour ultérieur vers le secteur 2 et imposera de fait un retour en secteur 1.** Toutefois, une décision défavorable de la caisse reste susceptible d'être jugée.

Quelles conséquences pour les praticiens ?

Un médecin non conventionné **fixe librement ses honoraires** dans le **respect du tact et de la mesure** soumis en cas de litige à la seule appréciation du Conseil de l'Ordre. Il dispose de **feuilles de soins** remises obligatoirement aux patients, mais n'est pas tenu à l'obligation de **télétransmission**.

Il a l'obligation d'afficher en salle d'attente ses tarifs et le faible montant remboursé par l'Assurance Maladie. Il doit établir un « devis » et recueillir le consentement éclairé du patient.

Un médecin non conventionné peut s'engager ou être contraint à s'engager contractuellement dans la mission de service public de la **permanence des soins en établissement de santé (PDS ES)**, avec des actes rémunérés strictement au tarif opposable. Il doit satisfaire son obligation de **développement professionnel continu (DPC)**.

L'exercice hors convention n'a pas d'impact sur le **contrat d'assurance en responsabilité civile** du praticien, mais il ne peut bénéficier de l'aide financière accordée éventuellement par l'Assurance Maladie pour la souscription de son assurance.

Il doit cotiser à l'**URSSAF** (couverture maladie et prestations familiales, CSG, CRDS et CFP) mais sans pouvoir bénéficier d'éventuels abattements et d'une éventuelle participation de l'Assurance Maladie au financement de ses cotisations sociales.

Il est dispensé de contribution à l'URPS Médecins (CURPS) qui regroupe exclusivement les médecins libéraux conventionnés, ne figure pas sur la liste des électeurs et ne peut à fortiori y être éligible. S'il doit également cotiser à la **CARMF**, il est néanmoins dispensé de la cotisation de l'allocation supplémentaire vieillesse (ASV). Il doit s'affilier à un organisme de sécurité sociale : **le régime social des indépendants (RSI)**.

Quelles conséquences pour les patients ?

Si l'établissement est conventionné, le patient sera intégralement pris en charge pour les frais d'hospitalisation et de séjour au sein de celui-ci. Les honoraires facturés par les médecins conventionnés qui concourent à son traitement lui seront remboursés selon le secteur conventionnel de chacun.

Exercice « hors convention » en établissements de soins privés

Les **honoraires du médecin non conventionné** seront remboursés par l'Assurance Maladie, sur la base d'un « **tarif d'autorité** » :

- de 0, 98 euros pour les **actes des consultations** (Arrêté du 9 mars 1966). Compte tenu de la participation obligatoire forfaitaire d'1 euro, le patient ne touche pas les 98 centimes mais reste « en théorie » redevable de 2 centimes à l'Assurance-Maladie ! Sur le plan du droit, ce remboursement n'en est pas moins effectué par l'Assurance-Maladie.
- à hauteur de **16%** du tarif opposable des **actes techniques** (Arrêté du 1er décembre 2006).

Bien que le remboursement par l'Assurance Maladie soit quasi nul, celui-ci déclenchera automatiquement **l'intervention de la complémentaire santé** pour les patients en disposant. Le remboursement éventuel des compléments d'honoraires se fera **sur la base du tarif d'autorité** des facturés. **Certaines complémentaires santé sont toutefois susceptibles de conditionner leurs modalités de remboursement au fait que le patient s'adresse exclusivement à un praticien conventionné.**

Exemple : Un acte CCAM, au tarif opposable de 180 euros, est facturé 280 euros. Il sera remboursé par l'Assurance Maladie à hauteur de 16 % du tarif opposable, soit 28,80 euros. Si le contrat de la mutuelle prévoit un remboursement des compléments d'honoraires à hauteur de 3 fois le tarif opposable, ce remboursement sera de 86,40 euros. Le reste à charge concernant les honoraires du médecin sera alors de 164,80 euros.

Le médecin non conventionné ne peut refuser de soigner un patient au seul motif qu'il est bénéficiaire de la **CMU**, mais ses honoraires fixés librement avec tact et mesure ne seront pas pris en charge par l'Assurance Maladie et le patient, préalablement informé, devra les régler dans leur intégralité.

L'exercice « hors convention » permet aux praticiens de s'affranchir de certaines « contraintes » imposées par l'Assurance Maladie. Cependant, il ne peut résulter que d'une **décision mûrement réfléchie après avoir peser tous les avantages et tous les inconvénients**, en fonction de la spécialité exercée, du lieu d'exercice, de la démographie médicale, du secteur conventionnel que l'on souhaite quitter...

250 médecins libéraux, toutes spécialités confondues, auraient déjà fait ce choix en Rhône-Alpes.

Conférence Nationale des Présidents de CME de l'Hospitalisation Privée (CNPCME HP)

Cinq représentants de la Conférence des présidents de CME de l'hospitalisation privée de la région Rhône-Alpes (CRPCME RA) siègent désormais au conseil d'administration de la Conférence nationale des présidents de CME de l'hospitalisation privée (CNPCME HP).

En tant qu'élus à titre individuel :

- **Dr BAECHLE Jean-Pierre**, anesthésiste-réanimateur, Clinique de la Sauvegarde, Lyon
- **Dr BREGERE Pascal**, anesthésiste-réanimateur, Hôpital Privé de la Loire, Saint-Etienne
- **Dr GUIRAUD Guillaume**, biologiste, Clinique Rillieux Lyon-Nord, Rillieux la Pape
- **Dr LHUILLIER Franck**, anesthésiste-réanimateur, Clinique du Val d'Ouest, Ecully

En tant que membre de droit :

- **Dr FILLEY-BERNARD Sylvie**, anesthésiste-réanimateur, Clinique du Beaujolais, Arnas

La Conférence régionale des présidents de CME de l'hospitalisation privée de Rhône-Alpes (CRP CME HP RA)

Sylvie FILLEY-BERNARD, élue du Collège 2 de l'URPS Médecins RA, et son suppléant Franck LHUILLIER, tous deux anesthésistes-réanimateurs, ont été nommés pour quatre ans sur proposition de la FHP comme représentants des présidents de CME des établissements privés à but lucratif à la **Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA)**.

Ils siègent au sein du Collège 7 des « offreurs de services de santé ».

...

Vous êtes président ou vice-président de CME, et vous souhaitez adhérer à la conférence régionale des présidents de CME de l'hospitalisation privée de Rhône-Alpes, pour cela, contactez sa Présidente, le Dr Sylvie Filley-Bernard par courriel : conferenceregionalecmera@gmail.com



Permanence des soins ambulatoires (PDS A) Révision du cahier



Dr Alain CARILLION
*Animateur de la Commission
Permanence des soins de
l'URPS Médecins RA*

Dans le TDU n°3 de mars 2013, nous vous avons présenté le cahier des charges régional de la PDS A, arrêté par l'Agence régionale de santé (ARS) de Rhône-Alpes fin novembre 2012. Nous vous avons alors fait part de nos réticences.

Quelles étaient les promesses ?

La suppression de la PDS A en nuit profonde sur certains secteurs avait été repoussée à la date butoir du 31 mai 2013 dans l'attente de la mise en place par l'ARS de dispositifs de substitution :

- la mise en place de médecins correspondants du SAMU (MCS) ;
- le financement de la continuité des soins au sein des hôpitaux locaux via une enveloppe hospitalière ;
- l'expérimentation d'effecteurs mobiles sur de grands territoires pour les visites incompressibles.

L'URPS Médecins RA n'avait pas manqué d'alerter l'ARS sur le risque de démantèlement de la PDS A sans avoir au préalable l'assurance de la mise en place d'un système viable et accepté par tous les acteurs locaux. En particulier, elle avait pointé :

- les imprécisions concernant les dispositifs alternatifs proposés : absence de missions clairement définies ; absence de périmètres précis d'intervention... ;
- l'irréalisme de la date retenue pour l'institution de ces dispositifs empêchant de fait une réelle concertation avec tous les professionnels de santé concernés.

Où en est l'ARS aujourd'hui ?

Première révision du cahier des charges régional

Les dispositifs de substitution ne pouvant être institués dans le délai prévu, l'ARS a dû procéder dans la précipitation à une **révision du cahier des charges** de la PDS A en demandant l'avis des CODAMUPS* et de l'URPS Médecins RA fin avril 2013... pour une publication de l'arrêté de révision le 31 mai 2013.

* CODAMUPS : Comité départemental de l'aide médicale d'urgence et de la permanence des soins

- 15 secteurs de PDS A ont vu leur forfait de nuit profonde supprimé (4 en Isère, 10 en Savoie et 1 en Haute-Savoie), au prétexte d'une faible activité et/ou de leur situation à moins de 30 minutes d'un SMUR.
- 44 secteurs de PDS A ont été maintenus en nuit profonde à titre dérogatoire jusqu'au 30 novembre 2013 (1 dans l'Ain, 8 en Ardèche, 7 dans la Drôme, 7 en Isère, 18 en Savoie et 3 en Haute-Savoie).

1ère révision du cahier des charges de la PDS A Arrêté de l'ARS du 31 mai 2013

Secteurs avec forfait de nuit profonde supprimé au 31 mai 2013

- **Isère** : Le Sappey, St Geoire en Valdaine, St Hilaire du Touvet, St Laurent du Pont
- **Savoie** : Bozel/Brides, Bellentre, La Norma, Valmorel, St Foy Tarentaise, Les Karellis, Fontcouverte La Toussuire, Le Corbier, Aussois, Crest-Voland.
- **Haute Savoie** : Praz sur Arly.

Secteurs de PDS A prorogés en nuit profonde jusqu'au 30 novembre 2013

- **Ain** : Champfronier
- **Ardèche** : Lamastre, Joyeuse, Les Vans, St Félicien, St Agrève, Coucouron, Thueyts et Ruoms (été)
- **Drôme** : La Chapelle en Vercors, Saillans, Die/Haut Diois, Bourdeaux, La Motte Chalancon, Buis les Baronnies, Sédéron
- **Isère** : Alpe d'Huez, Allemont, Gresse en Vercors, Chamrousse, Corps, Auris en Oisans, Valbonnais
- **Savoie** : Les Bauges, Les Saisies, St Martin-les-Ménuires, Val Thorens, Pralognan, Courchevel, Méribel, Les Arcs 1600/1950/2000, La Plagne, St François Longchamp, St Sorlin d'Arves, Valloire, Lanslebourg, Val d'Arly-Flumet, Les Arcs 1800, Valmeinier, Peisey-Nancroix, La Rosière.
- **Haute Savoie** : Avoriaz, Samoens, Flaine/Les Carroz.

Quelle a été la position de l'URPS Médecins RA ?

L'URPS Médecins RA a rendu son avis en mai 2013 sur la **première révision du cahier des charges de la PDS A**. Cette occasion lui a permis de regretter :

- la précipitation avec laquelle ont été organisées, courant mai, les réunions des CODAMUPS. Une prolongation de la période dérogatoire jusqu'au 30 novembre 2013 pour tous les secteurs de PDS A concernés aurait évidemment permis de donner plus de temps à une véritable concertation ;

des charges régional

- que seul le critère, très discutable, d'une situation à moins de 30 minutes d'un SMUR pour décider de la suppression de la nuit profonde sur certains secteurs de PDS A, ait été retenu ;
- que certains secteurs finalement prolongés en nuit profonde jusqu'au 30 novembre 2013 ne l'aient été en fait que pour « la haute saison d'hiver » ... débutant en pratique fin novembre !
- la méthodologie de travail caractérisant certains CODAMUPS, avec une présentation des décisions soumises au vote laissant faussement à penser que le cahier des charges a été approuvé à l'unanimité ;
- les modalités de communication de l'ARS laissant très volontiers sous-entendre qu'il y a eu l'accord de tous les acteurs.

De plus, l'URPS Médecins RA a réitéré auprès de l'ARS ses réserves, déjà exprimées en décembre 2012, sur les risques inhérents à la suppression de la PDS A de nuit profonde sans avoir eu au préalable une réelle connaissance de ses conséquences sur le terrain, tant au niveau des populations que des médecins concernés, et sans avoir pris le temps réellement nécessaire à l'institution des dispositifs de substitution.

Que fait maintenant l'URPS Médecins RA ?

L'URPS Médecins RA prépare dès maintenant la **deuxième révision du cahier des charges de la PDS A** dont la publication est prévue **fin novembre 2013**.

A cette date, le dispositif substitutif des MCS ne sera très probablement pas encore opérationnel (cf. notre dossier). La prolongation de la dérogation devra certainement être à nouveau discutée, avec le risque de voir encore de nouveaux forfaits de nuit profonde disparaître comme lors de la révision de mai 2013.

L'URPS Médecins RA souhaite donc connaître l'opinion de tous les acteurs locaux impliqués afin de pouvoir relayer auprès de l'ARS les arguments pour le maintien, ou non, de ces forfaits de nuit profonde.

C'est pourquoi, nous avons adressé **fin août 2013** un courrier à tous les praticiens concernés soit sur les secteurs où l'arrêt est déjà effectif, soit sur ceux concernés par un arrêt fin novembre 2013.

1ère enquête de l'URPS Médecins RA sur la PDS A - Février 2013

En février 2013, nous vous avons déjà sollicités par l'envoi d'un **premier questionnaire** concernant les dispositifs de substitution proposés par l'ARS. Ce questionnaire adressé aux 194 médecins généralistes concernés par les forfaits de nuit profonde a reçu 67 réponses. Les résultats complets de l'enquête sont disponibles sur notre site. En tenant compte des réponses et des nombreux commentaires reçus, il est possible de tirer les principales conclusions suivantes :

- Les opinions sont très partagées, mais les remarques démontrent bien que les médecins concernés restent préoccupés par la nécessité de trouver des solutions alternatives afin de pouvoir continuer à répondre aux urgences sur les secteurs isolés.
- Il n'y a pas « à priori » de véritable rejet des dispositifs alternatifs proposés par l'ARS, mais une très ferme exigence d'en connaître clairement, avant tout engagement de leur part, les modalités exactes de participation et les conditions précises de rémunération.
- Une majorité de praticiens a le sentiment que leurs actes de PDS A en nuit profonde ne sont pas tous comptabilisés par les caisses d'assurance-maladie, et que les chiffres avancés par l'ARS pour justifier leur « faible activité » et la suppression du forfait de nuit profonde étaient de fait erronés.
- Certains ont en conséquence décidé de ne plus se porter volontaires pour assurer la PDS A, voire même de changer de lieu d'exercice ou d'arrêter leur activité.

Les résultats sont consultables sur notre site.



www.urps-med-ra.fr
rubrique Permanence des soins

.....

Vous êtes concernés ?
Contactez-nous :

@ : urps@urps-med-ra.fr

.....

DOSSIER : Médecin Correspondant du SAMU (MCS)

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



Le Gouvernement a fait de l'amélioration de l'accès à des soins urgents, en particulier dans les territoires situés à plus de trente minutes d'un effecteur de médecine d'urgence, l'une de ses priorités. La mise en place d'un réseau de Médecins Correspondants du SAMU dans les Alpes du Nord, créé par l'Association des Médecins de Montagne de Rhône-Alpes, a servi de base de réflexion pour répondre à la prise en charge en urgence de patients situés sur des territoires isolés.

Les réseaux MCS

A ce jour, une quinzaine de départements français, dont l'isolement géographique de zones rurales et de montagne est une constante, ont une activité de MCS.

Notre région se distingue tout particulièrement avec l'Association Médecins de Montagne Rhône-Alpes créée dès 2003 pour permettre la mise en place du réseau MCS des Alpes du Nord.

Elle est actuellement constituée d'environ 80 MCS volontaires, installés en stations de ski, intervenant rapidement dans l'attente de l'arrivée du SAMU sur des territoires de montagne de l'Arc alpin (Isère, Savoie, Haute Savoie) particulièrement isolés et parfois difficilement accessibles compte tenu des conditions météorologiques.

En 2008, le département de l'Ardèche s'est doté d'un dispositif MCS également initié et mené par des médecins généralistes libéraux « de la base » et regroupant 20 praticiens.

Quelques dates pour comprendre

• Les médecins correspondants du SAMU sont formellement reconnus depuis la parution du décret n°2006-576 du 22 mai 2006 et l'arrêté du 12 février 2007 fixant leur mission et les grandes lignes de leurs modalités d'intervention.

• En novembre 2011, s'est constituée la Fédération des Médecins Correspondants du SAMU de France. En effet suivant les lieux, si les principes généraux de base sont les mêmes, leur application est extrêmement différente, et il n'y a pas deux réseaux MCS semblables.

• En octobre 2012, l'ARS Rhône-Alpes a constitué un groupe de travail régional, comprenant des représentants des MCS, des SAMU, de l'URPS Médecins RA..., en charge de :
- lister les secteurs de PDS A dont au moins une des communes est située à plus de 30 minutes d'un SMUR,
- élaborer un projet de cahier des charges régional des MCS.

• Le 3 juin 2013, le directeur général de l'ARS Rhône-Alpes installait le Comité régional des MCS dont le premier travail sera d'adopter le cahier des charges régional des MCS.

Notre région est donc particulièrement dynamique dans cette réflexion compte tenu du nombre de départements impliqués, de l'expérience acquise par ses deux réseaux de MCS, et de la ferme volonté du Directeur général de l'ARS de mener rapidement à bien ce dossier.

Pour l'URPS Médecins RA, le préalable à toute discussion sur ce dispositif avait été :

- le volontariat pour les médecins d'adhérer ou non et
- que ce dispositif corresponde à une fonction.

De nombreux points sont encore en discussion que nous vous avons résumés dans le tableau ci-contre.

DOSSIER : Médecin Correspondant du SAMU (MCS)

Définition retenue dans le projet de cahier des charges régional MCS

« La fonction de médecin correspondant du SAMU (MCS) est réservée à un médecin de premier recours, formé à l'urgence, qui intervient en avant-coureur du SMUR, sur demande de la régulation médicale, dans des territoires où le délai d'accès à des soins urgents est supérieur à trente minutes et où l'intervention rapide d'un MCS constitue un gain de temps et de chance pour le patient »

Dispositif MCS régional

(selon l'état de nos connaissances au jour de la rédaction de cet article)

Projet de Cahier des charges de l'ARS	Ce que demande l'URPS Médecins RA
• Définition du territoire d'intervention du MCS : A compter de l'adoption du cahier des charges, aucun nouveau médecin ne pourra devenir MCS « s'il est situé à moins de 30 minutes d'un SMUR ». Cependant, certains MCS déjà en activité à la date de l'adoption du cahier des charges pourront continuer à être sollicités. • Liste des secteurs de PDS A retenus : Tous les secteurs de PDS A dont au moins une des communes est située à plus de 30 minutes d'un SMUR. L'ARS a ainsi identifié 103 secteurs, dont 44 conservent la PDS A en nuit profonde jusqu'au 30 novembre 2013. • Organisation du dispositif MCS : Deux dispositifs ont été retenus : - Dispositif A : astreinte continue de 24 h pour les secteurs ayant une activité annuelle ou saisonnière marquée, sous réserve que le secteur comprenne au moins 2 MCS. Le MCS perçoit une indemnisation au titre de l'engagement de l'astreinte et une indemnisation forfaitaire par intervention. - Dispositif B : si l'activité est faible et/ou le nombre de MCS insuffisant, le MCS fait le choix de s'inscrire ou non sur un tableau d'astreinte. Seule l'inscription l'autorise à percevoir une indemnisation au titre de l'engagement de l'astreinte. S'il ne s'inscrit pas, il ne reçoit alors qu'une rémunération forfaitaire par intervention. • Rémunérations des MCS : - Rémunération de l'astreinte : 100 euros / 24 h ; - Rémunération forfaitaire par intervention : 207 euros, soit 9 CS (7 CS correspondant au nombre de consultations pour 1h1/2 et 2 CS au titre du déplacement). - Le cumul des astreintes au titre de la PDS A et de l'activité MCS est possible quand le MCS est inscrit sur un tableau d'astreinte et que la PDS A est maintenue. • Couverture assurantielle : Le MCS participe à une mission de service public et à ce titre bénéficie d'une couverture assurantielle via la convention passée avec l'établissement hospitalier public siège du SAMU.	• Définition du territoire d'intervention du MCS : La notion de « gain de temps et de chance pour le patient » semble plus pertinente. Un médecin peut être à 20 minutes d'un SMUR mais par son intervention faire gagner du temps et de la chance au patient en cas d'urgence vitale... • Liste des secteurs de PDS A retenus : La notion de communes situées à plus de 30 minutes d'un SMUR peut être discutable. Les acteurs locaux devraient pouvoir s'assurer de la pertinence à retenir un secteur donné, de faire le choix de la solution alternative la plus adaptée (antenne SMUR, MCS...) et de définir le territoire d'intervention du (des) MCS si c'est le dispositif choisi, en fonction de la géographie du territoire et du lieu d'exercice des médecins volontaires. • Organisation du dispositif MCS : Le médecin généraliste volontaire doit librement choisir entre le dispositif A ou B. Il ne doit pas se voir imposer un dispositif, sauf à ne plus être reconnu comme volontaire. • Rémunérations des MCS : - Le montant proposé par l'ARS pour la rémunération de l'astreinte, qui équivaut à un taux horaire de 4,20 €, doit être majoré. Il conviendrait par ailleurs de scinder l'astreinte en 2 plages horaires (8h-20h et 20h-8h) avec une rémunération plus conséquente la nuit que le jour afin de ne pas compromettre l'activité libérale en cabinet et de reconnaître la pénibilité. - La proposition de rémunération forfaitaire par intervention nécessitant au préalable une reconnaissance au niveau national ; celle-ci doit encore être confirmée. • Couverture assurantielle : Les médecins bénéficiant à titre personnel d'une couverture assurantielle doivent pouvoir bénéficier de la même couverture dans le cadre de leurs interventions en tant que MCS. Pour les médecins n'en bénéficiant pas, les règles de couverture assurantielle (assurance du véhicule, indemnités de prévoyance et assurance en perte d'exploitation) doivent être clairement définies et harmonisées sur tout le territoire rhodalpin.

Géosanté Médecine générale

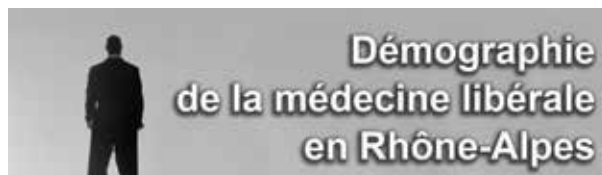
Dr Nicole BEZ,

Vice présidente de l'URPS Médecins RA

Dr Pascal DUREAU,

Coordonnateur du Collège des médecins généralistes

de l'URPS Médecins RA



www.urps-med-ra.fr/geomedecine

GEOSANTE : Une spécificité régionale dédiée à la médecine libérale Mise à jour 2013 (données 2012)

Une cessation d'activité, une maladie, un changement de mode d'exercice, une installation d'un professionnel de santé libéral modifient rapidement un paysage sanitaire.

C'est pourquoi l'URPS Médecins RA poursuit le travail engagé de photographie de la médecine libérale toutes spécialités confondues.

Nous vous présentons un aperçu des résultats concernant spécifiquement la **médecine générale**.
Un prochain dossier concernera la démographie des **spécialités à plateaux techniques lourds**.

Démographie des médecins généralistes libéraux : objectifs

Nos objectifs sont multiples :

- **Identifier les risques démographiques** liés à l'âge des médecins.

- **Etre utile aux médecins et aux internes en médecine** en aidant leur réflexion pour le choix d'un stage, d'une installation, ou d'un projet de maison ou pôle de santé...

- **Négocier avec les décideurs**, et en particulier avec l'Agence Régionale de Santé (ARS). C'est ainsi que nous avons pu défendre les intérêts des médecins, et par là-même de la population en tentant d'identifier les zones les plus fragiles de la région Rhône-Alpes. Même si toutes les zones identifiées comme fragiles n'ont pas été retenues, nombreuses ont été celles au moins reconnues comme zones

de vigilance. L'outil est également utilisé lors des négociations sur la permanence des soins et sur le dispositif des médecins correspondants du SAMU (cf. notre dossier).

- **Etre utile aux collectivités territoriales et locales** dans leur soutien au maintien d'une offre de soins libérale et à leur projet d'aménagement du territoire. C'est ainsi que nous avons passé des conventions avec le Conseil Régional de Rhône-Alpes qui reconnaît nos critères de risque démographique lié à l'âge des praticiens pour l'attribution d'aides financières ; avec le Conseil général de Haute Savoie, qui utilise notre diagnostic pour la mise en place de sa politique de santé. De même, des communes ou des communautés de communes nous interrogent pour faire ce type de diagnostic sur l'offre de soins.

Un changement, un départ, une installation... Merci de nous en informer

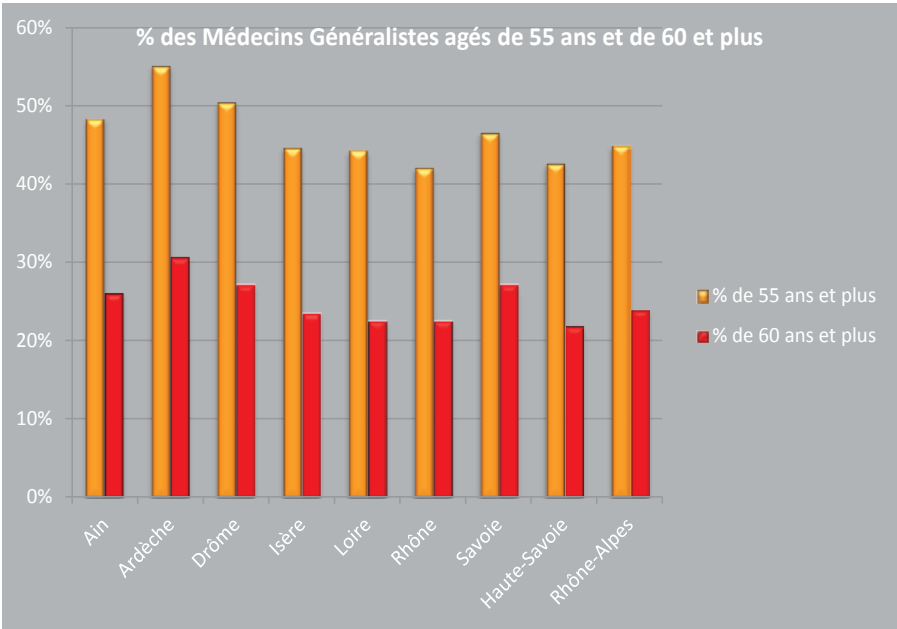
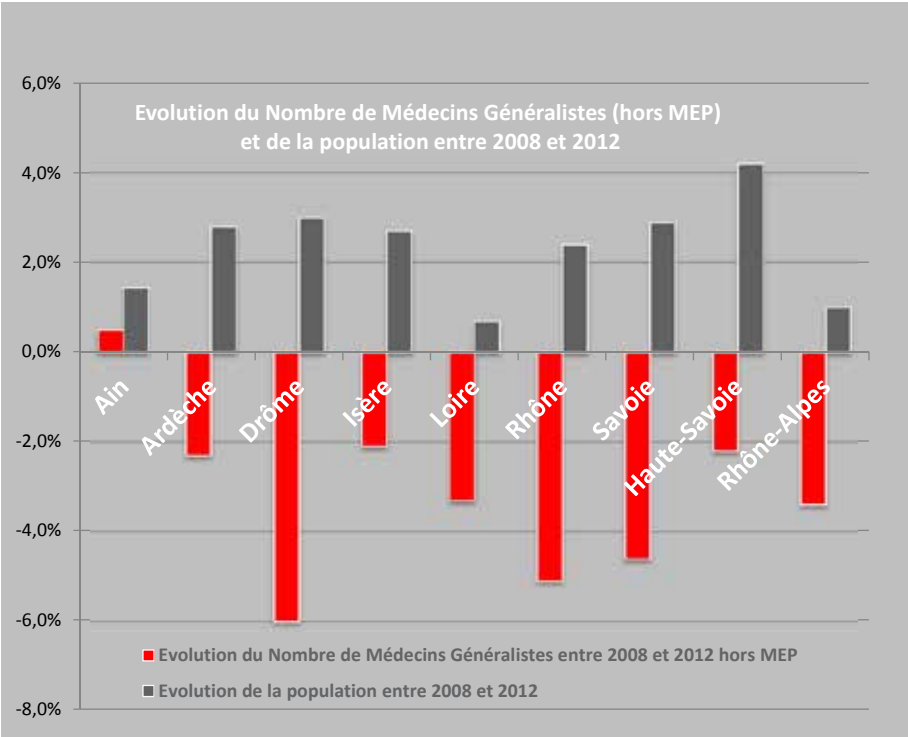
@ : urps@urps-med-ra.fr

Données démographiques des médecins généralistes libéraux de Rhône-Alpes

Nous dénombrons en Rhône-Alpes **4 903 médecins généralistes libéraux** dits de « premier recours » et **658 médecins à mode d'exercice particulier (MEP) exclusif**. Dans un souci de meilleure connaissance de l'offre de soins réelle, nous avons choisi en 2012 de dénombrer distinctement les médecins généralistes, des médecins MEP exclusifs, des urgentistes et des médecins exerçant uniquement en établissement de santé.

Depuis 2008, les **effectifs en médecins généralistes** ont enregistré globalement un **recul plus ou moins prononcé selon les départements** : le département de la Drôme a accusé le plus fort recul suivi de près par le Rhône et la Savoie ; seul le département de l'Ain a vu ses effectifs restés stables.

Cependant, la région Rhône-Alpes affichant un dynamisme populationnel fort, les répercussions sur la densité médicale sont accentuées dans la plupart des départements. La densité médicale régionale est de **77 médecins généralistes pour 100 000 habitants** (hors MEP exclusifs, urgentistes et médecins exerçant exclusivement en établissement).



L'évolution de cette densité médicale entre 2008 et 2012 est négative pour tous les départements, y compris dans l'Ain. Là encore, les départements de la Drôme, du Rhône et de la Savoie accusent les plus forts reculs.

A l'échelle de la région, l'âge moyen des médecins généralistes est de 52 ans. 45 % des praticiens sont âgés de 55 ans ou plus, et 24 % ont plus de 60 ans. Ce vieillissement des médecins généralistes est constaté pour tous les départements de Rhône-Alpes.

A l'échelle des **bassins d'activité** des médecins généralistes (territoires définis par les flux de la population pour consulter le ou les médecins), le **nombre des bassins à risque démographique a augmenté de 24 % entre 2008 et 2012.**

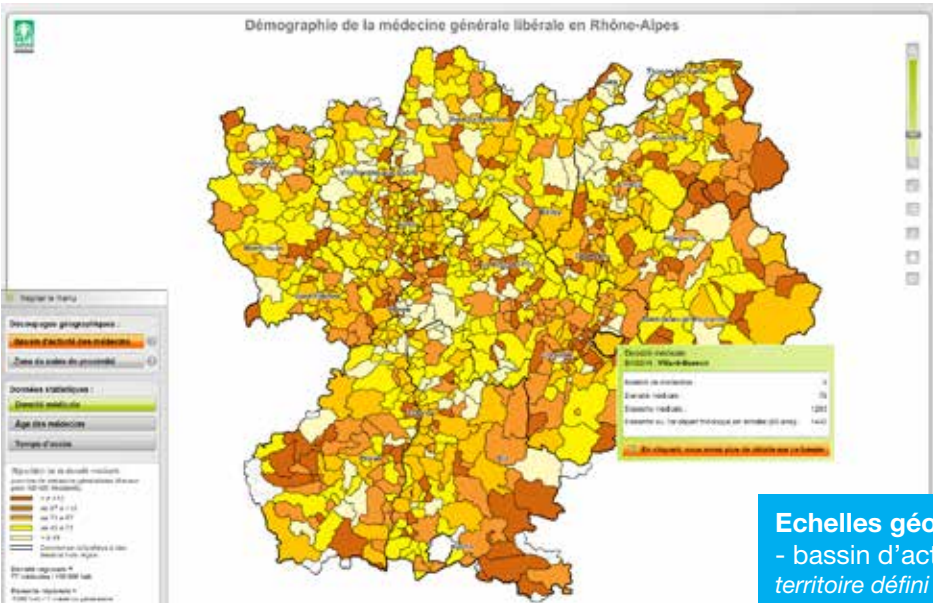
Bassins d'activité à risque démographique à l'échelle de la région

Bassins d'activité des MG	Année 2008	Année 2012	Evolution 2008/2012	Evolution 2005/2008
Nombre de bassins	996	987	-0,9%	-2,5%
Nombre de bassins sans risque (= niveau 0)	585	477	-18,5%	-25,8%
Nombre de bassins à risque*	411	510	+ 24,1%	+ 75,6%
Niveau 1	148	165	+ 11,5%	+ 54,2%
Niveau 2	39	69	+ 76,9%	+ 160,0%
Niveau 3	224	276	+ 23,2%	+ 82,1%

* Bassin à risque démographique :
- De niveau 1 : 1 seul MG âgé de plus de 55 ans
- de niveau 2 : tous les MG sont âgés de plus de 55 ans
- de niveau 3 : 50 % des médecins sont âgés de plus de 55 ans

DOSSIER : Démographie médicale

Une approche cartographique enrichie et simple d'utilisation



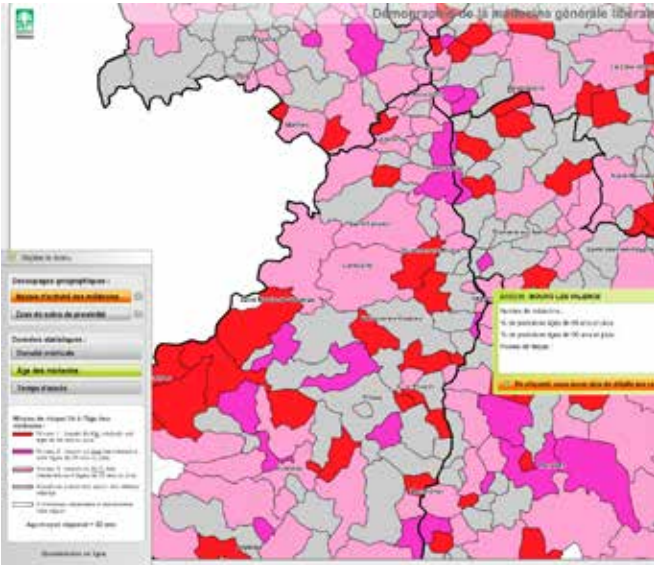
- Nombre de médecins ?
- Densité médicale ?
- Desserte médicale au 1^{er} départ théorique en retraite (65 ans) ?

Echelles géographiques : 2 niveaux

- bassin d'activité des médecins
territoire défini par les flux de la population pour consulter le ou les médecins
- zone de soins de proximité
territoire défini par le flux des patients vers l'offre hospitalière de 1^{er} niveau

- Les modes d'exercice ?
- L'environnement médical et médico-social ?
- La population ?
- Données touristiques ?

- L'âge des praticiens ?



Une adresse : www.urps-med-ra.fr/geomedecine

Prochain dossier : la démographie des spécialités à plateaux techniques lourds

Les maisons des adolescents (MDA)

Dr Nicole BEZ,

Vice présidente de l'URPS Médecins RA

L'adolescence marque pour l'individu et la société le passage à l'âge adulte et à l'autonomie. Cette période de modifications physiques, psychologiques et sociales peut générer incompréhension et anxiété, ou compliquer des situations difficiles voire pathologiques, face auxquelles l'adolescent, sa famille, son entourage se retrouvent alors en désarroi.



Face à ce constat, le programme de création d'une **Maison des Adolescents (MDA)**, lancé à l'issue de la « Conférence sur la famille » de 2004, se déploie dans chaque département.

Ces MDA font partie d'un **réseau de partenaires ouvert sur la ville**, regroupant l'ensemble des acteurs s'occupant d'adolescents sur un territoire donné. Ce réseau, adapté aux particularités de chaque département, est destiné à favoriser des coopérations et des articulations entre les professionnels de santé institutionnels ou libéraux, les services de l'éducation nationale, les services de l'action sociale, les services de la protection judiciaire de la jeunesse et les collectivités locales.

Les MDA accordent gratuitement en toute confidentialité aux **adolescents** en proie à des difficultés (mal être, santé, scolarité, sexualité, problèmes relationnels ou familiaux) ainsi qu'à **leur famille** une **écoute personnalisée** et proposent une **réponse adaptée** avec un souci de continuité de la prise en charge dans les domaines somatique, psychique, juridique, éducatif, ou social.

Elles assurent une permanence téléphonique et accueillent avec ou sans rendez-vous, sur orientation d'un professionnel ou non.

En fonction des besoins, des entretiens sont organisés entre l'adolescent, sa famille, un médecin, un psychologue, une assistance sociale et toute autre personne ressource utile à sa prise en charge.

Quel lien avec le médecin libéral ?

Les acteurs professionnels au contact des adolescents, et notamment les **médecins libéraux**, souhaitant **obtenir un avis sur un adolescent** ou des conseils pour son orientation peuvent également **solliciter les MDA**. Ils peuvent même venir y rencontrer leur équipe pluridisciplinaire ou les **joindre par téléphone** pour les informer de la situation et de leur connaissance du milieu familial et des antécédents de l'adolescent concerné.

Cependant, les Maisons des Adolescents ont des fonctionnements très différents en fonction de leurs statuts juridiques, des financements et des partenariats établis. Certains départements ont même envisagé, lorsque cela est souhaitable pour l'adolescent, l'organisation de **réunions de concertation** avec le médecin traitant. Les modalités de mise en œuvre sont diverses : indemnisation du médecin traitant dans le Rhône (60 euros) ; via un réseau de santé par exemple en Isère et en Savoie.

MDA de l'Ain

7, avenue Jean-Marie Verne
01000 **Bourg-en-Bresse**
Tél. 04 37 62 15 60

31, rue Anatole France
01100 **Oyonnax**
Tél. 04 37 62 15 60

MDA de la Drôme

201, boulevard du Maréchal Juin,
26000 **Valence**
Tél. 04 75 75 00 70

MDA de l'Isère

74, rue des Alliés
38100 **Grenoble**
Tél. 04 56 58 82 00

4, rue Emile Romanet
38200 **Vienne**
Tél. 04 74 53 89 21

20, Place Charlie Chaplin
38300 **Bourgoin-Jallieu**
Tél. 04 37 03 43 74

MDA de la Loire

Hôpital Bellevue - Pavillon 6 – 22,
boulevard Pasteur
42000 **Saint-Etienne**
Tél : 04 77 21 40 77

27, impasse Chassain de la Plasse
42300 **Roanne**
Tél. 07 61 07 01 03

MDA du Rhône

2 ter, rue Montebello
69003 **Lyon**
Tél. 04 37 23 65 03

MDA de la Savoie

303, quai des Allobroges
73000 **Chambéry**
Tél. 04 79 60 52 18

MDA de la Haute-Savoie

2 Rue Pierre et Marie Curie
74100 **Vétraz-Monthoux**
Tél. 04 50 95 09 51



En savoir plus

www.santesocial-ra.org/
Rubrique Santé des jeunes

Information et consentement éclairé : du principe de l'oral au



Dr Christian DEVOLFE

Président de l'URPS Médecins RA

Membre titulaire du Conseil départemental de l'Ordre des médecins du Rhône

D'après le Colloque organisé par le Conseil de l'Ordre des médecins du Rhône le 22 novembre 2012

« Médecins et patients: 10 ans après la Loi Kouchner »

Chaque fois qu'un acte de soin est envisagé, le droit des patients implique pour le praticien responsable de la prise en charge, la mise en œuvre de **deux démarches essentielles et totalement dépendantes l'une de l'autre** :

- Informer le patient ;
- Obtenir son consentement, c'est à dire un consentement éclairé par l'information préalablement délivrée et qui aura été libre de toute pression ou de toute contrainte.

Un **délai de réflexion** entre ces deux démarches s'impose et sera d'autant plus long que l'acte de soins sera conséquent.

Lorsque plusieurs professionnels de santé interviennent sur la même personne, chacun doit informer la personne des éléments relevant de sa compétence en les situant dans la démarche générale des soins.

L'information doit être aussi **complète** que possible, **loyale** (donnée sans volonté de tromper), **claire** (n'empêchant pas le patient de comprendre) et **personnalisée** (adaptée à son cas et à sa personnalité...). Elle doit porter sur le diagnostic, la nature des investigations, la nature des actes médicaux, les risques encourus (normalement prévisibles, fréquents et graves), les conséquences en cas de refus des soins proposés, et enfin le suivi médical et le pronostic.

A qui incombe la preuve ?

En cas de litige et devant un juge, ce sera **au médecin et/ou à l'établissement** de prouver qu'il s'est bien acquitté des deux démarches précédemment évoquées.

Le médecin devra **apporter** au magistrat **la preuve par tout moyen, qu'il a donné la bonne information et qu'il a bien recueilli le consentement éclairé du patient.**

Il devra aussi faire valoir les raisons pour lesquelles (urgence, contre-indication thérapeutique, refus du patient), il s'est trouvé dans l'incapacité d'informer le patient, il a jugé plus opportun de limiter l'information, voire de n'en donner aucune, voire même de prouver que le patient a refusé d'être informé.



Une preuve orale ou écrite ?

Sauf cas où le consentement écrit est requis par voie légale ou réglementaire, **la loi n'exige pas d'écrits**, et accorde la primauté à l'oral - **consentement tacite** - en insistant sur l'importance du dialogue relationnel entre le praticien et son patient, la relation de soin s'appréciant en termes de sincérité et non pas de formalités. **Mais dans les faits et en cas de litige, l'écrit reste la preuve parfaite.**

En pratique, **on peut distinguer deux cas** :

- les **actes non invasifs** pour lesquels la délivrance d'une simple **information verbale** dans le cadre d'une consultation « **semble** » pour l'instant **suffisante**. Mais, l'évolution du droit et du nombre de réclamations risquent rapidement d'amener les médecins à un changement de comportement radical dans les années à venir ;

- les **actes invasifs** qui sont les plus exposés aux risques de réclamations, pour lesquels **la délivrance d'une information orale doublée d'une information écrite est vivement conseillée.**

Cas particuliers

- La réalisation de certains actes **nécessite obligatoirement un consentement écrit**, au premier rang desquels figurent les actes liés à la fécondité ou à la grossesse.
- Pour les majeurs protégés, les recommandations affirment le principe d'autonomie pour les décisions relatives à leur personne pour leur santé.
- Pour les mineurs, les différentes situations (accompagnés d'un seul ou des deux titulaires de l'autorité parentale, non accompagnés ...) sont déclinées de manière détaillée, mais la décision relève uniquement du ou des titulaires de l'autorité.

recours à l'écrit.

Les moyens de la preuve

Le médecin devra être en capacité de démontrer à postériori, la réalité de l'information, la qualité de cette dernière, ainsi que la recherche sincère du consentement éclairé. Il doit pour cela **pré-constituer des preuves** en la matière et **organiser la traçabilité** de la délivrance de son information.

Il devra apporter la preuve de ses paroles surtout en l'absence de témoins (proches ou personne de confiance) et en avoir **organisé la trace écrite dans le dossier médical**. En cas de décès du patient, le principal intéressé ne sera même plus là pour témoigner, et ce sera face aux ayants droit que la défense devra s'organiser.

Pour les actes invasifs les plus couramment pratiqués, une **fiche d'information** peut être remise au patient. Cette fiche est un **mode d'information** sur la nature de l'acte, son utilité et ses risques. Ce document, dont un modèle est souvent proposé par les sociétés savantes et les syndicats de spécialité, ne contient pas d'information spécifique à l'état du patient, et si la notice n'est pas complète, elle peut être susceptible de constituer une preuve contre le médecin.

Le **formulaire de recueil du consentement éclairé** constitue un **mode de preuve** de la délivrance d'une information adaptée. Complété et signé par le patient, établi en deux exemplaires (l'un lui étant remis et l'autre étant conservé au sein du dossier patient par l'établissement), ce document doit lister en détail les bénéfices et les risques de l'acte proposé, mais également préciser qu'il a été répondu à toutes les questions que le patient a posées.

Les éléments d'information ne peuvent être donnés que par un

médecin et lors d'un entretien individuel, et non par une secrétaire.

Le lieu idéal pour la délivrance reste le lieu de la consultation médicale, et en aucun cas un couloir ou une salle d'attente.



Les limites

L'information fait partie désormais de l'acte thérapeutique, venant s'ajouter au temps purement médical, au « temps administratif », et au « temps informatif sur les honoraires ».

Cette obligation est censée ne pas être vécue comme une contrainte, mais au contraire comme un outil d'amélioration de la pratique médicale et de la relation de confiance établie avec les patients. Toutefois, les conditions favorables à la délivrance d'une bonne information sont très nombreuses et sont loin de pouvoir être toutes réunies (disponibilité du praticien, sens de la pédagogie et une certaine expérience...).

Le praticien se trouve donc confronté à deux écueils :

- **la peur de trop en dire** au risque d'affoler le patient inutilement, et de provoquer chez lui inquiétude, angoisse, voire méfiance ;
- et à contrario **la peur de donner une information incomplète** tout spécialement dans le cas où une information thérapeutique excessive est susceptible d'avoir une influence délétère sur le résultat du traitement proposé.

Le consumérisme ambiant conduit surnoisement à la transformation des patients en « usagers », consommateurs de biens et de services, face à des médecins devenus simples fournisseurs transformant ainsi le nécessaire climat de confiance en un délétère climat marchand de méfiance.

Les malades avertis de leurs droits, et la défiance à l'égard du corps soignant qui en résulte, alimentent de plus en plus des situations de contentieux entraînant une regrettable dérive de la logique de responsabilité médicale dont la base serait le consentement et non plus le but thérapeutique.

L'évolution rapide du nombre de plaintes faisant état d'un défaut d'information ainsi que de la jurisprudence qui en résulte inquiète les médecins et peut les conduire à éviter de prendre des risques pourtant salutaires pour leurs patients. A l'opposé, une perte de confiance du patient à l'égard du médecin peut résulter de l'effroi suite à l'information reçue.

Le recueil du consentement éclairé est donc un **exercice délicat**. Il s'agit d'être très vigilant face à l'évolution des mentalités et très réactif par rapport aux demandes des patients afin d'apporter la réponse appropriée dans le strict champ du droit.

« Il n'y a pas de petits actes médicaux. Il n'y a pas de spécialité mineure.

L'acte médical reste le même aux yeux des magistrats »

Urgence 114

Le 114 : un numéro d'urgence au service des personnes ayant des difficultés à parler ou à entendre (sourds malentendants, aphasiques, dysphasiques)

Le 114, c'est l'accès au même service pour tous ! Plus besoin d'aller chercher une personne entendante pour contacter les pompiers, la gendarmerie, la police ou les urgences médicales !

C'est un gain de temps précieux qui peut sauver des vies. La personne ayant des difficultés à entendre ou à parler, lorsqu'elle se retrouve en situation d'urgence, qu'elle soit victime ou témoin, peut désormais, 24 heures/24 et 7 jours/7, alerter et communiquer par **SMS ou par fax via un numéro national unique et gratuit : le 114.**

www.urgence114.fr



Du syndicalisme à la convention. L'histoire d'un long fleuve pas si tranquille



Ouvrage du Dr Patrick CARLIOZ

Chirurgien pédiatre

Elu du Collège 2

de l'URPS Médecins RA

Préface du Professeur J. BEAULIEU

de l'Académie de Chirurgie



« J'ai découvert une véritable encyclopédie chronologique des relations entre les médecins et les responsables politiques au cours des temps.

Le déroulé chronologique est rythmé par des références historiques, législatives et les principaux événements marquants médicaux, politiques, scientifiques, voire « people ». Ces index sont à la fois des ruptures au sein du déroulé mais autant de points de repères auxquels le lecteur pourra se référer pour se situer au sein de sa propre mémoire. Ayant démarré ma carrière médicale dans les années 80 avec rapidement un engagement syndical, j'y ai retrouvé bien des éclairages me permettant de comprendre le déroulement des conventions successives et les affrontements entre les différents protagonistes :

- les médecins entre eux avec l'opposition entre les approches libérales et administrées,
- les médecins et les responsables politiques contraints d'équilibrer les budgets.

En refermant cette "bible" de plus de 650 pages, je reste particulièrement admiratif devant ce travail que je sais rédigé à partir de notes patiemment colligées par notre confrère tout au long de sa carrière. »

Dr M. Garrigou-Grandchamp,

Médecin généraliste,

Elu du Collège 1 de l'URPS Médecins RA

Consultation Grossesse et Addictions

Le Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) de l'Hôpital de la Croix-Rousse propose une consultation, qui fonctionne déjà depuis un an, dédiée à la prise en charge des femmes enceintes dépendantes aux produits illicites, à l'alcool ou aux médicaments. Elle entend faciliter l'accès aux soins des femmes toxicomanes, enceintes ou désireuses d'une grossesse, afin de réduire les risques médico-psycho-sociaux de la toxicomanie sur la grossesse et sur l'enfant.

Les femmes peuvent être prises en charge pendant toute la durée de leur grossesse et durant les mois qui suivent la naissance de l'enfant.

Contact : Dr B. DAVID, médecin addictologue : brigitte.david@chu-lyon.fr – Téléphone RV : 04 26 73 25 90

Des CSAPA susceptibles de répondre aux questions des professionnels existent dans toute la région

Pour en savoir plus : www.santesocial-ra.org/ (rubrique Institutions / CSAPA)

Fédération des Professionnels de Santé de Rhône-Alpes (FRPS RA)

LA COPIE EST A REVOIR !

L'installation des 10 URPS de notre région permet désormais d'ouvrir la voie à l'installation de la Fédération régionale des professionnels de santé de Rhône-Alpes (FRPS RA) dont la mission serait de contribuer au **développement de l'exercice interdisciplinaire** entre les professionnels de santé de notre région.

Toutefois, le 12 juin dernier, l'Assemblée Générale de **l'URPS Médecins RA s'est prononcée contre l'installation de cette Fédération.**

L'URPS Médecins RA déplore en effet que le **décret n° 2010-585** du 2 juin 2010 relatif aux unions régionales des professionnels de santé ne permette pas :

- de reconnaître le poids démographique des médecins libéraux. Seuls 3 médecins sont autorisés à siéger à l'Assemblée de la FRPS composée au total de 30 membres, alors que les médecins représentent le tiers de l'ensemble des professionnels de santé libéraux de la région ;
- de reconnaître l'importante contribution financière que les médecins libéraux devraient apporter au budget de la FRPS RA, soit plus de la moitié de ce même budget ;
- de garantir une représentation pérenne et significative des médecins libéraux à la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) ; les textes n'imposant même pas obligatoirement leur présence.

En conséquence, **l'URPS Médecins RA**, rejoignant ainsi la position de la quasi-totalité des 25 autres URPS Médecins, **estime qu'en l'état actuel des textes :**

- l'installation de la FRPS RA n'est pas opportune dans un contexte n'augurant manifestement pas d'un fonctionnement aisé ;
- qu'il serait très imprudent pour elle de déléguer sa représentativité professionnelle dans de telles conditions ;
- qu'il est par contre tout à fait possible et souhaitable de développer les collaborations interprofessionnelles en ciblant les actions utiles et nécessaires à chacune des URPS sans avoir à créer encore une nouvelle structure ;
- qu'elle restera dans l'attente d'une modification très significative du décret n° 2010-585 du 2 juin 2010.

Des changements à l'URPS Médecins RA



Le docteur **Emile OLAYA**, médecin généraliste à Annonay, prenant une retraite, bien méritée, quitte donc l'URPS Médecins RA, après 19 ans passés au service des médecins libéraux. Au cours des diverses mandatures, il a exercé de nombreuses fonctions dont celles de responsable du Collège des médecins généralistes, puis de secrétaire général...et élu de l'URPS Médecins RA.

Nombreux ont été les travaux conduits sous sa responsabilité, et tout particulièrement « Géosanté », dont il a été à l'initiative dès 2004. Le Bureau de l'URPS Médecins RA tient à lui témoigner toute sa reconnaissance, et le plaisir qu'il a eu à travailler avec lui. Heureusement, ce sympathique confrère, infatigable et plein de ressources ne nous quitte pas vraiment puisque nous continuerons à profiter de son expertise sur le dossier des « risques sanitaires », dont il a été également le promoteur.



Le docteur **Michel TILL**, médecin généraliste (groupe CSMF du Collège 1) a été élu le 12 juin dernier, lors de l'Assemblée Générale, **secrétaire adjoint de l'URPS Médecins RA** en remplacement du docteur Jean-Marc GUEULLE (groupe CSMF du Collège 1) démissionnaire du Bureau.

Des changements au sein des URPS regroupant les autres professions de santé



L'URPS regroupant les Orthophonistes a une nouvelle Présidente : Madame **Brigitte LESPINASSE**, installée à La Verpillère en Isère.



L'URPS regroupant les biologistes a été officiellement installée le 16 janvier 2013. Son Président : Monsieur **Jérôme SOUCHELEAU**, exerce à Lyon.

Enquête sur les pratiques des médecins en matière de secrétariat médical

L'URPS Médecins RA va mener une **enquête inédite** pour connaître les **pratiques** des 11 000 médecins libéraux de Rhône-Alpes, **généralistes et spécialistes**, en matière de **secrétariat ou télé-secrétariat médical**.

Les objectifs sont :

- Réaliser un **état des lieux régional des pratiques** : mesurer la part des médecins employeurs ; celle faisant appel à du télé-secrétariat et celle ne faisant pas appel à une assistance administrative, et de connaître les raisons de ces choix ;
- Recenser les missions qui sont ou qui pourraient être déléguées aux personnels de secrétariat afin de retrouver du temps médical ;
- Dégager des **pistes de travail** en matière de formations proposées aux personnels de secrétariat afin d'améliorer et étendre les services rendus aux médecins ;
- Mieux connaître les prestations fournies par les **entreprises de télé-secrétariat** et la satisfaction (ou insatisfaction) des médecins face à ces services ;
- Permettre de mieux appréhender les **coûts**.

Vous recevrez avant la fin d'année 2013 un courrier de l'URPS Médecins RA accompagné d'un questionnaire le plus succinct possible.

Prenez le temps de nous répondre !

Les résultats seront disponibles sur notre site et vous en serez informés.

.....
Une meilleure connaissance de vos pratiques pourront :

- **faire comprendre aux institutionnels la nécessité de retrouver du temps médical et les moyens d'y parvenir**
 - **nous permettre de vous accompagner dans vos obligations d'employeurs**
-



• La Gale

Le nombre de cas de gale semble en recrudescence depuis une dizaine d'années en France. Les signalements de cas groupés de gale survenant en collectivité se sont également multipliés. C'est pourquoi, l'URPS Médecins de Rhône-Alpes a souhaité mettre à disposition des professionnels de santé un **rappel sur les éléments diagnostique, thérapeutique et de prévention de cette maladie**.

• Qualité de l'air

Les médecins rencontrent de plus en plus souvent des patients présentant des symptômes pouvant être liés à leur environnement. En **partenariat avec le Conseil régional**, l'URPS Médecins développe des thématiques sur la « santé environnementale ». La première rubrique mise en ligne sur le site « **Risques sanitaires en Rhône-Alpes** » porte sur la **Qualité de l'air**. Vous y trouverez des informations et des liens utiles pour votre pratique.

Grâce à l'association AIR Rhône-Alpes, vous trouverez également une cartographie régionale de l'état des lieux de la qualité de l'air et des épisodes polliniques, mise à jour quotidiennement.

www.risques-sanitaires-ra.org

NEWSLETTER !

Vous souhaitez être informés régulièrement, l'URPS Médecins RA envoie par mail une lettre d'information mensuelle.

Demandez la newsletter ou inscrivez-vous directement sur notre site !

@ : urps@urps-med-ra.fr / site : www.urps-med-ra.fr

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