

Bientôt un nouveau site internet
pour être encore plus proche
de vous !



RESTONS EN CONT@CT

Pour recevoir notre newsletter
et pour être mis au courant
de l'actualité
ou des alertes sanitaires...

**Communiquez-nous
votre adresse mail**

Envoyez un message à
contact@urps-ml-paca.org

<https://www.dragnsurvey.com/survey/r/400da9b>

Il ne vous faudra qu'une ou deux minutes pour le remplir. Nous comptons sur votre participation afin de faire évoluer le mieux possible cette publication.

VOTRE AVIS EST PRÉCIEUX

Afin de mieux cerner vos attentes, nous procédons à une enquête de lectorat concernant le Journal des Médecins Libéraux PACA.

Ce petit questionnaire est accessible sur internet à l'adresse suivante :

Médecine libérale : AVIS DE TEMPÊTE !

A PROPOS DES
DÉPASSEMENTS...



DROITS DES MÉDECINS

**N°1 : la liberté de choix
du patient
par le médecin**



Système de soins,
éthique, déontologie,
**FAUT-IL
TOUT
CHANGER ?**

SOMMAIRE DU N°51

Futur électricien cède cabinet médical	p. 4
Droits des médecins : N°1 : le choix du patient par le médecin	p. 6
DA...DE...Dépassements ?	p. 8
Quelle est l'image de la Médecine Libérale ?	p. 11
Système de soins, éthique, déontologie: Faut-il tout changer?	p. 14
Les 80 élus de votre URPS.....	p. 16
Le diable s'habille en Prado et Sophia Antipolis	p. 18
La nomenclature : c'est dans la poche	p. 20
Petite histoire de la Médecine Libérale et de ses relations avec l'Etat pour mieux comprendre la nouvelle Convention	p. 22
FICHE PRATIQUE : Vaccination contre les HPV	p. 25
Santé connectée : la force des chaînes.....	p. 27
Constats et certificats de décès à domicile ou sur site privé ou public	p. 28
LES COMMISSIONS DE L'URPS ML PACA Exercices coordonnés	p. 30



Dr Laurent SACCOMANO
Président de l'URPS
Médecins Libéraux PACA

Gardons le cap !

Lors des élections professionnelles du 12 octobre 2015, vous avez désigné démocratiquement une assemblée de médecins libéraux issus de six listes syndicales.

Le souhait majoritaire des syndicats a très rapidement été de travailler de façon concertée pour ne former plus qu'une **assemblée représentative de tous les médecins**, au-delà de l'appartenance syndicale initiale, propre à défendre l'exercice libéral auquel nous sommes tant attachés.

Au cœur des réformes liées à l'exercice libéral de la profession, où toutes les autres tendances syndicales portent l'intérêt de rester soudées face au déferlement de lois et de projets de lois destinés à faire vaciller la profession, des recours judiciaires ont été initiés par certains élus visant à attaquer l'élection du Bureau de l'Union et pouvant avoir pour effet dramatique de fragiliser le rempart entre les médecins libéraux et les volontés étatiques destructrices pour notre mode d'exercice libéral.

La mandature et le travail des élus qui se mettaient en place en début d'année 2016 sont ainsi perturbés par ces recours judiciaires. Si ceux-ci avaient pu avoir pour conséquence d'atteindre l'esprit de cohésion et de travail des représentants des médecins libéraux à l'URPS ML PACA, il n'en est toutefois rien.

Au-delà du contexte, l'inverse a été constaté et la mobilisation plus forte que jamais.

Vos élus ont su se montrer responsables, loyaux et dignes de votre confiance, en ne se trompant pas d'objectif, celui de remplir notre mission : **optimiser et renforcer la place du médecin libéral dans la société et dans l'offre de soins au sein du projet régional de santé.**

Ainsi, vous médecins libéraux de la région PACA, vous nous avez dit ce que vous souhaitiez :

Une union d'écoute : ce sera le cas !

Une union de service : ce sera le cas !

Une union de défense de la profession : ce sera le cas !

Une union d'optimisation de la place de la médecine libérale dans le système de soins de notre région : ce sera le cas !

Nous, UNION REGIONALE DES MEDECINS LIBERAUX, réitérons notre indépendance et notre honneur à vous représenter dans la défense de ce pour quoi nous avons été élus. Nous sommes partenaires et contributeurs, aptes à préparer et à mettre en œuvre le projet régional de santé. Nous continuerons ainsi à porter les vrais combats !

Si certains dirigeants politiques arrivent finalement à comprendre que l'entreprise n'est pas l'ennemie de l'économie, peut être arriveront-ils à comprendre que la médecine libérale n'est pas l'ennemie de la santé et de son financement.

**Merci à vous pour votre confiance.
Gardons le cap !**

FUTUR ÉLECTRICIEN CÈDE CABINET MÉDICAL

Disease management, agences diverses, agence régionale, système de soins ... de santé ..., programmes nationaux qui s'empilent, SOPHIA, PRADO, médicaments réservés, dépistage organisé (ou pas), vaccinations, ALD, pharmacovigilance, fonction publique territoriale, SISA, MPS, ESP, CTS, PTA...

Ne vous inquiétez pas :

TOUT VA FINIR PAR RENTRER DANS LE DESORDRE !!!

Le Médecin Libéral, le pivot, le centre, le bla bla bla est assommé de tant de perte de temps, d'argent et de force.

Il sait "produire du soin" mais il sait, aussi et surtout, ce dont il a besoin : une mission claire et les moyens de cette mission, la prise en compte du temps non soignant, et le cruel besoin de personnel.

- Des raisons de se décourager : Délit statistique, 11 à 90 jours, honoraires bloqués et donc bloquants, paperasseries, sommation à envoyer des copies de documents au Médecin Conseil.....
Et on va où là ?



"Avec un exercice de plus en plus lourd, avec des pathologies complexes, les besoins ne sont pas en "messes coordinatives" mais en des structures libérales solides, équipées, vertueuses et efficaces. Mais une structure ça commence à partir de UN."

*Dr Serge CINI, Généraliste à Marseille,
Secrétaire de l'URPS Médecins Libéraux PACA*

- Des raisons de ne pas accompagner le nécessaire processus d'évolution du système de soins en fonction de ses réalités démographiques.

Alors...



INVESTIR DANS LA MEDECINE LIBERALE : le pari manqué ?

Pourquoi toutes les discussions commencent-elles par "les finances sont à sec, les marges de manœuvres sont faibles...?"

Nous savons tous que quand il faut trouver de l'argent (pour les hôpitaux, pour les agences diverses et variées, pour telle ou telle expérimentation, tel réseau, telle HAD à 2000€/jour, les urgences à 250€ la touche, telle ou telle gabegie, dépenses somptuaires et autres "babioles"), les politiciens s'y entendent (peut-être même entre eux d'ailleurs).

Aujourd'hui, il apparaît que "circulez, Il n'y a rien à voir".

On fabrique un désordre d'état et sous le thème de "parcours de soins" là où on devrait proposer des équipes de soins locales à structure administrative légère on assiste à des initiatives non concordantes des différentes ARS, pôle de santé, maisons pluridisciplinaires usines à gaz où une part importante du budget est dépensé en paperasseries et évaluation lourdingue et chronophage.

On nous en vend de la coordination, ce mot ancien devenu nouveau, mot à la mode alors que nous la pratiquions "façon Jourdain" comme dirait Michel Audiard.

Alors que manque -t-il ?

Une vraie volonté politique fléchissant les dépenses vers le soin, le suivi, la synthèse, pas vers l'immobilier et l'administratif.

Un investissement massif vers les structures libérales, intelligentes, innovantes, légères, efficaces, ordonnées, engageant leurs responsables (nous-mêmes) comme nous savons le faire.

Avec un exercice de plus en plus lourd, avec des pathologies complexes, les besoins ne sont pas en "messes coordinatives" mais en des structures libérales solides, équipées, vertueuses et efficaces.

Cavalerie légère contre grosse Bertha ? Non, avec !

Et pour cela, sortir une fois de l'ONDAM* car dans cet ONDAM là, il ne s'agit de dépenses et pas d'investissements. Les libéraux, eux, savent la différence. Possible pour la médecine de ville.

Vous avez élu votre Union donc votre "parlement" libéral régional.

Composé uniquement de médecins libéraux, il est votre maison mais aussi votre avocat. Il sera votre garde du corps et votre entraîneur.

*ONDAM = objectif national des dépenses d'assurance maladie votée chaque année par le parlement

**Dîtes ce que vous avez à dire,
STOP au silence et STOP à la soumission.
Ce n'est pas de tutelle dont nous avons besoin mais de moyens et de partenaires véritables et ce, dans l'intérêt des patients et de la santé publique.**

Le désordre nous précipite dans le mur et ça suffit.



DROITS DES MÉDECINS

N°1 : LA LIBERTÉ DE CHOIX DU PATIENT PAR LE MÉDECIN

Oui la médecine libérale est attaquée,
 Oui la médecine libérale est bousculée,
 Oui la médecine libérale est entravée ... par des textes législatifs et réglementaires qui regorgent d'interdictions et de réglementations représentant des contraintes juridiques auxquelles les médecins doivent se conformer.

Dans l'attente des résultats obtenus par les représentants et les défenseurs de notre profession, l'optimisation des outils mis à notre disposition paraît une attitude pertinente. Sachons explorer et exploiter toutes nos ressources juridiques.

Les mettre en valeur et optimiser leur utilisation paraît pertinent pour tout chef d'entreprise, car nous sommes des chefs d'entreprises.

Dans le premier article de cette série sur les ressources juridiques EN FAVEUR DES MÉDECINS, nous allons nous pencher sur la

relation médecin-patient, puisque c'est notre cœur de métier.

Quelle est la nature juridique du rapport entre le médecin et le patient ?

Depuis la jurisprudence Mercier de la chambre civile de la Cour de Cassation en 1936¹, cette relation est un contrat². Ce contrat est appelé Contrat de Soins.

Un contrat est un accord de volontés entre deux parties : ici le patient et le médecin. Chacun s'oblige envers l'autre à un certain nombre de choses.

S'il est important pour les juristes de qualifier ainsi un acte, c'est pour en déduire quel régime de responsabilité appliquer en cas d'inexécution des obligations. Longtemps la responsabilité médicale a été de type contractuel pur, puis elle a évolué vers le type délictuel (c'est à dire extra contractuel en langage juridique)³, elle va sans doute évoluer vers une responsabilité civile professionnelle autonome, mais c'est un autre sujet.

Cependant, "l'acte de soin" possède toujours la qualification juridique de contrat.

- **Le médecin s'oblige**, dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, à donner *personnellement* des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents⁴.

Il s'oblige aussi à élaborer son diagnostic avec le plus grand soin⁵, à donner des informations loyales, claires et appropriées à l'état du patient⁶, à formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable⁷...

Et le médecin a tout un tas de missions qui dirigent sa conduite dans sa relation contractuelle : recueillir le consentement du patient, soulager les souffrances,

tenir un dossier médical, déterminer ses honoraires avec tact et mesure en tenant compte de la réglementation en vigueur, de son statut conventionnel etc, etc. La liste des obligations du médecin est longue et on la trouve aisément écrite dans les lois et les règlements⁸. Le fait qu'on la trouve aussi précisément et quasi exhaustivement dans les textes juridiques a d'ailleurs contribué à faire évoluer la responsabilité médicale de contractuelle en délictuelle (car les obligations du professionnel ne sont pas le fruit d'un accord contractuel mais sont inscrites dans la loi).

- **Le patient s'oblige** : ... Il faut bien se rendre ici à l'évidence : il est plus compliqué de trouver les obligations du patient écrites dans des sources juridiques.

Alors revenons en au droit commun du code civil.

- Tout d'abord, c'est un contrat à titre onéreux, donc le patient (initialement), doit rémunérer le médecin pour le travail intellectuel qu'il fournit.

- Par ailleurs, notons que le sens de l'histoire en matière sociétale et juridique, va vers un rééquilibrage des relations médecin-patient et vers une disparition du paternalisme médical.

"Le contrat de soin étant fondé sur une relation de confiance mutuelle, si le médecin n'éprouve pas de confiance envers la bonne foi de son patient, une relation contractuelle saine ne peut se former."
 Dr Soraya TORTORELLI,
 Généraliste à Marseille



Le patient a davantage de droits, il est davantage responsable et acteur de sa santé, et naturellement, il doit avoir davantage d'obligations.

En revanche, le législateur n'est pas allé dans la loi du 4 mars 2002⁹ jusqu'à écrire les obligations du patient.

- Malgré tout, les relations contractuelles se devant d'être loyales et de bonne foi¹⁰, on peut légitimement attendre que le patient donne toutes les informations utiles au travail du médecin : donner tous ses antécédents, ses véritables consommations, sa véritable observance (ou pas) des traitements, des examens pratiqués, des diagnostics de dépistage, décrire ses véritables symptômes, etc.

On peut aussi naturellement attendre de lui qu'il vienne aux rendez-vous fixés, mais aussi qu'il tienne correctement son dossier médical, car c'est le sien et le médecin n'est pas sa secrétaire.

Le cabas rempli d'examens médicaux tous mélangés déversé sur le bureau du médecin n'est pas admissible, pour un patient en capacité intellectuelle de le ranger. Le contrat de soin étant fondé sur une **relation de confiance mutuelle**, si le médecin n'éprouve pas de confiance envers la bonne foi de son patient, une relation contractuelle saine ne peut se former.

Le contrat de soin est un contrat *intuitu personae*, comme disent les juristes, c'est à dire fondé sur les personnes humaines particulières des protagonistes au contrat : entre tel médecin précisément, et non pas un autre quelconque ET tel patient précisément, et non pas un autre quelconque.

Ces deux acteurs se choisissent mutuellement. Et là, le code de déontologie médicale¹¹, formule précisément ce droit pour le médecin de choisir librement le patient qu'il souhaite prendre en charge.

En effet, au travers de l'article 47 et de ses commentaires, le code de déontologie médicale expose le principe de la liberté pour le médecin de refuser des soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.

Ce droit ne souffre que d'une seule exception : celle de l'urgence, bien évidemment. Un médecin ne peut refuser des soins à un patient dont le pronostic vital ou fonctionnel est engagé et c'est au médecin d'évaluer cet état d'urgence car c'est sa responsabilité qui est engagée sur cette évaluation¹².

Ce droit de refuser la prise en charge est assorti de deux conditions¹³ :

- celle d'informer immédiatement le patient de ce refus
- celle de faciliter la continuité des soins par la transmission du dossier médical¹⁴.

Ce droit de refuser ne s'assortit d'aucune obligation de motiver : "Lorsque le médecin estime devoir rompre unilatéralement le contrat

médical, il peut fournir au patient les raisons de sa rupture mais n'est pas obligé de le faire. Celles-ci lui étant strictement personnelles, et pouvant relever d'une clause de conscience, il n'a pas à les justifier"¹⁵.

Il en va de même du contrat "médecin traitant", qui peut être dénoncé unilatéralement, de part et d'autre.¹⁶

Sans motivation ne signifie pas avec arbitraire, ou pire, en développant une discrimination sur l'état de santé, ce qui serait un comble de la part d'un médecin. Certaines pathologies sont plus ou moins agréables à prendre en charge, pour autant, il ne serait pas recevable de refuser tous les patients qui relèveraient d'une pathologie vécue comme désagréable.

Il vaut toujours mieux privilégier une trace écrite de l'information donnée au patient. Il est vivement conseillé de ne jamais se montrer brutal dans ses propos. Tout l'enjeu est de refuser ce que l'on ne veut pas... mais sereinement, conscients que nous ne pourrions être inquiétés pour cela.

Tous les médecins sont-ils bien conscients de ce droit ? Pas si sûr, vu le nombre de plaintes et d'études qui désignent les patients "difficiles" comme étant, en partie, une source de souffrance au travail.

Le médecin a le droit de ne pas poursuivre une relation contractuelle avec un patient qui se montre déloyal, en lequel il n'arrive pas à placer sa confiance ou pire, qui le fait souffrir.

Ce rappel apparaît d'autant plus utile qu'il est largement répandu dans la population l'idée fausse que le médecin a l'obligation de prendre en charge tout patient qui le demanderait.

Maintenant vous le savez : seulement en cas d'urgence.

Oui c'est volontairement une vision juridique des choses, mais en cas de difficulté, c'est toujours devant un juge qu'il faudra argu-

menter, alors autant comprendre sur quel fondement de notre Droit nous pouvons exciper du principe de la Liberté Contractuelle.

Notons enfin que cette **liberté de choix du patient par le médecin** n'est pas réservée au statut libéral, mais il apparaît que la pression est très forte chez les libéraux, car il n'y a pas souvent de filtre entre le patient et le médecin. Finalement, si le contenu du contrat n'est pas tout à fait libre, c'est malgré tout le **principe de la liberté contractuelle** qui demeure quand au choix des parties au contrat : choix du médecin pour le patient et choix du patient pour le médecin.

Si beaucoup de lecteurs connaissent les contours de ce droit, ses bases juridiques gagnent à être connues.

Nous avons d'autres droits à faire respecter dans notre exercice professionnel. Il faut les mettre en lumière : à lire l'article N°2 "DA, DE, dépassements d'honoraires".

1- 1ère civ, Cas 20 mai 1936
 2- Non écrit, sans formalisme particulier, comme énormément de contrats
 3- Jurisprudence : 1ère civ Cas 3 juin 2010, où un médecin est condamné à réparer les conséquences fautes de l'inexécution de l'obligation d'information sur la base de l'article 1382 du code civil (responsabilité délictuelle ou non contractuelle).
 4- Article R 4127-32 du code de Santé Publique (article 32 du code de déontologie médicale)
 5- Article R 4127-33 du code de Santé Publique (article 33 du code de déontologie médicale)
 6- Article L 111-2 CSP et Article R 4127-35 du code de Santé Publique (article 35 du code de déontologie médicale)
 7- Article R 4127-34 du code de Santé Publique (article 34 du code de déontologie médicale)
 8- Essentiellement dans le Code de Santé Publique
 9- loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
 10- article 1134 du code civil
 11- et ses commentaires, Ordre national des médecins, Conseil National, édition octobre 2012
 12- Attention également à ne pas manquer à notre devoir d'humanité : exemple du refus de délivrance d'un certificat de décès alors que la famille n'a pas d'autre possibilité d'appel à un autre médecin.
 13- commentaires du code de déontologie médicale p.172
 14- L'intention du médecin serait interprétée positivement par les juridictions s'il donnait au patient ainsi refusé, une liste de confrères exerçant dans la zone géographique, par exemple
 15- J-M FAROUDJIA "Clause de conscience du médecin", Rapport adopté par le Conseil National de l'Ordre des Médecins lors de sa session du 16 décembre 2011, www.conseil-national.medecin.fr
 16- concernant les modalités de résiliation, il faut bien entendu informer la CPAM par écrit, car elle représente une troisième partie au contrat, et bien entendu informer le patient.



DA... DE... DEPASSEMENTS ?

Depuis quelques années, la médecine libérale subit les feux croisés de médias, des associations de consommateurs et des gestionnaires. Les médecins libéraux, ces nantis, s'engraissent sur le dos de leurs patients à cause de leurs dépassements d'honoraires, alors que les patients ont de plus en plus de mal à avoir accès aux soins.



“Non, les médecins français ne sont pas trop payés et leurs revenus ne sont assurés que par leur nombre d’heures de travail (57 H par semaine en moyenne).”
Dr Françoise COUX, Gynécologue à Aix-en-Provence



Les médecins eux, avec leurs honoraires bloqués, avec l'augmentation de toutes les charges qu'ils subissent de plein fouet, comme toutes les professions indépendantes, sont de plus en plus à cran et sont prêts à se lancer en dissidence tarifaire, comme le montre le sondage du QDM du 2 mars 2016 où 80% des 450 lecteurs se disaient tentés "de facturer des dépassements d'honoraires en dehors des horaires habituels".
 Les chirurgiens eux, sont obligés de demander des compléments d'honoraires, afin de maintenir la qualité de leur exercice, les tarifs de remboursement de leurs actes n'ayant pratiquement pas évolué en 30 ANS !!!!

Ces contraintes tarifaires, cette dévalorisation rapide d'une profession, à laquelle les patients sont pourtant attachés, contribuent au mal-être grandissant chez les médecins, et rendent la médecine libérale peu attractive. Les jeunes médecins formés se tournent de plus en plus vers le salariat... augmentant ainsi la désertification de certaines régions (y compris Paris intra-muros).

Les médecins ne sont pas responsables du reste à charge

Les honoraires des médecins libéraux ne sont pas responsables du Reste à Charge qui pénalise les patients. D'après l'étude du CISS (collectif Interassociatif Sur la Santé) de Mai 2013, les dépassements d'honoraires sont rares chez les médecins généralistes (15,3%) et massifs chez les dentistes (82,9%).
 Chez les médecins (toutes spécialités confondues) les dépassements d'honoraires représentent moins de la moitié du reste à charge pour le patient (43,9%), le reste, soit 56,1% correspond au ticket modérateur et aux franchises.

Actuellement, le principal frein financier à l'accès aux soins (hors soins dentaires et optique) est la politique volontaire de limitation des remboursements nommée Ticket Modérateur mise en oeuvre par l'Assurance-maladie et instaurée depuis 30 ans. Les médecins refusent de porter le chapeau !

En France, les médecins ne sont pas trop payés

Les médecins ont besoin d'être mieux rémunérés pour pouvoir améliorer leurs conditions d'exercice, embaucher une secrétaire, augmenter leur temps médical mais aussi leur temps de coordination, de travail en équipe, voire de recherche.

1) Comparons-nous à nos collègues européens

On peut estimer que la rémunération est en moyenne 30% inférieure à la moyenne européenne.

Pays	Revenu (milliers de dollars US)
Allemagne	176
Luxembourg	171
Royaume Uni	147
Danemark	140
Irlande	139
Autriche	119
Belgique	117
France	97

En milliers de dollars US (source: statistiques OCDE 2015 sur la santé)

2) Un exemple de médecine salariée : les médecins conseils de la sécurité sociale !

On peut estimer le salaire annuel moyen d'un médecin conseil à environ 72000 € par an pour 35 heures par semaine avec un 13^e et un 14^e mois, des congés payés, des congés maternité et maladie, avec du personnel administratif à disposition... (chiffres de 2008 : 3824 € par mois en début de carrière et 8223 € en fin de carrière)

On peut comprendre que les jeunes diplômés choisissent le salariat ...

3) Mais aussi, comparons les revenus des médecins au salaire moyen/habitant

Rapport Panorama de la santé OCDE 2013 et Banque mondiale 2012

Ces chiffres parlent d'eux

Pays	Multipliateur
France	2,1
Australie	1,7
Irlande	3
Royaume Uni	3,4
Pays Bas	3
Canada	3
USA	4,4
Suisse	3,2

même ! Non, les médecins français ne sont pas trop payés et leurs revenus ne sont assurés que par leur nombre d'heures de travail (57 H par semaine en moyenne).

LA FUTURE CONVENTION

Il est indispensable qu'elle intègre ce besoin urgent d'une vraie revalorisation qui rendrait inutiles la plupart des dépassements.

En attendant le résultat des négociations en cours autour de la future nouvelle convention, comment optimiser sa rémunération et comment maintenir une pression tarifaire pour sou-

Quelques règles :

- Connaître et bien utiliser toute la nomenclature.
- Ne pas hésiter à faire des actes HORS NOMENCLATURE (HN) pour tous les actes n'existant pas dans la nomenclature, en remettant une facture au patient.
- Utiliser le DA si possible.

- Faire des DE

L'article 42.1 Convention de 2011 définit ainsi le DE :
 "Cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade non liée à un motif médical (DE)
 En cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade non liée à un motif médical, le praticien peut facturer un montant supérieur au tarif opposable uniquement pour l'acte principal qu'il a effectué et non pour les frais accessoires. Le praticien fournit au malade toutes les informations nécessaires quant à ce supplément non remboursé par l'Assurance Maladie et lui en indique notamment le montant et le motif.
 L'indication "DE" est portée sur la feuille de soins. Ce dépassement autorisé plafonné (DA)."
 On peut donc imaginer des DE pour plusieurs raisons, chaque médecin les gérant comme il l'entend en fonction de sa patientèle et de ses propres convictions, en gardant toujours le tact et mesure et en ne l'appliquant pas aux CMU, ACS et AME.

Créé en aout 2004 pour pallier l'absence de revalorisation, le Dépassement Autorisé est applicable par tout médecin secteur 1 pour toute consultation ou acte effectué en dehors du parcours de soins. Celui ci est limité à 17,5% de la valeur de l'acte arrondi à l'euro supérieur (33€ par CS) dans la mesure de 30% du volume de l'ensemble des actes. Le DA n'est pas applicable en cas de CMUC ET ACS.



DA... DE... DEPASSEMENTS ? (suite)

On pourrait proposer un texte d'information aux patients ainsi formulé :

Le Dépassement par Exigence est un supplément de facturation prévu par la convention entre votre médecin et la Sécurité Sociale. Il correspond à une exigence de temps ou de lieu. Le DE est remboursé par certaines mutuelles.

Durée de la consultation :

La durée de la consultation est nécessairement prévue pour permettre à chacun, patients et professionnels, de s'organiser sauf dans les situations d'urgences manifestes.

Une durée plus longue peut être nécessaire pour certaines consultations (Exemple : motifs multiples de consultation, première consultation, ...). Ces consultations de durée inhabituelle peuvent faire l'objet d'un supplément DE.

Horaires normaux :

Les horaires normaux d'ouverture de visites et consultations sont ... du lundi au vendredi (35 heures par semaine, ce qui ne correspond pas à tout le travail de votre médecin). Le tarif conventionnel habituel s'applique pendant ces horaires sauf en cas de dépassement de la durée normale de la consultation ou d'acte hors nomenclature. En dehors des horaires normaux (ce qui correspond à des heures supplémentaires) il pourra être appliqué un DE.

Il faut savoir que des DE systématiques peuvent être soumis à sanctions d'après le texte conventionnel actuel, mais une attaque des caisses dans cette période de négociation d'une nouvelle convention serait vécue comme une provocation et déclencherait une réaction unanime de tous les syndicats.

Quelles perspectives ?

Pour la première fois de l'histoire, les syndicats de médecins sont tombés d'accord avant même le début des négociations avec la CNAM sur une plateforme commune lors des Assises de la Médecine Libérale le 11 février 2016, après avoir refusé de participer à la grand-messe gouvernementale, dite "grande conférence de santé".

Dans la plateforme issue de ces Assises, on trouve :

- secteur libre pour tout médecin quelle que soit sa spécialité, ses titres, et sa date d'installation
- Choix de secteur réversible annuellement
- Nomenclature :
 - CCAM clinique et tech-

- nique, règles de nomenclature, actes en urgence
- Valoriser les actes non programmés par un coefficient multiplicateur
- Valoriser les actes effectués en urgence, y compris en journée
- Valoriser les consultations longues
- Mise en place d'une classification des consultations avec des caractéristiques identifiées

Mais aussi

- Forfait structure dont volet organisationnel issu de la ROSP
- Forfaits : mise à niveau de tous les forfaits et réintégration dans la convention des financements correspondants (PDS, MSU, dépistage, RCP...)

Autant de moyens de permettre aux praticiens d'avoir les moyens d'un exercice de qualité et d'être reconnus pour leur rôle indispensable dans le système de soins !

Les médecins ont conscience des difficultés financières de nombreux patients et sont attachés l'accès à des soins de qualité pour tous. Mais ils ont aussi conscience des énormes budgets de fonctionnement des mutuelles, qui servent à financer des campagnes de publicité plutôt que des soins. Et ils refusent la paupérisation de leur profession et la marchandisation du système de soins qui est en train de s'opérer sous leurs yeux.

La balle est dans le camp de la CNAM mais hélas M. REVEL semble vouloir lâcher peu de lest pour l'instant.

Aux médecins de soutenir leurs négociateurs en restant vigilants, actifs et en maintenant la pression par les actions tarifaires de leur choix !

POURQUOI TANT DE HAINE ?

QUELLE EST L'IMAGE DE LA MÉDECINE LIBÉRALE ?

A l'heure où le principe même de la médecine libérale est remis en question, il est bon de refaire le point sur son existence, sa position dans la société et son avenir.

Les difficultés croissantes à trouver des successeurs (et dans une moindre mesure, des remplaçants) et le fort taux de burn-out et ses conséquences funestes (bien étouffé dans les médias) le démontrent : notre statut vit une crise identitaire, et il est évident que les remèdes déjà ébauchés par les politiques depuis 30 ans ne sont pas la solution. Mais pourquoi ? Pourquoi tant de haine ?

C'est quoi libéral ?

Libéral : adj. - *Emprunté au latin liberalis "relatif à une personne de condition libre" d'où "bienfaisant, généreux" et "noble" proprement "qui convient à un homme libre", dérivé de liber "libre". (1)*

Profession libérale : [...] qui a pour objet un travail intellectuel effectué sans lien de subordination entre celui qui l'effectue et celui pour le compte de qui il est effectué, et dont la rémunération ne revêt aucun caractère commercial ou spéculatif [...]. Larousse.

Carrière qui demande dans son exercice une totale indépendance, en particulier vis-à-vis d'un intérêt, d'un contrat ou d'une autorité. (1)

Le mot libéral (acception médiévale) signifie lié au savoir (dans le sens de profession intellectuelle) par opposition aux arts ménagers, (ou manuels). La médecine étant déjà liée au savoir, le terme de médecine libérale est donc basé sur le principe de liberté. Et voilà, tout est déjà dit :

liberté, indépendance...

Ce que pensent nos plus jeunes confrères ? Ou pourquoi devient-on médecin libéral ? Ou pas...

Les derniers chiffres publiés par le CNOM (2) sur les installations reflètent la désaffection pour la médecine libérale engagée depuis des années : 73% de médecins libéraux en 1971, 44% en 2015. Et cinq ans après le diplôme, seuls 38% sont en activité libérale ou mixte (contre 15% à la première inscription). Au moment du diplôme, le remplacement est devenu le deuxième mode d'installation après le salariat. Quand on interroge des jeunes

médecins ou des internes (Est toulonnais - Hyères), sur le mode d'installation idéal, on découvre que les choix et leurs justifications sont différents de ceux que nous avons quelques années plus tôt.

Seuls les internes en médecine générale ont un stage chez le médecin libéral et peuvent toucher du doigt de façon approfondie ce statut. Pour les autres, cela passe généralement par des remplacements, parfois tardifs comme en chirurgie. Ces contacts permettent au jeune de se rendre compte que le secteur privé a au minimum la même attractivité intellectuelle que l'hôpital public.

Le stage de médecine libérale est majoritairement bien perçu

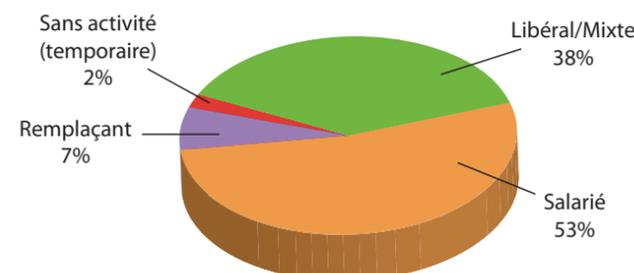
car il permet d'avoir une image positive du travail médical : les arguments sont le suivi au long cours des patients, le panel élargi et non répétitif des pathologies, le caractère social et la proximité avec les familles.

"Le fait de passer la loi santé en procédure accélérée, c'est à dire en évitant le débat citoyen démontre les motivations réelles de nos dirigeants."

Dr Maël MARTIN, Urologue à Toulon



Modes d'exercice à 5 ans de la thèse (source CNOM 2015)



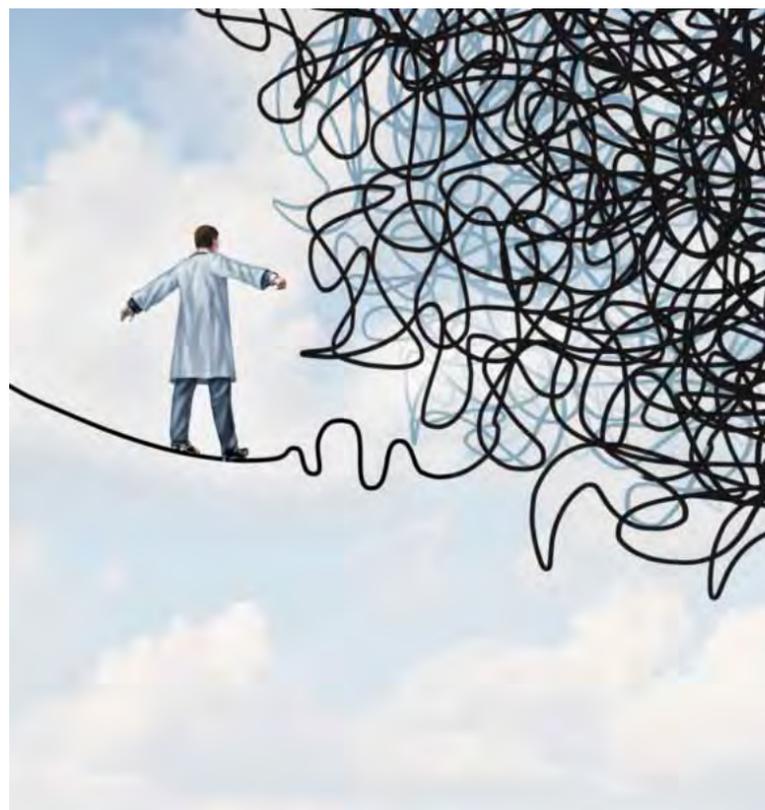
QUELLE EST L'IMAGE DE LA MÉDECINE LIBÉRALE ? (suite)

Les points négatifs sont les horaires à rallonge et le travail de comptabilité pour lequel nous ne sommes pas formés. Malgré ce stage, de nombreux internes imaginent la médecine générale libérale comme dénuée d'évolution, sentiment non partagé par les médecins installés (4). Enfin, même si la rémunération est dite importante dans 30% de cas, le sentiment pour les internes de devoir privilégier la quantité à la qualité dans le libéral reste un frein.

L'organisation du médecin libéral est un facteur décisionnel important : les internes interrogés s'orienteraient d'ailleurs plus favorablement vers la médecine libérale, notamment quand la partie administrative n'a pas été vécue comme pénible, mais reconnaissent que rien n'est établi. En revanche, ils sont très clairs sur leur conception de la vie : la vie extraprofessionnelle est primordiale.

En chirurgie, c'est plutôt le CHU qui fait rêver : la recherche universitaire, le cocon quasi-familial. De plus, le manque de confiance dans ses capacités est prépondérant. Le libéral est souvent un choix tardif et rarement assumé. Certaines spécialités sont plus ancrées que d'autres dans la médecine libérale. Les contraintes administratives ne sont de toutes

façons vraiment découvertes qu'après l'installation. Dans tous les cas, l'installation est imaginée par les plus jeunes comme angoissante (4) car abstraite. Il y a la peur de ne pas être assez en confiance, notamment dans la confrontation directe avec le patient.



Pour les jeunes installés, le lien avec un autre médecin est généralement prépondérant. Ce lien est décrit comme un compagnonnage approfondi, passant par des remplacements. 60% des jeunes installés en médecine générale sont des femmes (2). Interrogées, elles considèrent le libéral comme le seul mode d'exercice permettant

une grande liberté d'organisation conciliable avec la vie familiale.

Pour les hospitaliers, la démarche diagnostique est l'argument principal. Mais l'absence de contrainte administrative et les horaires fixes sont aussi considérées comme facteurs attractifs. Certains d'entre eux

patients : les conditions de réception des patients ne sont pas optimales (attente des consultations) et leurs salles d'attente sont souvent pleines. Cette surcharge est extrêmement stressante par le rythme de travail qu'elle impose, mais surtout s'avère très frustrante d'un point de vue personnel.

Certains sujets sont plus consensuels : l'augmentation de la charge administrative, imposée sans contrepartie, a réduit l'attractivité de la médecine libérale. La perspective de perdre des heures à quémander le tiers payant auprès des caisses et des mutuelles ne passe plus. La différence de revenus entre salariés et libéraux, plus franche dans les années 80, a diminué à cause du manque de revalorisation des tarifs opposables d'un côté et de l'augmentation des charges de l'autre, les deux curseurs bougeant dans le mauvais sens pour le libéral.

L'écrasante majorité des médecins interrogés ne comprennent pas l'orientation vers l'hospitalo-centrisme. Tous s'accordent à rappeler le bénéfice mutuel de la collaboration.

Enfin, l'absence de lisibilité sur l'avenir de la médecine libérale doit faire prendre conscience que les jeunes diplômés vont encore davantage hésiter.

Ce que pensent nos



concitoyens et nos patients ?

Une enquête sur la perception du médecin généraliste a été réalisée en 2008 auprès d'un échantillon de la population et des groupes de médecins. Elle a été demandée par l'Académie de Médecine et le Sénat (4).

La profession de médecin est toujours considérée par la population générale comme la plus prestigieuse, très loin devant les enseignants, classés seconds. Les gens ont une bonne opinion dans 90% des cas, que ce soit pour les médecins généralistes ou spécialistes. La position du médecin est ressentie comme fondamentale et sociale. En revanche, le grand public est conscient de la dégradation de l'image. La diminution des salaires des médecins par rapport à leurs aînés et l'augmentation du nombre de professions intellectuelles (ex. cadres), sont perçues comme les causes principales. L'apparition d'internet donne aussi le sentiment de connaissances médicales pour certains, notamment les catégories intellectuelles qui, pour 25%, n'hésitent plus à remettre en ques-

tion les avis de leur médecin. Le grand public estime qu'être médecin doit être avant tout une vocation.

Pour ce qui est des points noirs au quotidien, les délais d'attente pour un rendez-vous, dans la salle d'attente et la durée de la consultation sont les trois paramètres à améliorer. Et 20% des gens (40% des moins de 25 ans) estiment la consultation trop chère...

Ce que pensent les politiques de la médecine libérale ?

Depuis toujours, tout a été fait par les dirigeants politiques (que nous élisons, il ne faut pas l'oublier) pour porter atteinte à la médecine libérale. Les médecins n'étaient pas invités à la table lors de la création de la sécurité sociale. Plus récemment, la création des secteurs a tout simplement coupé la profession en deux et les gouvernements successifs n'ont eu de cesse d'utiliser ce levier pour accélérer le processus. Et depuis Juppé, jusqu'à Touraine, chacun y est allé de sa loi. Le coup de grâce vient d'être porté, avec une méthode auto-

ritaire, mais tout a débuté bien avant. Quelle que soit l'étiquette du gouvernement en place, l'évolution a toujours été dans le même sens.

Et comment contrôler ces dangereux intellectuels que nous sommes ? La réponse : les asservir sur le plan financier : le secteur 2, dont l'indépendance financière est totale (mais qui coûte très cher au médecin), est attaqué à l'arme lourde. Porte de sortie : on crée un secteur soit disant « 2 » appelé le CAS (contrat d'accès au soin) pour lequel les tarifs opposables sont plus importants (faisant fi de l'équité) moyennant un contrôle sur les fameux compléments d'honoraires. Les plafonds autorisés vont bien sûr aller en diminuant parce que cela a déjà été annoncé. Et les compléments d'honoraires ne sont désormais remboursés correctement par les mutuelles que pour ces secteurs 2 CAS, en échange d'un cadeau fiscal plutôt juteux.

Et le secteur 1 dans tout ça ? Ce n'est pas compliqué : il est déjà sous contrôle financier : si les prises en charge disparaissent (assurance maladie et retraite par les caisses, subventions incitatives et autres), il devient simplement impossible pour le médecin de vivre. Si ça n'est pas un levier suffisant...

Quoi qu'il en soit, cela a été annoncé sans demi-mesure. Mme Dormont, tête pensante du PS, experte en questions de santé auprès du premier ministre, professeur d'économie de

la santé à Paris Dauphine, dont la chaire est soutenue par les mutuelles MGEN et ISTYA et très proche de Marisol Touraine, annonce (5):

"C'est la mort annoncée de la médecine libérale et c'est une bonne chose parce que la médecine libérale est incompatible avec un système d'assurance maladie comme le nôtre"

"Le tiers payant généralisé rend les médecins dépendants du financeur"

"Les médecins vont dépendre pour leur niveau de vie, pour leur rémunération, du financeur"

Il n'y a rien à ajouter, tout est dit. Le fait de passer la loi de santé en procédure accélérée, c'est à dire en évitant le débat citoyen, démontre les motivations réelles de nos dirigeants.

Références
 1. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales CNRTL
 2. Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er janvier 2015 Conseil national de l'ordre des médecins
 3. Sondage informel réalisé par l'auteur auprès d'internes et médecins de moins de 40 ans de l'Est Toulonnais (environ 30) pendant 3 semaines comprenant une question : « pourquoi as-tu choisi ton mode d'installation (internes : que veux-tu faire plus tard) ? Que connais-tu de la médecine libérale ? »
 4. http://www.bva.fr/data/sondage/sondage_fiche/675/fichier_microsoftpowerpoint-presentationenlignepplecture-seule_839ec.pdf
 5. France Culture : « L'économie en question » 25 avril 2015

Poser cette question, c'est aussi se demander s'il peut exister une réponse fluctuante selon le lieu, le temps. Autrement dit, la vérité du soin est-elle conjoncturelle, ou essentielle ? En quelques décennies, la technique et l'évolution de la société ont profondément modifié l'exercice professionnel, de cela nous ne doutons pas.

La solidarité qui jusque là assurait aux patients l'absence de pertes financières en cas de maladie doit tenir compte des coûts croissants des soins, du vieillissement de la population et de bien d'autres facteurs économiques qu'il serait irresponsable de nier, comme par exemple la douloureuse diminution de ses ressources liée au taux croissant de chômage, ou encore la diversité parfois opaque de son usage.

Très régulièrement dans l'histoire humaine, surviennent de grands bouleversements où les règles de fonctionnement jusque là acceptées, les paradigmes, changent. Les attaques contre l'exercice médical se sont tant multipliées ces derniers mois qu'il faut bien y voir une volonté de le modifier structurellement.

Mais tout est-il modifiable ?

Le praticien est attaqué sur ses compétences professionnelles, mais aussi ses valeurs morales, son sens du "bien public", tandis que le soin lui-même est suspecté de manquer de pertinence ou d'efficacité, et le patient alternativement présenté comme le nécessaire acteur de sa santé, une vic-

time du système, ou un odieux fraudeur. En réalité tout cela n'est que l'expression du changement de paradigme en marche, une modification radicale de la vision de notre métier. Le fil conducteur est de deux ordres : notre médecine libérale rémunérée à l'acte serait inflationniste

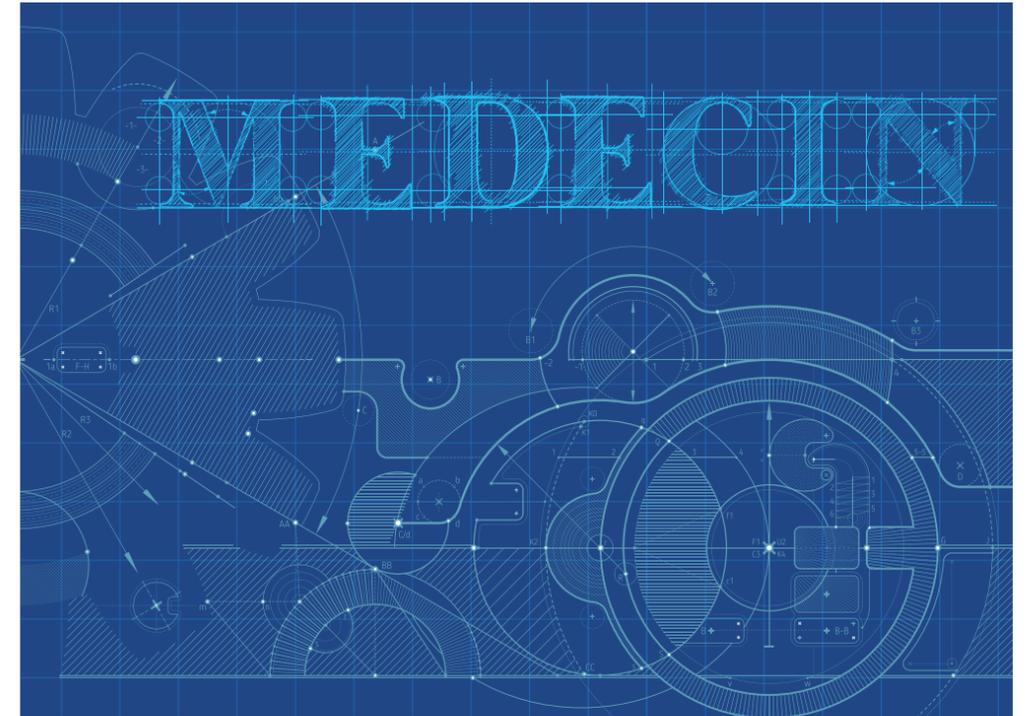
cipes éthiques de notre déontologie conditionnent notre crédibilité et sont distincts aussi bien de la Loi que de la Foi. Chaque jour, nous les appliquons et ils sont au nombre de quatre :

- **principe d'autonomie** qui permet au patient de participer à la décision médicale,
- **de bienfaisance** qui prescrit d'accomplir un bien reconnu comme tel par le patient,
- **de non-malfaisance** afin d'éviter au patient une souffrance sans contrepartie bénéfique,
- **de justice** qui réclame de dispenser les soins adaptés aux besoins de chacun, à égalité entre tous les citoyens.

En son nom, ils ont institué une multitude de règles et contraintes, conventionnelles ou légales, véritables usines à gaz dont nous constatons tous les jours qu'elles aboutissent surtout à l'infraction aux 3 autres, par éradication de l'humain remplacé par des normes, par le déni de l'expertise médicale au profit de la statistique et finalement la substitution de l'acte intellectuel, seul porteur d'une dimension déontologique, par l'algorithme.

Depuis 30 ans, l'alourdissement des contraintes administratives, les objectifs d'équilibre des comptes des organismes financeurs, privés ou solidaires, nous mettent en difficulté grandissante à l'égard de ces principes qui sont pourtant à l'œuvre à chaque prise en charge, qui guident chaque décision.

Lorsque nous défendons la déontologie, nous défendons le patient et son droit à un soin personnalisé, nous imposons aux financeurs de la Santé, acteurs certes incontournables, de prendre aussi en compte cette dimension du soin. Lorsqu'un acteur financier central du soin suggère au cours d'une réunion publique de modifier la déontologie pour nous



adapter à la société moderne, comprenons commerciale, il est parfaitement légitime de s'alarmer, et de s'alarmer ensemble, patients et soignants.

L'Ordre est à ce jour le garant de ces principes, et ne cesse de répéter les mises en garde à l'égard d'une médecine quasi "automatisée", d'une médecine mue par des mécanismes financiers trop prégnants, d'une médecine livrée à la consommation et à une technocratie aux priorités bien différentes. Normer à outrance l'exercice de la médecine, c'est prendre le risque d'occulter la pondération, l'altérité, la différence, c'est nier la réalité complexe de l'individu.

Si être corporatiste, c'est défendre les valeurs sacrées de son exercice,

alors nous nous devons de l'être, irrémédiablement et dans la durée.

Nous, médecins libéraux, en première ligne dans l'administration des soins à la population, avons un double défi à relever : veiller à constamment améliorer et réfléchir nos pratiques en fonction des besoins de la population et des progrès scientifiques, mais aussi veiller à ce que l'accès aux soins, le parcours de soin soient des réalités conservant au soin toutes ses dimensions y compris celle des principes éthiques de la Déontologie. Ce qui suggère l'implication active de nous,

médecins libéraux, dans l'organisation des soins.



LA SOCIÉTÉ CHANGE :

SYSTÈME DE SOINS, ÉTHIQUE, DÉONTOLOGIE, FAUT-IL TOUT CHANGER ?



en raison d'actes ponctuels au détriment d'une médecine de prévention, la liberté des praticiens et des patients serait contraire à la nécessaire discipline pour une meilleure efficacité, ce qui justifie la mise en place des réseaux de soins, et l'ébauche d'une médecine par algorithmes, dont pourraient être absents les médecins.

Depuis des siècles, nous fondons notre exercice sur l'éthique et la déontologie.

Petit rappel utile : les prin-

Le législateur a traduit ces conditions dans le Code de la Santé Publique, articles repris dans notre Code de Déontologie, notamment l'article 5 : "Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit."

Pourtant, de ces principes éthiques déontologiques, les technocrates semblent n'avoir retenu que celui de justice, où l'égalité n'est pas vraiment distinguée de l'équité, et se réduit à une notion algébrique.

"Lorsque nous défendons la déontologie, nous défendons le patient et son droit à un soin personnalisé, nous imposons aux financeurs de la Santé (...) de prendre aussi en compte cette dimension du soin."
 Dr Dominique THIERS-BAUTRANT, Gynécologue à Aix-en-Pce

LE DIABLE S'HABILLE EN PRADO ET SOPHIA ANTIPOLIS

Acronyme de « PRogramme d'Accompagnement de retour à DOmicile après hospitalisation », PRADO est un service proposé par l'Assurance Maladie dont on peut trouver la présentation succincte sur le site dédié AMELI.fr. PRADO fait partie du programme de la gestion du risque, le "disease management" traduit en français par "Sophia" développé depuis 2009.

Le principe en est la mise en relation du patient déclaré éligible au service par l'équipe médicale hospitalière avec le ou les professionnels de santé libéraux de leur choix. Un conseiller de l'Assurance Maladie (le "troisième homme") devient le facilitateur du retour à domicile du patient et l'interface entre celui-ci et l'équipe soignante de ville. Ce programme concerne la maternité et la chirurgie orthopédique pour PRADO et les pathologies chroniques réputées invalidantes pour SOPHIA, le panel des domaines d'applications pouvant, à priori, être élargi.

Pourquoi SOPHIA ANTIPOLIS ?
En référence éponyme à ce haut lieu français de la recherche, et vous constaterez que ce rapprochement n'est pas tant "tiré par les cheveux" que cela : notre SOPHIA médicale est une véritable technopole issue du génial

cerveau technocratique dont notre beau pays a le secret, basé sur l'idée d'un regroupement économique et de rentabilité des soins, rationalisation serait un terme plus approprié.

Sauf que tout cela ne tient pas : en lisant l'article très documenté de notre confrère Dominique DUPAGNE * du 7 mars 2013, vous trouverez les éléments prouvant les résultats quelques peu mitigés et osons le dire, pas très honnêtes, de cette opération, article corroboré par le dossier de synthèse définitif



"N'oublions pas que dans la Santé, le primum movens de la démarche médicale est le soignant et pas l'administratif, n'oublions pas que nous œuvrons pour le bien-être de nos patients et pas pour celui des portefeuilles financiers."

Dr Bruno REBOUD, Généraliste à Ventabren



concernant l' "Evaluation du risque Maladie" de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales)**

Le communiqué de presse à propos du programme PRADO co-écrit par la Société Française de Médecine Périnatale / le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français / La société Française de Pédiatrie et la Société Française de Néonatalogie (tous des femmes et des hommes de la France d'en bas) va dans le même sens.***

Nous voyons donc toute la difficulté à mettre enfin en place, après plusieurs années, un système simple, cohérent, facilement évaluable et efficace de prise en charge du patient dans la gestion du risque en y incluant surtout et avant tout les personnes qui en ont réellement besoin .

Deux questions sur lesquelles, à notre connaissance, il n'y a pas de réponse de la CNAM concernant la mise en place de ces programmes :

- Ce "troisième homme" d'où vient-il, que fait-il réellement, où va-t-il ? A quelles types d'informations a-t-il accès ? Comment est-il formé et par qui ? A qui rend t-il des comptes ; d'ailleurs est-il un rouage déguisé de la finance publique et/ou privée ?

Dans le contexte actuel de la loi de modernisation de la santé si chère à nos cœurs et plus encore à notre Ministre, ces questions sont légitimes puisque nous entrons dans l'ère de la maîtrise uniquement comptable des dépenses de santé avec "open bar" pour les assureurs privés et les mutuelles.

- La ROSP (Rémunération sur les Objectifs de Santé Publique) avec ses indicateurs (terme très bien choisi en l'occurrence !) est-elle mise à contribution pour alimenter en informations cette gestion du risque ? Si oui on peut imaginer que ces informations iront, pourquoi pas, entre les mains rapineuses et avides de quelques structures assurantielles privées et mutualistes, acteurs de santé désignés dans la loi dite "de modernisation de la santé" définitivement adoptée le 17 décembre dernier, en mal d'investissement et de rentabilité, si non à quoi servent elles réellement ?

En résumé : pour ne pas nous perdre sur des chemins incertains, pour ne pas vendre notre âme au Diable, n'oublions pas que dans la Santé le primum movens de la démarche médicale est le soignant et pas l'administratif, n'oublions pas que nous œuvrons pour le bien-être de nos patients et pas pour celui des portefeuilles financiers. En paraphrasant Georges Clémenceau : la gestion du risque médical est une chose trop importante pour la laisser entre les mains du non-médical.

Que le Diable soit habillé en Prado ou en Sophia : **"Fait du bien au Diable, il te remerciera par l'Enfer"** (proverbe tchèque)

Bonjour !
Je suis le
3^e homme....
AhAhAhAh...



* <http://www.atoute.org/n/article291.html> Dominique Dupagne : « SOPHIA, les mauvais calculs de la CNAMTS (Caisse Nationale Maladie des Travailleurs Salariés) 7 Mars 2013

** Extraits du rapport de l'IGAS de mai 2014 (réf.2013-163R) : (...) il est vrai que le nouveau cadre institutionnel de la gestion du risque introduit en 2009 par la loi HPST se caractérise par son caractère complexe et confus, notamment en raison de l'architecture contractuelle sur laquelle il repose (...) Si la gestion du risque est de plus en plus médicalisée, sa rationalité médicale reste donc insuffisante, notamment du point de vue du bénéfice médical pour le patient. C'est particulièrement important pour les programmes touchant aux pathologies chro-

niques (...) et au lien ville-hôpital, comme PRADO. Ce dernier aborde certes des sujets essentiels mais il n'est pas sûr qu'il réponde de manière appropriée aux enjeux économiques et de santé publique (...) L'IGAS recommande (...) de rendre la programmation de la gestion du risque plus cohérente et son pilotage plus unifié (...) redéfinir le périmètre des priorités partagées de gestion du risque (...) mieux étayer la conception opérationnelle des programmes (...) d'évaluer les programmes de façon plus solides et plus transparentes.

*** Extraits du communiqué de presse de la Société Française de Médecine Périnatale / le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français/La société Française de Pédiatrie et la Société Française de Néonatalogie (...) ce programme se fait sans tenir compte des mesures exis-

tantes dans la plupart des établissements (...) du contexte largement variable de l'organisation locale et régionale des soins périnataux (...) du maillage incomplet du territoire, en terme de disponibilité en proximité suffisante des sages-femmes libérales (...) du réel besoin des femmes : celles qui en ont le plus besoin ne sont pas concernées (césariennes, complications du post-partum, co-morbidités, mineures, précarité, femmes en situation d'addiction ...) (...) de la nécessité d'une évaluation médicale du système, l'évaluation actuelle s'appuyant sur un simple indice de satisfaction des patientes à l'égard du dispositif de mise en relation(...)

La Nomenclature... C'EST DANS LA POCHE !

Parler de nomenclature pour la plupart d'entre nous, devient un sujet ennuyeux, rébarbatif. "Pas le temps de m'y attarder? C'est trop compliqué", cette réponse nous lasse. Il est temps d'inverser la tendance.

Il se pourrait que l'évolution technologique, depuis quelques années nous apportent une aide précieuse. Ce qui était considéré comme chronophage autrefois, avec l'intégration d'un outil informatique, doit devenir facile, voire incontournable dans nos habitudes. Fini le temps perdu, à rechercher cette succession de lettres et de chiffres, simplement pour coter l'électrocardiogramme fait au cabinet (CS+DEQP003 = 23+14.26 = 37.26).

Notre pragmatisme doit prendre le dessus. Rien ne nous empêche d'employer ce qui est existant dans nos logiciels médicaux. D'utiliser un raccourci-clavier pour obtenir directement la cotation d'un frottis fait en consultation CS+1/2 (JKHD001) = 23+6.23 = 29.23.

Nous pourrions essayer d'atteindre notre but en moins de 5 clics. C'est plus rapide que pour faire un arrêt de travail en ligne. Si vous reconnaissez ALQP003 (69.12) pour l'évaluation des dépressions, ne confondez pas avec ALQP006

(même tarif 69.12) pour les troubles cognitifs. La simplicité voudrait que ces lettres clés apparaissent sur les grilles de cotations et qu'en appuyant sur "dépression" ou "démence", de mon menu déroulant, on puisse lancer la bonne cotation.

Soyons toujours innovants, et transformez cette laborieuse tâche afin qu'elle devienne presque automatique, naturelle. Soyons efficaces et professionnels jusqu'au bout de notre consultation. C'est l'ensemble de ces actes qui détermine finalement l'essentiel de notre revenu, quoiqu'en disent ou pensent certains...

A nos chères petites têtes blondes, rousses ou brunes, n'oublions pas d'affecter les majorations : FPE (+5) aux 3 moments des examens obligatoires (le 8^{ème} jour, le 9^{ème} mois ou la 2^{ème} année), MNO (+5) aux nourrissons de la naissance jusqu'à 2 ans et 1 mois, MGE (+3) jusqu'à 6 ans.

A nos têtes argentées, poly pathologiques, dans le mois qui suit la sortie de l'hospitalisation, le fameux MSH (+23) ou aux

insuffisants cardiaques le MIC (+23) cumulé à un CS. Imposons à nos éditeurs de logiciels de mettre ces actes sur nos ordinateurs, pour qu'on puisse accéder à un panel d'actes préprogrammés, pour que la finalisation de nos feuilles

"Imposons à nos éditeurs de logiciels de mettre ces actes sur nos ordinateurs, pour qu'on puisse accéder à un panel d'actes préprogrammés..."
Dr Henri LIU, Généraliste à Morières les Avignon

de soins soit encore plus fluide. L'exemple ci-contre nous montre bien l'importance de la plus juste affectation des actes. Il existe une multitude d'actes qui ont tous un code spécifique comme vous le savez. Cette liste peut être consultée sur www.urps-ml-paca.org ou à la fin de cet article. Il vous suffira de la télécharger et de l'enregistrer dans votre PC ou MAC, ou même dans votre smartphone. Progrès ultime : avoir une application Android de la nomenclature dédiée à la médecine générale.

Astuces pour ne pas perdre du temps médical : Notez une dizaine d'actes que vous maîtrisez au quotidien sans les retenir. Vous les trouverez



dans les tableaux suivants. Votre cerveau, avec l'habitude, sera naturellement imprégné. Sinon il vous faudra inventer des moyens mnémotechniques. A trouver par exemple pour les actes d'urgence au cabinet : YYY010+M=48+26.88= 74.88.

En résumé, tout acte médical mérite d'être coté le plus précisément. Pour que celle ou celui qui exécute cet acte soit aussi reconnu à sa juste valeur. Nos caisses primaires si friandes de statistiques auraient une toute autre représentation de nos activités libérales. Une vision plus précise et plus réaliste malgré la complexité de cette nomenclature.

Pour fixer enfin le bon tarif à nos visites

Urgentes : V+ MU = 23+22.6 = 45.6
Longues chez nos déments : VL+MD = 46+10 = 56

Pour enfin aussi différencier pendant nos gardes : les consultations régulières le week-end (C+CRD=23+26.5= 49.5) ou de nuit (C+CRN=23+42.5=65.5).

Et celles non régulières le week-end (C+F= 42.06), ou de nuit (C+N=58).

Atelier de code	Jour	Samedi AM	Dimanche	Séjour	Nuit
Consultation	CS	23.00	23.00	42.06	58.00
De 0 à 2 ans	CS+MNO	28.00	28.00	47.28	64.26
De 2 à 6 ans	CS+MGE	26.00	26.00	45.06	61.00

Atelier de code	Jour	Samedi AM	Dimanche	Séjour	Nuit
Visite	V(S)	11.00	45.00	45.50	61.50
De 0 à 2 ans	V(S)+MNO	16.00	50.00	50.50	66.50
De 2 à 6 ans	V(S)+MGE	14.00	48.00	48.50	64.50

Atelier de code	Jour	Dimanche	Séjour	Dimanche	Séjour
Au cabinet	CS	21.00	42.06	58.00	65.50
DEQP003	14.26	14.26	14.26	14.26	14.26
Total	35.26	56.32	72.26	72.26	79.76

Atelier de code	Jour	Samedi AM	Dimanche	Séjour	Nuit
En visite	V(S)	11.00	45.00	61.50	69.00
DEQP003	14.26	14.26	14.26	14.26	14.26
YYY010	9.60	9.60	9.60	9.60	9.60
Total	34.86	68.86	85.56	95.56	102.86

Atelier de code	Jour	Samedi AM	Dimanche	Séjour	Nuit
Consultation	CS	23.00	23.00	42.06	58.00
De 0 à 2 ans	CS+MNO	28.00	28.00	47.28	64.26
De 2 à 6 ans	CS+MGE	26.00	26.00	45.06	61.00

Atelier de code	Jour	Samedi AM	Dimanche	Séjour	Nuit
Visite	V(S)	11.00	45.00	45.50	61.50
De 0 à 2 ans	V(S)+MNO	16.00	50.00	50.50	66.50
De 2 à 6 ans	V(S)+MGE	14.00	48.00	48.50	64.50

Atelier de code	Jour	Dimanche	Séjour	Dimanche	Séjour
Au cabinet	CS	21.00	42.06	58.00	65.50
DEQP003	14.26	14.26	14.26	14.26	14.26
Total	35.26	56.32	72.26	72.26	79.76

Atelier de code	Jour	Samedi AM	Dimanche	Séjour	Nuit
En visite	V(S)	11.00	45.00	61.50	69.00
DEQP003	14.26	14.26	14.26	14.26	14.26
YYY010	9.60	9.60	9.60	9.60	9.60
Total	34.86	68.86	85.56	95.56	102.86

Atelier de code	Jour	Samedi AM	Dimanche	Séjour	Nuit
Consultation	CS	23.00	23.00	42.06	58.00
De 0 à 2 ans	CS+MNO	28.00	28.00	47.28	64.26
De 2 à 6 ans	CS+MGE	26.00	26.00	45.06	61.00

Atelier de code	Jour	Samedi AM	Dimanche	Séjour	Nuit
Visite	V(S)	11.00	45.00	45.50	61.50
De 0 à 2 ans	V(S)+MNO	16.00	50.00	50.50	66.50
De 2 à 6 ans	V(S)+MGE	14.00	48.00	48.50	64.50

Atelier de code	Jour	Dimanche	Séjour	Dimanche	Séjour
Au cabinet	CS	21.00	42.06	58.00	65.50
DEQP003	14.26	14.26	14.26	14.26	14.26
Total	35.26	56.32	72.26	72.26	79.76

Atelier de code	Jour	Samedi AM	Dimanche	Séjour	Nuit
En visite	V(S)	11.00	45.00	61.50	69.00
DEQP003	14.26	14.26	14.26	14.26	14.26
YYY010	9.60	9.60	9.60	9.60	9.60
Total	34.86	68.86	85.56	95.56	102.86

Ces tableaux sont téléchargeables sur www.urps-ml-paca.org rubrique "outils"

C'est à nous de valoriser notre activité par des outils adaptés. C'est ce que nous devons faire en nous accaparant entièrement ce domaine. Prenons le temps de voir correctement cette grille des cota-

tions pour que dans l'avenir, nous ne raisonnions plus en nombre de consultations uniquement, mais que les actes techniques et autres prennent une proportion plus conséquente.

Atelier de code	Jour	Samedi AM	Dimanche	Séjour	Nuit
Consultation	CS	23.00	23.00	42.06	58.00
De 0 à 2 ans	CS+MNO	28.00	28.00	47.28	64.26
De 2 à 6 ans	CS+MGE	26.00	26.00	45.06	61.00

Atelier de code	Jour	Samedi AM	Dimanche	Séjour	Nuit
Visite	V(S)	11.00	45.00	45.50	61.50
De 0 à 2 ans	V(S)+MNO	16.00	50.00	50.50	66.50
De 2 à 6 ans	V(S)+MGE	14.00	48.00	48.50	64.50

Atelier de code	Jour	Dimanche	Séjour	Dimanche	Séjour
Au cabinet	CS	21.00	42.06	58.00	65.50
DEQP003	14.26	14.26	14.26	14.26	14.26
Total	35.26	56.32	72.26	72.26	79.76

Atelier de code	Jour	Samedi AM	Dimanche	Séjour	Nuit
En visite	V(S)	11.00	45.00	61.50	69.00
DEQP003	14.26	14.26	14.26	14.26	14.26
YYY010	9.60	9.60	9.60	9.60	9.60
Total	34.86	68.86	85.56	95.56	102.86

PETITE HISTOIRE de la médecine libérale et de ses relations avec l'Etat pour comprendre les enjeux de la nouvelle CONVENTION

L'Histoire est toujours intéressante à étudier pour comprendre les évolutions actuelles. Ce qui se joue actuellement avec l'écriture de la nouvelle convention s'inscrit dans un long processus dont nous vous exposons quelques repères. Explorer cette évolution de la médecine moderne en se plaçant du côté du médecin libéral, sera forcément incomplet, puisque nous n'étudierons ici ni les rapports sociaux, ni l'implication des usagers dans la prise en charge de leur santé, ni ce qui s'est passé en parallèle à l'hôpital.

Fort de son esprit de liberté, la Révolution Française supprime les diplômes et les facultés : n'importe qui peut soigner n'importe qui... sous réserve de payer une patente. Le verdict public fait alors la réputation. Il n'y a pas plus libéral!

Mais les épidémies fréquentes poussent à la création d'un nouveau monopole de la formation en 1803. Pas de numéris clausus : on est docteur en médecine en quatre ans ou officier de santé en trois.

La différence ? Les officiers sont tenus de recourir aux docteurs pour les cas sévères et doivent rester dans la région de leur école de médecine. Les docteurs sont formés à Paris, Strasbourg et Montpellier et peuvent s'installer n'importe où. Les tarifs sont différents et libres. Progressivement, les guérisseurs et les religieux prennent en charges les plus démunis et les ruraux, les officiers de santé les classes moyennes et les docteurs les classes aisées et urbaines. Le problème du financement suit la même logique : les docteurs, peuvent être rémunérés librement, notamment par les classes aisées. Cela permet de prodiguer des soins gratuits aux moins riches. C'est plus difficile pour les officiers de santé, leurs revenus dépendant de ceux de leurs patients. Ils ont du mal à vivre et doivent chercher en parallèle des actions communautaires, rémunérées au forfait. Il est demandé à l'Etat d'organiser un système d'assistance. Avec le développement de l'in-



"Ce bref et incomplet rappel historique permet de comprendre comment les caisses se sont progressivement désengagées du remboursement, en augmentant la pression sur la profession."

*Dr Françoise COUX et Dr Maël MARTIN,
URPS Médecins Libéraux PACA*

dustrialisation et la naissance d'une classe ouvrière apparaissent les caisses de secours mutuel apparaissent, qui s'unissent sous l'égide de Napoléon III. La médecine rurale gratuite est instaurée mais non réglementée et donc rien ne change vraiment.

L'Etat reprend les choses en mains : en 1892, il n'existe qu'un seul diplôme de docteur médecin et il est délivré par l'Etat. Point barre. En 1893, la loi sur l'assistance médicale gratuite est votée mais ne définit rien entre les partenaires. Les conseils généraux vont négocier individuellement avec les médecins.

Les sociétés mutuelles créent des filières de soin, financées par le travail. Le nombre de leurs adhérents leur permet d'imposer leurs conditions. Première tentative de main mise des financeurs. Les médecins luttent contre cela et obtiennent lors de la promulgation de la loi sur les accidents de travail de 1898 que les ouvriers puissent recourir à des médecins libres.

L'Etat décrète donc que la liberté de choix pour le malade et la liberté de prescription pour le médecin sont la pierre angulaire de la défense des intérêts du Peuple. Le médecin libéral est né.

Pour comprendre ce qu'il se passe aujourd'hui, il faut revenir sur l'évolution vers la médecine moderne.

La charte du médecin libéral de 1927, validée par l'assemblée constitutive de la Confédération des Syndicats Médicaux Français :

- Liberté de choix du médecin par le malade
- Liberté d'installation
- Liberté de prescription
- Respect du secret professionnel
- Liberté des tarifs, en paiement direct et par entente directe entre le malade et le médecin. Contrôle des malades par les caisses (et des médecins par leur syndicat).

1940 : Pétain dissout le syndicat des médecins et crée le Conseil de l'Ordre.

1945 : Création par le Conseil National de la Résistance, de la Sécurité Sociale : des conventions départementales sont négociées avec les syndicats de médecins : le libre choix du médecin, le paiement direct des honoraires, et le remboursement par les caisses sont actés. La liberté des tarifs disparaît. La convention est négociée tous les 5 ans.

1949 : Officialisation par décret des spécialités.

1958 : Création des CHU et du statut de praticien hospitalier. Il est désormais possible de faire carrière à l'hôpital public. Les vacances ou le temps partiel prédominaient alors. De même, la spécialisation qui était une évolution de carrière devient intégrée aux études médicales. Ce système est un succès mais crée une première séparation conceptuelle entre les médecins.

1960 : Création du tarif opposable, au choix individuel du médecin

1960-1966 : les conventions sont toujours départementales.

Trois formes de dépassements d'honoraires sont autorisées pour attirer plus de médecins à adhérer à ces conventions :

- DF : dépassement, pour fortune du patient
- DN : dépassement pour notoriété du médecin
- DE : dépassement pour exigence de lieu et de temps par le patient

Les tarifs sont plafonnés par arrêté ministériel en 1960 mais, sur le terrain, les médecins continuent à garder leur liberté tarifaire.

1967-69 : Création de la CNAM et du premier tarif conventionnel.

1971 : La hausse rapide du nombre de médecins dans les années 1960, leur a fait craindre une diminution de leurs revenus, et les conduits à accepter la première convention nationale en 1971.

Engagement des caisses (CNAM, CANAM, MSA) à faire évoluer régulièrement les tarifs des soins médicaux.

Pour la première fois, la convention lie de façon automatique tous les médecins, à l'exception de ceux qui manifestent individuellement leurs refus.

Les partenaires conventionnels s'engagent à revoir la nomenclature des actes servant à l'établissement des tarifs médicaux conventionnels.

La convention est signée pour 4 ans, les tarifs doivent être revus tous les ans par arrêtés.

En raison d'une non évolution tarifaire, pour un certain nombre de médecins avec des "qualités particulières" n'adhérant plus à la convention, un accord national crée une option de secteur : le Dépassement Permanent. Il s'agit d'un "dépassement tarifaire" bénéficiant des mêmes avantages que les tarifs "opposables" : cotisation sociale, remboursement pour le patient dit "Secteur I avec DP". Instauration du numéris clausus, dans le but, entre autres, de limiter le nombre de prescripteurs et donc limiter les coûts. Celui-ci sera inférieur à 5000 entre 1984 et 2003, contre 8500 en 1971 et 7500 en 2015.

1978 : Raymond Barre décide de maîtriser les actes et volumes de prescription : c'est l'enveloppe globale. Et c'est aussi le début d'une relation houleuse avec les différents gouvernements pendant 30 ans : la médecine libérale est soumise à une pression des organismes financiers.

1976 : La deuxième convention nationale fait apparaître pour la première fois la notion de tiers payant pour les actes lourds effectués au cours d'une hospitalisation dans un établissement privé.

1980 : Création de deux tarifs de convention : les secteurs 1 et 2. Le système de cotisation français étant basé sur le travail (cotisations salariales), l'augmentation du chômage entraîne de fait une diminution des recettes de l'Assurance Maladie. L'inflation l'empêche de suivre le rythme sur le plan tarifaire. Le secteur 2 permet un transfert des honoraires vers les ménages, directement ou via les mutuelles, qui vont désormais prendre une importance croissante. 20% des praticiens y adhèrent, dont une majorité de spécialistes dits techniques, leur permettant d'investir dans du matériel onéreux ou dans du personnel (aides opératoires). Pendant ce temps, le tarif des actes chirurgicaux est gelé, jusqu'en 2005, avec une différence de remboursement entre les secteurs.

1990 : Par surprise estivale, la convention a organisé des conditions d'accès plus restrictives au deuxième secteur d'activité : il faut désormais que les praticiens soient détenteurs de certains titres (par exemple : ancien chef de clinique ou ancien assistant). Le choix du secteur ne peut se faire qu'au moment de la première installation. Cette réalité "sélective" est toujours en vigueur (article 35.1 de la convention médicale de juillet 2011).

1993 : Apparition des Références Médicales Opposables pour réduire les coûts par pathologie.

1996 : Juppé crée l'Objectif national des Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM) pour une maîtrise financière.

2002 : retour à une maîtrise médicalisée via une nouvelle convention. Cette dernière rappelle que "les partenaires s'engagent à préserver la médecine libérale et à ne pas promouvoir une médecine de caisse".

2004 : Création d'un Dépassement Autorisé pour rechercher une valorisation tarifaire du tarif opposable (DA). Ce DA ne peut se cumuler avec le DE, et son montant est plafonné à 17,5% du tarif opposable. Les syndicats signent un accord conventionnel pour permettre aux anciens CCA et Assistants enfermés dans le secteur I de pouvoir choisir à nouveau le secteur à honoraires libres (secteur II). Cet accord ne sera jamais appliqué.

2011 : Après plusieurs tentatives pour créer un secteur optionnel, la dernière convention a maintenu les équilibres Secteur I et Secteur II lors de sa signature en juillet 2011.

Le secteur II a été créé pour permettre une évolution tarifaire rendue impossible par le décalage grandissant entre l'inflation et le tarif opposable. Les honoraires des médecins secteur II, supérieurs au tarif de remboursement, sont la conséquence de l'incapacité des caisses à faire évoluer le tarif opposable !

2012 : Avenant n° 8 : le contrat d'accès aux soins (CAS) avait pour objectif d'améliorer l'accès aux soins et de limiter les dépassements d'honoraires. Contrat uniquement proposé aux médecins de secteur 2 ou de secteur 1 avec titres. Ce contrat a été signé par environ 10 000 médecins, essentiellement des spécialistes, issus du secteur 1.

2015 : La santé en France passe officiellement sous contrôle de l'Etat : dans tout le texte le terme 'santé publique' est remplacé par 'santé' tout court, l'état ne veut plus se contenter que de diriger la santé publique mais toute la santé.

"Art. L. 1411-1. - La Nation définit sa politique de santé afin de garantir le droit à la protection de la santé de chacun. La politique de santé relève de la responsabilité de l'Etat. Elle tend à assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et à garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins. Elle est conduite dans le cadre d'une stratégie nationale de santé définie par le Gouvernement dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. La stratégie nationale de santé détermine, de manière pluriannuelle, des domaines d'action prioritaires et des objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre la maladie".

Si vous n'aviez pas bien compris, le médecin et le patient n'ont plus leur mot à dire. C'est le politique qui décide, par décret et non par vote. Point barre. Le reste de la loi n'est que détail...

ET MAINTENANT ???

Ce bref et incomplet rappel historique permet de comprendre comment les caisses se sont progressivement désengagées du remboursement, en augmentant la pression sur la profession et en augmentant le Reste à Charge pour les patients.

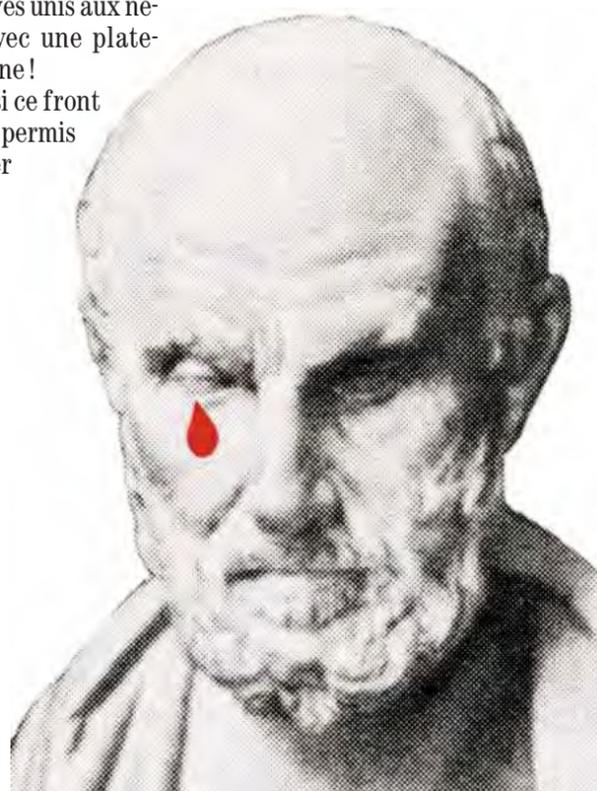
L'enjeu de la prochaine convention est de faire clairement bouger les lignes !

En augmentant le prix de la lettre clé. En augmentant la part de la rémunération forfaitisée Et à défaut en donnant à tous les médecins un espace de liberté tarifaire, qu'ils utiliseraient avec tact et mesure...

L'état de la démographie médicale est tel que dans les années qui viennent les médecins vont avoir le choix de signer ou non la future convention ! Les médecins libéraux sont dans l'ensemble profondément conventionnistes, par intérêt catégoriel mais surtout pour leurs patients qu'ils connaissent mieux que personne et dont ils savent les difficultés liées à la crise. Mais ils ne supportent plus d'être sacrifiés.

Il y a un signe de l'aggravation de l'exaspération des médecins libéraux et c'est probablement la grande chance de la période qui s'ouvre : depuis bien longtemps, leurs syndicats sont arrivés unis aux négociations, avec une plateforme commune ! L'avenir dira si ce front syndical aura permis de faire bouger les lignes !

Ref. Analyse historique et économique de la médecine libérale de la révolution à nos jours. Frédéric Bizard D. Legeais



Vaccination

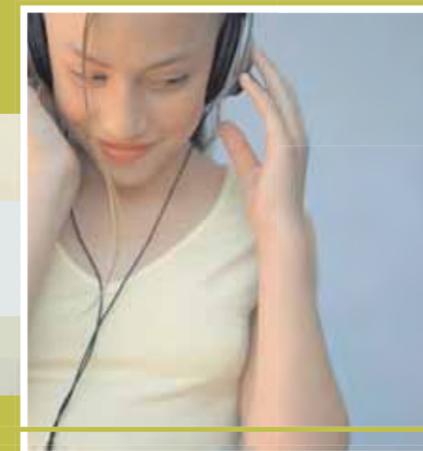
CONTRE LES HPV,

des arguments pour convaincre...



POURQUOI VACCINER CONTRE LES HPV

- 1. Le papillomavirus humain (HPV) est l'une des infections sexuellement transmissibles les plus fréquentes dans le monde**
 Environ 80 % des femmes sont infectées au moins une fois au cours de leur vie par le HPV. Si la plupart ont une clearance spontanée, l'infection persiste chez 10 % d'entre elles environ, pouvant induire des lésions condylo mateuses, précancéreuses ou cancéreuses du col de l'utérus.
- 2. Le vaccin protège contre les types de HPV les plus fréquents**
 Il existe plus de 120 génotypes différents de virus HPV. Parmi eux, les papillomavirus de type 16 et 18 sont responsables de 70 % des cancers du col de l'utérus.
- 3. Le cancer du col de l'utérus se développe en moyenne 10 à 15 ans après une infection persistante par un HPV oncogène**
 Le nombre de nouveaux cas de cancer du col de l'utérus est estimé à 3 028 en France en 2012, et le nombre de décès par cancer du col à 1102. L'âge médian au diagnostic était de 51 ans en 2012 et l'âge médian du décès de 64 ans⁽¹⁾. Comme pour l'hépatite B, le vaccin contre les HPV poursuit un objectif de prévention du cancer, via la prévention des lésions génitales précancéreuses et en complément du dépistage par frottis du col utérin.



Rappels cliniques

Les virus de type 6 et 11 sont associés au développement de lésions bénignes, verrues et condylomes acuminés (verrues génitales), pouvant être très invalidantes sur le plan de la sexualité car nécessitant un traitement long et douloureux avec un risque important de récurrences. Les virus de type 16 et 18 sont des virus HPV à haut risque rencontrés le plus fréquemment dans les lésions précancéreuses et cancéreuses (col utérin, anus, larynx...). Les infections liées au HPV jouent également un rôle dans le cancer de l'oropharynx et de la gorge, et dans les cancers de l'an us et de la verge chez les homosexuels. Le virus HPV se transmet par contact peau à peau, muqueuse à muqueuse et parfois indirectement (objets, linge...). L'usage du préservatif ne suffit pas à empêcher l'infection, même s'il diminue sa fréquence.

La vaccination des garçons

La vaccination des garçons contre le HPV se pratique dans certains pays comme en Australie, aux Etats-Unis et au Canada, en raison de son intérêt compte tenu du rôle des virus HPV dans les cancers de l'an us et de l'oropharynx ou dans la prévention de la transmission. Elle n'est pas recommandée pour le moment en France (des discussions sont en cours).



POURQUOI VACCINER DÈS L'ÂGE DE 11 ANS ?

- En 2013, l'âge de la vaccination a été révisé. La vaccination concerne désormais les jeunes filles âgées de 11 à 14 ans⁽²⁾ :
- Pour vacciner les jeunes filles avant qu'elles ne soient exposées au risque de l'infection HPV. Parce que le vaccin est plus efficace lorsque les jeunes filles n'ont pas été infectées par le papillomavirus.
 - Parce que des enquêtes récentes indiquent que l'entrée dans la sexualité se fait parfois à un âge plus précoce.
 - Parce qu'il peut être plus simple selon le ressenti de la famille et/ou du médecin traitant de dissocier la vaccination des thèmes liés à la sexualité.
 - Parce que le rendez-vous vaccinal de 11-14 ans déjà existant ans peut être mis à profit pour initier la vaccination avec une possibilité de co-administration avec un autre vaccin (vaccin tétravalent diphtérie-tétanos-coqueluche-polio, vaccin hépatite B) ou pour compléter un schéma vaccinal incomplet.



Recommandations vaccinales 2015⁽⁷⁾

Deux vaccins sont proposés en France : le Gardasil, quadrivalent (HPV 6, 11, 16, 18) et le Cervarix, bivalent (16,18). Ils ne contiennent pas les mêmes adjuvants (adjuvant lipidique pour le Cervarix) et ne sont pas interchangeables.

Schéma vaccinal :

Vaccin quadrivalent :

- Vaccination initiée entre 11 et 13 ans révolus : deux doses espacées de 6 mois
- entre 14 et 19 ans révolus : trois doses administrées selon un schéma 0, 2 et 6 mois

Vaccin bivalent :

- Vaccination initiée entre 11 et 14 ans révolus : deux doses espacées de 6 mois
- entre 15 et 19 ans révolus : trois doses administrées selon un schéma 0, 1 et 6 mois

Lorsque le schéma vaccinal a été interrompu, il n'est pas nécessaire de refaire un schéma complet.

Le HCSP recommande que soient expliqués par le médecin avant toute vaccination la nécessité et les modalités du dépistage, le schéma de vaccination, l'absence préférable de grossesse au cours du mois suivant chaque injection, l'absence d'efficacité sur la prévention d'environ 30 % des cancers, l'éventualité qu'un rappel devienne nécessaire et la remise d'un document écrit indiquant la date à laquelle devra être fait le premier dépistage.

Références bibliographiques

- (1) Les cancers en France en 2014. - Boulogne-Billancourt : INCa, 2015-02, 245 p. www.e-cancer.fr/content/download/118032/1407654/file/Les%20cancers%20en%20France%20-%20Edition%202014%20-%20V6.pdf
- (2) Avis relatif à la révision de l'âge de vaccination contre les infections à papillomavirus humains des jeunes filles. - Paris : HCSP, 2012-09-28, 7 p. www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20120928_agevaccpapilljeunesfilles.pdf
- (3) Vaccination contre les infections à papillomavirus humains. - Paris : HCSP, 2014-07-10, 31 p. www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcsp20140710_vachpvdonneesactualisees.pdf
- (4) Institut de veille sanitaire. Dossier thématique Couverture Vaccinale. Saint-Maurice www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Donnees/Papillomavirus-humains
- (5) European Centre for Disease Prevention and Control. Introduction of HPV vaccines in EU countries-an update. Stockholm: ECDC; 2012. 45 p. http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/20120905_GUL_HPV_vaccine_update.pdf
- (6) Vaccins anti-HPV et risque de maladies auto-immunes : étude pharmaco épidémiologique. Rapport final, ANSM, CNAM/TS - Saint-Denis : ANSM, 2015-09, 91 p. http://ansm.sante.fr/content/download/80841/1023043/version/1/file/Ansm_Gardasil-Hpv2_Rapport_Septembre-2015.pdf
- (7) Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2015. Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé, 2015, 50 p. www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Calendrier_vaccinal_2015.pdf

? LA VACCINATION CONTRE LES HPV EST-ELLE EFFICACE ?

La vaccination contre les HPV a été introduite dans le calendrier vaccinal en France en 2007, comme dans la plupart des pays industrialisés ; or l'impact de la vaccination sur les cancers liés aux HPV vaccinaux ne peut se mesurer que quelques décennies après l'introduction des vaccins.

En revanche, des études ont déjà pu démontrer l'**efficacité de cette vaccination sur la survenue des infections à HPV, des condylomes** (pour le vaccin quadrivalent) et sur les **lésions précancéreuses du col de l'utérus**⁽³⁾.

Cet impact est d'autant plus marqué que les niveaux de couverture vaccinale sont élevés, de 70 à 80 %⁽³⁾.

D'autres études suggèrent également que la vaccination induit une **immunité de groupe**⁽³⁾.

Il s'agit de résultats encourageants, malgré un manque de recul pour estimer l'efficacité de la vaccination sur la réduction des cancers du col de l'utérus.

Pour le HCSP, seule une politique de vaccination ambitieuse peut permettre une réduction supplémentaire de la mortalité par cancer du col. Or la vaccination des jeunes filles par le vaccin HPV est très insuffisamment mise en œuvre. Au 31 décembre 2014, **moins de 20 % de jeunes filles avaient reçu le schéma complet de vaccination à l'âge de 16 ans**, cette proportion étant en baisse constante depuis 2011⁽⁴⁾.

La France se classe parmi les plus basses couvertures vaccinales de l'Union Européenne⁽⁵⁾. Cette couverture vaccinale est proche des 80 % (3 doses) en Australie ou au Royaume-Uni, où la vaccination est pratiquée dans les écoles.

? LA VACCINATION CONTRE LES HPV EST-ELLE SANS DANGER ?

Plus de **170 millions de doses**, dont plus de 5,5 millions en France, ont été administrées dans le monde, avec un recul d'utilisation de plus de sept années. En septembre 2015, l'ANSM et la CNAMTS ont publié **une étude rassurante sur la vaccination contre les infections à HPV et le risque de maladies auto-immunes** portant sur une cohorte de 2,2 millions de jeunes filles âgées de 13 à 16 ans, vaccinées ou non, de janvier 2008 à décembre 2013. Les résultats montrent que « la vaccination par Gardasil ou Cervarix n'entraîne pas d'augmentation du risque global de survenue de maladies auto-immunes, confirmant ainsi les données de la littérature française et internationale. Une augmentation du risque de syndrome de Guillain-Barré après vaccination contre les infections à HPV apparaît toutefois probable. Compte tenu de la rareté de la maladie, les deux institutions estiment que les résultats de cette étude ne remettent pas en cause la balance bénéfico-risque pour les vaccins concernés. »⁽⁶⁾

Les **effets secondaires** sont comparables à ceux des autres vaccins. Il est noté principalement une douleur au point d'injection.

Dépistage et vaccin, la meilleure combinaison pour prévenir le cancer du col de l'utérus

La prévention du cancer du col de l'utérus repose sur deux moyens complémentaires :

- la **vaccination** des jeunes filles contre les principaux types de HPV (prévention primaire)
- et le dépistage par **réalisation régulière d'un frottis cervico-utérin** chez les femmes de 25 à 65 ans (prévention secondaire), tous les 3 ans après deux frottis normaux effectués à un an d'intervalle.

L'usage du **préservatif** est également recommandé, il diminue la transmission des infections à HPV et des autres infections sexuellement transmissibles.

Santé Connectée

LA FORCE DES CHAÎNES...

Le forum Cyber Med qui s'est tenu à Antibes les 12 et 13 septembre dernier rajoute une pierre à l'édifice complexe que constitue notre vision de l'exercice médical.

En effet le soignant isolé dans sa tour d'ivoire, auréolé de son pseudo savoir, semble bel et bien mort et bientôt enterré.

A sa place, l'intelligence collective et l'évolution sociétale tentent d'implanter un savoir connecté, qui semble pouvoir démultiplier les facultés cognitives, après avoir initialement fait exploser le stock de données utiles à la réflexion analytique.

Guy Valencien, et bien d'autres observateurs de notre métier, en conviennent, il n'y aura plus jamais assez de place dans la mémoire d'un seul être humain, pour exercer une médecine de qualité sur nos seules ressources individuelles et instantanées. Le minimum vital passe par un usage de bases de connaissances simples; du Vidal à nos recommandations professionnelles en passant par la connexion au dossier biologique ou au dossier patient qui est à l'étroit dans son format papier.

Ainsi débarrassé du fardeau mnésique, on peut envisager de mobiliser plus de ressources vers l'analyse et la connexion des données et de même que la

bipédie a laissé les mains libres à l'hommoerectus, pour se gratter l'occiput et se demander quoi faire de tous ses neurones, nous pouvons espérer connecter plus librement nos aires corticales, sur le principe de la logique floue. Notre mémoire "intelligente" ne servant plus qu'à se souvenir de l'existence des bons tiroirs et de leur connectivité, en laissant le listing des contenus aux ordinateurs idiots, que nous n'avons plus besoin d'être.

Par précaution toutefois, nous prendrons garde à laisser nos



"Cette dépendance à la connectivité (la force des chaînes) restera sans doute l'objet de débats long et complexes pour le monde médical"

Dr Renaud FERRIER, Généraliste à Le Cannet



ordinateurs à quatre pattes, pour éviter que libérés par un excès d'autonomie hasardeux, ils ne viennent à la bipédie libératrice et nous fichent à la porte.

Ces aspects de la dépendance à la technologie restent très généraux à l'ensemble de la société et le risque n'est pas nul, que Google et autres révolutionnaires, nous vantant le confort de la mémoire sans effort, comme l'ascenseur rend nos jambes inutiles, nous rendent idiots ou dépendants.

Cette dépendance à la connectivité (la force des chaînes) restera sans doute l'objet de débats long et complexes pour le monde médical, épris de confidentialité et d'intimité (l'anti connectivité quoi.!). le colloque singulier versus le grand déballage, comment tirer le meilleur de chaque aspect ?

Garder la technique à sa place en respectant l'illogisme de nos affects, joli challenge auquel nos philosophes peuvent s'attaquer dès maintenant.



CONSTATS ET CERTIFICATS DE DECES à domicile ou sur site privé ou public

Un médecin remplaçant même étudiant peut faire un certificat de décès. La rédaction des certificats de décès se heurte à un nombre croissant de difficultés techniques et administratives aggravées par la raréfaction de la ressource médicale.



Ces difficultés, particulièrement lors des horaires de la permanence des soins ambulatoires (PDSA), sont à l'origine de nombreux dysfonctionnements territoriaux et de situations complexes et douloureuses pour les familles, et même de contentieux disciplinaires.

Le certificat de décès est une obligation administrative : **“L'autorisation de fermeture du cercueil ne peut être délivrée qu'au vu de ce certificat établi par un médecin, attestant le décès”.** Article L.2223-42 du code général des collectivités territoriales.

Le certificat de décès doit être rédigé par un médecin inscrit au Tableau de l'ordre des médecins, ou par un étudiant en médecine, en situation régulière

de remplacement. Ce certificat engage leur expertise et leur responsabilité. Le médecin peut être sollicité par un établissement, une famille, des proches ou par le Centre 15. Son action intervient dans les horaires de la continuité des soins (CDS) ou ceux de la PDSA.

C'est un acte médical revêtant une importance médico-légale essentielle. Il doit être précédé d'un examen attentif du patient décédé, des circonstances du décès, mais aussi d'un entretien précis avec la famille ou les proches. Il convient de pouvoir attester que la mort est réelle et constante, de préciser sa cause vraisemblable, son caractère naturel ou non, et la nécessité de mobiliser ou non les autorités judiciaires. C'est à la suite de l'intervention du médecin effecteur et de la

réalisation de cette démarche que sera rédigé l'acte d'état civil.

Le CADRE D'INTERVENTION :

1- Hors espace public

En cas de recours au centre 15, toute intervention du SMUR pour une détresse vitale implique la présence d'un médecin inscrit au tableau de l'ODM. Que le décès soit intervenu avant l'arrivée du SMUR ou malgré les manœuvres de réanimation prodiguées sur place, ce praticien est habilité à établir le certificat de décès. Par contre, le CRRA 15 n'a pas à diligenter un médecin du SMUR pour rédiger un certificat actant

le décès d'une personne qui n'a pas été directement concernée par une intervention de secours.

Les EHPAD disposent de l'aide d'un médecin attaché à l'établissement. Tout constat de décès peut être établi dans les meilleurs délais. Ces établissements peuvent aussi faire appel au médecin traitant du patient décédé.

En dehors de ces 2 cas ; sur les horaires de la CDS (8h-20h) ou de la PDSA (20h-8h), c'est le médecin traitant s'il est connu et joignable qui, dans le cadre de ses obligations déontolo-



“C'est un un acte médical revêtant une importance médico-légale essentielle.”
Dr Christian LHERITIER, Généraliste à Marseille

giques, assure cette mission. Cependant, du fait de la diminution du nombre de médecins libéraux installés, existe une limitation importante des interventions hors cabinet.

2- Dans l'espace public

L'urgence vitale dans l'espace public (hors domicile et hors établissement de soins) relève de l'intervention des équipes d'urgence, SMUR- SDIS. Hors intervention des structures d'urgence, dans le seul cadre du constat d'un décès patent, le médecin traitant, s'il existe, est rarement identifiable et a fortiori joignable ou disponible. C'est alors un effecteur mobile ou un médecin libéral de proximité qui est sollicité, soit directement, soit par l'intermédiaire du CRRA-CDIS.

Si le décès est acté, il doit faire l'objet d'un certificat établi par le médecin urgentiste, et d'un certificat avec obstacle médico-légal ouvrant la séquence médico-judiciaire.

Un certain nombre de règles, basées sur la seule éthique, sont d'usage. Cet acte médical, pratiqué par le MT et concernant une per-



sonne qu'il a suivie et accompagnée dans son parcours de soins et sa fin de vie, est réalisé gratuitement. Si le médecin ne connaît ni le défunt et son histoire médicale, ni sa famille, il devra consacrer un temps suffisant à l'accomplissement de sa mission.

En l'absence de prise en charge de l'acte par l'assurance maladie, il existe un vide administratif. Cet acte ne fait l'objet d'aucune rémunération, sauf à considérer que la personne est assurée sociale tant que l'acte n'a pas été rédigé au terme du processus décrit ci-dessus, position défendue par le CNODM.

Si la gratuité est la règle lorsque c'est le médecin traitant qui intervient, l'indemnisation de l'acte doit, dans le cas contraire, relever du seul jugement du professionnel intervenant, dans le cadre de son

appréciation éthique et du respect de la notion déontologique de tact et mesure.

Les certificats établis par les médecins inscrits sur ORDIGARD lors des interventions en temps de PDS, sont rémunérés par les ARS (le ministère de la santé a récemment rappelé dans une réponse écrite publiée au JO que l'établissement de certificats de décès ne fait pas partie de la mission des médecins de garde dans le cadre de la PDSA, précisant à contrario, que rien n'interdisait au cahier des charges portés par les ARS d'apporter une réponse à cette question. C'est ce qu'ont fait quelques régions, réglant ainsi cette difficulté sur les horaires de PDSA).

Enfin, on dispose d'un délai maximal de 24H pour établir un certificat de décès notamment lorsque celui-ci intervient

en PDS et qu'il n'y a pas de médecin effecteur inscrit sur le secteur PDS via ORDIGARD.

Le SMUR peut éventuellement au décours d'un retour de mission intervenir selon les situations mais ce n'est pas une obligation notamment eu égard au délai de 24H.

Commission Exercices Coordonnés, URPS ML PACA

LA COORDINATION, C'EST L'AFFAIRE DE TOUS

Si la loi HPST (2009) nous présentait les nouvelles formes "d'Exercices Coordonnés" comme étant l'avenir du système de santé en France, la loi de modernisation de notre système de santé, votée en décembre 2015, prévoit, dans son article 65, que ces modes d'exercices soient imposés aux professionnels de santé par les Agences Régionales de Santé (ARS), s'ils n'en ont pas pris eux-mêmes l'initiative.



L'ARS incite la profession à s'orienter vers des modèles "clés en main" comme les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), ou encore les Pôles de Santé, nouveaux modes d'exercices ouvrant droits aux nouveaux modes de rémunérations, par l'intermédiaire de Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoire (SISA).

Mais existe-t-il vraiment un seul modèle d'exercices coordonnés ?

Au quotidien, nous faisons tous de l'exercice coordonné sans le savoir, comme Monsieur Jourdain faisait de la prose : il n'existe pas un seul modèle d'exercice coordonné, celui proposé par l'ARS, mais autant de structures possibles que de volontés d'exercer ainsi. S'il est vrai que l'exercice coordonné, par le biais des MSP, ap-

porte une réponse possible à la problématique des territoires isolés et des quartiers défavorisés et que celles-ci rencontrent un succès évident, il apparaît que les contraintes administratives liées à leur fonctionnement alourdissent la charge de travail de notre exercice libéral. Elles ne sont donc pas l'outil universel, ni le modèle unique.

Les jeunes médecins qui s'installent y sont favorables, attirés par le confort d'exercice en équipes interprofessionnelles qu'ils ont connu pendant leurs études, mais redoutent, comme leurs aînés, la surcharge de travail qu'elles supposent (*). Ils aimeraient travailler dans des structures plus "souples".

Le cahier des charges de ces structures de soins, s'il était imposé par l'administration, poserait aussi la question de l'indépendance du médecin libéral qui y exerce.

Par ailleurs, c'est la structure de soins, en tant qu'entité administrative, qui devient médecin traitant, au risque que cela comporte d'altérer le colloque singulier entre le médecin et son patient. Dans les agglomérations, cette notion d'équipe de soins primaires

de proximité (ESP) est battue en brèche, car il s'agit alors de faire coexister cette dynamique avec le libre choix du patient. Rappelons ici que plus de 80 % des patients et des médecins vivent et résident en ville.



"Notre démarche devra intégrer deux priorités : améliorer le parcours de santé des patients, et rendre ces nouveaux modes d'exercices attrayants, pour nos confrères, actuels et futurs."

Drs Florence ZEMOUR, Généraliste à Vitrolles et Marc ZECCONI, Généraliste à Saint Firmin

Les ESP, équipes de soins primaires (prévues par la loi dans son article 64), sont constituées autour du médecin traitant ; elles permettraient par l'optimisation de l'organisation des soins sur le territoire, une amélioration de l'accès aux soins et la structuration du parcours de santé, notamment dans les domaines de la prise en charge des pathologies complexes, des personnes âgées, des fins de vie et des soins palliatifs, ou encore du retour précoce du patient opéré afin de raccourcir la durée d'hospitalisation.

Les CPTS, communautés professionnelles territoriales de santé, prévues à l'article 65 de la loi, sont, elles, constituées d'acteurs de soins de premiers et deuxième recours (voire aussi du troisième recours) et d'acteurs médicaux-sociaux et sociaux. Elles proposent des projets plus élaborés comme ceux des MSP. Mais il peut en exister d'autres modèles plus indépendants.

Finalement le cahier des charges minimal prévoit qu'une équipe de soins primaires doit être composée d'au moins deux médecins généralistes associés à d'autres professionnels de santé pour un projet à construire et un territoire à définir. La seule formalité étant le dépôt de ce projet à l'ARS. Il reste à organiser, ce que prévoit la loi, dans son article 64, cette meilleure organisation des acteurs, tout en prenant en compte l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales. Personne ne doit en être exclu. Il faut alors prévoir des financements (qui ne relèveront pas au-



tomatiquement des NMR), de leurs formes à minima en ville à celles plus élaborées comme les MSP et les CPTS.

Aux nouveaux modes d'exercices coordonnés correspondent actuellement les nouveaux modes de rémunérations, définis dans le règlement arbitral (**NMR, avril 2015). Afin de préserver une équité dans notre exercice libéral, chacun d'entre nous devrait pouvoir légalement bénéficier des mêmes avantages.

Au sein de l'URPS ML PACA, la commission "Exercices coordonnés" se propose de mettre à la disposition des médecins libéraux des outils destinés à la mise en place de ces exercices innovants, en leur permettant de reprendre l'initiative sur leurs projets dans leurs territoires.

En effet, composée de médecins libéraux issus de tous secteurs géographiques, de toutes spécialités et de tous syndicats, elle doit être leur interlocuteur pri-

vilégié. Elle est seule légitime pour les représenter auprès de l'ARS dans ce domaine. Elle doit être aussi garante du respect de la déontologie médicale. L'URPS ML PACA ne peut pas laisser d'autres structures, même légitimées par l'ARS et subventionnées par l'Etat, se substituer complètement à elle dans une mission qui relève de sa compétence.

Il est donc nécessaire de définir un canevas simple, accessible et pragmatique qui permette à chaque regroupement de professionnels de santé libéraux qui le souhaite de pouvoir s'organiser pour accéder à ces nouveaux modes d'exercices coordonnés, sans attendre de se les voir imposés, et ensuite de les accompagner.

Notre démarche doit respecter deux priorités : améliorer le parcours de santé des patients, et rendre ces nouveaux modes d'exercices attrayants, pour nos confrères, en valorisant, y compris

financièrement, toutes les formes d'exercices coordonnés.

Il s'agit, en fait, qu'en intégrant une équipe de soins primaires, le professionnel de santé libéral (PSL) qui le souhaite s'engage dans l'organisation de la continuité des soins.

Il nous semble évident, que dans cette nouvelle mission de service public, il doit être mis à disposition des PSL un secrétariat présentiel ou téléphonique, afin d'en assurer une organisation pérenne, tout en allégeant les contraintes administratives.

Même si les médecins généralistes demeurent incontournables dans ces structures, il nous faut d'emblée envisager une collaboration étroite avec les autres Unions Professionnelles Régionales de PACA.

Le train de l'URPS ML PACA se met en marche dans un domaine vaste et complexe que représentent les "exercices coordonnés". Il ne reste plus qu'à y accrocher des wagons issus de nos expériences locales.

* Les freins à l'installation en Maison de Santé Pluri-professionnelle, étude qualitative auprès de médecins généralistes de la région PACA. Thèse de Marine Pacchiano, 6 avril 2016.

**NMR= Nouveaux Modes de Rémunération : cinq niveaux :
 - NMR 1 : forfait pour l'activité coordonnée (management de la structure).
 - NMR 2 : (comme la sortie d'hospitalisation).
 - NMR 3 : Education thérapeutique du patient.
 - NMR 4 : coopération entre professionnels de santé (partage des compétences).
 - NMR 5 : prise en charge des maladies chroniques (capitation et forfaits).