

LE JOURNAL DES MEDECINS LIBERAUX

PROVENCE ALPES CÔTE D'AZUR

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ



N°43 • Mai 2013
ISSN : 1969-8356

TRAVAUX

- Violences faites aux femmes
- "Pass Santé +"
prévention-contraception

ACTUALITES

- La PDSA évolue
- PTL : otages des
groupes financiers ?

EXERCICE

- Le Comité Médical
Départemental

Le Médecin Libéral : Sentinelle de la veille sanitaire



Congrès Santé-Environnement PACA
6 & 7 décembre 2013 - Marseille - Palais du Pharo

- **NOUVEAU** : les fiches juridiques de l'URPS ML PACA
- Coqueluche, vaccination contre le pneumocoque,...
- Greffe pulmonaire : une révolution est en marche

TRAVAUX DE L'UNION

Save the date ! 6 & 7 décembre 2013.....	4
Travaux des Collèges et Commissions de votre Union : état des lieux	
Commission EVS & Santé Publique.....	6
Commission Formation Professionnelle Continue.....	7
Violences faites aux femmes.....	8
Le "Pass Santé +" prévention-contraception.....	10

ACTUALITÉS

Le nouveau dispositif de permanence des soins ambulatoires en PACA.....	12
Acteurs des PTL : nouveaux otages des groupes financiers.....	14
Ouverture du Centre Universitaire Fernando Pessoa France dans le Var. La polémique s'installe.....	16
Greffe pulmonaire : une révolution est en marche.....	18

JURIDIQUE

L'avenant 8 de la Convention médicale.....	20
Médecin secteur 3.....	24

SANTÉ PUBLIQUE

Le dispositif M.A.I.A.....	26
Coqueluche : recrudescence et nouvelles modalités de diagnostics biologiques.....	28
Fiche : Vaccination contre le pneumocoque.....	29

EXERCICE PROFESSIONNEL

Association de promotion pour la santé des soignants.....	31
Le Comité Médical Départemental.....	32
L'homéopathie : principes et bases.....	30

LIBRE EXPRESSION

Le Papillon du Pr JF Mattei.....	38
Fait d'hiver ou la Tragédie au quotidien.....	40

EN BREF	42
----------------------	----

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 : CPROD (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.

**Cette revue est téléchargeable sur
www.urps-ml-paca.org
rubrique "travaux"**

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ



**Restons en contact et bénéficiez
d'informations professionnelles
par e-mails :**

**Inscrivez-vous
pour recevoir l'e-journal
de votre Union sur
www.urps-ml-paca.org**

**Vous désirez réagir à un article ?
L'actualité professionnelle vous
inspire des réflexions ?**

**Inscrivez-vous sur
le blog de l'URPS ML PACA
Rendez-vous sur
www.urps-ml-paca.org
rubrique "le blog"
et suivez la procédure d'inscription**

VOUS AVEZ DIT : “SÉCURITÉ SANITAIRE ?”

Depuis plusieurs semaines, il ne se passe pas un seul jour sans que nous ne soyons mis en cause pour une soit disant légèreté dans les prescriptions ou pire une collusion avec l'industrie pharmaceutique !!!!

Cela suffit !!!

Tous ces détracteurs si prompts à faire le buzz qui naturellement lavent plus blanc que blanc semblent oublier que nous ne sommes pas responsables de l'autorisation de mise sur le marché des produits pharmaceutiques et encore moins des prix de remboursement !!!

La demande d'AMM est âprement discutée voire même négociée entre le ministère de la santé et le demandeur sans que jamais l'avis des professionnels libéraux ne soit demandé.

Pire encore les indications de l'AMM sont souvent réduites pour des raisons toutes budgétaires et politiques.

Alors stop à la désinformation et à la subversion savamment orchestrées, cartes sur tables mesdames et messieurs les décideurs :

Dites-nous pourquoi le même médicament mis en vente en France à un prix l'est à un prix beaucoup plus bas dans un autre pays d'Europe ?

Dites-nous pourquoi vous dépensez tant d'argent à faire la promotion des médicaments génériques alors qu'il suffirait d'appliquer le tarif forfaitaire de remboursement (TFR= à molécule identique remboursement identique) ?

Dites-nous pourquoi vous ne nous dites pas tout sur les quelques cas d'accidents iatrogéniques et sur le non respect de certains patients des conseils que nous leurs prodiguons (tabac et pilule, obésité et pilule, lutte contre les facteurs de risque, comportements à risques....)

Dites-nous pour quelles raisons les éventuels abus de prescriptions hors AMM ne sont pas immédiatement signalés aux instances disciplinaires compétentes par les caisses d'Assurance Maladie qui connaissent aujourd'hui toutes nos prescriptions dans le détail et en temps réel ?

Dites-nous quelle attitude prendre vis-à-vis de nos patients qui sortent de l'hôpital avec des prescriptions faites hors AMM par de prestigieux Professeurs ?

Il est grand temps que la politique du parapluie à outrance face place à la politique du pragmatisme et de la responsabilité, les médecins Libéraux sont prêts à relever le défi mais dans la transparence et à condition qu'ils soient clairement informés.



Dr Jean-François GIORLA
Président de l'URPS ML PACA



SAVE THE DATE !!! 6 ET 7 DÉCEMBRE 2013

par le Dr Rémy SEBBAH,
Généraliste à Marseille, Secrétaire de l'URPS Médecins Libéraux PACA, Président du Comité d'Organisation

**Vous trouverez, joint à cette revue,
le dépliant présentant les modalités
d'inscription au Congrès ainsi que
toutes les informations pratiques.
INSCRIVEZ-VOUS VITE !!!!**

CONGRÈS SANTÉ-ENVIRONNEMENT PACA



Les Pathologies Environnementales Emergentes

**6 & 7 Décembre 2013
Marseille - Palais du Pharo**

www.congres-sante-environnement-paca.org

Si vous voulez en savoir plus sur les Bactéries Multi Résistantes et l'impasse dans laquelle nous nous trouvons pour inventer de nouvelles molécules antibiotiques :

SAVE THE DATE !

Si vous êtes perplexes devant l'émergence de nouvelles pathologies infectieuses, d'autant que vous auriez pu en faire vous-même le constat :

SAVE THE DATE !

Si votre pratique clinique vous autorise à vous intéresser à la génétique, l'épigénétique et les maladies orphelines :

SAVE THE DATE !

Si vous avez des difficultés à faire le tri des études et du déferlement médiatique concernant l'impact sur la Santé de la Personne Humaine et celle des êtres vivants, des rayons ionisants, des rayons électromagnétiques et des nano particules:

SAVE THE DATE !

Si vous doutez de la véracité de l'incidence de perturbateurs chimiques sur le système endocrinien, de la réalité des résidus médicamenteux dans les eaux, et de l'existence de pollution chimique des lieux de vie et de travail :

SAVE THE DATE !

Si, pour vous, Santé et Environnement rime avec les notions d'environnements cognitif, socio-anthropologique et comportemental :

SAVE THE DATE !

Si, enfin, la curiosité scientifique et intellectuelle vous pousse à en savoir plus sur le moustique tigre, les cyanobactéries, les allergies au pollen de cyprès et l'écosystème méditerranéen :

SAVE THE DATE !

**6 ET 7 DÉCEMBRE 2013
RÉSERVEZ CETTE DATE**



1^{er} CONGRÈS SANTÉ-ENVIRONNEMENT

Provence Alpes Côte d'Azur

Les Pathologies environnementales émergentes

6 & 7 Décembre 2013
Marseille - Palais du Pharo

ORGANISATION



UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ



PARTENAIRE



UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ



TRAVAUX DES COLLEGES ET COMMISSIONS DE VOTRE UNION : ETAT DES LIEUX

COMMISSION ENVIRONNEMENT, VEILLE SANITAIRE ET SANTÉ PUBLIQUE

par le Dr Guy RECORBET,
Généraliste à Marseille, Coordonnateur de la Commission EVS de
l'URPS Médecins Libéraux PACA

Environnement : Mythe ou Réalité ?

Force est de constater que si le risque environnemental est proportionnel aux efforts des institutions concernées, nous avons quelques inquiétudes à nous faire...

La commission Environnement, Veille Sanitaire et Santé Publique est un acteur devenu incontournable vis à vis de ces institutions car rien ne peut se faire, du moins peut-on le penser, sans les médecins libéraux.

Trois grands axes de travail sont donnés à la commission.

MELIERE (MEdecine Libérale et Evaluation des Risques Environnementaux)

dont le but est **le recueil, en quelques clics, des cas de cancers atypiques dans notre région** afin de localiser les zones géographiques de certains cancers mais aussi **d'aider les médecins libéraux dans leur diagnostic**. Chaque fois que vous saisissez un cas vous aurez dans un premier temps une réponse automatisée qui vous donnera un numéro de patient. Dans un second temps vous recevrez par mail les conclusions du comité de pilotage.



Allez faire un tour sur www.urps-ml-paca.org dans le pavé **MELIERE** et saisissez les cas de cancer que vous jugez atypique soit par leur âge d'apparition soit par leur fréquence, familiale ou géographique.

Le Congrès "Les pathologies environnementales émergentes"

qui aura lieu les **6 & 7 décembre 2013 au palais du Pharo à Marseille** en partenariat avec les URPS Médecins Libéraux Corse et Haute Normandie.

Projet ambitieux qui fait de Marseille, capitale européenne de la culture 2013, la vitrine de la méditerranée en matière de Santé Environnementale. **Les plus grands noms de l'environnement : Biologique, Physique, Chimique, Cognitif, Socio-anthropologique et Comportemental seront au rendez vous.** Le grand public y est invité la dernière demi-journée.

A nous d'en être les ambassadeurs afin d'en faire une réussite pour notre URPS.

Le troisième axe

se place dans un environnement social et familial, car si l'on parle beaucoup de l'air intérieur des habitations, on ne parle pas beaucoup du climat qui y règne et qui peut être délétère pour les adolescents, aussi la commission a décidé de se pencher sur **le suicide de ces derniers**.

L'objectif de ce travail est de permettre aux médecins libéraux d'être mieux armés face à ce fléau qui touche notre jeunesse et d'avoir des outils de dépistage et de prise en charge.

Comme vous le constatez la commission EVS&SP, au même titre que de nombreuses autres commissions de l'URPS ML PACA ne chôme pas, **mais rien ne peut se faire sans la participation de tous**, alors à vos claviers sur www.urps-ml-paca.org.

Vous recherchez une formation DPC agréée OGC en région PACA ?

**Rendez-vous sur : www.urps-ml-paca.org
rubrique "les formations DPC en PACA"**

**Ce portail vous permettra de trouver, à l'aide d'une recherche multicritères,
la formation qui vous convient.**

COMMISSION FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE

par le Dr Laurent SACCOMANO,
Généraliste à Mouans-Sartoux, Coordonnateur de la Commission
Formation professionnelle Continue de l'URPS Médecins Libéraux PACA

**Le Développement Professionnel Continu (DPC)
sera bientôt opérationnel !**

La longue mise en place du développement professionnel continu et ses multiples péripéties vont enfin aboutir. **Les organismes peuvent désormais proposer leurs programmes sur le site de l'OGDPC et, début avril, les médecins pourront enfin s'inscrire sur le site de l'OGDPC, aux programmes de formations de leur choix.**

Chaque médecin devra **valider au moins un programme de DPC par an.**

Un DPC doit :

- être conforme à une orientation nationale ou régionale de DPC.
- comporter une des méthodes et des modalités validées par l'HAS
- être mis en oeuvre par un organisme de DPC enregistré et évalué positivement par la commission scientifique indépendante.

Le programme de DPC associe deux activités :

- Une analyse des pratiques professionnelles
- L'acquisition / perfectionnement des connaissances.

Les programmes peuvent s'effectuer de manière **présentielle** ou **non présentielle** (à distance/ e-learning) et peuvent être de **durée variable**.

L'indemnisation du médecin participant est calculée en fonction du temps passé au suivi de ces programmes, ainsi qu'au déroulé de ce programme.

En présentiel, le médecin percevra une indemnisation équivalente à 172.50 € par 1/2 journée suivie.

En non présentiel, il percevra une indemnisation de 517.50 € pour le suivi d'un programme de DPC quel que soit le nombre d'étape suivies (étape d'analyse des pratiques professionnelles / étape de renforcement de connaissance...).

En 2013, chaque médecin français bénéficiera d'une enveloppe de 3700 €, (montant maximal regroupant à la fois son indemnisation pour le suivi d'un ou plusieurs programmes et les forfaits correspondants versés à l'organisme mettant en place le ou les programmes suivis).

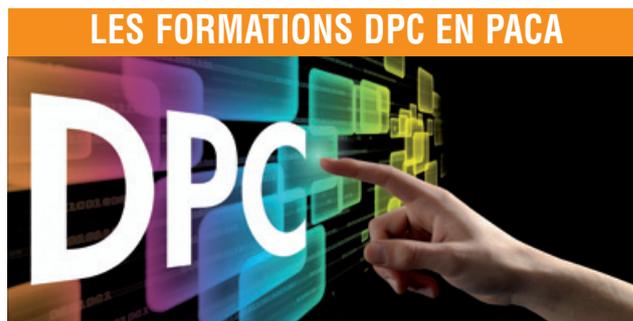
Le médecin aura ainsi la possibilité de s'inscrire à autant de programmes de DPC qu'il le souhaite dans la mesure où l'enveloppe le lui permet.

Le forfait maximal de prise en charge par programme est évalué à 2 990 € (comprend l'indemnisation du médecin et le forfait pour l'organisme proposant le programme).

Le montant des forfaits de prise en charge du DPC se calculeront automatiquement lors de l'inscription des programmes par les ODPC sur leur espace dédié.

Vous pourrez retrouver l'ensemble des programmes proposés en région PACA par les organismes de formation, directement sur le site de l'union dans la partie réservée au DPC.

Venez nombreux retrouver nos formations et vous y inscrire !





VIOLENCES FAITES AUX FEMMES :

LA RÉSIGNATION NE DOIT PAS ÊTRE L'ANTICHAMBRE DE LA LÂCHETÉ !

par le Dr Paul Fredenucci, Angiologue à Marseille

Coordonnateur du comité de pilotage "Maltraitance" de l'URPS Médecins Libéraux PACA

Le rapport de l'Assemblée générale des Nations Unies, 1993, définit comme violence faite aux femmes : "[...] tout acte de violence basé sur l'appartenance au sexe féminin, qui a ou peut avoir comme conséquence un dommage ou une souffrance physique, sexuelle ou psychologique pour la femme, ainsi que les menaces de violence, le harcèlement ou la privation arbitraire de liberté, qui se produisent aussi bien dans la sphère publique que dans la sphère privée." (article 2-ONU, 1993).

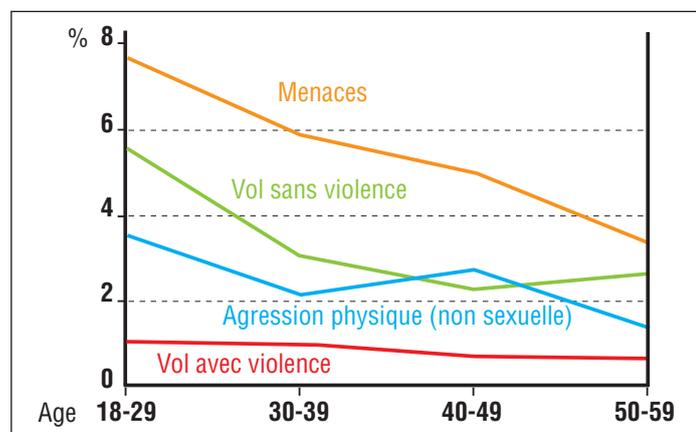
Des chiffres qui interpellent

Suivant les données statistiques, certainement sous estimées, moins de 10% des femmes déposant plainte, une sur cinq a été victime de violences et un viol se produirait toutes les 2 heures, dont 3 000 par an sur le lieu de travail (enquête INSEE 2007¹).

Une femme décède tous les 3 jours en France sous les coups de son conjoint ou ex-conjoint (ONDRP 2011²). 20% des victimes de violences physiques et 1/3 des victimes de violences physiques intraconjugales ne portent pas plainte et n'en parlent pas à leur médecin, ni à une association, ni à leurs amis¹.

En France en 2011, 122 femmes sont décédées au sein du couple, victimes de leur partenaire ou ex-partenaire de vie (3).

Les violences touchent toutes les couches sociales mais elles sont plus fréquentes chez les moins de 30 ans, essentiellement lors d'une grossesse ou d'une séparation.



Champ : femmes de 18-59 ans.

Source : Insee, enquête Cadre de vie et sécurité 2007

La région PACA est en seconde position derrière l'Île de France avec 21 décès de femmes en 2010. (PRS 2012-2014⁴).

L'URPS ML PACA anticipe la publication du 3^{ème} plan interministériel !

Face à ce problème de santé publique le médecin libéral a certainement un rôle majeur à tenir. Dans son rapport rédigé à la demande du ministère de la santé en février 2001, le Professeur Roger HENRION écrivait: "le médecin a un rôle clé dans le dépistage des violences, le recueil de l'histoire et la rédaction d'un certificat, pièce essentielle lors d'un dépôt de plainte....mais le médecin est souvent pris en tenaille entre le secret médical et la non-assistance à personne en danger".

De plus il semblerait suivant les travaux de STARK (1979), que la violence s'avèrerait 10 fois plus fréquente que ne la perçoivent les médecins. Sur un échantillon de 357 médecins généralistes, 60 % d'entre eux affirment n'avoir jamais rencontré de femmes victimes de violence conjugale (GONZO, 1995).

L'URPS ML PACA s'honore d'avoir anticipé le 17 octobre 2012 la publication, le 13 novembre 2012, du 3^{ème} plan interministériel 2011-2013, présenté le 13 avril 2011. La plupart des objectifs sont similaires, en particulier la nécessité de sensibiliser et de mobiliser les médecins libéraux à la problématique des violences faites aux femmes. "Compte tenu de leur rôle majeur en matière de repérage, d'accompagnement et de prise en charge des victimes, il apparaît essentiel de relancer des actions de sensibilisation..., sachant qu'ils méconnaissent cette problématique voire ne se sentent pas impliqués. Ces derniers sont en effet ceux qui reçoivent le moins de formation spécifique, alors même qu'ils ont un rôle central à jouer en termes de repérage et de prise en charge" (pour en savoir plus : <http://www.femmes-egalite.gouv.fr/>).

En effet votre URPS, lors du comité de pilotage "Maltraitance" (COPI) du 17 octobre 2012, a décidé, comme précédemment pour "l'enfant en danger", de rédiger un guide sur "les violences faites aux femmes", élargi aux effets collatéraux sur les enfants exposés dès la vie intra utérine aux violences du couple (axe VII du 3^{ème} plan interministériel). Dans cet ouvrage les médecins libéraux pourront trouver les outils nécessaires pour dépister,

accompagner les victimes et lever tout frein à la prise de décision en leur âme et conscience, décision pouvant conduire jusqu'au signalement soit à la Cellule de Recueillement des Informations Préoccupantes du Conseil général (CRIP), soit au Parquet.

L'alternative soulevée par le Professeur HENRION (*"tenaille entre le secret médical et la non-assistance à personne en danger"*) ne peut justifier à elle seule que le médecin libéral s'exonère de la prise en charge de ses patientes victimes de violences. L'hésitation voire la résignation serait alors l'antichambre de la lâcheté, attitude que l'éthique médicale ne saurait accepter.

Le COPIL Maltraitance a entrepris une démarche réflexive à partir de nombreux cas cliniques dont certains sont rapportés dans le guide afin de lister les difficultés rencontrées par le médecin libéral face à cette problématique et proposer pour chaque cas une attitude et une réponse consensuelles, validées avec nos partenaires.

L'expertise et la contribution du Parquet de Marseille, de l'Ordre des médecins du 83, du service de Médecine légale de Marseille, de psychologues, du Conseil général du 06, de l'ARS, de juristes, de la PMI du 06 et des associations SOS Viol et SOS Femmes ont apporté l'éclairage et les connaissances indispensables à la prise de décision, très souvent difficile devant une violence avérée ou suspectée, dont les conséquences peuvent être lourdes pour la victime comme pour le médecin. En effet l'article 223-6 du code pénal sur la non-assistance à personne en danger pourrait trouver application si un médecin, délié du secret par les dispositions de l'article 226-14, ne prenait pas les mesures nécessaires pour faire cesser le risque couru par la victime, notamment en signalant les faits à l'autorité judiciaire.

L'intérêt de cette démarche est apparu rapidement comme très pertinent, un grand nombre de victimes ne réussissant pas à communiquer avec leur médecin par honte de leur situation ou par peur d'en parler. Certaines femmes qui se présentent devant les associations font la même remarque *"Je n'arrive pas à le dire à mon médecin"*. Le manque de temps du praticien est considéré comme un obstacle aux confidences mais celui-ci ne doit pas être culpabilisé car il voit la patiente à un moment donné dans un contexte donné et la victime peut être elle-même dans le déni et ne pas évoquer les violences.

L'écoute avec empathie est la première démarche mais encore faut-il poser par la suite les bonnes questions. L'interrogatoire

PRÉSENTATION DU COLLOQUE DU 20 JUIN 2013

Lieu : Faculté de Médecine, amphithéâtre GRISOLI

Population ciblée : les Médecins Libéraux de la région PACA

Partenaires : ARS, Conseil général du 13 et du 06, Parquet de Marseille, Ordre des médecins du 83, cohésion sociale du 83, PMI du 06, déléguée régionale PACA aux droits des femmes et à l'égalité, Ville de Marseille, Faculté de médecine de Marseille, Université d'Aix Marseille, service de Médecine légale, associations SOS femmes, SOS viols.

Intervenants : les personnalités ayant participé aux travaux du copil

PRÉ PROGRAMME*

19h00 : Buffet d'accueil et élargement

19h30 : Présentation du colloque, des intervenants et de la problématique par le Dr Jean-François GIORLA, Président de l'URPS ML PACA

19h40 : Présentation du déroulement du colloque par le Dr Rémy SEBBAH, secrétaire de l'URPS ML PACA

19h50 : Diaporama "synthèse des travaux du comité de pilotage sur la maltraitance" et présentation du guide "violences faites aux femmes" par le Dr Paul FREDENUCCI, coordonnateur du comité de pilotage maltraitance

20h00 : Présentation de 3 films mettant en exergue les violences faites aux femmes et leurs conséquences psychologiques (honte, isolement, etc.), et les dégâts collatéraux sur les enfants confrontés aux violences conjugales dès la vie intra utérine. (Durée 3 minutes par film).

20h15 : Séance plénière interactive avec la participation des contributeurs à l'élaboration du guide "violences faites aux femmes"

22h30 : Conclusion

22h45 : Fin

est en effet une étape particulièrement difficile car il renvoie à la sexualité de chacun. Le médecin peut également être celui de l'agresseur, ce qui complique la relation.

Sur le plan pratique les confrères libéraux trouveront dans le guide réponse à plusieurs de leurs interrogations dont :

- Quels sont les signes d'appel, sachant que pris séparément ils peuvent apparaître banaux mais deviennent évocateurs lorsqu'ils sont en faisceau ?
- Comment libérer la parole ?
- Comment accompagner une victime ?
- Quand et comment rédiger un certificat initial ? Fixer une ITT ?
- Quand et comment faire un signalement ?
- Quelles sont les coordonnées des personnes ressources ?

En règle générale le médecin ne doit pas être seul mais doit s'entourer d'une équipe pluridisciplinaire.

Le guide sera présenté à l'occasion du colloque **"violences faites aux femmes"**, organisé par l'URPS ML PACA, qui se tiendra le 20 juin 2013 à la Faculté de médecine de Marseille avec la participation de l'ensemble des contributeurs du guide. (voir programme ci-dessus)

1 - Insee, enquête Cadre de vie et sécurité 2007. 2 - ONDRP (Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales)

3 - Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple en 2011 : Ministère de l'Intérieur - Délégation aux victimes).

4 - Plan Régional Stratégique en faveur de l'égalité entre les femmes et les hommes, 2012 - 2014 en Provence-Alpes-Côte d'Azur).

LE "PASS SANTÉ +" PRÉVENTION-CONTRACEPTION

Par Madame Fanny Jozancy,
Directrice d'études de l'URPS-ML, et le service santé alimentation du Conseil Régional PACA

Le 14 mars 2013, le Conseil Régional lançait le "PASS Santé+ prévention-contraception".

L'URPS Médecins Libéraux PACA est étroitement associée à ce projet ambitieux.

Pourquoi ?

La région Provence Alpes Côte d'Azur connaît un taux d'IVG bien supérieur à la moyenne nationale, y compris chez les mineures (15,3/1000 vs 11,3/1000 France entière – source DREES).

Le Conseil Régional a donc décidé de faire de l'accès à la prévention et à la contraception un axe prioritaire de la politique régionale menée en faveur des jeunes de 16 à 25 ans dans le domaine de la santé et de la prévention.

Après avoir consulté et impliqué un grand nombre de partenaires, la Région a élaboré le dispositif régional d'accès à la contraception pour tous, qui se décline en trois volets :

- **Volet 1** - La mise en œuvre de formations spécifiques aux acteurs relais afin d'offrir un accompagnement pertinent et de renforcer la prévention auprès des jeunes.
- **Volet 2** - La création d'un site collaboratif géré par le Planning Familial : www.parlons-ici.org.
- **Volet 3** - L'accès confidentiel et gratuit à la contraception grâce au chéquier "PASS santé+ prévention-contraception".

C'est dans la mise en œuvre de ce dernier volet que l'URPS Médecins libéraux PACA est particulièrement impliquée.

Pour qui ?

Le dispositif est destiné aux jeunes filles et garçons de moins de 26 ans résidant en région PACA, et bénéficiant d'un des statuts suivants : lycéen, apprenti, étudiant, stagiaire de la formation professionnelle, accompagné en mission locale, inscrit en service civique ou à Pôle Emploi.

Comment ?

Le jeune fait sa demande de chéquier "PASS Santé+ prévention-contraception" sur le site www.génération.regionpaca.fr.

Pass santé
Prévention
Contraception

Région
Provence-Alpes-Côte d'Azur

generation.regionpaca.fr
parlons-ici.org

« Je ne sais pas quelle contraception choisir, qui peut m'aider ? », « J'ai peur du SIDA, je fais quoi ? », « ma copine n'a pas ses règles, et si elle était enceinte ? »... Avec le PASS Santé + Prévention-contraception, accédez à des consultations médicales, une contraception adaptée et au dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST).

■ **QUELS BÉNÉFICIAIRES ?**
Les jeunes de moins de 26 ans inscrits dans un lycée, un Centre de formation des apprentis (CFA), un établissement de sanitaire et social, un établissement d'enseignement supérieur, une mission locale ou engagé en service civique dans le territoire de Provence-Alpes-Côte d'Azur.

■ **COMMENT L'OBTENIR ?**
En le commandant sur generation.regionpaca.fr
• Fournir une pièce justificative : certificat de scolarité, ou toute autre pièce justifiant de votre statut.
• Envoi du chéquier-coupon à l'adresse postale de votre choix, sous pli confidentiel.

■ **QUE CONTIENT-IL ?**
Il vous permet de rencontrer gratuitement un professionnel de santé pour :
• avoir une première information sur la sexualité et la contraception,
• poser toutes vos questions à un professionnel,
• faire un test de dépistage des infections sexuellement transmissibles,
• obtenir un moyen de contraception adapté pour au minimum un an (pilule, patch, anneau, diaphragme pour un an ou implant ou Dispositif Intra-utérin).

Le PASS est confidentiel, gratuit et s'utilise sans votre carte vitale.

Pour toute information concernant le Pass Santé +
04 88 73 80 00 ou pass-sante@info-regionpaca.fr
Pour commander votre chéquier : generation.regionpaca.fr

Site partenaire : parlons-ici.org

Elle se fait en deux étapes :

- Le jeune saisit ses coordonnées puis sa demande de chéquier.
- Le jeune adresse la pièce justificative de son statut par courrier ou par voie électronique.

Le Service Santé-Alimentation de la Région adresse alors le chéquier sous pli confidentiel à l'adresse indiquée par le jeune (à son domicile ou à toute autre adresse de son choix).

Le chéquier se compose de 9 coupons permettant aux jeunes d'accéder à un suivi médical et à la délivrance de tout type de contraceptif pour une durée de trois à cinq ans maximum :

- 1 coupon "1^{ère} consultation médicale", utilisable chez les médecins (généralistes ou gynécologues) et les sages-femmes ;

- 1 coupon “analyses biologiques”, utilisable dans un laboratoire de biologie médicale ;

ou {

- 1 coupon “implant ou D.I.U” ;
- 4 coupons “pilule/patch/anneau/diaphragme” ;

- 1 coupon “préservatif” ;

- 1 coupon “2^{ème} consultation médicale”.

Les coupons constituent un moyen de paiement. Les prestations sont remboursées directement aux professionnels par le Conseil Régional, elles seront donc effectuées sans le contrôle de la carte vitale.

Pour les médecins, le remboursement sera de 33 € maximum, porté à 42 € lors de la deuxième consultation en cas de pose d'un implant ou d'un DIU.



EN PRATIQUE POUR LES MÉDECINS

Le professionnel de santé récupère auprès du jeune le coupon lié à l'acte.

Il vérifie la validité du coupon et renseigne : la date de l'acte, son numéro SIREN, le montant réel facturé, et appose sa signature et son cachet.

Il adresse le ou les coupons au service Santé-Alimentation de la Région en joignant, pour la première demande, le bordereau d'identification, la copie de son inscription au répertoire SIRENE et un R.I.B.

SERVICE SANTE ALIMENTATION

PASS SANTE+ prévention-contraception

LIBRE REPONSE 34143

13599 MARSEILLE CEDEX 20

Ligne directe : 04 88 73 80 00 / Pass-sante@info-regionpaca.fr

A réception de ces documents, la Région s'engage à payer le professionnel de santé par virement bancaire sous un mois, dans la limite des tarifs indiqués ci-dessus.

Le bordereau d'identification est téléchargeable sur les sites www.infogrefe.fr et www.generation.regionpaca.fr.

Il figure également en dernière page du guide destiné aux professionnels de santé.

Un guide explicitant le dispositif et spécifiquement destiné aux professionnels de santé a été envoyé à tous les médecins libéraux concernés, par le Conseil Régional au cours des mois de mars et avril 2013.

Tous les liens utiles sur
www.urps-ml-paca.org

LE NOUVEAU DISPOSITIF DE PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES (PDSA) EN PACA

(À COMPTER DU 1^{ER} FÉVRIER 2013)

par le Dr Simon BIHAR, Généraliste à NICE.



La permanence des soins a pour objet de garantir aux malades un meilleur accès aux soins en dehors des heures usuelles d'ouverture des cabinets médicaux et des établissements de santé.

C'est dans le cadre de cette nécessité de permanence des soins qu'a été organisée institutionnellement la Permanence Des Soins Ambulatoires ou, en abrégé, la PDSA.

L'ancien dispositif de PDSA en vigueur, en PACA, jusqu'aux arrêtés des 29 janvier et 1^{er} février 2013 :

Jusqu'à la loi HPST de 2009, et en pratique, en PACA, jusqu'au 31 janvier 2013, la PDSA était régie par un dispositif conventionnel n'impliquant que les 3 acteurs suivants :

- Médecins généralistes libéraux,
- CPAM,
- Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins ;

Ainsi la permanence des soins ambulatoires (PDSA) était organisée dans le cadre des dispositions de la convention médicale des médecins de 2005.

Les CPAM versaient les forfaits de gardes et d'astreinte directement aux médecins sur la base des montants des forfaits prévus par la convention : après réception du tableau de garde transmis par le Conseil de l'Ordre Départemental des Médecins (CDOM) et des demandes d'indemnisation des médecins .

Le nouveau dispositif de PDSA en vigueur, en PACA, à partir du 1^{er} février 2013

La loi HPST de 2009 - (loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires)- a confié l'organisation de la permanence des soins ambulatoires PDSA aux **Agences Régionales de Santé (ARS)**.

Ce nouveau dispositif se devant d'entrer

en vigueur une fois que le cahier des charges de la permanence des soins aura été arrêté par le directeur de l'ARS PACA.

L'arrêté N°2013029-0002 du 29.01.2013 modifié et complété par **l'arrêté N°2013032-0007 du 01.02.2013** du Directeur général de l'ARS PACA, fixe le **cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires (PDSA)** dans le respect des objectifs fixés par le schéma régional d'organisation des soins.

1- LE PRINCIPE DE LA PDSA :

La PDSA est organisée en **secteurs fixés par l'ARS** et en lien avec la régulation des appels effectuée par le **centre 15**.

Elle a pour objet de répondre aux besoins de **soins non programmés de la population** :

- Tous les soirs de 20h à 8h;
- Le samedi de 12h à 20h ;
- Le dimanche et les jours fériés de 8h à 20h ;
- Le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié ;
- Le lundi lorsqu'il précède un jour férié.

2- LA RÉMUNÉRATION DE LA PDSA :

La rémunération de la PDSA est **identique en tout point du territoire régional de la PACA** :

A- Rémunération de la régulation (médecins régulateurs) :

L'activité de régulation libérale aux heures de PDSA est rémunérée de la façon suivante :

70 €/ heure

(montant prévu par l'arrêté du 20 avril 2011)

- Tous les jours de 20h à minuit,
- Les samedis de 12h à 20h,
- Les dimanches et fériés de 8h à 20h,
- Les vendredis de 8h à 20h et samedis de 8h à 12h lorsqu'ils suivent un jour férié,
- Les lundis de 8h à 20h lorsqu'ils précèdent un jour férié

92 €/ heure

tous les jours de minuit à 8h.

B- Rémunération de l'effectif (médecins effecteurs) :

L'activité de garde est rémunérée par un forfait d'astreinte de **50 € par période de quatre heures** :

- **50 €** tous les jours de 20h à minuit ;
- **100 €** tous les jours de minuit à 8h ;
- **100 €** les samedis de 12h à 20h ;
- **150 €** les dimanches et fériés de 8h à 20h, les vendredis de 8h à 20h lorsqu'ils suivent un jour férié et les lundis de 8h à 20h lorsqu'ils précèdent un jour férié ;
- **50 €** les samedis de 8h à 12h lorsqu'ils suivent un jour férié.

C- Rémunérations de la majoration de la consultation ou de la visite (inchangées)

Les actes dispensés dans le cadre de la PDSA sont rémunérés selon la nomenclature et liquidés dans les conditions de droit commun par les caisses d'assurance maladie.

	Acte à domicile	Acte au cabinet
Majoration spécifique de nuit entre 20h et 0h ou entre 6h et 8h	VRN 46,00 €	CRN 42,50 €
Majoration spécifique de milieu de nuit entre 0h et 6 h	VRM 59,50 €	CRM 51,50 €
Majoration spécifique de dimanche et jours fériés. S'applique au samedi après-midi et au lundi de jours fériés, vendredi et samedi matin, lendemains de jours fériés	VRD 30,00 €	CRD 26,50 €

D- Modalités de traitement des demandes de rémunération

1- Chaque début de mois, le Conseil départemental de l'Ordre des médecins valide les tableaux de gardes du mois précédent, au plus tard dans un délai de 5 jours ouvrés.

2- Les tableaux de gardes, ainsi validés, sont ensuite transmis à la délégation territoriale de l'ARS.

3- L'ARS donne son accord, pour paiement, à la CPAM dans un délai de 5 jours ouvrés à compter de la date de transmission.

4- La Caisse Primaire d'Assurance Maladie, (Service "Etablissements de santé") procède alors au contrôle du "service fait" sur la base des documents suivants :

- le tableau de garde validé par l'ARS;
- la demande individuelle de paiement des forfaits transmise par le médecin au Service "Etablissements de santé", comprenant :

- le récapitulatif du secteur et des périodes,
- les demandes d'indemnisation
- les attestations signées de participation à la permanence des soins.

Sur la base de ces documents et sous réserve du respect du cahier des charges, la CPAM procède alors au paiement des forfaits de régulation et d'astreinte.

Sources :

1- CPAM 06 (Service Réglementation),

2- ARS PACA :

<http://www.ars.paca.sante.fr/Permanence-des-soins-ambulatoir.153673.0.html>

<http://www.ars.paca.sante.fr/Cahier-des-charges-regional-de.133290.0.html>



ACTEURS DES PLATEAUX TECHNIQUES LOURDS : NOUVEAUX OTAGES DES GROUPES FINANCIERS

par le Dr Claude MAILAENDER,
Chirurgien orthopédique à Marseille, Vice-Président de l'URPS Médecins Libéraux PACA

Après l'affaire MITTAL...

Les récents déboires de la sidérurgie française nous ont fait réfléchir sur la situation actuelle de nos praticiens libéraux dans les établissements appartenant à de grands groupes.

En effet, les acteurs des PTL (plateaux techniques lourds) peuvent se définir comme des praticiens qui n'ont pas la possibilité de réaliser leurs actes dans leur propre cabinet mais dans des structures qui leur offrent les moyens techniques et humains propres à leur pratique et leur spécialité.

Jusqu'à maintenant ces acteurs de plateaux techniques lourds dits PTL, étaient reconnus comme étant uniquement les anesthésistes, chirurgiens et obstétriciens appartenant au Collège 2 des praticiens libéraux, mais ces AOC (anesthésiste, obstétricien, chirurgien) dont l'appellation n'est pas forcément contrôlée, ne sont pas les seuls à utiliser ces plateaux. En effet, il en est de même pour le gastro-entérologue, le cardiologue interventionnel et les autres spécialités techniques qui nécessitent un bloc opératoire avec du personnel.

L'année 2012 est marquée essentiellement par la restructuration de la Générale de Santé dans notre région de Marseille. Il faut savoir que la Générale de Santé est propriétaire d'un important nombre d'établissements en France et à l'étranger et qu'une grande partie des actionnaires sont actuellement d'origine italienne.

Pour des raisons qui concernent sa haute direction et ses actionnaires,

l'établissement Beauregard, "destroyer de la flotte marseillaise" si la clinique Clairval en est le "vaisseau amiral", est destiné à disparaître.

Les médecins exerçant actuellement sur les plateaux techniques de l'établissement sont malheureusement dans l'embarras concernant l'évolution de leur avenir. Plus que d'embarras, on peut évoquer une véritable maltraitance.

Malgré des manifestations et l'intervention des élus, actuellement aucune communication interne en dehors de la presse locale, ne permet de connaître l'avenir de cet établissement.

La façon dont sont traités ces praticiens a été dénoncée à la fois par la Commission Médicale d'Etablissement, le Conseil de l'Ordre, l'URPS récemment dans la presse locale.

Bien que l'hôpital en construction dit "européen" dans le secteur de la Joliette, affirme volontiers de ne laisser aucune équipe "sur le carreau", les praticiens exerçant sur les PTL de Beauregard sont inquiets. Il faut savoir que ce phénomène n'est pas que marseillais, il touche bon nombre de régions et concerne bien d'autres groupes financiers, à savoir Vitalia, Almaviva, Capio et d'autres.

Nous, médecins libéraux exerçant sur PTL, avons déjà une spécificité particulière concernant nos activités avec en particulier une dépendance technique financière et humaine vis à vis de nos établissements, des soucis de judiciarisation et de responsabilité civile professionnelle, une inégalité de traitement entre secteur 1 et secteur 2 et des relations parfois difficiles avec nos directions concernant la permanence des soins bien trop souvent confondue avec



la continuité de ceux-ci. Bien entendu avec la bénédiction de la FHP, qui si elle est avec nous sur certains dossiers aimerait bien nous voir plus dépendants, voir même salariés.

Vient donc s'ajouter à ces problèmes, l'insécurité de voir un outil de travail mis à mal uniquement pour des raisons de restructuration interne d'un groupe financier sacrifiant un établissement pour améliorer sa gestion globale.

Mais à Marseille la GDS n'est pas la seule à se restructurer. Les années 2011 et 2012 ont vu aussi les turpitudes de la clinique mutualiste de Bonneveine. Si bon nombre d'entre nous doutent de la santé de la Générale, tous ont découvert les affres abyssales du déficit des Mutuelles de Provence gérées par le Grand Conseil de la Mutualité.

Pour récupérer quelques millions d'euros qui a failli être sacrifié ?

Ce sont les médecins libéraux exerçant sur les plateaux techniques lourds de la clinique de Bonneveine vouée à fermer ou être transformée en EHPAD pour handicapés vieillissants.

Le Grand Conseil dans sa restructuration se mobilisait pour sauver ses 1200 salariés mais avait complètement lâché les 60 médecins libéraux.

Ceux-ci ont vu leur survie et celle de leur activité avec l'arrivée dans la région d'un groupe parisien Docte Gestio qu'ils peuvent remercier chaleureusement pour maintenir et pérenniser ce plateau technique.

Seul l'avenir nous dira si Docte Gestio maintiendra ses intentions.



Nous déplorons une fois de plus que, dans ces matches serrés que jouent les médecins libéraux, l'ARS, seul arbitre en matière d'offres de soins, soit restée discrètement sur la touche.

QUELQUES CHIFFRES

Bassin de la population géré par le Grand Conseil de la Mutualité : **200 000 habitants, plus de 1200 salariés** répartis sur plusieurs centres médicaux dans le département.

Clinique de Bonneveine : **plus de 80 médecins libéraux.**

Le recrutement de la clinique de Bonneveine est essentiellement celui des mutuelles de Provence, de par les différents centres régionaux et du quartier du 8^{ème} arrondissement.

Pour ce qui concerne la Générale de Santé : **4 établissements MCO à Marseille dont le CHP Clairval, la clinique Résidence du Parc, la clinique Beaugard et la clinique Monticelli.**

Le CHP Beaugard est dans une région située entre le **futur hôpital de la Joliette, l'hôpital de la Conception et l'hôpital de la Timone.** Il est difficile d'évoquer un problème de santé publique mais plutôt une modification de l'offre de soins.

La maternité de Beaugard réalise plus de 2500 accouchements par an non absorbables actuellement par l'APHM.

Les spécialités représentées dans l'établissement Beaugard lui permettent un recrutement local et régional étendu du fait de la réputation de ses différents intervenants exerçant dans de véritables pôles d'excellence.



OUVERTURE DU CENTRE UNIVERSITAIRE FERNANDO PESSOA FRANCE DANS LE VAR. LA POLÉMIQUE S'INSTALLE...

par le Dr Jean-Claude REGI, Président sortant de l'URML PACA
Hépto-Gastro-Entérologue à Antibes - Juan-les-Pins

Le 12 novembre 2012 l'Université privée portugaise Fernando Pessoa ouvrait ses portes à La Garde près de Toulon pour proposer des formations payantes aux diplômés de chirurgiens-dentistes, de pharmaciens, d'orthophonistes et de diététiciens (de 4 350 € à 9 500 € par an)

Ce centre universitaire privé dans le domaine de la santé est une nouvelle structure pluridisciplinaire qui s'inscrit dans un contexte européen.

Ce centre universitaire Fernando Pessoa France propose des études supérieures en santé afin d'obtenir un diplôme qui sera délivré exclusivement par l'université Fernando Pessoa de Porto dans la discipline choisie.

Les diplômes obtenus sont valables dans toute l'Union européenne et au-delà.

Dans chaque cursus, certaines formations se déroulent par e-learning (formation à distance).

Les étudiants inscrits au centre universitaire Fernando Pessoa France bénéficient d'une double inscription académique avec l'UFP PORTO.

L'enseignement est en langue française et les diplômes accordés après validation des jurys d'examen sont des diplômes portugais valables dans l'espace européen de l'enseignement supérieur.

Les formations proposées se divisent en deux départements : Sciences de la santé et Sciences humaines et sociales.

Pour l'année universitaire 2013 / 2014, la date limite de dépôt des dossiers est le 31

mai 2013. Une commission de spécialistes procédera à la sélection des candidats en juin 2013.

La liste des candidats retenus sera connue et diffusée le 13 juillet 2013.

Voilà les informations que l'on peut trouver sur le site de cette nouvelle structure.

Cette ouverture a suscité immédiatement de vives réactions, notamment de la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires (CNSD) et des Ordres professionnels, relayées par le Centre National des Professions de Santé.

Dans un communiqué la CNSD demandait la fermeture immédiate de cette antenne française de la faculté portugaise Fernando Pessoa et précisait :

“Contrairement à la filière française aucun concours d'entrée n'est exigé pour obtenir l'accès aux formations en chirurgie dentaire. Pourtant, comme ce cursus débouche sur des diplômes portugais, ceux-ci seront valables sur le sol français par le jeu des équivalences au sein de l'Union européenne.

La CNSD tire la sonnette d'alarme et demande au gouvernement d'intervenir au plus vite (...) Ce recrutement est totalement à l'opposé du système d'enseignement public français des formations de santé, où l'accessibilité se fait sur concours et où les frais d'inscription en chirurgie dentaire oscillent entre 180 et 500 €.

Il est inacceptable que certains étudiants bénéficient de passe-droits leur permettant de contourner un système de sélection drastique et ouvert à tous au

seul motif qu'ils ont une puissance financière suffisante.

L'antenne Fernando Pessoa est bien une délocalisation de l'université privée portugaise et contrairement à une formation publique nationale, rien ne garantit la qualité de l'enseignement, ni des enseignants recrutés. D'autre part le contenu varie également d'un pays à l'autre ainsi que la durée des études. Il est inacceptable que le niveau de formation dans le pays varie d'un chirurgien-dentiste à l'autre.

En fait cette faculté contourne le numerus clausus qui permet de réguler les étudiants en fonction des besoins de la profession et une sélection pour permettre aux meilleurs candidats de poursuivre les études.

Il est inacceptable qu'un contournement du système de régulation mis en place par les autorités françaises soit possible à cause d'un manque de précision dans la législation européenne.

Pour la CNSD, la faculté Fernando Pessoa n'a probablement qu'une visée mercantile et n'offrira aucune garantie en matière de santé publique bien au contraire.

Aussi, la CNSD souhaite que le gouvernement français à l'instar du gouvernement italien confronté au même problème bloque au plus vite son installation.”

La Ministre de l'enseignement supérieur Geneviève Fioraso a déposé plainte contre l'antenne française de l'Université Fernando Pessoa qui n'a reçu aucune autorisation d'ouverture.

De plus cette Université n'est pas accréditée pour dispenser des formations à l'étranger ni délivrer des diplômes correspondants. C'est ce que le Ministère de l'Enseignement Supérieur a fait savoir après avoir interrogé l'Agence Portugaise d'Evaluation et d'Accréditation de l'Enseignement Supérieur.

Le Centre National des Professions de Santé (CNPS) est notamment intervenu auprès de Mme Marisol Touraine Ministre des Affaires Sociales et de la Santé ainsi que de la Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche en précisant :

“En plus de contourner le numerus clausus ou quotas existants dans les professions concernées, rien ne garantit la qualité d'enseignement ni celle des enseignants, de même, les contenus des formations proposées ne sont pas équivalents à ceux dispensés en France.

Les jeunes gens engagés dans ces formations ne pourront exercer ni en France, ni au Portugal, ni ailleurs en Europe, et se trouveront dans une impasse après avoir déboursé des sommes exorbitantes”.

Si les médecins ne sont pas dans l'immédiat concernés par cette installation, on peut cependant s'interroger s'ils ne seront pas à terme la cible de cette université portugaise.

Aujourd'hui, apparemment rien n'interdirait, dans le cadre de dispositions européennes, des formations délivrées par des organismes étrangers, dans la mesure où le cursus est respecté.

Mais comment contrôler

le niveau de formation et la qualité de l'enseignement délivré ?

On peut d'ailleurs s'interroger devant le développement des formations de médecins, en Roumanie entre autres, car elles ne sont pas destinées aux seuls besoins de ce pays, mais à pourvoir l'Europe et notamment la France en médecins, l'enseignement étant même dispensé en français.

Dans ce contexte nouveau, qu'en est-il de l'intérêt d'un numerus clausus “resserré” dont la seule efficacité serait de fermer la porte des études médicales aux enfants des familles françaises modestes ?

Le numerus clausus en France paraît lié aux possibilités de formation dans les universités et non aux besoins réels de santé publique. Car comment expliquer alors ce contingent constant depuis plus d'une dizaine d'années d'environ 10 000 médecins à diplôme extra européen, majoritairement africains, qui occupent des postes laissés vacants dans nos hôpitaux et autres structures publiques ?

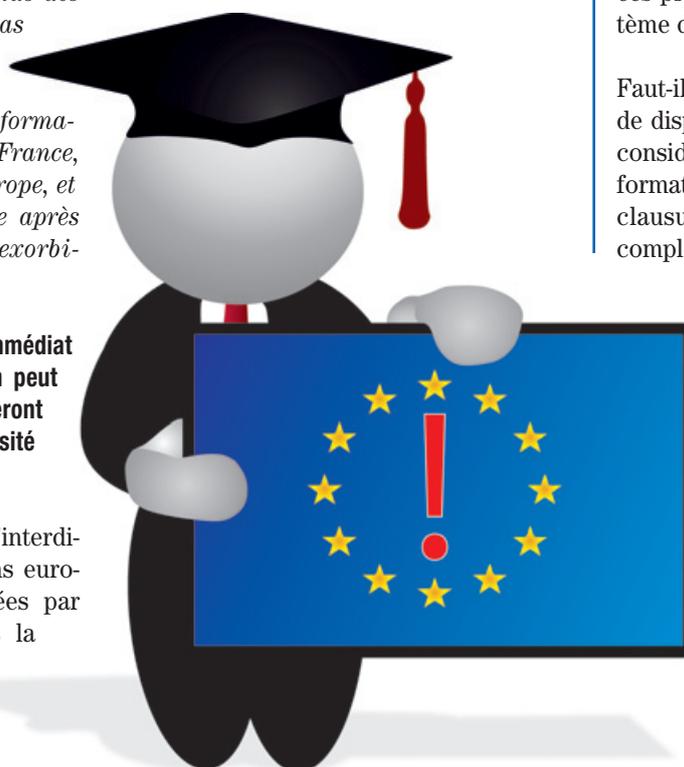
Une part de ce contingent est d'ailleurs régularisée constamment pour services rendus, dans des conditions que nous souhaitons exigeantes, alors que nos étudiants sont collés avec des notes parfois supérieures à 15.

Les Italiens et les Belges n'ont pas de numerus clausus et ne rencontrent pas ces problèmes, et les Anglais ont un système de recertification sévère.

Faut-il nous préparer, dans ce contexte de dispositions européennes imposées, à considérer ces nouvelles structures de formations, qui contournent un numerus clausus maintenant obsolète, comme complémentaires ?

Dans cette éventualité il nous faut alors insister sur une condition incontournable, à savoir que la qualité et la fiabilité de la formation initiale des libéraux de santé conditionne la qualité et la sécurité des soins.

La polémique n'est pas prête de s'éteindre.



GREFFE PULMONAIRE : UNE RÉVOLUTION EST EN MARCHÉ

par le Dr Jacques OROFINO, Chirurgien-dentiste à Martigues (13) - Président de l'Association Maryse pour la Vie et le Pr. Pascal THOMAS, chef du service de Chirurgie Thoracique - Hôpital Nord - Marseille

Qu'on se le dise, le don d'organes en France n'est pas le meilleur élève des causes nationales soutenues par le public.

Loin derrière les campagnes de souscription des grosses associations de sensibilisation, le Don d'organes a encore du mal à trouver sa place dans les débats de solidarité des français.

Et pourtant, le Don d'organe est sûrement le plus simple des sujets à aborder. Aucun engagement financier, aucune souscription, aucune démarche de collecte... **le tout est d'en parler.**

ON EST TOUS DONNEURS

En France, nous sommes tous donneurs. Aux yeux de la loi, le principe du consentement présumé fait de chacun de nous des personnes aptes à être prélevées. Avec cette simplification des mesures administratives, les démarches auprès des familles pour procéder au prélèvement sont plus directes. Aussi, pourquoi y a-t-il encore pénurie ? Pourquoi plus de 200 patients décèdent-ils chaque année faute de greffons ?



La réponse vient du **Dr Hélène JULLIAN-PAPOUIN**, directrice de la zone Sud Est de **l'Agence de la biomédecine**, agence de l'Etat dans le domaine du prélèvement et

de la greffe d'organes :

"Le corps médical ne peut rien prélever s'il n'a recueilli au préalable la position du défunt par son entourage. Il est impératif de la signaler à sa famille, à ses proches pour qu'ils puissent la relayer au moment du prélèvement. Faute d'information sur les intentions du donneur, le prélèvement ne pourra s'effectuer. C'est actuellement le cas avec un prélèvement sur trois qui ne peut s'opérer par manque d'information précise sur les volontés du défunt. L'essentiel est donc simple : il faut en parler à ses proches"

ON EST TOUS RECEVEURS

Rares sont ceux qui refusent un don d'organes pour sauver leur vie, celles de leurs enfants ou de leurs proches. Et puisqu'il y a pénurie, autant traiter le mieux possible les greffons prélevés.

Aujourd'hui, la technique de conservation d'organes est l'isothermie. Placé dans une simple glacière, la température de l'organe est descendue à 4°C imposant sa greffe dans un délai de 6 à 8 heures.

S'engage donc une course contre la montre car dans ce délai, il faut trouver un receveur compatible, transporter l'organe

jusqu'à l'hôpital où il sera transplanté et mobiliser l'équipe médicale qui assurera l'opération.

UNE REVOLUTION EST EN MARCHÉ

Il s'agit de l'**OCS** (Organ Care System) qui se présente comme un robot apte à rallonger considérablement la vie du greffon. Cette technique innovante qui provient des Etats-Unis, vient d'arriver en France et fait l'objet d'une recherche clinique internationale. Trois CHU l'ont accueilli : Paris, Strasbourg et Marseille.



C'est précisément du côté de l'Hôpital Nord qu'il faut trouver le responsable de cette initiative. Le **Pr Pascal THOMAS** est chef de service de Chirurgie Thoracique,

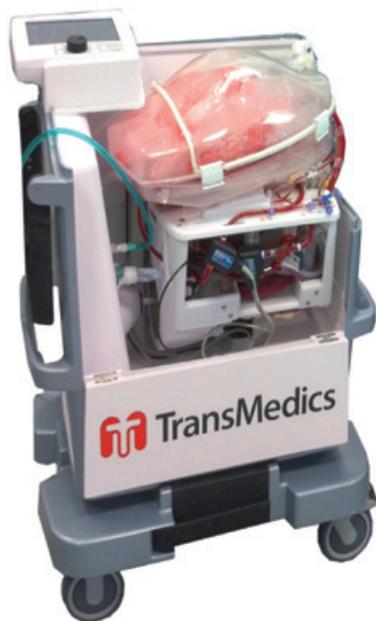
première structure hospitalière française en nombre de greffes.

LA TRANSPLANTATION EN FRANCE

Jusqu'au début des années 2000, la France avait un taux de transplantation ridicule, très inférieur au reste de l'Europe. En cause, le manque de donneurs mais aussi l'insuffisance des prélèvements en raison de critères trop sévères. Une réflexion médicale a été engagée et le champ des prélèvements a été élargi. D'un donneur multi organes sur dix, on est passé à un sur trois.

Les techniques d'opération et d'anesthésie, ainsi que la thérapie contre les réactions de rejets et des infections ont été améliorées. La greffe est devenue un traitement à part entière avec une survie à 5 ans de deux malades sur trois, ce qui est à peu près équivalent à la greffe cardiaque. La transplantation pulmonaire s'adresse à tous les malades atteints d'insuffisance respiratoire terminale, qu'il s'agisse de jeunes souffrant de mucoviscidose, d'adultes atteints de fibrose pulmonaire ou de sexagénaires atteints d'emphysème.

“L’OCS est réellement une évolution majeure dans la conservation des organes puisqu’il maintient **ExVivo** l’organe hors du corps humain. Pour le poumon, le plus fragile de tous les organes, l’OCS en assure sa perfusion et sa ventilation avec ajout de nutriments et d’antibiotiques. L’OCS va permettre aussi de tester l’état d’un organe en laissant passer l’orage neurovégétatif lié à la mort cérébrale. Environ un tiers des poumons prélevés sont potentiellement excellents, mais après le décès, ils présentent temporairement une mauvaise fonction qui rend la greffe impossible. En les laissant fonctionner ex-vivo, on les laisse récupérer”.



La machine pourra ainsi vérifier la qualité des poumons prélevés, ce qui amène à prévoir d’élargir le champ de sélection des greffons et récupérer un pool d’organes jusqu’à présent écartés.

“Une des perspectives particulièrement enthousiasmante de ce programme, poursuit le Pr THOMAS, c’est la possibilité qu’offre l’OCS de monitorer la fonction du greffon en temps continu, c’est-à-dire suivre si le greffon s’améliore ou s’aggrave, notamment pour les greffons présentant de mauvaises performances gazométriques.

Enfin, passant à des délais de transplantation de 12 heures, l’OCS nous offre plusieurs impacts cliniques comme aug-

LES ATOUTS DE L’OCS

- Nette réduction de l’ischémie (limitée à 30 minutes)
- Evaluation immédiate de la qualité des greffons
- Reconditionnement possible et immédiat
- Utilisation simplissime : 1 seule personne nécessaire
- Utilisable pour le transport des greffons.

menter le temps nécessaire pour trouver le bon receveur pour le bon organe”.

La disponibilité de temps va aussi transformer une activité actuellement diurne qui s’effectue dans des conditions d’urgence, mobilisant du personnel d’astreinte ou de garde, et donc extrêmement coûteuse en une activité semi-programmée. Les équipes pourront s’organiser de jour, augmenter la fréquence de leurs interventions et en baisser les coûts. A terme, c’est un profond bouleversement de la culture hospitalière qui se dessine. Le nombre de patients candidat à une greffe de poumon est en constante augmentation.

“Plus l’activité de greffe est florissante, plus la demande croît. On a peut-être longtemps considéré que, pour certaines pathologies les gens trop vieux ou trop fragiles étaient écartés d’une greffe. Mais au fur et à mesure que cette activité augmente en France on voit de plus en plus de monde affluer à la consultation, nous laissant toujours dans une situation de pénurie relative”, conclut le chirurgien.

LES CHIFFRES

2

débutée en 2012, c’est en nombre d’années le temps que va prendre cette expérimentation clinique. Au-delà, le Programme Hospitalier de Recherche Clinique prendra le relais et financera la poursuite du projet grâce au Soutien en Technique Innovante et Coûteuse (STIC).

12

ventilés et perfusés, les poumons prélevés chez un donneur peuvent continuer à vivre pendant 12 heures, hors du corps humain. Ceci double le temps disponible

pour la réalisation de la greffe par rapport à la technique actuelle de conservation.

48

le nombre de transplantations effectuées à l’Hôpital Nord par le Service de Chirurgie thoracique. Ce chiffre place l’équipe du Pr Pascal Thomas en tête des CHU français pratiquant la greffe pulmonaire.

14 000

personnes sont en attente de greffons chaque année pour une durée qui s’est réduite de moitié en 10 ans : de 12 à 6 mois.

50 000

le coût en euros d’une transplantation pulmonaire aujourd’hui. Et le double en cas de complication. L’OCS devrait pouvoir considérablement réduire ces dépenses.

QUELS AXES D’AMÉLIORATION DE LA GREFFE GRÂCE À L’OCS ?

- Augmenter le nombre de poumons prélevés
- Mieux estimer le fonctionnement du greffon
- Pouvoir “ressusciter” un greffon de mauvaise qualité
- Prolonger la période de conservation
- Pratiquer des greffes “semi-programmées”, c’est-à-dire diurnes
- Améliorer les résultats globaux de la transplantation



L’association Maryse ! Pour la Vie, principalement orientée à la sensibilisation du Don d’organes, s’est mobilisé pour offrir l’OCS à Marseille et sa région. Par un don du Conseil général des Bouches-du-Rhône relayé par quelques familles marseillaises, 280 000 € ont été réunis pour faire rentrer la machine américaine à l’AP-HM.

Cette action suit celle de 2010 où Maryse ! Pour La Vie avait offert 8 iPad au service Pneumologie du Pr Martine Reynaud Gaubert. Des tablettes numériques à l’attention des patients en attente de greffe pour les informer sur leur parcours de soin.

Plus d’infos sur le Don d’organes et l’OCS :

www.maryse-pourlavie.com

L'Avenant 8 de la Convention Médicale

OBJET

- Mise en place d'un contrat d'accès aux soins pour les médecins de secteur 2 ;
- Garantie de l'accès aux soins à tarifs opposables pour les patients disposant de l'attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) et ce, quel que soit le médecin consulté, y compris les médecins de secteur 2 non adhérents au contrat d'accès aux soins ;
- Développement des nouveaux modes de rémunération et valorisation des tarifs opposables des actes cliniques et techniques des médecins de secteur 1 et adhérents au contrat d'accès aux soins ;
- Modération tarifaire pour l'ensemble des médecins exerçant en secteur 2 ;
- Mise en place d'une nouvelle procédure de sanctions conventionnelles des pratiques tarifaires excessives.

RECOURS

Q1 : les syndicats peuvent-ils dénoncer la signature d'un Avenant.

Si oui, quelles conséquences ?

Aucune disposition législative ou réglementaire n'apporte de précision quant à une éventuelle procédure de dénonciation, par un syndicat de médecins signataire, d'un accord conventionnel. Au surplus, la Convention Médicale et l'Avenant n° 8 demeurent muets quant à cette possibilité.

En conséquence de quoi, une dénonciation par les syndicats ne pourrait avoir qu'une valeur politique et non juridique. Cette dénonciation n'aura donc aucun effet juridique sur la validité de l'Avenant n° 8.

Q2 : existe-t-il des voies de recours juridiques contre un Avenant à la Convention et si oui, quelles sont-elles, quelle est la démarche à suivre et quelles conséquences ?

1- Le recours pour excès de pouvoir (REP) près le Conseil d'Etat :
Recours administratif dans les 2 mois de la date de publication de l'arrêté d'approbation.

2- Faculté de résiliation de la Convention : article 66

a) La Convention peut être résiliée par les partenaires conventionnels :

- soit par décision de l'UNCAM,
- soit par **décision conjointe d'au moins deux organisations syndicales représentatives signataires.**

Ces deux organisations syndicales doivent toutefois représenter la majorité des suffrages exprimés dans un des deux collèges généralistes ou spécialistes lors des dernières élections aux URPS.

b) La résiliation n'est valable que dans les cas suivants :

- violation grave des engagements conventionnels du fait d'une partie
- modification législative ou réglementaire affectant substantiellement les rapports entre les organismes d'assurance et les médecins.

→ Résiliation par LRAR – Effet à échéance de 6 mois

3- Le déconventionnement des médecins

Cette solution représente, à titre subsidiaire, une dernière voie de recours contre un Avenant signé.

Le déconventionnement doit être notifié par chacun des médecins désireux de le faire.

Dans un tel cas, le médecin concerné sort de la Convention Médicale, pour passer en secteur 3.

→ Cf. Fiche juridique n°2 : Médecin Secteur 3

SANCTIONS

Q3 : l'Avenant n° 8 comporte, en particulier, des sanctions contre les médecins. Comment contester tous les moments de la procédure et quelles sont les voies d'appel après la Commission Paritaire Nationale (CPN) (plan formel et sur le fond) ?

• Procédure préalable d'avertissement

Cet avertissement doit comporter les éléments relevés par la CPAM susceptibles de caractériser une pratique tarifaire excessive.

Il conviendra donc, le cas échéant, de vérifier que l'ensemble de ces éléments et données figurent dans l'avertissement rendu à l'encontre du médecin considéré comme défaillant.

• Relevé de constatation préalable à la convocation de la CPR

Si, à l'issue du délai de deux (2) mois, la CPAM constate que le médecin n'a pas modifié sa pratique, la CPAM de rattachement du médecin communique le relevé des constatations au médecin concerné, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception, avec copie aux présidents des deux sections de la Commission Paritaire Locale (CPL) et de la Commission Paritaire Régionale (CPR).

De même si dans le délai de trois ans, le médecin a renouvelé les faits constatés.

A noter : la Cour de cassation a jugé récemment que la LRAR n'est opposable que si le destinataire est venu la réclamer. A défaut, elle n'est pas considérée comme opposable et donc, comme un moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception. Si cette jurisprudence se confirme et si les médecins agissent de concert, cela reviendrait à ce que la CPAM soit contrainte d'avoir recours au seul moyen valable d'opposabilité, la notification de chaque avis ou décision par voie extrajudiciaire (huissier).

• Le relevé expose également les sanctions encourues par le médecin et précise les délais de réponse et la possibilité d'entretien et de transmission d'observations écrites, sous un (1) mois. **Il conviendra là encore, le cas échéant, de vérifier que l'ensemble de ces éléments et données figurent dans le relevé de constatations communiqué au médecin considéré comme défaillant.**

• A cette occasion, le médecin peut se faire assister par un avocat ou un membre de la profession de son choix inscrit au conseil de l'ordre.

Il ne serait pas inintéressant de prévoir l'accompagnement, dès ce stade, par un avocat, dans la mesure où juridiquement, ce dernier serait à même de relever les éventuels éléments de preuve manquant dans le dossier et de mettre la CPAM face au mur quant à la démonstration de ces éléments.

De même, en cas d'observations écrites du médecin, la présence de l'avocat permettra de rappeler à la CPAM ses obligations en matière de réponse et de motivation.

• Examen par la CPR

Si la CPAM estime que les faits reprochés justifient la poursuite de la procédure, elle saisit le président de la CPR. La CPR dispose d'un délai maximal de deux mois à compter de sa saisine pour notifier son avis, motivé par l'analyse des éléments visés à l'article 75 de la Convention, ainsi que par le non-respect éventuel des dispositions législatives et réglementaires, au médecin et au directeur de la CPAM. A l'issue de ce délai de deux mois, l'avis de la CPR est réputé rendu.

Il conviendra à ce stade de vérifier les délais dans lesquels la CPR notifie au médecin et à la CPAM son avis et, sur le fond, si la CPR a motivé son avis conformément aux précisions susvisées.

Outre les sanctions administratives, la CPAM dispose donc désormais d'un pouvoir coercitif de saisir disciplinairement les instances ordinales pour que des poursuites sur ce terrain soient mises en œuvres à l'encontre du médecin.

• Décision et notification de la sanction

Le directeur de la CPAM prépare, en concertation avec le directeur de chacun des organismes des autres régimes de son ressort géographique, sa décision, qui ne peut excéder les sanctions envisagées par la CPR, avec sa date d'application. Le directeur de la CPAM notifie cette décision au médecin, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception.

A noter : cf. commentaire sur les moyens d'opposabilité.

Il adresse simultanément copie de la décision aux présidents de la CPL et de la CPR.

Cette décision, qui doit être motivée, précise les voies et délais de recours dont dispose le médecin pour contester la décision, ainsi que sa date d'entrée en application. Celle-ci ne peut intervenir qu'après deux mois à compter de la date de notification.

La décision est exécutoire, sauf cas de recours devant la CPN.

Les Fiches Juridiques de l'URPS Médecins Libéraux PACA

L'Avenant 8 de la Convention Médicale

• Recours devant la CPN

La saisine par le médecin doit intervenir dans un délai d'un (1) mois suivant la date de réception de la notification de la décision de sanction.

A noter : le directeur de la CPAM peut également saisir la CPN, si l'avis de la CPR tend à retenir l'absence de sanction à l'encontre du médecin.

Dans un délai d'un mois suivant sa saisine, le président de la CPN saisit le président du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) sur le caractère excessif de la pratique tarifaire en cause. Le président du CNOM peut transmettre sa position en retour au CPN, sous deux mois.

En tel cas, il apparaît fondamental que le médecin incriminé double l'information du CNOM par le CPN par un courrier motivant sa pratique et reprenant l'ensemble de ses observations écrites.

Puis, la CPN dispose d'un délai maximal de deux mois à compter de la réception de l'avis du CNOM pour notifier son avis. A l'issue de ce délai de deux mois, ou en l'absence d'accord, l'avis de la CPN est réputé rendu.

Le courrier d'avertissement, le relevé de constatations, les observations du médecin, le compte-rendu d'entretien, la décision du directeur de la CPAM, la saisine du médecin et l'avis du président du CNOM, le cas échéant, et tout document utile sont joints à la convocation des membres de la CPN.

A noter : le plafond s'agissant des sanctions sera en réalité déterminé non par la CPAM mais par la CPN.

EN RESUME

Durant la procédure

Tout au long de la procédure, les possibilités de contestation passent par la saisie des divers organismes et commissions, suivant les étapes susvisées.

Un effort indispensable est à réaliser par les médecins qui seront concernés par cette procédure de sanction quant à l'établissement, à chaque étape, d'observations écrites et argumentées sur leur pratique tarifaire.

Dans la mesure où les organismes et autres commissions sont contraints de se prononcer :

- sur la base des éléments cités à l'article 75 de la Convention
- et d'éventuels non-respects des dispositions législatives et réglementaires, il est impératif que les observations

écrites de chaque médecin reprennent un à un les critères susvisés, pour démontrer l'absence de défaillance.

Notamment, une étude approfondie quant aux éléments de l'article 75 de la Convention devra être faite pour chacun des médecins considérés, au regard de leur situation personnelle, cette étude devant aboutir à une contestation personnalisée de leur pratique tarifaire, sur la base de ces éléments.

Plus largement, les contestations impliquent, à mon sens, que le médecin concerné soit accompagné soit d'un avocat, soit d'un confrère inscrit au tableau de l'Ordre des Médecins.

La présence d'un avocat tout au long de la procédure est recommandée car elle permettra à la CPAM ou aux commissions saisies de respecter juridiquement et scrupuleusement l'ensemble des étapes susvisées.

Au surplus, l'avocat pourra aider le médecin concerné dans l'établissement et la rédaction des observations écrites, compte tenu de l'article 75 de la Convention et de l'ensemble des dispositions législatives et réglementaires applicables.

Par ailleurs, un moyen peut être également retenu concernant l'opposabilité des notifications.

Comme évoqué ci-avant, la Cour de cassation a jugé récemment que la LRAR n'est opposable que si le destinataire est venu la réclamer. A défaut, elle n'est pas considérée comme opposable et donc, comme un moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception. Si cette jurisprudence se confirme et si les médecins agissent de concert, cela reviendrait à ce que la CPAM soit contrainte d'avoir recours au seul moyen valable d'opposabilité, la notification de chaque avis ou décision par voie extrajudiciaire (huissier).

Voies d'appel en suite de la CPN

Aucune disposition de l'Avenant n°8 ne vient éclaircir ce point. L'article 78 de la Convention précise toutefois, s'agissant du recours des médecins contre une sanction, que *"dans le cas où la CPR ou la CPN sont saisies, les voies de recours de droit commun restent ouvertes dès lors que la procédure conventionnelle est épuisée"*.

S'agissant du contentieux général de contrôle d'activité des médecins et de la tarification de ces derniers, les voies de recours des médecins s'effectuent en deux temps :

- Saisine de la Commission de recours amiable (CRA) de la CPAM
- Saisine du Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale

Les Fiches Juridiques de l'URPS Médecins Libéraux PACA

L'Avenant 8 de la Convention Médicale

Saisine de la Commission de recours amiable (CRA) de la CPAM :

Pour saisir la CRA, il convient d'adresser une demande par lettre simple à la CRA de la CPAM de rattachement, dans un délai de deux mois à compter de la date de la notification de la décision contestée. La CRA statue sur pièces ; le médecin n'est donc pas convoqué.

Si la CRA rejette la demande du médecin, celui-ci peut, dans un délai de deux mois à compter de la date de sa notification, saisir le Tribunal des affaires de sécurité sociale (TASS) du lieu de son domicile.

A noter : *l'absence de réponse de la CRA dans le délai d'un mois à compter de la réception de la demande signifie que ladite demande est rejetée. À l'expiration de ce délai, le médecin dispose alors d'un délai de deux (2) mois pour saisir le TASS.*

• Saisine du Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale du lieu de leur domicile dans un second temps.

Dans ce cadre, la défense du médecin passera par deux pans : le respect de la procédure et les arguments de fond.

Attention : en principe, le délai de recours est de deux mois suivant la notification de la décision de la CPAM. Toutefois, le texte de l'Avenant n° 8 apporte une ambiguïté supplémentaire à ce sujet puisqu'il précise que l'entrée en application de la décision du directeur de la CPAM ne peut intervenir qu'après quinze

jours à compter de la date de la décision. Ce délai de quinze jours pourrait être compris comme étant le délai pendant lequel le médecin peut former un recours à l'encontre de la décision de la CPAM.

Aucune autre disposition de l'Avenant n° 8 ou de la Convention ne vient éclaircir ce point.

La certitude du délai de recours ne pourra donc être maîtrisée qu'à l'occasion des premières décisions de la CPAM, qui doivent, pour mémoire, préciser les voies et délais de recours.

Pourvoi en cassation

Enfin, je précise que les jugements du TASS sont, pour la majorité, rendus en dernier ressort (car l'objet de la demande est inférieur à 4 000 €).

Cela signifie qu'un appel d'un jugement défavorable est impossible, seul un pourvoi en cassation pouvant être formé.

Ce pourvoi en cassation étant lui-même conditionné par l'existence d'un moyen de droit (et non des arguments sur le fond du dossier) - difficile à démontrer...

Ce, sans compter les frais d'honoraires d'avocats près la Cour de cassation, seuls habilités à défendre des intérêts devant la Haute Juridiction.

Vous pouvez retrouver ces fiches juridiques en téléchargement sur www.urps-ml-paca.org rubrique "EXERCICE"

Médecin secteur 3

Solution alternative MAIS nombreuses inconnues pour les médecins souhaitant sauter le pas

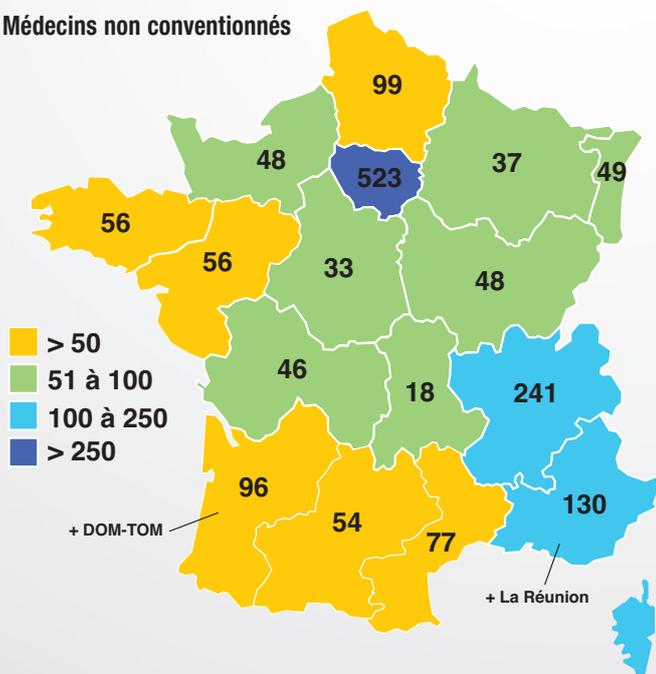
POINTS ESSENTIELS

- La loi autorise les médecins à exercer "hors convention"
- Ces praticiens fixent librement leurs tarifs mais avec tact et mesure
- Remboursement par la CPAM sur la base d'un tarif d'autorité (0,60 € à 1,20 €)
- Obligation d'afficher les tarifs dans leur salle d'attente

UN PEU D'HISTOIRE

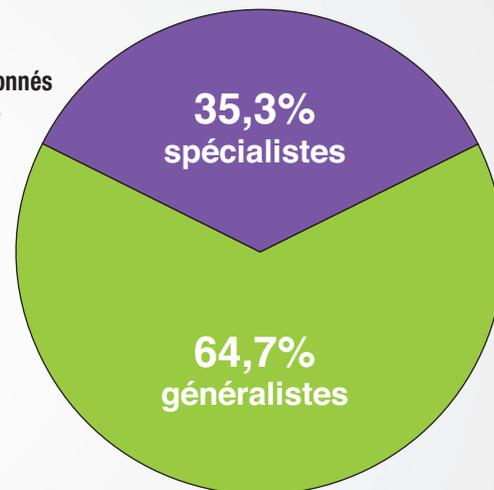
Données issues du Quotidien du Médecin et de la CARMF

Médecins non conventionnés



Médecins secteur 3 :
1 137 en 2002
1 611 en 2012

Médecins non conventionnés par spécialité



LIBERTÉ DE CHOISIR SON SECTEUR

Le patient est libre de choisir son médecin : **article L. 162-15 du Code de la sécurité sociale.**

Selon cet article, "[...] l'accord-cadre, les conventions nationales, leurs avenants, le règlement et les accords de bon usage des soins mentionnés à l'article L. 162-12-17 sont applicables :

1° Aux professionnels de santé qui s'installent en exercice libéral ou qui souhaitent adhérer à la convention pour la première fois s'ils en font la demande ;

2° Aux autres professionnels de santé tant qu'ils n'ont pas fait connaître à la caisse primaire d'assurance maladie qu'ils ne souhaitent plus être régis par ces dispositions [...]"

Selon la Convention Médicale : "conformément à l'article L. 162-15 du code de la Sécurité sociale, le médecin qui souhaite

ne plus être régi par les dispositions de la convention en informe la caisse primaire de son lieu d'installation par lettre recommandée avec avis de réception.

Sa décision prend effet un mois après la date de réception de son courrier par la caisse”.

Médecin déconventionné = ne dépend plus de l'Assurance Maladie

MAIS

Tout médecin, même déconventionné, est et demeure **soumis aux dispositions qui régissent sa profession**, et notamment :

- au Code de la sécurité sociale,
- au Code de la santé publique,
- au Code général des impôts,
- à sa déontologie professionnelle.

Le déconventionnement ne modifie donc en rien les obligations générales des praticiens, comme par exemple, l'obligation de s'affilier à un organisme de Sécurité Sociale ou de payer les cotisations et contributions dues au titre de son exercice.

Le médecin secteur 3 n'est également pas dispensé de **respecter le Code de déontologie et les recommandations de bonnes pratiques médicales édictées par la Haute Autorité de santé (HAS)**.

LA LIBERTÉ DE FIXER SES TARIFS

Les médecins du secteur 3 **fixent librement leurs tarifs MAIS avec tact et mesure**.

Remboursement selon **tarif d'autorité** (de 0,6 € à 1,2 €, selon le médecin consulté).

Remboursement qui déclenche l'intervention de la complémentaire-santé, pour les patients qui disposent d'un tel contrat. En fonction des termes de ce dernier, le patient peut être remboursé partiellement ou en totalité des sommes engagées.

A noter : à ce jour, les complémentaires-santé, si elles laissent le choix du praticien, conditionnent toutefois de plus en plus souvent les modalités de remboursement au fait que l'assuré s'adresse à un praticien affilié.

En tout état de cause, les **tarifs** des médecins secteur 3 doivent être **affichés** dans leur salle d'attente.

OBLIGATIONS SOCIALES ET D'ASSURANCE DU MÉDECIN DÉCONVENTIONNÉ

- **Cotisations CARMF** mais plus de cotisations d'allocations supplémentaires de vieillesse (ASV) et celles de l'allocation de remplacement de revenus (ADR).
- **Cotisations URSSAF** (couverture maladie et prestations familiales) mais **la CPAM ne prend plus en charge, comme elle le fait pour un médecin conventionné, les parties relatives à l'assurance maladie, maternité, décès, ni celles liées aux allocations familiales**.
- **Aucune conséquence sur le contrat d'assurance responsabilité civile professionnelle (RCP)** du praticien.
- Sur le plan de leur **fiscalité, les médecins qui n'adhèrent pas à la Convention n'ont aucun avantage fiscal ou social**. En cas de demande de déconventionnement, les médecins perdent tous droits quant aux éventuels abattements prévus par la Convention, n'ayant plus de lien avec cette dernière.

MÉDECIN SECTEUR 3 ET RÉQUISITIONS PRÉFECTORALES

Article L. 6314-1 du Code de la santé publique, *“la mission de service public de permanence des soins est assurée, en collaboration avec les établissements de santé, par les médecins mentionnés à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, dans le cadre de leur activité libérale, et aux articles L. 162-5-10 et L. 162-32-1 du même code, dans les conditions définies à l'article L. 1435-5 du présent code. Tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique a vocation à y concourir selon des modalités fixées contractuellement avec l'agence régionale de santé.*

Le directeur général de l'agence régionale de santé communique au représentant de l'Etat dans le département les informations permettant à celui-ci de procéder aux réquisitions éventuellement nécessaires à la mise en œuvre du premier alinéa [...]”.

Dans la mesure où l'article L. 162-5-10 du Code de la santé publique vise expressément les médecins secteurs 3, la conséquence est que ces derniers peuvent tout comme les autres médecins de secteurs 1 et 2, être réquisitionnés.

Cette obligation n'est en réalité pas rattachée à la Convention Médicale mais au devoir professionnel de tout médecin de participer à la permanence des soins.

LE DISPOSITIF M.A.I.A : DES ACTEURS ENGAGÉS SUR UN TERRITOIRE POUR SIMPLIFIER LE PARCOURS DES PERSONNES ÂGÉES ET DES MALADES D'ALZHEIMER

par le collectif des pilotes MAIA

ENJEU

- simplifier le parcours des personnes âgées en situation de perte d'autonomie et des personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives sur un territoire
- disposer d'une aide (gestionnaires de cas) pour les situations identifiées comme complexes.

Comment ? :

- Par un travail d'organisation des services d'aides et de soins sur un territoire, confié à un pilote, visant à :
 - Connaître et reconnaître chacun dans sa pratique de terrain
 - Définir et réorganiser les ressources du territoire et les outils nécessaires
 - Identifier les situations complexes nécessitant un accompagnement renforcé
- Par un travail collectif animé par le pilote et nécessitant l'engagement des acteurs du territoire

Avec qui ?

- Les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux du territoire

Contexte

Les dispositifs MAIA se déploient aujourd'hui sur l'ensemble du territoire national par le biais d'un pilotage réalisé par les Agences Régionales de Santé et d'un financement CNSA.

On compte actuellement 148 dispositifs MAIA en France, dont 11 en région PACA.

La cartographie ci-contre permet d'identifier les territoires sur lesquels ce processus est actuellement développé, ainsi que les pilotes missionnés pour ce travail. D'autres dispositifs devraient être développés en 2013.

Précisions sur le dispositif MAIA

Le dispositif MAIA : vers une meilleure connaissance et utilisation des ressources

En région PACA, 5 996 omnipraticiens libéraux (données SIRSE PACA 2011) sont confrontés quotidiennement à ce type de public pour lequel se superposent à l'aspect purement médical des problématiques sociales, environnementales et administratives.

Le médecin traitant n'est souvent pas en mesure d'y répondre seul, compte tenu du temps nécessaire et de la multiplicité des dispositifs existants : le rôle central qu'il joue auprès de ses patients doit ainsi être soutenu par l'intervention des

acteurs institutionnels, associatifs et privés adaptés pour chaque situation.

Loin de vouloir créer une nouvelle structure, le dispositif MAIA (Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer), où le terme "maison" renvoie à l'idée de proximité, cherche en s'appuyant sur l'existant à repenser l'organisation des services et structures d'aides et de soins sur un territoire au travers

- D'une meilleure connaissance des missions de chacun
- D'un meilleur repérage des difficultés rencontrées par la personne et de l'orientation directement vers le partenaire susceptible d'y répondre.

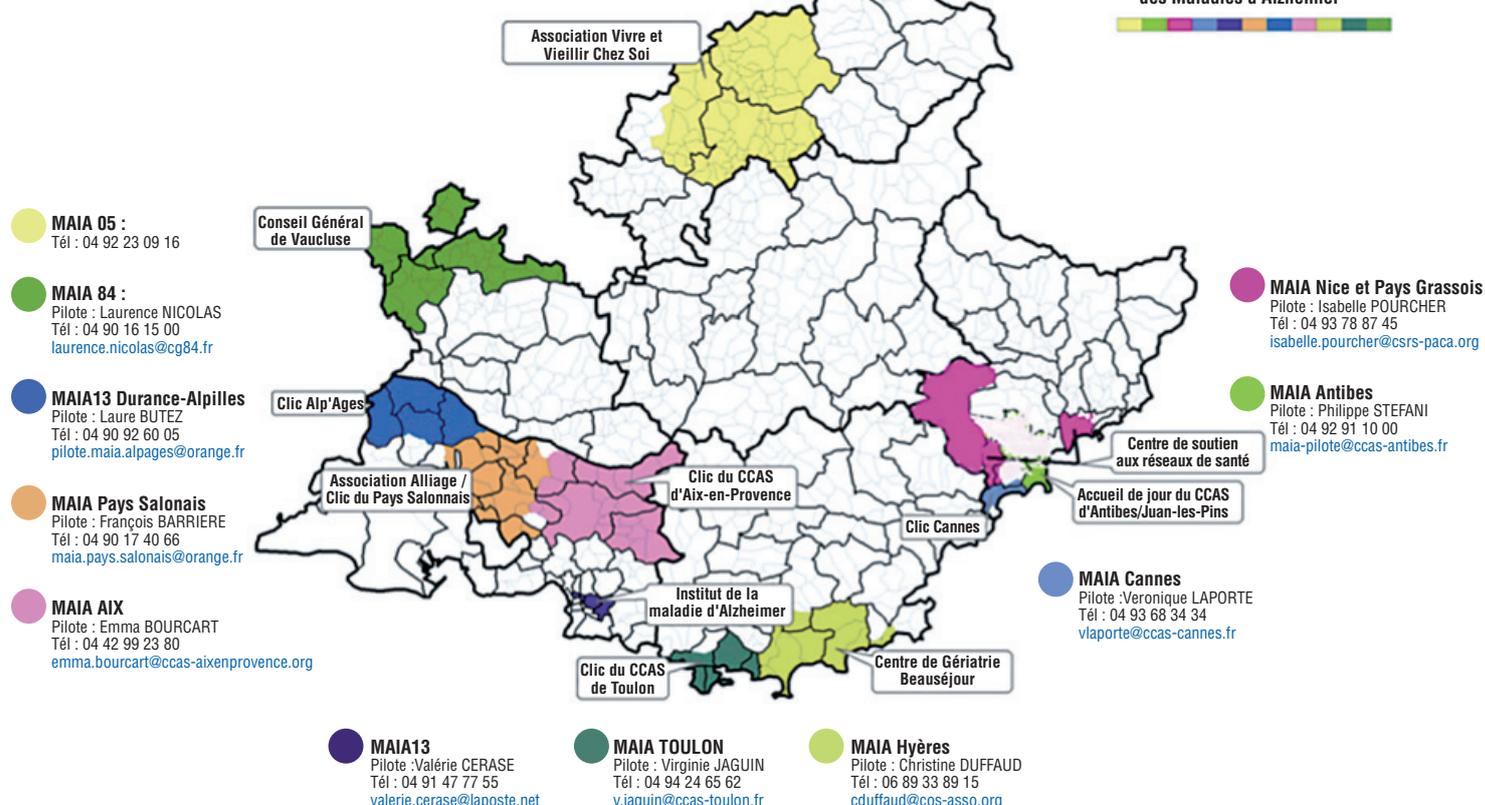
Des temps de concertation sont organisés régulièrement et des représentants de l'URPS Médecins Libéraux PACA participent au niveau stratégique (décideurs et financeurs), notamment les Dr SEBBAH pour la MAIA Pays Salonais, Dr BESANÇON pour la MAIA de HYERES, et Dr GUERVILLE pour la MAIA Nice et Pays Grassois.

Le gestionnaire de cas : une nouvelle fonction au service des situations les plus complexes

Dans chaque dispositif MAIA sont recrutés de nouveaux professionnels : les "gestionnaires de cas". De formation d'auxiliaire médical, de psychologue ou de travailleur social de niveau III, les gestionnaires de cas doivent valider un diplôme inter-universitaire (DIU), délivré, notamment, par la faculté de médecine de Marseille.

MAIA EN REGION PACA

Maisons pour
l'Autonomie et
l'Intégration
des Maladies d'Alzheimer



La mission du gestionnaire de cas consiste en un accompagnement de proximité des situations les plus complexes, repérées par les professionnels, et pour lesquelles se retrouvent imbriquées des problématiques d'ordre médical, social, environnemental, et familial. Il ne se substitue pas aux autres professionnels déjà en charge de la situation mais facilite et renforce l'intervention de chacun en s'appuyant sur l'expertise du médecin traitant et des intervenants.

La concertation avec l'ensemble des intervenants se fait à chaque étape de l'accompagnement, toujours dans le respect du secret professionnel de chacun et des volontés de la personne.

Au travers de ses interventions à domicile, des accompagnements "physiques" auprès des services administratifs, lors des examens médicaux, ou durant des périodes d'hospitalisation, le gestionnaire de cas assure la continuité des informations et évite les ruptures de parcours.

Références juridiques :

- Les MAIA sont inscrites à l'article L.113-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles, dont le cahier des cahiers des charges a été approuvé par décret n°2011 1210 du 29 septembre 2011.
- Les activités et compétences relatives à l'accompagnement en gestion de cas ont fait l'objet d'un référentiel fixé par un arrêté en date du 16 novembre 2012.

COQUELUCHE : RECRUESCENCE ET NOUVELLES MODALITÉS DE DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE

par Mme Caroline Six, Cire Sud - ARS PACA

- **Recrudescence de la coqueluche**
- **La PCR est l'examen biologique recommandé au détriment de la sérologie, pour des raisons de performance et d'interprétabilité**
- **Les cas groupés de coqueluche sont à signaler à l'ARS**

En France, les **données épidémiologiques**, par l'intermédiaire du réseau de surveillance hospitalier Renacoq (Institut de veille sanitaire) qui associe bactériologistes et pédiatres, montrent une augmentation du nombre de nourrissons hospitalisés pour coqueluche durant les 3 premiers trimestres de 2012 par rapport à la même période en 2011. Le nombre de signalements de cas groupés chez des enfants scolarisés a également augmenté au cours des dernières semaines.

Cette augmentation du nombre de cas indique qu'un nouveau cycle de la maladie se produit en France, ces cycles étant régulièrement observés depuis des décennies avec un dernier pic identifié en 2005. Outre le caractère cyclique de la maladie, la recrudescence actuelle de la coqueluche pourrait également être liée à la moindre protection conférée par les vaccins acellulaires. En effet, il est maintenant acquis que, du fait de la durée de protection limitée conférée par les vaccins, il n'est pas envisageable d'éliminer la maladie et que la bactérie continue à circuler largement.

Les stratégies de vaccination mises en œuvre visent en première intention à protéger le très jeune nourrisson des formes graves de coqueluche et de décès.

Le **diagnostic biologique** repose désormais sur 2 tests de référence.

- **La PCR** (Polymerase Chain Reaction) : sur prélèvement par aspiration ou écouvillonnage nasopharyngé¹, jusqu'à 3 semaines après le début de la toux. **Elle est remboursée depuis le 15 mars 2011².**
- **La culture** : sur prélèvement par aspiration nasopharyngée, le plus précocement possible, de préférence au cours de la première semaine de toux. **Elle est remboursée par l'Assurance maladie.** Le prélèvement fait l'objet d'un envoi systématique des souches au CNR (pour recherches complémentaires).

La **sérologie** ne doit plus être prescrite à ce jour³. En effet, beaucoup de sérologies sont ininterprétables pour diverses raisons :

- le sujet ne doit pas avoir reçu de vaccin coqueluche dans les 3 dernières années,
- seule la présence d'anticorps antitoxine pertussique est à considérer,
- la majorité des kits commerciaux disponibles ne sont pas validés par le CNR et sont de qualité médiocre,
- elle n'est plus remboursée par l'Assurance maladie,
- si elle a été réalisée, le résultat ne peut être interprété que si la maladie a évolué depuis plus de 3 semaines.

Si une confirmation biologique est souhaitée et que la toux dure depuis plus de 3 semaines, la PCR et la culture ne sont plus possibles. Dans ce cas, un diagnostic indirect pourra être fait (par PCR ou culture) sur un cas secondaire (notion de contagé de 7 à 21 jours).

Liens

- **InVS**
<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Coqueluche/Aide-memoire>
- **CNR**
<http://www.pasteur.fr/ip/easysite/pasteur/fr/sante/centres-nationaux-de-referance-et-centres-collaborateurs-de-l-oms/cnr-et-ccoms/cnr-de-la-coqueluche-et-autres-bordetelloses/actualites-rapports>
- **HCSP**
<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/cherchePleinTexte?ae=cherchePleinTexte&menu=14>

1- Mode opératoire pour la réalisation du prélèvement :

http://www.pasteur.fr/pasteur/film_cnr/prelev.swf

2- Décision parue au JO relative au remboursement de la PCR :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORF-TEXT000023587047>

3- http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspa20080905_coqueluche.pdf

DES ARGUMENTS POUR CONVAINCRE :

VACCINATION CONTRE LE PNEUMOCOQUE

Avec la participation des Drs Jean-Claude FRANCESCHINI et Serge CINI

Avril 2013

n°2

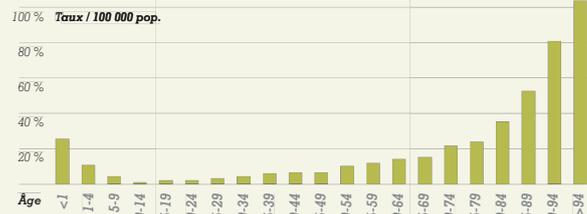
Vaccination

CONTRE LE PNEUMOCOQUE,

des réalités pour convaincre...

Les infections invasives à pneumocoques touchent essentiellement en France les moins de deux ans et les seniors :

Incidence annuelle selon l'âge des infections invasives à pneumocoques



Source : InVS, Epibac France métropolitaine 2011

? POURQUOI FAUT-IL VACCINER LES NOURRISSONS PAR LE VACCIN PNEUMOCOCCIQUE ?

Pour les protéger contre les infections invasives pneumococciques !

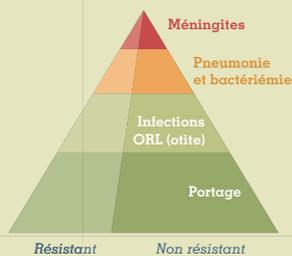
Plus de la moitié des nourrissons hébergent pendant les deux premières années de leur vie du pneumocoque dans la muqueuse de leur rhinopharynx. Ce commensal du rhinopharynx peut facilement diffuser vers l'oreille et l'arbre respiratoire (souches non invasives). Mais, certains pneumocoques ont la particularité d'être entourés d'une capsule polysaccharidique qui leur confère un pouvoir de protection contre la phagocytose. Ils peuvent donc être à l'origine d'infections dites invasives, c'est-à-dire contractées par voie hémato-gène à partir du rhinopharynx, après envahissement de la sous-muqueuse, favorisé le plus souvent par une infection virale des voies aériennes supérieures (rhinovirus, virus de la grippe, adénovirus...). Le pneumocoque dans le torrent circulatoire peut atteindre les méninges, les séreuses (plèvres ++), les synoviales, le tissu osseux, le parenchyme pulmonaire...

Pour protéger également toute la population

En raison du portage rhinopharyngé du pneumocoque fréquent chez les enfants, il existe un risque important de transmission à l'ensemble de la population. Vacciner les enfants revient donc à protéger l'ensemble de la population.

Pyramide de pathogénie du pneumocoque

Légende : Un nourrisson sur deux hébergera du pneumocoque dans son rhinopharynx, au cours de ses deux premières années de vie.



Le schéma vaccinal 2013

- La vaccination par le vaccin pneumococcique conjugué 13-valent est recommandée à l'ensemble des **enfants de moins de 2 ans** et selon le schéma vaccinal comportant deux injections à deux mois d'intervalle (la première injection dès l'âge de 2 mois) et un rappel à l'âge de 11 mois (avril 2013).
- Pour les **enfants de 2 ans à 5 ans** non préalablement vaccinés et à risque élevé d'infection invasive, le rattrapage vaccinal est recommandé : 2 doses de vaccin 13-valent à deux mois d'intervalle suivies d'une dose de vaccin 23-valent au moins deux mois après.
- La vaccination par une dose du vaccin polysaccharidique 23-valent est recommandée pour les **adultes et enfants de 5 ans et plus** présentant un risque élevé. Cette vaccination doit être proposée lors de leur admission dans des structures de soins ou d'hébergement aux personnes qui n'en auraient pas encore bénéficié.

L'Agence régionale de santé PACA et le comité de pilotage régional vaccination (qui regroupe les principaux acteurs en matière de vaccination dans la région) ont sélectionné plusieurs actions en vue de faire remonter les taux régionaux de couverture vaccinale. Sous l'égide du CRES, un groupe d'experts a élaboré une première fiche technique sur la Vaccination contre l'hépatite B. Dans la prochaine revue nous vous proposerons une fiche sur la vaccination contre le pneumocoque.

www.urps-ml-paca.org
Rubrique : Exercice
"infos pratiques"

Vaccination **CONTRE LE PNEUMOCOQUE**, des réalités pour convaincre...

L'importance de la primovaccination dès l'âge de 2 mois

Il est important de réaliser la primovaccination à 2 doses dès l'âge de 2 mois et à 4 mois, et d'effectuer le rappel à 11 mois, pour éviter les formes graves d'infections à pneumocoques, car le pic de fréquence de survenue des méningites se situe entre 5 et 6 mois.

Possibilité de co-administration

Selon les données scientifiques, il est possible de covacciner le même jour en toute sécurité.

Données de couverture vaccinale

Chez l'enfant

Couverture vaccinale pneumocoque à 9 mois et 2 ans estimée à partir des certificats de santé du 9^{ème} et 24^{ème} mois, 2010, Paca et France

Département	9 mois		2 ans
	2 doses	2 doses	3 doses
Alpes-de-Haute-Prov.	ND*	ND	ND
Hautes-Alpes	85,4%	84,4%	82,2%
Alpes-Maritimes	90,4%	92,0%	89,7%
Bouches-du-Rhône	ND	71,6%	69,8%
Var	89,5%	88,9%	86,4%
Vaucluse	88,9%	89,5%	86,8%
France	91,2%	90,6%	88,6%

* ND : non disponible (Source : Drees, InVS)

Chez l'adulte

En France, parmi les personnes de 65 ans ou plus atteintes d'une pathologie chronique sous-jacente, 8,1% étaient vaccinées par le vaccin antipneumococcique (vaccin polysidique 23-valent) depuis moins de 5 ans et 8,3% depuis 5 ans ou plus. (Source : InVS, 2011)

En région Paca, parmi les résidents en Etablissements avec hébergement pour personnes âgées, 47% étaient vaccinées avec ce même vaccin depuis moins de 5 ans. (Source : Cire Sud, 2012)

Références

- Centre National de Référence des pneumocoques, Paris
- Observatoire national des méningites bactériennes en France
- Vaccins antipneumococciques, note synthèse OMS 2012
- BEH Calendrier vaccinal 2013
- Guide des vaccinations Édition 2012
- ECDC
- InVS, Cire Sud

? POURQUOI FAUT-IL REDOUTER LA SURVENUE D'INFECTIONS INVASIVES CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE DEUX ANS ?

Parce qu'elles sont une cause importante de morbidité et de mortalité chez le nourrisson !

- Le pneumocoque est la première cause de pathologie invasive chez l'enfant de moins de deux ans
- Le pneumocoque est la première cause de méningite avant deux ans
- Le pneumocoque est la première cause de pneumonie par voie hémotogène
- Le pneumocoque est la première cause de bactériémie chez le nourrisson
- Le pneumocoque est la première cause de surditité acquise chez l'enfant

En France, chez l'enfant de moins de 2 ans, le pneumocoque est la première cause de décès par infection bactérienne communautaire.

Méningite à Pneumocoque en France : risque majeur avant 2 ans



? POURQUOI FAUT-IL VACCINER LES ENFANTS ET ADULTES PRÉSENTANT UN RISQUE ÉLEVÉ* ?

- Les infections à pneumocoque atteignent tous les âges et particulièrement les moins de 2 ans et les adultes de plus de 65 ans
- Les infections à pneumocoque surviennent sous forme de cas groupés avec des formes sévères dans les collectivités fermées (hôpitaux, établissements pour personnes âgées...)
- La vaccination diminue la fréquence des otites moyennes et indirectement la résistance aux antibiotiques.

* asplénie fonctionnelle ou splénectomie, drépanocytose homozygote, infection à VIH, syndrome néphrotique, insuffisance respiratoire ou cardiaque, patients alcooliques avec hépatopathie chronique, personnes ayant des antécédents d'infection pulmonaire ou invasive à pneumocoque

? QUELS SONT LES BÉNÉFICES DE LA VACCINATION PNEUMOCOCCIQUE ?

Depuis son utilisation, la vaccination pneumococcique a entraîné :

- la diminution du nombre d'infections invasives,
- la diminution du nombre de méningites,
- la diminution des hospitalisations pour infections invasives,
- la diminution du portage rhinopharyngé des sérotypes vaccinaux du pneumocoque,
- les sérotypes de *S. pneumoniae* inclus dans le vaccin 23-valent sont les principaux responsables des infections pneumococciques sévères chez les adultes et chez les enfants,
- la diminution des infections à pneumocoque chez le sujet âgé, grâce à la circulation plus réduite des souches bactériennes.

Par ailleurs, l'immunité de groupe constitue l'un des principaux enjeux de la vaccination contre le pneumocoque.



ASSOCIATION DE PROMOTION POUR LA SANTÉ DES SOIGNANTS

par le Dr Yves LEOPOLD, Vice-Président de la CARMF, Conseiller ordinal, Vice-Président de l'APSS

La création de l'APSS (Association de promotion pour la santé des soignants) il y a quelques années répondait à une triple ambition.

- Humaine, en venant au secours de nos confrères malades.
- Ethique, en tenant compte de l'incidence de la mauvaise santé des soignants sur la qualité des soins.
- Economique en faisant tout pour soigner et remettre au travail ces médecins en souffrance, dans une période de pénurie où ce capital humain devient de plus en plus précieux.

Cette ambition, partagée par les acteurs institutionnels (CNOM, CARMF, FHP, FHF, mais aussi tous les syndicats de médecins et tous les Ordres soignants) se heurtait à deux obstacles majeurs : l'absence de structures et de réseaux de soins spécialisés et dédiés aux soignants, et les contingences financières attachées à la période de soins.

Dans un premier temps l'APSS a organisé la mise en place de quatre structures dédiées aux soignants et aux médecins en particulier. Dispersées sur le territoire, ces centres d'hospitalisation bénéficient pour certaines d'un financement spécifique par les ARS, réceptives à la problématique posée et accueillent chacune un nombre croissant de malades. Les psychiatres et leur personnel infirmier ont accepté les contraintes attachées à cette activité, y compris une formation spécifique aux soins aux soignants. L'APSS a déjà organisé un certain nombre de rencontres entre ces personnels et les animateurs de structures existant dans le monde (Catalogne en particulier).

Dans un second temps, l'APSS a mis en place une **mesure révolutionnaire pour les libéraux**, avec le soutien actif du conseil National de l'Ordre et de la CARMF : **l'engagement thérapeutique**.

Lors de toutes les enquêtes faites sur le *Burnout Syndrome*, une plainte répétitive revenait : les médecins

libéraux, dépressifs ou addictifs, par nature (et par pathologie) imprévoyants, ne parvenaient pas à se soigner en raison du côté dissuasif du délai de carence imposé par les textes à la CARMF. Par ailleurs, en cas de maladie psychique, les CO se trouvaient dans une situation binaire : autoriser l'exercice en considérant que les soins seraient néanmoins utiles, ou l'interdire, signant une mort sociale immédiate du praticien et de son entreprise libérale.

L'engagement thérapeutique tente de corriger ces deux difficultés. Sous réserve de la signature d'un document l'engageant de façon formelle, sous réserve d'acceptation d'une hospitalisation immédiate dans une structure validée et de l'accompagnement d'un "parrain" (issu des rangs des conseillers ordinaires ou des délégués de la CARMF) **le médecin malade peut bénéficier des IJ de la CARMF dès le premier jour d'arrêt**.

Cette aide est soumise à la décision de la commission du Fonds d'action sociale de la CARMF, sur dossier. Cet engagement thérapeutique peut être également être une alternative provisoire aux procédures ordinaires, en amont des décisions de la commission restreinte.

Les prérogatives du CNOM (qui garde seul le droit de permettre la poursuite de l'activité après soins) et celles de la CARMF (jugeant sur des critères sociaux-économiques la pertinence de l'aide) sont ainsi préservées. Le droit des patients l'est aussi, la démarche restant volontaire de la part du médecin concerné.

Ajoutons qu'une mesure d'aide à la reprise d'activité (ARPA) a été mise en place par la CARMF et permet la poursuite du bénéfice des IJ alors même que le travail a été repris (sur décision, cette fois, de la Commission invalidité de la CARMF).

Ces mesures amènent une réforme extrêmement importante dans la prise en charge des médecins souffrant d'affections psychiques ou d'addictions. Elle ne signent pas la fin de l'action de l'APSS dont le champ d'action, très vaste, s'étend à la prévention et à l'information.





LE COMITÉ MÉDICAL DÉPARTEMENTAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

par le Dr Richard BOVET, Généraliste à TOULON.

Le Comité médical est une instance départementale consultative pour les trois fonctions publiques. (Etat, hospitalière et territoriale)

Les dossiers sont gérés par la direction départementale de la cohésion sociale pour la fonction publique d'état et la fonction publique hospitalière et depuis 2012 par les centres de gestion pour la fonction publique territoriale.

L'article 113 de la loi n° 2012-347 du 12 mars 2012 modifie en partie le fonctionnement des secrétariats des comités médicaux et commissions de réforme en instaurant la prise en charge d'une partie de leur activité par les centres de gestion de la fonction publique territoriale.

Cet article 113 modifie en effet le II de l'article 23 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale en ajoutant, parmi les missions qui sont assurées par les centres de gestion pour les collectivités territoriales et établissements publics qui leur sont affiliés, le secrétariat des commissions de réforme et des comités médicaux.

Les instances que sont les comités médicaux et les commissions de réforme ne sont pas impactées en tant que telles par la réforme, celle-ci ne concernant que leur secrétariat et encore pour les seuls agents des collectivités territoriales. Ces instances restent donc placées auprès de la direction et vous demeurez compétents pour la désignation des membres du comité médical et la consultation de la commission de réforme.

Les missions assurées par les centres de gestion concernent le seul secrétariat des CM/CR, c'est-à-dire l'instruction administrative des dossiers des agents relevant de la fonction publique territoriale. Les centres de gestion auront la charge de mettre en place un secrétariat propre pour instruire les dossiers puis les conserver.

Il est rappelé que les secrétariats des comités médicaux et commissions de réforme doivent être assurés par un médecin (art. 6 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 modifié et art. 3 du décret 87-602 du 30 juillet 1987).

En conséquence, dans chaque département, le comité médical départemental reste placé sous l'autorité du Préfet pour les 3 fonctions publiques.

Le comité médical départemental comprend deux praticiens de médecine générale et pour les cas relevant de sa compétence, un médecin spécialiste de l'affection relevant du congé de longue maladie ou de longue durée.

LE COMITÉ MÉDICAL DÉPARTEMENTAL

Il est chargé de donner à l'autorité compétente un avis sur les questions médicales soulevées par l'admission des candidats aux emplois publics, l'octroi et le renouvellement des congés de maladie et la réintégration à l'issue de ces congés.

Il est consulté **obligatoirement** pour:

- La prolongation des congés de maladie au delà de six mois d'arrêts consécutifs
- L'octroi et le renouvellement des congés de longue maladie ou de longue durée
- La réintégration après douze mois consécutifs de congé de maladie ou à l'issue d'un congé de longue maladie ou de longue durée
- L'aménagement des conditions de travail du fonctionnaire après congé de maladie ou disponibilité d'office
- La mise en disponibilité d'office pour raison de santé et son renouvellement
- Le reclassement dans un autre emploi à la suite d'une modification de l'état physique du fonctionnaire
- Ainsi que dans tous les autres cas prévus par des textes réglementaires; ex : le mi-temps thérapeutique.

Il peut recourir, s'il y a lieu, au concours d'experts pris en dehors d'eux.

Le comité médical n'est pas une instance de contrôle médical. Il donne un avis précis sur les questions posées par l'autorité compétente.

L'avis rendu par le comité médical est adressé par écrit à l'employeur qui en avisera l'agent par une décision ou par un arrêté. Cet avis peut faire l'objet d'un recours auprès du comité médical supérieur placé auprès du ministre de la santé.

Attention : Il ne faut pas confondre congé de maladie et congé de longue maladie

LE COMITÉ MÉDICAL SUPÉRIEUR

C'est une instance de recours, placée auprès du Ministre chargé de la santé, et compétent à l'égard des 3 fonctions publiques. Il est appelé à donner son avis sur les cas litigieux qui ont été préalablement examinés en premier ressort par le comité médical départemental :

- à la demande de l'autorité compétente ou du fonctionnaire concerné,
- saisi par l'autorité administrative à son initiative ou à la demande du fonctionnaire.

Il se prononce uniquement sur la base des pièces figurant au dossier qui lui est soumis.

Il est institué auprès du ministre chargé de la santé et composé de médecins nommés par celui-ci pour une durée de trois ans.

Il comprend deux sections : une de cinq membres compétente en ce qui concerne les maladies mentales et une de huit membres compétente pour les autres maladies.

Il n'est plus obligatoirement consulté lorsque le bénéficiaire du congé de longue maladie est demandé au titre d'une affection ne relevant pas de la liste des affections ouvrant droit à CLM pour la fonction publique.

TEXTES DE REFERENCE :

Décret 2008-1191 du 17 novembre 2008 relatif aux commissions de réforme et au comité médical supérieur dans la fonction publique de l'Etat, dans la fonction publique territoriale et dans la fonction publique hospitalière.

DATE D'ENTREE EN VIGUEUR : 1er DECEMBRE 2008

Le décret 2008-1191 publié au Journal officiel du 18 novembre 2008 a modifié le décret^o87-602 du 30 juillet 1987 relatif aux comités médicaux et aux congés de maladie des fonctionnaires. Lorsqu'une affection pour l'attribution d'un congé de longue maladie ne figurait pas sur la liste fixée par arrêté ministériel, le bénéficiaire d'un congé de longue maladie demandé pour une affection qui n'est pas inscrite sur la liste prévue à l'alinéa précédent peut être accordé après l'avis du comité médical départemental compétent

Le recours doit être envoyé à l'adresse suivante :

Ministère de la Santé et des sports

Direction Générale de la Santé

Division Ressources et Contrôle Interne

Comité Médical Supérieur

14 Avenue Duquesne - 75350 PARIS 07 SP

Le congé de maladie ordinaire (CMO)

ATTRIBUTION

En cas de maladie dûment constatée et mettant le fonctionnaire dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, l'agent est mis **de plein droit** en congé de maladie. Pour obtenir ce congé, l'agent doit adresser à son employeur un certificat émanant d'un médecin. L'employeur peut, à tout moment, faire procéder à la contre-visite de l'agent, par un médecin agréé dont les conclusions peuvent être soumises au comité médical

AVANTAGES ACCORDÉS

La durée totale des congés de maladie ordinaire ne doit pas excéder douze mois consécutifs. L'agent conserve l'intégralité de son traitement pendant les trois premiers mois ; les neuf mois suivants sont rémunérés à demi-traitement. Le fonctionnaire a donc droit à douze mois de congé maladie consécutifs. En cas de reprise de fonctions, les droits à congé de maladie sont calculés par rapport à l'année de référence.

Un avis est donné pour une période de 3 ou 6 mois (date à date) renouvelable.

RENOUVELLEMENT

Lorsque l'agent est dans l'incapacité de reprendre son service à l'expiration de la première période de six mois consécutifs de congé de maladie, le comité médical est saisi pour avis de toute demande de prolongation, dans la limite des six mois restants. Lorsqu'un fonctionnaire a obtenu des congés de maladie d'une durée totale de 12 mois consécutifs, il ne peut reprendre son service sans l'avis favorable du Comité médical.

PIÈCES A FOURNIR

- Saisine de l'employeur comportant la ou les questions précises
- Fiche signalétique complétée datée et signée
- Tous les arrêts de travail (initial, prolongation,...)

LE COMITÉ MÉDICAL DÉPARTEMENTAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

Le congé de longue maladie (CLM)

Le congé de longue maladie est accordé à l'agent présentant une affection qui met l'intéressé dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, nécessitant un traitement et des soins prolongés.

La liste des affections ouvrant droit à CLM est fixée par l'arrêté du 14 mars 1986. Toutefois, le bénéficiaire d'un congé de longue maladie peut être demandé pour une affection qui n'est pas inscrite sur la liste citée, dans la mesure où elle met l'intéressé dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, qu'elle rende nécessaire un traitement et des soins prolongés et qu'elle présente un caractère invalidant et de gravité confirmé.

Depuis le décret de 2008-1191 du 17 novembre 2008, **le comité médical supérieur n'est plus obligatoirement saisi de l'avis donné** pour une affection qui n'est pas inscrite sur la liste. **Le bénéficiaire d'un congé de longue maladie** demandé pour une affection hors liste **peut être accordé** après l'avis du comité médical départemental compétent.

Le fonctionnaire qui reprend son activité pendant au moins 1 an, après une période de CLM, a droit à un nouveau CLM de 3 ans maximum, quelle que soit l'affection en cause.

Si la reprise est inférieure à un an, la nouvelle période de CLM s'ajoute à la précédente, dans la limite de 3 ans maximum.

Le congé de longue maladie (CLM)**ATTRIBUTION**

L'octroi, le renouvellement de ce congé et éventuellement la réintégration du fonctionnaire à l'issue du congé, nécessitent obligatoirement l'avis du comité médical.

**DURÉE
RÉMUNÉRATION**

Le congé de longue maladie peut être accordé pour une durée maximale de 3 ans. Le fonctionnaire conserve en CLM l'intégralité de son traitement pendant 1 an. Le traitement est réduit de moitié pendant les deux années qui suivent.

Un avis est donné pour une période de 3 ou 6 mois (date à date) renouvelable.

**PIÈCES
A FOURNIR**

- Saisine de l'employeur comportant la ou les questions précises
- Fiche signalétique complétée datée et signée
- Demande de l'agent
- Tous les arrêts de travail (initial, prolongation,...)

Pour obtenir un congé de maladie, ainsi que le renouvellement du congé initialement accordé, le fonctionnaire doit adresser à l'administration dont il relève, par l'intermédiaire de son chef de service, **une demande appuyée d'un certificat d'un médecin, d'un chirurgien-dentiste ou d'une sage-femme qui comprend 2 volets : un certificat médical non détaillé et un certificat médical détaillé sous pli confidentiel couvert par le secret médical décrivant l'affection pour laquelle cette demande est faite. En cas de polyopathie, il est recommandé de préciser l'affection la plus invalidante.**

Le congé de longue durée (CLD)

Un fonctionnaire en activité peut bénéficier d'un congé de longue durée en cas de :

- Tuberculose,
- Maladies mentales,
- Affections cancéreuses,

- Poliomyélite antérieure aiguë,
- Déficit immunitaire grave et acquis.

Il est accordé dans les mêmes conditions que le congé de longue maladie et est également soumis à l'avis obligatoire du comité médical.

Le congé de longue durée (CLD)

ATTRIBUTION

En règle générale, le fonctionnaire présentant une des maladies susvisées ne peut être placé en congé de longue durée qu'à l'issue de la période rémunérée à plein traitement d'un congé de longue maladie. Cette période est alors réputée être une période de congé de longue durée attribuée pour la même affection. Sur demande de l'agent, l'administration a la faculté, après avis du comité médical, de maintenir en congé de longue maladie, le fonctionnaire qui peut prétendre au congé de longue durée.

Cependant, si le fonctionnaire **conserve le bénéfice d'un congé de longue maladie, il ne peut plus bénéficier d'un congé de longue durée au titre de l'affection pour laquelle il a obtenu ce congé, s'il n'a recouvré auparavant ses droits à congé de longue maladie à plein traitement (1 an)**. S'il bénéficie d'un congé de longue durée, tout congé accordé par la suite pour la même affection (à condition qu'il n'ait pas épuisé ses droits : arrêt inférieur à 5 ans) est un congé de longue durée dont la durée s'ajoute à celle du congé déjà attribué, dans la limite de 5 ans.

Si le fonctionnaire contracte une autre affection ouvrant droit à un congé de longue durée, il a droit à l'intégralité d'un nouveau congé de longue durée, sauf s'il est déjà inapte de manière absolue et définitive du fait de la première affection. L'affection en cause doit relever d'une catégorie d'affection autre que celle qui a ouvert droit au premier congé de longue durée.

DURÉE RÉMUNÉRATION

Le congé de longue durée est accordé pour une période de 5 ans maximum au titre d'une même maladie. Il se décompte de la manière suivante :

- 3 ans à plein traitement,
- 2 ans à demi-traitement.

Un avis est donné pour une période de 3 ou 6 mois (date à date) renouvelable.

PIÈCES A FOURNIR

- Saisine de l'employeur comportant la ou les questions précises
- Fiche signalétique complétée datée et signée
- Demande de l'agent
- Tous les arrêts de travail (initial, prolongation,...)

Pour obtenir un congé de maladie, ainsi que le renouvellement du congé initialement accordé, le fonctionnaire doit adresser à l'administration dont il relève, par l'intermédiaire de son chef de service, **une demande appuyée d'un certificat d'un médecin, d'un chirurgien-dentiste ou d'une sage-femme qui comprend 2 volets : un certificat médical non détaillé et un certificat médical détaillé sous pli confidentiel couvert par le secret médical décrivant l'affection pour laquelle cette demande est faite. En cas de polyopathie, il est recommandé de préciser l'affection la plus invalidante.**

La reprise

ATTRIBUTION

Après avoir bénéficié d'un congé pour maladie, l'agent peut reprendre ses fonctions. Il transmet à son employeur un **certificat de reprise** qui atteste de sa possibilité de reprendre ses fonctions.

L'agent peut être réintégré sur son poste.

Il peut être toutefois placé en mi-temps thérapeutique ou reclassé.

PIÈCES A FOURNIR

- Saisine de l'employeur comportant la ou les questions précises
- Fiche signalétique complétée datée et signée
- Demande de l'agent (il est recommandé d'appuyer la demande par un certificat médical pour toute reprise à plein temps, d'un certificat médical détaillé sous pli confidentiel dans tous les autres cas).
- Avis du médecin de prévention

LE COMITÉ MÉDICAL DÉPARTEMENTAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

Le Temps Partiel Thérapeutique (TPT)

ATTRIBUTION

Le temps partiel thérapeutique est une modalité particulière d'exercice des fonctions permettant au fonctionnaire de bénéficier d'une rémunération versée sur la base du temps plein, tout en exerçant ses fonctions à mi-temps (ou plus) pour raison de santé. **Il doit faire suite à un congé pour maladie ordinaire de plus de 6 mois consécutifs, un congé longue maladie ou à un congé longue durée.**

Après un congé de maladie ordinaire de plus de 6 mois, un congé longue maladie ou un congé longue durée, les fonctionnaires peuvent être autorisés, après avis du comité médical compétent, à accomplir un service à temps partiel thérapeutique, accordé pour une période de 3 mois et renouvelable dans la limite d'un an par affection ayant ouvert droit au CMO, au CLM ou au CLD.

PIÈCES
A FOURNIR

- Saisine de l'employeur comportant la ou les questions précises
- Fiche signalétique complétée datée et signée
- Demande de l'agent
- Certificat médical de reprise
- Avis du médecin de prévention

La disponibilité

ATTRIBUTION

La disponibilité est la position du fonctionnaire qui, placé hors de son administration ou service d'origine, cesse de bénéficier dans cette position de ses droits à l'avancement et à la retraite. La mise en disponibilité peut être prononcée d'office à l'expiration des droits statutaires à congés de maladie, s'il ne peut être procédé au reclassement du fonctionnaire.

Rappel des droits statutaires :

- 12 mois consécutifs pour un congé de maladie ordinaire,
- 3 ans pour un congé de longue maladie,
- 5 ans (ou 8 ans) pour un congé de longue durée,

Elle est accordée par l'autorité compétente après avis du comité médical départemental sur **l'inaptitude du fonctionnaire à reprendre ses fonctions dans la mesure où l'infirmité n'est pas stabilisée (susceptible d'évolution).**

Le comité médical donne son avis sur le renouvellement de la disponibilité pour maladie.

Il convient de préciser que cette disponibilité ne peut suivre un congé accident de service.

DURÉE

La durée de la disponibilité est d'une année. Elle peut être renouvelée deux fois pour une durée égale (soit 3 ans maximum).

Si le fonctionnaire n'a pu, durant cette période, bénéficier d'un reclassement, il est à l'expiration de cette durée :

- soit réintégré dans son administration,
- soit admis à la retraite d'office, s'il est inapte,
- soit licencié.

Il existe une possibilité de prolongation d'un an à l'expiration de la 3ème année de disponibilité, s'il résulte de l'avis du comité médical que l'agent doit pouvoir reprendre ses fonctions ou être reclassé avant la fin de cette prolongation.

PIÈCES
A FOURNIR

- Saisine de l'employeur comportant la ou les questions précises
- Fiche signalétique complétée datée et signée
- Demande de l'agent
- Arrêts de travail (initial, prolongation,...) : il est recommandé d'appuyer la demande par un certificat médical non détaillé et d'un certificat médical détaillé sous pli confidentiel pour toute demande de mise en disponibilité
- Avis du médecin de prévention

Le reclassement

ATTRIBUTION

Le reclassement consiste à redonner un emploi à un fonctionnaire qui ne peut occuper son ancien emploi pour des raisons d'inaptitude physique.

A l'expiration des congés (CMO - CLM - CLD), le fonctionnaire qui ne peut reprendre son service est soit mis en disponibilité, soit admis à la retraite, soit reclassé.

Le reclassement est un droit qui doit être "sollicité". L'agent doit donc demander son reclassement, après avis du comité médical.

PIÈCES A FOURNIR

- Saisine de l'employeur comportant la ou les questions précises
- Fiche signalétique complétée datée et signée
- Demande de l'agent sollicitant le reclassement professionnel
- Fiche de poste avec le descriptif des tâches actuelles exercées par l'agent
- Fiche de poste proposée pour le nouvel emploi avec le descriptif des tâches envisagées
- Avis du médecin de prévention

Il est recommandé d'appuyer la demande par un certificat médical non détaillé et d'un certificat médical détaillé sous pli confidentiel pour toute demande de reclassement.

La retraite pour invalidité

L'agent titulaire qui se trouve dans l'impossibilité définitive et absolue de continuer ses fonctions, par suite de maladie, blessure ou infirmité grave dûment établie peut être radié des cadres pour invalidité. S'il est mis à la retraite pour invalidité, et qu'il n'a pu être reclassé dans un emploi compatible avec son état de santé, il peut alors prétendre à une **pension d'invalidité** assortie, éventuellement, d'accessoires comme la **rente d'invalidité** ou la **tierce personne**. Exceptionnellement, il peut être licencié pour raison médicale.

Le droit à pension d'invalidité est ouvert à tout agent titulaire quels que soient son âge, la durée des services qu'il a accomplis

et le taux d'invalidité qu'il présente. Lors de la radiation des cadres, l'agent doit se trouver **dans l'impossibilité définitive et absolue** de continuer l'exercice de ses fonctions.

Cette inaptitude doit résulter d'une maladie ou d'une infirmité contractée ou aggravée durant une période valable pour la retraite. La demande doit être formulée au moins **6 mois avant** la date souhaitée pour l'admission à la retraite

La radiation des cadres d'office n'est possible qu'à l'expiration des congés de maladie, de longue maladie ou de longue durée prévus par le statut applicable à l'agent sans pouvoir être reportée au delà de la limite d'âge.

La retraite pour invalidité

ATTRIBUTION

La mise à la retraite pour invalidité peut être prononcée sur simple avis du comité médical départemental sous réserve :

- Que l'admission à la retraite soit faite **sur demande** de l'agent,
- Que l'intéressé ait effectué **103 trimestres** de services et bonifications. Dans ce cas, Quel que soit le taux d'invalidité retenu, la pension de l'agent calculée sur cette durée sera, en tout état de cause, au moins égale à 50 % du traitement.
- Que l'invalidité ne soit **pas imputable** au service (absence de demande de rente d'invalidité)

Dans ce cas précis, la reconnaissance de l'imputabilité au service de l'invalidité est de la compétence de la commission de réforme qui doit réglementairement être saisie.

Il est nécessaire que le comité médical se prononce sur **l'inaptitude absolue et définitive de l'agent à l'exercice de ses fonctions**, le médecin agréé missionné par expertise se prononçant en plus sur l'origine et les taux d'invalidité des infirmités.

PIÈCES A FOURNIR

- Saisine de l'employeur comportant la ou les questions précises
- Fiche signalétique complétée datée et signée
- Demande de l'agent
- Rapport médical établi par un médecin agréé généraliste ou spécialiste précisant le taux d'invalidité pour chaque pathologie. Les taux d'invalidité sont évalués par le médecin chargé de l'examen médical par référence au barème indicatif annexé au code des pensions civiles et militaires de retraite.

LE PAPILLON DU PR. JEAN-FRANÇOIS MATTEI

par le groupe "médecine et un humanisme pour notre temps" : Drs Alice Touzaa, François Turk, Jean François Perret, Hervé Pegliasco, Guy Recorbet, Hani Hobballah, Christiane Giraud

URPS le Jeudi 31 janvier 2013

Le Pr J.F Mattei, président national de la Croix-Rouge française donne une conférence sur : "l'évolution de l'humanitaire et la place de la Croix-Rouge dans cet humanitaire"

Le Professeur se souvient, c'était en 2004, sur une plage de Thaïlande après le passage du Tsunami, la rencontre avec une femme, seule, désespérée : *"je n'ai plus de mari, je n'ai plus d'enfants, je n'ai plus d'abri, de maison, de parent, plus rien, vous m'avez sauvé la vie mais qu'est-ce que je vais en faire ?"*

La question résonne, si juste qu'elle ébranle des certitudes, comme celle de l'action humanitaire limitée, réponse dans l'urgence à la catastrophe.

Depuis le Professeur a pris comme symbole de l'action humanitaire le papillon...

Mais n'allons pas trop vite !

Une brève histoire de la Croix-Rouge

En 1859, un homme d'affaires genevois, Henri Dunant, cherche à rencontrer Napoléon III mais celui-ci est en guerre, contre les Autrichiens, au côté des Piémontais partis à la conquête de l'unité italienne. Dunant arrive au moment de la bataille de Solferino, il ne voit ni vainqueurs ni vaincus mais des milliers de gisants, 40000, toutes nationalités confondues... En urgence, aidé de quelques femmes, il va intervenir sur le champ de bataille pour donner les premiers secours : l'action humanitaire est née. Après plusieurs années de négociations, 16 pays créent en 1864 La Croix-Rouge, comme auxiliaire des états, qui dans le respect de la neutralité interviendra sur les champs de bataille pour secourir les blessés quelque soit leur appartenance aux armées en présence.

Son siège est à Genève, elle prend pour symbole la Croix-Rouge. Chaque pays crée sa propre section nationale. Première évolution marquante, dès la fin du XIXe siècle, si elle intervient en temps de guerre, en temps de paix elle poursuit sa tâche

humanitaire avec des actions sociales et caritatives : création de dispensaires, de PMI, de maternités, d'hôpitaux, et la création d'écoles d'infirmières pour former le personnel soignant dont elle a besoin.

Durant la première guerre mondiale La Croix-Rouge se mobilise

sur tous les fronts, son personnel médical et para médical a un comportement exemplaire. Elle apporte soins et réconfort aux blessés et à leurs familles, elle aide aux échanges de prisonniers, à la recherche des disparus. Après guerre, la Croix-Rouge organise ses sections nationales en Fédération, Genève reste le lieu du CICR : Comité international de la Croix-Rouge. Le développement de nouvelles sections nationales posera de nouveaux problèmes comme l'adoption du Croissant Rouge en lieu et place de la Croix dans les pays de culture musulmane et turque, le Cristal Rouge pour l'Etat d'Israël.

La seconde guerre mondiale avec la Shoah va ternir l'image de la Croix-Rouge : le mutisme de ses représentants dans les camps de concentration va être jugé sévèrement, le trop grand respect

du principe de la neutralité sera perçu comme une attitude complice vis à vis du régime nazi.

La Croix-Rouge et l'évolution du mouvement humanitaire

Parallèlement aux activités de la Croix-Rouge vont naître et se développer de nombreuses autres formations à vocation humanitaire. En France les plus célèbres seront MSF, MDM, Handicap international, Santé Sud...

Une idéologie se développe autour de principes comme le sans-frontiérisme, le droit d'ingérence, le devoir d'ingérence. L'action humanitaire se double d'un devoir de témoignages, mais progressivement cette idéologie va se trouver confrontée aux réalités d'Etats qui affirment leur souveraineté et tolèrent mal que des associations ne respectent pas leur droits, ni leur règles. Ce mouvement s'accroît avec la "désoccidentalisation" de l'humanitaire, tous les pays créent leurs propres associations de secours, que ce soit sur le continent africain, au Moyen Orient ou



en Asie : exemple, l'Etat Indien qui refuse sur son sol l'action d'associations étrangères.

Enfin les associations humanitaires se trouvent confrontées aux dangers avec la montée de l'insécurité. Lors des conflits entre états ou face au terrorisme elles sont prises comme cibles : attentats, rapt, assassinats.

Au sein de cette évolution la Croix-Rouge confirme sa place d'institution humanitaire, crédible du fait de son ancienneté, de ses principes (humanité, impartialité, neutralité, indépendance, volontariat, unité, universalité) de son partenariat avec les Etats. L'ONU essaye de réformer le mouvement humanitaire et organise des appels à projets, les associations répondent à ces appels d'offres et en fonction des réponses c'est telle ou telle association qui perçoit les fonds publics pour leur réalisation. Néanmoins un pays peut faire appel directement au CICR et celui-ci choisit la section qui lui paraît la plus adaptée à la demande en fonction de la culture, des affinités, des performances.

Financièrement la Croix-Rouge vit de dons privés et de subventions publiques, elle dispose de puissants réseaux de bénévoles et elle gère de nombreuses structures sociales et médicales dans lesquelles un personnel fixe est salarié.

En France, 54 000 bénévoles pour 18 000 salariés permettent de répondre aux opérations "coup de poing", urgences dans les catastrophes, et de maintenir des actions permanentes dans le champ national.

Le papillon humanitaire

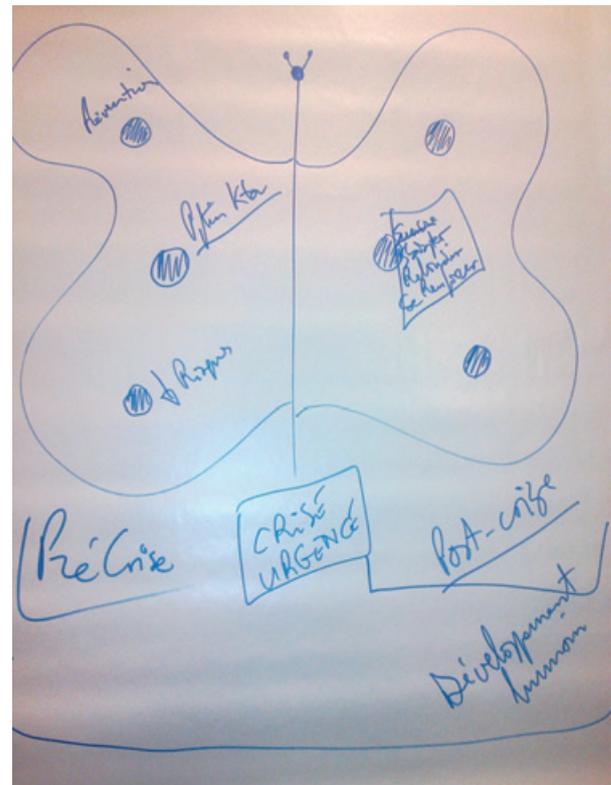
Pour rendre compte de l'action humanitaire, telle qu'il la conçoit, le Professeur Mattei nous dessine un papillon.

Son corps représente l'urgence humanitaire : la gestion du risque, la crise humanitaire.

Le principe en est simple, secourir les victimes d'une catastrophe, ce peut-être un conflit armé, une famine, un tremblement de terre, un tsunami.

Exemple du tremblements de terre en Haïti : réponse urgente, soins médicaux et chirurgicaux, eau potable, tentes, nourriture,...

- Une aile représente le suivi de la crise, la reconstruction : Une fois la catastrophe passée, il faut aider les personnes à rebondir, trouver une activité, recréer du lien social, s'insérer dans une communauté vivante, prévenir les risques secondaires : la malnutrition, les maladies infectieuses et c'est l'après Tsunami ;



- Une aile représente la prévention des risques : il y a des risques imprévisibles, mais un certain nombre sont prévisibles (Zones à risque de tremblements de terre, d'inondations, de tsunami etc...). On peut éduquer les populations menacées aux comportements adaptés, aux gestes qui sauvent.

URPS 22H30, l'humanitaire un espace médical commun

Devant un public très attentif (12 élus, et une vingtaine de personnes hors URPS), le Professeur Mattei nous a livré un aperçu de son parcours personnel : la médecine scientifique, la génétique, l'ont mené au questionnement éthique, l'éthique l'a conduit à l'engagement humanitaire. Ce parcours est personnel mais n'est-ce pas avant tout le parcours d'un médecin attaché à la tradition humaniste et qui s'affronte aux questions du temps présent ?

C'est aussi un lecteur du philosophe Emmanuel Levinas mais... ceci est une autre histoire.





FAIT DIVERS, OU, LA TRAGÉDIE AU QUOTIDIEN

par le Dr Christiane GIRAUD, Généraliste à Marseille.

Le Récitant

Assise au tribunal, je suis encore sous le choc, 48h auparavant je découvrais les saccages des extérieurs du cabinet médical, la serrure dévastée, le trou béant laissé par l'arrachage du vidéo portier, les fils électriques coupés, les insultes gravées dans le bois de la porte...

Le brouhaha des voix s'arrête, les magistrats se mettent en place, le juge domine la scène, un signe de sa part... Dans le box des accusés entre une petite silhouette noire, frêle surmontée d'une masse de cheveux bouclés.

Ce n'est pas mon affaire qui va être jugée, car mon agresseur, lui n'est pas noir, il est blanc, il n'est pas jeune mais âgé, son visage n'est pas lisse mais marqué des stigmates des addictions multiples et variées.

Le Juge

Vous vous appelez M. B, âgé de 20 ans. Vous vivez dans la cité de X chez votre mère, votre parcours scolaire s'est arrêté au collège, vous étiez en échec scolaire, vous êtes sans emploi ni qualification. Vous êtes accusé, dans la cité où vous vivez d'avoir organisé un trafic de Cannabis ; le jour de votre arrestation vous étiez en possession de 800 €. Je vous rappelle que vous êtes récidiviste, vous avez déjà été arrêté pour les mêmes raisons en 2010 et vous avez bénéficié d'une peine alternative pour trafic et possession de drogues illégales. Qu'avez-vous à dire ?

Le Récitant

Des gosses comme toi, j'en ai soigné des centaines et sans te connaître je te connais, tu es vif, débrouillard, indiscipliné. Tu mère ? Combien de fois l'ai-je rencontrée ?

Femme de ménage, immigrée, seule qui élève son fils, toujours en train de geindre, toujours dépassée par tes inventions : "tu me feras mourir" mais qui te défend becs et ongles devant tout enseignant ou représentant de la loi.

En échec scolaire ? Oui, L'ennui t'a pris dès la sortie de la maternelle, j'entends ma sœur agrégée de lettres, enseignante dans les banlieues : "ils sortent du primaire et savent à peine lire ni écrire alors tu penses bien qu'au collège, avec nos programmes..."

L'accusé

Je n'ai rien à dire, j'ai de l'argent sur moi car je n'ai pas de banque alors je "coffre" ...

Le Récitant

"Je coffre" : tu veux dire que tu gardes ton argent sur toi ? Dans l'économie clandestine, tout se règle en espèces et tu ne peux passer à la banque déposer la recette du jour. Tu le places où ton fric ? Sous ta chemise ? Chez toi ? En dépôt chez un copain, en espérant qu'il ne se fasse pas la valise avec ou qu'il ne te trahisse pas ?

Le Chœur

Vas-y, ne répond rien à ce chacal de juge. Nous on est là, nous sommes tes frères, nés dans la même cité. Nous combattons à tes côtés ! Lui, il ne comprend rien, il connaît la vie dans les livres, nous on vit dans la rue, la vraie vie, tu es un brave, n'ais pas peur, nous sommes là.

Le Récitant

La vie, la vraie vie, qu'est-ce que cela veut dire ? Chacun vit sa vie, il la prend pour vraie, parce que c'est la sienne. Dans la mienne de vie, celle des personnes qui travaillent, celle d'un médecin qui vous soigne depuis 35 ans, est-ce normal d'être sous la menace

d'agressions constantes ? Est-ce normal que la population qui vit et travaille en proximité avec vous n'ait qu'un rêve, fuir le quartier ?

Le Chœur

Oh toi la ferme avec tes jugements moraux, tu veux travailler ? Et bien tu assumes ! C'est quand même notre droit de refuser de se crever pour un SMIC.

Le Récitant

Oui c'est aussi votre droit de mourir à vingt ans, tués par balles, dans la guerre des gangs, pour des mètres carrés dans la cité ?

Comme si le job de trafiquant était une activité commerciale paisible ! Vous ne voyez pas le chaos où nous sommes entraînés ? La violence qui gangrène les relations humaines ? Vous voulez quoi ? Que le désert s'installe dans nos quartiers avec des immeubles vides, squattés, abandonnés, sans commerces, ni médecins, ni entreprises ? La vraie vie quoi ? Celle du Far West ?

Le Juge

Vous ne répondez pas ? Je me demande si vous comprenez la gravité de vos actes ?

Le Chœur

Et pourquoi il répondrait, tout ce qu'il pourrait dire, va se retourner contre lui ! Vous nous prenez pour des débiles, bien sûr le trafic de cannabis est interdit mais avec quoi vous voulez vivre ? Vous avez de l'éducation nous on n'en a pas, vous avez un métier, nous on n'en a pas, vous avez de l'argent, nous seulement si on trafique. Votre justice, elle est hypocrite, elle est là pour nous "casser", elle est là pour que vous restiez riches, puissants et nous pauvres et délinquants.

Le Juge

Vous ne voulez pas parler ? Tant pis pour vous, nous avons essayé d'être indulgents mais vous n'avez pas su saisir la main tendue.

Le Chœur

On la connaît la théorie de la main tendue, vous voulez plutôt dire la main qui vous enfonce la tête sous l'eau, et s'assure que vous êtes noyés !

L'Avocat

Monsieur le juge n'envoyez pas M. en prison, cela ne sert à rien. Vous allez l'enfermer, dix autres M. vont prendre la relève, cessons d'enfermer de jeter en prison les gosses des cités, surtout pour avoir vendu du Cannabis.

Je vous rappelle qu'en France des milliers de personnes consomment chaque jour du Cannabis, et la majorité travaille, est insérée socialement, n'est pas délinquante. Prenons des mesures éducatives, car j'insiste nous ne pouvons pas enfermer toute la jeunesse des cités dans nos prisons.

Donnons encore sa chance à M., proposons-lui une alternative à la peine de prison, à la vie de trafiquant, vous savez très bien que nous ne pouvons attendre aucune régénération dans le milieu carcéral, il va sortir endurci, plus dangereux qu'il n'y est entré.

Le Chœur

Allons un bon geste Monsieur le juge, M. c'est un brave mais les plus courageux ne survivent pas dans l'enfer, il est trop jeune, regardez comme il est mince notre copain, il se nourrit de cacahuètes et de chocolats, comment voulez-vous qu'il puisse se défendre contre les brutes, les criminels qui peuplent la prison ? C'est pas un violent, il n'a jamais frappé personne.

Le Récitant

C'est vrai, pour le moment toi tu n'as pas fait preuve d'une grande violence mais que tu le veuilles ou non tu t'es engagé dans cette voie qui à terme nous détruit tous. Je suis d'accord que la consommation de Cannabis, en soi, ce n'est pas bien grave, mais dans la cité où tu trafiques, le médecin que je suis, est fouillé avant sa visite. Tu comprends ce que cela veut dire ? Je suis tolérée, jusqu'à quand ? Pourquoi a-t-on essayé de détruire mon cabinet ? Parce qu'un membre de ton réseau essaie de régner sur la cité par la violence.

Le Juge

Nous condamnons M. B à 28 mois de prison ferme avec à la sortie, une peine de travail obligatoire pour 28 mois. Au cas où il ne travaillerait pas, il retournera purger la totalité de sa peine en prison.

Le Chœur

Salauds, ordures, justice de merde, nous allons vous faire sauter la cité, pas la nôtre, la vôtre, celle où vous vivez si confortablement, nous allons vous rappeler que nous existons, vous voulez la guerre, vous l'aurez ! Frère nous

sommes à tes côtés, nous ne t'abandonnerons pas, nous sommes tes frères d'armes !

Le Juge

Faites évacuer la salle !

Le Récitant

Tu quittes le box des accusés, tassé sur toi-même, plus frêle que tu n'y es entré, mon cœur se serre : Tu descends vers le Septième Cercle de l'Enfer, tu as beau être malin, comment vas-tu survivre ? Mais mon cœur se serre aussi sur moi, tu viens d'être puni pour une faute que tu ne reconnais pas, tu souffres de l'injustice. Alors ? Comment allons-nous nous dépêtrer de tout ce ressentiment, qui s'accumule et s'aggrave au fil des jugements ? Toi et moi nous sommes embarqués dans la même galère, celle du mal qui ronge nos quartiers.

Le philosophe Paul Ricœur nous parle "Le mal, c'est l'aventure humaine", est-ce une pensée reconfortante ?



UN SITE INTERNET POUR VOUS AIDER DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ADDICTS

www.urps-ml-paca.org
Rubrique : "liens utiles"

La prise en charge médicale des patients addicts peut être difficile. Pour vous permettre de mieux appréhender cette prise en charge, un outil informatique est à votre disposition sur internet.

www.reseausanteaddictionsud.org

EUROPRIDE 2013

www.urps-ml-paca.org
Rubrique : "Actualités"

Marseille Provence, capitale de la culture accueille en 2013 l'EUROPRIDE **du 10 au 20/07/2013**, 300 à 500 000 personnes seraient attendues durant cette période. Compte tenu des populations concernées, il nous a semblé opportun de faire un point sur les prises en charges actuelles de certaines Infections Sexuellement Transmissibles (IST) en recrudescence depuis quelques années et des dépistages à proposer.

REMPA PACA-CORSE UN NOUVEL OUTIL GRATUIT POUR TROUVER DES REMPLAÇANTS



www.urps-ml-paca.org
Rubrique : "liens utiles"

Vous avez sûrement déjà cherché à vous faire remplacer.

Et cela n'est pas toujours facile: bouche à oreille inefficace, annonces pas à jour, sites payants....

L'URPS ML PACA soutient l'association loi 1901 Rempla PACA-Corse qui vous propose un site de mise en relation des médecins remplaçants avec les médecins installés. Ce site est déjà fonctionnel dans 11 autres régions de France et reçoit le soutien institutionnel de l'ARS PACA et de ReAGJIR PACA-Corse (Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants).

Les avantages de cet outil résident:

- dans sa mise à jour en temps réel (le calendrier vous informe du nombre de remplaçant cherchant à remplacer)
- dans l'ergonomie (site intuitif avec élaboration automatisée des contrats de remplacement)
- dans l'interconnexion avec les autres sites outils déjà fonctionnels dans d'autres régions
- dans le lien créé à travers les annonces que vous pourrez déposer et avec la communauté des jeunes médecins inscrits sur le site.

Vous pouvez dès à présent pour créer un compte **gratuitement** en tant que médecin installé. Vous renseignez votre profil en précisant vos conditions d'exercice, puis les périodes où vous cherchez un remplaçant.

La première étape du déploiement du site nécessite l'inscription des médecins installés: nous vous invitons à créer votre profil et mettre en ligne vos offres de remplacement dès maintenant. Dans les prochaines semaines, les jeunes médecins et remplaçants seront à leur tour invités venir à s'inscrire et consulter vos annonces.

Préparez vos congés d'été dès maintenant !

www.reempla-paca-corse.org

REPÉRAGE DES CAS DE CHIKUNGUNYA ET DENGUE SAISON ESTIVALE 2013

www.urps-ml-paca.org

Rubrique : "Actualités"

Restriction des signalements accélérés aux cas importés

En raison de la forte progression du moustique *Aedes albopictus* en métropole, désormais implanté dans 17 départements et 5 régions, il est devenu impératif de focaliser les investigations des cas suspects sur **les personnes les plus exposées, celles ayant voyagé récemment**.

Les cas importés sont les plus à même d'être à l'origine d'une circulation autochtone de la dengue et du chikungunya, voire d'une épidémie et doivent donc être signalés au plus vite afin de mettre en place les mesures de prévention adaptées.

Les années précédentes, les cas suspects autochtones (n'ayant pas voyagé) représentaient 75% des signalements sans qu'aucun cas n'ait été confirmé. Depuis l'im-

plantation d'*Aedes albopictus* dans la région, seuls 4 cas autochtones sont survenus en PACA en 2010 (2 cas de dengue et 2 cas de chikungunya).

Désormais, dans les départements où le moustique "tigre" est implanté (dans la région, tous les départements sauf les Hautes Alpes) et pendant sa période d'activité, du 1^{er} mai au 30 novembre, le dispositif de repérage des cas repose principalement sur le **signalement des cas suspects de dengue et de chikungunya, chez les personnes ayant voyagé dans les zones de circulation du virus**.

La fiche de signalement est disponible sur le site de l'ARS PACA.

Ce signalement est couplé à la confirmation accélérée du diagnostic par le centre national de référence des arbovirus (CNR IRBA Marseille). Il déclenche des mesures de lutte antivectorielle (prospection et traitement le cas échéant) autour des cas suspects.

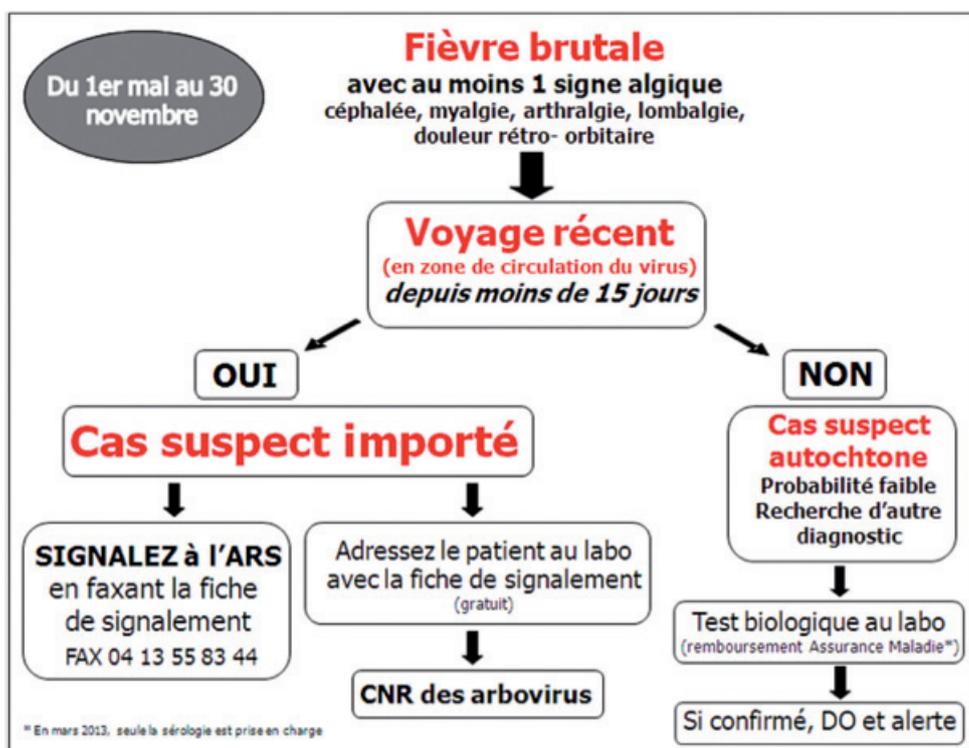
S'il s'avérait que des cas **autochtones** étaient **confirmés**, ils devraient faire l'objet d'une **déclaration obligatoire** et d'un signalement immédiat auprès de l'ARS.

Plateforme de signalement
ARS PACA :

Tel : 04 13 55 8000

Fax : 04 13 55 83 44

ars-paca-vss@ars.sante.fr



LES OUTILS DE L'URPS MIS À VOTRE DISPOSITION



L'e-journal : une publication mensuelle par mail

- 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

Sur la page d'accueil de www.urps-ml-paca.org

L'espace DPC : la formation au bout du clic

- Les formations dispensées en PACA, agréées OGC tout organisme confondu, sont maintenant référencées dans notre base de données.
- Une recherche multicritères pour cibler parfaitement vos besoins



MELIERE : si vous êtes confrontés à des cancers atypiques

- Interface de signalement anonymisée et simple d'utilisation
- Analyse des cas par un comité scientifique
- Proposition éventuelle d'une consultation d'évaluation du contexte étiologique.

L'interface Démographie Médicale en PACA

- Le paysage médical (généralistes et spécialistes) en PACA découpé par bassins de vie
- Les opportunités d'installation par ville



Dans le menu "OUTILS"

- Un site internet indépendant d'aide à la prescription d'antibiotiques
- Pharmacovigilance : les formulaires d'effet indésirable en ligne
- La liste des certificats médicaux rationnels
- Dossier médical unique de demande d'admission en EHPAD
- etc...