



Conseil Départemental  
de l'Ordre des Médecins 31



# Les différents modes d'exercice de la médecine

**Commission Ordinale de Communication**

*Pierre DELPLA*

*Jean THEVENOT*

# Les différents modes d'exercice de la médecine : salariée ou libérale

- Hôpital public
- Hôpital privé ou assimilés
- Institutions
- Cliniques privées
- Médecine du travail
- Médecine scolaire
- Médecine de caisses....



- Cabinet individuel
- Cabinet de groupe
- Cabinet en clinique
- Remplacements
- Collaboration salariée
- Collaboration libérale

# Profession : médecin

de nombreux métiers  
des conditions d'exercice très variées

Médecine  
de santé  
publique

Médecine  
d'organe

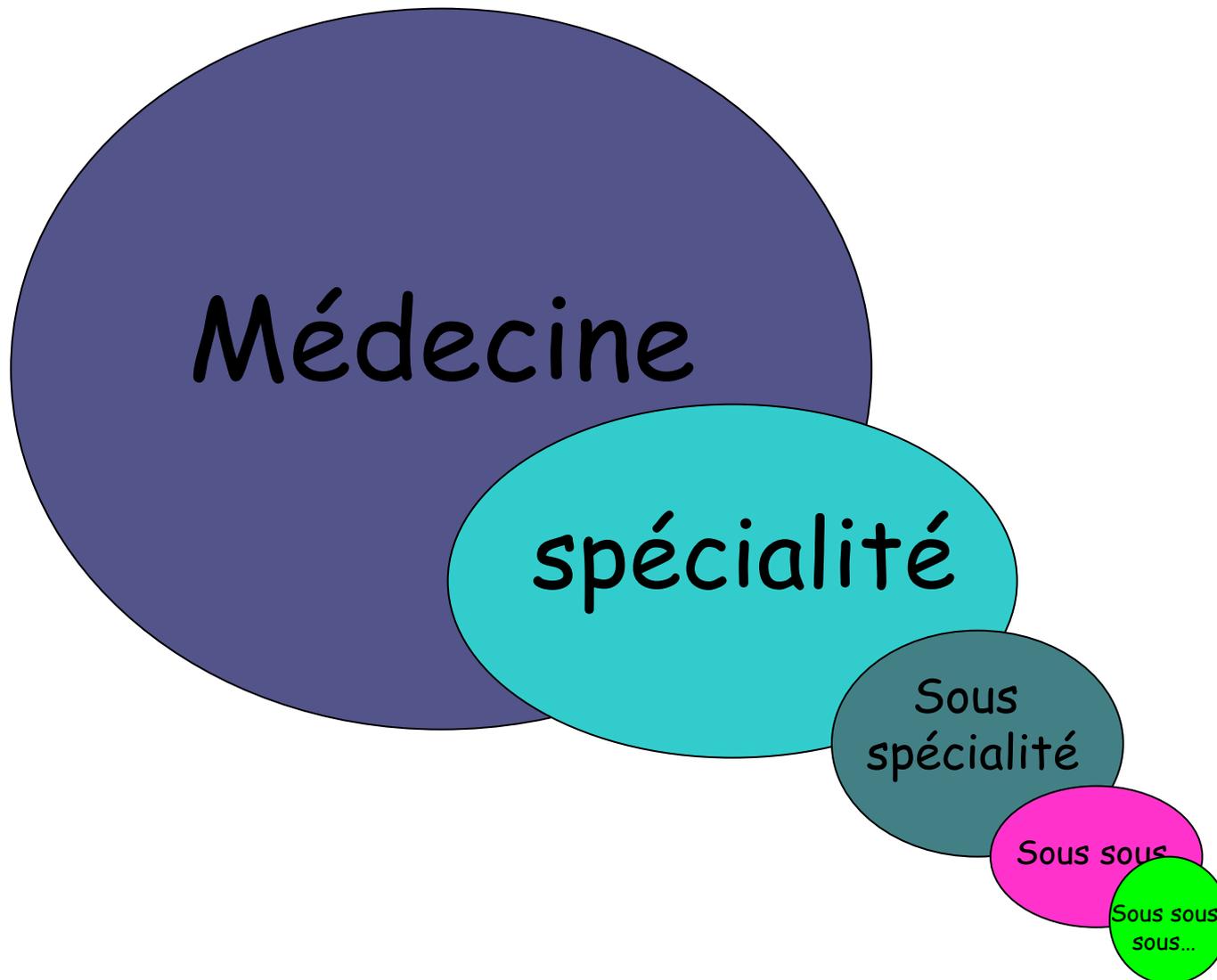
Rhumatologie  
Chirurgie digestive  
Orthopédie  
Cardiologie  
Ophtalmologie  
Neurochirurgie  
Pneumologie  
Gynécologie...

Médecine  
transversale

Médecine générale

Médecine interne  
Pédiatrie  
Gériatrie  
Radio-imagerie  
Biologie  
Psychiatrie  
Anatomopathologie...

Médecine  
du travail



# Exercice individuel

- Liberté, indépendance, autonomie
- Exercice solitaire et ses inconvénients
- Permanence des soins
- Choix de l'organisation



# Exercice en groupe

- Associations en cabinets, cliniques, maisons médicales
- Avec ou sans partage d'honoraires
- Frais
- PDS
- Intégration et cession facilitées
- SDF
- SCM
- SCP
- SEL
- SELARL



# Collaboration libérale

(loi n°2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises, dite loi Jacob).



# Collaboration salariée

effectif depuis fin 2006

# Exercice en lieux multiples

Article 85 du code de déontologie



# Maisons de santé pluridisciplinaires

- Modes d'exercices multiples
- Pas d'idée préconçues
- Remplacer, essayer, tester...
- Bien choisir son mode d'activité permet d'avoir un exercice serein
- Aide du conseil de l'Ordre

<http://www.ordmed31.org/>



**Conseil Départemental  
de l'Ordre des Médecins 31**



# Nouveaux modes d'exercice

- **Des statuts juridiques : SISA / SEL / SCM / SCP ... Quoi de neuf** (*Maïalen CONTIS*)

- **Les nouveaux modes d'exercices:**

Collaborateurs salariés et libéraux : Choisir un mode d'association ou organiser sa succession (*Jérôme ESSIG et Jacques BARDIER*)

Lieux d'exercice multiples – Article 85 du Code de déontologie médicale (*Pierre ROUGÉ*)

Les remplaçants exclusifs (*Pierre ANÉ*)

- **Être médecin différemment :**

Être médecin retraité et toujours actif (*Pierre ANÉ*)

Reprendre son activité après un arrêt de plus de 3 ans (*Jacques BARDIER*)

Retour des compétences – la validation des acquis par l'expérience (*Robert NICODEME*)

- **Les exercices coopératifs :**

Maisons pluridisciplinaires (*Michel BOUSSATON*)

Télémédecine (*Jean Louis ARNE*)

Médecins en EHPAD : du coordonnateur aux intervenants extérieurs (*Alain GLEISES et Jean CLAVERIE*)

- **L'exercice médical dans les nouveaux modes d'exercice :**

Secret médical et nouveaux modes d'exercice (*Maïalen CONTIS et Jean-Noël SENIÉ*)

Indépendance professionnelle et nouveaux modes d'exercice (*Laurent ARLET*)



# Des statuts juridiques : SISA / SEL / SCM / SCP ... Quoi de neuf ?

*Maïalen CONTIS*

# SCM, SCP



# SEL

- Décret n° 2012-884 du 17 juillet 2012 relatif aux lieux d'exercice des sociétés d'exercice libéral de médecins :
  - unification des règles applicables aux sites supplémentaires d'exercice des SEL et des médecins exerçant à titre individuel (art. R. 4113-23 et R. 4127-85 CSP).
  - Nombre illimité de sites, conditions d'octroi liées à un critère démographique et/ou technique.

# Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA)

# Les objectifs poursuivis

- Permettre à des membres de professions de santé différentes de mettre en commun à la fois des moyens et une partie de leur exercice professionnel dans le cadre des **maisons de santé** créées par la Loi HPST.

# Les objectifs poursuivis

- Donner la **personnalité juridique** aux maisons de santé et leur permettre de percevoir non seulement des subventions mais aussi des rémunérations liées à un exercice pluriprofessionnel (activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique, de coopération entre professionnels de santé).
- **Eviter certains écueils fiscaux et déontologiques** (dichotomie, compérage, interdiction du partage d'honoraires sauf entre associés d'une même profession...).

# Les objectifs poursuivis

- La SISA est ainsi un « **hybride** » entre la **SCM et la société d'exercice (SCP, SEL)**, dont la création par le législateur s'inscrit dans le prolongement de la Loi HPST ayant instauré les maisons de santé.
- C'est du « **sur-mesure** » pour les **maisons de santé**.

# Les fondements textuels

- **Loi « Fourcade » (modifiant la Loi HPST)**  
du 10 août 2011.
- **Décret d'application du 23 mars 2012.**

# Un objet mixte

- Selon l'art. L. 4041-2 CSP, la SISA a deux objets :
  - 1) « La mise en commun de moyens pour faciliter l'exercice de l'activité professionnelle de chacun de ses associés ».
  - 2) « L'exercice en commun, par ses associés, d'activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre les professionnels de santé ».
- AUCUNE PRÉCISION À CE SUJET, NI DANS LA LOI, NI DANS LE DECRET D'APPLICATION.

# Conditions relatives aux associés

- Uniquement des personnes exerçant une **profession médicale, d'auxiliaire médical ou de pharmacien**. (= « titre autorisé »).
- Uniquement des **personnes physiques** (ex.: un SSIAD constitué sous forme associative ne peut être membre d'une SISA).

# Conditions relatives aux associés

- Pouvant être par ailleurs membres d'une SCP ou d'une SEL.
- Remplissant toutes les conditions légales et réglementaires pour l'exercice de leur profession (inscription au tableau).

# Conditions relatives aux associés

- La SISA doit obligatoirement compter parmi ses associés **au moins deux médecins et un auxiliaire médical** (délai de 6 mois pour régulariser).

# Rémunération des activités communes

- Rémunération versée directement à la société, dont elle constitue des **recettes**.
- Difficulté subséquente : critères de répartition du surplus de bénéfices ?

# Responsabilité professionnelle

- Responsabilité **purement personnelle** de chaque associé, dans les conditions habituelles.
- **La SISA n'est pas civilement responsable**, fût-ce à titre solidaire, des actes accomplis par ses membres.
- Elle n'est **pas non plus responsable sur le plan disciplinaire**.

=> Différence fondamentale avec les sociétés d'exercice.

# Gestion de la SISA

- Un ou plusieurs gérants.
- Des assemblées ordinaires et extraordinaires.
- Décisions prises selon les règles de majorité librement prévues dans les statuts.

# Départ d'un membre

- Tout associé peut se retirer d'une SISA à tout moment, moyennant le respect d'un délai de préavis.
- Soit l'associé partant cède ses parts, soit la société lui en rembourse la valeur.

# SISA et déontologie

- Art. L. 4043-1 CSP :
  - Les activités exercées en commun conformément aux statuts de la société **ne sont pas soumises à l'interdiction du partage d'honoraires** ;
  - Les associés d'une SISA **ne sont pas réputés pratiquer le compérage** du seul fait de leur **appartenance à cette société.**

# SISA et déontologie

- Les statuts ne peuvent comporter aucune disposition :
  - tendant à obtenir d'un associé un **rendement** minimum ;
  - de nature à porter atteinte à **l'indépendance professionnelle** de chacun d'entre eux ;
  - de nature à porter atteinte au **libre choix** du praticien par le malade.

# SISA et déontologie

- L'associé frappé d'une interdiction définitive d'exercer perd au jour de cette interdiction la qualité d'associé. Ses parts sont rachetées dans un délai de six mois par un autre associé ou par la société.
- Une sanction disciplinaire moindre peut également motiver l'exclusion de l'intéressé de la société, à condition que ce soit prévu dans les statuts.

# Nouveaux modes d'exercice

- **Des statuts juridiques : SISA / SEL / SCM / SCP ... Quoi de neuf** (*Maïalen CONTIS*)

- **Les nouveaux modes d'exercices:**

Collaborateurs salariés et libéraux : Choisir un mode d'association ou organiser sa succession (*Jérôme ESSIG et Jacques BARDIER*)

Lieux d'exercice multiples – Article 85 du Code de déontologie médicale (*Pierre ROUGÉ*)

Les remplaçants exclusifs (*Pierre ANÉ*)

- **Être médecin différemment :**

Être médecin retraité et toujours actif (*Pierre ANÉ*)

Reprendre son activité après un arrêt de plus de 3 ans (*Jacques BARDIER*)

Changer de spécialité – la validation des acquis par l'expérience (*Robert NICODEME*)

- **Les exercices coopératifs :**

Maisons pluridisciplinaires (*Michel BOUSSATON*)

Télémédecine (*Jean Louis ARNE*)

Médecins en EHPAD : du coordonnateur aux intervenants extérieurs (*Alain GLEISES et Jean CLAVERIE*)

- **L'exercice médical dans les nouveaux modes d'exercice :**

Secret médical et nouveaux modes d'exercice (*Maïalen CONTIS et Jean-Noël SENIÉ*)

Indépendance professionnelle et nouveaux modes d'exercice (*Laurent ARLET*)

Je souhaite m'installer ....

Je souhaite diminuer mon activité ....

# LES CONTRATS DE COLLABORATION

*Jacques Bardier*

*Jérôme Essig*





# Le jeune diplômé

## **Je souhaite m'installer**

- Sans être isolé
- Sans mise de fond
- Bénéficiaire d'un compagnonnage

# Le praticien installé



## **Je souhaite ralentir mon activité**

- Pour raison de santé
- Pour préparer ma retraite
- Pour avoir une retraite active
- Pour diminuer mes frais de fonctionnement
- Pour avoir du « temps libre »



# CONTRAT DE COLLABORATION

**C'est un contrat d'exercice conjoint**

- D'une durée et de modalité ajustable
- Différent d'une association, d'un remplacement ou d'une tenue de cabinet
- De finalité différente si libérale ou salariée



# LES CONTRACTANTS

## COLLABORATION LIBERALE

Deux médecins : le titulaire  
et le collaborateur libéral

Obligatoirement de même  
discipline

## COLLABORATION SALARIEE

- Idem
- Mais aussi SCP ou SEL avec le médecin salarié
- De préférence de même discipline (si différente : nécessite l'accord préalable du CDOM pour éviter le compéage)

# FRAIS INSTALLATION - HONORAIRES FEUILLES DE SOINS

## COLLABORATION LIBERALE

- Pas de frais d'installation
- Honoraires : ses propres actes
- Charges : Redevances conjointement fixées en fonction des frais réels
- Utilise sa propre feuille de soin

## COLLABORATION SALARIEE

- Idem
- Patient règle les honoraires à l'employeur
- Revenus : Salaire
- Charges : les charges sociales
- Utilise une feuille de soin spéciale avec identification de l'employeur et du salarié

# MODALITES D'EXERCICE

## COLLABORATION LIBERALE

Exerce dans son propre secteur conventionnel

Constitue sa clientèle

Peut afficher sa plaque professionnelle

Pas de clause de non concurrence

## COLLABORATION SALARIEE

- Exerce dans le secteur conventionnel de l'employeur
- Exerce en prenant en charge la clientèle de son employeur
- Clientèle informée par l'employeur
- Possibilité d'une clause de non concurrence négociée à l'embauche

# L'ACTIVITE

Activité établie sur contrat en vacations demi journées

Peut avoir une autre activité jusqu'à un équivalent temps plein.

- Activité établie sur contrat en vacations demi journées
- Peut avoir une autre activité en cas de CDI partiel

# Code de déontologie et du travail

## COLLABORATION LIBERALE OU SALARIEE

- Soumises toutes deux aux obligations de la profession médicale : **Code de déontologie**
  - Libre choix du patient
  - Respect du secret médical
  - Indépendance professionnelle
  - Le dossier médical est partagé si prise en charge conjointe



**RESPECTER LA LOI**

Parfois ça demande de la créativité.

## COLLABORATION SALARIEE

- Soumis à la législation sociale : **Code du travail**



## COLLABORATION LIBERALE OU SALARIEE

- Obligation de déposer son contrat au CDM (contrat type)
- Obligation de souscrire une RCP

### COLLABORATION LIBERALE

Doit s'affilier à la CARMF  
Doit avoir une  
immatriculation URSSAF

### COLLABORATION SALARIEE

- L'employeur :
  - Déclare préalablement à l'embauche à l'URSSAF
  - Cotise pour l'URSSAF, l'assurance maladie, la retraite, la visite médicale de son employé
  - Vérifie que le salarié n'est pas interdit ou soumis à une clause de non-concurrence

# REGLES SOCIALES

# INDEPENDANCE PROFESSIONNELLE

## **COLLABORATION LIBERALE OU SALARIEE : CLAUSE ESSENTIELLE DU CONTRAT**

Libre choix thérapeutique

Liberté de refuser les soins à un patient (avec respect du code de déontologie)

Respect du secret médical

Libre choix du patient d'être suivi par l'employeur ou le collaborateur

Obligation de FMC (prise en charge par l'employeur en cas de collaboration salariée)

Le collaborateur doit être consulté sur les investissements techniques du cabinet médical

# EVOLUTION DE CE TYPE DE CONTRAT AU CDOM 31

- A ce jour : 143 contrats de collaboration déclarés au CDOM 31
- 7 contrats de collaboration salariée type CDD
- 136 contrats de collaboration libérale
  - 35 en CDD
  - 101 en CDI



# En synthèse...



## LES CONTRATS DE COLLABORATION

- Contrats de montage simple
- Laissant une certaine liberté aux contractants
- Intéressants pour une durée temporaire
- Permettent au praticien collaborateur de commencer à constituer une patientèle
- Respect de l'indépendance professionnelle
- Doivent être déclaré officiellement au CDOM 31



# Les règles d'exercice multisite en médecine libérale

« *les ex-cabinets secondaires et les nouveaux lieux d'exercice* »

*Pierre ROUGE*

# Élargissement des possibilités d'activité multisite

Article R.4127-85 du CSP

[article 85 Code  
Déontologie]

*médecin exercice individuel  
ou S.C.P.*

## 1. Définition du site d'exercice.

*lieu habituel d'exercice  
est celui de la résidence  
professionnelle au titre  
de laquelle il est inscrit  
sur le tableau du conseil  
départemental.*

## 2. Possibilité d'exercer sur plusieurs sites professionnels.

# Élargissement des possibilités d'activité multisite

**Article R.4127-85 du CSP**  
**[article 85 Code**  
**Déontologie]**  
**médecin exercice individuel**  
**ou S.C.P.**

**1. Définition du site**  
**d'exercice.**  
*lieu habituel d'exercice*  
*qui*  
*conditionne*  
*l'inscription au CD dans*  
*le ressort duquel se situe*  
*cette résidence*

**2. Possibilité d'exercer sur**  
**plusieurs sites**  
**professionnels.**

**Jusqu'au 17 juillet 2012, les SEL relèvent d'un**  
**régime spécifique :R.4113-23 du CSP**

*« dans cinq lieux au maximum lorsque...*

*Ces lieux d'exercice doivent être situés*  
*dans une zone géographique constituée de*  
*trois départements limitrophes entre*  
*eux »*

***et ce sans autorisation ordinale préalable***

**Le décret n° 2012-884 du 17 juillet 2012 relatif**  
**aux lieux d'exercice des SEL de médecins**  
**supprime la limitation du nombre de sites**  
**d'exercice possibles pour une SEL**  
**met en place une procédure d'autorisation**  
**ordinale d'exercice multisites , similaire**  
**à celle de art R.4127-85 du CSP**

# Élargissement des possibilités d'activité multisite

## Les critères d'autorisation

1. L'activité d'un médecin sur un site distinct de sa résidence professionnelle habituelle doit répondre à l'intérêt de la population
  - ordre démographique : *lorsqu'il existe dans le secteur géographique considéré une carence ou une insuffisance de l'offre de soins préjudiciable aux besoins des patients et/ou à la permanence des soins;*
  - ordre technique : *les investigations et les soins qu'il entreprend nécessitent un environnement adapté, l'utilisation d'équipements particuliers, la mise en œuvre de techniques spécifiques ou la coordination de différents intervenants*
2. Sur tous les sites d'exercice la réponse aux urgences, la qualité, la sécurité et la continuité des soins doivent être assurées.
3. L'activité du médecin sur chacun de ces sites (lieu de consultation ou simple acte technique) est subordonnée à l'autorisation du Conseil Départemental dans le ressort duquel elle s'exerce.

# Demande d'autorisation ordinale

1. Demande écrite (LRAR) au Conseil Départemental de l'Ordre où se situe le lieu d'exercice envisagé.
2. Préciser les raisons de la demande et justifier les mesures prises pour assurer sur ce site la qualité, sécurité et continuité des soins.
3. Le Conseil Départemental saisi dispose d'un délai de 3 mois à compter de la réception du dossier complet pour statuer. Si des précisions complémentaires sont demandées, le délai court du jour où elles parviennent au Conseil Départemental (*régime d'autorisation implicite*)
4. La décision d'autorisation ou de refus est motivée et notifiée (LRAR)
  - au médecin intéressé
  - éventuellement au Conseil Départemental au tableau duquel le médecin est inscrit.

# La décision peut faire l'objet d'un recours administratif devant le Conseil National de l'Ordre

1. Préalable à tout recours contentieux
2. A l'initiative
  - ⇒ soit du médecin concerné
  - ⇒ soit de tout autre médecin qui estimerait que l'autorisation est injustifiée et lui cause un préjudice.
3. Il doit être formé
  - ⇒ Pour le médecin requérant dans le délai de 2 mois suivant la notification explicite
  - ⇒ Pour les tiers qui ne sont pas destinataires de la décision dans le délai de 2 mois suivant la date à laquelle ils ont eu connaissance de l'autorisation.

## L'autorisation ordinaire d'exercice multisite (Art 4127-85 CSP) est ...

1) Accordée au médecin sans limitation dans le temps

*MAIS le Conseil Départemental peut y mettre fin si les conditions d'octroi ne sont plus réunies*

2) Personnelle

⇒ médecin en exercice individuel.

⇒ les médecins exerçant en cabinet de groupe ou en association doivent individuellement demander une autorisation d'exercice sur le site.

⇒ si la demande de site distinct est obtenue par une SCP  
ALORS tous les médecins de SCP sont autorisés à exercer sur le site (art R. 4113-74)

3) Incessible

⇒ l'autorisation n'est pas transférable au successeur du titulaire

# Information sur le site d'exercice

- Le médecin autorisé à exercer sur un site professionnel peut le signaler au public par une annonce dans la presse locale et une insertion dans les pages jaunes de l'annuaire.
- Une plaque professionnelle **doit être** apposée à la porte du cabinet

# Le remplaçant exclusif

*Pierre ANE*



# Le remplaçant exclusif

- Il perçoit un reversement d'honoraires sans TVA, fixé contractuellement, qui devrait laisser au remplacé de quoi couvrir, au moins, les frais du cabinet.
- Il n'a aucune charge obligatoire, sinon la CARMF, l'URSSAF et son assurance RCP.
- Il n'a pas le droit, en théorie, de s'installer dans le secteur, à partir de 90 jours de remplacement dans l'année.
- Le remplacé et le remplaçant sont conjointement tenus de déposer au CDOM préalablement le contrat de remplacement obligatoire pour chaque période.
- Le remplacé doit vérifier la qualification de son remplaçant.

# Nouveaux modes d'exercice

- **Des statuts juridiques : SISA / SEL / SCM / SCP**  
**... Quoi de neuf** (*Maïalen CONTIS*)

- **Les nouveaux modes d'exercices:**

Collaborateurs salariés et libéraux : Choisir un mode d'association ou organiser sa succession (*Jérôme ESSIG et Jacques BARDIER*)

Lieux d'exercice multiples – Article 85 du Code de déontologie médicale (*Pierre ROUGÉ*)

Les remplaçants exclusifs (*Pierre ANÉ*)

- **Être médecin différemment :**

Être médecin retraité et toujours actif (*Pierre ANÉ*)

Reprendre son activité après un arrêt de plus de 3 ans (*Jacques BARDIER*)

Changer de spécialité – la validation des acquis par l'expérience (*Robert NICODEME*)

- **Les exercices coopératifs :**

Maisons pluridisciplinaires (*Michel BOUSSATON*)

Télémédecine (*Jean Louis ARNE*)

Médecins en EHPAD : du coordonnateur aux intervenants extérieurs (*Alain GLEISES et Jean CLAVERIE*)

- **L'exercice médical dans les nouveaux modes d'exercice :**

Secret médical et nouveaux modes d'exercice (*Maïalen CONTIS et Jean-Noël SENIÉ*)

Indépendance professionnelle et nouveaux modes d'exercice (*Laurent ARLET*)



# Le cumul travail retraite

*Pierre ANE*



# Le cumul travail retraite

- Les détails sont consultables sur le site internet de la CARMF à la rubrique « le guide du cumul »
- Le revenu professionnel n'est plus plafonné pour ceux qui ont plus de 65 ans (ou bientôt plus de 67 ans) depuis le 18/12/2008
- Il reste plafonné pour :
  - - ceux qui n'ont pas l'âge légal de la retraite.... à 37 000Euros
  - - ceux qui ont d'autres possibilités de retraite et n'ont pas soldé tous leurs droits.... à 48 000Euros

# Avantage financier

- Perception de sa retraite de 7 800 Euros en moyenne par trimestre
- Versement mensuel des cotisations obligatoires en fonction du revenu et du secteur
- Mais sans acquisition de points supplémentaires
- Sont exemptés les experts judiciaires et les remplaçants percevant moins de 11 500 Euros par an

# Aménagement possible du travail

- Réduire son activité progressivement ce qui allège les charges
- Maintenir son activité dans l'hypothèse d'une succession et se constituer une avance financière pour régler ses charges ultérieures à la prise de retraite

# REPRENDRE UNE ACTIVITE

*Jacques Bardier*

# LES FONDEMENTS

- L'Ordre des médecins est chargé de veiller au maintien du principe de compétence indispensable à l'exercice de la médecine (article L.4121-2 du Code de la santé publique).
- Par une circulaire de 2004, le Conseil national de l'Ordre des Médecins a demandé à tous les conseils départementaux de procéder à ce contrôle de compétence avant d'autoriser un médecin à reprendre une activité, après une **cessation d'activité de plus de 3 ans**.

# LA DEMARCHE

- Le demandeur doit solliciter son conseil départemental pour être inscrit à la rubrique des médecins exerçants.
- Il doit préciser :
  - Son parcours jusqu'au jour de la demande.
  - Son projet professionnel :
    - Les limites du type d'activité envisagée,
    - Les spécificités,
    - La durée.

# EN MEDECINE GENERALE

- Aucun texte législatif ou réglementaire ne régle cette remise à niveau.
- Le CDOM 31 et les facultés de médecine ont rédigé un protocole de coopération.
- Après accord avec les deux Doyens, le Pr Philippe ARLET est en charge de cette mission au sein des facultés de médecine de Toulouse.

# EN MEDECINE GENERALE (suite...)

- Le demandeur est reçu par le Pr ARLET: lors de l'entretien, le médecin expose son projet et répond aux éventuelles questions.
- A l'issue de l'entretien et d'un bilan de compétences, le Pr ARLET, selon les cas:
  - Emet un avis d'emblée favorable.
  - Propose des stages de remise à niveau à l'hôpital et/ou en institution et/ou chez des praticiens libéraux.
  - Constate un décalage trop important et oriente vers une formation universitaire plus longue (de 1 à 3 ans) .

# FORMATIONS UNIVERSITAIRES LONGUES

(Liste non exhaustive et fluctuante)

- **Remise à niveau**

- PARIS DESCARTES D.U.
- LYON Claude Bernard D.I.U.
- MONTPELLIER D.U.
- POITIERS D.I.U.
- RENNES D.I.U.
- ROUEN D.E.S.

- **Approfondissement des connaissances médicales**

- BORDEAUX D.I.U.
- LILLE D.I.U.
- MARSEILLE département FMC EPP
- NANCY département MG
- PARIS DIDEROT département MG
- REIMS département FMC
- PARIS D.I.U médecine ambulatoire

# LES AUTRES SPECIALITES

- Le médecin doit présenter au conseil un projet de remise à niveau et obtenir des attestations de spécialistes faisant autorité dans la spécialité (en général le coordinateur de la spécialité).

# DECISION DU CDOM

- Dans tous les cas, soit la remise à niveau validée par l'autorité compétente, soit sur dossier, le CDOM se prononce par un vote en séance plénière.
- En cas de refus du CDOM, le demandeur peut faire appel de la décision devant le CNOM.

# La validation de l'expérience professionnelle d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires en médecine de groupe I non qualifiant

« La VAE Universitaire »

*Robert NICODEME*

*Section Formation et Compétences  
Médicales CNOM*

A l'heure actuelle, **sont reconnus qualifiés spécialistes** les médecins qui transmettent l'un des documents suivants à l'Ordre des Médecins:

- Le diplôme d'études spécialisées (DES) qui ouvre à la qualification de spécialiste.
- Le diplôme d'études spécialisées complémentaire, dit du groupe II qualifiant (DESC II) qui ouvre à la qualification de spécialiste.
- Le document annexé au diplôme de docteur en médecine, sur lequel il est fait état de la qualification en médecine générale (jusqu'au 31/12/2012).

# Liste des Diplômes d'Etudes Spécialisées ou DES (3 à 5 ans)

- Anatomie et Cytologie Pathologiques
- Anesthésie réanimation
- Biologie Médicale
- Cardiologie et maladies vasculaires
- Chirurgie générale (**tronc commun pour l'accès au DESC II en chirurgie**)
- Chirurgie Orale (recours du CNOM)
- Dermatologie et vénéréologie
- Endocrinologie, diabète, maladies métaboliques
- Gastro-entérologie et Hépatologie
- Génétique médicale
- Gynécologie médicale
- Gynécologie-obstétrique
- Hématologie (avec les 2 options : Maladies du sang, Onco-hématologie)
- Médecine générale
- Médecine interne
- Médecine nucléaire
- Médecine physique et de réadaptation
- Médecine du travail
- Néphrologie
- Neurochirurgie
- Neurologie
- Oncologie (3 options : médicale, radiothérapique, Onco-hématologie)
- Ophtalmologie
- Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale
- Pédiatrie
- Pneumologie
- Psychiatrie
- Radiodiagnostic et imagerie médicale
- Rhumatologie
- Santé publique et médecine sociale
- Stomatologie

# Liste des Diplômes d'Etudes Spécialisées Complémentaires qualifiants (DESC II)

## Après un DES :

- **Chirurgie de la Face et du Cou** (ORL ou Chir Géné.)
- **Chirurgie Infantile** (Chir Géné)
- **Chirurgie Maxillo-faciale et Stomatologie** (Chir Géné)
- **Chirurgie Orthopédique et Traumatologie** (Chir Géné)
- **Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique** (Chir Géné)
- **Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire** (Chir Géné)
- **Chirurgie Urologique** (Chir Géné)
- **Chirurgie Vasculaire** (Chir Géné)
- **Chirurgie Viscérale et Digestive** (Chir Géné)

# Liste des Diplômes d'Etudes Spécialisées Complémentaires qualifiants (DESC II) suite

## DESC II de Gériatrie

**Après un DES** de Cardiologie et maladies vasculaires; Endocrinologie diabète et maladies métaboliques; Gastro-entérologie et hépatologie; Dermatologie et vénéréologie ; Hématologie; Médecine générale; Médecine interne; Médecine physique et de réadaptation; Néphrologie; Neurologie; Oncologie; Pneumologie; Psychiatrie; Rhumatologie; Santé publique et médecine sociale.

## DESC II de Réanimation

**Après un DES** d'Anesthésie-réanimation; Cardiologie et maladies vasculaires; Endocrinologie diabète et maladies métaboliques; Gastroentérologie et hépatologie; Dermatologie et vénéréologie; Hématologie; Médecine interne; Médecine physique et de réadaptation; Néphrologie; Neurologie; Oncologie (option médicale et option onco-hématologique); Pédiatrie; Pneumologie; Rhumatologie; Chirurgie générale.

# La VAE

## (validation des acquis par l'expérience)

Article 43 de la Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)

Décret n° 2012-116 du 27 janvier 2012 (JO du 29 janvier 2012 )

# La VAE universitaire pour le médecin

Le décret fixe les conditions dans lesquelles un médecin, ayant exercé pendant une durée équivalente à la durée de la formation conduisant au diplôme d'études spécialisées au titre duquel il exerce, peut solliciter la délivrance d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de groupe I (non qualifiant).

# Liste DESC I non qualifiant

- ADDICTOLOGIE
- ALLERGOLOGIE et IMMUNOLOGIE CLINIQUE
- ANDROLOGIE
- CANCEROLOGIE 5 options : traitements médicaux des cancers, chirurgie oncologique, réseaux de cancérologie, biologie en cancérologie, imagerie en cancérologie
- DERMATOPATHOLOGIE
- FOETOPATHOLOGIE
- HEMOBIOLOGIE - TRANSFUSION
- MEDECINE LEGALE et EXPERTISES MEDICALES
- MEDECINE DE LA DOULEUR ET MEDECINE PALLIATIVE
- MEDECINE DE LA REPRODUCTION

## Liste DESC I non qualifiant

- MEDECINE D'URGENCE
- MEDECINE DU SPORT
- MEDECINE VASCULAIRE
- NEONATOLOGIE
- NEUROPATHOLOGIE
- NUTRITION
- ORTHOPEDIE DENTO-MAXILLO-FACIALE
- PATHOLOGIE INFECTIEUSE et TROPICALE, CLINIQUE et BIOLOGIQUE
- PHARMACOLOGIE CLINIQUE ET EVALUATION DES THERAPEUTIQUES
- PSYCHIATRIE DE L'ENFANT et de L'ADOLESCENT

# Un quota par région et par spécialité

Un arrêté va déterminer chaque année, pour chaque région, et par spécialité, au vu des besoins de la population, le nombre maximum de diplômes d'études spécialisées complémentaires de groupe I susceptibles d'être délivrés.

Les diplômes sont délivrés par le président de l'université.

# Lieu de la demande de VAE

- La demande de délivrance d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires du groupe I par validation de l'expérience professionnelle n'est déposée qu'auprès de l'université désignée pour la région où il exerce.

université Bordeaux-II		université Lille-II	université Lyon-I
interrégion Sud-Ouest	interrégion des Antilles-Guyane	interrégion Nord-Ouest	interrégion Rhône-Alpes et Auvergne
-----	-----	-----	-----
région Aquitaine	département de la Guadeloupe	région Basse-Normandie	région Rhône-Alpes
région Limousin	collectivité territoriale de Guyane	région Haute-Normandie	région Auvergne
région Midi-Pyrénées	collectivité territoriale de Martinique	région Nord-Pas-de-Calais	
département de La Réunion		région Picardie	
département de Mayotte			

université Montpellier-I	université de Lorraine	université Paris-VI	université Rennes-I
interrégion Sud	interrégion Nord-Est	Interrégion Ile-de- France	interrégion Ouest
-----	-----	-----	-----
région Corse	région Alsace	région Ile- de-France	région Bretagne
région Languedoc- Roussillon	région Bourgogne		région Centre
région Provence- Alpes-Côte d'Azur	région Champagne- Ardennes		région Pays de la Loire
	région Franche- Comté		région Poitou- Charentes
	région Lorraine		

# Le dossier de VAE

Le dossier de demande de DESC I mentionne les compétences, les connaissances et les aptitudes du candidat.

Il comprend tout document rendant compte de son expérience, du domaine et de la durée de son activité professionnelle, les attestations correspondant aux formations suivies ainsi que la copie des diplômes obtenus ou les attestations correspondantes.

# Délais

- La demande de délivrance d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires du groupe I par validation de l'expérience professionnelle est déposée par tout moyen, y compris électronique, avant le 1er mars de chaque année auprès de l'Université désignée.
- Cependant, le décret étant entré en vigueur le 1er mars 2012, à titre dérogatoire pour l'année 2012, les dossiers de demande sont déposés dans un délai de trois mois suivant la date d'entrée en vigueur du présent décret, soit avant le 31 mai 2012

## Le jury de VAE

Des arrêtés des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé désignent les membres des jurys appelés à examiner les demandes.

Les jurys sont nommés pour une durée de trois ans, pour chaque diplôme de formation médicale spécialisé.

La présidence du jury est assurée par l'enseignant coordonnateur interrégional du diplôme, qui a voix prépondérante en cas de partage des voix.

# Composition du jury

Sur proposition du collège des directeurs des unités de formation et de recherche de médecine de l'inter-région, trois membres des corps de personnels enseignants et hospitaliers des CHU et, sur proposition du Conseil national de l'ordre des médecins :

- a) Un médecin justifiant d'un titre ou diplôme relevant de la formation spécialisée considérée et un suppléant ;
- b) Trois représentants du Conseil de l'ordre des médecins, parmi lesquels un membre de l'un des corps de personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires et trois suppléants.

## Rôle des Conseillers Ordinaux

- Veiller au respect des règles déontologiques et éthiques.
- Veiller à l'indépendance du jury de VAE en fonction des statuts (libéral/hospitalier/salarié).
- Traitement équitable des dossiers de VAE au sein des différents jurys de VAE.

# Nouveaux modes d'exercice

- **Des statuts juridiques : SISA / SEL / SCM / SCP ... Quoi de neuf** (*Maïalen CONTIS*)

- **Les nouveaux modes d'exercices:**

Collaborateurs salariés et libéraux : Choisir un mode d'association ou organiser sa succession (*Jérôme ESSIG et Jacques BARDIER*)

Lieux d'exercice multiples – Article 85 du Code de déontologie médicale (*Pierre ROUGÉ*)

Les remplaçants exclusifs (*Pierre ANÉ*)

- **Être médecin différemment :**

Être médecin retraité et toujours actif (*Pierre ANÉ*)

Reprendre son activité après un arrêt de plus de 3 ans (*Jacques BARDIER*)

Changer de spécialité – la validation des acquis par l'expérience (*Robert NICODEME*)

- **Les exercices coopératifs :**

Maisons pluridisciplinaires (*Michel BOUSSATON*)

Télémédecine (*Jean Louis ARNE*)

Médecins en EHPAD : du coordonnateur aux intervenants extérieurs (*Alain GLEISES et Jean CLAVERIE*)

- **L'exercice médical dans les nouveaux modes d'exercice :**

Secret médical et nouveaux modes d'exercice (*Maïalen CONTIS et Jean-Noël SENIÉ*)

Indépendance professionnelle et nouveaux modes d'exercice (*Laurent ARLET*)

# MAISONS DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRES

*Michel BOUSSATON*

*Alain ROUGET*



Conseil Départemental  
de l'Ordre des Médecins 31

# MAISONS DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRES

- Existence « architecturale » ancienne : plusieurs décennies
- Concept récent : prise en charge coordonnée du patient
  - \* encore rare
  - \* évaluation non validée

MSP

Cahier des charges inacceptable  
(2007/2008)

## Critères de reconnaissance MSP (non validé)

- Démarche inter et pluri professionnelle
- Action de prévention
- Accueil des étudiants en médecine
- Accès à des consultations non programmées
- Accueil et secrétariat communs
- Télémédecine
- Relais d'accueil d'urgence si situé à plus de 30 minutes d'un site d'accueil d'urgence

# Les MSP règlent-elles les problèmes de démographie médicale ?

**NON**

- Car elles n'augmentent pas le nombre de médecins et ne semblent pas modifier significativement les désirs d'installation en libéral dans les zones en voie de désertification
- Car la pratique en MSP est « chronophage »

# Les MSP règlent-elles les problèmes de démographie médicale ?

**OUI**

- Car aucun jeune médecin n'accepte de s'installer seul
- Nouveau concept de répartition géographique des cabinets médicaux
- Accueil spécialisé
- Accueil SASPAS
- Possibilité de coopération entre professionnels de santé

Les MSP sont-elles un progrès pour le patient et le médecin ?

**OUI**

- Prise en charge coordonnée
- Nouveau mode de rémunération

# Nouveaux modes de rémunération

- 149 sites pilotes en France
- Expérimentation : en 2013
- Doit permettre d'alimenter le PLFSS 2013 pour la rémunération des équipes de soins (SISA)
- 2 sites retenus sur Midi-Pyrénées :
  - MSP Aspet
  - Case de santé

# Télémédecine

*Jean Louis ARNE*

## ASPECTS JURIDIQUES DE LA TELEMEDECINE

Loi HPST (07/2009) - Une définition pour la télémédecine

*« La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical »*

- Etablir un diagnostic: téléconsultation
- Assurer pour un patient à risque, un suivi à visée préventive: télésurveillance
- Recueillir un avis spécialisé entre 2 ou plusieurs praticiens: téléexpertises et R.C.P.

# LA TÉLÉCONSULTATION



Consultation à distance d'un médecin par un patient accompagné par un PS



# Télé-échographie: un radiologue pourra intervenir pour guider un manipulateur dans le recueil des images



## Objectifs des téléconsultations

- limitation des déplacements
- intrahospitalier (sites « orphelins »)
- prise en charge des patients isolés



# Dépistage itinérant des complications du diabète

## Infirmière à bord d'un camion

- **Rétinopathie** (rétinographe non mydriatique)
- **Artériopathie des membres inférieurs** (stéthoscope doppler)
- **Neuropathie des membres inférieurs** (monofilament)
- **Evaluation du risque de plaie du pied**

Enregistrement des pressions plantaires (plate-forme podologique)

- **Microalbuminurie** (Clinitek status, semi-quantitatif)



**LA TÉLÉSURVEILLANCE:** suivi du patient à distance par un professionnel médical: données enregistrées de façon soit automatisée, soit par le patient lui-même, soit par un professionnel de santé et transmises à un médecin pour une éventuelle intervention auprès du malade.

**TÉLÉSURVEILLANCE  
MÉDICALE**

« PATIENT – SOIGNANT »

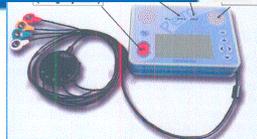


Patient

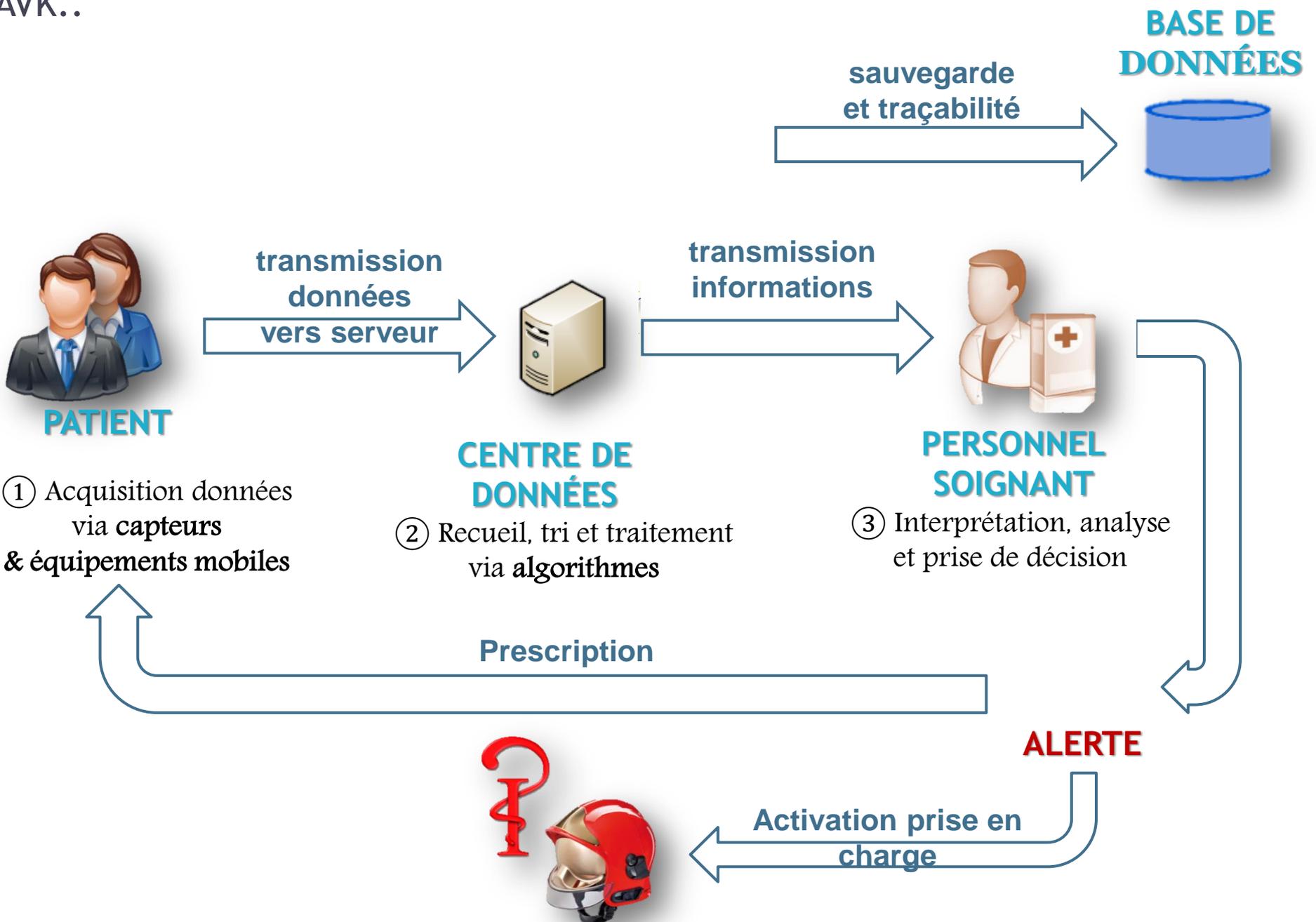
PM



**EN DIRECT  
OU  
EN DIFFÉRÉ**



Insuffisants cardiaques, respiratoires , dialysés, diabétiques, surveillance DMI, AVK..



# LA TÉLÉEXPERTISE : avis à distance entre professionnels de santé

TÉLÉEXPERTISE

« SOIGNANT – SOIGNANT »

EN DIRECT  
OU  
DIFFÉRÉ LÉGER



PM requérant

PM(s) requis

## Exemples d'applications

- Téléradiologie
- Expertises en anatomie pathologique (lames virtuelles)

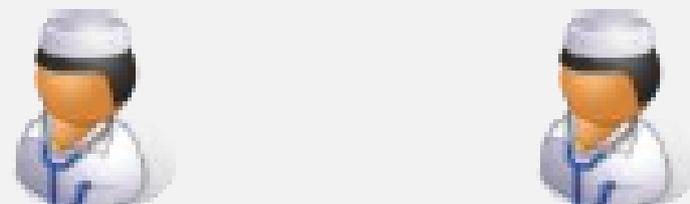


# La téléassistance médicale

Transfert de données à un centre pour une prise en charge d'un patient par un centre expert

TÉLÉASSISTANCE  
MÉDICALE

« SOIGNANT – SOIGNANT »



EN DIRECT

Etablissements  
d'Accueil



Avis consultatifs  
Téléexpertise



Etablissements  
de Référence



Échange en Mode Synchronique  
Transmission simultanée  
Voix-Données-Images

# Filière de Prise en Charge A.V.C.

## *Traitement fibrinolytique*



### 2 possibilités

**Thrombolyse possible  
Sur Place**



**Etablissement  
Avec UNV**

**Transfert Indispensable  
Pour Eventuelle  
thrombolyse**



**UNV Référente**



Perte de Temps  
= Perte de Chance

# Filière de Prise en Charge A.V.C. *Place de la Télémedecine*



**Urgentiste**  
*En charge du patient*

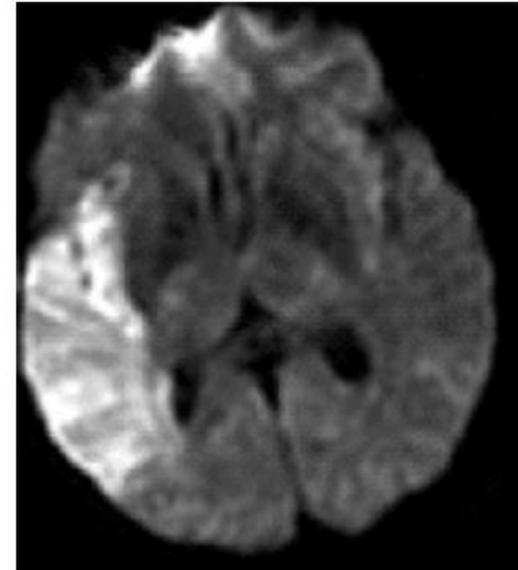
**1- Transmission Images**



**Scanner**  
**IRM**

**2- Prise de décision de thrombolyse  
à distance**

Scanner et IRM cérébrale



*IRM < 2h30*

*(signes d'infarctus récent dans le territoire  
sylvien superficiel droit)*

Autre forme de télé-expertise:  
*La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)*



**Rendue obligatoire par l'HAS en cancérologie(Février 2005)**

# OBLIGATIONS REGLEMENTAIRES

- **L'activité de télémédecine doit s'inscrire :**
  - Soit dans un programme national défini par arrêté ministériel
  - Soit dans un contrat pluriannuel d'objectif et de moyens ou un contrat d'amélioration de la qualité entre ARS et organisme de soin (réseaux, établissements, centre de santé, EPHAD)
  - Soit dans un contrat entre DG ARS et professionnel de santé libéral
  - Contractualisation rétrospective: 20 février 2012
- **Priorités définies par le comité de pilotage national**
  - Permanence des soins en imagerie
  - Prise en charge AVC (fibrinolyse)
  - Prise en charge d'une maladie chronique (TS à domicile)
  - Soins en structures médico-sociales ou en hospitalisation à domicile
  - Santé des personnes détenues (intérêt économique)

# ASPECTS MEDICO LEGAUX

Une nouvelle technologie ne génère pas de facto une nouvelle théorie juridique mais peut conduire à des adaptations.

L'acte de télémédecine est un acte médical qui doit obéir aux règles habituelles; s'y ajoutent

- des différences par rapport à la prise en charge classique
- des impératifs liés à l'utilisation d'outils
- des risques inhérents à la téléexpertise

- Fréquente intervention *d'auxiliaires médicaux* non médecins →

La délégation de certaines tâches doit être encadrée par un protocole de coopération soumis à l'ARS et validé par l'HAS afin que chacun soit responsable des actes délégués.

- Un nouvel intervenant : le *prestataire technique*

# • Obligations du tiers technologique

- Fiabilité et sécurité du matériel
- Maintenance des outils
- Formation des professionnels des établissements de santé
- Sécurisation des données ++
  - Chiffrement des données
  - Traçabilité des connections
  - Hébergement des données
    - Dans des hébergeurs agréés par l'ASIP
    - Externalisé dans le CLOUD ? Elasticité, intérêt économique confidentialité car données cryptées

# Information et consentement

## ➤ L'information

- habituelle sur l'acte médical proposé
- + explication des différences/acte présentiel, des risques inhérents, des garanties en matière de secret médical

## ➤ Le consentement (en dehors de l'urgence)

- doit être noté et daté dans le dossier du patient
- un entretien physique est indispensable pour délivrer l'information et recueillir le consentement

Article R.6316-10 du CSP: « Le consentement exprès de la personne, prévu au premier alinéa de l' article L. 1111-8, peut être exprimé par voie électronique »

- En téléexpertise, c'est le médecin **requérant** qui fournit l'information
- Le patient doit être informé de du rôle de l'**ensemble** des intervenants
- En cas de **refus** de la part du patient :
  - Il est informé des conséquences de son refus
  - Ce refus doit être consigné dans le dossier

# Dans le dossier du patient, devront figurer

- Le compte rendu de la réalisation de l'acte
- Les gestes et prescriptions effectués
- L'identification des PS participant à l'acte
- Les incidents techniques éventuels

# Responsabilité

- La TM soulève des questions quant à la responsabilité relative de chacun des acteurs
  - Ainsi qu'aux obligations liées à l'utilisation d'un matériel qui est assimilé à un *dispositif médical* et donc le médecin doit en connaître l'usage, le maniement, et les limites.
- Le médecin est tenu de s'assurer
    - de la compétence des tiers technologiques
    - du respect du secret
  - En cas de dommage lié au dysfonctionnement du matériel, l'établissement ou le médecin dont la responsabilité est engagée peut former une action récursoire à l'encontre du tiers pour manquement aux obligations du contrat

# Responsabilité relative requérant/requis en téléexpertise

- Requérant: sélectionne les informations qu'il fournit et est responsable du choix thérapeutique final
- Requis: responsable du diagnostic posé après consultation des éléments qu'il juge nécessaire pour former son avis.

*Jugement tribunal administratif de Grenoble du 21 Mai 2010*

Des complexités juridiques supplémentaires à prévoir pour l'avenir avec l'internationalisation des pratiques « low-costs » (pays à législation différente, compétences juridictionnelle des tribunaux?)

# MEDECINS EN EHPAD : DU COORDONNATEUR AUX INTERVENANTS EXTERIEURS

*Alain GLEISES*  
*Jean CLAVERIE*

## ➤ Le médecin coordonnateur:

### ▪ Doit être titulaire :

- Soit d'un diplôme d'études spécialisées en gériatrie,
- Soit d'une capacité de gériatrie,
- Soit d'un diplôme universitaire de médecin coordonnateur d'EHPAD,
- Ou à défaut, d'une attestation de formation continue.

Est lié à une EHPAD par un contrat mentionnant ses missions et les moyens mis à sa disposition.

- Son temps de présence est proportionnel à la capacité de lits autorisés sur l'EHPAD.

### • Sa rémunération :

Sur un établissement public, est indexée sur celle d'un praticien hospitalier ou praticien attaché ou médecin territorial.

Sur un établissement privé, sur une convention collective agréée le plus souvent.

### • Son rôle:

L'élaboration du Projet de soins de l'établissement et sa mise en œuvre.

Emet un avis technique sur l'admission des PA et établit le GIR.

Assure un rôle de formation et d'information du personnel des EHPAD.

Veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques.

Assure une coordination :

*Sur le contenu du dossier médical,*

*Sur la politique du médicament avec l'élaboration d'un livret thérapeutique,*

*Avec les réseaux gériatriques et les structures sanitaires et médico-sociales,*

*Avec la commission de coordination gériatrique qui est la clef de voute de l'EHPAD.*

## **La Commission de Coordination gériatrique:**

❖ Est présidée par le médecin coordonnateur et comprend :

- ✓ Le directeur ou ses représentants,
- ✓ Le cadre de santé coordonnateur de l'équipe soignante (IDE en général),
- ✓ Les médecins salariés,
- ✓ Le pharmacien gérant de la pharmacie intérieure ou le pharmacien d'officine référent,
- ✓ Les IDE salariés,
- ✓ Les kinés (salariés),
- ✓ Les psychologues salariés,
- ✓ Un représentant du conseil de vie sociale,

*(Les ergothérapeutes et psychomotriciens salariés éventuellement)*

## La Commission de Coordination gériatrique:

### Sa rémunération:

Pour l'ensemble des professionnels de santé intervenant dans l'établissement à titre libéral a été fixée à 4 C.

## La Commission de Coordination gériatrique:

### Son organisation et son rôle:

- ✓ Doit être tenue au moins 2 fois par an;
- ✓ Fait essentiellement la promotion d'échanges d'informations relatives aux bonnes pratiques gériatriques;
- ✓ Assure le suivi:
  - du projet de soins de l'établissement,
  - de la politique du médicament,
  - de la tenue du dossier médical,
  - de la politique de formation du personnel,
  - de la mise en place d'un partenariat entre les structures sanitaires et médico-sociales
  
- ✓ Etablit le Rapport Annuel d'Activité médicale qui sera transmis à l'organisme gestionnaire de l'établissement, donnant lieu à des recommandations pour améliorer les pratiques médicales.

## **Le contrat type entre EHPAD et médecins libéraux:**

- est conformément à *l'article L. 6314-1 du Code de la Santé publique.*
- définit des modalités d'interventions, de transmissions d'information en lien avec le médecin coordonnateur.
- Le Conseil national de l'Ordre des médecins a émis des réserves sur ce type de contrat.

## **Les indicateurs qualités en EHPAD sont aujourd'hui :**

- La réalisation d'une évaluation cognito comportementale,
- La réévaluation des prescriptions concertées,
- L'évaluation de la dénutrition,
- L'existence d'un Dossier Liaison Urgence (DLU),
- Les réunions effectives de la Commission de coordination gériatrique,
- L'identification d'un temps de travail de psychologue.

## **La Filière Gériatrique en Midi-Pyrénées:**

- a été créée en 1970,
- répond à une demande de soins diversifiée dans un parcours de soins positionnant l'utilisateur au centre d'un dispositif, qui s'organise autour:
  - ❖ d'Equipes territoriales qui ont pour qualités premières la diversité grâce
    - ✓ aux Médecins traitants,
    - ✓ aux Médecins coordonnateurs,
    - ✓ aux IDE,
    - ✓ aux ESA (Equipes spécialisées Alzheimer)...
    - ✓ aux unités mobiles gériatriques.
  - ❖ De structures médicales grâce:
    - ✓ aux EHPAD,
    - ✓ aux USLD (unités de Soins longue durée),
    - ✓ aux UHR (Unités d'Hospitalisations renforcées),
    - ✓ aux SSR (Service de soins et rééducation),
    - ✓ aux hôpitaux de jours disposant de consultations mémoires.

# Nouveaux modes d'exercice

- **Des statuts juridiques : SISA / SEL / SCM / SCP ... Quoi de neuf** (*Maïalen CONTIS*)

- **Les nouveaux modes d'exercices:**

Collaborateurs salariés et libéraux : Choisir un mode d'association ou organiser sa succession (*Jérôme ESSIG et Jacques BARDIER*)

Lieux d'exercice multiples – Article 85 du Code de déontologie médicale (*Pierre ROUGÉ*)

Les remplaçants exclusifs (*Pierre ANÉ*)

- **Être médecin différemment :**

Être médecin retraité et toujours actif (*Pierre ANÉ*)

Reprendre son activité après un arrêt de plus de 3 ans (*Jacques BARDIER*)

Changer de spécialité – la validation des acquis par l'expérience (*Robert NICODEME*)

- **Les exercices coopératifs :**

Maisons pluridisciplinaires (*Michel BOUSSATON*)

Télémédecine (*Jean Louis ARNE*)

Médecins en EHPAD : du coordonnateur aux intervenants extérieurs (*Alain GLEISES et Jean CLAVERIE*)

- **L'exercice médical dans les nouveaux modes d'exercice :**

Secret médical et nouveaux modes d'exercice (*Maïalen CONTIS et Jean-Noël SENIÉ*)

Indépendance professionnelle et nouveaux modes d'exercice (*Laurent ARLET*)

# Secret professionnel et nouveaux modes d'exercice

*Jean-Noël SENIE*  
*Maïalen CONTIS*

*Le champ  
d'application  
traditionnel du  
secret médical*

# Les personnes tenues

- Art. L. 1110-4 CSP : tous les professionnels de santé et toutes les personnes intervenant à quelque titre que ce soit dans le système de santé (secrétaires, étudiants, bénévoles...).

# Les informations couvertes

- Art. L. 1110-4 et R. 4127-4 CSP :  
Toutes les informations apprises dans l'exercice des fonctions.  
Y compris les éléments non diagnostiques, les informations pouvant paraître anodines, les informations *a priori* connues de l'interlocuteur, le « bon état de santé », etc.

# A qui le secret est-il opposable ?

- A tout le monde, sauf :
  - ✓ Le patient ;
  - ✓ Les personnes à l'égard desquelles il existe une dérogation légale.

Ex: le secret est opposable aux directeurs d'établissement, aux services « médico-administratifs » à l'exception du médecin DIM, aux médecins n'ayant pas participé aux soins....

# Qu'est-ce qu'une information anonymisée ?

- Directive 95/46/CE du Parlement européen et du Conseil du 24 octobre 1995, relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, J.O.C.E. du 23 novembre 1995, p. 31 et s. :  
« *pour déterminer si une personne est identifiable, il convient de considérer l'ensemble des moyens susceptibles d'être raisonnablement mis en œuvre, soit par le responsable du traitement, soit par une autre personne, pour identifier ladite personne* ».

# Qu'est-ce qu'une information anonymisée ?

- L'anonymat ne suppose donc pas seulement la suppression des mentions relatives au nom et au prénom. D'autres éléments peuvent rendre un patient facilement identifiable (n° de Sécurité sociale...)

***Notion de secret partagé  
et application aux  
nouveaux modes  
d'exercice***

# Le secret partagé

- Art. L. 1110-4 CSP => le secret ne peut être partagé :
  - qu'entre professionnels de santé...
  - concernant un patient faisant l'objet d'une prise en charge commune...
  - dans le but de déterminer la meilleure prise en charge possible ou d'assurer la continuité des soins
  - sauf opposition du patient.

En dehors de ces conditions cumulatives, point de partage...

# Le secret partagé en cabinet de groupe

- Aucune particularité par rapport à la règle énoncée à l'art. L. 1110-4 : le secret n'est pas de plein droit partagé, pas de dossier médical commun en accès libre (mais des accès peuvent être possibles pour les patients communs).

# Le secret partagé en établissement de santé

- Art. L. 1110-4 CSP :  
« Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe ».

# Le secret partagé au sein d'une maison de santé ou d'un centre de santé

- Art. L. 1110-4, Loi « Fourcade » du 10 août 2011 :  
« Les informations concernant une personne prise en charge par un professionnel de santé au sein d'une maison ou d'un centre de santé sont réputées confiées par la personne aux autres professionnels de santé de la structure qui la prennent en charge, sous réserve :  
1° Du recueil de son consentement exprès, par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée. Ce consentement est valable tant qu'il n'a pas été retiré selon les mêmes formes ;  
2° De l'adhésion des professionnels concernés au projet de santé mentionné aux [articles L. 6323-1](#) et [L. 6323-3](#).  
La personne, dûment informée, peut refuser à tout moment que soient communiquées des informations la concernant à un ou plusieurs professionnels de santé ».

# Indépendance professionnelle et nouveaux modes d'exercice

*Laurent ARLET*



# DEFINITION

Elle est acquise quand chacun des actes professionnels est déterminé seulement par le jugement de la conscience et des références aux connaissances scientifiques avec, comme seul objectif, l'intérêt du malade.

# PRINCIPE GENERAL

- L'indépendance professionnelle fonde la confiance du patient et son corollaire est la responsabilité personnelle du médecin
- Ainsi, indépendance, confiance et responsabilité, constituent les éléments essentiels du contrat tacite qui lie le malade et son médecin
- Le médecin ne peut agir sous d'autres influences que l'intérêt médical du malade

# PRINCIPE GENERAL

- Outre le code de déontologie dans son article 5 « Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit » et 95 (médecin salarié), l'article L 162-2 du code de la SS dispose que « dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance morale et professionnelle des médecins est assuré ... »

# LE MEDECIN ET SON MALADE

- le médecin ne peut céder à une demande d'examen, de soins ou de prescription qui ne serait pas médicalement justifiée, ni effectuer à la demande du patient un acte qu'en conscience il réproouve (articles 8, 36, 37 et 38), ni répondre à la sollicitation d'un certificat de complaisance (article 28) et ceci est aussi valable pour l'entourage

# LES MÉDECINS ENTRE EUX ET AVEC LES AUTRES PDS

- Dans les rapports généralistes/spécialistes
- Dans les rapports Régulateur/Effecteur
- Le médecin en MPS : "*chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles*" et "*peut librement refuser de prêter son concours ou le retirer*" (article 64). C'est également la situation des médecins associés dont le contrat écrit doit respecter "*l'indépendance professionnelle de chacun d'eux*" (article 91 al.1), obligation qui s'étend aux médecins associés ou non dans leurs rapports avec les autres professionnels de santé (article 68).
- Le cas particulier de la télémédecine

# SITUATION DE CONFLITS

- Indépendance et « hiérarchie »
- Le collaborateur salarié d'un autre médecin
- Le médecin salarié en structure de santé : hôpital (Le Conseil d'Etat en 2009, marque une nouvelle fois son attachement **au principe d'indépendance professionnelle des médecins en estimant qu'il fait obstacle à ce que les décisions médicales qu'un praticien hospitalier prend soient soumises à un accord préalable du chef de service**), PMI, médecin du travail
- Médecin de clinique privée : l'article 92 mettant en garde le praticien contre les dérives de rentabilité éventuellement imposée par la structure

# SITUATIONS DE CONFLIT

- Indépendance et argent indépendance de façon directe ou indirecte (commissions, ristournes, dichotomies - articles 22, 23, 24) IN et industrie aussi bien dans les phases de recherche que dans les périodes d'utilisation des produits, notion de transparence et de déclaration d'intérêt
- Le médecin et les institutions : CPAM, ARS, HAS, CAPI ,contrat à la performance, recommandations ...

# CONCLUSION

- Importance de la notion d'IP qui doit être explicitement inscrit dans tout contrat liant les médecins, lequel contrat doit dans tous les cas être envoyé à l'ordre (article 83 : Un médecin ne peut accepter un contrat qui comporte une clause portant atteinte à son indépendance professionnelle ou à la qualité des soins, notamment si cette clause fait dépendre sa rémunération ou la durée de son engagement de critères de rendement)
- Recherche systématique de la conciliation ordinale au moindre problème (article 56).

# Les différents modes d'exercice de la médecine: synthèse

*Pierre DELPLA*