

TRAIT D'UNION

LE MAGAZINE DE L'URPS MÉDECINS LIBÉRAUX
CENTRE-VAL DE LOIRE
JANVIER 2019 - N°13

Comment prévenir et gérer le risque médical



"Ensemble, prévenir et gérer les risques du métier" : un forum riche en enseignements

CPTS : une reconnaissance nationale pour la démarche mise en place dans la région

« Notre mission : œuvrer pour la qualité du parcours de soins et l'amélioration de votre exercice professionnel »



« C'est une année chargée en événements importants pour l'avenir de la médecine libérale qui débute. Les SNACs, les services numériques d'appui à la coordination des soins, vont ainsi être déployés et mis notamment à la disposition des CPTS, les communautés professionnelles territoriales de santé. La création, partout en France, de ces CPTS, que notre région a été l'une des premières à mettre en place grâce à l'appui de la Fédération des URPS et de notre URPS Médecins Libéraux, est l'un des piliers du Plan Santé 2022.

Ces CPTS semblent constituer le cadre adéquat pour que s'y développent les actes de télé-médecine, qui vont entrer de plain-pied dans le droit commun en 2019 : après les actes de téléconsultation, désormais pris en charge sur la même base qu'une consultation classique, ce sont les actes de télé-expertise qui devraient être rémunérés à partir du mois de février. Comme vous le lirez dans ce numéro, une dizaine de CPTS sont d'ores-et-déjà en « état de marche » dans le Centre-Val de Loire, qui a une grande longueur d'avance sur d'autres régions, et leurs leaders se réunissent régulièrement, sous l'égide de l'URPS-ML, pour travailler sur la mise en œuvre de priorités communes...

CPTS, SNACs, télé-médecine, toutes ces politiques ont pour double ambition d'offrir un parcours de soins de qualité à nos patients et d'améliorer votre exercice professionnel au quotidien. C'est dans cette même optique que l'URPS-ML mène depuis plusieurs années toute une série d'actions visant à prévenir le burn-out (ateliers de prévention, formation des secrétariats médicaux, partenariat avec l'association MOTS...) et à éviter bien des soucis aux médecins libéraux. La dernière en date aura été le très instructif forum du 13 octobre 2018 consacré à la prévention-gestion du risque médical, dont le compte rendu est également publié dans ce numéro.

Ah, j'allais oublier... À toutes et à tous, excellente année 2019 ! ».

Dr Raphaël ROGEZ
Président de l'URPS Médecins Libéraux
Centre-Val de Loire

PAGE 2 : Éditorial

PAGE 3 À 8 : Actualités

- E-santé et e-parcours : 2019, l'année du bond en avant.
- Les conseils de la police pour la sécurité des cabinets médicaux.
- Affichage dans les cabinets.
- Prise en charge des femmes victimes de violences.
- Guide sur les perturbateurs endocriniens à l'usage des médecins.
- Fédération : un forum sur la surconsommation d'écrans en 2019.

PAGES 9 À 15 :

- CPTS, une reconnaissance nationale.
- Focus sur la 3^{ème} Rencontre régionale des CPTS.

PAGES 16 À 24 :

- "Ensemble, prévenir et gérer les risques du métier" : un forum riche en enseignements.

TRAIT D'UNION – Le magazine de l'URPS Médecins Libéraux

JANVIER 2018 – N°12 – N° ISSN 2264-6108

Directeur de la publication et de la rédaction : Raphaël ROGEZ – Rédacteur en chef : Jacques HUGUENIN – Comité de lecture et rédaction : Bureau de l'URPS-ML, Jacques HUGUENIN, Emmanuel VANNIER, Charlotte DE FONTGALLAND, Mylène ROUZAUD-CORNABAS, Christelle KUNTZ – Réalisation : atelier graphique J-L Fouchez – Impression : Corbet

URPS-ML Centre-Val de Loire – 122 bis rue du fbg Saint-Jean - 45000 Orléans
Tél. : 02 38 22 07 07 – urpsml-centre@orange.fr – www.urpsml-centre.org

E-santé et e-parcours : 2019, l'année du bond en avant

Un Groupement d'Intérêt Public (GIP) a pris, depuis le 1^{er} mai 2018, le relais du GCS TéléSanté Centre afin de rendre plus lisible la place des acteurs de l'e-santé dans la région et d'améliorer la mise en place de leurs projets.

L'action de ce GIP Centre-Val de Loire E-Santé, dit aussi Groupement régional d'appui au développement de la e-santé (GRADeS), s'inscrit « dans une politique d'intérêt général au service de la modernisation du système de santé grâce à la transformation numérique dans les champs du sanitaire, du médico-social et, en tant que de besoin, du social ». Il a notamment pour mission de déployer le programme e-parcours, ainsi que les pratiques et outils de télé-médecine dans la région.

Le programme « e-parcours » (ex-SNACs - Services numériques d'appui à la coordination) se compose d'un ensemble d'outils numériques harmonisés, communicants, sécurisés et ouvrant progressivement l'accès à un bouquet de services. Ils vont être déployés partout en France d'ici à 2021.

Ce e-parcours s'appuie sur un très large panel de services potentiels : l'échange sécurisé de données de santé entre professionnels s'appuyant sur les MSS (messageries sécurisées de santé), des services de gestion du parcours et de la coordination (dossier de coordination, plan personnalisé de soins, agendas partagés), des annuaires et référentiels d'identification des acteurs du parcours de santé, un service d'information s'appuyant sur le ROR (répertoire opérationnel des ressources), un service d'orientation outillé en région Centre-Val de Loire par le système ViaTrajectoire, le partage des données médicales via le DMP (dossier médical partagé), etc.

Ce e-parcours a pour ambition de répondre aux besoins des professionnels de santé en s'appuyant sur les outils déjà existants en région et en les adaptant, si besoin, tout en renforçant leurs usages et en développant de nouvelles fonctionnalités (chat professionnel, prise de rendez-vous en ligne et agendas partagés, par exemple). Ces services devront être accessibles en mobilité et le plus intégrés possible aux logiciels métiers.

En région Centre-Val de Loire, le e-parcours est bâti à partir des besoins métiers et des cas d'usages identifiés

avec les professionnels de santé en vue de définir les fonctions et outils numériques les plus adaptés à leurs besoins. Cette approche méthodologique, basée sur l'écoute du « terrain », permet de faire adhérer les professionnels de santé au e-parcours et aux outils qu'il va mettre à leur disposition.

Le e-parcours va être déployé en priorité dans des territoires pilotes où existent des structures d'organisation et de coordination des soins en faveur du patient (PTA - Plateformes territoriales d'appui, CPTS - Communautés professionnelles territoriales de santé), puis à l'ensemble de la région. Les territoires bénéficieront d'un accompagnement des pouvoirs publics sous la forme d'aides financières et logistiques (acquisition de logiciels, développement de services numériques et intégration aux outils des professionnels, ressources pour le déploiement, etc.).

La télé-médecine va, elle aussi, faire de plus en plus partie du quotidien des médecins libéraux à partir de cette année. La téléconsultation est depuis cet automne prise en charge sur la même base qu'une consultation classique de 25 euros pour les spécialistes en médecine générale et variable de 23 euros à 58 euros pour les autres spécialités (hors dépassements éventuels). La télé-expertise devrait être cotée de 5 à 10 euros, selon la complexité du cas, à partir de février 2019, pour le médecin requérant et de 12 euros pour le médecin expert requis pour une consultation simple (4 actes/an/patient) ou de 20 euros pour une consultation complexe (2 actes/an/patient). La télé-expertise sera, dans un premier temps, réservée aux patients en affection de longue durée ou résidant dans une zone sous-dotée en médecins, avant d'être étendue à tout le territoire à partir de 2020.

Les CPTS devraient constituer un cadre adapté pour le développement de projets de téléconsultation, au travers de l'enjeu d'accès aux soins de 1^{er} et 2^{ème} recours, et de télé-expertise en termes de gain de temps médical.

Sécurité des cabinets médicaux : les conseils de la Police nationale



Face aux agressions dont sont trop souvent victimes des médecins libéraux, le Dr Raphaël Rogez, président de l'URPS-ML, et le Dr Parvine Bardon, co-responsable de la Commission Amélioration des Conditions d'Exercice de l'URPS-ML, ont rencontré Guillaume Brunel, brigadier-chef de police, référent sûreté auprès de l'État-Major départemental du Loiret de la Police nationale, afin de faire le point sur les principales mesures que les médecins doivent adopter pour assurer leur sécurité.

10 CONSEILS ESSENTIELS À RETENIR

- ❶ Équipez-vous d'un visiophone pour filtrer les accès à l'entrée de vos locaux et d'une caméra de vidéoprotection dans la salle d'attente pour dissuader les comportements inciviques ou agressifs.
- ❷ Privilégiez la consultation sur prise de rendez-vous à la consultation inopinée.
- ❸ Signalez au Conseil départemental de l'Ordre toute agression verbale et/ou physique.
- ❹ Alertez le 17 en cas d'événement mettant en cause votre sécurité par un préréglage du téléphone portable ou convenez d'un code avec votre secrétariat pour déclencher l'alerte aux forces de l'ordre.
- ❺ Ne restez pas isolé dans le cabinet face à un patient agressif si la tension monte et si vous ne maîtrisez plus la situation.
- ❻ Ne haussez pas le ton, ne vous laissez pas entraîner dans l'escalade de la violence qu'elle soit verbale ou physique.
- ❼ En visite à domicile, appréhendez l'environnement, assurez-vous que la situation est normale et quittez les lieux si vous constatez un comportement anormal ou un environnement hostile avec notamment la présence d'objets dangereux à proximité de votre interlocuteur.
- ❽ Évitez d'apposer votre caducée de manière visible dans votre véhicule. Et ne laissez en évidence ni la clé de contact ni votre sacoche contenant les ordonnances.
- ❾ Variez les itinéraires, jours et heures de dépôt d'espèces pour ne pas être repéré lorsque vous vous rendez à votre banque.
- ❿ Appliquez également des consignes de sécurité à votre domicile.

Pour en savoir plus, téléchargez le Guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé à cette adresse : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_pratique_pour_la_securite_des_professionnels_de_sante.pdf

Tarifs des professionnels de santé : affichez-les !

Depuis le 1^{er} juillet 2018, tous les professionnels de santé qui reçoivent des patients se doivent d'afficher, « *de façon lisible et visible sur un même support* », les tarifs ou fourchettes de tarifs de leurs honoraires. Cet affichage doit être visible dans la salle d'attente ou, à défaut, dans le lieu d'exercice et le site internet si l'on en possède un. Ces nouvelles règles découlent de l'arrêté du 30 mai 2018, qui fait suite aux dispositions du 13 février 2009 du Code de la santé publique imposant l'affichage du tarif des honoraires.

Dans le cadre d'un cabinet de groupe et si tous les médecins qui exercent relèvent du même secteur conventionnel et pratiquent les mêmes actes et tarifs d'honoraires, l'affiche peut être commune et précise alors le nom de tous les praticiens.

L'affiche doit comporter toutes les informations tarifaires liées à une activité de prévention, de diagnostic et de soin

- Différents tarifs de consultation.
- Visite à domicile.
- Majoration de nuit, majoration de dimanche, majorations pratiquées dans le cadre de la permanence des soins.
- Au moins 5 des prestations les plus couramment pratiquées.

À afficher également

- Dans le cadre de l'obligation d'information doit figurer cette phrase : « *Seuls peuvent vous être facturés des frais correspondant à une prestation de soins rendue. Le paiement d'une prestation qui ne correspond pas directement à une prestation de soins ne peut vous être imposé* ».
- Conventionnement et secteur conventionnel d'appartenance.

- Pratique ou non de dépassement d'honoraires et modération ou non de celui-ci par l'adhésion du praticien à l'option de pratique tarifaire maîtrisée.
- Invitation à consulter l'annuaire santé du site internet annuaire.sante.ameli.fr pour toute information complémentaire.

L'affichage des autres informations reste d'actualité

- Numéro de téléphone à appeler en cas d'urgence : arrêté du 25 juillet 1996.
- Rappel du 15 pour les urgences vitales : arrêté du 25 juillet 1996.
- Information des patients lors de l'utilisation de fichiers informatiques : loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978, modifiée par le règlement européen de protection des données personnelles du 25 mai 2018.
- Appartenance éventuelle à une association de gestion agréée : décret du 27 juillet 1979.
- Éventuelle utilisation de données nominatives, si réalisation d'études épidémiologiques : loi n° 94-548 du 1^{er} juillet 1994.

Fédération des URPS : un forum sur le thème « Écrans sous contrôle, mode d'emploi »

Les professionnels de santé libéraux de la région Centre-Val de Loire ouvrent, en 2019, le débat sur le bon usage des écrans.



Une page du site lebonusageDESCRANS.FR, créé par l'Institut d'Éducation Médicale et de Prévention (IEMP), partenaire pressenti du futur forum de la Fédération des URPS

La Fédération des URPS (unions régionales de professionnels de santé) Centre-Val de Loire va organiser, en 2019, un grand forum d'information et d'échanges sur les menaces que fait peser l'addiction aux écrans en tous genres sur la santé des jeunes.

Les professionnels de santé libéraux et les éducateurs (parents, enseignants...) se trouvent en effet en première ligne pour constater les multiples dégâts que génère la surconsommation d'écrans (TV, micro,

mobile, tablette...): sédentarité, surpoids, isolement et troubles multiples, posturaux, de l'attention, du comportement, de l'humeur, du langage, des apprentissages scolaires, de l'audition, de la vue ou encore du sommeil...

À travers ce forum d'importance régionale, l'ambition de la Fédération des URPS sera d'alerter tous les publics sur la nécessité de mieux contrôler l'usage des outils numériques auprès des jeunes.

Son objectif sera également de montrer le rôle que peuvent jouer le monde de l'éducation et les 11 000 professionnels de santé libéraux de la région dans la prévention et la gestion des problèmes de santé qui découlent d'un usage abusif et incontrôlé des écrans.

Programme prévisionnel de cette soirée :

- Un spectacle théâtral axé sur l'addiction aux écrans.
- Les témoignages de professionnels de santé, de parents et d'enseignants.
- Le point de vue et les recommandations d'experts.

Pour en savoir plus :

Fédération URPS Centre-Val de Loire

Tél. 02 38 22 07 07

Mail : fedeurps-centre@orange.fr

Bienvenue aux Drs Marsaudon et Farré



Le Dr Thierry Danancher, médecin généraliste à Vailly-sur-Sauldre (18), ayant démissionné de l'URPS-ML pour raison personnelle, c'est le Dr Xavier Marsaudon, médecin généraliste à Montargis (45) et suivant de liste, qui lui a succédé, au printemps, en tant qu'élu de l'URPS-ML.

Le Dr Laurent Jacob, médecin généraliste à Tavers (45), quitte lui aussi l'URPS-ML pour raison personnelle. Il est remplacé par le Dr Agnès Farré, médecin généraliste à Pocé-sur-Cisse (37).

CPTS : une reconnaissance nationale !

La région Centre-Val de Loire est citée en exemple au plan national pour sa démarche d'aide à la création de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), devenues une priorité du Plan Santé 2022.



De plus en plus de participants à la Rencontre régionale des CPTS

Les CPTS, dont la création est inscrite dans la Loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, visent, rappelons-le, à faciliter la coordination des soins ambulatoires au bénéfice des patients et à améliorer les conditions d'exercice

des professionnels de santé libéraux qui ont l'initiative de les créer dans chaque territoire.

Le Plan Santé 2022, annoncé le 18 septembre 2018, prévoit la couverture de tout le territoire national par des CPTS d'ici à 2022, démarche pour laquelle la



Signature du contrat territorial de santé de la CPTS Giennois-Berry



Signature du contrat territorial de santé de la CPTS Sud-28



Signature du contrat territorial de santé de la CPTS Châteauroux & Co



Signature du contrat territorial de santé de la CPTS Pays de Bourges

région Centre-Val de Loire fait preuve d'exemplarité. Ces CPTS vont notamment bénéficier d'un financement pérenne, dans un cadre conventionnel, et tous les professionnels de santé libéraux vont être incités à renforcer le travail de coordination des soins dans un cadre pluriprofessionnel, afin de garantir à tous les Français, sur chaque territoire, un accès aux soins de proximité.

Pour l'heure, la région Centre-Val de Loire reste la plus active dans la création de CPTS, grâce à l'URPS-ML, mandatée dès 2016 par la Fédération des URPS de la région, pour mener à bien ce chantier. Fin 2018, 8 CPTS avaient déjà signé un contrat territorial de santé et certaines disposaient d'un-e coordinateur-riche : Sud-Lochois, Asclépios, Rabelaisie, Est du Cher, Pays de Bourges, Châteauroux and Co, Giennois-Berry et Sud-28. Deux CPTS étaient à un stade très avancé de leur processus de création : la CPTS Nord Touraine et celle de l'agglomération d'Orléans (CPTS'O), dont le lancement officiel était respectivement prévu le 5

février et le 30 janvier 2019. Enfin, 10 CPTS étaient en phase de réflexion autour du projet de santé : Loiret Ouest, Forêt d'Orléans-Val de Loire, Beauce-Gâtinais, La Châtre, Valençay, Blois, Montargois, Châteauneuf-en-Thymerais et O'Tours (agglomération de Tours). Cinq nouvelles référentes CPTS viennent par ailleurs d'être recrutées par l'URPS-ML pour prêter main forte à l'équipe déjà en place dans l'accompagnement à la mise en œuvre de CPTS. Il s'agit de Marie MILLET, pour le Loir-et-Cher, de Fanny BAUDUIN, pour l'Indre-et-Loire, de Noëlle REGNIÉ, pour le Loiret, de Marine COUSSET, pour l'Indre, et de Ludivine BRÉGEON, pour la Brenne, en partenariat avec le PNR de la Brenne. Enfin, un site sur les CPTS de la région est en cours de création. Sa mise en ligne est prévue pour février 2019. Ce portail disposera d'un accès réservé, avec partage de documents et espaces de discussion. ■

Troisième Rencontre régionale des CPTS : des priorités communes

Une cinquantaine de responsables et de coordinateurs de CPTS de la région Centre-Val de Loire ont participé à la troisième Rencontre régionale des CPTS jeudi 11 octobre, à La Chaussée-Saint-Victor (41).



Une troisième rencontre en présence d'Anne Bouygard, directrice générale de l'ARS Centre-Val de Loire

En début de journée, les participants ont été invités, à l'issue d'un travail en groupes, à exprimer ce que vont être ou doivent être, selon eux, les grandes priorités d'un projet de CPTS. Voici les principales réponses qui ont été exprimées :

- Articulation des projets de CPTS avec le PRS 2 ;
- Réponse aux besoins d'accès aux soins et aux demandes de soins non programmés dans le cadre d'un consensus interprofessionnel ;
- Interconnaissance et coordination, grâce à des outils adéquats et notamment pour libérer du temps professionnel ;
- Protocolisation des prises en charge et du



Travail en groupes pour dégager des priorités communes



- parcours de soins du patient ;
- Coordination ville-hôpital : travail sur les entrées-sorties d'hospitalisation, l'amélioration de la coordination, des hospitalisations programmées, de la représentation des CPTS dans les CME et inversement ;
- Initiatives en faveur du bien-être professionnel ;
- Organisation de la conduite de projets, animation et communication ;
- Mise en place d'un outil de gestion et de coordination des fonctions d'appui ;
- Importance de la fonction de coordinateur de CPTS ;
- Travail à partir des attentes, préoccupations et envies du terrain, en respectant les temporalités de chacun ;
- Réalisation de projets concrets très simples à mettre en place pour que l'action soit visible ;
- Apprendre à se connaître au sein d'une même profession et entre professionnels de différents métiers, notamment grâce à des rencontres interprofessionnelles, avant d'aller vers le médico-social, et avoir un référent par profession en lien avec le bureau ou dans le bureau pour qu'elle y soit représentée ;

- Mutualiser et communiquer les idées des CPTS ;
- Organiser l'ambulatoire pour devenir l'interlocuteur identifié auprès des GHT (groupements hospitaliers de territoire) ;
- Améliorer le partenariat avec les acteurs des contrats locaux de santé (CLS) ;
- Communiquer grâce à des outils numériques performants, sans laisser personne de côté, même les professionnels qui ne font pas partie d'une CPTS.

Cette rencontre a également donné l'occasion au Dr Raphaël Rogez, président de l'URPS-ML et de la Fédération des URPS Centre-Val de Loire, de rappeler les mesures du Plan Santé 2022 qui intéressent la médecine libérale et les CPTS :

- Déploiement de 1 000 CPTS pour mailler le territoire national à l'horizon 2022 ;
- Soutien financier au développement des assistants médicaux auprès des médecins libéraux ;
- Renforcement de l'interprofessionnalité pour créer une culture commune chez les professionnels de santé ;
- Meilleure information des étudiants en santé sur la diversité des métiers et modes d'exercice ;
- Incitation des services d'urgence à réorienter les patients les plus légers ;

- Renforcement de la médecine de premier recours ;
- Renforcement de l'exercice coordonné et reconnaissance d'une équipe de soins traitante ;
- Maillage territorial par des équipes infirmières ;
- Émergence au sein des CPTS d'une responsabilité populationnelle, intégrant des objectifs de maintien et de retour rapide à domicile.

Enfin, trois ateliers portant sur des sujets essentiels pour les CPTS ont également été organisés lors de cette rencontre. Voici la synthèse des restitutions faites à l'issue de la tenue de ces ateliers.

Atelier « De la CPTS à la PTA. Quelle(s) articulation(s) avec les secteur médico-social et social ? ».

Les participants ont estimé que l'intégration des professionnels du médico-social au sein d'une CPTS doit se faire progressivement. Ils ont aussi constaté que le niveau d'avancement des plateformes territoriales d'appui (PTA) s'avère très variable d'un département à l'autre : dans certains départements, les CPTS n'ont pas été sollicitées pour y participer et dans d'autres se font jour des problèmes de gouvernance. Il est donc proposé d'écrire une feuille de route commune à toutes les CPTS de la région pour savoir comment elles souhaitent être repré-

sentées et peuvent s'impliquer dans ces PTA, mais aussi pour favoriser la création d'une gouvernance identique dans chaque département et trouver un équilibre des représentations, notamment celle des professionnels de santé libéraux.

Atelier « Les relations ville-hôpital-clinique ».

L'accent a été mis sur le problème du cloisonnement des hôpitaux, du manque de communication entre libéraux et hospitaliers, notamment sur l'organisation des entrées-sorties des patients, dont l'amélioration doit être une priorité. Il faut donc mettre en place une feuille de liaison ville-hôpital et s'appuyer sur une meilleure utilisation des outils informatiques, qui doivent être simples et acceptables par tous. Autres axes de travail : améliorer l'hospitalisation programmée, notamment pour les personnes âgées ; répondre au besoin de bilans d'hospitalisation ; améliorer l'efficacité de l'HAD ; faire de la réponse aux soins non programmés une priorité pour les CPTS ; faire en sorte que des médecins libéraux de CPTS intègrent les CME d'établissements hospitaliers ; organiser des rencontres entre professionnels de santé libéraux et professionnels de santé hospitaliers.

Atelier « S'organiser en CPTS ». Il faut trouver des leaders dans chaque profession et sur chaque territoire, ont insisté les participants. Par ailleurs, si les professionnels d'une MSP peuvent intégrer une CPTS, en revanche ce n'est pas possible pour une MSP en tant que telle... Et si le coordonnateur d'une CPTS peut aussi être le coordonnateur d'une MSP, il se doit de faire la part des choses entre les

deux structures et de laisser s'exprimer les professionnels de santé qu'il met en lien. Il doit être un facilitateur, pas un chef de projet. Prévenir le risque d'épuisement des professionnels de santé et des coordonnateurs de CPTS impose d'échanger de vive voix et d'utiliser les outils performants de communication. Enfin, les CPTS doivent pouvoir mutualiser certains moyens, comptables en particulier. ■

Les CPTS servent aussi à prendre soin des soignants !

Améliorer la façon de travailler ensemble, fluidifier le parcours de soins du patient, mais aussi lancer des initiatives destinées à prendre soin des soignants, tels sont les objectifs des CPTS qui se créent un peu partout en région Centre-Val de Loire. La CPTS Châteauroux and Co, officiellement née le 12 septembre 2018 et présidée par le Dr Laurence Philippe, médecin généraliste, a ainsi inscrit dans son projet de santé une action destinée à « prévenir les situations d'épuisement professionnel et personnel et/ou des difficultés face à leur activité professionnelle ».



Dr Laurence Philippe

partenariat avec l'association MOTS - Médecin Organisation Travail Santé : le 0608 282 589), une action préventive, qui passe essentiellement par les ateliers de groupe décrits précédemment, et un niveau intermédiaire d'accompagnement individuel avant d'être en burn-out », explique le Dr Laurence Philippe, médecin généraliste et présidente de la CPTS.

« Nous voulons que trouver les moyens de rester en bonne santé physique et psychique fasse partie des préoccupations quotidiennes des soignants, que cela fasse partie de leur culture, poursuit-elle.

Sont ainsi prévues diverses animations dont la finalité est de « développer la culture du prendre soin de soi pour mieux soigner, comme partie intégrante de son travail » et le « bien être pour bien faire ». Les professionnels de santé intéressés peuvent, pour un coût très modique, par exemple participer à un atelier danse, s'initier à l'art thérapie moderne, faire de la sophrologie pour mieux gérer le stress, apprendre les techniques d'affirmation de soi et prévenir ou gérer le burn-out. Leur sont également proposés des ateliers sur la supervision d'une équipe pluridisciplinaire de soignants, sur une méthode inédite alliant le soin par le toucher et la parole ou encore sur la thérapie d'acceptation et d'engagement.

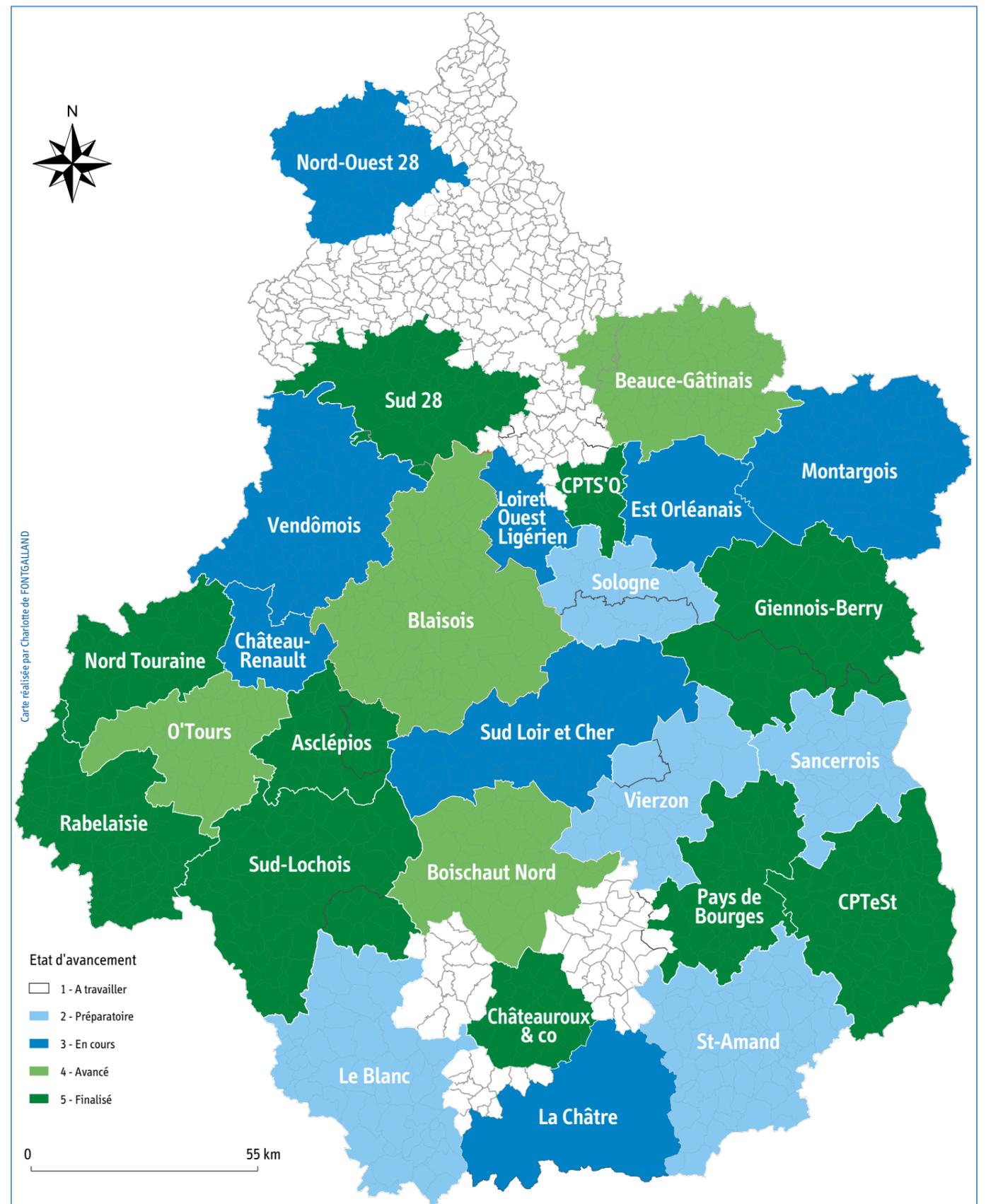
Pour aider les professionnels de santé à gérer le risque d'épuisement professionnel, la CPTS Châteauroux and Co envisage plusieurs niveaux d'intervention : « une prise en charge d'urgence pour les personnes qui vont mal et ont besoin d'un soutien rapide, en liaison avec le numéro d'urgence proposé par l'URPS-ML (en

Les professionnels de santé ne doivent plus faire exploser leurs horaires de travail, ils doivent apprendre à poser des bornes, ce qui implique un changement de paradigme, tant du côté des professionnels de santé que des patients. Or il est très difficile de convaincre les médecins, notamment qu'ils sont des êtres humains comme les autres, qu'ils doivent accepter leurs limites et admettre le fait que travailler au contact de la souffrance ne peut les laisser indemne. L'un des objectifs de notre CPTS est donc d'effectuer un travail de longue haleine afin d'aider les professionnels de santé à aller dans ce sens. Pour cela, nous pensons que proposer des outils sur place, à proximité de leur lieu de vie et de travail, est un atout supplémentaire ».

Si vous exercez sur le territoire de la CPTS et êtes intéressé par l'un ou l'autre des ateliers programmés par la CPTS, écrivez à cette adresse :

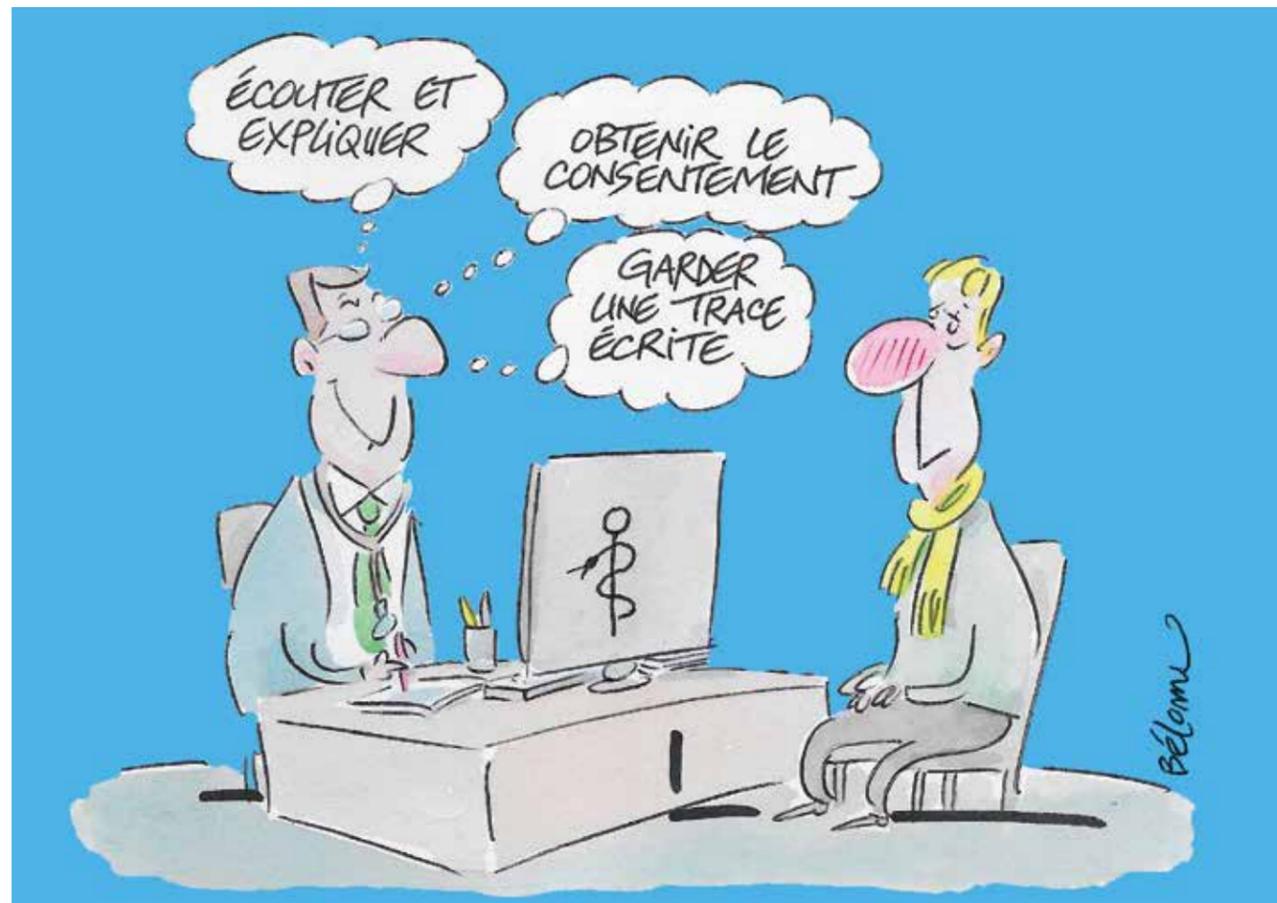
cptschateaurouxandco@gmail.com

État d'avancement des CPTS en janvier 2019



NB : Les zones blanches de la carte correspondent à des territoires pour lesquels les référents territoriaux, chargés d'aider à la création de CPTS, n'ont été recrutés que récemment. Ce travail est en cours.

Ensemble, prévenir et gérer les risques du métier : un forum riche en enseignements



La Commission Amélioration des Conditions d'Exercice (ACE) de l'URPS-ML a organisé, le 13 octobre à Ardon (45), en partenariat avec le Conseil régional de l'Ordre des médecins Centre-Val de Loire, un Forum sur le thème « Ensemble, prévenir et gérer les risques du métier ».

Parce que le risque d'erreur constitue une préoccupation permanente à l'esprit de tout médecin, la Commission ACE de l'URPS-ML avait convié un expert incontesté du sujet pour alimenter et commenter les exposés et échanges de cette journée : le Dr Jacqueline Cardona, médecin légiste, spécialisée en médecine sociale et santé publique, enseignante en Droit appliqué à la médecine et coordinatrice du Master Éthique, Déontologie, Responsabilité médicale à la Faculté de médecine de Lyon. En introduction du Forum était projeté un extrait du documentaire de Niels Tavernier, *Que reste-t-il de*

nos erreurs ? qui présentait le cas d'une grave erreur commise par toute une équipe d'oncopédiatrie dans le suivi ambulatoire d'un enfant. L'assistance, conviée à noter les mots-clés retenus lors de cette projection, fut unanime à exprimer le fait que la « confiance » que le patient doit pouvoir accorder à son médecin repose sur l'« écoute » dont il doit bénéficier et sur l'« information » bien comprise qu'il doit recevoir.

Voici la synthèse des exposés et des échanges qui ont rythmé ce forum.

Le contrat de soins médecin-patient, ses manquements et la définition du risque médical

par le Dr Jacqueline CARDONA

James Reason, professeur de psychologie à l'université de Manchester (Grande-Bretagne), a défini les erreurs médicales comme « des séquences planifiées d'activités mentales ou physiques qui ne parviennent pas à atteindre l'objectif désiré, quand ces échecs ne peuvent être attribués à l'intervention du hasard ». L'erreur est humaine, indissociable du comportement humain et très fréquente. Il existe 2 types d'erreur médicale : les erreurs d'exécution ou de routine (les actions planifiées sont appropriées mais ne se déroulent pas comme prévu) et les erreurs qui découlent d'actions planifiées mais inappropriées à cause de l'activation d'une mauvaise règle ou d'un défaut de connaissance.

L'obligation d'information est au cœur du contrat de soins qui unit le médecin et son patient.

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé, indique l'article L. 1111-2 du Code de la santé publique, modifié par la loi du 21 juillet 2009. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus ». Informer, c'est « répéter », « insister », « car le patient ne peut ou ne veut parfois pas entendre certaines informations », rappelle le Dr Cardona. Les limites à l'obligation d'information sont l'urgence, l'impossibilité de consentir et le refus du patient d'être informé.



Le contrat de soins repose aussi sur l'obligation de moyens : le médecin doit ainsi prendre toutes les précautions nécessaires et s'être suffisamment informé sur l'état du malade, compte tenu des possibilités scientifiques actuelles, avant d'établir son diagnostic qui ne doit pas être posé avec légèreté. À défaut, l'erreur de diagnostic est pénalement punissable.

Les manquements à ce contrat sont le défaut d'information, la maladresse, l'inattention, l'imprudence, la négligence, le manquement à une obligation de prudence ou de sécurité, l'acte non conforme aux données acquises de la science. Le médecin peut rompre le contrat de soins sous conditions préalables : il ne doit pas ou plus y avoir d'urgence, il doit informer sans délai le patient de son refus ou de son impossibilité à le prendre en charge et il doit prendre toutes dispositions pour assurer la continuité des soins.

En conclusion, « le droit des personnes malades est garanti par le respect de la liberté individuelle qui permet d'accepter ou de refuser un acte médical », a indiqué le Dr Cardona. « Le médecin a la liberté (bien que conditionnelle) de rompre le contrat de soins ». Mais, en tout état de cause, « le patient a besoin d'être considéré et écouté ».

Bibliographie

- **Reason J.** : Human error : models and management, BMJ, vol. 320, n° 7257, 18 mars 2000, p. 768-770.
- **HAS** : Événement indésirable associé aux soins (EIAS) : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/eias_hors_ets_vd_1710.pdf

Au cours des échanges...



Danièle Desclerc-Dulac

Me Andréanne Sacaze, avocate au Barreau d'Orléans, a rappelé que la nécessité de laisser une trace découle de l'obligation d'informer le patient : il faut donc écrire que l'on a informé les patients de tel ou tel risque. En particulier noter les mots-clés et les dates auxquelles ces mots-clés ont été prononcés face au patient, conseille le Dr Cardona.

Le Dr Claude Dabir, psychiatre et élu de l'URPS-ML, constate qu'il est matériellement impossible d'expliquer au patient tout ce qui est dit dans le Vidal à propos de tel ou tel médicament qui lui a été prescrit. Le Dr Jacqueline Cardona lui répond que cette difficulté peut être contournée en expliquant bien au patient qu'il doit immédiatement avertir son médecin au moindre souci lié à la

prescription ou au changement d'un médicament. L'information du patient est essentielle lors de tout changement de médicament, constate Danièle Desclerc-Dulac, présidente de France Assos Santé Centre-Val de Loire.

Le Dr Parvine Bardon signale l'importance de bien lire, relire et expliquer l'ordonnance au patient, ordonnance qui est parfois difficilement déchiffrable lorsqu'elle est écrite à la main, rappelle Nadine Moudar, infirmière, élue de l'URPS Infirmiers.

Le problème de la pénurie de médecins et le burn-out que subissent de nombreux médecins rendent difficile tout ce travail d'information et d'explication détaillé, note le Dr Isabelle Sauvegrain, spécialiste des risques psycho-sociaux. « *Le médecin a l'impression de travailler tous les jours sur la corde raide* », témoigne le Dr Alain Ichir, médecin généraliste à Baugy (18). La création annoncée de 4 000 postes d'assistants médicaux dans le cadre du Plan Santé 2022 et une meilleure organisation des professionnels de santé grâce aux communautés professionnelles de santé (CPTS) et aux plateformes territoriales d'appui (PTA) pourront contribuer à alléger la tâche des médecins libéraux, espèrent les Drs Parvine Bardon et Martine Darchy-Gilliard, co-responsables de la Commission ACE de l'URPS-ML.

Les axes de prévention individuels et collectifs

par les Drs Martine DARCHY-GILLIARD et Parvine BARDON,
co-responsables de la Commission ACE

Chaque médecin généraliste connaît en moyenne un événement indésirable (EI) tous les 2 jours, selon l'étude Esprit (Étude nationale en Soins PRIMaires sur les événements indésirables, lancée en 2003). Les EI sont sans conséquence pour le patient dans 3 cas sur 4. L'étude montre que les EI sont



principalement en rapport avec des problèmes d'organisation de cabinet (42 %) : interruption de tâches, afflux d'informations non triées ; des problèmes liés à la coordination des acteurs du système de soins (21 %) ; des erreurs de gestion des traitements médicamenteux ; et des défauts de communication avec les patients. Près des trois quarts de ces EI sont considérés comme évitables.

La prévention du risque médical passe d'abord par une bonne organisation du cabinet : des locaux adaptés, facilement accessibles et bien éclairés ; un secrétariat formé à la communication, l'informatique, la régulation du cabinet et la gestion de l'agenda (sous la responsabilité du médecin) ; une informatique médicale bien gérée permettant la sauvegarde des données ; et le respect du secret médical.

Pour le praticien, cette prévention relève aussi de l'entretien de ses compétences (formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles), de



la qualité de son relationnel avec le patient (empathie, écoute, disponibilité), de sa volonté de travailler en équipe (mettre le patient au centre du soin, discuter des cas difficiles, savoir demander un 2^{ème} avis), de sa capacité à prendre soin de soi pour pouvoir prendre soin des autres et de la nécessité

d'avoir souscrit une assurance responsabilité professionnelle et perte d'exploitations.

Dans le cadre de sa pratique médicale, le médecin se doit de tenir à jour les coordonnées complètes du patient, de bien informer celui-ci et de reformuler les informations qu'il lui délivre, de veiller à la traçabilité des informations données, de respecter le délai de réflexion et l'autonomie du patient, car il appartient à lui seul de choisir ses soins et ses professionnels de santé.

En conclusion, la prévention passe par une organisation logistique sans faille et la compétence tant professionnelle que relationnelle, en mettant l'autonomie du patient au centre de l'activité médicale, avec une information de qualité. Être fiable ne signifie pas être infaillible ! ■

EIAS, EIG, faute médicale : définitions

L'événement indésirable associé aux soins (EIAS) s'inscrit dans une perspective systémique dans laquelle l'erreur humaine n'est qu'une composante parmi d'autres. Il traduit la conséquence de la défaillance du système. Le périmètre d'un EIAS inclut le dysfonctionnement de l'organisation, l'aléa

(inattendu) et l'erreur (qui peut être évitée et peut ou non entraîner un dommage pour le patient).

L'événement indésirable grave (EIG) est tout événement ou effet indésirable qui entraîne la mort, met en danger la vie de la personne qui se prête à la recherche, nécessite une hospitalisation ou la

prolongation de l'hospitalisation, provoque une incapacité ou un handicap important ou durable, ou bien se traduit par une anomalie ou une malformation congénitale, quelle que soit la dose. Les EIG liés aux médicaments représentent près de 33 % des EIG liés aux soins (ex : l'iatrogénie).

La faute médicale est un acte non conforme aux données acquises par la science au moment de

sa réalisation, un acte non conforme aux règles de l'art ou le non-respect délibéré d'un protocole, d'une procédure validée ou d'une recommandation. Le défaut d'information et de recueil du consentement éclairé du patient en fait partie. Or sur les 26 000 accidents médicaux recensés chaque année, le défaut d'information concernerait environ 50 % des affaires de responsabilité médicale !

Le Comité de retour d'expérience (CREX),

par Isabelle MORIN, présidente de l'URPS Infirmiers Centre-Val de Loire

Ce « CREX Lib » a été rendu nécessaire par deux éléments de contexte :

- 1/ La ré-organisation des prises en charge en secteur de ville consécutive aux transferts de charge du secteur hospitalier vers le secteur de ville dans le cadre du virage ambulatoire (diminution des durées moyennes de séjour, développement de la chirurgie ambulatoire et de la RAAC (réhabilitation améliorée après chirurgie), technicisation des prises en charge à domicile...);
- 2/ Un renforcement du cadre légal et réglementaire : le décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients.

Les objectifs du projet CREX Lib ont été de :

- Modéliser la mise en place de CREX libéraux au niveau de la région Centre-Val de Loire et diffuser une culture partagée de gestion des Évènements



Indésirables liés aux Activités de Soins (EIAS) et Évènements Indésirables Graves (EIG);

- Favoriser l'implication directe des professionnels de santé libéraux et notamment des infirmiers dans la sécurité des soins.
- Proposer et mettre en œuvre des actions d'amélioration dans la boucle courte de la gestion des risques en secteur libéral.

Il est très vite apparu évident aux promoteurs du projet CREX Lib que les CPTS pourraient constituer un terreau favorable à la diffusion d'une culture positive de l'erreur en région Centre-Val de Loire. Après recueil des attentes des infirmières et infirmiers libéraux sur le sujet, un projet pédagogique de formations pluriprofessionnelles validantes, par territoire de CPTS, en termes d'évènements indésirables et de situations à risques, a été élaboré en relation avec les URPS concernées et la Fédération des URPS. Objectif : produire des actions d'amélioration et les diffuser via les URPS concernées. ■

Le rôle de la Structure régionale d'appui (SRA) Qualiris

par Brigitte LECOMTE, ingénieur qualité coordinatrice de la SRA, et le Dr Julia NDABU LUBAKI, médecin auprès de la SRA

L'association Qualiris Centre-Val de Loire, basée au CHR d'Orléans et fondée par 7 fédérations (FHF, FEHAP, FHP, FNEHAD, URIOPSS, SYNERPA, Fédération des URPS), participe à « la mise en place d'une organisation adaptée au retour d'expérience dans une gestion non punitive de l'erreur ». Elle entend aider les professionnels de santé à passer de « la culture de la faute à la culture positive de l'erreur », à s'engager dans une démarche de gestion des risques pour lutter contre les dysfonc-



tionnements graves, les événements et les EIGS. Elle les aide à déclarer et à analyser tout EIGS. Qualiris accompagne des professionnels au quotidien sur la thématique des EIGS, offre un appui à l'analyse systémique des causes profondes en cas d'EIGS, propose des formations, outils, supports et fiches techniques, et réalise des analyses territoriales inter-secteurs. ■

Le rôle des Groupes Qualité

par le Dr Hervé GUYOT, médecin coordonnateur de Médiqual Centre (Groupes Qualité du Centre-Val de Loire)

Les Groupes Qualité sont organisés sous la responsabilité d'un Comité de pilotage qui réunit des représentants de l'URPS-ML, de l'Agence régionale de santé (ARS), de l'Assurance maladie et de l'association Médiqual Centre. Leur vocation est de donner l'opportunité aux médecins généralistes d'une même zone géographique de se rencontrer régulièrement pour échanger sur leurs pratiques, de partager leurs réussites et leurs difficultés, et de rompre ainsi leur isolement. Les participants développent une démarche réflexive qui leur permet d'analyser leurs pratiques et d'identifier les obstacles et leviers à l'application d'une recommandation.

Les 15 Groupes Qualité en fonctionnement dans la région Centre-Val de Loire se réunissent dix fois par an pour traiter de divers thèmes de formation obliga-



toires. La participation des médecins libéraux à ces Groupes Qualité (près de 150 médecins formés en moyenne chaque année) constitue un moyen de prévenir les EI liés aux soins.

Par ailleurs, des indicateurs, établis conjointement par l'Assurance maladie et la Fédération Française des Groupes Qualité (FFGQ), permettent de comparer entre elles, à des fins d'amélioration, les

pratiques des médecins d'un groupe à propos d'une pathologie spécifique et pré-définie. Ces indicateurs servent aussi à comparer les pratiques de chaque groupe par rapport à celles des autres groupes de la région et les pratiques des groupes du Centre-Val de Loire à celles des groupes des autres régions de France. Les Groupes Qualité contribuent à l'amélioration de la pertinence, de la qualité et de la coordination des soins. ■

La bonne tenue du dossier médical et l'intelligence artificielle peuvent-elles éviter les erreurs de diagnostic et les interactions médicamenteuses ?

par le Dr Jean-Michel LEMETTRE, responsable de la Commission E-santé de l'URPS-ML

Le dossier médical est aujourd'hui peu structuré, peu communicant. La gestion des traitements est optimisée par les logiciels d'aide à la prescription, mais le plus souvent sans lien contextuel. Le poste informatique du médecin ne dispose pas d'Intelligence Artificielle embarquée. Le dossier médical actuel est efficace pour le médecin qui l'utilise, mais pas beaucoup plus qu'un dossier papier bien tenu.

Le dossier médical de demain devra être structuré pour une partie significative des données médicales. Cette structuration devra permettre d'indexer des données les unes aux autres. Ce dossier devra être



communicant, intégrer des outils de partage et d'échange d'informations et pouvoir gérer des traitements avec une sécurisation contextuelle. Cette structuration permettra d'intégrer progressivement de l'Intelligence Artificielle comme aide à la gestion des patients et de la patientèle.

Dans le cadre du parcours de soins, chaque intervenant successif doit pouvoir s'appuyer sur des informations concernant le passé du patient et l'épisode actuel. D'où la nécessité d'avoir reçu l'information de l'intervenant précédant et de pouvoir accéder de façon fiable à une information plus large. Les

ruptures de parcours de soins, sources d'erreur, sont souvent liées à une mauvaise circulation de l'information.

En conclusion, le partage et l'échange d'informations entre les différents intervenants d'un parcours de soins sont un facteur important de sécurisation de ce parcours. Pour circuler de façon efficace et simple, l'information doit être structurée. Cette structuration rend possible l'intégration progressive de l'Intelligence Artificielle dans les logiciels métier des médecins. Le logiciel métier se transformera alors en aide au diagnostic, à la prise en charge, au suivi du patient et de la patientèle. Exemples : Assistant Médical, Aide Diag...

Au cours des échanges qui ont suivi ces exposés, le Dr Cardona a rappelé que seul le médecin traitant doit tout savoir sur son patient et que le partage d'informations entre professionnels ne doit concerner que le nécessaire à connaître et ce, « sous condition »... À savoir le consentement préalable du patient, auquel doit être remis la lettre destinée à tout autre professionnel de santé. Le Dr Lemette, pour sa part, a indiqué que des « ceintures de sécurité » existent, en cas d'oubli ou de problème avec une ordonnance ; ce sont le volet de synthèse médicale du DMP (dossier médical partagé) et le dossier pharmaceutique. Enfin, Danièle Desclerc-Dulac a insisté sur la nécessité de « restaurer la relation de confiance entre le médecin et son patient », car la médecine d'aujourd'hui relève de la « co-décision »

Comment gérer la doléance ou plainte ordinale,

par le Dr Christophe TAFANI, président du CDOM 45

Face à une doléance (qui n'est pas une plainte) exprimée dans un courrier, le CDOM demande au médecin incriminé une réponse par courrier, qu'il transmet ensuite au patient. S'il a été écouté, ce dernier se contente souvent de demander que le médecin soit réprimandé.

En cas de plainte, le CDOM organise une réunion de conciliation pour permettre aux parties d'échanger. Or 80 à 90 % des plaintes



sont abandonnées à l'issue de cette réunion, s'il a été fait preuve d'écoute, d'empathie et de dialogue face à la souffrance du plaignant. Le médecin peut éventuellement se faire assister par un avocat au cours de cette réunion. Si la plainte est retirée, un court procès-verbal doit être rédigé.

Si la plainte est maintenue, celle-ci est transmise à la chambre disciplinaire de première instance, en région, qui est présidée

médecin-patient. Or cette co-décision ne peut être effective que si le patient a bien compris l'information que le médecin lui délivre... ■

Comment gérer les reproches du patient en face à face ?

L'aspect psychologique
par le Dr Hervé MONTES, psychiatre



Le Dr Montès a insisté sur le fait que, sous le coup de l'émotion et de la colère, un médecin peut « faire et dire des bêtises ». La seule position professionnelle tenable est celle de l'écoute sans agressivité et de l'empathie qui permet de faire le point sereinement avec le patient. Or cette position « se travaille ». ■

Les aspects pratique et juridique

par le Dr Jacqueline CARDONA

Lors d'un échange tendu avec un patient, il est essentiel de bien noter les termes de cet échange. Il est par ailleurs raisonnable d'observer un délai d'attente avant de rédiger un certificat médical pour un patient en situation de contentieux, de prendre le temps de rédiger à tête reposée ce document, qui ne doit être qu'un simple constat. ■

par un magistrat. Le médecin incriminé doit participer à cette audience, accompagné de son avocat. La Chambre peut prononcer un avertissement, un blâme, une interdiction temporaire ou permanente d'exercer une ou plusieurs fonctions médicales, voire la radiation du tableau. Après 3 ans de radiation, le médecin peut demander le relèvement de son incapacité. Le médecin sanctionné peut faire appel de la décision de la chambre de première instance devant la chambre disciplinaire nationale, à Paris,

qui pourra rejeter l'appel, confirmer, aggraver ou annuler la sanction. Il peut enfin se pourvoir en cassation devant le Conseil d'État, qui pourra rejeter le pourvoi ou annuler la décision d'appel et renvoyer l'affaire pour qu'elle soit à nouveau jugée au fond par la chambre disciplinaire.

En cas de plainte déposée auprès du CDOM par un patient, le médecin mis en cause doit transmettre tous les éléments du dossier médical, précise le Dr Cardona. Le secret médical est levé. ■

La plainte au pénal et la demande de réparation,

par le Dr Odile CONTY, expert judiciaire, membre du CNOM et du CDOM 37, et le Dr Jacqueline CARDONA

Il y a responsabilité pénale lorsque sont réunis ces 3 éléments : une faute du praticien (le fait de causer une incapacité totale de plus de 3 mois ou la mort d'autrui, par maladresse, imprudence, inattention, négligence, ou manquement à une



obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou les règlements), de manière volontaire (comme la non-assistance à personne en danger) ou involontaire ; le décès ou des blessures entraînant une incapacité totale de travail pour le patient ; et une relation causale entre la faute commise et le dommage subi.

L'erreur de diagnostic ne constitue ainsi pas une faute, le médecin étant tenu d'une obligation de moyens et non de résultat. L'obligation de moyens se définit par la nécessité pour le médecin de « prendre toutes les précautions nécessaires et s'être suffisamment informé sur l'état du malade, compte tenu des possibilités scientifiques actuelles, avant d'établir son diagnostic qui ne doit pas être posé avec légèreté ».

Si la maladresse, l'imprudence, l'inattention ou la négligence du médecin n'a pas engendré de dommage, aucun délit n'est caractérisé de sorte



qu'aucune sanction pénale n'est encourue.

La loi du 10 juillet 2000 a permis de dépenaliser la responsabilité médicale : pour qu'un médecin soit poursuivi, il faut qu'il y ait un dommage constaté et que la relation causale entre la faute et

le dommage soit avérée. Il n'existe pas de délit de perte de chance.

La loi du 4 mars 2002 a, quant à elle, permis d'indemniser l'accident médical non fautif et l'infection liée aux soins, en milieu libéral comme en milieu hospitalier. Elle a créé l'ONIAM (Office national d'indemnisation des accidents médicaux), établissement Public sous la tutelle du ministre de la santé, qui indemnise, au titre de la solidarité nationale, le risque médical (aléas thérapeutiques, infections nosocomiales, affections iatrogènes), dans le cadre d'une procédure amiable, gratuite et accélérée.

Dans la discussion qui a suivi cet exposé, le Dr Cardona a insisté sur le fait qu'en cas de plainte au pénal, le médecin incriminé, s'il doit faire appel à un expert, doit se faire assister d'un expert expérimenté et spécialisé dans le domaine en question. ■

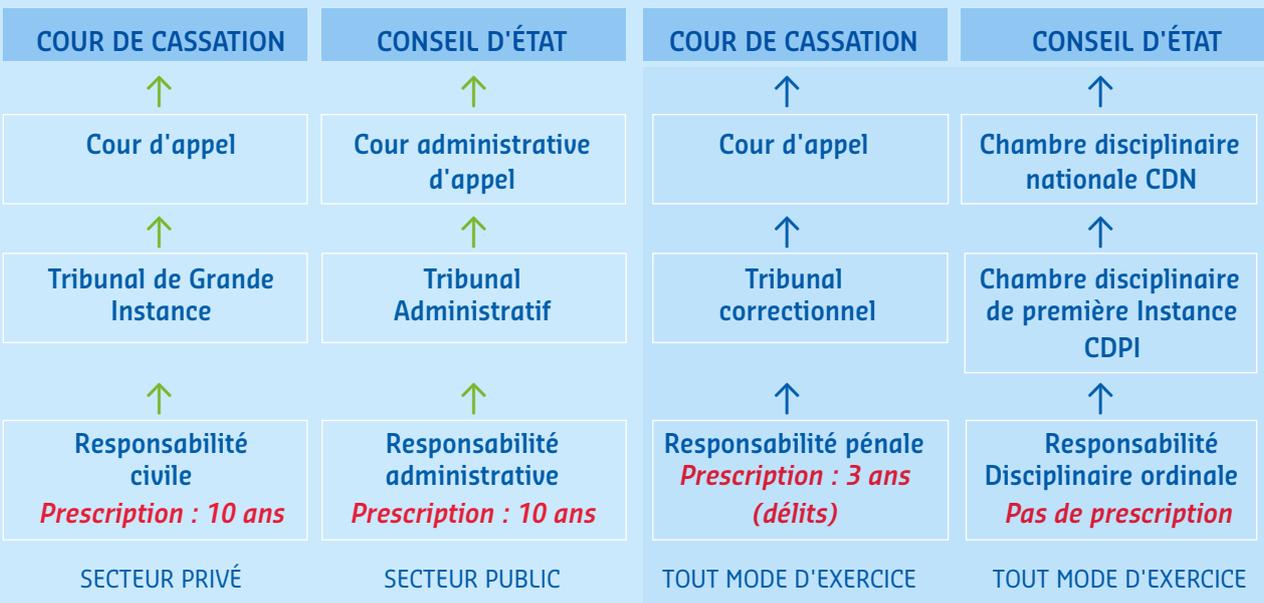


Un public attentif de professionnels lors du forum sur la prévention et la gestion du risque médical

Les différentes actions en responsabilité médicale et les juridictions compétentes

INDEMNISATION

SANCTION



Source : Dr. Jacqueline Cardona



L'ensemble des diaporamas et documents présentés au cours de ce Forum sont disponibles sur le site de l'URPS-ML : www.urpsml-centre.org