



Le mot du Président



La coupe est pleine ! L'année 2013 a débuté comme 2012 s'était achevée. Chaque jour ou presque, pouvoirs publics et médias persistent à fustiger les médecins libéraux, n'hésitant pas à désigner à la vindicte populaire ces profiteurs responsables de tous les maux de notre système de soins, et dont la seule inclinaison serait l'appât du gain et non celle de rendre service, de soulager, de guérir ceux qui souffrent.

Cacher les vérités qui dérangent, préférer des mensonges qui rassurent, privilégier l'émotionnel sur la réflexion, créer de faux problèmes pour offrir des solutions «miracles», alimenter des machines à sanctions..., sont parmi les procédés indignes visant ainsi à ruiner l'exercice libéral quitte à compromettre la qualité des soins, et de tromper un public assisté et crédule, surinformé de ses droits mais oublieux de ses devoirs. Des prestataires serviles, taillables et corvéables à merci, mis en demeure de céder à toutes les prétentions, voire aux caprices, d'«usagers» consuméristes toujours enclins à exiger des autres ce qu'ils sont incapables d'exiger d'eux-mêmes, tel est le statut enviable auquel notre nouvelle «démocratie sanitaire» nous destine.

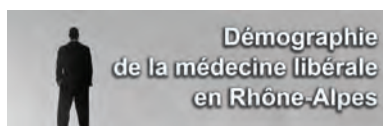
Dés lors, comment s'étonner que la jeune génération privilégie avant tout une activité salariée sans tracas ou une médecine «nomade» sans investissement, et laisse chaque année seulement une petite poignée d'audacieux s'engager dans une entreprise libérale constamment dévalorisée et discréditée.

Trop c'est trop ! Pour nombre d'entre nous, les bornes du tolérable ont bien été franchies. Réagir et s'opposer aux volontés destructrices de la médecine libérale, ou accepter par fatalisme, indifférence voire dogmatisme de laisser s'éteindre notre mode d'exercice, il est temps pour nous de choisir !

Au sommaire

Réseau ASRA	page 2
DOSSIER : Permanences des soins (PDS A et PDS ES)	page 3
Projet régional de santé (PRS) et zones fragiles.....	page 8
Délégation de tâches.....	page 11
Exercice hors convention	page 12
Santé publique	page 13
Prix de thèse et aides aux "thésards"	page 14
Maîtrise de stage et aide aux jeunes médecins.....	page 15
Conférence médicale d'établissement de soins privé	page 16
DOSSIER : Développement professionnel continu (DPC)	page 17
Plate-forme téléphonique pour les urgences pédiatriques.....	page 20

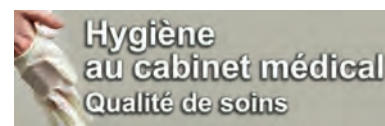
Docteur Christian DEVOLFE



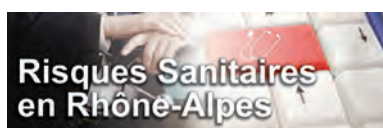
www.urps-med-ra.fr/geomedecine



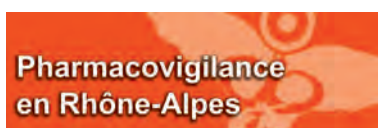
www.santesocial-ra.org



www.urps-med-ra.fr/qualitedessoins



www.risques-sanitaires-ra.org



www.urps-med-ra.fr



www.urps-med-ra.fr

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



Dr Charles-Henry GUEZ, Secrétaire de l'URPS Médecins RA



Dr Jean Michel NAVETTE, Trésorier adjoint de l'URPS Médecins RA

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

Le dépistage et la prise en charge du **syndrome d'épuisement professionnel des soignants** permettront de concilier une vie professionnelle équilibrée avec une vie privée et familiale épanouie que revendiquent les nouvelles générations de médecins. Tout médecin peut être confronté à ses limites physiques ou psychologiques en raison d'exigences professionnelles trop élevées, d'un temps de travail particulièrement important, de charges administratives trop lourdes, d'un grand sentiment d'insécurité dans son exercice.... **Le médecin est alors souvent isolé et désemparé face à ses problèmes.**

Le **Conseil Régional de l'Ordre des Médecins de Rhône-Alpes (CROM-RA)**, les **Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins de Rhône-Alpes (CDOM)** et l'**Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins de Rhône-Alpes (URPS-Médecins RA)** ont donc décidé d'unir leurs expériences pour venir en aide aux médecins en difficulté.

Le **Réseau ASRA**, association régie par la loi de 1901, est une **structure indépendante qui fonctionne dans le respect de sa charte éthique** (secret professionnel et confidentialité).

Faites connaître le dispositif autour de vous !

Bureau de l'ASRA

Président :

Dr Michel EVREUX,

Vice-président du Conseil départemental de l'Ordre des médecins du Rhône

Vice-président :

Dr Charles-Henry GUEZ,

Secrétaire de l'URPS Médecins RA

Secrétaire général :

Dr Georges GRANET,

Président du Conseil régional de l'Ordre des médecins de Rhône-Alpes

Trésorier :

Dr Jean-Michel NAVETTE,

Trésorier adjoint de l'URPS Médecins RA et Vice-président du Conseil départemental de l'Ordre des médecins de l'Ardèche

37 médecins de soutien, volontaires, assurent une astreinte téléphonique 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Ils ont été 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.

46 personnes ressources allant du psychiatre, à l'addictologue, à l'avocat, au conseiller fiscal participent le cas échéant dans les meilleurs délais, au maintien ou à la restauration de la capacité professionnelle de ces confrères et organisent leur réinsertion.

Nous constatons le «succès», mais disons plutôt la réponse à un réel besoin, puisque déjà 119 demandes ont été recensées entre mai 2012, date de la mise en service du dispositif et janvier 2013.

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**

contact@reseau-asra.fr

www.reseau-asra.fr

PDS en établissement de santé privé

■ **Dr Christian DEVOLFE,**

• *Président de l'URPS Médecins RA*

L'article 59 de la Loi HPST de juillet 2009 a réformé l'organisation de la permanence de soins en établissement de santé (PDS ES) en l'érigeant en une mission de service public à laquelle les établissements de santé publics et privés ont vocation de contribuer. Il donne compétence au directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS), dans le cadre du schéma régional de l'organisation des soins (SROS), pour l'attribution de cette mission.

Depuis 2006, la PDS «rémunérée» en établissements de santé privés était organisée dans le cadre des contrats de pratiques professionnelles (CPP) conclus entre les (ex) URCAM et les réseaux de médecins pour la permanence des soins dans ces établissements.

Le 1^{er} avril 2010, l'installation des ARS impliquait, avec la disparition concomitante des URCAM, l'abrogation de la base légale des contrats de pratiques professionnelles (CPP).

Dans l'attente de l'entrée en vigueur de la nouvelle PDS ES, les gardes et astreintes sont rémunérées via les ARS qui disposent depuis le 1^{er} mars 2012 des crédits du nouveau Fonds d'intervention régional (FIR).

Qu'est ce que la PDS ES ?

La permanence des soins en établissement de santé se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé, en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, la nuit (de 20h à 8h), le samedi après midi (de 12h à 20 h), le dimanche et les jours fériés.

La permanence des soins en établissement de santé ne concerne que **le seul champ MCO** (médecine, chirurgie, obstétrique) et, sauf impérieuse nécessité territoriale, **les lignes de PDS ES sont attribuées aux seuls établissements disposant d'un service d'urgence**.

La PDS ES est assurée :

- soit par des **gardes**, le médecin étant présent dans l'établissement ;
- soit par des **astreintes** qui impliquent une disponibilité permanente du médecin avec une obligation d'être joignable très rapidement.

Quelles spécialités concernées ?

Sont potentiellement concernées en établissements de santé privés en région Rhône-Alpes :

- Certaines activités réglementées de plateaux techniques lourds dont l'existence est régie par le code de la santé publique : réanimation adulte, néonatale, ou pédiatrique ; gynécologie-obstétrique ; pédiatrie sur les sites de maternités ; anesthésie ; cardiologie en unité de soins intensifs cardiologiques (USIC) ; cardiologie interventionnelle et chirurgie cardiaque et neurochirurgie.
- Certaines spécialités non réglementées qu'elles soient médicales (gastro-entérologie, néphrologie,...) ou surtout chirurgicales dont principalement la chirurgie viscérale et digestive, la chirurgie orthopédique et traumatologique, la chirurgie vasculaire, la chirurgie urologique et la chirurgie pédiatrique.
- Chaque site disposant au moins d'une PDS ES identifiée en chirurgie disposera obligatoirement d'une PDS ES d'anesthésie.
- La radiologie et l'imagerie médicale.

Comment se fait l'attribution ?

Les ARS ont seules la compétence pour organiser la PDS ES avec l'objectif d'en rationaliser l'attribution territoriale dans une logique «toute théorique» de responsabilité partagée entre secteurs public et privé, et surtout d'une mutualisation et d'une optimisation maximales des ressources en supprimant par exemple les doublons de gardes ou d'astreintes au sein d'un même territoire, ou en mutualisant certaines lignes de permanence.

Concrètement, les établissements pourront :

- soit bénéficier d'une reconnaissance prioritaire s'ils assument déjà cette mission de service public dans la ou les spécialités concernées depuis juillet 2009 ;
- soit se positionner lors des appels à candidatures émis par l'ARS pour les besoins non ou partiellement couverts ;
- soit être désignés unilatéralement par l'ARS en l'absence d'aboutissement de ces appels à candidatures.

PDS en établissement de santé privé

La mission de service public de PDS ES est initialement accordée pour une ou plusieurs lignes de permanence aux établissements pour la durée du schéma régional de l'organisation des soins du plan régional de santé (SROS-PRS), soit 5 ans.

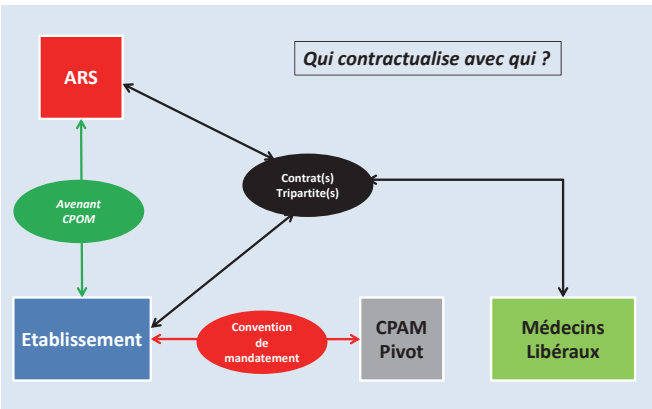
Les établissements qui n'auront pas bénéficié de cette reconnaissance lors de la rédaction initiale du volet PDS ES du SROS-PRS pourront se positionner lors de la revue annuelle des contrats ; de nouvelles missions de PDS ES pouvant être ultérieurement attribuées en fonction des besoins.

Quel financement pour la PDS ES ?

La PDS ES doit, pour donner lieu à financement, avoir été reconnue comme telle par l'ARS aux établissements dans le SROS-PRS.
Ce financement est assuré par le **Fonds d'intervention régional (FIR)** dont dispose les ARS, soit une enveloppe régionale commune et fongible aux secteurs public et privé.

Qui contractualise avec qui ?

Ce dispositif est basé sur une contractualisation d'une part entre l'ARS et l'établissement, d'autre part entre l'ARS, l'établissement et les praticiens concernés, et enfin entre l'établissement et la Caisse.



De fait, **les établissements** reconnus dans le SROS-PRS pour accomplir une mission de service public de PDS ES **contractent** :

- avec l'ARS, une **fiche d'engagement** faisant partie du **contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)** traitant des modalités d'organisation de la PDS ES ainsi que des engagements et des obligations des parties prenantes. Cette fiche d'engagement précisera notamment les spécialités concernées et le nombre de lignes de gardes et d'astreintes ;

- avec l'ARS et les médecins, un ou plusieurs **contrats tripartites d'accomplissement** de la PDS ES, conclus pour une ou plusieurs lignes de permanence retenues, visant à préciser le cadre de la mise en œuvre des engagements pris dans le CPOM. Ce contrat tripartite est signé par l'ensemble des praticiens participant à chacune des lignes de gardes et d'astreintes pour la durée du CPOM, soit 5 ans ;

- avec la Caisse, une **convention de mandatement** par laquelle l'établissement mandate à sa caisse pivot afin qu'elle procède en tant que tiers payeur au versement des indemnités directement aux praticiens.

Quelle rémunération pour les praticiens ?

● Financement des actes

La valeur des actes (consultations et actes techniques) effectués pour tous les patients admis en établissement dans le cadre de la PDS ES est du ressort de la convention médicale nationale.

Mais, l'accessibilité financière de l'accès aux soins devant être impérativement assurée, toutes **les prestations effectuées dans son cadre devront donc être facturées par les praticiens exclusivement en tarif opposable**, y compris en cas de ré hospitalisation ou pour les soins, en hospitalisation ou non, consécutifs à cette modalité de prise en charge.

● Forfait de PDS

Le montant et le circuit de financement des **rémunérations forfaitaires** des astreintes et des gardes, qui relèvent du domaine réglementaire, sont fixés par arrêté ministériel.

Les rémunérations sont les suivantes :

	Astreinte	Garde
début de nuit (20h-24h)	50 euros	79 euros
nuit profonde (24h-8h) et samedi après-midi	100 euros	150 euros
nuit complète (20h-8h) dimanche et jour férié (8h-20h)	150 euros	229 euros

L'établissement ne peut effectuer aucun prélèvement au titre de la redevance sur ces indemnités forfaitaires.

PDS en établissement de santé privé

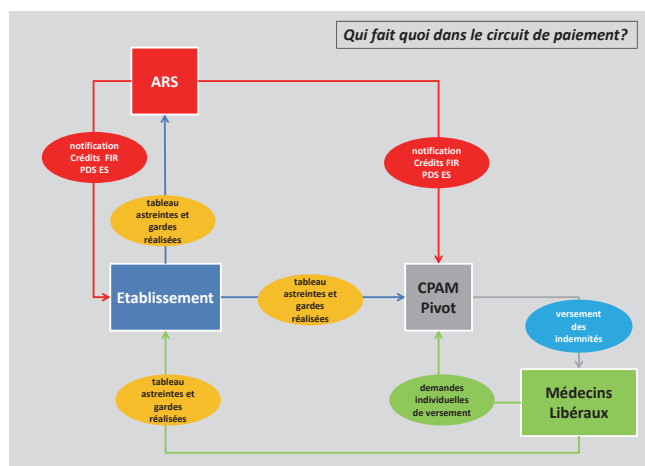
Quelles modalités pratiques ?

Pour que les indemnités soient reversées aux praticiens, des pré-requis contractuels s'imposent :

- **les praticiens** devront transmettre au directeur de l'établissement, au responsable du réseau de soins, voire au président de la CME le **tableau mensuel des gardes et astreintes** réalisées, effectuées au titre de la PDS ES ;

- **l'établissement** devra transmettre chaque mois à l'ARS et à la Caisse ce même **tableau attestant du contrôle du service fait et du respect du plafond des dépenses autorisées**. L'envoi du tableau vaudra ordre de paiement pour la Caisse ;

- **les praticiens**, directement ou via l'établissement, devront enfin transmettre à la Caisse **leurs demandes individuelles de versement** d'indemnités via un formulaire spécifique. Dans les 15 jours ouvrés suivant la réception des documents requis, la Caisse procédera directement au versement des indemnités à chaque praticien.



Quelle obligation ?

La participation des praticiens libéraux à la PDS ES se fait sur la base du **volontariat**. La PDS ES ne peut donc être imposée aux médecins libéraux sans qu'il y ait contradiction avec ce principe du volontariat.

En cas de besoin, les ARS peuvent néanmoins imposer aux établissements de prendre en charge la permanence, et alors, en cas d'absences ou d'insuffisances de médecins libéraux pour effectuer cette permanence, exiger une «*procédure de réquisitions*» vis-à-vis des praticiens.

.....

Chaque praticien a donc « *en théorie* » la liberté du choix :

- soit s'engager dans la PDS ES par un contrat mais avec un exercice exclusivement en tarif opposable ;
 - soit continuer à prendre en charge les urgences dans son établissement sans s'engager contractuellement dans la PDS ES, et sans bénéficier du forfait de PDS.
-

Schéma cible en Rhône-Alpes

En région Rhône-Alpes, et contrairement à d'autres régions, la procédure d'attribution des missions de service public de la PDS ES s'est faite avec le respect d'un relatif équilibre entre secteurs public et privé.

L'ARS Rhône-Alpes a fait le choix, plutôt que de constituer un groupe de travail représentatif sur le sujet, de consulter l'intégralité des établissements de la région (les présidents de CME, les directeurs d'établissements, les réseaux d'urgence) en menant un cycle de réunions territoriales étalé sur six mois, à une échelle permettant une validation et une appropriation par l'ensemble des acteurs publics et privés. Un état des lieux précis a ainsi été réalisé.

Le schéma cible de la PDS ES a été publié dans les annexes territoriales opposables du plan régional de santé (PRS) en décembre 2012. Il définit le nombre de lignes de PDS nécessaires par spécialité et par territoire de santé. Nous vous rappelons que la région Rhône-Alpes a été divisée en 5 territoires de santé.

Reste à définir dans les mois à venir les établissements retenus. Un courrier de l'ARS a été envoyé aux établissements leur demandant de se positionner officiellement sur les lignes de PDS. En cas d'inadéquation entre le nombre de postulants et de lignes, une mutualisation sera recherchée. En cas d'échec de la négociation, l'ARS tranchera sur la base des critères définis dans le schéma cible. **La PDS ES devrait devenir effective dans le courant du 1er semestre 2013.**

L'URPS Médecins RA n'avait pas à être impliquée en tant qu'institution, dans les négociations sur la PDS ES. Cependant, l'URPS suit attentivement ce dossier et se tient à votre disposition.

PDS Ambulatoire (PDS A)



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

Depuis l'adoption de la loi «Hôpital Patients Santé Territoires» en juillet 2009, l'Agence régionale de santé (ARS) a en charge d'organiser la mission de service public de la permanence des soins ambulatoires. A cette fin, la région est divisée en territoires de permanence des soins dont les limites sont arrêtées par le directeur général de l'ARS, selon les principes d'organisation définis dans le **cahier des charges régional**.

Objectifs du cahier des charges régional :

- décrire l'organisation générale de l'offre de soins assurant la prise en charge des demandes de soins non programmées et l'organisation de la régulation des appels ;
- mentionner les lieux fixes de consultation ;
- préciser les conditions d'organisation des territoires de permanence des soins afférentes à chaque département ;
- définir les indicateurs de suivi, les conditions d'évaluation du fonctionnement de la permanence des soins.

En Rhône-Alpes, ce **cahier des charges régional**, signé le 27 novembre 2012, a pris effet au **1^{er} décembre 2012**.

Il a été établi, après recueil des avis des Comités départementaux de l'aide médicale d'urgence et de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS TS), de la commission spécialisée de l'organisation des soins de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), des conseils départementaux de l'Ordre des médecins, des Préfets, et de l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) Médecins de Rhône-Alpes.

Cahier des charges régional

Les orientations stratégiques 2013 – 2015 fixées par l'ARS Rhône-Alpes

- **Renforcer et améliorer la régulation médicale.**
- **Structurer la permanence des soins autour des maisons médicales de garde ou autres lieux de consultations.**
- **Arrêter la PDSA en nuit profonde dans les secteurs à faible activité, avec moins d'un acte par semaine, au plus tard le 31 mai 2013.**
- **Développer à titre expérimental des effecteurs mobiles sur de grands territoires pour les visites incompressibles.**
- **Communiquer avec la population sur le bon usage du dispositif de PDSA et des urgences.**
- **Optimiser la régulation libérale en travaillant sur une mutualisation éventuelle des régulations en nuit profonde lorsque l'activité est faible.**
- **Abaissier le coût de la PDSA pour les secteurs avec une forte activité comme les secteurs urbains.**
- **Développer le dossier de liaison d'urgences (DLU) dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les hôpitaux locaux et l'hospitalisation à domicile pour faciliter la régulation des actes en nuit profonde par le centre 15.**
- **Réduire l'impact de l'arrêt de la PDSA en nuit profonde sur les autres missions assurées par certains médecins généralistes** qui sont la continuité des soins dans les ex-hôpitaux locaux et l'activité des médecins correspondants SAMU (MCS) dans les territoires éloignés d'un SMUR.

La région est organisée en territoires de permanence des soins, qui constituent les périmètres géographiques des différentes gardes assurées par les médecins et dont le nombre et le périmètre peuvent varier selon les horaires et selon les périodes de l'année en fonction des besoins de la population. Le cahier des charges régional contient les annexes départementales d'organisation de la PDS ambulatoire.

- Le **cahier des charges régional de la PDS A** est disponible sur le site de l'ARS RA : www.ars.rhonealpes.sante.fr/
- Des **informations relatives au dispositif de la PDS A en région Rhône-Alpes** sur : www.urps-med-ra.fr

Avis de l'URPS Médecins RA sur le cahier des charges régional

La commission de la permanence des soins, les représentants élus au sein des comités départementaux (CODAMUPS TS) et les membres du bureau de l'URPS Médecins RA ont participé aux négociations relatives à l'élaboration de ce cahier des charges.

Nous pouvons nous satisfaire des aspects positifs de ce cahier des charges, en particulier le **renforcement de la régulation libérale et la volonté de communiquer auprès des usagers sur le bon usage de la permanence des soins et des urgences.**

Par contre, nous avons clairement exprimé nos réticences sur :

● **La suppression de la PDS A en nuit profonde** sur certains secteurs à faible activité. Cette suppression **risque d'inscrire un démantèlement programmé de la PDS A dans des zones isolées** sans au préalable s'être assuré de la mise en place d'un système viable et accepté par les acteurs locaux. La date butoir du 31 mai 2013 comme date ultime de réflexion à des mécanismes substitutifs d'organisation de la permanence des soins semble tout à fait illusoire.

● **Les solutions substitutives envisagées** pour réduire l'impact de cet arrêt de la PDS A en nuit profonde ne sont pas clairement décrites. Ainsi, l'ARS propose :

- de **pérenniser la continuité des soins dans les ex-hôpitaux locaux via une enveloppe hospitalière.** Mais l'ARS n'a précisé ni les missions, ni le périmètre d'intervention d'une telle organisation. Des interrogations demeurent donc sur les modalités d'intervention des médecins, sur le secteur géographique d'intervention et sur l'assurance qu'ils soient rémunérés par une enveloppe hospitalière.

- de **mettre en place des médecins correspondants SAMU (MCS)**
Nous nous interrogeons également sur la pertinence de ce dispositif, car les médecins qui assurent

aujourd'hui la PDS A en zones reculées assurent aussi très souvent l'urgence vitale en attendant l'arrivée du SAMU. Quels bénéfices les professionnels de santé vont-ils tirer de ce nouveau dispositif ? A contrario, les MCS en zone de montagne ne souhaitent pas toujours être contraints d'assurer aussi la PDS A, après des journées déjà très lourdes en saison hivernale.

Pour que ce dispositif soit accepté par les médecins, il faut d'abord en connaître les contours et ensuite l'explicitier. C'est pourquoi, l'URPS Médecins RA participe aux réunions du groupe de travail mis en place par l'ARS.

- **d'expérimenter le déploiement d'effecteurs mobiles.**

Nous sommes favorables à cette expérimentation sur quelques départements. En effet, cette solution pourrait éventuellement répondre aux demandes de visites incompressibles, mais elle ne pourra résoudre les difficultés rencontrées en zones de montagne ou en zones particulièrement isolées. L'ARS doit évaluer chaque année le dispositif de PDS A : son organisation et son impact sur l'aide médicale d'urgence.

.....

Les solutions substitutives sont encore à écrire. C'est pourquoi, **l'URPS Médecins RA**, au travers sa commission «permanence des soins» et ses représentants élus au sein des CODAMUPS TS, reste vigilante. Un observatoire des secteurs de PDS voués à disparaître au 31 mai 2013 a été créé. **Il relaiera les inquiétudes exprimées par les médecins et leurs propositions auprès de l'ARS.** **D'autres solutions doivent être recherchées et nous appelons tous nos consœurs et confrères à participer à une réflexion collective sur ce sujet.**

N'hésitez pas à nous écrire : urps@urps-med-ra.fr

.....

Récapitulatif		
PDSA RA 2013	Horaires	Rémunération
Régulateur	Tous les jours de 19H* à 24 H	75 €/H*
	Tous les jours de 24H à 8H	100 €/H*
	Samedi de 8H à 12H*	75 €/H*
	Samedi de 12H à 24H	90 € / H*
	Dimanche et jour férié de 8H à 24H	90 € /H*
Effecteur	Tous les jours de 20H à 24H	Forfait : 50 €
	Tous les jours de 24H à 8 H	Forfait : 100 €
	Samedi, de 12H à 20 H	Forfait : 100 €
	Dimanche et jours fériés de 8H à 20 H	Forfait : 150 €

* Changements apportés avec la mise en application du nouveau cahier des charges régional de la PDSA

Projet régional de santé (PRS) et zones fragiles



Dr Nicole BEZ

Vice-présidente

de l'URPS

Médecins RA

L'URPS Médecins RA reconnaît l'importance du travail effectué et les efforts de cohérence de l'ensemble des programmes constituant le **projet régional de santé (PRS)**. Cependant, nous regrettons la complexité du dispositif et sa lourdeur (plus de 1 500 pages à analyser...). De même, nous souhaitons qu'un effort de réelle transparence vis-à-vis des conférences de territoires, et pas seulement vis-à-vis de la seule CRSA soit mis en œuvre.

En effet, le **PRS ne pourra mobiliser les acteurs de terrain que si les modalités de sa mise en œuvre concrète (pilotage, ressources allouées, références professionnelles mobilisées, dispositif de suivi et d'évaluation) sont clairement précisées.**

Articulation premier et second recours

La continuité des soins, et notamment les relations entre médecine de premier recours et médecine de deuxième recours, doit être au cœur du dispositif de réorganisation de l'offre de soins ambulatoires. A cet égard, ce premier PRS, parce qu'il insiste sur l'optimisation du premier recours en laissant à de futures études l'analyse de l'accès à certaines spécialités, semble vouloir prendre la question de façon séquentielle sans mesurer les limites de cette approche. Nous souhaitons donc être associés de façon étroite aux futurs travaux visant à organiser l'accès à des compétences dites de deuxième recours en ambulatoire et notamment dans le périmètre des zones dites fragiles.

Zones fragiles et zones de vigilance

Concernant la définition des «**zones fragiles**» en région Rhône-Alpes, nous avons été satisfaits de la démarche de l'ARS de faire appel à l'expertise de l'URPS Médecins dans ce domaine.

En effet, en 2005, nous n'avions pas été consultés et nous avons alors exprimé lors de conférences de presse, notre mécontentement suite à la publication par l'ex-Mission régionale de santé (MRS) de la liste des «**zones déficitaires**», sans tenir compte des réalités du terrain.

Aujourd'hui, nos deux instances ont pu s'entendre sur de véritables orientations opérationnelles. Bien sûr, l'ensemble de nos propositions n'a pu être retenu par l'ARS, compte tenu du seuil de population imposé par le Ministère et fixé à 611 723 habitants inclus en zones fragiles pour la région Rhône-Alpes (voir l'article du Trait d'Union n° 2 d'avril 2012).

Néanmoins l'ARS a fait le choix régional de définir des «**zones de vigilance**», pour ne pas se prévaloir d'une approche trop réductrice. **Espérons que ces zones de vigilance, souvent en équilibre démographique précaire, retiendront l'attention des collectivités territoriales et de l'ARS pour des dispositifs complémentaires de soutien.**

LEXIQUE

Zones fragiles (ARS)

Les zones fragiles se substituent désormais aux zones déficitaires. Leur liste a été établie par l'ARS dans le cadre du Schéma régional d'organisation des soins (SROS) ambulatoire inclus dans le PRS. Cette liste respecte le seuil de population imposé par le Ministère pour la région, et s'avère opposable pour bénéficier des aides financières définies dans le cadre de la nouvelle convention médicale de 2011 (voir page 10).

L'ARS encouragera prioritairement les projets d'installation et de regroupements de professionnels de santé en maison ou pôle de santé, sur ces zones estimées prioritaires.

Zones de vigilance (ARS)

Elles correspondent à une liste de communes définie par l'ARS où le niveau de risque de désertification médicale est moins immédiat. Il s'agit d'une particularité de la région Rhône-Alpes visant à ne pas avoir une vision trop réductrice des zones en difficulté démographique. Ces zones, non opposables, ne peuvent pas bénéficier d'aides financières dans le cadre de la convention médicale de 2011.

Dans ces zones, l'ARS pourrait soutenir éventuellement un projet émergent, dès lors que le risque s'avérerait réel.

Zones déficitaires (ex Mission régionale de santé MRS)

Une liste de communes déficitaires en médecins généralistes avait été établie en 2005 par l'ex-MRS. Cette liste constituait le critère géographique d'attribution des aides financières relevant de «l'avenant 20» de la convention médicale de 2005. Cette liste n'est plus opérationnelle.

en région Rhône-Alpes

Quelques données chiffrées en Rhône-Alpes

D'après les données communiquées par l'Assurance maladie lors de sa présentation devant la Commission paritaire nationale (CPN) du 8 novembre 2012 :

- **329 médecins généralistes seraient installés en «zones fragiles» en Rhône-Alpes, et susceptibles de bénéficier des aides financières liées à l'«option démographie»** inscrite dans le texte de la convention médicale 2011 contre seulement une cinquantaine qui pouvaient bénéficier de l'avenant 20.
- **528 médecins généralistes seraient installés en zone limitrophe des «zones fragiles» en Rhône-Alpes (5 km en zone rurale ; 2 km en zone urbaine), et susceptibles également de bénéficier de cette même «option démographie» .**
- **Au total, 857 médecins généralistes, soit environ 15 % des médecins de la région Rhône-Alpes, seraient susceptibles, s'ils répondent aussi à certains critères d'exercice, de bénéficier de ces nouveaux avantages (voir page 10).**

Exercez-vous en zone fragile ou à proximité d'une zone fragile
5 km en zone rurale
ou 2 km en zone urbaine



Consulter la liste de ces zones sur le site de l'URPS Médecins RA
www.urps-med-ra.fr

Projet régional de santé (PRS) 2012 – 2017

Christophe JACQUINET, directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS), a adopté par arrêté du 30 novembre 2012, **le premier PRS de la région Rhône-Alpes** fixant les objectifs et les priorités de santé pour les cinq ans à venir.

Il établit le diagnostic de l'état de santé, donne la définition du plan stratégique, fixe le choix des priorités et des actions à mettre en œuvre dans tous les domaines que recouvre le mot «santé» et donne des orientations et une feuille de route pour la santé des citoyens de la région pour les cinq années à venir. Des schémas d'organisation «métiers», des programmes thématiques régionaux transversaux et des programmes pour les cinq territoires de santé ont ensuite été définis et soumis à consultation.

Au total, ce sont **18 priorités et près de 100 actions** qui ont été proposées. Ces actions devront permettre de répondre à trois grandes orientations stratégiques : prévenir les risques environnementaux ; mettre en place une offre de santé efficiente et enfin adapter et fluidifier les parcours de santé de la population.

Source : Agence Régionale de Santé de Rhône-Alpes
www.ars.rhonealpes.sante.fr



Démographie de la médecine libérale en Rhône-Alpes

Un départ, une maladie, une installation d'un professionnel modifie rapidement un paysage sanitaire. C'est pourquoi, l'URPS Médecins RA poursuit son travail de photographie de la démographie médicale libérale régionale. La mise à jour de notre étude **Géosanté** sera en ligne prochainement. Nous ne manquerons pas de vous en informer.

Mais si vous avez un projet et souhaitez avoir des données récentes, contactez-nous !

@ : urps@urps-med-ra.fr

Exercice en zones fragiles : quelles aides financières en attendre ?

«Option démographie»

Un nouveau dispositif conventionnel dit «option démographie» remplace le dispositif dit de l' «avenant 20» qui était intégré dans le texte de la convention de 2005. Ce dispositif a été défini dans la nouvelle convention médicale publiée au Journal Officiel en septembre 2011. Il est opérationnel depuis la publication officielle par l'ARS Rhône-Alpes, en décembre 2012, de la liste des «zones où l'implantation des professionnels de santé n'est pas satisfaite» ou zones dites «fragiles» dans le Schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS).

Quelles sont les conditions cumulatives à remplir ?

- **Exercer au sein d'un groupe** formé entre médecins ou d'un groupe pluridisciplinaire, quelle que soit sa forme juridique, ou dans **le cadre d'un pôle de santé** ;
- Exercer en secteur 1, en secteur 2 avec option coordination, ou en secteur 2 mais avec l'engagement d'appliquer exclusivement les tarifs opposables pour les patients de la zone fragile ;
- Réaliser son activité aux 2/3 auprès de patients résidant dans la zone fragile concernée ;
- **Etre installé ou s'installer dans ladite zone ou à proximité (5 km en zone rurale ; 2 km en zone urbaine) ;**
- S'engager à ne pas cesser son activité, ni à changer de lieu d'exercice pendant 3 ans ;
- S'engager à participer à la permanence des soins.

Quelles sont les aides financières ?

- Les médecins exerçant au sein d'un groupe bénéficient d'une aide à l'activité égale à **10 % du montant (C+V) de l'activité annuelle** (plafonnée à 20.000 €), et d'une **aide à l'investissement** de 5.000 € par an pendant 3 ans ;
- Les médecins exerçant **au sein d'un pôle de santé** bénéficient d'une aide à l'activité égale à **5 % du montant (C+V) de l'activité annuelle** (plafonnée à 10.000 €), et d'une aide à l'investissement de 2.500€ par an pendant 3 ans.

Qu'advient-il pour les médecins qui bénéficiaient de l'avenant 20 ?

- Si votre zone d'exercice est toujours considérée comme fragile, telle qu'identifiée actuellement par l'ARS, vous pouvez opter pour l' «option démographie» ;
- Si votre commune d'exercice, hier considérée comme déficitaire (cf lexique page 8), n'est pas dans la liste des zones fragiles définies par l'ARS, vous bénéficierez encore la 1^{ère} année des 2/3 de l'aide forfaitaire que vous receviez dans le cadre de l'avenant 20 et seulement d'1/3 la seconde année, avant l'arrêt définitif de l'aide.

«Option santé solidarité territoriale»

Cette nouvelle option, également issue de la convention médicale 2011, **s'adresse aux médecins n'exerçant pas en zone fragile mais souhaitant y assurer des consultations**. Sous réserve d'exercer en secteur 1, en secteur 2 avec option coordination, ou en secteur 2 mais en appliquant exclusivement les tarifs opposables pour l'activité concernée, vous avez la possibilité d'exercer au minimum 28 jours par an dans une zone fragile avec engagement sur 3 ans. Vous bénéficierez alors d'une majoration de 10 % sur votre activité annuelle (C+V) dans la zone fragile (plafonnée à 20.000 €), et de la prise en charge de vos frais de déplacement.

Exonération d'impôts sur le revenu au titre de la Permanence des soins ambulatoires (PDS A)

Les médecins ou leurs remplaçants participant à la PDS A peuvent bénéficier d'une exonération d'impôt sur le revenu au titre de cette activité lorsqu'ils sont installés en zone fragile, celle-ci pouvant s'appliquer à hauteur de 60 jours de permanence des soins par an.

Attention : A ce jour, seules sont concernées pour cette exonération les **nouvelles zones fragiles définies par l'ARS**. N'oubliez pas de consulter la nouvelle liste des zones fragiles pour savoir si vous êtes concernés ou à l'inverse si vous n'en bénéficiez plus.

Délégation de tâches : quand la nature a horreur du vide



Dr Pierre-Yves KOSOVSKY,
*Coordonnateur du Collège
des spécialités cliniques*

Avec l’objectif de favoriser de nouvelles organisations des soins ou des modes d’exercice partagé répondant à des besoins de santé, dont la lutte contre les déserts médicaux, l’article 51 de la loi HPST propose aux professionnels de santé, dans une démarche de coopération, des protocoles de délégation de tâches ou des démarches de réorganisation de leurs modes d’intervention auprès du patient.

Les professionnels interviennent alors «dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre de protocoles définis par le code de la santé publique».

Quelle problématique ?

Dans certaines spécialités, il existe de plus en plus de territoires où l’offre de soins devient très insuffisante en raison d’un manque de médecins libéraux. Dans de telles situations, pour peu que coexiste une pléthore de professionnels paramédicaux, le risque est alors grand de voir se développer des prises en charge de patients anarchiques, non ou insuffisamment médicalisées, et n’offrant aucune garantie de sécurité.

Parmi les exemples les plus parlants, retenons le manque d’ophtalmologistes face à une pléthore d’opticiens, ou le manque de psychiatres conduisant le patient à se voir proposer des alternatives de psychothérapie parfois très incertaines par des professionnels plus ou moins qualifiés. Enfin en l’absence d’un accès facile au généraliste, le patient peut être tenté de demander à l’infirmier ou au pharmacien plus qu’il ne peut ou ne doit au risque d’entraîner celui-ci par simple empathie à dépasser ses compétences.

Il existe sans doute beaucoup d’autres situations où l’offre de soins médicale est insuffisante et où les délégations de tâches sont donc susceptibles de se développer. Notre objectif premier est donc d’essayer de les recenser avant qu’il ne soit trop tard et que ne s’installent au final des pratiques insécures.

Quelles réponses ?

Selon la loi HPST des protocoles de coopération, nominatifs, entre un déléguant et un délégué peuvent être soumis à l’ARS afin de répondre à une problématique locale. Après un an de mise en œuvre



Dr Pierre PEGOURIE,
*Représentant de l’URPS Médecins RA
à la Fédération régionale des professionnels
de santé (FRPS RA)*

et si son évaluation est alors estimée positive le protocole pourra être étendu par la Haute Autorité de Santé (HAS) à d’autres régions.

D’autres modes de réalisation de ces protocoles de délégation existent également. Ils sont définis au niveau national directement entre la HAS et des structures nationales au sein de chaque spécialité ou d’autres types d’association. Ils peuvent être ensuite déclinés régionalement. Ils seront sans doute plus consensuels, mais leurs déclinaisons régionales nécessiteront toute notre attention.

L’URPS Médecins RA s’efforcera de vous assister dans vos projets de coopération inter-professionnelle auprès de l’ARS, et veillera à revendiquer un droit de regard sur tous les protocoles susceptibles de voir le jour, même si initialement ceux-ci ne concernent que des praticiens hospitaliers.

Elle sera également particulièrement attentive sur les points suivants :

- l’impact de la délégation sur l’offre de soins ;
- l’absence de retentissement sur l’activité des autres médecins non impliqués mais indirectement concernés ;
- la définition du périmètre de la couverture assurantielle ;
- le respect de la qualité des soins ;
- la formation des délégués, que ce soit son contrôle ou sa validation ;
- la rémunération des professionnels concernés.

.....

L’URPS Médecins libéraux fait appel à vous pour l’aider à recenser, dans les différents départements et les différentes spécialités, les situations qui seraient susceptibles de conduire à la mise en place d’un protocole de délégation.

Elle souhaiterait également savoir si vous-même, ou un de vos confrères, est intéressé pour participer à un projet de réflexion sur un type de coopération entre professionnels de santé.

@ : urps@urps-med-ra.fr

.....

Exercice hors convention médicale : Incidences pratiques et juridiques



Le Collège 2 de l'URPS Médecins RA regroupant les chirurgiens, les anesthésistes – réanimateurs et les obstétriciens a organisé le 23 janvier et le 19 février 2013 une soirée-débat afin d'éclairer les acteurs libéraux du bloc opératoire sur les modalités pratiques d'un exercice hors convention en établissements de santé privés.

Ces deux réunions se sont tenues avec la participation de **Maître François MUSSET**, avocat au Barreau de Lyon, spécialiste en droit de la santé, droit médical et droit hospitalier, et en présence de **Frédéric BIZARD**, économiste de la santé.

Au total, la présence de près de 150 participants représentant les professionnels libéraux de Rhône-Alpes a témoigné de l'intérêt de la thématique «**déconventionnement**», et de la très vive inquiétude des intéressés depuis la publication en décembre 2012 de l'avenant 8 de la convention médicale visant à limiter leurs honoraires et risquant à terme de compromettre la pérennité de leur exercice.



Contribution des professionnels de santé libéraux au fonds de garantie des dommages consécutifs à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins

Dans le cadre de la réforme de l'assurance en responsabilité civile professionnelle (RCP), un fonds de garantie des dommages consécutifs à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins dispensés par des professionnels de santé exerçant à titre libéral a été institué. Son financement est assuré par une contribution de ces professionnels. Le montant de la contribution forfaitaire annuelle à ce fonds de garantie à la charge des professionnels de santé est fixé à :

- 25 euros pour les médecins exerçant les spécialités chirurgicales, l'ORL, l'ophtalmologie, l'anesthésie-réanimation ou la réanimation médicale, la gynécologie médicale et la gynécologie-obstétrique, la cardiologie, la radiologie, la gastro-entérologie et la pneumologie ;
- 20 euros pour les autres médecins et les chirurgiens-dentistes ;
- 15 euros pour les 18 autres catégories de professionnels de santé.

Cette contribution, due au titre de tout contrat d'assurance conclu, sera perçue directement par l'entreprise d'assurance puis reversée au fonds de garantie.

Références :

- Arrêté du 23 avril 2012 fixant la contribution des professionnels de santé au fonds de garantie des dommages consécutifs à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins dispensés par eux
- Décret n° 2012-548 du 23 avril 2012 relatif au fonds de garantie des dommages consécutifs à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins dispensés par des professionnels de santé.

En avril : Semaine européenne de la vaccination (SEV)

Pour la septième année consécutive en France, le Ministère de la santé et l'Institut national de la prévention et de l'éducation pour la santé (INPES) coordonnent au niveau national la semaine européenne de la vaccination.

Cette semaine, initiative de l'OMS, a pour **objectif de mobiliser la population et les professionnels de santé autour de la vaccination** afin de favoriser une meilleure compréhension des enjeux et notamment de lutter contre le discours «antivaccinal». En effet, malgré les progrès réalisés dans la lutte contre les maladies infectieuses, la couverture vaccinale reste encore insuffisante.

Cette semaine est donc l'occasion de faire le point sur les pratiques, les connaissances et les représentations des patients, mais aussi des médecins, et inciter ces derniers à vacciner. Elle permet au public de disposer d'éléments d'information simples et didactiques sur la vaccination, et d'obtenir des réponses aux questions qu'il se pose face à des maladies infectieuses souvent mal connues, voire oubliées.

La population cible pour la SEV 2013 reste, comme en 2012, les adolescents et les adultes jeunes.

Des actions de communication, d'information et de sensibilisation seront mis en place dans l'ensemble des régions françaises, par le biais des Agences régionales de la santé (ARS) et de nombreux partenaires.

Alors, du 20 au 27 avril, mobilisons-nous ! Nous relaierons grâce à notre site Internet et notre lettre électronique les dates et thèmes retenus pour des conférences-débats et les outils mis à disposition des professionnels de santé.

Hygiène dans l'activité de soins

Docteur Emile OLAYA

Responsable du projet

Créé en 2006, le site consacré à l'hygiène dans l'activité de soins ambulatoires avait été salué en 2009 par un Grand Prix de la prévention médicale. Il avait été remis à jour en collaboration avec l'antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales (ARLIN).

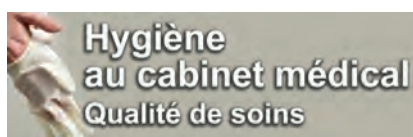
Il était cependant devenu nécessaire d'en modifier le fonctionnement pour le rendre plus pratique et plus accessible. Le site a donc été rénové afin d'offrir de la façon la plus simple possible une information sur tous les aspects de l'hygiène dans l'activité de soins en cabinet. Vous y trouverez ainsi :

- une page d'information spécifique avec des fiches pratiques, les recommandations essentielles et une bibliographie pour en savoir plus ;
- un questionnaire d'auto-évaluation pour évaluer sa propre pratique de façon totalement anonymisée.

Les thématiques abordées sont :

- l'entretien des locaux ;
- les procédures de désinfection et de stérilisation ;
- l'élimination des déchets ;
- la protection des personnels soignants et non soignants ;
- la prévention des accidents d'exposition au sang ;
- l'hygiène en général.

Il faut souligner que ce programme a été développé en coopération avec diverses professions de santé. Ne manquez pas d'aller consulter la nouvelle version et pourquoi pas de tester votre pratique.



www.urps-med-ra.fr/qualitedesoins

Risques sanitaires en Rhône-Alpes



Docteur Emile OLAYA

Elu de l'URPS

Médecins RA et

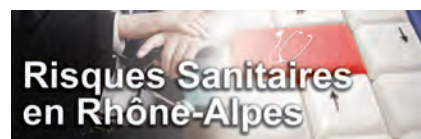
responsable du projet

Le site dédié aux risques sanitaires s'est enrichi fin 2012 d'un nouveau module consacré à la **listériose**. Il nous a semblé important de mettre à disposition des professionnels de santé une synthèse sur les aspects diagnostiques et thérapeutiques grâce au concours d'experts reconnus. Nous avons également inclus des conseils de prévention à destination des patientes.

Ce nouveau thème vient compléter un site très fréquenté par les professionnels et la population.

Au cours de l'année 2013 ce sont les thèmes portant sur les **risques environnementaux** qui seront développés en collaboration avec le **Conseil Régional Rhône-Alpes**.

Divers événements sanitaires locaux ont également démontré tout l'intérêt des alertes que nous diffusons sur ce site avec le concours de la cellule interrégionale d'épidémiologie. Cela permet d'avoir accès à des informations sûres et des conduites à tenir adaptées. Une raison de plus de garder en mémoire le site **www.risques-sanitaires-ra.org/** et de s'y inscrire pour accéder aux informations départementales.



www.risques-sanitaires-ra.org

Prix de thèse et aides aux «thésards» en médecine générale

Dr Pascal DUREAU

Dr Frédéric LABORIER,

Coordonnateurs du Collège des médecins généralistes

Prix de thèse en médecine générale : les lauréats 2012

La remise d'un prix de thèse en médecine générale par l'URPS Médecins RA a pour objet d'encourager et de saluer les travaux de recherche et de réflexion dans cette discipline.

Cette récompense est réservée aux étudiants ayant suivi le 3ème cycle de médecine générale dans une des trois universités de Rhône-Alpes (Grenoble, Lyon ou Saint-Etienne). Cinq prix d'une valeur de 1.000 euros ont ainsi été attribués pour l'année 2012.



Les lauréats sont :

- **La prise en charge des troubles aigus bénins en médecine générale : avec ou sans médicaments ?**
- BEDOIN Dominique
- **Prévention, dépistage et prise en charge des consommations d'alcool chez les adolescents : facteurs facilitants et freinants, représentations.** - EVANGELISTA Cécile – MANGEANT Stéphanie
- **Burn out des internes en médecine générale : état des lieux et perspectives en France métropolitaine.**
- KOMLY Valérie – LE TOURNEUR Antoine
- **Enseigner l'empathie en médecine ? Revue de la littérature et propositions d'outils pédagogiques.**
- MARIN Elsa
- **Diagnostic des cystites simples en médecine générale : quel est l'apport de la bandelette urinaire ?**
- VIALA Estelle

Ces thèses sont consultables sur le site de l'URPS Médecins RA

www.urps-med-ra.fr



**La participation au prix de thèse 2013 est ouverte
Faites le savoir autour de vous !**

Les candidatures sont à envoyer avant le 1^{er} novembre 2013

@ : urps@urps-med-ra.fr

Aides aux «thésards»

Le collège de l'URPS RA regroupant les médecins généralistes propose aux «thésards» en médecine générale une aide logistique favorisant le recueil de données. Après signature d'une convention, la demande de l'interne, le plus souvent sous forme de **questionnaire**, validé par le directeur de thèse, est adressée par courriel aux **médecins généralistes qui se sont portés volontaires**. Répondre à ce type de requête ne prend environ que cinq minutes, et l'URPS Médecins RA s'engage à soumettre aux médecins volontaires qu'un seul questionnaire par mois.

.....
Alors aidez un futur jeune médecin généraliste dans son travail de thèse en lui consacrant cinq minutes par mois. Il vous suffit pour cela de nous proposer votre collaboration en nous adressant un courriel à : urps@urps-med-ra.fr

Aides financières accordées par le Conseil régional de Rhône-Alpes



ATTENTION : CHANGEMENT

Le Conseil régional, qui accompagne depuis 2007 en partenariat avec l'ARS et l'URPS Médecins RA, les jeunes médecins dans leurs projets d'installation et aussi les professionnels de santé dans leurs projets de création de maisons de santé pluri-professionnelles, a modifié les règles d'attribution de ses aides :

- les soutiens **aux projets de maisons de santé ne sont dorénavant plus accordés aux sociétés civiles immobilières (SCI)**, mais uniquement aux associations avec étude préalable du dossier, ou aux collectivités locales.
- les **aides à la première installation de jeunes médecins** dans des zones déficitaires sont gelées dans l'attente de la mise en **place par l'Etat des pactes territoriaux de santé**.

Maitrise de stage et aide aux jeunes medecins

Dr Pascal DUREAU
Dr Frédéric LABORIER,
Coordonnateurs du Collège des medecins generalistes

Maîtrise de stage

Le collège des medecins generalistes de l'URPS Medecins RA a placé dans ses axes prioritaires l'incitation à la maîtrise de stage en région Rhône-Alpes afin de favoriser l'augmentation du nombre d'internes en médecine générale et donc de futurs praticiens.

Les besoins en formation sont importants. Il nous faut passer d'environ 600 maîtres de stage actuellement à 1000 en 2015 pour faire face aux besoins de formation de nos successeurs.

Après avoir rencontré les enseignants des trois départements de médecine générale et animé un atelier de réflexion lors du congrès du collège national des généralistes enseignants (CNGE), nous avons revu les pistes de collaboration :

- **Diffusion d'information** concernant la maîtrise de stage sur le site de l'URPS Medecins RA. Ce canal a permis de sensibiliser de nombreux medecins en les incitant à prendre contact avec les départements de médecine générale (voir aussi l'article paru dans le Trait d'Union n° 2 d'avril 2012).
- **Collaboration** avec la fédération de Rhône-Alpes des collèges de medecins generalistes enseignants (FRACOMEDGE) et participation financière à la formation des maîtres de stage dans des séminaires inter-régionaux et plus précisément avec l'Auvergne qui est dorénavant regroupée avec la région Rhône-Alpes au plan universitaire.
- **Création d'un guide dédié à la maîtrise de stage.** Ce document, centré sur les aspects pratiques de la maîtrise, fera l'objet d'une communication auprès de la presse professionnelle régionale mais aussi auprès des élus des collectivités territoriales, afin de mutualiser des éléments facilitateurs comme le logement et le transport des externes et internes en médecine lors de stages ruraux éloignés.
- **Organisation de soirées de partage d'expériences** de maîtres de stage afin d'aplanir les craintes éventuelles de confrères incisés.



.....
La première soirée aura lieu dans les locaux de l'URPS Medecins RA
le 20 mars 2013
pour les medecins exerçant dans le Rhône.

Vous êtes chaleureusement invité(e)s.
@ : urps@urps-med-ra.fr

.....



Journée d'entrée dans la vie professionnelle pour les jeunes medecins

Le 6 octobre 2012, s'est tenue une réunion d'information et d'échanges destinée aux jeunes medecins désireux de s'installer en médecine générale libérale en Rhône-Alpes.

25 confrères ont répondu à notre invitation: internes en fin de formation, remplaçants, ou medecins se réorientant vers la spécialité de médecine générale.

Les échanges ont principalement porté sur les aspects pratiques de notre métier et les choix organisationnels qui s'offrent à nous.

La prochaine journée se tiendra le 6 avril 2013

@ : urps@urps-med-ra.fr
ou 04 72 74 02 75

Permanence pour les jeunes medecins et/ou futurs installés

Le Collège des medecins generalistes de l'URPS Medecins RA accueille sur rendez-vous les jeunes et futurs installés en demande d'entretiens individuels pour des conseils sur le choix du lieu d'installation, ainsi que sur les modalités pratiques d'une installation libérale.

N'hésitez pas à prendre rendez-vous.
Faites suivre le message !

@ : urps@urps-med-ra.fr
ou 04 72 74 02 75

La Conférence médicale d'établissement (CME) de soins privé



Dr Sylvie FILLEY-BERNARD,

Anesthésiste -Réanimateur,
élue de l'URPS Médecins RA

La loi HPST a changé le positionnement **des conférences médicales d'établissement (CME)** dans les établissements de santé. Etre président ou vice-président de la CME de son établissement n'est pas une tâche facile et en aucun cas une «fonction innée».

Aussi nécessite-t-elle, quelques apprentissages de base, et un décryptage averti des nouveaux textes peut être bienvenu pour des professionnels libéraux dont le temps reste compté, même s'ils ont choisi de s'engager.

Trop souvent, ces praticiens, élus par leurs pairs pour les représenter, ne se sont pas préparés à devenir des dirigeants médicaux et les constantes évolutions réglementaires leur imposent de fait certaines mises à jour de leurs connaissances. Rien de très étonnant alors, que cette fonction «purement bénévole» soit vécue comme trop ingrate et peu valorisante, et que les désillusions à la tâche ne contribuent au final que par décourager les plus volontaires.

Les conférences de présidents de CME de l'hospitalisation privée, qu'il s'agisse de la **conférence nationale ou des conférences régionales**, ont vocation de rassembler tous ces dirigeants en leur permettant de clarifier et d'optimiser leurs missions, de mieux appréhender leurs responsabilités, et enfin de les aider par la mutualisation de leurs acquis et de leur vécu à mieux défendre tant les intérêts de leur établissement que ceux de leurs confrères.

Un règlement intérieur «type»

Convaincu que la valorisation et la reconnaissance des positions de la collectivité des médecins renforcent par ailleurs considérablement la position des établissements, le Comité de liaison et d'action de l'hospitalisation privée* (CLAHP) a élaboré un règlement intérieur «type» pour les CME des établissements de santé privés. Les articles de ce document (constitution, rôle et mode d'élection du président, fonctionnement, avis et moyens...), prennent en compte le nouveau dispositif issu du décret n°2010-1325 du 5 novembre 2010 qui confère à la CME un rôle stratégique dans la politique médicale de l'établissement et l'élaboration du projet médical conjointement avec le gestionnaire. Cet outil mis ainsi à la disposition des médecins exerçant en établissement de santé privé devrait **faciliter le fonctionnement encore trop souvent empirique des CME** en constituant pour ces médecins une base minimum de réflexion.

* Le CLAHP compte des représentants de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), de la Fédération des médecins de France (FMF), du Syndicat des médecins libéraux (SML), du syndicat le BLOC, de la Conférence nationale des présidents de CME de l'hospitalisation privée et de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP).

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

Début 2013, la conférence des présidents de CME de l'hospitalisation privée de Rhône-Alpes, créée en 1997 à l'initiative du docteur **Jacques CATON**, a procédé à une modification de ses statuts et élu son nouveau Bureau. Le docteur **Sylvie FILLEY-BERNARD** succède ainsi au docteur Jacques CATON, chirurgien, au poste de Président de cette conférence pour une durée de 3 ans. Jacques CATON, nommé membre d'honneur de la conférence, gardera une fonction de conseiller auprès de ses plus jeunes confrères.

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, contacter le Dr Sylvie FILLEY-BERNARD par courriel : conferenceregionalecmera@gmail.com

Membres du bureau

Présidente

- Dr Sylvie FILLEY-BERNARD, anesthésiste-réanimateur, clinique du Beaujolais à Arnas

Vice-présidents

- Dr Pascal BREGERE, anesthésiste-réanimateur, hôpital privé de la Loire, Saint-Etienne
- Dr Franck LHUILLIER, anesthésiste-réanimateur, clinique du Val d'Ouest, Ecully
- Dr François STEFFANN, chirurgien orthopédiste, clinique des Cèdres à Grenoble.

Secrétaires

- Dr Olivier GANNE, anesthésiste-réanimateur, clinique du Grand Large, Décines
- Dr Christophe DULAC, chirurgien orthopédiste, hôpital privé de l'Est Lyonnais, Saint-Priest

Trésorier

- Dr Christian RAUSCH, anesthésiste-réanimateur, clinique du Parc, Lyon

Trésorier adjoint

- Dr Denis GALLET, anesthésiste-réanimateur, hôpital privé Jean Mermoz, Lyon.

L'URPS Médecins RA y est également désormais représentée par trois de ses élus issus respectivement de chacun de ses trois collèges, en qualité de membres invités.

Développement professionnel continu (DPC)

Dr Christian DEVOLFE,
Président de l'URPS Médecins RA

La Loi HPST a introduit dans le code de la santé publique la notion de **développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé**, afin de réunir dans un concept commun les notions de formation professionnelle continue et d'évaluation des pratiques professionnelles.

Son article 59 a posé le principe selon lequel «**Le développement professionnel continu a pour objectif l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.**

A partir de quand ?

Après de multiples reports, le développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé est théoriquement entré en vigueur en janvier 2013 avec la publication des derniers textes réglementaires. Restait cependant encore en suspens, à l'heure où nous écrivions cet article, la publication de l'arrêté relatif aux orientations nationales des programmes de DPC.

Qui sera concerné ?

Ce nouveau dispositif concernera **tous les médecins** qu'ils soient libéraux, hospitaliers ou salariés non hospitaliers, ainsi que **tous les autres professionnels de santé**.

Quelles sont les contraintes ?

Ce dispositif constituera **chaque année** une **obligation individuelle** s'inscrivant dans une démarche permanente. Autrement dit,

chaque médecin devra désormais considérer que l'évaluation de ses pratiques ainsi que la mise à jour de ses connaissances et de ses compétences constituent une évolution permanente tout au long de sa carrière.

Comment faire ?

Un médecin satisfera à cette obligation dès lors qu'il participera chaque année à un programme de DPC collectif, annuel ou pluriannuel. Un **programme complet de DPC** comportera obligatoirement une action d'évaluation des pratiques et une action de formation, et devra :

- être conforme aux orientations nationales arrêtées chaque année par le ministre de la santé, orientations qui seront éventuellement complétées par des orientations régionales spécifiques proposées par les ARS ;
- comporter une des méthodes et des modalités validées par la Haute Autorité de Santé (HAS)* ;
- être **mis en œuvre par un organisme de développement professionnel continu (O-DPC)**.

Un médecin sera également réputé avoir satisfait à son obligation de DPC si, au cours de l'année civile écoulée, il a obtenu un **diplôme universitaire** reconnu en tant que programme de DPC.

Comment choisir un O-DPC ?

Les médecins choisiront **librement** les O-DPC habilités à proposer des actions qui mettent en œuvre les programmes de DPC auxquels ils souhaitent participer. Ces organismes devront avoir été **enregistrés par l'Organisme**

gestionnaire du DPC (OG-DPC) après évaluation scientifique par la Commission scientifique indépendante (CSI) des médecins. Les organismes déjà mis en place dans le cadre de la formation continue, de l'évaluation des pratiques professionnelles ou encore de l'accréditation des médecins devront être enregistrés par l'OGDPC afin que leurs programmes permettent aux professionnels de valider leur obligation de DPC.

L'OG-DPC

(organisme gestionnaire) prépare un site baptisé **www.mondpc.fr** qui devrait être **opérationnel en 2013**. «Quand le médecin entrera sur notre site, il aura à sa disposition **la liste des organismes de DPC et des programmes**».

Quel programme choisir ?

En fonction de ses besoins chaque médecin choisira **librement**, parmi un grand nombre de thématiques et de modalités possibles, son programme parmi ceux proposés par les O-DPC.

En théorie, ce sera la responsabilité individuelle de chaque médecin d'identifier les points de faiblesse de ses pratiques et de les améliorer. Ce dispositif de DPC permettra à des praticiens d'une même spécialité ou de plusieurs spécialités de travailler sur un thème commun, et encouragera les démarches pluri professionnelles rassemblant des professionnels de santé différents (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes...) sur un programme commun.

La liste des programmes sera rendue publique par l'OG-DPC.

Développement professionnel continu (DPC)

Qui assurera le financement ?

L'OG-DPC financera les programmes du DPC suivis par les médecins libéraux.

Seront pris en charge dans la limite d'un forfait les frais facturés aux praticiens par les O-DPC, les pertes de ressources et les frais divers induits par leur participation à ces programmes. Les conditions de prise en charge seront calculées automatiquement lors de l'inscription à un programme par les O-DPC.

Pour cela, l'OG-DPC sera doté d'une contribution de l'assurance maladie, d'une dotation de l'Etat, d'une fraction de la contribution de l'industrie pharmaceutique et de contributions volontaires publiques ou privées.

Qui contrôlera et sanctionnera ?

L'O-DPC délivrera chaque année une attestation aux médecins justifiant de leur participation à un programme de DPC qui sera transmise simultanément au conseil départemental de l'ordre des médecins (CDOM) dont le médecin relève.

Le CDOM s'assurera, au moins une fois tous les cinq ans, sur la base des

attestations annuelles transmises par les O-DPC, ou de l'attestation du diplôme universitaire requis que les médecins ont bien satisfait à leurs obligations annuelles.

Si l'obligation individuelle de DPC n'est pas satisfaite, le CDOM demandera au médecin concerné les motifs du non-respect de cette obligation. Au vu des éléments de réponse communiqués, le CDOM appréciera la nécessité de mettre en place un plan annuel personnalisé de DPC et notifiera à l'intéressé qu'il devra suivre ce plan.

L'absence de mise en œuvre de ce plan par le médecin sera susceptible de constituer un cas d'insuffisance professionnelle.

Encore des incertitudes...

Le montant de la dotation globale dédié au DPC des médecins libéraux fait l'objet de nombreuses controverses. En effet, les fonds conventionnels dévolus à la formation continue des médecins vont être répartis sur les différentes professions de santé, privant ainsi les médecins d'une part conséquente du budget DPC. De même, les médecins hospitaliers lorgnent sur les sommes allouées à la médecine libérale, oubliant au

passage, qu'ils continuent à être rémunérés pendant leur temps de formation, ce qui n'est pas le cas des médecins libéraux.

La mise en place du DPC n'est pas un long fleuve tranquille...

Les élus de l'URPS Médecins RA siégeant aux instances du DPC



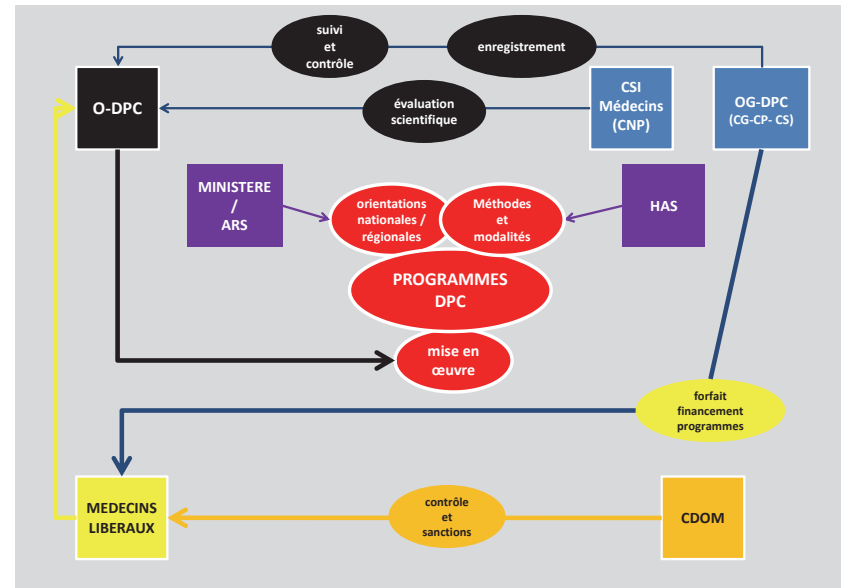
Dr Charles-Henry GUEZ, médecin généraliste, membre du Bureau du Conseil de surveillance de l'OG-DPC



Dr Olivier RAY, chirurgien, membre du Conseil de surveillance de l'OG-DPC



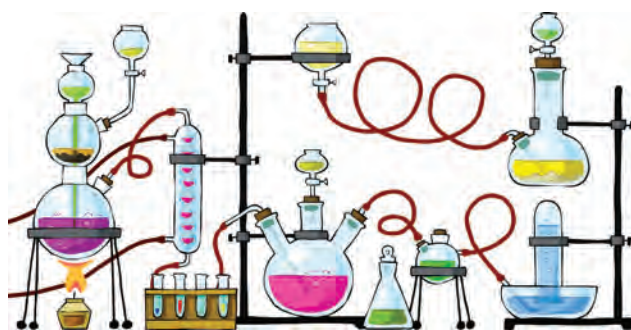
Dr Vincent REBEILLE BORGELLA, médecin généraliste, membre de la Commission Scientifique Indépendante (CSI) des Médecins



Circuit du DPC

Quel rôle pour l'URPS Médecins RA ?

Conformément au décret n° 2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des médecins, «il est du ressort des URPS représentant les médecins libéraux d'assurer la promotion de programmes de DPC qui peuvent être suivis par les médecins libéraux».



DPC : qui fait quoi ?

ARS : Agences régionales de santé

Elles peuvent fixer des orientations régionales du DPC spécifiques en cohérence avec leur projet régional de santé après avis de la CSI.

CDOM : Conseils départementaux de l'Ordre des Médecins

Ils reçoivent des O-DPC les attestations de réalisation des programmes individuels de DPC, s'assurent au moins une fois tous les 5 ans que les médecins relevant de leur compétence ont satisfait leur obligation annuelle de DPC, et sanctionnent si besoin.

CSI Médecins : Commission scientifique indépendante des médecins :

Elle procède à l'évaluation scientifique des O-DPC en vue de leur enregistrement par l'OG-DPC et assure son actualisation périodique. Elle formule un avis sur les orientations nationales du DPC qui sont arrêtées par le Ministre de la santé, sur les orientations régionales éventuellement proposées par les ARS, ainsi que sur les méthodes et modalités du DPC dont la liste est validée par l'HAS. Elle établit la liste des diplômes d'universités considérés comme équivalents à un programme de DPC.

Elle est composée de deux sections comportant respectivement : 17 représentants des conseils nationaux professionnels de spécialité d'exercice autres que la médecine générale et 17 représentants du conseil national de spécialité de la médecine générale.

Afin d'assurer son indépendance, ses moyens de fonctionnement sont assurés par l'OG-DPC.

CNP : Conseils nationaux professionnels

Les CNP représentent les différentes composantes de chaque spécialité médicale (syndicats, sociétés savantes, collèges universitaires, etc.) et les différents modes d'exercice des médecins (salariés, hospitaliers, libéraux).

Siègent à la CSI des médecins, des représentants des CNP de spécialité d'exercice hors médecine générale nommés sur proposition de la fédération des spécialités médicales (FSM) et des représentants du CNP de la médecine générale nommés sur proposition du collège de médecine générale.

HAS : Haute Autorité de Santé

Elle est le référent et le garant méthodologique du DPC. Elle valide les méthodes et modalités du DPC après avis de la CSI ; celles-ci précisant notamment les conditions qui permettent d'apprécier la participation effective, en tant que participant ou en tant que formateur, à un programme de DPC.

Ministère de la santé

Il arrête les orientations nationales du DPC en fonction des priorités de santé publique après avis de la CSI.

O-DPC : Organismes de DPC

Ce sont les opérateurs du DPC chargés de mettre en œuvre les programmes qu'ils ont conçus. Ils doivent pour cela avoir été enregistrés auprès de l'OG-DPC après avoir reçu un avis favorable au plan scientifique de la CSI des médecins. Ils valident la réalisation individuelle des programmes et transmettent les attestations aux CDOM.

OG-DPC : Organisme gestionnaire du DPC

Gestionnaire et financeur du dispositif, il est unique pour tous les professionnels de santé. Groupement d'intérêt public liant par convention l'Etat et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), il est doté d'un conseil de gestion et comporte un comité paritaire des professionnels libéraux du DPC et un conseil de surveillance du DPC. Il enregistre les O-DPC après avis favorable de la CSI et publie leur liste. Il finance les programmes de DPC suivis par les médecins libéraux par le biais d'un forfait dont le montant est fixé par la section paritaire des médecins

CP OG-DPC : Comité paritaire du DPC des professionnels libéraux

Organe de l'OG-DPC, le comité paritaire est organisé en plusieurs sections paritaires représentant notamment les professionnels de santé libéraux. La section paritaire des médecins est chargée de déterminer les forfaits de prise en charge financière des programmes.

CS OG-DPC : Conseil de surveillance de l'OG-DPC

Organe de l'OG-DPC chargé d'établir chaque année un bilan de la mise en œuvre du DPC, de procéder au suivi et au contrôle de la qualité et de l'efficacité du dispositif, de contrôler l'utilisation des sommes versées, et d'assurer la promotion du dispositif ainsi que l'information des professionnels.

Dr. Rakesh Kumar

Vice-président de l'URPS Médecins RA

La chaîne de gestion des appels au centre d'urgence reste inchangée, puisque les répondants Courlygones n'interviennent qu'en deuxième ligne, après évaluation «classique» de la situation par le médecin régulateur, qui conserve intacte la prérogative de fixer la conduite à tenir immédiate. L'ensemble des répondants (puéricultrices, infirmières ou sages-femmes) possède une attestation de formation aux gestes et soins

La faisabilité technique et logistique de ce système a été démontrée, sur 1078 appels pris en charge à ce jour. Cette plateforme est bien accueillie par les usagers, qui se disent, à 98%, satisfaits de ce nouveau mode de prise en charge. Pour le thème «fièvre», qui représente 77% des demandes, on constate que 52 % des familles ont sollicité un nouvel avis médical, dans les 20 heures

Pour tenter de démontrer que la dispensation de conseils téléphoniques standardisés, adaptés à la pédiatrie, peut réduire le nombre de consultations non médicalement justifiées dans les structures d'urgence, nous allons donc entreprendre un essai contrôlé randomisé. Il comparera la proportion de cas ayant eu recours aux services d'urgences ou à une consultation non programmée, selon qu'ils auront ou non bénéficié des conseils téléphoniques des infirmiers de la plateforme. En effet, notre hypothèse est que la présence des répondants Courlygonés au Centre 15, ayant pour rôle de gérer les personnes appelant pour des pathologies bénignes, en leur donnant des conseils adaptés et en leur délivrant des recommandations précises, fera diminuer le nombre des demandes inappropriées de recours aux urgences pédiatriques.

Diagram illustrating the process flow for the SAMU 69 (Centre 15) regarding the evaluation of a message delivered to a caregiver:

- Centre 15 SAMU 69** (Permanencier Médecin régulateur) is the central hub.
- Appel après 7 jours** (Call after 7 days) leads to **Informations recherchées :**
 - devenir de l'enfant (child's outcome)
 - évaluation du message délivré (evaluation of the message delivered)
- The evaluation leads to the **Algorithme CRF (cahier d'observation)** (CRF algorithm (observation notebook)).
- The CRF algorithm leads to **Reformulation** and **Envoi des plaquettes** (Sending of leaflets).
- The leaflets are sent to the **Faites les 3 bons gestes** (Do the 3 good gestures) educational materials, which are then distributed to the **Muséum d'histoire naturelle** (Museum of natural history).

Référence : J. STAGNARA, B. RACLE, T. BOUAZIZ, A. DUQUESNE, J. VERMONT - «Participation à la régulation des urgences pédiatriques : l'expérience lyonnaise de délivrance de messages de santé» - Réalités pédiatriques, 2012, n° 175 : p 8-12