

E-JOURNAL URPS MÉDECINS LIBERAUX PACA COMMENT S'INSCRIRE ?

@-journal
de l'URPS-ML PACA
L'information mensuelle pour vous aider dans votre exercice professionnel



Novembre 2011

La Convention 2011 points par points

Lecture simplifiée par le Dr Simon BIHAR

Plusieurs événements majeurs marqueront la vie professionnelle des médecins libéraux pendant les prochaines années, et ceci dès cette fin d'année 2011 / début d'année 2012. 3 sujets ont été retenus et les 2 premiers seront traités ci-dessous :

1 - La nouvelle convention 2011 qui sera suivie de plusieurs avenants :

Avenants dont nous aurons l'occasion d'en reparler au fur et à mesure de leur finalisation (au minimum : fin 2011 mais surtout durant l'année 2012)

2 - La P4P, nouveauté de la convention 2011 :

Cette P4P (devant remplacer le CAPI) ne concernerait plus seulement les généralistes ...mais s'étendrait, au fur et à mesure des avenants, à plusieurs spécialités (cardiologues, endocrinologues, pédiatres, gastro-entérologues, puis aux autres spécialités.)

3 - La montée en charge des ARS, et plus particulièrement de l'ARS PACA dans le domaine de la réorganisation du mode de distribution des soins (discussions en cours...)

PDS des généralistes libéraux par le biais des CODAMUPS, PDS en établissements : Reformatage /réorganisation /mutualisation des astreintes et gardes entre les différents secteurs hospitaliers et cliniques publiques/privés .

[Lire la suite](#)

Les vaccinations: défense passive ou défense active ?

par le Dr Serge CINI

Qui discute encore l'efficacité des vaccins ?

Les programmes de vaccinations des pays en voie de développement ne sont-ils pas vécus comme une amélioration nécessaire ? Un droit élémentaire à la Santé ? Un progrès quasi instantané des résultats sanitaires. Vite, vite un vaccin contre le Paludisme, contre le VIH.... !!

Qui discute encore l'innocuité des vaccins ?

Les vaccins sont de très loin les médicaments les plus sûrs de la pharmacopée moderne. Leur sécurité et leur tolérance sont plus étudiées et plus surveillées que n'importe quel médicament curatif.

MAIS ALORS QUI FREINE ?

[Lire la suite](#)

ONCOPACA

Le réseau régional ONCOPACA-Corse met à votre disposition sur son site <http://www.oncopaca.org> toutes les informations utiles à votre pratique : référentiels et guides ALD30, accès à la fiche RCP de vos patients, annuaire régional des établissements autorisés, déclaration des cancers professionnels, maintien dans l'emploi, formations régionales...

Créé en 2008 dans le cadre du Plan Cancer et mandaté par l'Institut National du Cancer (INCa) et l'ARS, le réseau contribue à la promotion et l'amélioration des soins en cancérologie.

Contact : secretariat@oncopaca.org

Transférer cet e-mail à un ami

URPS-ML PACA, 37/39 Bd Vincent Delpuech 13006 Marseille, Tél : 04 96 20 60 80

www.urps-ml-paca.org

Confidentialité des données : conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

Votre Union vous informe en temps réel :

- Des sujets d'actualité médicale et socio-professionnelle.
- Des Informations pratiques pour faciliter votre exercice quotidien.
- Une revue de presse pour l'actualité médicale, législative ou réglementaire et la FMC.
- Pour vous répondre ou vous informer : la proximité d'élus, praticiens de terrain, dans votre région, l'expertise et les moyens d'une institution régionale à votre service.

Comment s'inscrire ?

- Rendez-vous sur le site internet de l'URPS Médecins Libéraux PACA : www.urps-ml-paca.org

Cliquez sur :

@-journal de l'URPS-ML PACA
>>> Inscription

puis remplissez le formulaire suivant :

Veillez saisir votre adresse e-mail pour recevoir notre newsletter!

Adresse e-mail:

Nom:

Prénom:

Spécialité:

S'abonner Se désabonner

C'est tout !

Vous faites, désormais, partie des abonné(e)s.
(Bien sûr, le désabonnement est possible et instantané.)

LE JOURNAL DES MEDECINS LIBERAUX

PROVENCE ALPES CÔTE D'AZUR



N°39 • Jan. 2012
ISSN : 1969-8356

ACTUALITÉS
URPS ML PACA :
une institution
à votre service

EXERCICE
• La Convention 2011
• Le vrai coût de
l'acte chirurgical

SANTÉ PUBLIQUE
Education
thérapeutique
du patient

Un exercice professionnel à composer

TRAVAUX DE L'UNION

- Projet Mélière : le médecin libéral reconnu acteur de santé publique
- Bébés secoués : soyons vigilants ! (une affiche est jointe à cette revue)

LE BUREAU
DE VOTRE URPS ML PACA



Dr Jean-François GIORLA
Président



Dr Jean-François REY
Vice-Président



Dr Claude MAILAENDER
Vice-Président



Dr Rémy SEBBAH
Secrétaire



Dr Eric BOUCHARD
Trésorier



Dr Richard BOVET
Secrétaire adjoint



Dr François TURK
Secrétaire adjoint



Dr Jean-Claude GOURHEUX
Trésorier adjoint



Dr Wilfrid GUARDIGLI
Coordonnateur Collège 1



Dr Paul PITALUGA
Coordonnateur Collège 2



Dr Jean-Claude FRANCESCHINI
Coordonnateur Collège 3

LE JOURNAL DES MEDECINS LIBERAUX PACA • JANVIER 2012

SOMMAIRE DU N° 39

ACTUALITÉS

URPS ML PACA : une institution à votre service.....4

TRAVAUX DE L'UNION

Bébés secoués : soyons vigilants10

Le syndrome du bébé secoué12

Projet MELIERE : le médecin libéral reconnu
acteur de santé publique.....14

EXERCICE PROFESSIONNEL

La Convention 2011 points par points : lecture simplifiée.....16

Le vrai coût de la chirurgie.....23

SANTÉ PUBLIQUE

Vaccinations : défense active ou défense passive?26

L'éducation thérapeutique du patient28

LIBRE EXPRESSION

Le Questionnaire.....36

EDITORIAL

L'URML EST MORTE, VIVE L'URPS !

La loi HPST dite "loi BACHELOT" a instauré des Unions Régionales des Professionnels de Santé pour chacune des principales professions de santé (médecin, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, biologistes, infirmiers, kinésithérapeutes, orthoptistes, orthophonistes, pédicures-podologues, sages-femmes).

Certaines d'entre elles sont composées de membres élus, les autres de membres désignés par la profession.

Concernant les médecins, vos représentants ont été élus lors des dernières élections de mai 2011.

Une nouvelle majorité s'étant dégagée, un nouveau bureau a été élu.

Cette URPS ML (Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux) est donc composée de 80 membres élus qui ont la charge de vous représenter dans toutes les instances définies par la loi.

L'URPS ML est l'interlocuteur privilégié de l'Agence Régionale de Santé de la région PACA (ARS PACA) notamment concernant les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS).

Dans ce cadre, l'organisation de la Permanence Des Soins en ambulatoire et en établissement est un des enjeux majeurs des négociations actuelles avec une forte tendance des pouvoirs publics à favoriser le secteur public au détriment du secteur privé et libéral dans un contexte général de restriction budgétaire.

Les négociateurs de votre URPS seront vigilants et sans concession afin que la réalité de notre exercice soit respectée et reconnue à sa juste valeur.

L'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux est un outil technique au service de la profession. Nous serons attentifs et vigilants quant au respect de la qualité de notre exercice libéral dans notre région.

N'hésitez pas à nous faire part de vos différentes problématiques quotidiennes.

Soyez assurés chers confrères de ma détermination et de celles de tous les élus de l'URPS ML PACA.

Bonne et heureuse année 2012, santé, bonheur et prospérité mais aussi vigilance pour l'avenir de la médecine libérale.

Pragmatisme dans nos propositions et fermeté dans nos négociations face à l'ARS.

Jean-François GIORLA
Président de l'URPS ML PACA

Le Journal des Médecins Libéraux PACA est une publication périodique de l'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux Provence- Alpes-Côte d'Azur.
37-39, Bd Vincent Delpuech • 13255 MARSEILLE CEDEX 06
Tél. : 04 96 20 60 80 • Fax : 04 96 20 60 81
www.urps-ml-paca.org • e-mail : contact@urps-ml-paca.org

Directeur de la publication : Dr Jean-François GIORLA
Directeur de la rédaction : Dr Jean-Claude ABADIE

Comité de lecture :

Drs JC. ABADIE, S. BIHAR, R. BOVET, S. CINI, A. COLONGEON, D. COLONGEON, P. FREDENUCCI, C. GIRAUD, W. GUARDIGLI, I. LECLAIR, D. LIEUTAUD, PY. LUSSAULT, P.J. PRADELLE, JC. REGI.

Réalisation : CPRD (04 91 55 05 51) - Photos : XDR - FOTOLIA

ISSN : 1969-8356

Les articles de cette revue sont écrits sous la seule responsabilité de leurs auteurs.

URPS MÉDECINS LIBÉRAUX PACA : UNE INSTITUTION À VOTRE SERVICE

par le Dr Jean-Claude ABADIE, Hépatogastro-Entérologue à Gassin (83) - drabadiejc@orange.fr

Offre de soins en PACA

Volet ambulatoire du SROS,

Permanence des Soins en ville et en établissement,

Démographie médicale et choix de l'installation,

Plateaux techniques et équipement lourds des cliniques soumis à autorisation.

Sur tous ces sujets concernant les médecins libéraux, l'Agence Régionale de Santé PACA (ARS) a un pouvoir décisionnaire considérable...

Face à cette institution, l'URPS-ML-PACA (union régionale des professionnels de santé pour les médecins libéraux) tirant sa légitimité de la loi et de l'élection, installée depuis le 3 mai 2011, est l'interlocuteur privilégié qui représente les médecins libéraux.

URPS ML PACA : QUI SOMMES NOUS ?

Un interlocuteur et partenaire représentant les médecins libéraux auprès des diverses institutions (agence régionale de santé, collectivités territoriales, municipalités, médias...) pour tout ce qui concerne les questions d'organisation de la santé dans la région Paca.

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 dite "loi HPST" (Hôpital Patient Santé Territoire) a fait de l'organisation régionale libérale du système de santé, une réalité en 2 étapes :

- **ARS** : création des Agences Régionales de Santé qui remplacent les anciennes structures (ARH, DDAS, CRAM...) et sont en place dans chaque région depuis le 1^{er} avril 2010.
- **URPS** : Modification des règles de représentation des professionnels de santé libéraux, par la création des Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS). Elles ont un statut d'association loi 1901, elles représentent les professionnels de santé exerçant à titre libéral dans la région et notamment auprès de l'ARS.

Pour les médecins : l'URPS Médecin Libéraux PACA (URPS ML PACA) a succédé à l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML). Elle est en place depuis le 3 mai 2011, date de l'assemblée générale ayant élu son président et son bureau. Le règlement intérieur a été définitivement adopté le mardi 5 juillet 2011.

L'URPS ML PACA **comporte 80 membres**, élus pour 5 ans, répartis en **trois collèges** (médecine générale, spécialités à plateaux techniques, autres spécialités.)

Le but est de permettre une relation permanente entre une ARS qui recouvre maintenant l'ensemble du domaine médical, (hôpital public et privé, soins de ville ambulatoires et médico-social) et les professionnels de santé libéraux regroupés dans une URPS qui tire sa légitimité de la loi et du suffrage électif.

URPS ML PACA : QUELLES SONT NOS MISSIONS ?

Les URPS reprennent les missions antérieurement dévolues aux URML et ont par ailleurs des missions élargies :

- analyse et étude relatives au fonctionnement du système de santé, à l'exercice libéral de la médecine, à l'épidémiologie, ainsi qu'à l'évaluation des besoins médicaux
- évaluation des comportements et des pratiques professionnelles en vue de la qualité des soins
- organisation et régulation du système de santé
- prévention et action de santé publique
- coordination avec d'autres professionnels de santé
- information et formation des médecins et des usagers

L'URPS assure également les missions qui lui sont données par les conventions nationales et les organisations syndicales représentatives des médecins.

L'URPS participe :

- à la préparation et à la mise en œuvre du projet régional de santé
- à l'analyse des besoins de santé et de l'offre de soins, en vue notamment de l'élaboration du SROS,
- à l'organisation de l'exercice professionnel, notamment en ce qui concerne la permanence des soins, la continuité des soins, et les nouveaux modes d'exercice,
- à des actions dans le domaine des soins, de la prévention, de la veille sanitaire, de la gestion des crises sanitaires, de la promotion de la santé et de l'éducation thérapeutique,
- à la mise en œuvre des contrats pluriannuels d'objectif et de moyen avec les réseaux de santé, les centres de santé, les maisons de santé et les pôles de santé, ou des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins,

- au déploiement et à l'utilisation des systèmes de communication et d'information partagée,
- au programme régional de gestion du risque
- à la mise en œuvre du développement professionnel continu,
- à l'analyse des données du système national inter régime de l'assurance maladie,
- à la représentation des professionnels auprès de l'ARS.

Au plan national les élections aux URPS sont un des éléments de la représentativité syndicale

URPS ML PACA : QUELLE EST NOTRE ORGANISATION ?

Le financement de l'URPS médecins :

Il est assuré par la contribution de l'ensemble des médecins libéraux. Elle est obligatoire, annuelle et assise sur leur revenu (limitée à 0,5% du plafond annuel de la Sécurité sociale soit **173 euros**).

Elle est versée par les médecins libéraux en activité, au 1^{er} janvier de l'année sous la rubrique "contribution aux Unions Régionales des Professionnels de Santé" du bordereau URSSAF.

L'Assemblée Générale :

Le nombre de membre de l'assemblée de chaque Union varie en fonction du nombre de médecins libéraux:

En PACA on dénombre 11864 professionnels de santé libéraux électeurs, le nombre de sièges, à l'Union Régionale des Professionnels de santé pour les médecins libéraux, est de 80.

Les membres de l'URPS sont élus pour 5 ans au scrutin de la liste proportionnelle à la plus forte moyenne, leur mandat cesse s'ils cessent d'exercer une activité libérale.

URPS ML PACA : QUELLE EST LA COMPOSITION DU BUREAU ?

8 membres élus : voir ci-contre.

COMPOSITION DU BUREAU DE L'URPS ML PACA

Président : Dr Jean François GIORLA
Généraliste, Marseille

Vice-président : Dr Jean François REY,
Gastro-entérologue, St Laurent Du Var

Vice-Président : Dr Claude MAILAENDER
Chirurgien orthopédique, Marseille

Secrétaire : Dr Rémy SEBBAH,
Généraliste, Marseille

Secrétaire-Adjoint : Dr François TURK
Gynécologue obstétricien, Six Fours Les Plages

Secrétaire-Adjoint : Dr Richard BOVET
Généraliste, Toulon

Trésorier : Dr Eric BOUCHARD
Généraliste, Menton

Trésorier-Adjoint : Dr Jean Claude GOURHEUX
Médecin physique et de réadaptation, Marseille

URPS ML PACA : QUELLE EST LA COMPOSITION DES 3 COLLEGES ?

La répartition des sièges entre les 3 collèges, prévue par loi HPST, est fonction du nombre national d'électeurs de chaque collège:

En PACA :

- 40 membres pour le collège des médecins généralistes,
- 11 membres pour le collège des médecins exerçant en plateaux techniques lourds (ce 3^{ème} collège électoral intéressant les spécialités exerçant sur plateaux techniques lourds : chirurgiens, anesthésistes, obstétriciens, englobe d'autres spécialités médicales titulaires d'un diplôme qui relèvent de la chirurgie et qui pratiquent au moins 50 actes chirurgicaux par an ; ce collège concerne ainsi des ORL, ophtalmo, stomato).
- 29 membres pour le collège des médecins spécialistes cliniciens.

URPS MÉDECINS LIBÉRAUX PACA : UNE INSTITUTION À VOTRE SERVICE

Collège 1
MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Coordonnateur
Dr Wilfrid GUARDIGLI
83140 Six Fours Les Plages

Rapporteur
Dr Hervé SAHY
84130 Le Pontet

Collège 2
CHIRURGIENS, ANESTHÉSISTES
RÉANIMATEURS, GYNÉCOLOGUES
OBSTÉTRICIENS

Coordonnateur
Dr Paul PITTALUGA, *chirurgie générale*
06000 Nice

Rapporteur
Dr Alain GOURCUFF, *ophtalmologue*
83000 Toulon

Collège 3
AUTRES SPÉCIALITÉS

Coordonnateur
Dr Jean Claude FRANCESCHINI, *Pédiatre*
13006 Marseille

Rapporteur
Philippe SAMAMA, *Cardiologue*
84200 Carpentras

QUELLES SONT LES COMMISSIONS DE TRAVAIL DE L'URPS ML PACA ?

COMMISSION COMMUNICATION

Coordonnateur, Dr Jean Claude ABADIE,
Gastro-entérologue, 83120 Sainte Maxime
Rapporteur, Dr Pierre Jean PRADELLE,
Généraliste, 84000 Avignon

COMMISSION SROS ET DEMOGRAPHIE MEDICALE

Coordonnateur, Dr Philippe SAMAMA,
Cardiologue, 84200 Carpentras
Rapporteur, Dr Christiane GIRAUD,
Généraliste, 13014 Marseille

COMMISSION ENVIRONNEMENT, VEILLE SANITAIRE ET SANTE PUBLIQUE

Coordonnateur, Dr Guy RECORBET,
Généraliste, 13008 Marseille,
Rapporteur, Dr Patrick DESAMI,
Généraliste, 83260 La Crau

COMMISSION MEP ET AUTRES EXERCICES

Coordonnateur, Dr Michel FAURE,
Généraliste, 13260 Cassis
Rapporteur, Dr Danielle COLONGEON,
Généraliste, 13006 Marseille

COMMISSION GROUPE DE PAIRS, FMC ET DPC

Coordonnateur, Dr Laurent SACCOMANO,
Généraliste, 06370 Mouans Sartoux
Rapporteur, Dr Isabelle LECLAIR,
Généraliste, 83000 Toulon

COMMISSION URGENCES, PDS EN ÉTABLISSEMENT
ET EN AMBULATOIRE :

Coordonnateur, Dr Hervé SAHY,
Généraliste, 84130 Le Pontet
Rapporteur, Dr Hervé BESANCON,
Généraliste, 83240 Cavalaire Sur Mer

COMMISSION DE CONTRÔLE FINANCIER

Président, Dr Claude PENNE,
Oto-Rhino-Laryngologie et chirurgie, 83000 Toulon

Copil de l'URPS ML PACA
MALTRAITANCE

Coordonnateur, Dr Paul FREDENUCCI,
Angiologue, 13001 Marseille
Rapporteur, Dr Guy RECORBET,
Généraliste, 13008 Marseille

URPS ML PACA : L'ÉQUIPE ADMINISTRATIVE

Anne-Sophie - Attachée à la Direction
Assia - Secrétaire Administrative
Fanny - Directrice d'études
Isabelle - Secrétaire Administrative

Laurence - Secrétaire Administrative
Muriel - Secrétaire Administrative
Sandrine - Responsable Comptabilité
Stéphanie - Employée Administrative

LES CONTACTS

URPS ML PACA – 37/39 bd Vincent Delpuech – 13006 MARSEILLE
Téléphone : 04 96 20 60 80 - Fax : 04 96 20 60 81 www.urps-ml-paca.org – contact@urps-ml-paca.org
Association 1901 n° W133016499 déclarée en Préfecture des BDR le 19/05/2011

LES 80 ÉLUS DE VOTRE UNION

| COLLÈGE 1 | | |
|-------------|-----------------|----------------------|
| NOM | PRÉNOM | LIEU D'EXERCICE |
| ARNAU | JEAN-PHILIPPE | ROQUEFORT LES PINS |
| BARETGE | JEAN | NICE |
| BESANCON | HERVE | CAVALAIRE SUR MER |
| BIHAR | SIMON | NICE |
| BOUCHARD | ERIC | MENTON |
| BOVET | RICHARD | TOULON |
| BURLAT | MARC | BANDOL |
| CHEVALLIER | PIERRE-FRANCOIS | DIGNE LES BAINS |
| CINI | SERGE | MARSEILLE |
| COLONGEON | DANIELLE | MARSEILLE |
| COLONGEON | ALAIN | MARSEILLE |
| DESAMI | PATRICK | LA CRAU |
| FAURE | MICHEL | CASSIS |
| FILIPPI | SIMON | GAP |
| FREDENUCCI | PAUL | MARSEILLE |
| GARNIER | JEAN-PIERRE | APT |
| GASC | JEAN-BAPTISTE | MARSEILLE |
| GIORLA | JEAN-FRANCOIS | MARSEILLE |
| GIRAUD | CHRISTIANE | MARSEILLE |
| GRAZZINI | JEAN-PAUL | MARTIGUES |
| GUARDIGLI | WILFRID | SIX FOURS LES PLAGES |
| GUEGAN | JEAN-CLAUDE | CAGNES SUR MER |
| GUERVILLE | MARC-ANDRE | NICE |
| LANGLOIS | MARTINE | VALBONNE |
| LECLAIR | ISABELLE | TOULON |
| LEROY | ALAIN | CANNES LA BOCCA |
| LHERITIER | CHRISTIAN | MARSEILLE |
| LIU | HENRI | MORIERES LES AVIGNON |
| LUSSAULT | PIERRE-YVES | SAINTE MAXIME |
| MANNEVY | VIVIANE | DIGNE LES BAINS |
| MARGARITORA | JEAN | NICE |
| MUSCAT | BERNARD | AVIGNON |
| PERRET | JEAN-FRANCOIS | MARSEILLE |
| PRADELLE | PIERRE-JEAN | CAUMONT SUR DURANCE |
| RECORBET | GUY | MARSEILLE |
| SABBAH | MEYER | GRASSE |
| SACCOMANO | LAURENT | MOUANS SARTOUX |
| SAHY | HERVE | LE PONTET |
| SCIARA | MICHEL | ISTRES |
| SEBBAH | REMY | MARSEILLE |

| COLLÈGE 2 | | |
|-----------------|---------------|-----------------|
| NOM | PRÉNOM | LIEU D'EXERCICE |
| AMOROS | JEAN-FRANCOIS | MARSEILLE |
| CREPIN | BRUNO | SORGUES |
| GOURCUFF | ALAIN | TOULON |
| HONORAT | FRANCOIS | FREJUS |
| KHOSROVANINEJAD | CHARAM | SORGUES |
| LIEUTAUD | DENIS | GRASSE |
| LUGRIN | DIDIER | ANTIBES |
| MAILAENDER | CLAUDE | MARSEILLE |
| PILIGIAN | FRANCK | AIX EN PROVENCE |
| PITTALUGA | PAUL | NICE |
| THOREAU | FREDERIC | MARSEILLE |

| COLLÈGE 3 | | |
|------------------|----------------|----------------------|
| NOM | PRÉNOM | LIEU D'EXERCICE |
| ABADIE | JEAN-CLAUDE | SAINTE-MAXIME |
| BELGODERE | OLIVIER | MARSEILLE |
| BESSON | NADINE | MARSEILLE |
| ELIAS | ZIYAD | TOULON |
| FRANCESCHINI | JEAN-CLAUDE | MARSEILLE |
| GALEON | MICHEL | SALON DE Pce |
| GOURCUFF | PAUL | CAVAILLON |
| GOURHEUX | JEAN-CLAUDE | MARSEILLE |
| GROSS | RUDOLPH | MOUGINS |
| GUILLEMOT | ERIC | FREJUS |
| HOBALLAH | HANI | MARSEILLE |
| LOUIS | STEPHAN | NICE |
| METZ | ROBERT | GAP |
| MULLER | JEAN-MICHEL | NICE |
| PEGLIASCO | HERVE | MARSEILLE |
| PENE | CLAUDE | TOULON |
| PERCHICOT | ERIC | CAVAILLON |
| PUGET | JULIEN | COGOLIN |
| REGI | JEAN-CLAUDE | ANTIBES |
| REY | JEAN-FRANCOIS | ST LAURENT DU VAR |
| ROUDIL | FRANCOISE | FOS SUR MER |
| SALLETAZ | PHILIPPE | TOULON |
| SAMAMA | PHILIPPE | CARPENTRAS |
| SANTINI | FRANCOIS-MARIE | MARSEILLE |
| TOUZAA | ALICE | AIX EN PROVENCE |
| TUBIANA | GEORGES-ERIC | SPERACEDES |
| TURK | FRANCOIS | SIX FOURS LES PLAGES |
| VERMESCH | PHILIPPE | SAINT RAPHAEL |
| VERRY - LEREBOUR | ANNE | GRASSE |

URPS MÉDECINS LIBÉRAUX PACA : UNE INSTITUTION À VOTRE SERVICE

OÙ EN SONT LES URPS MEDECINS LIBERAUX DANS LES AUTRES RÉGIONS ?

A ce jour, elles sont toutes installées.

ALSACE – Président – Dr Pierre SCHLEGEL
 AQUITAINE – Présidente – Dr Dany GUERIN
 AUVERGNE – Président - Dr Jean Pierre BINON
 BASSE NORMANDIE – Président - Dr Antoine LEVENEUR
 BOURGOGNE – Président - Dr Dominique PETIT PERRIN
 BRETAGNE – Président - Dr Hervé LE NEEL
 REGION CENTRE – Président – Dr Raphaël ROGEZ
 CHAMPAGNE ARDENNES – Présidente – Dr Elisabeth ROUSSELOT MARCHE
 CORSE – Présidente - Dr Isabelle NOZZE
 FRANCHE COMTE – Présidente – Dr Christine BERTIN BELOT
 GUADELOUPE – Président – Dr Jacques BADE
 GUYANE – Président - Dr Alain BOUIX
 HAUTE NORMANDIE – Président – Jean Luc MARTINEZ
 ILE DE France – Président – Dr Bruno SILBERMAN
 LANGUEDOC ROUSSILLON – Président – Dr Jean Paul ORTIZ
 LIMOUSIN – Président – Dr Christian LAFLEUR
 LORRAINE – Président – Dr Rémi UNVOIS
 MARTINIQUE – Présidente – Dr Eliane RICHARDSON
 MIDI PYRENEES – Président - Dr Jean Louis BENSOUSSAN
 NORD PAS DE CALAIS – Président – Dr Philippe CHAZELLE
 PAYS DE LA LOIRE – Président – Dr Patrick GASSER
 PICARDIE – Président – Dr José CUCHEVAL
 POITOU CHARENTE – Président - Dr Philippe BOUTIN
 LA REUNION – Président – Dr François RAHMANI
 RHONE-ALPES – Président – Dr Christian DEVOLFE

OÙ EN SONT LES URPS DES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ?

La loi patient, santé et territoires du 21 juillet 2009 a décliné à toutes les professions de santé le modèle URML et l'a fait évoluer pour créer une représentation unique de la santé libérale à l'échelon régional : les unions régionales (URPS) des professionnels de santé libéraux.

10 professions de santé siègent aux URPS en PACA

5 professions élisent leurs représentants

- Les médecins
- Les chirurgiens-dentistes
- Les pharmaciens
- Les masseurs-kinésithérapeutes
- Les infirmiers

5 professions désignent leurs représentants

- Les biologistes responsables

Les sages-femmes
 Les pédicures podologues
 Les orthoptistes
 Les orthophonistes

En PACA :

URPS KINE

Mr Michel CACCIAGUERRA, Président, 13190 ALLAUCH, michel.cacciaguerra@wanadoo.fr
 Mr Bernard MAGNON, Secrétaire, 13500 MARTIGUES,
 Mr Patrice DUPLAN, Trésorier, 06000 NICE,
 Mme Stéphanie JOSSERAND, Vice-présidente, 06560 VALBONNE,
 Mr Xavier LAINE, Secrétaire Adjoint, 04100 MANOSQUE,
 Mr Gérald YMAIN, Trésorier Adjoint, 06100 NICE,
Date d'installation 08/02/2011

URPS INFIRMIERS

Mme Noëlle CHABERT, Présidente, 13, noelle.chabert064@orange.fr
 Mme Sandrine BOULIN, Secrétaire, 13
 Mr David GUILLON, Trésorier, 06
 Mme Dominique COVEZ, Vice présidente, 13
 Mr Thierry FERRARI, Secrétaire Adjoint, 06
 Mr Jean Luc FERRACCI, Trésorier Adjoint, 13
Date d'installation 08 /02/2011

URPS PHARMACIENS

Dr Charles FAURE, Président, 13, urpspharmacienspaca@gmail.com
 Dr Michel SIFFRE, Secrétaire, 83
 Dr Philippe LANCE, Trésorier, 13,
 Dr Annie PALON, Vice Présidente, 84
 Dr Jean Marie SOYER, Secrétaire Adjoint, 06
 Dr Robert PAUL, Trésorier Adjoint, 13
Date d'installation 08 /02/2011

URPS CHIRURGIENS DENTISTES

Dr Robert SOLE, Président, 13, syndicat.chirurgiensdentistes.bdr@orange.fr
 Dr Christian SOLETTA, Secrétaire Général, 05
 Dr Gérard BORDONE, Trésorier, 06
 Dr Didier MARAGNON, Vice Président, 83
 Dr Pierre NAZE, Secrétaire Général Adjoint, 06
 Dr André PIGNARD, Trésorier Adjoint, 04
 Et aucun titre mais observateur dans le Bureau :
 Dr Jean Pierre BORDAS dans le 13
Date d'installation 08 /02/2011

URPS ORTHOPHONISTES

Mme Nathalie Gabrielle JOYEUX, Présidente, 84
Pas encore installée

URPS PEDICURES PODOLOGUES

Mr Jean Christophe CHANTRAN, Président, 13
Pas encore installée

URPS ORTHOPTISTES

Mme Colette GRAFEILLE, Présidente, 13
Pas encore installée

URPS SAGES FEMMES : pas de nomination à ce jour,

URPS BIOLOGISTES : pas de nomination à ce jour.

Ces URPS seront elles-mêmes regroupées en une Fédération Régionale des Professionnels de Santé Libéraux, par la désignation de trois membres par chacune des dix URPS, permettant des actions que les URPS toutes, ou en partie, souhaiteraient mutualiser.

A ce jour cette fédération n'a pas été installée. Ses moyens, son contenu et son mode de fonctionnement restent à préciser. En aucun cas cette fédération ne pourra représenter une profession si l'URPS correspondante n'a pas donné de mandat explicite pour la représenter.

QUELS SONT LES AXES DE TRAVAIL PRIORITAIRES DE L'URPS ML PACA ?

- Donner aux médecins libéraux de Paca des informations facilitant ou valorisant leur exercice professionnel
- Données d'expertise dans le dossier de la PDS AMBULATOIRE
- Actions de partenariat et le cas échéant de contractualisation avec l'ARS (notamment dans le champ du SROS et son volet ambulatoire):
- Divers dossiers à suivre où doit être apportée l'expertise de la médecine libérale :
 - Contrats locaux de santé
 - Structures d'exercices collectifs : maisons de santé pluriprofessionnelles et pôles de santé, partenariat pour développement et modernisation, aide à l'installation
 - Éducation thérapeutique
 - Prévention et P4P
 - Rôle consultatif dans les conférences régionales de santé et de l'autonomie et Conférences de territoire
 - Accès aux soins versus démographie
 - Accès aux soins versus dépassement honoraires

En formant le vœu que ces actions soit productives pour un accès à des soins de qualité à tous et à une préservation des valeurs de la médecine libérale fondée sur le libre choix et la compétence.

BÉBÉS SECOUÉS : SOYONS VIGILANTS !

par le Dr Paul FREDENUCCI, Angiologue à Marseille - Coordonnateur du copil Maltraitance à l'URPS ML PACA

15 ANS POUR LA MORT D'UN BÉBÉ

La cour d'assises d'appel des Bouches-du-Rhône a sensiblement réduit la peine infligée, l'an dernier, à Nice, à Bilel Belaïd. Cet Algérien âgé de 21 ans avait été condamné à 25 ans de réclusion criminelle pour le meurtre d'un bébé de quatorze mois, celui de la compagne avec laquelle il venait de se mettre en ménage.

En appel, la cour d'assise présidée par Jacques CALMETTES a requalifié les faits de meurtre en violences volontaires ayant entraîné la mort sans intention de la donner et a prononcé une condamnation de 15 ans de réclusion.

"Très énervé" par les pleurs qui l'empêchaient de dormir, le jeune homme avait secoué l'enfant et lui avait donné deux ou trois coups de poing dans la tête. L'accusé avait livré plusieurs versions et, après s'être dit innocent, a finalement reconnu les violences, lundi à l'ouverture de son procès. La cour d'assises a également prononcé son interdiction définitive du territoire national.

Article de L.L paru dans La Provence du 13/10/2011

Dans le prolongement du travail réalisé par le comité de pilotage (copil) maltraitance de votre URPS sur "l'enfant en danger ou en risque de l'être"^{**}, nous avons choisi en juillet dernier de réaliser une affiche sur les bébés secoués. Nous avons ainsi anticipé la campagne lancée le 03/09/11 par l'HAS qui "**préconise de favoriser les campagnes d'information grand public afin de sensibiliser le plus grand nombre**" au syndrome mal connu du bébé secoué, "véritable problème de santé publique aux conséquences souvent irréparables" (^{**} et ^{***}). Les garçons sont les plus touchés, il s'agit le plus souvent du premier enfant, les parents parfois épuisés étant inexpérimentés.

L'affiche jointe a pour but d'informer la population, au-delà de notre patientèle, sur les risques encourus par un bébé secoué. Elle est destinée à être apposée dans les salles d'attentes des médecins libéraux comme dans celles des autres professionnels de santé qui le souhaiteront et dans les maternités. Elle reprend les données statistiques estimant à 200/an le nombre de bébés présentant ce syndrome, chiffre probablement fortement sous-estimé en raison des difficultés diagnostiques. 10 à 40% d'entre eux vont en mourir et la plupart des autres garderont des séquelles à vie.

Que ce soit le plus souvent par exaspération devant les pleurs du bébé ou exceptionnellement par jeux inconscients avec notamment des mouvements rapides circulaires (faire l'avion par exemple), **il ne faut pas secouer un bébé.**

Un enfant n'a pas la force de secouer suffisamment fort un bébé pour être à l'origine de ce syndrome. Il s'agit toujours d'un adulte, d'un homme dans 70% des cas, plus rarement de la mère, d'une nounou ou d'un proche qui, par exaspération ou épuisement face à des pleurs qui ne se calment pas, va secouer brutalement l'enfant. Le secouement concerne des bébés de moins de 1 an et de moins de 6 mois dans la majorité des cas.

Le professeur Marie-Dominique PIERCECCHI-MARTI dans son article "*le syndrome du bébé secoué*" (voir plus loin) décrit les mécanismes physiopathologiques à l'origine des lésions intracrâniennes. Se référant à la série de BONNIER elle nous signale qu'après un mois, la moitié des enfants présentent des séquelles graves et que l'autre moitié, semblant avoir récupérée, présentera des troubles comportementaux apparaissant entre 3 et 6 ans. Si le Médecin libéral (ML) est informé il pourra rattacher plus facilement ces troubles à la violence subie pendant la première année, dans le cas contraire il devra évoquer cette possibilité et suspecter d'autres formes de maltraitance.

Faire le diagnostic d'un syndrome de bébé secoué est parfois difficile, les signes évocateurs étant encore mal connus^{**}. Prévenir la survenue comme la récurrence, estimée à 50%, c'est d'abord y penser, reconnaître certains indicateurs du secouement et connaître les moyens de l'éviter.

Devant tout symptôme neurologique le diagnostic de secouement doit être évoqué. Il faut également y penser devant "*des signes moins spécifiques tels des vomissements ou une pâleur ou encore un changement inexplicable du comportement du bébé. L'examen clinique complet sur un nourrisson dénudé doit rechercher des signes de lésions encéphaliques et de lésions évocatrices de maltraitance. Cet examen doit être complété par une imagerie cérébrale (scanner en urgence puis IRM) à la recherche d'un hématome sous-dural, souvent plurifocal ou d'autres lésions cérébrales et par un examen du fond d'œil à la recherche d'hémorragies rétiniennes (inconstantes mais présentes dans 80 % des cas)*". A ce stade il est évident qu'une hospitalisation d'urgence s'impose.

Il faut penser également au syndrome de secouement devant des signes moins évocateurs tels que fatigue ou somnolence brutale pouvant ressembler aux manifestations provoquées par une infection virale, vomissements, malaise, perte de connaissance, crise d'épilepsie, arrêt respiratoire, arrêt cardiaque, fractures de côtes, ecchymoses, paralysie, perte de la vision.

Attention à ne pas se laisser influencer par une histoire rapportée par l'entourage, incohérente, absente ou incompatible avec les symptômes constatés. Le Professeur PIERCECCHI-MARTI, dans son paragraphe sur la physiopathologie a bien insisté sur le mécanisme d'apparition du syndrome.

Cette forme de maltraitance est répréhensible par la justice. "*Les professionnels de santé doivent agir rapidement en commençant systématiquement par hospitaliser l'enfant pour assurer sa protection. Parallèlement, cette maltraitance doit conduire à établir : soit un signalement au Procureur de la République si le diagnostic est certain, hautement probable ou probable ; soit une information préoccupante au président du Conseil général si le diagnostic est possible*". ^{***}

Comme devant toute maltraitance il est vivement conseillé au ML de rompre son isolement.*

Quels conseils pouvons-nous donner aux parents ?

Il faut d'abord leur dire qu'il est normal qu'un bébé pleure. A l'un de mes voisins ayant eu plusieurs enfants, auquel je demandais si les pleurs de ma fille ne le dérangent pas, il me fut répondu "*Docteur tous les bébés pleurent, pour moi ces pleurs sont comme le chant des oiseaux !*".

Cependant si le bébé pleure c'est peut-être aussi qu'il n'est pas



bien. Il faut donc s'assurer qu'il n'a ni trop chaud ni trop froid, qu'il n'a pas faim ou soif, qu'il n'est pas fiévreux, que ses couches ne doivent pas être changées, qu'il n'y a pas de nuisances sonores, ... une bonne solution est de le coucher sur le dos et quitter la chambre. L'HAS conseille également "*de chercher de l'aide auprès d'un proche ou de professionnels en cas de fatigue extrême*" pour se ménager.^{***}

Si malheureusement le mal est fait et que le bébé, après avoir été secoué, vomit, somnole ou a fait un malaise, une hospitalisation d'urgence en réanimation s'impose.

En se référant au guide maltraitance où en consultant le site de l'URPS ML PACA, chacun trouvera les personnes ressources et les moyens de les joindre dans leur ville comme dans leur département.

^{**} Le guide sur "l'enfant en danger ou en risque de l'être" qui vous a été adressé a pour objectif de donner aux médecins libéraux les outils nécessaires pour les aider à la prise de décision à partir de regards croisés avec l'Ordre des médecins du Var, le Parquet de Marseille, la CRIP du conseil général des Alpes-Maritimes et l'ARS.

A la demande d'URPS, de PMI, de facultés de médecine et d'autres institutions nous avons été amenés à faire un nouveau tirage du guide, utilisé par beaucoup pour la formation.

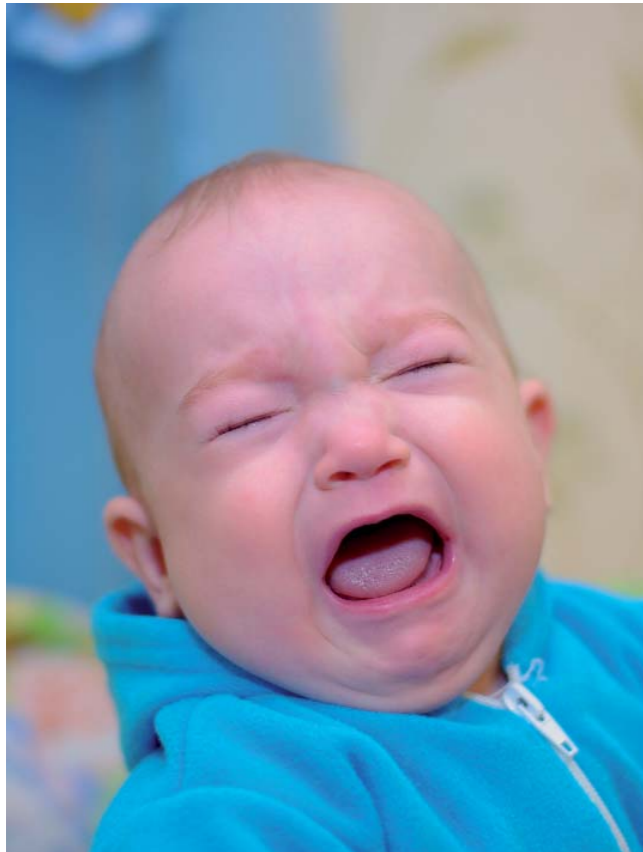
^{**} : contact.presse@has-sante.fr recommandation : syndrome du bébé secoué

^{***} Pour en savoir plus : www.has-santé.fr : Rubrique des bonnes pratiques professionnelles, Sofmer-HAS mai 2011 "syndrome du bébé secoué"

Cette publication vise à donner aux professionnels de santé des informations précises pour diagnostiquer ce syndrome, protéger l'enfant **et prévenir ainsi contre les récurrences du secouement, qui se produisent dans plus de 50 % des cas.**

Le syndrome du bébé secoué

par Pr MD Piercecchi-Marti, Service de Médecine Légale et Droit de la Santé. CHU Timone Faculté de Médecine - Marseille



l'histoire dramatique d'une nurse qui pendant 9 ans secoua une dizaine d'enfants. Certains ont développé un retard psychomoteur alors que d'autres sont décédés subitement.

Actuellement, le syndrome du bébé secoué est reconnu comme un sous-ensemble des traumatismes crâniens non accidentels qui, chaque année, serait responsable en France de près de 200 décès de nourrissons âgés de moins de 1 an. Le diagnostic est malheureusement souvent établi devant des signes cliniques d'atteinte neurologique.

Le traumatisme crânien est la plus fréquente des causes de décès chez les enfants maltraités que le traumatisme s'accompagne de fracture ou non. Il est également un grand pourvoyeur de séquelles neurologiques définitives.

La lésion classique associée aux enfants battus est l'hématome sous-dural, décrit dans la publication célèbre de Tardieu en 1860, le plus souvent consécutif à un choc direct sur le crâne par un coup ou une chute. En 1974, le radio-pédiatre J. Caffey individualise parmi les enfants maltraités un syndrome qu'il nomme "shaken baby syndrome" dans lequel les nourrissons subissent de violentes secousses, sans signe externe de traumatisme, responsable de suffusions hémorragiques sous-durales. Il rapporte

enfants sont admis dans le service d'urgence pour des motifs très variés et peu spécifiques. La notion d'un "traumatisme mineur" incompatible avec l'état clinique grave de l'enfant reste la déclaration la plus fréquente et parfois uniquement indiquée après information de la présence de lésions hémorragiques intra-crâniennes. Bien que le motif de présentation soit décrit comme banal, l'état de l'enfant est très altéré.

L'examen neurologique montre souvent des signes d'hypertension intracrânienne associés à des convulsions ou bien l'enfant est amené avec une étiquette de "mort inattendue du nourrisson". Il n'y a souvent aucune lésion externe. Certains signes plus frustrés et moins spécifiques sont plus difficiles à rattacher au diagnostic si ce n'est qu'à posteriori,

comme des modifications du comportement (refus alimentaire, vomissements, pleurs incessants, pâleur). A l'admission, l'imagerie cérébrale (le scanner souvent en urgence) met en évidence des anomalies de l'espace péri-cérébral : hémorragie sous-arachnoïdienne, hématome sous-dural unique ou multiple et/ou saignements punctiformes témoins d'un déchirement de veines-ponts.

Les contusions cérébrales et les fractures crâniennes qui témoignent d'un impact encéphalique sont rares. Précisons de plus que les fractures crâniennes peuvent s'observer pour des traumatismes accidentels authentiques, dans ce cas très bien décrits par la famille, sans qu'aucune lésion cérébrale ne soit présente.

La distance de chute estimée comme suffisante pour entraîner des lésions cérébrales est une source de controverse dans la littérature et parmi les experts.

Il est certain que des fractures du crâne peuvent survenir pour des chutes passives à hauteur réduite du type chaise ou table si le sol de réception est dur, mais les lésions cérébrales nécessiteraient une distance bien supérieure ou une projection.

Les sinistres travaux de Weber durant la dernière guerre mondiale sont une source de données, les dires des auteurs étant souvent très loin de la réalité des faits et les études biomécaniques sont encore en cours de validation.

En revanche, la recherche de lésions traumatiques associées fait souvent apparaître des fractures récentes ou des cals osseux costaux, notamment sur les arcs postérieurs.

Enfin, le fond d'œil révèle avec une grande fréquence des hémorragies rétinienes, dont la valeur diagnostique dans le syndrome, a été discutée notamment pour des hémorragies

punctiformes qui ne seraient secondaires qu'à l'hypertension intra-crânienne.

Ces lésions répondent au mécanisme physiopathologique suivant : l'enfant est tenu par le tronc et est secoué dans un mouvement de va-et-vient. Sa tête bouge dans le sens antéro-postérieur. Le poids relativement élevé de la tête par rapport au corps et la faiblesse des muscles du cou, engendrent des lésions affectant l'encéphale et la rétine, la moelle épinière cervicale et les muscles paravertébraux, les côtes et la ventilation (blocage des mouvements de la cage thoracique).

Le cerveau se déplace dans la boîte crânienne et produit un étirement des veines-ponts reliant cortex cérébral et sinus veineux, responsable d'hémorragies sous-durales.

Ces hémorragies sont habituellement localisées dans la région occipito-pariétale et la scissure inter-hémisphérique postérieure.

Les différences d'élasticité entre substance blanche et cortex engendrent des déchirures situées à la jonction entre substance blanche et grise.

Les hémorragies rétinienes sont rencontrées huit fois sur dix. Elles sont unies ou bilatérales et envahissent plusieurs couches de la rétine et parfois le vitré. Des décollements rétinienes peuvent aussi être présents.

La réalité de l'atteinte cérébrale par le seul mécanisme de secousses a fait l'objet de multiples controverses dans la littérature scientifique des années 80 et 90 mais la biomécanique a actuellement permis de démontrer que le mécanisme de secousses pouvait isolément produire ces lésions intra-crâniennes. Il ne faut cependant pas amoindrir le geste qui reste d'une grande violence.

A l'échelon microscopique, outre les hémorragies sous durales et sous

arachnoïdienne et les lésions secondaires d'anoxo-ischémie, c'est la lésion axonale qui pourrait être responsable des états végétatifs. Décrite par Denny-Brown et Russel, elles se caractérisent par une discontinuité dans le trajet axonal responsable de la formation de "dilatations" avec prédilection des lésions dans la substance blanche : le corps calleux, les pédoncules cérébraux supérieurs, la substance blanche parasagittale, le lemme médian et le faisceau cortico-spinal, mais elles sont en fait ubiquitaires.

On distingue les lésions axonales traumatiques secondaires à un mécanisme d'étirement et des lésions axonales diffuses secondaires à l'anoxo-ischémie.

Le mécanisme de déformation axonale est responsable de l'ouverture des pores membranaires et de l'entrée du calcium. Les modifications du flux axonal entraînent un gonflement localisé et un élargissement de l'axone, lui-même modifiant le transport axoplasmique. Ces remaniements affectent le squelette cellulaire en particulier au niveau des nœuds de Ranvier. Les lésions peuvent être réversibles si l'axoplasme est capable de rééquilibrer la balance ionique et donc de restaurer l'homéostasie. En revanche, l'axotomie primitive est la rupture immédiate de l'axone au moment du traumatisme. Il semble que cette rupture survienne si l'étirement de l'axone excède 20%.

Dans la série de Bonnier, un mois après le secouage, la moitié des enfants présentent déjà des séquelles graves évidentes : diminution importante de la vision ou cécité hémisphérique ou tétraplégie, épilepsie, atrophie cérébrale et microcéphalie. L'autre moitié des enfants semble récupérer un état neurologique normal mais leur survie à long terme

révélera des atteintes neurologiques au terme d'un intervalle libre variable.

Les troubles comportementaux graves apparaissent entre l'âge de trois ans et de six ans. Il est parfois difficile d'estimer, dans les troubles comportementaux, la part respective des lésions cérébrales de celle d'un environnement peu stimulant et des perturbations psychodynamiques et sociales, ainsi que de la possibilité de syndromes associés (alcoolisme foetal par exemple). Devant un décès plus tardif dans un contexte neurologique mal étiqueté, il faut considérer la maltraitance comme un diagnostic étiologique potentiel.

Références

Bonnier C, Nassogne MC, Husson I, Bourrillon A, Evrad P. Sévices et développement cérébral. Journées parisiennes de pédiatrie 1996

Caffey J. The whiplash shaken infant syndrome : manual shaking by the extremities with whiplash-induced intracranial and intraocular bleedings, linked with residual permanent brain damage and mental retardation. Pediatrics 1974; 54 :396-403

Knight B. Head injury in child abuse Second Edition In : Forensic Pathology Ed Arnold London 1997 : 466-8

Roth S, Raul JS, Willinger R. Finite element modelling of paediatric impact : global validation against experimental data. Comput Methods Programs Biomed 2010;99:25-33

www.has-sante.fr
Recommandations de la commission d'audition publique sur le Syndrome du bébé secoué. Service des bonnes pratiques professionnelles. Mai 2011

PROJET MELIERE : LE MÉDECIN LIBÉRAL RECONNU ACTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE

par le Dr Guy RECORBET, Généraliste à Marseille - Coordonnateur de la commission Veille Sanitaire et Santé Publique
et le Dr Jean-François GIORLA, Président de l'URPS ML PACA

Le Concept

Le partenariat URPS-ML PACA / Institut Paoli-Calmette sous l'égide de la commission Environnement Veille Sanitaire et Santé Publique va permettre de :

- Reconnaître le médecin libéral comme acteur de Santé Publique.
- Optimiser la prise en soins des patients atteints d'un cancer atypique.
- Identifier des bassins de vie susceptibles de regrouper certains cancers.
- Sensibiliser les pouvoirs publics aux dangers sanitaires.

Le projet MELIERE (MEdecine Libérale Evaluation Risques Environnementaux) va permettre de recueillir des "signaux faibles" qui échappent à la communauté scientifique.

L'URPS pourra enrichir sa base de données et fournir à la collectivité des sources d'information nouvelles et pertinentes, montrant sa place incontournable dans la société.

Ce projet ambitieux nécessite l'adhésion des médecins de la région.

En Pratique

Le projet sera testé à partir du premier trimestre 2012 en recueillant par une fiche dématérialisée sur le site de l'URPS, les données d'un patient présentant un cancer du poumon avant l'âge de 40 ans (45 ans pour un non fumeur).

La simplicité de la saisie devrait permettre à une grande majorité des médecins de la région d'adhérer à ce projet et d'enrichir leur banque de données dont l'URPS-ML-PACA reste propriétaire.

L'identification d'autres pathologies qui paraîtraient atypiques pour certains d'entre nous pourra être signalée dans une case "autres pathologies" et ainsi définir des sites d'apparition de celles-ci.

Conclusion

L'URPS-ML PACA est à l'origine d'un outil innovant et pertinent dont les médecins de la région doivent se saisir afin de montrer qu'ils sont incontournables face aux institutions et afin de valoriser leur action de Santé Publique.



L'URPS-ML communiquera régulièrement vers les médecins de la région PACA pour les informer de la mise en œuvre du projet, dont le déploiement est prévu au 1^{er} trimestre 2012

Que faire face à un cancer du poumon avant 40 ans ?

Par le Professeur François EISINGER, cancérologue, Institut Paoli-Calmettes

Notre vie de médecin nous amène à croiser de temps en temps des pathologies qui nous interrogent sur leurs mécanismes d'apparition.

Les patients se posent légitimement la question "Pourquoi moi ?".

L'ambition du projet MELIERE que développe l'URPS avec le soutien de l'Institut Paoli-Calmettes est d'essayer de regrouper ces situations "atypiques" et de rechercher l'existence d'une cause pouvant partiellement expliquer le tableau observé.

On peut regrouper les causes des cancers selon 4 grands axes :

- L'hérédité
- Le mode de vie contrôlable (tabac, alcool, obésité, etc.)
- La pollution
- Le hasard.

Cette dernière explication étant celle retenue une fois éliminées les autres.

Si de nombreux facteurs de risques sont connus et donc plus ou moins facilement reconnaissables, il est vraisemblable qu'existent des facteurs inconnus (car passés inaperçus ou parce qu'ils sont d'apparition récente).

Une consultation d'évaluation du contexte étiologique explore de manière poussée les 3 premiers axes.

Nous vous proposons donc de participer à cette action qui possède 4 retombées possibles :

- Une immédiate qu'est de proposer à nos patients une consultation spécialisée d'évaluation du contexte étiologique (héréditaire, mode de vie individuel, professionnel et environnemental) et ainsi de participer à la construction, même parcellaire d'une explication,
- Vous aurez, comme tout médecin

adresseur, un courrier décrivant le contenu de cette consultation et les conclusions,

- L'URPS met ainsi en place une veille épidémiologique basée sur des pathologies sentinelles et traçantes et montre ainsi son engagement dans la promotion de la santé publique et plus particulièrement dans le domaine de la santé environnementale.

- Des programmes de recherche associés pourront faire progresser les connaissances dans ce domaine et pourraient déboucher sur des recommandations.

fois par mois pour analyser les cas). Ce retour peut prendre deux formes :

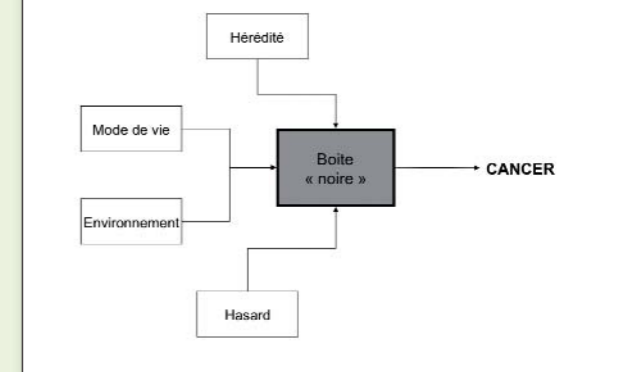
- Situation pouvant bénéficier d'une consultation spécialisée (la liste des lieux et des modalités de rendez vous sera alors fournie afin que vous puissiez conseiller votre patient d'en bénéficier),
- Situation atypique, ne justifiant pas pour l'instant de consultation spécialisée mais dont la répétition, s'il y a lieu, entraînera secondairement une offre de consultation.

COMMENT CELA FONCTIONNE ?

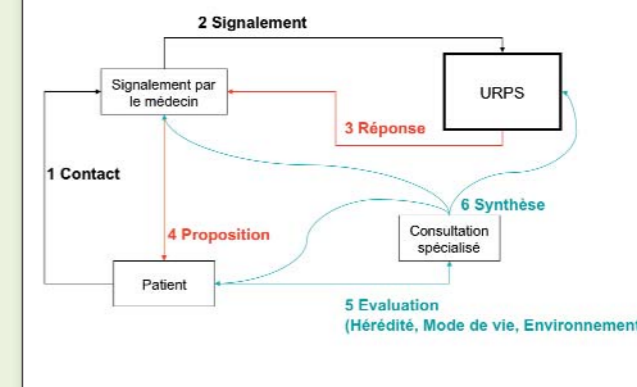
Le COPIL du projet MELIERE (URPS-IPC) a retenu le principe d'une notification anonyme par les médecins traitants d'un cas de cancer jugé atypique et a retenu comme phase d'expérimentation de vous demander de signaler tous les cancers du poumon avant 40 ans ou avant 45 ans en l'absence de tabagisme (nouveau cas ou ancien cas toujours vivant). Néanmoins toujours dans cette phase expérimentale, vous pouvez nous décrire d'autres situations qui vous interpellent).

L'URPS s'engage à ce que vous ayez un retour à votre signalement sous 40 jours (le COPIL se réunit une

Apparition d'un cancer



Processus



LA CONVENTION 2011 POINTS PAR POINTS : LECTURE SIMPLIFIÉE

par le Dr Simon BIHAR, Généraliste à Nice.

Plusieurs événements majeurs marqueront la vie professionnelle des médecins libéraux pendant les prochaines années, et ceci dès cette fin d'année 2011 / début d'année 2012.

J'ai retenu 3 sujets dont les 2 premiers seront traités ci-dessous :

1 - La nouvelle convention 2011 qui sera suivie de plusieurs avenants :

☞ **Avenants dont nous aurons l'occasion de reparler au fur et à mesure de leur finalisation (au minimum : fin 2011 mais surtout durant l'année 2012).**

2 - La P4P, nouveauté de la convention 2011 :

☞ **Cette P4P (devant remplacer le CAPI) ne concernerait plus seulement les généralistes ...mais s'étendrait, au fur et à mesure des avenants, à plusieurs spécialités (cardiologues, endocrinologues, pédiatres, gastro-entérologues, puis aux autres spécialités.)**

3 - La montée en charge des ARS, et plus particulièrement de l'ARS PACA dans le domaine de la réorganisation du mode de distribution des soins (discussions en cours...)

☞ **PDS des généralistes libéraux par le biais des CODAMUPS,**

☞ **PDS en établissements : Reformatage /réorganisation /mutualisation des astreintes et gardes entre les différents secteurs hospitaliers et cliniques publics/privés**

LA NOUVELLE CONVENTION 2011

La nouvelle convention 2011 a été signée par les 3 syndicats CSMF, SML et MG-France le 26 juillet 2011, publiée au JO le 25/09/2011, et entrée en vigueur le 26/09/2011.

On y notera plusieurs nouveautés :

1- L'introduction du paiement à la performance(P4P) :

Il s'agit d'un choix conventionnel individuel tacite qui permet de faire évoluer la rémunération du médecin en

permettant de rémunérer la qualité médicale.

Les médecins qui ne souhaitent pas en bénéficier peuvent le notifier à la caisse à tout moment.

Les médecins choisissent librement parmi les 4 types d'indicateurs celui ou ceux qui les intéressent. Chacun de ces objectifs correspond à un total de points et chaque point correspond à un montant de 7 euros.

La rémunération correspondra au nombre de points totalisés sur le ou les indicateurs retenus et sera payée à la fin de l'année.

Naturellement, le paiement à l'acte reste prépondérant.

2- La CCAM clinique

La convention comporte l'engagement de créer une CCAM clinique au 31 décembre 2012 afin de permettre une nouvelle hiérarchisation des consultations, non plus en fonction de celui qui l'effectue, mais de la nature (durée, complexité) de la consultation.

3- Le secteur optionnel

Le secteur optionnel est une des priorités de la convention 2011. Il concerne, dans une 1ère étape, les spécialités du bloc opératoire (chirurgie, anesthésie, obstétrique) des secteurs 2 et secteurs 1 titrés (anciens chefs de clinique,...)

4- La reconnaissance de la PDS en établissement

La Permanence des soins est enfin reconnue pour tous les spécialistes qui y participent. Cela signifie la fin des gardes bénévoles.

La convention ouvre la voie à la mutualisation de la PDS entre établissements (publics et privés) par secteur d'activité.

5- La sécurisation des honoraires médicaux :

-La dispense d'avance de frais est développée en direction des patients à faible revenu (CMU et ACS), dans le cadre de la PDS et pour les soins les plus coûteux.

-Pour la première fois, les caisses garantissent le paiement des médecins, quelle que soit la situation du patient au regard du parcours de soins, lorsqu'ils appliquent le tiers payant, y compris dans le cadre de la PDS.

-La carte vitale des patients bénéficiant du tiers payant social devra en porter la mention

6- Des mesures incitatives pour les zones sous-médicalisées

Un dispositif d'aides incitatives est mis en œuvre avec la

création de 2 options nouvelles ouvertes à tous les médecins (généralistes et spécialistes) de secteur 1, à ceux du secteur 2 ayant choisi l'option de coordination et ceux en secteur 2 acceptant d'appliquer des tarifs opposables dans les zones sous dotées

♦ **L'option démographie** pour les médecins exerçant en groupe ou isolés en pôle de santé :

- Aides à l'investissement de **5 000 €/an** (2 500 €/an pôles de santé)

- Bonus de 20% actes plafonné à **20 000 €/an** (10 000 €/an pôles de santé)

- Développement des zones éligibles (1 500 à 3 700) en raison de modification de zonage

♦ **L'option santé-solidarité** pour encourager les médecins à prêter main forte 25 jours par an au minimum dans les zones sous dotées avec **un bonus de 10% sur actes plafonné à 20 000 €/an**, des **indemnités de déplacement** et la possibilité de se faire remplacer à son cabinet.

Si l'on regarde plus attentivement ces avancées conventionnelles, plusieurs points conventionnels importants se détachent :

• **Le paiement à la performance**

Ce paragraphe sera détaillé dans le 2^{ème} point ci-dessous. Mais d'ores et déjà nous pouvons dire que :

Il s'agit d'un choix conventionnel individuel tacite qui permet de faire évoluer la rémunération du médecin en permettant de rémunérer la qualité médicale.

Le déploiement se déroulera en deux temps :

• Dans un premier, il concerne les médecins traitants (rémunération maximale jusqu'à **9 100 € ou 800 patients**), avec un volet "organisation du cabinet" (**1 750 €**) qui s'adresse dès maintenant à toutes les spécialités.

• A partir du 31 décembre 2011, l'ensemble du dispositif sera adapté, par avenant, afin de s'étendre dans une première étape aux cardiologues, endocrinologues, pédiatres et gastro-entérologues, puis par la suite aux autres spécialités.

Chacun de ces objectifs correspond à un total de points et chaque point correspond à un montant de 7 euros.

La rémunération correspondra au nombre de points totalisés sur le ou les indicateurs retenus et sera payée à la fin de l'année.

La rémunération est basée sur une patientèle de 800 patients.

• **Les avancées tarifaires ciblées :**

L'assouplissement du C2 consultant est étendu à toutes les spécialités (CS de synthèse après un C2).

L'option de coordination est améliorée (le plafond de dépassement pour les actes techniques est relevé de 15% à 20%).

A) Des mesures sont mises en œuvre pour revaloriser les médecins généralistes :

- **La possibilité de cumul de l'acte technique avec certaines consultations** (Frottis cervico-vaginal, biopsie cutanée)

- **La création d'une visite longue cotée 2V+MD= 56 € (+ IK)** et d'une consultation approfondie pour les patients atteints de maladies neurodégénératives de type Alzheimer (600 000 patients)

- **La rémunération forfaitaire annuelle du médecin traitant de 1C** lors de l'adhésion du patient diabétique au programme Sophia, 1C lors du renouvellement annuel et de 1C pour l'évaluation. Ce programme sera étendu à d'autres pathologies (BPCO, cardiovasculaire).

- **Les visites à domicile :** l'abattement kilométrique pour les IK en plaine est ramené à **4 kms au lieu de 12 kms**, les visites en nuit profonde sont majorées de **4,50 €**.

- **La reconnaissance de vos interventions en EHPAD par :**

- La création d'une visite longue cotée 2V+ frais déplacement pour les patients atteints de maladies neurodégénératives de type Alzheimer (600 000 patients) (domicile et EHPAD)

- La création d'une nomenclature des visites en EHPAD

B) Des mesures sont mises en œuvre pour revaloriser les spécialités cliniques :

- **Généralistes : Possibilité de cumul de l'acte technique avec certaines consultations** (Frottis cervico-vaginal, biopsie cutanée)

- **Endocrinologues :** la majoration MCE est étendue à la prise

LA CONVENTION 2011 POINTS PAR POINTS : LECTURE SIMPLIFIÉE

- en charge initiale des patients insulino-traités (+ 10 €)
- **Psychiatres** : Revalorisation du CNPSY de 2,70 €, création d'une consultation familiale de psychiatrie (47 €) pour tous les enfants et d'une consultation urgente de psychiatrie (1,5 CNPSY) à la demande du médecin traitant (délai de 48 h)
- **Dermatologues** : création d'une consultation spécifique de dépistage (2 C), cumul possible de la biopsie avec la consultation, revalorisation de 5 € du Forfait de sécurité dermatologique qui est étendu aux lésions sous-cutanées et aux kystes.
- **Gynécologues** : cumul du frottis cervico-vaginal avec la consultation
- **Pédiatrie** : majoration de 7 € des consultations obligatoires des 9^{ème} et 24^{ème} mois, création d'une consultation spécifique majorée avant le 28^{ème} jour (38 €), extension de la majoration de 3 € aux enfants 2 à 6 ans.
- **Thermalistes** : revalorisation de 6 € du forfait thermal
- **Néphrologues** : Création d'un acte forfaitaire pour le suivi des dialyses à domicile

C) Les mesures mises en œuvre pour préserver les spécialités techniques via la tarification des actes (CCAM technique) :

- Inscription au **tarif cible** de tous les nouveaux actes hiérarchisés d'ici le 31 décembre 2011.
- La **remise à plat de la méthodologie** de définition des tarifs de la CCAM technique **sans actes dits perdants**. Ces derniers sont sécurisés.
- Extension du champ d'application des forfaits modulables (coefficients J et K) à d'autres actes à compter de 2013.
- Des **mesures spécifiques** pour plusieurs spécialités dont les rééducateurs fonctionnels, les anapaths...

• La CCAM clinique

La convention comporte l'engagement de créer une CCAM clinique avant le 31 décembre 2012 afin de permettre une nouvelle hiérarchisation des consultations, non plus en fonction de celui qui l'effectue, mais de la nature (durée, complexité) de la consultation.

Pour ce faire, la convention prévoit la création de plusieurs consultations longues à haute valeur ajoutée :

- Cumul actes techniques et consultation (FCV + biopsies cutanées)
- Consultation spécialisée d'urgence à la demande du médecin traitant (psychiatres)
- Consultation spécifique sortie de maternité (pédiatres)
- Visites longues (VL) pour maladies neuro dégénératives = 2 V (+ MD) = 56 €

- Consultation spécifique de dépistage des cancers (dermatologues)
- Extension du forfait de sécurité dermatologique (chirurgie au cabinet)
- Modificateur spécifique en nuit profonde pour actes thérapeutiques sous anesthésie
- Avis ponctuel de consultant (C2) : assouplissement généralisé (Cs de synthèse après C2) et étendu à toutes les spécialités y compris la médecine générale

L'objectif est et restera celui de mettre en place rapidement à partir des consultations longues plusieurs niveaux de consultations cotés CM (consultation médicale) : CM1, CM2, CM3... communes à toutes les spécialités, dont la médecine générale.

• Le secteur optionnel :

Le secteur optionnel est une des priorités de la convention 2011.

Ce secteur optionnel offrait la possibilité de percevoir des dépassements limités cotés DM (dépassement maîtrisé) mais remboursés par les régimes complémentaires en échange d'une prise en charge par les caisses d'une fraction des cotisations sociales correspondant aux honoraires opposables. Le plafond de dépassement autorisé est fixé à 50 % (acte de base + coef. K), soit en fait + 62,5%. Les praticiens s'engageant à réaliser 30% de leurs honoraires au tarif opposable .

Les députés ont adopté, dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2012, la possibilité pour le gouvernement de créer un secteur optionnel a minima uniquement pour les chirurgiens, les gynécologues-obstétriciens et les anesthésistes-réanimateurs de secteur 2.

L'article voté indique que si, dans un délai d'un mois après la promulgation du PLFSS -soit courant janvier 2012-, un accord conventionnel sur la pratique de dépassements encadrés n'a pas été trouvé, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pourront, dans un délai de deux mois -c'est-à-dire jusqu'à courant mars-, modifier par arrêté la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes du 26 juillet 2011.

L'option de coordination renforcée prévoirait un taux d'encadrement des dépassements d'honoraires de 50% pour les médecins du secteur 2 exerçant en chirurgie, gynécologie-obstétrique et anesthésie-réanimation.

Il prévoit aussi une prise en charge obligatoire des dépassements de "l'option de coordination renforcée" pour les trois spécialités dans les contrats responsables, à hauteur de 150 % du tarif remboursable.

• Les espaces de liberté :

- L'amélioration de l'option de coordination : relèvement du plafond de dépassement pour les actes techniques de 15 à 20%
- Le secteur 2 reste en l'état et le secteur optionnel est enfin acté.

• Les actes techniques :

- **L'assouplissement du C2 consultant est étendu à toutes les spécialités** (CS de synthèse après un C2) :- **L'option de coordination est améliorée** (le plafond de dépassement pour les actes techniques est relevé de 15% à 20%)
- **Tarification des actes (CCAM technique) :**
- Inscription au **tarif cible** de tous les nouveaux actes hiérarchisés d'ici le 31 décembre 2011
- La **remise à plat de la méthodologie** de définition des tarifs de la CCAM technique sans actes dits perdants. Ces derniers sont sécurisés.
- Extension du champ d'application des forfaits modulables (coefficients J et K) à d'autres actes à compter de 2013.
- Des **mesures spécifiques** pour plusieurs spécialités dont les rééducateurs fonctionnels, les anapaths..., feront l'objet d'avenants.

• Les avantages conventionnels :

- Pour les médecins en secteur 1, en secteur 2 adhérents à l'option de coordination et au secteur optionnel, les caisses participent au financement des cotisations assises sur la totalité des honoraires, y compris en EHPAD, en HAD et en PDS.
- **Les caisses confirment leur prise en charge aux 2/3 des cotisations ASV des médecins de secteur 1 et en secteur 2 avec option de coordination à la fois pour les cotisations forfaitaires et proportionnelles ce qui conforte le sauvetage de l'ASV.**
- Les prestations de maternité pour les femmes médecins sont améliorées.
- La prise en charge des charges sociales des remplaçants en secteur 1 est maintenue

• La simplification et l'informatisation :

- Mise en place d'une aide financière à l'informatisation via le paiement à la performance
- Mise en place de correspondants dédiés dans les caisses pour accompagner les médecins qui le souhaitent dans l'informatisation,
- Généralisation de la facturation électronique,
- Dématérialisation des prescriptions,

- Volet médical de synthèse rémunéré via le paiement à la performance
- Généralisation des télé-services et dématérialisation de l'ensemble des documents papier.

• Médecins exerçants en cabinet médical de groupe

Dans le cadre de la simplification du parcours de soins, tout praticien d'un cabinet médical de groupe pourra être assimilé au médecin traitant faisant partie de ce cabinet de groupe, et ceci pour l'ensemble de la patientèle de ce cabinet médical.

LE PAIEMENT À LA PERFORMANCE : P4P

Pour mémoire : les trois piliers de la rémunération des médecins libéraux sont :

Rémunération à l'acte prépondérante : avant la mise en œuvre progressive d'une CCAM clinique au plus tard le 31 décembre 2012, création immédiate de consultations à haute valeur ajoutée pour certaines spécialités.

Rémunération forfaitaire pour la prise en charge ou l'accompagnement de pathologies chroniques ou la prise en compte de tâches administratives,

Rémunération à la performance, (P4P) versée en fonction de l'atteinte d'objectifs de santé publique, d'organisation du cabinet et d'efficience.

La rémunération à la performance (P4P)

La P4P est une nouveauté de la convention 2011.

Comme nous l'avons dit plus haut : **il s'agit d'un choix conventionnel individuel tacite.**

Ce choix doit permettre de faire évoluer la rémunération du médecin en permettant de rémunérer la qualité médicale.

Les médecins qui ne souhaitent pas en bénéficier peuvent le notifier à la caisse à tout moment.

Le déploiement de ce nouveau mode de rémunération remplaçant le CAPI se déroulera en deux temps :

- Dans un premier temps, il concerne les médecins traitants (rémunération théorique jusqu'à 9 100 €), avec un volet "organisation du cabinet" (en théorie 1 750 €) qui s'adresse dès maintenant à toutes les spécialités.
- A partir du 31 décembre 2011, l'ensemble du dispositif

LA CONVENTION 2011 POINTS PAR POINTS : LECTURE SIMPLIFIÉE

devrait être adapté, par avenant, afin de s'étendre dans une première étape aux cardiologues, endocrinologues, pédiatres et gastro-entérologues, puis par la suite aux autres spécialités.

Pour prétendre bénéficier de cette rémunération P4P : les médecins libéraux se doivent de choisir librement parmi les indicateurs proposés : 1 à 4 types d'indicateurs pouvant les intéresser (ou mieux : se rapprochant le plus de leur forme/mode d'exercice).

- Chacun de ces objectifs correspond à un total de points et chaque point correspond à un montant de 7 euros.
- La rémunération correspondra au nombre de points totalisés sur le ou les indicateurs retenus et sera payée à la fin de l'année.
- La base de la rémunération est basée sur une patientèle de 800 patients (en fait, la moyenne actuelle est de 1000 patients par médecin traitant), et sera fonction de 2 paramètres :
 - la réalisation totale ou partielle des objectifs d'une part,
 - le taux de progression d'autre part.

La formule de calcul de la rémunération est la suivante :

$$\frac{\text{Nb de points} \times \text{Valeur du point (7 €)} \times \text{Nb de patients}}{800} = \text{Rémunération annuelle}$$

Important :

- Certains indicateurs (ceux de la pratique médicale) seront soumis à un effet de seuil pour qu'ils soient inclus dans le calcul de la P4P d'un praticien. (cf.: paragraphe indicateurs de pratique médicale, ci-dessous)
- La rémunération n'est pas seulement liée à l'atteinte totale ou partielle des objectifs, la progressivité est également prise en compte.
- Ainsi, si le médecin parvient à améliorer ses résultats même s'il n'a pas atteint ses objectifs, il percevra une rémunération.
- De même, si le médecin n'a rempli que partiellement ses objectifs, il percevra une partie de la rémunération prévue.

Le contenu des indicateurs est négocié nationalement pour l'ensemble des médecins au niveau conventionnel entre les syndicats et les caisses.

Les médecins eux choisissent librement leur programme selon le ou les indicateurs dans lesquels ils souhaitent s'investir :

- Ce système ne comporte, évidemment, aucune sanction,
- La non-atteinte des objectifs sur un ou plusieurs indicateurs ne bloque pas le paiement acquis sur

les autres indicateurs choisis,

- Chaque module d'indicateur est indépendant des autres.

A) Mais quels sont ces indicateurs ?

Au total on retrouve 29 indicateurs parmi lesquels le médecin peut "faire son marché" et choisir ceux qu'il décidera de poursuivre en fonction de ses objectifs personnels :

1) Indicateurs concernant l'organisation du cabinet et la qualité de service

Ils concernent tous les médecins

On y trouve 5 indicateurs d'organisation du cabinet (400 points en tout soit 2800 €) ventilés de la façon suivante :

- 1- La tenue d'un dossier médical informatisé (**75 points soit 525 €**),
- 2- L'information des patients sur les plages horaires de consultation (**50 points soit 350 €**),
- 3- L'utilisation de logiciels d'aides à la prescription certifiés par la HAS (**50 points soit 350 €**),
- 4- L'équipement informatique permettant de télétransmettre et d'utiliser les téléservices (**75 points soit 525 €**),

Ces 4 premiers indicateurs concernent tous les médecins libéraux tant généralistes que spécialistes et conduisent à une possibilité de cumul maximal de 250 points, soit une rémunération annuelle maximale de 1750 €.

- 5- L'élaboration à partir du dossier informatisé d'une synthèse annuelle par le médecin traitant (**150 points soit 750 €**)

2) Indicateurs de la pratique médicale

Ils concernent dans un premier temps les médecins traitants en attendant les avenants qui en permettront l'extension à d'autres spécialités (dont cardiologues, endocrinologues, pédiatres et gastro-entérologues en premiers).

Chacun des 17 indicateurs de la pratique médicale ci-dessous sera soumis à un effet de seuil : c'est-à-dire un nombre minimal de patients (de 10 à 20 cas selon l'indicateur)...pour que cet indicateur de pratique médicale soit retenu dans le cadre du calcul de la P4P d'un praticien ayant droit à ce type de rémunération. (PS : nous aurons l'occasion d'en reparler ultérieurement dans d'autres articles, mais aussi dans le cadre de la DPC.)

- ♦ 9 indicateurs cliniques (250 points soit 1750 €) pour suivi et prise en charge des patients atteints de ces

2 pathologies : le diabète de type 2 et l'HTA. Dont :

- **6 indicateurs de suivi** : fréquence du dosage de l'HbA1C dans l'année, fond de l'œil tous les 2 ans, traitement des patients diabétiques à haut risque vasculaire (anti hypertenseurs, statines et aspirine à faible dose)
- **3 indicateurs de résultats** (déclaratifs) : normalisation des chiffres tensionnels, normalisation des chiffres d'HbA1C avec 2 niveaux (<8,5% et <7,5%), normalisation du LDL cholestérol chez les diabétiques avec 2 niveaux (<1,5 et <1,3).

♦ **8 indicateurs de prévention et de santé publique (250 points soit 1750 €)**. Ces indicateurs portent sur :

- le dépistage des cancers du col de l'utérus et du sein,
- la vaccination antigrippale,
- la prescription de vasodilatateurs et des benzodiazépines chez les personnes âgées,
- le volume de prescription des antibiotiques (hors ALD et âges extrêmes),
-

| THEME | INDICATEURS | POINTS |
|---|---|--------------|
| INDICATEURS D'ORGANISATION DU CABINET | Tenue du dossier médical informatisé avec saisie de données cliniques permettant le suivi individuel et de patientèle | 75 |
| | Utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié | 50 |
| | Informatisation permettant de télétransmettre et d'utiliser des téléservices | 75 |
| | Volet annuel de synthèse par le médecin traitant du dossier médical informatisé | 150 |
| | Affichage dans le cabinet et sur le site ameli.fr des horaires de consultation et des modalités d'organisation du cabinet, notamment pour l'accès adapté des patients | 50 |
| | TOTAL | 400 |
| INDICATEURS DE SUIVI DES PATHOLOGIES CHRONIQUES | Nombre de dosages de l'HbA1 | 30 |
| | Résultats du dosage de l'HbA1 c < à 8,5 X | 15 |
| | Résultats du dosage de l'HbA1 c < à 7,5 % | 25 |
| | Résultats du dosage de LDL < 1.5 g/l | 10 |
| | Résultats du dosage de LDL < 1.3 g/l | 25 |
| | Surveillance ophtalmologique (fond d'œil) | 35 |
| | Prévention cardio-vasculaire des patients à haut risque par une statine | 35 |
| | Prévention cardiovasculaire des patients à haut risque par l'aspirine à faible dose | 35 |
| | Résultats de la mesure de la pression artérielle | 35 |
| | | TOTAL |
| INDICATEURS DE PREVENTION ET DE SANTÉ PUBLIQUE | Vaccination antigrippale des 65 ans et plus | 20 |
| | Vaccination antigrippale de 16 à 64 ans en ALD | 20 |
| | Dépistage du cancer du sein | 35 |
| | Vasodilatateurs | 35 |
| | Benzodiazépines à demi-vie longue | 35 |
| | Durée de la prescription des benzodiazépines | 35 |
| | Dépistage du cancer de l'utérus | 35 |
| | Usage pertinent de l'antibiothérapie | 35 |
| | TOTAL | 250 |
| INDICATEURS D'EFFICIENCE | Prescriptions dans le répertoire d'Antibiotiques | 60 |
| | Prescriptions dans le répertoire d'IPP (inhibiteurs de la pompe à protons) | 60 |
| | Prescriptions dans le répertoire de Statines | 60 |
| | Prescriptions dans le répertoire d'Antihypertenseurs | 55 |
| | Prescriptions dans le répertoire d'Antidépresseurs | 55 |
| | Ratio IEC/IEC + sartans | 55 |
| | Nombre de patients MT traités par aspirine à faible dosage, rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquetaires | 55 |
| | TOTAL | 400 |

La valeur du point a est fixé à 7 €

LA CONVENTION 2011 POINTS PAR POINTS : LECTURE SIMPLIFIÉE

3) Indicateurs concernant l'efficience

◆ 7 indicateurs d'efficience (400 points soit 2800 €).

Ils concernent la prescription dans le répertoire générique pour :

- les antibiotiques,
- les IPP,
- les statines,
- les antihypertenseurs et
- les antidépresseurs, mais aussi
- la prescription des IEC et Sartans, de même que
- l'aspirine à faible dose en qualité d'anti agrégant plaquettaire.

Naturellement, pour accompagner les médecins, **des programmes de DPC** seront mis en œuvre **en adéquation** avec les thèmes retenus dans ce programme.

B) La rémunération en chiffres :

Le système proposé est une rémunération par points et par objectifs.

La rémunération s'organise au moyen d'un système de points selon la réalisation des objectifs.

Chaque module est indépendant des autres, et permet ainsi à chaque médecin de retenir ses propres objectifs au sein du contrat P4P afin d'obtenir la rémunération correspondante.

Les points obtenus sont convertis annuellement en euros, la rémunération intervenant dès l'année N+1.

Chaque point étant crédité d'une valeur de 7€.

La rémunération est basée sur un total maximal de 1 300 points (donc au maximum 9100 euros,) correspondant au niveau d'atteinte de l'ensemble des différents objectifs selon la ventilation suivante :

- Organisation du cabinet : au maximum **400 points (donc au maximum 2800 euros) pour les 5 indicateurs d'organisation du cabinet**
- Qualité des pratiques : au maximum 500 points (donc au maximum 3500 euros)
 - dont **250 points (soit 1750 €) pour les 9 indicateurs cliniques**
 - et **250 autres points (soit 1750 €) pour les 8 indicateurs de prévention et de santé publique.**
- Efficience : au maximum **400 points (donc au maximum 2800 €) 7 indicateurs d'efficience**

Afin de favoriser la prise en compte du volume de la patientèle portant sur la qualité des pratiques, le nombre de points a été défini pour une patientèle de 800 patients et sera pondéré en fonction de la patientèle réelle.

Ainsi, théoriquement : pour un médecin généraliste ayant une patientèle de 800 patients et qui obtient, pour chaque indicateur,

un taux de réalisation de 100 % de l'objectif, la rémunération à la performance correspond à 1 300 points, soit une rémunération maximale de 9100 euros.

C) En conclusion :

Ce nouveau mode de paiement pourra atteindre annuellement :

- ◆ Jusqu'à **1 750 €** pour un médecin spécialiste qui, dans un 1^{er} temps, ne sera concerné que par le volet "organisation du cabinet" ;
- ◆ Jusqu'à **9 100 €** (sur la base de 800 patients) pour un médecin traitant s'il atteint les objectifs sur la totalité des indicateurs.

Mais toute mise en œuvre d'un programme de valorisation de la qualité **nécessite des outils de suivi et d'information** permettant de confronter les données des médecins avec celles des caisses.

Il suppose également **un suivi conventionnel** avec la mise en œuvre de commissions paritaires régionales et nationales.

Naturellement, une évolutivité permanente du contenu de l'option est indispensable sur des bases scientifiques, ce qui nécessite l'implication des sociétés savantes et de l'HAS.

L'investissement dans l'équipement informatique et la maintenance qui lui est liée se doit de faire l'objet d'une prise en charge.

Pour le médecin pas encore informatisé, les informations relatives à sa situation au regard des objectifs seront, en principe, consultables sur le "compte Votre espace Pro" du site Ameli.fr à la rubrique "vos pratiques".

Il sera également possible de suivre l'évolution de ses propres indicateurs en ligne.

Mais le mieux est bien évidemment que le médecin puisse suivre lui-même en temps réel l'évolution de son profil au regard des indicateurs choisis, et **automatiquement via son logiciel métier.**

A cette fin : un travail entrepris en commun entre certains syndicats médicaux et les éditeurs de logiciels médicaux permettra que cela soit effectif dès le 1er janvier 2012. .

Pour l'heure : un premier éditeur de logiciel en 1.4 et tenant compte du calcul de la P4P, commence à en équiper ses clients libéraux, 2 autres ne vont pas tarder à se livrer à la même démarche.

LE VRAI COÛT DE LA CHIRURGIE

COMPARAISON ENTRE TARIFS CONVENTIONNELS ET COUT REEL DE LA PRATIQUE POUR UNE JUSTE REMUNERATION DU PRATICIEN

par le Dr Denis LIEUTAUD, Chirurgien orthopédique à Grasse.

En 2004, notre confrère, le Dr Jacques CATON, président du Syndicat national des Chirurgiens Orthopédiques s'écriait :
"notre spécialité devient de plus en plus sinistrée"...

Sept ans plus tard, son constat s'est aggravé, à cause de l'indifférence des pouvoirs publics envers la chirurgie libérale.

Les relations des syndicats médicaux avec l'assurance maladie se sont soldées par un échec dans la revalorisation des actes chirurgicaux depuis des décennies.

Un rappel de 2 chiffres suffit à vous éclairer et à comprendre facilement ce constat : l'évolution comparée de 2 lettres-clé, mises en place au début de la convention des médecins, en 1971.

Si celle de la chirurgie, le fameux Kc avait suivi celle de la consultation du généraliste, la lettre C, elle aurait été multipliée par 5 !!!

Et donc aussi le tarif conventionnel de toutes les interventions de chirurgie.

A l'inverse, si nos confrères généralistes avaient été traités comme nous, leur consultation vaudrait à ce jour 5 euros !!! Sans commentaires...

Et ce n'est pas la mise en place de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM technique), en 2005, qui a rattrapé cet immense retard.

Nous avons dû nous contenter de 11,5% de revalorisation des actes, pour faire passer la pilule d'un point travail massacré, le plus bas de toutes les spécialités !



Sans doute parce que notre métier de chirurgien est le moins pénible, et le moins stressant !!!

A cela est venue s'ajouter depuis une dizaine d'années la flambée de nos primes d'assurances RCP, qui partent de 15 000 € au minimum pour dépasser les 25 000 € en cas de pratique de la chirurgie rachidienne, ou de l'obstétrique.

De plus, les assureurs sont de moins en moins nombreux, beaucoup se retirent du risque médical, et les rares qui se partagent le marché s'entendent certainement pour faire grimper nos primes chaque année, malgré la diminution des

plaintes due à notre exigence de qualité, et au suivi de nos compétences au travers d'une certification accordée par la Haute Autorité de Santé.

Malgré une aide des CPAM pour la prise en charge partielle de nos primes, nos conditions d'activité sont de plus en plus difficiles, surtout pour ceux d'entre nous bloqués en secteur 1.

LE COÛT RÉEL DE L'ACTE CHIRURGICAL

L'époque est bien loin, quand on parlait des chirurgiens comme des nantis, en haut de l'échelle des revenus de la médecine libérale.

Pour parler de revenus, il faut dégager des bénéfices de notre "entreprise chirurgicale", et donc retrancher nos frais et nos immobilisations des honoraires.

LE VRAI COÛT DE LA CHIRURGIE

Quels sont nos frais engagés pour opérer ?

Tout d'abord, un jeune chirurgien qui s'installe va prendre des crédits pour :

- racheter un droit de présentation à la patientèle d'un confrère partant en retraite.
- racheter parfois un contrat d'exercice privilégié avec une clinique.
- investir dans du matériel chirurgical, et la technologie opératoire actuelle est très développée et onéreuse.

1. Avant d'opérer, il faut consulter le patient :

Les frais sont ceux d'un cabinet médical (loyer, secrétaire, matériel et mobilier acheté à crédit ou en leasing, frais de fonctionnement, impression des dossiers d'entrée en clinique) Et ces frais représentent plus de 50 % du tarif de la consultation, soit environ 25 € par patient.

Il faut être assuré, nous en avons vu le coût, entre 1200 et plus de 2000 € par mois, et avec 2 journées opératoires par semaine (soit en moyenne 5 patients/sem.), nous payons environ 80 € pour chaque patient opéré.

2. Pour opérer, il faut :

- être aidé, et le coût d'une aide-opératoire, infirmière le plus souvent ou assistante qualifiée est à notre charge, souvent salariée, et représente 50% du tarif sécu de l'acte.

- payer la clinique pour le service rendu, en moyenne 10 à 15 % des honoraires encaissés.

3. Il y a encore des frais après l'intervention, les 15 jours de surveillance post-op que nous devons déontologiquement à nos patients et il faut se déplacer chaque jour pour aller voir son ou ses opérés, même le dimanche.

Puis communiquer le compte-rendu et le dossier d'hospitalisation au médecin traitant.

A cela s'ajoute la permanence des soins en Etablissement de Santé (PDS ES), que nous assurons bénévolement pour la plupart d'entre nous, sans rémunération.

Pour donner un exemple simple : que rapporte en 2011 une appendicectomie à un chirurgien ?

Le tarif sécu opposable : code HHFA001= 176 €

Les frais : Investissement en matériel personnel : 20 €
Aide opératoire salariée : 50 €
Redevance clinique 12% ttc = 20 €
Assurance : 80 €

Soit un total de frais de 170 €!

Le chirurgien a donc travaillé pour 6 €, après 14 ans d'études !

Quelle magnifique profession, mais heureusement que nous avons la vocation et le sens du sacerdoce !

Mais est-ce un peu mieux pour un acte plus lourd, dans une autre spécialité ?

Comme l'orthopédie par exemple, et prenons la prothèse de hanche (code NEKA 020).

Son tarif conventionné est de 459 €

Les frais, ici plus élevés car l'acte est beaucoup plus long, avec un matériel cher, sont d'environ 310 €.

La différence est donc de 150 € environ, mais l'investissement en temps opératoire et de surveillance beaucoup plus important.

Un chirurgien ortho en réalise en moyenne en France 50 par an, soit la plus grande partie de son activité.

Cet acte seul est donc à peine suffisant pour payer la prime d'assurance RCP.

Et nous avons vu les autres frais à notre charge.

Pour couvrir ces coûts, c'est-à-dire juste payer nos charges, il faudrait opérer 2 fois plus.

Pourra-t-on continuer notre métier dans ces conditions ?

QUELLES SOLUTIONS ?

La plus simple, celle qui résoudrait nos problèmes et satisferait nos revendications, serait une juste réévaluation des honoraires opposables, pour rattraper une injustice de plus de 30 ans et permettre un accès aux soins pour tous nos concitoyens.

Et au minimum un doublement de ceux-ci, par un ajustement du point travail massacré lors de la mise en place de la CCAM.

Mais ne rêvons pas, jamais un gouvernement n'osera cela à l'heure actuelle.

Alors, que faire ?

1/ Le secteur 2

Il a été mis en place en 1980, et depuis il est la bouée de sauvetage de nombreux chirurgiens, dès leur installation.

Il faut en effet en faire le choix dès le départ, car, par la suite ce choix est irréversible, ce qui est une injustice flagrante.

Pourtant, c'est notre seul moyen de payer nos frais, sans être obligés d'opérer à tour de bras.

Mais les dépassements d'honoraires, ou plutôt des compléments, car il ne faut pas y voir de notion d'infraction,

sont à l'heure actuelle décriés, pointés du doigt par les pouvoirs publics, et les associations de patients, pour masquer la responsabilité des tutelles.

On nous accuse même d'empêcher l'accès aux soins pour de nombreux français.

Les conditions politiques et économiques en France, à la veille de l'année électorale 2012 plaident pour le maintien du statut quo, quant à la rémunération des médecins libéraux.

2 /Le secteur optionnel

On pourrait le qualifier d'arlésienne

Depuis que les pouvoirs publics et les syndicats signataires de la convention nous le promettent, comme une panacée, malgré ses restrictions et ses quotas d'actes et de tarifs.

Pour les chirurgiens bloqués en secteur 1 depuis si longtemps, il peut apparaître LA solution, mais scandale, il ne leur sera pas accessible, les financeurs s'y opposent.

En effet, il est réservé aux secteurs 2 qui accepteront d'être rétrogradés.

D'autre part, les mutuelles complémentaires ne veulent pas mettre la main à la poche, malgré les sommes colossales qu'elles ont en réserve.

Leur participation à une table de discussions est toujours reportée, malgré une date butoir imposée par les signataires de la dernière convention, et même par le ministre de la santé et le Président de la République.

Les mutuelles pourront dire merci à M. Fillon, qui leur a

annoncé une taxe supplémentaire servant ainsi de prétexte à se dérober une nouvelle fois.

Ceci démontre une fois de plus l'indifférence, voire le mépris apporté par les pouvoirs publics à notre profession.

3/ Le déconventionnement

C'est l'exercice en secteur 3, sans aucune contrainte tarifaire, une vieille chimère pour beaucoup de chirurgiens.

Nous fixons nos honoraires comme nous les estimons, le patient les règle et se fait rembourser ensuite par la sécu, sur la base du Tarif d'Autorité, c'est-à-dire presque rien, et sa mutuelle complètera selon le contrat.

En théorie, pour nous c'est la solution idéale, mais difficile à appliquer à notre époque, en raison de la non-solvabilité de beaucoup de nos patients, et des habitudes maintenant ancrées du tout pris en charge.

De plus, il faudrait que tous les chirurgiens libéraux se déconventionnent en même temps ensemble.

Cela semble utopique....

Et l'obstacle majeur, pour les médecins de plateaux techniques lourds, sera très souvent l'impossibilité pour la clinique de faire prendre en charge l'hospitalisation et l'acte du patient par la Sécu, car le médecin est déconventionné.

Et de plus, il subira une rupture de son contrat d'exercice avec l'établissement.

EN CONCLUSION

La juste rémunération du chirurgien, qui devrait être au minimum le double des tarifs conventionnels, ne peut plus être assurée par l'Assurance Maladie directement, ou par le biais d'un GHS ou autre enveloppe attribuée à l'établissement de santé, qui ne serait pas plus généreux envers nous que son créancier.

Cette rémunération devra être âprement négociée avec les organismes complémentaires, et non plus avec une sécu exsangue, qui financera de moins en moins, par nos syndicats catégoriels, que nous soyons encore indépendants, ou bien regroupés dans des réseaux de soins.

Mais en attendant cet avenir, que verront sans doute les plus jeunes d'entre nous, le secteur 2 est la seule option possible pour être rémunéré un peu mieux que le minimum vital de couverture des frais de notre métier.



TARIF OPPOSABLE

LES VACCINATIONS : DEFENSE PASSIVE OU DEFENSE ACTIVE ?

par le Dr Serge CINI, Généraliste à Marseille.



Qui discute encore l'efficacité des vaccins ?

Les programmes de vaccinations des pays en voie de développement ne sont-ils pas vécus comme une amélioration nécessaire ? Un droit élémentaire à la Santé ? Un progrès quasi instantané des résultats sanitaires. Vite, vite un vaccin contre le Paludisme, contre le VIH.... !!

Qui discute encore l'innocuité des vaccins ?

Les vaccins sont de très loin les médicaments les plus sûrs de la pharmacopée moderne. Leur sécurité et leur tolérance sont plus étudiées et plus

surveillées que n'importe quel médicament curatif.

MAIS ALORS QUI FREINE ?

Au fond, pour certains, tout se passe comme si vacciner le continent africain contre la Rougeole était une bonne idée (*vous vous rendez compte, les pôvres...*) mais en France certains avancent "*que la vaccination serait au mieux inutile au pire dangereuse...pour le vacciné et en plus cela diminue leurs défenses immunitaires...et ça enrichit les labos...*"

Alors pourquoi ne pas critiquer le fameux : "*Brosse-toi les dents, tu vas avoir une carie*", qui, bien-entendu, a été inventé par les fabricants de brosses à dents

Plus sérieusement.

Le Bulletin épidémiologique hebdomadaire nous apprend que, depuis 2008, l'épidémie de Rougeole a entraîné plus de **4 000 hospitalisations, 808 pneumonies virales ou bactériennes graves, 26 complications neurologiques** à type d'encéphalite ou de myélite. En 2010, **5000 cas ont été recensés** (30% d'hospitalisations) et plus de **14 000 cas durant les 6 premiers mois de 2011.**

Au total, la Rougeole, présumée banale maladie de l'enfance des plus de 40 ans d'aujourd'hui, parfaitement contagieuse et parfaitement évitable, a été à l'origine de **10 décès, dont 9 chez des moins de 30 ans.**

Parmi eux, 7 présentaient un déficit immunitaire et ne pouvaient donc être protégés par la vaccination. Mais alors, mais c'est bien sûr, la vaccination n'a pas pu empêcher les morts ?

Et non... car ceci s'explique par l'insuffisance du nombre de personnes vaccinées ; une couverture vaccinale optimale contre la rougeole permettrait d'éradiquer le virus, de diminuer les hospitalisations et complications et empêcherait les personnes en déficit immunitaire de mourir.

Ceci n'est pas sans rappeler le contexte Polio et Variole. Pas mal comme programme à l'époque. Ces vaccins étaient obligatoires (oui la Polio l'est toujours...), la campagne fut efficace, la Variole a disparu. Ce vaccin, pourtant très mal supporté, avec des effets secondaires gravissimes, a fait disparaître la maladie ;

L'intérêt collectif a primé sur l'individuel ;

Possible avant Internet et la logorrhée d'expression.

Bien sûr il existe des vaccins obligatoires et des vaccins recommandés ;

Mais que signifie recommandé ?

Serment : "*Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.*"

Article 12 (article R.4127-12 du code de la santé publique) - *Le médecin doit apporter son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé et de l'éducation sanitaire.*

Oui mais...

Article 8 (article R.4127-8 du code de la santé publique) - *Dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance.*

Donc le médecin paraît libre de faire comme il l'entend.

Oui mais...

Article 12 (article R.4127-12 du code de la santé publique) - *Le médecin doit apporter son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé et de l'éducation sanitaire. Ainsi en est-il des mesures préventives destinées à*

accroître la résistance aux maladies infectieuses.

Article 32 (article R.4127-32 du code de la santé publique) - L'article engage le médecin, lié par un **contrat de soins** avec son patient l'ayant nommé médecin traitant, à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués **et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents.** (Cour de Cassation. Arrêt Mercier 20.05.1936).

Oui mais...

La science n'est pas toujours indiscutable ou définitive. La liberté d'expression peut donc faire le lit de la contradiction, ou pire de la systématisation de la contradiction.

Ainsi en est-il de la théorie anti-naturelle de la vaccination, alors qu'en fait la vaccination répond à la plus naturelle défense immunitaire qui soit, l'introduction d'un agent pathogène (qui plus est, dans la plupart des cas, atténué). Que faire quand le tiers compétent recommande une vaccination ? Le tiers compétent, scientifique, propose au tiers, politique, une recommandation.

C'est le Politique QUI EN FAIT UNE OBLIGATION.

Il n'en est PAS MOINS VRAI qu'une recommandation peut, voire doit, être entendue, par nous médecins, comme le résultat de données acquises de la science.

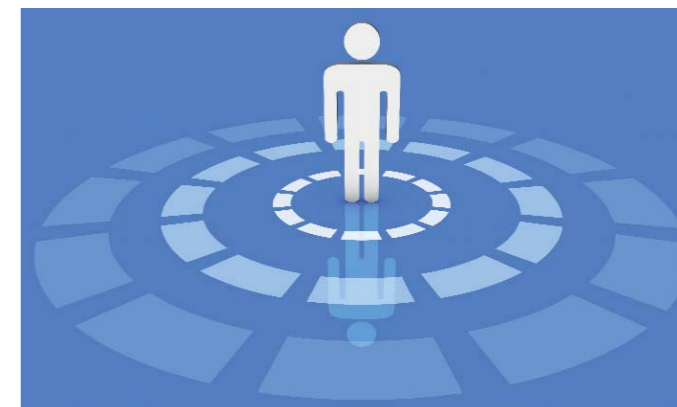
Rappelons : le médecin est libre de ses prescriptions (art. 8) mais l'article 39 indique que les affirmations abusives émises par des praticiens peuvent être considérées comme une tromperie, envers le patient (notion de perte de chance) et ceci lui sera opposé par le patient, victime, et par la société, tribunaux de droit commun et professionnel.

Chers confrères, les taux de vaccinations en PACA sont parmi les plus faibles du territoire ! Cela va-t-il durer ou réussissons nous ensemble à éradiquer la Rougeole, comme nos anciens ont su éradiquer la Polio et la Variole ?

Vaccinons tous les nourrissons (2 injections avant 24 mois), vaccinons tous les adultes nés à partir de 1980 (ils doivent avoir reçu 2 injections de 1 an à 31 ans) ;

Chaque vacciné sera défendu passivement et défendra activement son entourage.

CQFD.



L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

par le Dr Richard BOVET, Généraliste à Toulon.

Dans le cadre de ses missions, l'INPES a coordonné le projet d'élaboration du référentiel de compétences en éducation thérapeutique du patient (ETP).

Il concerne l'ensemble des acteurs intervenant dans le champ de l'éducation thérapeutique du patient, quels que soient les lieux de réalisation de l'ETP.

L'éducation thérapeutique du patient est définie comme l'aide apportée aux patients et/ou leur entourage pour comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins et prendre en charge leur état de santé, afin de conserver et/ou améliorer la qualité de vie.

C'est un processus par étapes, intégré aux soins et mis en œuvre par différents professionnels. Il s'agit de l'articulation d'activités organisées de sensibilisation, information, apprentissage et accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, les institutions de soins et les comportements de santé et de maladie du patient (OMS, 1998).

Le référentiel de compétences en ETP proposé met à disposition des lecteurs un repérage large et non exhaustif des principales situations rencontrées, ainsi que des activités exercées dans l'éducation thérapeutique du patient, en tenant compte de tous les rôles et lieux possibles et des différents niveaux d'implication. Il apporte une vision large du spectre des compétences pour faire de l'ETP, quelles que soient la pathologie et la structure porteuse.

Le référentiel a été construit en prenant directement appui sur les acteurs de l'ETP.

Le référentiel des compétences en éducation thérapeutique du patient est le fruit d'un processus d'élaboration, d'abord basé sur une enquête approfondie menée sur le terrain auprès d'acteurs effectifs de l'ETP, intervenant

- dans le secteur hospitalier,
- dans des associations,
- des réseaux,
- le secteur libéral

ou d'autres structures (centres d'examen de santé, mutuelles, dispensaires, établissements pénitentiaires, centres d'éducation thérapeutique, etc.).



Des réflexions d'experts, d'universitaires, de responsables et membres d'associations de patients, de sociétés savantes et d'acteurs institutionnels ont enrichi les propositions.

L'étude a principalement porté sur **neuf pathologies (diabète, obésité, maladies cardiovasculaires, VIH/sida, asthme, cancer, lombalgie, IRC)**, mais elle a été élargie à d'autres pathologies telles que **l'hémophilie, la maladie d'Alzheimer, les maladies psychiques, la mucoviscidose, les hépatites, la spondylarthrite et la BPCO...**

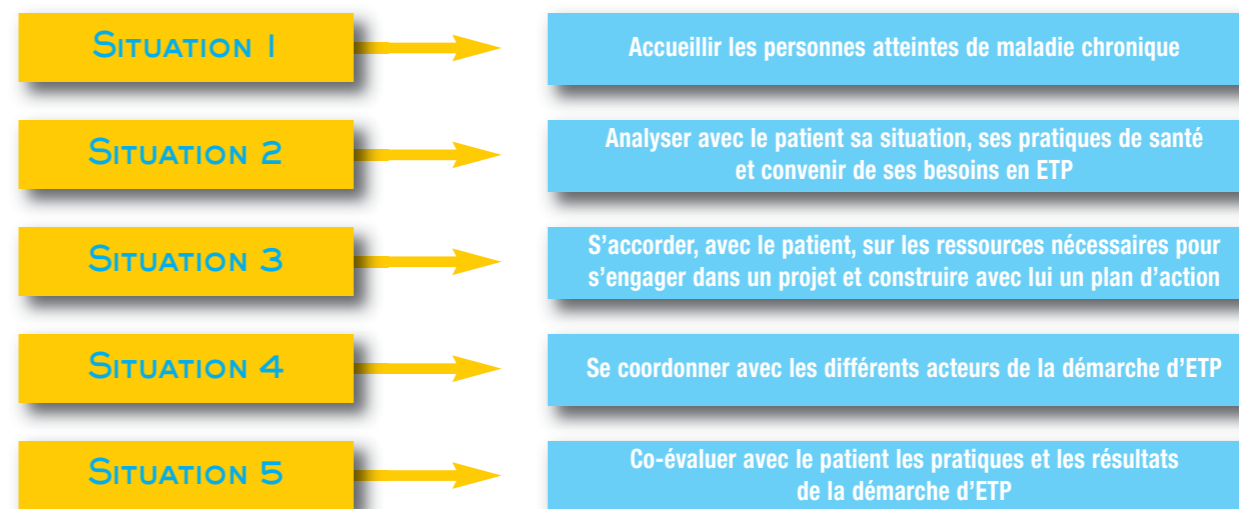
Le référentiel doit pouvoir s'utiliser et se décliner, quelle que soit la maladie concernée.

La complexité de l'éducation thérapeutique du patient peut se traduire par l'imbrication de trois processus, illustrant chacun une dimension :

- la proximité du patient (micro),
- la démarche d'ETP (méso),
- les politiques et programmes (macro).

Trois référentiels complémentaires sont proposés de ce fait :

- **le référentiel des praticiens de l'ETP,**
- **le référentiel pour la conception et la coordination d'une démarche d'ETP,**
- **le référentiel pour la conception, le pilotage et la promotion des politiques et programmes d'ETP.**



Les praticiens en ETP

L'éducation thérapeutique du patient ne correspond ni à un seul métier, ni à une seule personne.

Il concerne **les praticiens**, au pluriel.

Sont appelés praticiens, les acteurs directement en lien avec le patient, qui réalisent concrètement les activités liées à l'éducation thérapeutique du patient, avec des niveaux d'implication plus ou moins importants.

On y trouve, sans que cette liste soit exhaustive, des infirmiers, aides-soignants, médecins généralistes et spécialistes, psychologues, pharmaciens, puéricultrices, podologues, masseurs kinésithérapeutes, professionnels de l'activité physique adaptée, diététiciens, ergothérapeutes, nutritionnistes, psychiatres, chirurgiens-dentistes, pédicures, sages-femmes... mais aussi des sophrologues, art thérapeutes, socio esthéticiennes, assistantes sociales, éducateurs, médiateurs, secrétaires médicales, ...

On trouve également des patients experts, des patients ressources ou des pairs, selon les pathologies concernées.

A noter que la plupart des coordinateurs de structure ou de service sont en même temps des praticiens.

Le développement de l'éducation thérapeutique constitue à la fois une préoccupation majeure des Professionnels de santé et des pouvoirs publics en matière de Santé Publique, en même

temps qu'un souhait largement exprimé par les patients

I - DÉFINITION

On entend par éducation thérapeutique **un enseignement individuel ou collectif dispensé à un patient ou à son entourage visant à améliorer la prise en charge médicale d'une affection, notamment d'une affection de longue durée.**

Il s'agit d'un processus de renforcement des capacités du malade (et de son entourage) à prendre en charge l'affection qui le touche, sur la base d'actions intégrées au projet de soins, et menées en partenariat avec ses soignants.

II - LES CONCEPTS

Le terme générique "éducation du patient" recouvre trois niveaux d'activités, lesquels, dans la pratique courante, peuvent s'intriquer.

- L'éducation du patient à sa maladie
- L'éducation du patient à la santé
- Les programmes d'apprentissage

Ces programmes d'apprentissage, ainsi que les documents et autres supports relatifs à ces programmes, sont soumis à une autorisation délivrée par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des produits de santé, **après avis des associations mentionnées à l'article L. 1114-1 et pour une durée limitée. Art. L. 1161-6 du code de santé publique.**

L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

III - FINALITÉS DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

L'ETP vise à **rendre le malade plus autonome**.

Elle vise également à **limiter la progression de la maladie et éviter la survenue de complications**.

IV - CE QUE N'EST PAS L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

L'ETP se distingue de l'accompagnement du malade ou de son entourage, défini comme un processus externe veillant à soutenir le patient et son entourage, y compris dans le cas d'un accompagnement pour une bonne observance du traitement :

- **Le coaching santé** : plates-formes de conseils généraux comme le proposent certaines compagnies d'assurance (cessation du tabac, conseils en nutrition), voire "coaching de vie" d'initiatives diverses plus ou moins validées.
- **Le disease management** : il s'agit d'optimiser l'observance des traitements et l'adoption de comportements favorables à l'amélioration de la situation médicale, via l'intervention de professionnels (médecins ou même, plus souvent, de personnel infirmier). Ces professionnels entrent en contact directement avec le patient, à intervalles réguliers, pour s'assurer que les préconisations thérapeutiques et de suivi sont respectées.

C'est dans le concept de coaching que le concept d'observance est particulièrement sollicité.

- **Les Programmes d'accompagnement des patients proposés par l'industrie pharmaceutique** et ce, notamment, à la suite de la loi n° 2007-248 du 26 février 2007 portant diverses mesures d'adaptation au droit communautaire en son article 29, mais la réglementation à ce sujet fait encore débat et n'est pas stabilisée.

Désormais, cependant, les programmes ou actions définis par les articles L. 1161-2 et L. 1161-4 ne sont ni élaborés, ni initiés, ni mis en œuvre par des entreprises se livrant à l'exploitation du médicament ou des personnes responsables de la mise sur le marché du dispositif médical ou du dispositif médical de diagnostic in vitro (Art. L. 1161-5-nouveau).

Toutefois, ces entreprises peuvent dans certaines conditions contribuer au financement des programmes notamment si aucun contact direct n'est établi entre elles et le patient ou, le cas échéant, ses proches ou ses représentants légaux.

- **L'accompagnement thérapeutique des patients dans le cadre d'associations de patients** dont certaines se rapprochent techniquement de l'éducation thérapeutique labellisée comme telle.

- L'éducation thérapeutique ne se réduit pas non plus à une

simple information. Nous savons que cette dernière, donnée à divers moments de la prise en charge du patient par le professionnel de santé, et notamment le médecin traitant, à l'occasion de consultations ou de soins, ne suffit pas à modifier les comportements.

V - MODALITÉS DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

Derrière le concept unique d'ETP, nombreuses sont les réalisations pratiques qui existent, fonction des pathologies concernées, des acteurs et des publics visés.

1. Structuration des programmes d'éducation thérapeutique

Le législateur pose comme principe que les programmes d'éducation thérapeutique du patient doivent être conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé.

2. Rôle des Agences Régionales de Santé (ARS)

Les ARS auront un rôle important dans le déroulement des actions d'éducation thérapeutique puisque :

- Les programmes sont mis en œuvre au niveau local, dans le cadre de leur projet régional, après concertation avec les acteurs de l'éducation thérapeutique du patient.
- L'ARS conclut des conventions avec les promoteurs des programmes d'éducation thérapeutique du patient afin, notamment, de préciser le financement des programmes. Ces conventions définissent, le cas échéant, le délai et les modalités de la mise en conformité de ces programmes au cahier des charges national.
- L'ARS évalue les programmes mis en œuvre.

L'ETP concerne le patient et, s'il le souhaite, son entourage.

Le temps choisi et le lieu où vont se dérouler les séances d'ETP sont fonction du contexte (établissement de soins, cabinet libéral, maison de santé pluriprofessionnelle, locaux choisis pour des raisons de proximité du domicile des participants...). Cependant le canevas général est toujours le même :

VI - LA PLACE DU MÉDECIN TRAITANT :

1. Une place encore à prendre ...

Le rapport ministériel déjà cité note que *"la place du médecin traitant et de manière plus large l'implication des médecins libéraux restent relativement marginales"* dans l'éducation thérapeutique.

En effet, le médecin n'est pas l'unique acteur, loin s'en faut, de la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique. Cette dernière est le plus souvent le fait d'équipes pluridisciplinaires, spécialement formées à ces techniques, notamment en milieu hospitalier.

Et en ambulatoire de même, l'éducation thérapeutique sera très

naturellement le fruit d'une équipe coopérative et coordonnée (médecin, infirmier, pharmacien ...).

Et pourtant, s'agissant de la prise en charge intégrée d'une pathologie chronique, d'une part, s'adressant, d'autre part, à des patients dont l'espérance de vie avec cette pathologie s'accroît considérablement, le rôle du médecin traitant apparaît absolument fondamental. Le médecin traitant connaît bien son patient, son comportement, son environnement et son entourage

2. Une formation nécessaire

L'éducation thérapeutique ne s'improvise pas. Elle s'appuie sur des concepts issus des sciences humaines, (anthropologie, psychologie, sociologie, pédagogie), elle met en jeu des techniques qui lui sont propres et maintenant bien validées.

Le médecin traitant, dont on a vu le rôle fondamental d'initiateur et d'accompagnant, sera en pratique rarement l'effecteur du programme lui-même. Pour autant, pour conseiller et suivre l'acquisition des compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient requiert une formation d'une durée minimale de quarante heures d'enseignements théoriques et pratiques, pouvant être sanctionnée notamment par un certificat ou un diplôme.

Il est recommandé que les formations permettant l'acquisition des compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient s'appuient sur les contenus et objectifs pédagogiques définis par l'Organisation mondiale de la santé dans ses recommandations *"Education thérapeutique du patient : programmes de formation continue pour les professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques"*

VII - LES FINANCEMENTS

Quels sont les financements publics dont peuvent bénéficier les promoteurs des programmes ?

Il appartient aux pouvoirs publics (ARS, caisses primaires d'assurance maladie) sur la base des financements qui leur sont octroyés, de financer les programmes d'ETP qui répondent aux priorités régionales ou ciblées par le cahier des charges des programmes d'ETP. L'enjeu est celui de la qualité de l'offre et de son déploiement harmonisé sur le territoire.

Quels sont les financements qui permettent de soutenir les programmes autorisés par les ARS à l'hôpital ?

Relèvent d'un financement MIGAC toutes les

actions de prévention et d'éducation réalisées auprès de patients non hospitalisés. Sont exclues en revanche les actions réalisées pour des patients hospitalisés y compris en hôpital de jour, celles-ci étant considérées dans ce cas comme prises en charge par les tarifs.

Les actions financées par ce biais peuvent prendre des formes très variées : consultations pluridisciplinaires, séances éducatives individuelles ou de groupe, réunions d'information, livrets d'information et actions de communication, réunions de suivi post-hospitalisation, etc.

Les allocations notifiées par les ARS aux établissements de santé au titre de la mission "actions de prévention et d'éducation thérapeutique" s'élèvent en 2009 à 67,7 millions d'euros (données ARBUST 2009).

Quels sont les financements qui permettent de soutenir les programmes autorisés par les ARS en ambulatoire ?

Le financement de l'ETP passe essentiellement par les fonds d'intervention de l'Assurance maladie obligatoire que sont les



L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

fonds de prévention des différents régimes, principalement le FNPEIS et le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS). Depuis 2009, un financement à titre expérimental sur le risque est prévu.

a) Crédits de prévention provenant des fonds nationaux de l'assurance maladie pour les actions de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (ex- Groupements régionaux de santé publique)

- FIQCS
- FNPEIS

Un paiement forfaitaire de 200 à 250 € par patient selon le nombre de séances prévues, une contribution de 1000 € destinés à la formation ETP des professionnels concernés.

En 2011, l'appel à projets FNPEIS ne sera pas renouvelé, les crédits disponibles dans la COG ne permettant pas de financer de nouveaux projets. Cependant, les financements seront poursuivis pour les programmes déjà engagés, sur la ligne de programmes "actions locales des caisses", sous réserve de l'obtention de l'autorisation par l'Agence régionale de santé, des résultats relatifs au suivi de ces programmes et de la mise en place de l'évaluation prévue par les textes.

La demande de poursuite de financement se fera via la caisse primaire d'assurance maladie, dont dépend le programme d'éducation thérapeutique du patient, ou par l'intermédiaire de l'ARS, si le projet présenté en demande d'autorisation faisait l'objet d'un financement antérieur FNPEIS.

Dans chaque région, le directeur - coordonnateur de la gestion du risque assurera l'interface avec l'ARS pour les programmes financés ou co-financés par les CPAM.

Il est nécessaire en effet d'assurer une cohérence sur la continuité des financements mais aussi sur la prise en compte de l'évaluation à 4 ans, dont l'appréciation des résultats relève de la compétence des ARS.

b) Les expérimentations prévues par l'article 44 de la Loi de financement pour la sécurité sociale pour 2008

L'article 44 de la loi de financement pour la sécurité sociale (LFSS) pour 2008 a autorisé le ministère à expérimenter, à compter du 1er janvier 2008 et pour une période n'excédant pas 5 ans, de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé.

Le 2^e module de ces expérimentations comporte un programme "éducation thérapeutique du patient (ETP)" qui consiste à expérimenter la possibilité d'un paiement forfaitaire pour rémunérer l'activité d'ETP en médecine de ville lorsqu'elle est dispensée dans des structures pluriprofessionnelles.

Des financements peuvent être alloués par les ARS pour les programmes d'éducation thérapeutique qui répondent aux

exigences du cahier des charges disponible sur le site extranet dédié aux ARS : <http://www-valid.experimentationps.sante.gouv.fr>.

Les principes retenus dans le cadre de cette expérimentation sont cohérents avec les règles posées par l'article 84 de la loi HPST et ses textes d'application.

Les montants de forfaits retenus dans le cadre de ces expérimentations sont de **250 € ou 300 €** par patient selon le nombre de séances (ateliers collectifs ou séances individuelles). Le forfait couvre les différentes étapes du programme (orientation vers le programme d'ETP, diagnostic éducatif, séances d'ETP, évaluation individuelle finale du bénéfice du programme pour le patient) ainsi que les frais de fonctionnement et les supports.

Par ailleurs, dans le cadre de ces expérimentations, un forfait de 1 000 € peut être alloué au site une seule fois en début de programme pour l'élaboration et la structuration initiale du programme et un forfait de 1 000 € par professionnel (y compris les professionnels autres que de santé) peut être mis à disposition sur production de dépenses dans la limite de deux formations par an et par type de programme.

POUR ÊTRE RÉMUNÉRÉ, IL FAUT TENIR UN SUIVI D'ACTIVITÉ

En échange de ce financement les acteurs s'engagent à renseigner un certain nombre d'indicateurs de suivi d'activité et de résultat concernant :

- l'évolution annuelle de la file active de patients ;
- l'accessibilité géographique (nombre de sites, territoire géographique couvert), l'accessibilité horaire ;
- le contenu du programme, le nombre de séances individuelles/nombre de séances collectives ;
- le pourcentage de patients terminant le programme ;
- le pourcentage de patients dont les objectifs fixés lors du diagnostic éducatif ont été jugés atteints lors de l'évaluation individuelle ;
- le pourcentage de satisfaction des bénéficiaires.

L'objectif du recueil de ces renseignements est de permettre l'évaluation de l'expérimentation.

Cette évaluation sera menée par Prospere (Irdes, Cermes, SFMG) en accord avec les ARS pour que les pouvoirs publics décident de généraliser ou non le mode de rémunération expérimenté.

**MODALITES PRATIQUES ET SUPPORTS REGLEMENTAIRES
CAHIER DES CHARGES D'UN PROGRAMME D'ÉDUCATION
THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT**

L'équipe

Les programmes d'éducation thérapeutique du patient mentionnés aux articles L. 1161-2 à L. 1161-4 sont coordonnés

par un médecin, par un autre professionnel de santé ou par un représentant dûment mandaté d'une association de patients agréée au titre de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique. Un programme doit être mis en œuvre par au moins deux professionnels de santé de professions différentes, régies par les dispositions des livres Ier et II et des titres Ier à VII du livre III de la quatrième partie.

Lorsque le programme n'est pas coordonné par un médecin, l'un de ces deux professionnels de santé est un médecin.

Un intervenant au moins doit justifier des compétences en éducation thérapeutique conformément à l'arrêté du 2/8/2010 ou d'une expérience rapportée par écrit d'au moins deux ans dans un programme d'éducation thérapeutique.

Le programme

Le programme concerne, sauf exception répondant à un besoin particulier à expliciter, une ou plusieurs des trente affections de longue durée exonérant du ticket modérateur (ALD 30) ainsi que l'asthme et les maladies rares ou un ou plusieurs problèmes de santé considérés comme prioritaires au niveau régional.

Le programme s'appuie sur des données disponibles relatives à son efficacité potentielle. Ces données sont fournies.

Les objectifs du programme sont définis, de même que les critères de jugement de son efficacité, critères cliniques, y compris qualité de vie, autonomie, critères psycho-sociaux, recours au système de soins, et/ou biologiques.

La population cible est définie, notamment, en termes d'âge, de gravité de la maladie et, le cas échéant, de genre, de critères de vulnérabilité et de particularités géographiques.

Le programme décrit une procédure permettant de définir pour chaque patient des objectifs éducatifs partagés et un programme d'éducation thérapeutique personnalisé. Il existe un dossier d'éducation thérapeutique sur support papier ou informatique.

Les modalités du programme sont décrites.

Le cas échéant, les outils pédagogiques sont décrits.

Le programme décrit une procédure permettant l'évaluation de l'atteinte des objectifs fixés en commun avec le patient. Cette évaluation donne lieu à une synthèse écrite dans le dossier.

Les sources prévisionnelles de financement sont précisées.

La coordination

Des procédures de coordination, y compris ce qui concerne l'échange d'informations entre les intervenants au sein du programme, sont décrites.

Des procédures de coordination, y compris ce qui concerne l'échange d'informations avec les autres intervenants du parcours de soins du patient, sont décrites. Tout échange d'information ne peut se faire qu'avec l'accord du patient.

Des procédures de coordination avec d'éventuelles actions d'accompagnement sont décrites.

Avec l'accord du patient, le médecin traitant, s'il n'est pas lui-même intervenant au sein du programme, est informé de l'entrée de son patient dans le programme et est rendu destinataire d'informations régulières sur son déroulement et sur l'évaluation individuelle.

Le programme prévoit l'accès du patient à la traçabilité de ces échanges, particulièrement lorsque ces échanges sont dématérialisés.

La confidentialité et la déontologie

La procédure d'information du patient concernant le programme est décrite.

Le consentement du patient est recueilli lors de son entrée dans le programme.

Le patient est informé de la possibilité de sortir du programme à tout moment et sans préjudice d'aucune nature.

Les procédures permettant de garantir au patient participant au programme que les informations transmises à ses interlocuteurs ne seront pas partagées, sans son accord, avec d'autres interlocuteurs, y compris au sein du programme et/ou de l'équipe soignante, sont décrites.

L'exploitation des données individuelles respecte les dispositions de la loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée. Cette exploitation de données fait l'objet des autorisations et déclarations prévues notamment par ces dispositions légales.

Une charte d'engagement de confidentialité est signée par les intervenants.

Une charte de déontologie entre les intervenants est prévue.

L'évaluation du programme

Une auto-évaluation annuelle de l'activité globale et du déroulement du programme est prévue.

Une évaluation quadriennale du programme est prévue en termes d'activité, de processus et de résultats sur des critères de jugement définis a priori.

Ces rapports sont accessibles aux bénéficiaires du programme.

**RETROUVEZ LES TEXTES LÉGAUX QUI RÉGISSENT
le régime d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique
et les compétences nécessaires pour dispenser l'éducation
thérapeutique du patient
sur www.urps-ml-paca.org**

L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

Les Centres d'Examens de Santé de l'Assurance Maladie proposent une offre de service aux médecins traitants par la mise en place d'action en éducation thérapeutique du patient

par le Dr Patrick GOMEZ, Médecin-chef du Centre d'Exploration de Santé de la Colombe - Toulon

Les Centres d'Examens de Santé (CES)

Les missions des CES de l'Assurance Maladie :

- La réalisation d'Examens Périodiques de Santé auprès des populations vulnérables (> 60% des consultants en PACA)
Ciblage de populations éloignées du système de santé.
- Offre de service au Médecin Traitant:
Éducation thérapeutique
Éducation en santé
- Promotion du dispositif "médecin traitant"

En PACA les CES ont mis en place une éducation thérapeutique du patient:

CES d'AVIGNON : ETP DT2
CES de MARSEILLE : ETP DT2 et ETP BPCO
CES de NICE : ETP DT2
CES de TOULON : ETP BPCO

Que peut apporter l'éducation thérapeutique ?

- Aider le patient et son entourage à comprendre la maladie, son traitement et les modalités de coopération avec les soignants
- Acquérir des compétences en partenariat avec les soignants
- Améliorer l'observance thérapeutique

Deux maladies chroniques ciblées : le Diabète (DT2) et la BPCO

Maladies fréquentes, en augmentation
Maladies graves
Conséquences lourdes des complications (hospitalisations et soins coûteux)

Grands principes de cette action

- Le médecin traitant est l'initiateur de l'ETP.
- Le programme d'ETP est conçu selon les recommandations de l'HAS et autorisé par l'ARS et la CNIL.
- L'ETP est dispensée par du personnel formé (Pathologie et éducation thérapeutique)
- L'ETP est soumise à une double évaluation : impact sur la santé et impact sur l'organisation.

Déroulement du programme de l'ETP DT2 :

1/ Repérage au cours de l'EPS : (DT2 connu et traité)

Les personnes diabétiques de type 2, âgées de 30 à 75 ans

2/ Entretien motivationnel :

Le jour de l'examen de santé, réalisé par un éducateur pour induire une prise de conscience et permettre au diabétique d'évaluer sa motivation à modifier son comportement.
Si accord du consultant nous recueillons par téléphone l'accord de principe du médecin traitant pour faire participer son patient à l'ETP.

3/ Accord écrit du consultant et de son Médecin traitant à participer au programme

4/ Entretien personnalisé

Pour mieux connaître le patient et formuler avec lui les compétences à acquérir
Selon un guideline construit par et pour les professionnels des CES (réf. HAS)
Durée : 1h30

5/ Des ateliers collectifs

Pour impliquer le patient dans la gestion de son diabète en renforçant l'appropriation des compétences d'auto-soins et d'adaptation
5 ateliers par groupes de 8 à 10 patients
"Les connaissances de la maladie diabétique"
"L'activité physique"
"Les glucides"
"Les lipides et l'équilibre alimentaire"
"Le traitement médicamenteux"
Animés par une équipe pluridisciplinaire formée à l'ETP
Durée d'un atelier : 3 heures avec pauses

6/ Entretien de bilan des ateliers

7/ Entretien de suivi à 6 mois

Déroulement du programme de l'ETP BPCO :

1/ Repérage au cours de l'EPS : (BPCO connue ou dépistée)

Consultants >40 ans avec facteurs de risque (tabac, exposition professionnelle, clinique), réalisation d'une spirométrie.
Spirométrie : critère diagnostic :
Tiffeneau <70%

2/ Confirmation du diagnostic :

Par le médecin traitant
Spirométrie avec épreuve de réversibilité.

3/ Accord écrit du consultant et de son Médecin traitant à participer au programme

4/ Entretien personnalisé

Pour mieux connaître le patient et formuler avec lui les compétences à acquérir

Selon un guideline construit par et pour les professionnels des CES (réf. HAS)
Durée : 1h30

5/ Des ateliers collectifs

Pour impliquer le patient dans la gestion de sa BPCO
4 ateliers par groupes de 10 patients maximum
"Mieux connaître sa BPCO"
"Agir sur le suivi et l'évolution de sa BPCO"
"Maintenir son activité physique"
"Le tabac, parlons-en"
Animés par une équipe pluridisciplinaire formée à l'ETP
Durée d'un atelier : 2h avec pauses

6/ Entretien de bilan des ateliers

7/ Entretien de suivi à 6 mois



LE QUESTIONNAIRE

LÀ OÙ IL N'Y A PAS D'HUMANISME, IL N'Y A PAS DE MÉDECINE

par le Dr Christiane GIRAUD, Généraliste à Marseille.

Le prologue

Mandaté par la Fédération des Etats Unis d'Europe, j'ai débarqué dans l'état de X, l'un des états de la planète les plus prospères pour enquêter sur les performances financières de son gouvernement : il a réussi et c'est bien le seul, non seulement à réduire les déficits en matière de santé, mais à les supprimer. Personne n'avait encore bien compris la méthode utilisée et j'avais été chargé de l'élucider.

Pendant une année, j'ai arpenté tout le pays, rencontré ses élites, interviewé des centaines de personnes de toutes les classes sociales et si je vous livre aujourd'hui, le témoignage de Charlie c'est qu'il m'apparaît comme exemplaire, une synthèse vivante de ce que vit la population de X. Je ne vous communique pas les conclusions auxquelles je suis arrivé, je préfère vous livrer dans un premier temps, ce que les scientifiques appellent les faits à l'état brut.

Un mot encore sur Charlie avant de lui laisser la parole, c'était un homme très sympathique et très courageux. Il a su résister aux pressions qui s'opposaient au recueil des témoignages et à leur divulgation. C'est grâce à des personnes comme lui que les choses ont pu évoluer et que les habitants de X ont retrouvé le chemin des cabinets médicaux.

L'histoire de Charlie

1^{ère} partie : La consultation

Je m'appelle Charlie et c'est en toute conscience que je donne mon témoignage sur le système de santé de mon pays. Puisse-t-il contribuer à sa transformation ! En fait jusqu'à une date récente, je n'étais pas malade et je confesse ma grande

ignorance de la manière dont on pouvait se faire soigner dans notre beau pays ! Comme tout le monde, j'avais entendu bien des choses étranges, mais d'une part lorsqu'on n'est pas concerné on ne prête pas une oreille attentive aux propos de voisins ou amis, d'autre part, lorsque les plaintes et les critiques émanent de malades on a tendance à croire qu'elles sont majorées par la dépression.

C'est mon divorce qui m'a fait basculer dans un réel que j'ignorais ou que j'occultais.

Je suis rentré un jour chez moi, ma femme, Zoé, m'avait laissé un mot sans ambiguïté sur un carton dans la salle à manger, car de meubles il n'y en avait plus ! *"Je divorce et va te faire voir ! Tu auras des nouvelles par l'intermédiaire de mon avocat, rendez-vous devant le juge"*.

Ce fût un choc, j'étais très amoureux et je ne m'attendais pas à ce que ma femme me traîne au tribunal pour dessiner de moi un portrait au vitriol : *"Ce tyran domestique"*», Non ! Pur mensonge ! *"Cet incapable"*, ça dépendait dans quel domaine. *"Ce prodigue"*, là elle avait un petit peu raison. Pour le juge l'affaire était entendue.

N'épilguons pas ! Ce n'est pas le sujet de votre enquête, juste pour dire que je suis tombé malade, malade et ruiné ! Et qu'à dater de cette époque, je sentis une douleur, là, sous les côtes à droite. Au début c'était presque rien, une simple



gêne, puis elle s'intensifia au point de ne plus me laisser dormir, ni assumer mes occupations, tant et si bien qu'un jour, jour dont je me souviendrais toute ma vie, je me dirigeais vers le dispensaire de mon quartier.

Je savais qu'on ne trouvait plus de médecin et que pour se faire soigner il fallait passer par le dispensaire. J'y fus accueilli par Céline, dont la grâce et la gentillesse étaient une bénédiction pour tous ceux qui en franchissaient le porche. Contre une somme qui me parût, la première fois, dérisoire, Céline me fournit une carte avec un numéro *"surtout ne la perdez pas c'est votre code, sans lui vous ne pouvez accéder à la salle de consultations"*. Elle me précéda au

long d'un labyrinthe obscur, le crépi des murs s'écaillait, les sols étaient couverts de toutes sortes de papiers, déchets en tous genres (trognons de fruits, bouteilles plastiques..) ce qui ne laissait pas de m'étonner ! Mais le temps d'en parler nous nous étions arrêtés devant une porte massive, une vraie frontière entre les malades et les biens portants. Céline glissa ma carte dans un boîtier. Les lourds battants s'effacèrent à reculons. J'eus l'impression qu'un personnage invisible s'inclinait devant moi en une révérence ironique. Je n'en crus pas mes yeux : je découvrais une pièce avec des tables, chargées d'ordinateurs, des bancs chargés de dizaines et de dizaines de personnes qui ne dévoilaient que leurs dos et leurs nuques. Céline navigua entre les bancs, pour jeter son dévolu sur un "ordi" démodé à l'écran crasseux.

Je suis claustrophobe, ce qui explique peut-être l'angoisse qui me saisit. Désespéré, je cherchais une issue, la pièce n'avait aucune ouverture, des néons déversaient une lumière glauque et mes compagnons n'avaient pas de tête !

Une idée me traversa l'esprit : N'avais-je pas basculé dans une fosse de l'enfer de Dante où il est écrit : *"Ici laissez toute espérance"*. Céline me chuchota : *"ça va aller"*, et disparût.

L'écran affichait :

Questionnaire A remplir par le patient

C'était qui le patient ? C'était moi ? De qui se moque-t-on ? Non ce n'était pas moi, j'allais me lever et partir, je n'avais rien à faire dans cet endroit, je voulais être soigné. *"Mais pour être soigné - me dit ma raison - tu dois remplir un questionnaire, c'est vite fait et dans cinq minutes tu*

seras dehors". Alors le patient ? Oui c'était moi !

Un clic de souris, une fiche administrative à remplir.

Je m'exécutais : nom, prénom, date de naissance, adresse, ... Ah ! Le serrement de cœur : marié, divorcé, veuf, concubin ? J'hésitais, mon divorce n'était pas encore fini, je m'accrochais à un faible espoir : Zoe revenait, elle s'engouffrait dans l'appartement, se jetait à mon cou, *"voyons Charlie tout ça c'est une blague"*. Les larmes brouillaient ma vue, je n'arrivais pas à me résoudre : si je cochais marié c'était en partie faux, si je cochais divorcé c'était en partie vrai. Sous la pression d'un paroxysme douloureux, je concédais *"divorcé"*. L'écran ne bougeait plus, j'avais beau cliquer sur ma souris, rien ne se passait, une fois, deux fois, je m'énervais ; puis me revint à l'esprit les conseils d'un prof en informatique : *"avant de vous en prendre à la machine, lire la totalité de l'écran"*. Ah mais oui ! case *"enregistrer"* puis case *"valider"*, tout en bas, invisibles à droite de l'écran.

Autre page : les antécédents familiaux, Père ? Mère ? Morts ! De quoi ? Décidemment je donnais dans le sentimentalisme, car les larmes roulaient sur mes joues. Je me revoyais enfant courant vers ma mère, me réfugiant dans ses bras, elle me caressait la tête : *"ne t'inquiète pas mon grand ça va aller, ça ne va pas durer"*.

Je me secouais, il fallait poursuivre : antécédents personnels ? J'étais perturbé, je n'arrivais pas à me souvenir : avais-je été opéré de l'appendicite ou pas ? Il me semblait que oui mais peut-être pas, peut-être avais-je été examiné par un chirurgien qui n'avait fait qu'évoquer le diagnostic, Oui ! Non !

"Dites mon petit vieux, je ne tiens pas à

Les membres du groupe de l'URPS-ML PACA " Un humanisme médical pour notre temps"

vous invitent à la conférence d'Henry Quinson

"Notre temps, le temps de la crise, quelles conséquences pour les médecins et leurs patients ?"

qui aura lieu le Mercredi 8 février 2012 à 20H au siège de l'URPS-ML PACA.

Pour des questions d'intendance inscription préalable au secrétariat de l'URPS.

finir ma vie ici", je tournais la tête, c'était bien à moi que s'adressait une face congestionnée par la colère : *"si vous ne savez pas comment répondre, faites vous aider"*, insista l'odieux personnage. Je battis en retraite : *"excusez-moi je termine"*, mais c'était peine perdue, je perdis pied, je validais sans enregistrer ou j'enregistrais sans valider. Je vis passer quelques questions comme : fumez-vous ? Combien de verres de vin par jour ? Utilisez-vous des drogues ? Lesquelles ?

Il ne manquait plus que cela ! Je n'avouerai rien. Je jetais l'éponge, je fermais la fenêtre : *"voulez-vous enregistrer ?"* Non ! Non, je n'enregistre rien je fous le camp ! Mais la machine, telle une machine infernale lancée à mes trousses, refusait de s'éteindre. La rage au cœur, j'enregistrais, je validais, je fermais, je fuyais.

Sous le coup d'une rage désespérée je poussais la porte, elle rencontra un corps et j'entendis un gémissement.

Un vieil homme se frottait le poignet : *"mon ordonnance s'il vous plaît, là par terre"*. Confus je la ramassais.

"Merci Monsieur, me dit-il d'un air humble, c'est mon ordonnance, je n'ai pas le droit de la demander une deuxième fois et sans ces médicaments je risque de mourir". Je dis bêtement : *"vous souffrez d'une maladie grave ?"*, je dis "bêtement" car c'était évident devant sa pâleur, sa maigreur et sa respiration difficile.

"Oui cette fois c'est le cœur, remarquez, je ne me plains pas puisque le dispensaire malgré mon âge et mon état de santé accepte encore de me fournir mes médicaments". Je fus touché et intrigué : *"vous arrivez à vous débrouiller avec l'ordinateur ?"*

"Bien sûr que non, mais Céline la fille de

LE QUESTIONNAIRE

l'accueil, vous savez celle qui est si gentille, elle n'en a pas le droit mais elle connaît mon code et elle sait exactement ce qu'il faut taper pour obtenir de la digoxine et du furosemide. Merci Monsieur de vous intéresser à moi, j'espère que pour vous ce n'est pas trop grave et que vous arriverez à être soigné...". Il soupira : *"ici ce n'est pas évident, il fût une époque..."* Il disparût comme s'il en avait trop dit.

2^{ème} partie : La contrefaçon

Avec le recul je ne peux m'en prendre qu'à moi-même. J'avais été ridicule, me laissant submerger par les émotions. Je dois retourner au dispensaire, remplir ce questionnaire, accepter une certaine mise à distance de moi-même. La logique du questionnaire me transforme en un objet mesurable ? La belle affaire : ne sommes-nous pas un composé de substrats biologiques, une somme d'équations physico-chimiques, des réseaux de neurones ? Un peu d'objectivité ne devait pas nuire et plutôt que d'épancher mes affects dans une relation singulière, je devais accepter une démarche scientifique et moderne, et même post-moderne, car la modernité elle était bel et bien derrière nous et je devais vivre en accord avec mon temps.

Voilà ce qu'à peu près je me disais lorsque je repris le chemin du dispensaire, me préparant mentalement à me soumettre à la Question !

Mais j'avais beau mettre de la bonne volonté, cela se terminait toujours par un fiasco !

Il y avait toujours un moment où je dérapais, par exemple je répondais à la question : *"de quoi vous plaignez-vous ?"* Je frappais sur le clavier : *"douleur sous les côtes à droite"*. Une échelle apparaissait avec un curseur de 0 à 10, je



devais le déplacer et donner la mesure de ma douleur. Ici, débutaient mes hésitations : 1, 2 3, 4 ? Non ce n'était pas assez ! Alors 7, 8, 9 voire 10 ? Non ! C'était trop ! Une douleur n'est-elle pas difficile à cerner ? La mienne changeait d'intensité, elle possédait une palette infinie de nuances, en fonction de l'heure de la journée, des repas, des nouvelles du jour. Je concédais 6. Surgissaient alors des courbes pour fixer des points témoins de sa progression, des demandes suivaient sur les irradiations et là je vivais un dilemme : soit je réfléchissais pour répondre au plus près de mon ressenti, et je dépassais le temps imparti à la consultation, soit je répondais très vite, et donc n'importe quoi, et la machine me piégeait, car elle gardait en mémoire toutes mes réponses. Je me trouvais devant des messages d'alerte, "on" me signalait des erreurs, des incohérences, et finalement, las de me faire renvoyer d'écrans en écrans, de "confirmez-vous la validation ?", j'abandonnais.

Vous pensez peut-être que j'aurais dû me faire aider ?! Céline ? La pauvre !

Elle était seule pour une centaine de patients qui s'entassaient à la même heure dans la salle des "ordi", seule pour installer les nouveaux venus, encaisser les paiements, aider les plus anciens à obtenir leurs médicaments.

Demander de l'aide à mes voisins de bancs ? Tout ce petit monde était affreusement occupé. Une fois je remarquais une jeune fille qui n'était restée que quelques minutes devant l'écran et chose surprenante elle avait obtenu une ordonnance. Je m'approchais : "comment avez-vous fait pour obtenir l'ordonnance ?"

- Ce n'est pas une ordonnance mais un certificat.

- N'empêche comment avez-vous fait ?

- C'est simple, je dis à la machine ce qu'il faut qu'elle sache pour me donner un certificat.

- Et c'est vrai ce que vous avez dit ?" La fille me toisa de ses yeux bleus, dans leur profondeur j'y déchiffrais "pauvre débile". Elle lâcha : *"ici la vérité est hors sujet ! capito ?!"*

J'en déduisis qu'elle était italienne.

Un grave incident me fit comprendre que nous, tous ceux qui étions là assis à tenter de répondre au questionnaire, nous dis-je, nous en étions au même point !

Ce fût l'après-midi où des hurlements de rage remplirent notre espace. Sur le banc une voix chuchota : *"encore un qui craque"*, et de fait un patient hors de lui injuriait sa machine, la frappait de ses poings, tentait de la soulever pour la jeter à terre. Il n'en eût pas le temps, comme des oiseaux de proie des hommes de la sécurité lui fondirent dessus et l'entraînèrent vers l'issue de secours, celle où il était écrit en lettres de sang "interdiction de franchir cette porte, réservé au personnel de service". Qu'y avait-il derrière ? Après cet événement, rien que de lire le panneau, je frissonnais. La scène n'avait duré que quelques minutes mais assez pour que nous en comprenions le sens, et assez pour se dire que cela aurait pu être chacun d'entre nous. Quel est celui ou celle qui le premier s'est levé et a quitté la salle ?

Tous nous lui avons emboîté le pas, ce fût notre façon de protester. Quant au gars,

je ne l'ai jamais revu, la rumeur dit qu'il serait interné.

Peut-être pensez-vous que cette expérience est due en partie à mon ignorance de l'informatique ? Détrompez-vous, je suis né avec le troisième millénaire et l'ordinateur je l'ai trouvé dans mon berceau. C'est même tout le contraire ! C'est parce que je suis tellement familier de cet outil que je n'ai aucune illusion à son sujet, je ne crois pas à l'ordinateur tout puissant, super intelligence qui éclaire l'humanité déficiente, non ! Il y a toujours un homme, des hommes, un pouvoir derrière l'ordinateur et c'est cette certitude qui me mit la puce à l'oreille.

Un jour je connus un "état de grâce", un moment d'entente entre la machine et moi. Elle posait les questions, je répondais, une autre arrivait, je cochais au bon endroit, j'entrevois la fin du questionnaire : *"ressentez-vous des douleurs autres que celle décrite ?"*

Du temps que je cochais la case, l'écran s'éteignit ! Le "Oh !" que je pouvais rencontrer un écho puissant, je compris que l'ensemble des machines s'était éteint. Une voix anonyme sortie d'un haut parleur nous confirma le désastre : *"un incident technique vient de se produire, nous vous prions de bien vouloir nous en excuser, restez sur vos bancs, d'ici quelques minutes tout sera réparé"*. Une voix sur le banc chuchota : *"tu parles !"* En effet, les quelques minutes plus tard : *"Nous vous demandons d'évacuer la salle, vous pouvez vous présenter à l'accueil pour le remboursement de la séance"*. Je reculais devant la file impressionnante. Je me retrouvais frustré sur le trottoir, je me disais, une fois de plus, que je n'aurais droit ni à une prise de sang, ni à une radio, encore moins à une consultation, une vraie consultation. C'est tout juste, si l'imprimante crachait quelques fois une ordonnance avec paracetamol et phloroglucinol !

Une idée commençait à germer dans mon cerveau et il me fallut une dernière confrontation avec la machine pour qu'elle se révèle.

3^{ème} partie : Le secret

La douleur me rongea, je flottais dans mes vêtements, mes proches détournèrent le regard lorsque je les rencontrais. Je me mis à boire.

Un soir j'entrevis mon visage dans la glace et l'effroi me prit, traits affaissés, orbites creusées, un autre que moi prenait ma place, un personnage vieilli, triste, "au bout du rouleau" ! Je vidai la bouteille de whisky dans l'évier. Demain je retournerai au dispensaire pour en découdre avec la machine, ce serait elle ou moi !

Une nouvelle fois, déterminé, je franchis la porte de la salle de consultations après que Céline m'eût jeté un regard inquiet. Je lançais la machine et son questionnaire, les injures me montaient déjà aux lèvres lorsque la vérité m'aveugla : mon Dieu comme j'étais bête ! Pourquoi m'étais-je laissé bernier aussi longtemps ! Fallait-il que la douleur affaiblisse mes facultés intellectuelles : mais oui, c'était évident j'étais pris au piège d'un leurre, enserré dans un filet d'illusions, la machine fonctionnait comme une contrefaçon médicale, jamais, jamais il n'y aurait de suite à mes questions. Je pouvais attendre longtemps une prise de sang, une prescription d'exams, une consultation spécialisée : cela n'aurait jamais lieu, pire c'était la machine qui questionnait après question montait un dossier contre moi. Après tant de séances j'avais forcément livré de mon intimité !

J'eus envie de crier, de communiquer avec mes congénères : *"allez-vous en, foutez le camp, il n'y a rien à attendre, ils constituent des dossiers sur nous"*.

Je me levais mais je transpirais ; mon regard se brouillait, mes jambes étaient lourdes, je fis quelques pas, j'allais m'effondrer. C'est alors qu'une main légère se posa dans la mienne et me guida comme un aveugle.

J'ai dû perdre connaissance quelques minutes. Réveillé je pris conscience des corbeaux noirs de la sécurité qui m'entouraient. La voix de Céline s'interposa entre eux et moi : *"ne vous inquiétez pas, il a eu un malaise, il fait trop chaud dans la salle"*.

Ils hésitèrent puis tournèrent les talons, à mon grand soulagement.

Comment me suis-je retrouvé à l'air libre ? je n'en sais plus rien, j'étais vidé. La veille j'avais présumé de mes forces, même si j'avais démasqué la vérité, elle me laissait encore plus démuni qu'avant ! Et cette satanée douleur qui ne me lâchait plus ! Je sentis un objet au creux de ma main : un bout de papier plié. Qui me l'avait glissé ? Céline ? Je lus : Dr Ernst Bloch, Bd du 9 novembre 1981.

Je découvris l'entrée de la maison au bout d'une allée bordée de fleurs :

"Sonnez et entrez". Je traversais un hall, qui s'ouvrait sur une petite pièce où étaient assises des personnes de tous âges. Elles levèrent les yeux sur moi. Une dame se leva, pour rejoindre un visage couvert de cheveux gris, entrevu au-dessus d'une blouse blanche. Je me laissais choir à sa place. Je n'avais pas encore compris ce qui m'arrivait mais une fois posé je réalisais : C'était inouï ! J'étais assis dans une salle d'attente, la salle d'attente d'un médecin, d'un vrai médecin, d'un médecin en chair et en os ! J'anticipais, il m'inviterait à prendre place devant lui : *"Je vous écoute"*, une digue s'effondra en moi, j'avais tant de choses à lui dire, il m'accorderait toute son attention, puis : *"déshabilitez-vous"*, et ces doigts entreprendraient la lecture de mon corps. Je soupirais d'aise, j'étais arrivé, je touchais enfin au but, ma douleur glissait sur ses épaules. Ma voisine se pencha vers moi :

"vous savez, il n'est pas très commode, si vous n'êtes pas malade je vous conseille de ne pas rester."

- *Mais je suis malade, très malade.*

- *Mais vous avez l'air heureux !*

- *Je suis malade et heureux."*

Et devant son air interloqué : *"J'ai trouvé un médecin ! Remarquez, cela ne veut pas dire qu'il va me guérir mais au moins je suis certain, il va me soulager"*. Un sourire complice illumina son visage, et devant mes yeux éblouis, surgit la jeune fille d'autrefois. Nous nous rapprochâmes l'un de l'autre et c'était comme si nous partagions un secret...

L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

RÉGIME D'AUTORISATION
DES PROGRAMMES D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

Art.R. 1161-3.-Les programmes d'éducation thérapeutique du patient mentionnés aux articles L. 1161-2 à L. 1161-4 sont coordonnés par un médecin, par un autre professionnel de santé ou par un représentant dûment mandaté d'une association de patients agréée au titre de l'article L. 1114-1.

“Un programme doit être mis en œuvre par au moins deux professionnels de santé de professions différentes, régies par les dispositions des livres Ier et II et des titres Ier à VII du livre III de la quatrième partie.

Lorsque le programme n'est pas coordonné par un médecin, l'un de ces deux professionnels de santé est un médecin”.

Art.R. 1161-4-I. La demande d'autorisation d'un programme d'éducation thérapeutique du patient, mentionnée à l'article L. 1161-2, est adressée, par pli recommandé avec demande d'avis de réception, au directeur général de l'agence régionale de santé dans le ressort territorial de laquelle le programme d'éducation thérapeutique est destiné à être mis en œuvre.

“Lorsque le programme relève de la compétence territoriale de plusieurs agences régionales de santé, la demande est transmise au directeur général de l'une d'entre elles. Le directeur de l'agence régionale de santé qui prend la décision en informe les autres agences.

Ce dossier comprend des informations relatives :

- 1° Aux objectifs du programme et à ses modalités d'organisation ;
- 2° Aux effectifs et à la qualification du coordonnateur et des personnels intervenant dans le programme ;
- 3° A la population concernée par le programme ;
- 4° Aux sources prévisionnelles de financement.

La composition du dossier de demande d'autorisation est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

Le directeur général de l'agence régionale de santé se prononce dans un délai de deux mois à compter de la présentation d'une demande complète.L'autorisation est réputée acquise au terme de ce délai.

Le dossier est réputé complet si le directeur général a délivré un accusé de réception ou n'a pas fait connaître, dans le délai d'un mois à compter de sa réception, au demandeur, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, la liste des pièces manquantes ou incomplètes.

“III. L'autorisation est valable pour une durée de quatre ans. Elle peut être renouvelée par le directeur général de l'agence régionale de santé, pour une durée identique, sur demande du titulaire de l'autorisation adressée au plus tard quatre mois avant sa date d'expiration, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Les dispositions du II s'appliquent à ces demandes de renouvellement.

Art.R. 1161-5-I. Pour délivrer l'autorisation mentionnée à l'article R. 1161-4, le directeur général de l'agence régionale de santé s'assure que la demande d'autorisation répond aux exigences suivantes :

- 1° Le programme est conforme au cahier des charges mentionné à l'article L. 1161-2 ;
- 2° Les obligations mentionnées aux articles L. 1161-1 et L. 1161-4 relatives aux incompatibilités et interdictions pour l'élaboration des programmes et leur mise en œuvre sont respectées ;
- 3° La coordination du programme répond aux obligations définies à l'article R. 1161-3.

Lorsqu'un programme autorisé ne remplit plus les conditions mentionnées au I ou pour des motifs de santé publique, le directeur général de l'agence régionale de santé peut retirer l'autorisation délivrée.

Le retrait est prononcé par décision motivée après l'expiration d'un délai de trente jours suivant la notification d'une mise en demeure au titulaire de l'autorisation précisant les griefs formulés à son encontre.

Lorsque le programme est mis en œuvre selon des modalités susceptibles de mettre en danger la santé des patients, le directeur général de l'agence régionale de santé suspend, sans délai, l'autorisation accordée.

Art.R. 1161-6.-Toutes modifications portant sur le changement du coordonnateur mentionné à l'article R. 1161-3, sur les objectifs du programme ou la source de financement du programme sont subordonnées à une autorisation préalable après avoir été notifiées au directeur général de l'agence régionale de santé par pli recommandé avec demande d'avis de réception. Le silence gardé par le directeur général de l'agence régionale de santé pendant un délai de trente jours à compter de la date de délivrance de l'accusé de réception du pli recommandé vaut acceptation de ces modifications.

Les autres modifications des éléments de l'autorisation initiale font l'objet d'une déclaration annuelle.

Art.R. 1161-7.-L'autorisation mentionnée à l'article L. 1161-2 délivrée par l'agence régionale de santé devient caduque si :

- 1° Le programme n'est pas mis en œuvre dans les douze mois qui suivent sa délivrance ;
- 2° Le programme mis en œuvre ne l'est plus pendant six mois consécutifs. Toutefois, les dispositions des 1° et 2° ne trouvent pas à s'appliquer lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé prend une décision en ce sens en raison de circonstances particulières.

COMPÉTENCES NÉCESSAIRES
POUR DISPENSER L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

Art.D. 1161-1.-L'éducation thérapeutique du patient peut être dispensée par les professionnels de santé mentionnés aux livres Ier et II et aux titres Ier à VII du livre III de la quatrième partie du présent code.

Elle peut être assurée avec le concours d'autres professionnels.

Les membres des associations agréées conformément à l'article L. 1114-1 et des organismes œuvrant dans le champ de la promotion de la santé, la prévention ou l'éducation pour la santé peuvent participer à l'éducation thérapeutique du patient dans le champ déterminé par les cahiers des charges mentionnés à l'article L. 1161-2 et à l'article L. 1161-3.

Art.D. 1161-2.-Pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient, les professionnels mentionnés à l'article D. 1161-1 disposent des compétences suivantes :

- 1° Compétences relationnelles ;
- 2° Compétences pédagogiques et d'animation ;
- 3° Compétences méthodologiques et organisationnelles ;
- 4° Compétences biomédicales et de soins.

Le référentiel déclinant ces compétences et les conditions nécessaires à leur acquisition sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé.

Il est recommandé que les formations permettant l'acquisition des compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient s'appuient sur les contenus et objectifs pédagogiques définis par l'Organisation mondiale de la santé dans ses recommandations “Education thérapeutique du patient : programmes de formation continue pour les professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques” (recommandations d'un groupe de travail de l'OMS, bureau régional pour l'Europe, 1998).

Quinze compétences sont définies par les recommandations de l'OMS pour permettre la conduite des séances ou temps d'éducation thérapeutique, individuellement ou en équipe pluridisciplinaire.