

# médecins

Le bulletin de l'Ordre national des médecins

n° 47 | janv.-fév. 2017

## Focus

LFSS 2017

Quoi de neuf pour  
les médecins ?

## Entretiens croisés

Vaccination :  
une confiance à restaurer



[www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)



## Dossier

Réforme du système de santé  
Les territoires comme  
point de départ





Retrouvez le bulletin, le webzine  
et la newsletter de l'Ordre en ligne sur  
[www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)

---

## 04. focus

LFSS 2017 : quoi de neuf  
pour les médecins ?

## 06. en bref

- Cotisation de l'Ordre des médecins  
pour 2017

- Sécurité des médecins :  
L'Ordre au ministère de l'Intérieur

## 08. sur le terrain

Au Créatif, les patients « anticoagulés »  
sous étroite surveillance

## 10. e-santé

Télémédecine et Europe : quelles frontières ?

## 11. ailleurs

Le CEOM à Paris

## 12. entretiens croisés

Vaccination : une confiance  
à restaurer

---

## le guide juridique

### 24. en bref

- Le Cnom agit contre le fichage sauvage  
des médecins

- La fin de vie : parlons-en avant

### 25. vos questions / nos réponses

L'enregistrement des internes au RPPS

### 26-27. décryptage

Filière visuelle : qui fait quoi ?

### 28-30. pratique

- Obligation de soins et injonction de soins :  
quelle différence ?

- Devenir médecin réserviste

---

## 31. culture médicale

### 32. rencontre

D<sup>r</sup> Alain Froment, anthropologue, docteur  
en médecine et en anthropologie biologique,  
directeur de recherche à l'IRD au sein  
du département Hommes, natures, sociétés  
du Muséum national d'histoire naturelle.



## 16 Réforme du système de santé Les territoires comme point de départ

Le Cnom a publié en janvier un nouvel opus dans la  
continuité de son livre blanc Pour l'avenir de la santé.  
Son objectif : développer de façon opérationnelle  
les IO propositions formulées dans son livre blanc afin  
de faciliter leur application dans les territoires avec,  
en clé de voûte, le bassin de proximité santé (BPS).

---

## restons connectés!



Sur le Web : [www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)

Sur Twitter : suivez-nous sur @ordre\_medecins

Par mail : [conseil-national@cn.medecin.fr](mailto:conseil-national@cn.medecin.fr)

Nous écrire : Conseil national de l'Ordre des médecins,  
180, bd Haussmann, 75008 Paris



DR

## 2017 : pour l'Ordre, le temps de l'action

**J'ai l'honneur, pour la quatrième fois, de vous présenter les vœux du Cnom pour cette nouvelle année.** C'est un honneur et une source d'espoir immense. 2016 a été un temps d'écoute et de débat à travers notre Grande consultation; 2017 sera le temps de l'action.

Notre système de santé est à bout de forces. En refusant les réformes de fond, en colmatant des brèches pour répondre à l'injonction économique, en favorisant une hyper-administration déconnectée des territoires, les acteurs politiques, de droite comme de gauche, portent une lourde responsabilité dans ce constat. Notre système ne tient que grâce aux professionnels de santé qui le portent à bout de bras. Je veux leur rendre ici un vibrant hommage : ils sont, au même titre que les enseignants, les forces de police ou de l'armée, les piliers des principes de bienveillance républicaine, de fraternité et de solidarité. Il est temps que la parole soit redonnée aux professionnels et aux patients.

Parce que 2017 est une année cruciale – année électorale –, le temps est venu pour l'Ordre de proposer la réforme globale, concertée et partagée, voulue par les médecins. Nous avons recensé les initiatives des territoires visant à renforcer l'accès aux soins. Il n'y a pas de modèle unique qui, décidé nationalement, se déclinerait sur tous les territoires. Les expériences qui réussissent aujourd'hui sont sous-tendues par un projet médical de territoire porté par les professionnels de santé. Ce sont les solutions multiples et pensées par tous les acteurs politiques, professionnels et usagers qui seront déterminantes.

Nous vous proposons de contribuer à l'émergence d'une vraie réforme du système de santé, basée sur les territoires, portée par les structures professionnelles et les usagers, qui implique un décloisonnement des exercices et des activités. Avec un objectif : garantir un accès aux soins de qualité équitable selon les territoires, pertinent dans les soins, capable de favoriser les passerelles entre les spécialités et les disciplines et d'utiliser le meilleur des nouvelles technologies.

Il n'y aura pas de médecine sans médecin et tant qu'il y aura un médecin, il y aura un Ordre des médecins qui agira pour que son rôle soit reconnu et respecté.

### **Dr Patrick Bouet**

Président du Conseil national de l'Ordre des médecins

**Directeur de la publication :** Dr Walter Vorhauer - **Ordre des Médecins**, 180, bd Haussmann, 75389 Paris Cedex 08. Tél. : 01 53 89 32 00.  
E-mail : conseil-national@cn.medicin.fr - **Rédacteur en chef :** Dr Patrick Romestaing - **Coordination :** Évelyne Aochiardi  
**Conception et réalisation :** CITIZENPRESS 48, rue Vivienne, 75002 Paris - **Responsables d'édition :** Sarah Berrier, Claire Peltier  
**Direction artistique :** David Corvaisier - **Maquette :** Vianney Bureau, Vincent Seigneur - **Secrétariat de rédaction :** Alexandra Roy  
**Fabrication :** Sylvie Esquer - **Couverture :** Istock - **Impression :** Imprimerie Vincent - **Dépôt légal :** à parution - n° 16758  
ISSN : 1967-2845. Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.



Ce document a été réalisé  
selon des procédés  
respectueux  
de l'environnement.

Loi de financement de la sécurité sociale pour 2017

# Quoi de neuf pour les médecins ?

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) fixe tous les ans le cadre général des comptes sociaux de la France avec ses prévisions de recettes et de dépenses et les conditions de l'équilibre général. Ce cadre impacte directement ou indirectement l'activité des médecins libéraux, hospitaliers ou salariés qui devra évoluer.



**L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (le fameux Ondam) y tient la première place avec un prévisionnel de 205 milliards d'euros pour 2017.** Le taux de progression de l'Ondam pour 2017 a été fixé par la loi à 2,1 %, et Nicolas Revel, le directeur général de la Cnamts, a reconnu qu'« il [était] particulièrement exigeant au regard de l'évolution tendancielle de la dépense de santé, qui est de l'ordre

de 3,5 à 4 % ». Le gouvernement a justifié cet objectif par la nécessité de poursuivre la réduction des déficits et l'a estimé réaliste si des mesures d'efficience complémentaires étaient mises en œuvre.

## Les incidences pour les médecins

La LFSS ne se borne pas à fixer un cadre général mais contient également des

mesures concrètes, qui ont une incidence directe sur les dépenses d'assurance maladie. On peut en signaler certaines qui intéressent directement les médecins même s'il est impossible, en quelques lignes, d'être exhaustif.

## Congé maternité/paternité

La loi autorise les partenaires conventionnels à négocier la mise en place d'un avantage financier au bénéfice des médecins interrompant leur activité pour cause de maternité ou de paternité (article 72).

Selon l'étude d'impact, l'avantage financier versé durant le congé maternité prendra la forme d'une rémunération forfaitaire d'un montant mensuel de 3 105 euros, pour une durée maximale de trois mois. L'aide forfaitaire versée durant le congé paternité, en raison de la durée plus réduite de celui-ci, sera calculée au prorata de l'avantage versé aux mères, soit un montant de 1 117 euros, correspondant à 11 jours de congé.

Il convient ici de rappeler que les médecins libéraux bénéficient déjà d'une protection maternité ou paternité, au titre du régime général, pour les médecins adhérent au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, ou au titre du régime social des indé-

pendants. L'interruption d'activité pour cause de maternité ouvre droit au versement d'une allocation forfaitaire de repos maternel et d'indemnités journalières forfaitaires. Ces indemnités journalières peuvent également être versées dans le cadre d'un congé de paternité. L'allocation forfaitaire s'élève à 3218 euros et les indemnités journalières à 52,90 euros, soit plus de 8000 euros de revenus de remplacement sur un congé maternité de trois mois.

Cet article a fait l'objet de discussions houleuses dans la mesure où le gouvernement entendait limiter cette avancée dans la protection sociale aux médecins de secteur 1 ou adhérents au CAS, comme l'indique d'ailleurs l'étude d'impact. Cette discussion s'est prolongée devant le Conseil constitutionnel, qui a jugé que la disposition votée ne réservait pas à certaines catégories de médecins l'aide financière instituée par l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale et qu'en conséquence il n'y avait pas eu méconnaissance du principe d'égalité devant la loi. Le Conseil constitutionnel a assorti sa position de la mise en garde suivante : « *Aussi appartiendra-t-il aux conventions nationales mentionnées ci-dessus de déterminer, sous le contrôle du juge, le champ d'application de cette aide financière dans le respect des principes constitutionnels.* »

Afin de préserver l'attractivité du dispositif du praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA) et compte tenu de la possible extension aux médecins conventionnés de son principal avantage financier, la loi prévoit que les PTMA bénéficieront également de la rémunération complémentaire octroyée en cas d'interruption d'activité pour cause de maladie réservée jusque-là aux seuls praticiens territoriaux de médecine générale.

### Consultations longues

La loi de financement ne s'intéresse pas uniquement à la médecine ambulatoire. Preuve en est la création de consultations longues, pluridisciplinaires ou pluriprofessionnelles dans les établissements de santé facturables à l'Assu-

rance maladie. Suivant les travaux parlementaires, elles trouveront leur place entre la consultation externe simple et l'hospitalisation de jour (article 79).

### Santé mentale des adolescents

Des expérimentations peuvent être menées, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2017 et pour une durée n'excédant pas quatre ans, afin d'améliorer la prise en charge et le suivi de jeunes de 6 à 21 ans chez lesquels un médecin, notamment médecin généraliste, médecin scolaire, pédiatre ou psychologue scolaire, a évalué une souffrance psychique (article 68). Dans le cadre de ces expérimentations, qui devraient concerner 1 500 jeunes, les médecins ou psychologues scolaires peuvent, après évaluation, orienter vers des consultations de psychologues libéraux, en fonction des besoins et de la situation du jeune et de sa famille. Ces consultations donneront lieu à un financement forfaitaire. Un décret précisera les modalités de mise en œuvre et d'évaluation de ces expérimentations, notamment concernant le suivi des patients et le financement des consultations.

Le Cnom sera particulièrement vigilant à la rédaction de ce décret, notamment en raison de l'adressage par un psychologue scolaire, ajouté au texte au dernier moment à côté du médecin scolaire. Se pose une nouvelle fois la question de la place des médecins scolaires dans le dispositif de prévention à l'école, qu'ils doivent coordonner, comme le Conseil

national l'a encore récemment rappelé au ministre de l'Éducation nationale. L'absence de mention du psychiatre dans le dispositif proposé suscite également des interrogations.

### Victimes d'actes de terrorisme

La loi consolide le mécanisme de prise en charge des victimes tel que défini par la LFSS pour 2016, qui avait créé un régime exceptionnel unique, garantissant une prise en charge intégrale à 100 % des frais de santé engagés par les victimes et les familles des victimes d'actes de terrorisme.

La loi prévoit également (article 60) la mise en place d'un dispositif de recueil d'informations à caractère personnel sur les victimes d'actes de terrorisme et plus largement des personnes victimes de situations sanitaires exceptionnelles (dispositif Orsan). Dans ce cadre, le Conseil national de l'Ordre des médecins a obtenu que le contenu des informations communiquées et leurs destinataires soient limités à ce qui est strictement nécessaire à leur prise en charge. Un décret doit préciser la nature des données recueillies et fixe les modalités de cette transmission dans le respect des règles garantissant la protection de la vie privée. Là encore, le Cnom exercera sa vigilance.

**D' François Simon et Francisco Jornet, section Exercice professionnel**

## Références

- **Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017** : [www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033680665&fastPos=2&fastReqId=894049715&categorieLien=id&oldAction=rechTexte](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033680665&fastPos=2&fastReqId=894049715&categorieLien=id&oldAction=rechTexte)
- **Décision n° 2016-742 DC du 22 décembre 2016** : [www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/les-decisions/acces-par-date/decisions-depuis-1959/2016/2016-742-dc/decision-n-2016-742-dc-du-22-decembre-2016.148381.html](http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/les-decisions/acces-par-date/decisions-depuis-1959/2016/2016-742-dc/decision-n-2016-742-dc-du-22-decembre-2016.148381.html)
- **Étude d'impact** : [www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/projets/pl4072-ei.pdf](http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/projets/pl4072-ei.pdf)
- **Travaux parlementaires** :  
Assemblée nationale : [www.assemblee-nationale.fr/14/dossiers/plfss\\_2017.asp](http://www.assemblee-nationale.fr/14/dossiers/plfss_2017.asp)  
Sénat : [www.senat.fr/rap/116-114-7/116-114-71.pdf](http://www.senat.fr/rap/116-114-7/116-114-71.pdf)

## Élections



**Suite à l'élection complémentaire à la chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins du 15 décembre 2016**, le Dr Pierre HECQUARD a été élu membre suppléant du collège externe.


 les tweets

@ordre\_medecins – 27 déc.  
Itw dans les @LesEchos : « @BouetP veut des maisons de santé adaptées aux réalités du terrain »

@ordre\_medecins – 16 déc.  
L'Ordre se félicite de la qualité d'écoute du ministre BrunoLeRoux @Place\_Beauvau : tout #médecin doit pouvoir exercer en toute #sécurité

@ordre\_medecins – 14 déc.  
a retweeté Le Figaro  
« Faut-il augmenter le nombre de #médecins en France? » via @Le\_Figaro : l'urgence est de réformer le #SystemeSanté!  
@Firenault @BouetP

# Cotisation de l'Ordre des médecins pour 2017

**Lors de la session budgétaire du 15 décembre 2016, le Conseil national de l'Ordre des médecins a décidé de porter le montant de la cotisation annuelle pour 2017 à 333 euros, soit une augmentation de 3 euros (0,8 %).** Le Cnom poursuit sa politique de mise à niveau de la cotisation à la solidarité intergénérationnelle. Cette augmentation s'applique donc également à la cotisation des médecins retraités.

Cette augmentation maîtrisée sera affectée de la manière suivante :

- 1 euro à la création du coffre-fort électronique mis à la disposition de chaque médecin à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017 ;
- 1 euro au fonds de péréquation destiné à apporter une aide sélective aux départements à faible poids démographique ;
- 1 euro affecté à la gestion administrative.

Le budget du Cnom concrétise sa volonté de mettre l'institution en capacité d'agir tout en contrôlant et stabilisant l'effort demandé à chaque médecin. Au vu du

contexte électoral, 2017 sera une année particulière de mobilisation institutionnelle. Il nous revient de défendre les valeurs de notre profession pour renforcer notre présence et celle de tous les médecins au cœur du système de santé, tout en continuant à assurer notre mission de service public, au service des médecins, dans l'intérêt des patients.

L'Ordre est aujourd'hui entendu et le sera encore demain parce que nous avons cette force d'être présents en tout point du territoire, aux côtés de tous les médecins, dans une action cohérente et déterminée.

## En pratique

Les médecins doivent s'acquitter de leur cotisation **dès le 1<sup>er</sup> trimestre 2017**. Les frais de première inscription ayant été supprimés, les médecins concernés doivent désormais s'acquitter d'une demi-cotisation la première année. Ils sont exonérés de la première inscription si celle-ci se réalise au cours du dernier trimestre.

## La cotisation en détail

**Cotisation annuelle 2017 : 333 euros**  
**Cotisation de la liste spéciale : 131 euros**  
**Cotisation médecin retraité : 93 euros**  
**Cotisation SCP/SEL/SPFPL : 333 euros**

### Quotités affectées à chaque échelon de l'Ordre :

- Quote-part départementale : 162 euros
- Quote-part régionale : 40 euros
- Quote-part nationale : 131 euros



## Le Conseil national va changer d'adresse

Le Conseil national de l'Ordre des médecins va quitter ses locaux du boulevard Haussmann pour s'établir au 4, rue Léon-Jost, dans le 17<sup>e</sup> arrondissement de Paris. Ce déménagement, prévu pour le dernier trimestre de 2017, vise à réaliser des économies d'échelle en rassemblant l'ensemble des équipes dans un seul et même bâtiment au lieu de trois à l'heure actuelle. Les conditions optimales de vente des anciens locaux couplées à un taux d'intérêt d'emprunt particulièrement intéressant ont permis de réaliser cette opération sans nécessiter d'effort supplémentaire sur la cotisation.



## À lire

Le nouveau webzine de l'Ordre

## Adolescents, le soin comme lien

Le Cnom a publié un nouveau webzine sur la santé des adolescents. Ce public singulier est aujourd'hui trop peu pris en compte dans les politiques de santé publique et pas suffisamment connu ni suivi de façon spécifique par les professionnels de santé. Pourtant, une majorité de la morbidité précoce chez les adultes prend racine à cette période charnière de la vie. L'adolescence est également l'âge des expérimentations avec de nombreux risques associés. Alors comment mieux prendre en charge les adolescents ? De nombreux experts débattent de cette question dans ce webzine disponible sur le site du Cnom.

Lire le webzine :

[www.conseil-national.medecin.fr/node/1961](http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1961)

## Sécurité des médecins

# L'Ordre au ministère de l'Intérieur

À la demande du Conseil de l'Ordre des médecins, Bruno Le Roux, ministre de l'Intérieur, a reçu, le 15 décembre, le D<sup>r</sup> Patrick Bouet, président du Cnom, et le D<sup>r</sup> Hervé Boissin, conseiller national, coordonnateur de l'Observatoire national de la sécurité des médecins.

Lors de cette rencontre, le Cnom a proposé des mesures concrètes pour améliorer au plus vite la sécurité des professionnels de santé.

Au terme de l'entretien, plusieurs actions ont été arrêtées, parmi lesquelles :

- la mise en place d'une mission d'inspection *ad hoc* destinée à évaluer la pertinence et l'efficacité des mesures prises dans le cadre des protocoles en cours. Les mesures jugées les plus pertinentes seront généralisées selon un ordre prioritaire, en fonction des retours d'expérience, en collaboration avec le Conseil national de l'Ordre des médecins.

- l'élaboration d'un plan de communication appelant l'attention sur le respect dû aux professionnels de santé dans l'intérêt de la population. Le ministre a souligné que la sécurité des professionnels de santé constitue un enjeu majeur tant pour les actions qu'ils conduisent en faveur de nos concitoyens, particulièrement de ceux en situation de vulnérabilité, que pour le lien social auquel ils prennent une part essentielle.

# Au Créatif, les patients « anticoagulés » sous étroite surveillance

À l'hôpital parisien Lariboisière, le Centre de référence et d'éducation des antithrombotiques d'Île-de-France (Créatif) accompagne à distance plus de 1 000 patients recevant un traitement anticoagulant.

**Une structure encore rare en France, alors qu'elle affiche des résultats à la hauteur de l'enjeu sanitaire.**

**En France, les traitements anticoagulants oraux (antivitamines K) constituent la première cause d'accidents iatrogènes** avec 17 000 hospitalisations et 5 000 décès par an. Des prescriptions le plus souvent au long cours, difficile à équilibrer du fait de la faible marge thérapeutique, et sources de complications hémorragiques et thrombotiques.

Pour prévenir ces risques, le Centre de référence et d'éducation des antithrombotiques d'Île-de-France (Créatif) propose depuis dix ans un accompagnement à distance personnalisé des patients. « *Le Créatif est une structure de télémedecine et d'éducation thérapeutique destinée à améliorer la qualité du suivi des patients, dès leur sortie de l'hôpital. Ces derniers sont sélectionnés en raison de la gravité de leur pathologie ou de leurs difficultés sociales. Leur prise en charge est difficile, voire impossible, dans le système de soins actuel* », détaille Claire Bal dit Sollier, coordinatrice du Créatif.

## Ajuster le traitement, suivre le patient

Joignable 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 en cas d'urgence, le Créatif encadre plus de 1 000 patients (dont 300 nouveaux en 2016). Tous sont adressés par un médecin hospitalier ou de ville, toujours en accord avec le médecin traitant. Chaque jour, les deux médecins du Créatif réceptionnent et analysent une centaine de résultats d'« International Normalized Ratio » (INR), l'indicateur de référence pour évaluer le



Une fois par semaine, le Créatif organise un atelier d'éducation thérapeutique au sein de l'hôpital Lariboisière. Au programme : interactions médicamenteuses, problèmes diététiques, attitude en cas de saignement ou d'oubli de la prise d'anticoagulant, chirurgie, grossesse, maladies intercurrentes, etc.

taux d'anticoagulation. « *Lorsque nous constatons un écart, nous téléphonons au patient pour comprendre la nature du dysfonctionnement* », explique le cardiologue Jean-Guillaume Dillinger. En effet, équilibrer un traitement ne se résume pas à augmenter la dose d'anticoagulant quand l'INR baisse, et inversement. C'est seulement après ces échanges que le médecin est à même de prescrire le bon dosage de l'AVK. Cette prise en charge est appréciée par les patients. À l'instar de Jean-Jacques, 50 ans, anticoagulé pour une maladie thrombo-embolique veineuse. « *C'est rassurant d'être guidé par des experts. En cas de problème, nous ajustons ensemble le traitement. Il m'est arrivé de contacter le Créatif la nuit pour leur poser une question sur une interaction*

*médicamenteuse. Ça évite un passage aux urgences.* »

## Autonomiser les patients

La deuxième mission du Créatif porte sur l'éducation thérapeutique du patient (ETP). En 2015, 116 patients ont participé aux ateliers organisés régulièrement à l'hôpital ou en ville. Ils apprennent à analyser les causes de variation de leur INR, gérer le stress, agir face à un accident, etc. « *Un patient informé sur son traitement jouera un rôle actif dans sa prise en charge et aura plus de chances de se situer dans la zone thérapeutique requise* », décrypte le P<sup>f</sup> Ludovic Drouet, référent médical du Créatif. Le programme d'éducation thérapeutique traduit la volonté du Créatif d'autonomiser pro-



En France, les études montrent que le temps passé par le patient dans sa zone-cible d'INR avoisine les 50 %. Pour les patients suivis par le Créatif, particulièrement complexes, ce chiffre atteint 72 %.



L'action du Créatif évite un recours systématique aux urgences en cas de surdosage.



Les médecins du Centre reçoivent une centaine d'INR par jour. Pour chaque patient, ils adressent par mail un récapitulatif de sa situation, de sa prochaine prise de sang, etc. Ils conseillent également le patient lorsque le traitement anticoagulant doit être adapté, par exemple en cas de chirurgie.

gressivement les patients face à leur maladie. C'est dans cet objectif que son équipe développe une plate-forme Web sécurisée et une application smartphone qui permettra au patient de gérer son traitement anticoagulant.

### Quel avenir ?

Avec l'arrivée des anticoagulants oraux directs (AOD), qui ne nécessitent plus de surveillance biologique, le Créatif continue à jouer un rôle essentiel. « *Même si les AOD sont d'utilisation plus simple que les AVK, leur usage n'est pas sans difficulté. Cette classe thérapeutique porte des risques inhérents à sa nature, et sa prescription peut poser des questions d'indication, de suivi d'adaptation, de choix des associations. Les cliniques d'anticoagulation sont à même de prendre en charge l'éducation thérapeutique et l'aide à l'observance des patients* », rappelle Claire Bal dit Sollier.

## Témoignage

**Claire Bal dit Sollier,**  
coordinatrice du Créatif



### « Sécuriser la prise en charge des patients »

« Contrairement aux pays scandinaves ou aux Pays-Bas, la France ne compte qu'une demi-douzaine de cliniques d'anticoagulation. Pourtant, notre modèle a fait ses preuves. Nous constatons chez les patients suivis par le Créatif une amélioration du temps passé dans la « zone cible thérapeutique » et une baisse des événements hémorragiques et

thrombotiques. L'éducation thérapeutique améliore l'observance des patients car ils se sentent davantage acteurs dans la prise en charge de leur pathologie et de son traitement. Le Créatif n'entend pas se substituer aux médecins traitants. Notre vocation est au contraire de sécuriser la prise en charge de leurs patients car les médecins traitants

n'ont pas forcément le temps nécessaire pour comprendre, dans le détail, les origines d'un déséquilibre d'INR. Nous les informons d'ailleurs systématiquement des recommandations données aux patients. Déléguer cette tâche au Créatif est bénéfique pour un meilleur suivi du traitement anticoagulant de ces patients complexes. »



# Télémédecine et Europe

## Quelles frontières ?



**Le droit européen permet la pratique transfrontalière de la télémédecine, que les pays soient limitrophes ou non.**

Cela pose des interrogations compte tenu de la diversité de la réglementation dans chaque État membre, voire de son absence, et de la sécurité des soins ainsi dispensés. Explications avec le Dr Jacques Lucas, vice-président du Cnom, délégué général aux systèmes d'information en santé.

### Quelle est la réglementation européenne en matière de télémédecine ?

La directive européenne du 9 mars 2011 sur les soins de santé transfrontaliers dispose que tout citoyen européen peut être pris en charge dans un autre État membre de l'Union, y compris par télémédecine. S'il est Français, les conditions de sa prise en charge par l'Assurance maladie française restent cependant subordonnées à la réglementation française. Cette directive s'applique aux consultations en face-à-face mais aussi aux activités de télémédecine. Il faut savoir que la France est l'un des seuls États de l'Union européenne à avoir une réglementation stricte sur la pratique de la télémédecine. Beaucoup de pays considèrent en effet celle-ci comme une prestation de service utilisant les outils numériques, moyennant rétribution, et relevant donc de l'application de la directive sur le commerce électronique.

### Quelles sont les conséquences de ces dispositions ?

Nous avons vu apparaître en juin 2016 une société basée en Grande-Bretagne : Zavamed. Elle offre la

possibilité à tout Français majeur la possibilité d'accéder à des téléconsultations via un portail Internet. Une petite équipe de médecins anglais francophones inscrits au General Medical Council (GMC) propose des téléconsultations, limitées pour le moment à trois facettes de la « santé intime », comme l'indique le site : la dysfonction érectile chez l'homme, l'infection urinaire et la contraception chez la femme. Les patients sont invités à remplir un questionnaire, règlent la consultation puis reçoivent une ordonnance. Cependant, ces téléconsultations n'ouvrent pas droit à un remboursement par l'Assurance maladie. La prescription le serait-elle ? La France n'est pas le seul pays concerné puisque Zavamed propose ces prestations dans 5 pays européens. Ces pratiques interpellent sur la sécurité des soins, sur les qualifications et les compétences des praticiens, sur la fiabilité du diagnostic basé sur un formulaire rempli en ligne par le patient, et sur le régime de responsabilité applicable en cas de contentieux. Par ailleurs, Zavamed est accréditée par un organisme britannique dont le responsable est également le fondateur du site,

ce qui interroge sur un possible conflit d'intérêts.

### Comment peut agir le Cnom ?

Le Cnom n'a pas de moyen d'action directe. Il est nécessaire d'intervenir sur le plan national et européen. C'est pourquoi, nous nous sommes rapprochés du GMC pour l'interroger sur la légalité de telles activités en Grande-Bretagne. Nous avons également alerté l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) ainsi que le ministère français de la Santé, dont les logos figurent sur le site Zavamed. En matière de responsabilité civile, nous estimons que ce sont les instances juridiques françaises qui devraient être compétentes en cas de contentieux, pour la protection des citoyens français. Nous avons enfin interrogé le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens afin de savoir si les prescriptions délivrées dans ce contexte seront honorées dans les pharmacies françaises. Voilà à ce jour les actions entreprises par le Cnom. Nous attendons les réponses des autorités sanitaires françaises et britanniques, indépendamment même de la situation créée par le Brexit.



## LE CEOM À PARIS

**Le 2 décembre, le Conseil européen des Ordres médicaux s'est réuni en plénière à Paris dans les locaux du Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom).** À cette occasion, le D<sup>r</sup> Bouet, président du Cnom, a tenu à rappeler que « *les organisations médicales forment la chaîne du cœur de la politique européenne* ».

Parmi les moments forts de la journée : la présentation de « One Health » par le D<sup>r</sup> Monique Eloit, directrice générale de l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE), Michel Baussier, président du Conseil national de l'Ordre des vétérinaires, et le D<sup>r</sup> Otmar Kloiber, secrétaire général de l'Association médicale mondiale. L'objectif de cette initiative mondiale : faire travailler ensemble les acteurs de la santé humaine et de la santé animale afin de préserver la sécurité sanitaire et la sécurité alimentaire. Et pour cause :

60 % des agents pathogènes pour l'homme sont d'origine animale. « *Médecins et vétérinaires doivent absolument renforcer leur collaboration pour faire face aux futurs défis sanitaires* », a souligné le D<sup>r</sup> Eloit. Cette réunion a également permis d'aborder la

question du secret professionnel face au risque terroriste, avec une présentation du D<sup>r</sup> Patrick Romestaing, vice-président du Cnom, et du D<sup>r</sup> Jacques Lucas, délégué général des systèmes d'information en santé du Cnom. Le CEOM compte mettre au point lors de la prochaine réunion plénière une déclaration commune sur ce sujet éthique délicat. Enfin, les résultats d'une enquête menée auprès des pays membres du CEOM sur les médecines alternatives et complémentaires (MAC) ont été présentés, ainsi qu'un projet de recommandations éthiques européennes. Ce dernier indique entre autres que ces pratiques doivent être obligatoirement réalisées par un médecin, sous réserve qu'il informe son patient sur leurs effets et leurs conséquences éventuels afin d'être en mesure de recevoir son consentement. Le médecin ne doit pas, cependant, soustraire le patient aux traitements traditionnels s'il n'existe pas de certitude quant à l'efficacité des MAC. Le médecin doit enfin démontrer qu'il a acquis une formation particulière sur les MAC en présentant, le cas échéant, les documents certifiant le programme de formation.

**+ d'infos :** [www.ceom-ecmo.eu](http://www.ceom-ecmo.eu)



# entretiens croisés

Texte : Aline Brillu | Photos : DR

## Vaccination : une confiance à restaurer

**Alors que la couverture vaccinale française est l'une des plus basse d'Europe, il devient urgent de rassurer les Français, de plus en plus réticents.** C'est tout l'enjeu de la grande concertation citoyenne sur la vaccination qui a rendu ses préconisations fin novembre.

# 52%

**des Français** se disent certains que les vaccins présentent plus de bénéfices que de risques, selon un sondage Ipsos. C'est le taux de confiance le plus bas depuis 2012.

Source : Ipsos - oct. 2016

**41 % des Français expriment des doutes sur la dangerosité des vaccins.** C'est ce qui ressort d'une vaste étude internationale menée par la London School of Hygiene and Tropical Medicine, publiée en septembre dans la revue *EBioMedicine*. Les auteurs ont interrogé les habitants de 67 pays sur leurs opinions vis-à-vis des vaccins. Résultat : c'est en France que le niveau de confiance est le plus faible. Le fiasco de la campagne contre le H1N1, les controverses sur une prétendue dangerosité des adjuvants ainsi que les ruptures d'approvisionnements de certains produits ont amplifié encore la méfiance des Français. Cette désaffection se traduit par une baisse de la couverture vaccinale qui inquiète médecins et pouvoirs publics.

C'est justement pour lutter contre ces réticences que la ministre de la Santé, Marisol Touraine, a lancé une concertation citoyenne sur le sujet. Seize représentants de la société civile (professionnels de santé, chercheurs...) ont réfléchi sur ce sujet pendant six mois. Dans son rapport, remis le 30 novembre dernier, ce comité indépendant préconise notamment l'extension de l'obligation vaccinale à onze valences, contre trois aujourd'hui, mais aussi la création d'un carnet de santé électronique ou encore le retour de la vaccination à l'école. L'Ordre des médecins a proposé à des experts d'échanger sur cette délicate question, qui représente aujourd'hui un véritable enjeu de santé publique.



**D<sup>r</sup> Jean-Marcel Mourgues,** président de la section Santé publique et démographie médicale au Cnom



**D<sup>r</sup> Sydney Sebban,** pédiatre à Paris



**D<sup>r</sup> Daniel Levy-Bruhl,** épidémiologiste à Santé publique France



**Philippe Lamoureux,** directeur général du Leem

### D<sup>r</sup> Jean-Marcel Mourgues

Aujourd'hui, l'acte vaccinal n'est plus relié à une réalité pathologique. Nous n'avons plus de cas de polio ou de diphtérie, et donc nous avons perdu de vue l'intérêt collectif de la vaccination. Plusieurs polémiques ont également entretenu la défiance des Français. Des soupçons de conflits d'intérêts entre les industriels et les experts ont créé un doute sur l'indépendance de ceux qui portent les messages de santé publique. L'indisponibilité du vaccin DTP augmente également cette défiance puisque les Français n'ont pas d'autre choix que de se tourner vers des produits multivalents, et donc de recevoir un vaccin qui n'est pas obligatoire. On peut s'interroger sur la stratégie des laboratoires pharmaceutiques...

### D<sup>r</sup> Sydney Sebban

Il y a eu ces dernières années plusieurs campagnes de désinformation sur la dangerosité des vaccins, qui ont été amplifiées par Internet. D'ailleurs certains médecins ont relayé ces fausses informations, ce qui est regrettable. Le grand public se retrouve donc perdu. Je pense également que la vaccination n'a pas été suffisamment bien portée par les politiques publiques. Les campagnes ratées contre la grippe H1N1 ou l'hépatite B n'ont pas plaidé en faveur de la vaccination.

### Philippe Lamoureux

Le vaccin est efficace et a donc permis la disparition de pathologies comme la polio. Cela éloigne la perception de l'urgence de la vaccination. Par ailleurs, la vaccination est un acte médical très spécifique puisqu'il concerne des personnes en bonne santé. C'est un geste qui ne va pas de soi. D'autre part, il y a des polémiques récurrentes sur les risques liés aux vaccins qui sont scientifiquement infondées et qui érodent la confiance des Français dans le vaccin. Nous constatons par ailleurs que les médecins, eux aussi, perdent confiance en la vaccination, ce qui s'avère gravissime. Le médecin doit en effet avoir un rôle pédagogique.

## Qu'est-ce qui, selon vous, explique la défiance des Français en matière de vaccination ?

### D<sup>r</sup> Daniel Levy-Bruhl

Il ne s'agit pas d'un désamour de la vaccination en général, mais plutôt d'un désamour de certains vaccins. En effet, près de 100 % des nourrissons reçoivent le vaccin DTP-coqueluche-*Haemophilus B*. Et la couverture du vaccin contre le pneumocoque est proche de 95 %. Mais, en revanche, certaines couvertures restent insuffisantes. C'est le cas pour la vaccination rougeole-oreillons-rubéole. Nous sommes à 90 % d'enfants vaccinés à 24 mois alors que l'on aurait besoin d'une couverture à 95 % pour éviter le retour des épidémies. En ce qui concerne le méningocoque C, il s'agit d'un vaccin récent (2010) dont la progression est également plus lente que ce que l'on souhaiterait. Il y a enfin un vrai recul pour deux vaccins : HPV (14 % à 16 ans) et la grippe (48,5 % des plus de 65 ans). Pour la grippe, c'est surtout lié à l'impact de la campagne de vaccination contre le H1N1 qui a jeté le trouble chez les médecins et auprès du grand public. Pour ce qui est du HPV, il y a eu beaucoup d'émotion générée autour de ce vaccin et d'un potentiel risque de déclenchement de maladies auto-immunes. Pourtant, les études ne montrent pas de lien entre l'apparition de ces maladies et le vaccin, à l'exception d'un possible très faible excès de risque pour le syndrome de Guillain-Barré, qui reste à vérifier.

**D<sup>r</sup> Jean-Marcel Mourgues**

Il est essentiel de mettre en place des campagnes à destination du grand public avec, par exemple, des livrets d'information pour les patients. Il faut également que les médecins puissent disposer d'argumentaires sur les bénéfices et les risques des vaccins. Le médecin se retrouve en effet souvent en difficulté face aux usagers qui demandent à être convaincus de l'intérêt de la vaccination et de l'innocuité de certains produits comme les adjuvants. Nous plaçons également pour la mise en place d'un carnet de vaccination électronique pour améliorer la traçabilité du statut vaccinal du patient. Il semble par ailleurs essentiel de remédier au problème des ruptures de stocks.

**D<sup>r</sup> Sydney Sebban**

**« Il faut rappeler que les avantages de la vaccination sont largement supérieurs aux risques. »**

**D<sup>r</sup> Sydney Sebban**

J'insiste sur l'importance des campagnes de communication. Il faut expliquer que la vaccination nous a épargné beaucoup de choses. Nous avons oublié ces graves épidémies qui ont touché les populations jusque dans les années 1960. Il faut rappeler que les avantages de la vaccination sont largement supérieurs aux risques. Je plaide également pour que les médecins puissent disposer de doses de vaccins dans leur cabinet. En tant que pédiatre, je constate que les adolescents viennent très peu en consultation. Nous les voyons parfois pour des certificats de sport. Alors pourquoi ne pas profiter de ces rares occasions pour les vacciner sur place si on dispose de quelques doses d'avance ?

## Quelles pourraient être les solutions pour améliorer la couverture vaccinale ?

**D<sup>r</sup> Daniel Levy-Bruhl**

Nous devons rassurer les Français. Il faut savoir qu'en France nous sommes très exigeants et que les vaccins inscrits au calendrier vaccinal présentent tous une balance bénéfices-risques très favorable. Nous avons par ailleurs moins de vaccins dans ce calendrier que d'autres pays comparables. Les Britanniques, par exemple, vaccinent les nourrissons contre le rotavirus et la méningite B, et les Allemands contre la varicelle. Par ailleurs, le calendrier vaccinal est sans cesse revu en fonction des nouvelles données scientifiques. Il faut également rappeler aux Français que la vaccination présente un intérêt personnel mais aussi collectif : elle a pour objectif l'élimination de certaines maladies.

**D<sup>r</sup> Jean-Marcel Mourgues**

**« Les médecins doivent pouvoir s'appuyer sur des éléments scientifiques et techniques pour répondre sereinement aux doutes de leurs patients. »**

**Philippe Lamoureux**

Avec le comité vaccins du Leem, nous avons évoqué plusieurs axes pour restaurer la confiance dans les vaccins. Cela passera notamment par la communication, pour préserver l'image des vaccins des controverses injustifiées. Nous pensons également que la politique vaccinale doit être plus claire et plus transparente. Nous devons par ailleurs remédier au problème des pénuries dont les causes peuvent être multiples. Il faut comprendre que le vaccin est un produit biologique avec des contrôles qualité très stricts. Quand il y a le moindre doute sur un produit, il faut reprendre la fabrication à zéro, ce qui engendre un retard de plusieurs mois. Par ailleurs, il s'agit d'une production mondialisée sur laquelle les industriels ont très peu de visibilité. La demande varie sans cesse en fonction des différentes politiques vaccinales ou des épidémies. Nous collaborons avec les pouvoirs publics sur ce sujet en les informant précisément de l'état des stocks. Enfin, nous demandons l'harmonisation des calendriers vaccinaux en Europe mais aussi d'être informés des changements de politique vaccinale, pour pouvoir les anticiper.

**D<sup>r</sup> Daniel Levy-Bruhl**

Le médecin traitant est la pierre angulaire de la vaccination. Nous devons tout faire pour l'aider à trouver les bonnes informations et les bons arguments scientifiques pour convaincre sa patientèle. La tâche devient difficile car les patients sont de plus en plus informés, mais souvent mal informés. Ils sont plus exigeants, veulent pouvoir exercer leur libre choix. Mais ce libre choix doit reposer sur des données valides. Les études récentes montrent que la population a encore une grande confiance en son médecin. En matière d'amélioration de la couverture vaccinale, la solution passe forcément par le médecin traitant !

**Philippe Lamoureux**

**« La politique vaccinale doit être plus claire et plus transparente. »**

**Philippe Lamoureux**

Il est essentiel de faciliter le travail des professionnels de la vaccination. Je pense que cela doit reposer sur une coopération interprofessionnelle, notamment entre pharmaciens et médecins. Par ailleurs, sur le principe, la multiplication des points d'entrée de la vaccination semble être une bonne chose. C'est une idée en phase avec l'objectif de ramener la couverture vaccinale à des taux suffisants. Mais cela ne doit pas générer des tensions ou des blocages.

**D<sup>r</sup> Jean-Marcel Mourgues**

Il y a probablement un déficit d'information de la part des médecins. Ils doivent pouvoir s'appuyer sur des éléments scientifiques et techniques pour répondre sereinement aux doutes de leurs patients. Les usagers ont un niveau d'instruction plus élevé et ont accès à de plus en plus d'informations. Le vaccinateur doit être capable d'argumenter pour répondre et pour convaincre de l'intérêt et de la non-dangerosité de la vaccination. C'est pourquoi nous pensons que la multiplication des vaccinateurs n'est pas une solution au recul de la vaccination. Le médecin traitant est sans nul doute la personne adéquate pour répondre aux doutes des Français. La défiance de la population vis-à-vis des vaccins n'a en effet jamais été imputée à une indisponibilité des médecins. Par ailleurs, l'ouverture de la vaccination aux autres professionnels de santé soulève également des questions de traçabilité qui ne sont pas encore résolues.

## Quel rôle doit jouer le médecin traitant ?

**D<sup>r</sup> Sydney Sebban**

Pour les médecins, il devient aujourd'hui difficile de vacciner sereinement. L'épidémiologie des maladies à prévention vaccinale a considérablement changé ces trente dernières années, modifiant en retour les recommandations. Le calendrier vaccinal qui faisait une page recto-verso dans les années 1980, en fait aujourd'hui près de 50. Tous ces éléments, auxquels il faut ajouter les tensions dans les approvisionnements et les réticences de la population, rendent la pratique complexe. C'est pourquoi il est essentiel de former les médecins. Ils pourraient par exemple avoir à leur disposition des éléments de discours simples qui leur donneraient les clés pour répondre aux questions des patients. Peut-être faudrait-il également valoriser une véritable consultation vaccinale une fois par an. Je pense aussi qu'il serait utile que chaque département mette en place un comité d'experts qui pourrait être sollicité par les médecins sur des cas très spécifiques qui requièrent une adaptation ou un report du calendrier vaccinal. Quant à la vaccination par les pharmaciens ou les infirmiers, pourquoi pas, à la condition qu'il y ait de la coordination et de la formation.

**D<sup>r</sup> Daniel Levy-Bruhl**

**« La vaccination présente un intérêt personnel mais aussi collectif. »**



# dossier

Textes : Sarah Berrier - Éric Allermoz | Photos : Julian Renard/Babel Photo, Istock, Phanie

## Réforme du système de santé

# Les territoires comme point de départ

**Le Cnom a publié en janvier un nouvel opus dans la continuité de son livre blanc *Pour l'avenir de la santé*. Son objectif : développer de façon opérationnelle les IO propositions formulées dans son livre blanc afin de faciliter leur application dans les territoires avec, en clé de voûte, le bassin de proximité santé (BPS).**

Le travail de réflexion du Conseil national de l'Ordre des médecins sur la mise en œuvre d'une réforme en profondeur de notre système de santé se poursuit. Entamé il y a 18 mois, à l'instigation du président, le D<sup>r</sup> Patrick Bouet, avec la Grande consultation, puis avec la publication de 10 propositions dans son livre blanc *Pour l'avenir de la santé*, il se décline aujourd'hui à l'échelle des territoires. L'Ordre considère en effet que seule une réforme globale, partagée et construite avec les acteurs qui l'appliqueront concrètement sur le terrain permettra d'offrir un accès aux soins pour tous et de qualité. Pour construire cette réforme au contact du terrain, le Cnom a lancé, au printemps 2016, une mission menée par le D<sup>r</sup> François Arnault, délégué général aux relations internes du Cnom. 

### Point de vue de l'Ordre

**D<sup>r</sup> François Arnault,**  
délégué général aux relations internes du Cnom



### « L'Ordre appelle à une mobilisation collective »

« La mission sur les initiatives territoriales a prouvé, s'il en était besoin, que les territoires regorgent d'acteurs, d'énergies et d'idées innovantes. Il nous a paru évident que ces territoires devaient être le point de départ d'impulsions concrètes pour mener la réforme de notre système de santé que nous appelons de nos vœux et sur laquelle nous travaillons au sein du Cnom depuis

plus de deux ans. Nous sommes convaincus qu'il faut organiser les soins en structurant les acteurs déjà présents sur le terrain par le biais des BPS. Il faut aussi améliorer l'attractivité des territoires en décroissant notamment la ville et l'hôpital grâce au développement de stages en ambulatoire ou encore en créant des postes de médecins adjoints dans les zones

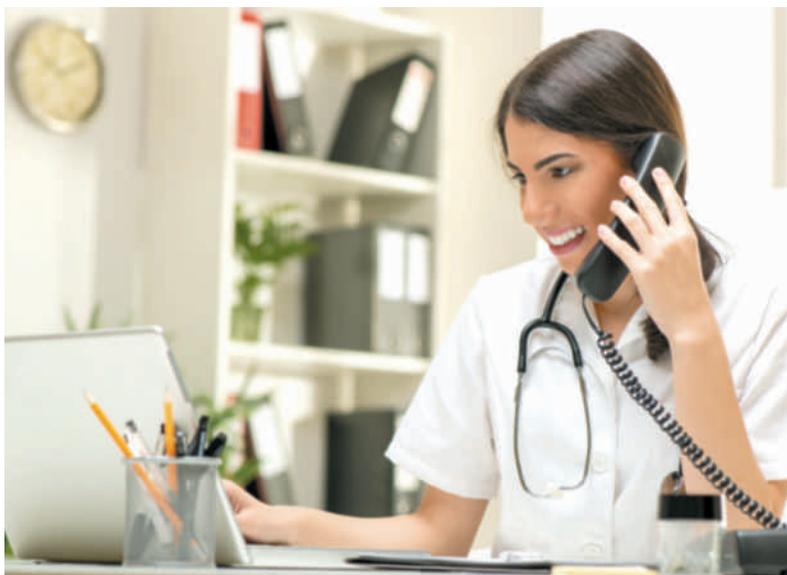
en tension... Les solutions sont aussi variées que les situations propres à chaque territoire. C'est pourquoi l'Ordre appelle à une mobilisation collective des conseillers régionaux, départementaux mais aussi des médecins et des élus locaux pour s'approprier les propositions du Cnom et mettre en œuvre des solutions concertées et adaptées au sein des territoires. »

..... Son objectif : recenser les initiatives territoriales originales, pertinentes, reproductibles et n'engendrant pas ou peu de coûts supplémentaires. En effet, partout dans les territoires, des professionnels de santé se mobilisent pour tenter de répondre aux problèmes de démographie médicale et d'organisation des soins. « Nous avons demandé aux conseils départementaux et régionaux de l'Ordre mais aussi aux facultés de médecine de nous faire part des initiatives intéressantes développées localement, détaille le D<sup>r</sup> François Arnault. Nous avons également réalisé une vaste revue de presse pour identifier des actions méconnues. » Au final, près d'un millier de projets ont été recensés. Trois pistes principales se dégagent : le regroupement de professionnels en structures et en réseaux, l'amélioration de la formation grâce à des stages professionnalisants, et la promotion de la médecine ambulatoire.

### Une réelle coopération entre les acteurs locaux

Mais comment faciliter le partage de ces expériences et leur diffusion, voire leur généralisation, à l'ensemble des territoires ? « Nous avons constaté que le succès de ces initiatives, tant dans les résultats que dans l'amélioration de la démographie médicale locale, passe le plus souvent par une collaboration effective et constante d'un maximum de partenaires : l'État par l'intermédiaire des ARS,

**« La réussite de ces initiatives passe le plus souvent par une coopération effective et constante d'un maximum de partenaires. »**



#### TÉMOIGNAGE

**D<sup>r</sup> Jean-Yves Brunet,**  
cardiologue à Cavaillon



### « Les aléas de la vie nous ont démontré l'intérêt de ce groupement »

« J'exerce au sein d'une Selarl, le Groupe cardio-vasculaire Sorgue-Lubéron, créée en 2000, qui comprend trois cabinets sur trois villes : Cavaillon, Apt et L'Isle-sur-la-Sorgue. Elle regroupe 8 cardiologues associés. Le Vaucluse est un "petit" département où tout le monde cardiologique se connaît. Il y avait déjà des mises en commun qui étaient faites entre les cardiologues, par exemple, pour la salle d'épreuves d'effort. Mais nous avons voulu aller plus loin. Nous avons donc cherché une structure légale qui nous permettrait de travailler dans les différents cabinets, de pouvoir nous entraider et nous remplacer mutuellement en cas de besoin en conservant une continuité des soins. À cette époque, monter une Selarl était quelque chose d'innovant, encore plus pour des cardiologues. Seize ans après, nous sommes toujours là, et les aléas de la vie nous ont démontré l'intérêt de ce groupement. La Selarl offre en effet un cadre solidaire et sécurisant. Chaque associé touche une rémunération fixe tous les mois. En cas de maladie, il va la percevoir durant les 3 mois de carence de la Carmf. Après, nous avons dû faire face il y a quelques années au décès brutal d'un des associés : en plus d'assurer la continuité des soins, les modalités de fonctionnement du groupe ont permis à la famille de toucher un revenu de base pendant quelques mois, puis de revendre les parts de la société...

Autre avantage de cette structure : elle gère toutes les contingences administratives grâce à 8 secrétaires. Nos préoccupations sont donc beaucoup plus médicales et tournées vers l'intérêt des patients. Nous faisons également en sorte que chacun puisse s'épanouir professionnellement en pratiquant une ou plusieurs facettes particulières de la spécialité sans qu'elles soient exclusives, ou bien encore en conservant une activité de PH.

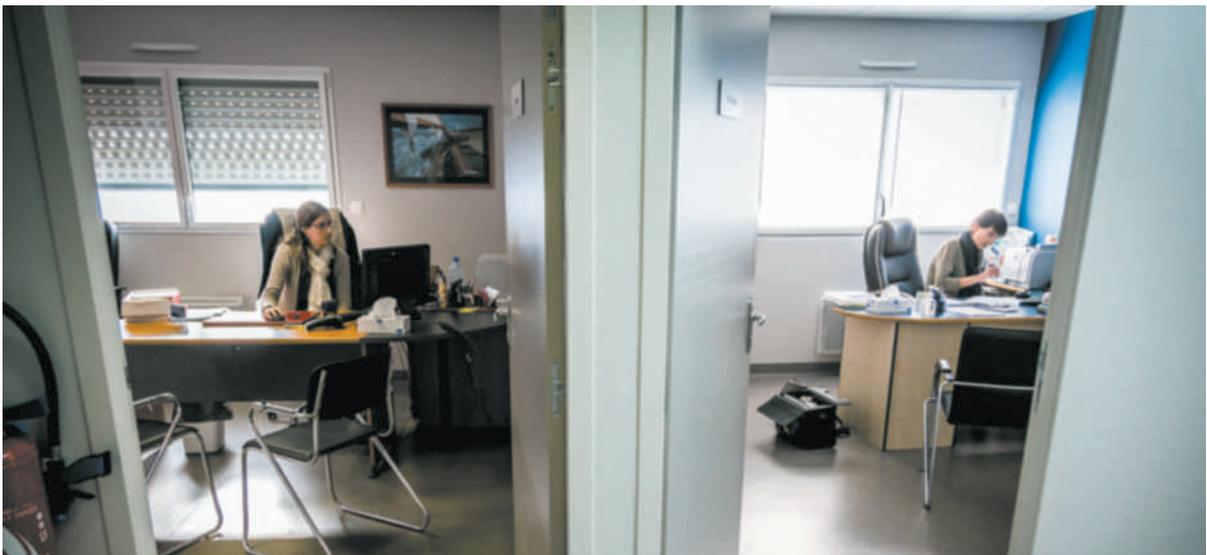
Aujourd'hui, nous préparons l'avenir en travaillant sur la possibilité d'intégrer des associés désireux de travailler à temps partiel. Une condition susceptible d'attirer de futurs installés, d'autant plus que nous sommes situés loin des gros centres hospitalo-universitaires. »

les préfets les collectivités territoriales, les URPS, les universités, les conseils départementaux et régionaux de l'Ordre des médecins... analyse le D<sup>r</sup> François Arnault. *La clé de la réussite d'une nouvelle organisation des soins dans les territoires ne peut donc passer que par une réelle coopération entre les acteurs locaux.* » Le problème : en dehors de ces projets isolés, l'offre de santé dans les territoires reste

aujourd'hui trop morcelée et déficiente, du fait notamment d'un manque de coordination entre les acteurs : libéraux et hospitaliers, publics et privés, institutionnels, politiques et opérationnels. *« Il est devenu absolument nécessaire de décloisonner, de lever les barrières entre tous les acteurs, martèle le D<sup>r</sup> Arnault. C'est dans cet objectif que nous proposons de créer des bassins de proximité santé (BPS). »*

### Structurer pour mieux réformer

Le bassin de proximité santé (BPS) serait une organisation réunissant les professionnels médicaux et paramédicaux, les établissements hospitaliers et médico-sociaux mais aussi les élus et acteurs institutionnels d'un même territoire autour d'un projet d'organisation des soins répondant à une problématique locale. L'adhésion à cette organisation serait volontaire et le BPS piloté par les professionnels qui le constituent. *« Le principe du BPS est de faire travailler les gens ensemble en partant de l'existant. Il ne s'agit absolument pas de créer un nouvel échelon administratif mais de fédérer les professionnels et les acteurs fonctionnels d'un territoire, afin de les amener à réfléchir ensemble aux conditions d'organisation de l'accès aux soins de premier et de deuxième recours mais aussi du médico-social, de la médecine du travail, de la médecine scolaire et des actions de prévention »,* précise le D<sup>r</sup> Arnault. La taille du BPS dépendrait des besoins du territoire et des spécificités locales (géographie, densité de population, etc.),



## REPORTAGE



# Le MIS orchestre le parcours de soins

**Le Montpellier Institut du Sein (MIS) coordonne le parcours de soins de femmes atteintes d'un cancer du sein. Un accompagnement médical, psychologique et social personnalisé à chaque étape de la maladie.**

Diagnostic, chirurgie, chimiothérapie, soins de support... sans oublier le ciel qui vous tombe sur la tête et d'innombrables questions pratiques à régler. Soigner son cancer s'apparente à un parcours du combattant.

« Le Montpellier Institut du Sein facilite le parcours de soins en coordonnant un réseau d'experts rompus aux problématiques liées au cancer du sein », précise le Dr Cécile Zinzindohoué, chirurgien sénologue présidente du MIS. L'enjeu est d'envergure : cancer le plus fréquent chez la femme, cette pathologie touche 50 000 nouvelles personnes chaque année.

Le MIS coordonne ainsi l'intervention d'une soixantaine de professionnels de santé répartis dans 17 spécialités : chirurgiens, infirmières, oncologues, radiothérapeutes mais aussi psychologues, kinésithérapeutes, nutritionnistes, sexologues, homéopathes, acupuncteurs, assistantes sociales, etc. Avec l'aide des assistantes de parcours, les patientes personnalisent leur prise en charge en fonction de leurs besoins, pendant et après les traitements.

## Se sentir épaulé

Basé au sein de l'unique centre de cancérologie privé de Montpellier, le MIS accompagne environ 600 patientes par an. « Nous allons à leur rencontre dès le début du traitement pour identifier les besoins et

commencer à organiser leur parcours de soins », raconte Cathy Maggiore, assistante de parcours. Une présence plébiscitée par les patientes, à l'image de Carole : « Après le choc du diagnostic, nous devons enregistrer beaucoup d'informations médicales. C'est important de pouvoir faire le point et se sentir épaulée. » Même écho pour Jocelyne : « Avec les équipes du MIS, nous avons mis en place tout ce qui m'aide à mieux supporter la maladie : participer à des ateliers sur la nutrition, faire du sport, consulter un homéopathe, etc. » Pour optimiser la concertation et la coordination, les professionnels de santé et les patientes s'appuient sur une plateforme Web collaborative sécurisée mise à leur disposition gratuitement.

## Plusieurs équipes en France

Cet accompagnement global et multidisciplinaire s'adapte à d'autres pathologies en cancérologie et à toute pathologie chronique évolutive le nécessitant. Le Montpellier Institut du Sein duplique d'ailleurs son modèle avec une dizaine d'équipes installées aux quatre coins de l'Hexagone (Saint-Étienne, Bordeaux, Bastia, etc.). « En coordonnant le parcours de soins, nous répondons à une réelle attente des patientes et des professionnels. Par ailleurs, ce modèle participe à la réorganisation de l'offre de soins et à la promotion des coopérations entre professionnels de santé », conclut Cécile Zinzindohoué. Il s'inscrit de cette façon pleinement dans l'esprit du livre blanc *Pour l'avenir de la santé* porté par le Conseil national de l'Ordre des médecins.

**+ d'infos :**

[www.le-mis.fr](http://www.le-mis.fr) / [www.moveinmed.com](http://www.moveinmed.com)

..... aussi son périmètre serait à géométrie variable. « *Nous estimons cependant que l'échelle des communautés de communes ou des agglomérations serait le plus souvent pertinente. Elles ont en effet une taille adaptée pour aborder ces problématiques ainsi que le pouvoir politique d'organiser matériellement les structures et de déclencher des financements.* »

### Les propositions du livre blanc appliquées dans les territoires

L'analyse de ces expériences et de ces projets a aussi permis de montrer que les propositions publiées dans le livre blanc du Cnom, *Pour l'avenir de la santé*, étaient pour certaines déjà expérimentées localement et qu'elles fonctionnaient. C'est pourquoi l'Ordre s'est attaché à rassembler propositions et expérimentations dans un nouvel opus : *Pour une réforme de santé par les territoires*. « *Le temps de l'écoute et du diagnostic est terminé. L'approche des élections présidentielle et législatives offre une réelle opportunité de donner une nouvelle dimension aux propositions formulées par l'Ordre il y a un an dans son livre blanc*, relève le D<sup>r</sup> Arnault. *Ce guide, plus concret, plus pratique, s'adresse ainsi aux candidats à l'élection présidentielle, au futur ministre de la Santé, aux élus locaux mais aussi à tous les professionnels de santé... Personne ne peut rien seul. Il faut donc que chacun s'approprie cette vision innovante...* » Pour cela, les conseils départementaux de l'Ordre organisent entre janvier et mai des réunions à l'intention de tous les médecins pour faire connaître ces propositions, échanger sur les expériences menées localement, notamment au regard de la situation et de la spécificité de chaque territoire. Les conseillers départementaux ont ensuite pour mission de rencontrer les hommes politiques locaux, émergents ou consolidés,

### TÉMOIGNAGE

**D<sup>r</sup> Daniel Buchon,**  
médecin généraliste à Bugeat



## « Une maison de santé éclatée géographiquement mais reliée grâce au réseau informatique »

« Jusqu'en 2013, j'exerçais seul dans mon cabinet, au cœur du plateau de Millevaches, un territoire assez difficile en raison d'une population éparpillée, une démographie vieillissante et un climat assez rude. En 2009, le parc naturel régional s'est intéressé à l'offre de soins et à sa pérennité. Cette réflexion a abouti à l'idée de créer un pôle en mettant en relation divers lieux et professionnels de santé volontaires. Principal objectif : augmenter l'attractivité de notre territoire. Nous avons créé en 2009 une Sisa, regroupant les professionnels du secteur : médecins, infirmiers, kinés, dentistes et pharmaciens. Baptisé réseau MilleSoins, cette maison de santé est éclatée géographiquement mais reliée grâce au réseau informatique. Nous nous sommes appuyés sur l'existant, cabinets individuels, cabinets de groupe, et avons créé une maison de santé pour bien mailler le territoire. Au final, il s'agit d'une organisation très souple qui laisse à chacun le choix de son mode d'exercice et lui donne la possibilité de travailler en multisite ou à temps partagé... Autant de possibilités importantes aux yeux des jeunes médecins. Le plus compliqué a été de

trouver un logiciel compatible avec toutes les professions. Par ailleurs, notre logique de regroupement s'inscrit dans une réalité géographique et non pas administrative et nous sommes à cheval sur deux départements, ce qui a corsé parfois les démarches. Après, il a fallu investir pour les projets immobiliers et le système informatique. Heureusement, nous avons bénéficié d'une subvention de l'État « Pôle d'excellence rural » couvrant 48 % de ces frais. Aujourd'hui, le bilan est bon : nous avons attiré 2 médecins et un kiné. Nous sommes désormais 7 médecins, 5 pharmaciens, 3 kinés, 2 dentistes et 12 infirmiers. Nous nous rencontrons chaque mois pour échanger sur les patients qui peuvent poser problème. Nous travaillons actuellement à la mise en place d'une PDS, mais notre caractère transdépartemental ralentit sa mise en œuvre. Nous visons enfin l'obtention du futur label « maison de santé universitaire » : nous sommes tous maîtres de stage et avons 2 chargés d'enseignement ainsi qu'un professeur de médecine générale. Nous accueillons déjà des étudiants de toutes les professions représentées dans le réseau. »

afin de leur présenter ces propositions et les conclusions de la réunion départementale. « *L'idée est de préparer le terrain afin de favoriser l'émergence des BPS. L'Ordre est en effet l'institution adéquate pour*

*accompagner leur mise en œuvre : il représente tous les médecins et il connaît parfaitement les territoires grâce à sa présence dans tous les départements et les régions.* »

### ..... Une réforme en profondeur

L'instauration des BPS s'inscrit de manière transversale dans les 10 propositions développées par l'Ordre dans son livre blanc et dans son nouvel opus. Ce projet de réforme en profondeur, impulsé par le président de l'Ordre, le D<sup>r</sup> Patrick Bouet, est nourri par 4 objectifs principaux :

- libérer l'énergie des acteurs en allégeant les contraintes administratives;

- décentraliser l'organisation des soins et la reconstruire à partir des

spécificités géographiques et des besoins des territoires;

- fluidifier le parcours de santé des patients en décloisonnant les professionnels, en suscitant les échanges et favorisant leur mise en réseau;

- garantir un accès aux soins pour tous, basé sur l'indépendance de la profession médicale, le libre choix du patient et la solidarité.

« Nous avons déjà atteint l'objectif fixé l'année dernière par le D<sup>r</sup> Patrick Bouet, qui consistait à faire en sorte que la santé soit au cœur du débat

public. Aujourd'hui, les candidats sont régulièrement sollicités pour présenter leur programme en santé. Les Français indiquent d'ailleurs que les propositions des candidats auront une incidence sur leur choix au moment du vote... C'est donc le moment ou jamais d'agir, de défendre nos valeurs et de porter nos idées », conclut le D<sup>r</sup> Arnault.

**+ d'infos :**

<http://lagrandeconsultation.medecin.fr>

## Point de vue extérieur

**Céline Faurie Gauthier**, conseillère municipale de la Ville de Lyon, déléguée aux Hôpitaux, Prévention et Santé



## « Ensemble nous connaissons parfaitement les spécificités d'un territoire »

### En quoi la Ville de Lyon et la Métropole sont innovantes en matière de santé ?

La Métropole assure désormais les compétences du Conseil départemental (ex Conseil général) et notamment celles concernant le social et la santé. Mais au-delà de ces compétences, nous avons la responsabilité d'un territoire avec comme objectif notamment la bonne santé de nos concitoyens. Nous avons donc développé des actions autour de trois grands axes : faire en sorte que nos concitoyens puissent se soigner; mener des actions de prévention, et notamment offrir à nos concitoyens un cadre de vie de qualité en agissant sur les déterminants de santé; et favoriser le dynamisme et le développement du territoire, parce que la croissance permet la solidarité et la solidarité permet la santé de tous.

### Concrètement, comment se traduit cette volonté ?

Les actions sont très diverses, cela va du soutien à la rénovation d'un hôpital, à la création de maisons médicales de garde. Nous avons aussi en projet la création, à la demande de médecins, de deux maisons de santé pluridisciplinaires dans des quartiers en tension démographique. Nous dialoguons avec les professionnels de santé pour voir quelles sont les organisations les plus appropriées. Mais là où nous sommes très actifs, c'est sur les déterminants de santé parce qu'ils relèvent directement de notre compétence. Cela passe par des actions pour améliorer la qualité de l'air avec notamment le déclassement de l'autoroute A6/A7, l'aménagement d'espaces verts, de promenades piétonnes, mais aussi une politique volontariste dans le logement et la mixité sociale. Lyon est également l'une des dernières villes en France à conserver un service de santé scolaire...

### Vous parlez de favoriser le développement économique pour la santé ?

Nous avons notamment créé un « biodistrict », qui vise à faire travailler au sein d'un écosystème, autour des sciences de la vie, universitaires, chercheurs et professionnels de santé sur des problématiques transversales. Par exemple, un des sujets étudiés en ce moment porte sur le rôle du patient dans sa guérison. L'idée est de favoriser une démarche transversale et collaborative pour définir une politique innovante. Nous sommes également partenaires de l'expérimentation « Territoires de soins numériques » qui projette de mettre en place des objets de santé connectés, des carnets de vaccination électroniques... Il est essentiel que les professionnels de santé participent à l'émergence d'outils reconnus et fiabilisés d'où notre invitation au Hackaton.

### Selon vous, quel rôle doivent jouer les collectivités locales dans l'organisation de la santé dans les territoires ?

Nous avons la chance en France d'avoir un système de santé généreux mais il est également fragile. Il est donc important de le faire évoluer. Nous devons faire face à des enjeux importants : la démographie médicale mais aussi la PDS, la prévention ou encore le virage ambulatoire. Il faut sans doute repenser un système global de santé. Alors pourquoi ne pas organiser les soins à partir du territoire ? Cela permettrait un dialogue à la bonne échelle avec les usagers, les professionnels de santé et les collectivités puis la mise en œuvre de solutions efficaces et adaptées. Parce qu'ensemble nous connaissons parfaitement les spécificités d'un territoire. Donc je pense que la décentralisation pour la santé publique reste une bonne question à étudier.

**vos informations pratiques**



# le guide juridique

## **24. en bref**

- Le Cnom agit contre le fichage sauvage des médecins
- La fin de vie : parlons-en avant

## **25. vos questions / nos réponses**

- L'enregistrement des internes au RPPS

## **26-27. décryptage**

- Filière visuelle : qui fait quoi?

## **28-30. pratique**

- Obligation de soins et injonction de soins : quelle différence?
- Devenir médecin réserviste



**[www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)**

**Retrouvez votre information de référence  
sur le site de l'Ordre des médecins**

- Vos informations réglementaires, juridiques et pratiques sur l'espace Médecin
- Les rapports et les publications de l'Ordre
- Les articles du code de déontologie et ses commentaires

**Décret n° 2016-1939 du 28 décembre 2016** relatif à la déclaration publique d'intérêts prévue à l'article L. 1451-1 du code de la santé publique et à la transparence des avantages accordés par les entreprises produisant ou commercialisant des produits à finalité sanitaire et cosmétique destinés à l'homme.

**Arrêté du 6 décembre 2016** portant cahiers des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télésurveillance mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

**Décret n° 2016-1645 du 1<sup>er</sup> décembre 2016** relatif à la permanence des soins et à diverses modifications de dispositions réglementaires applicables au service public hospitalier.

**Arrêté du 29 novembre 2016** modifiant l'arrêté du 31 juillet 2012 relatif à l'organisation du contrôle médical de l'aptitude à la conduite.

**Décret n° 2016-1545 du 16 novembre 2016** autorisant la création d'un traitement de données à caractère personnel dénommé « dossier médical partagé ».

**+ d'infos :** [www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)  
(rubrique Juridique / Veille juridique)



## Le Cnom agit contre le fichage sauvage des médecins

**Le syndicat d'une grande entreprise nous a alertés sur l'existence d'un fichier de données personnelles des salariés absents pour cause de maladie mis en place par un de ses établissements.** Ce fichier indique le nom des médecins prescripteurs des arrêts de travail en question et la durée des arrêts.

Face à l'absence d'explications satisfaisantes fournies par l'entreprise, le Cnom a saisi la Cnil d'une plainte pour

manquement aux dispositions de la loi Informatique et Libertés.

L'entreprise a précisé que la mise en œuvre de ce traitement constituait une initiative isolée à laquelle il avait été mis un terme. Le Cnom a ainsi obtenu la suppression de l'identité des médecins ayant prescrit les arrêts de travail.

Nous restons vigilants face à la constitution de fichiers illégaux portant sur l'activité des médecins, constitués sans leur consentement.



## La fin de vie : parlons-en avant

**Comment parler des directives anticipées et aider les patients à les rédiger ? Comment inciter les patients à désigner une personne de confiance ? Comment accompagner et soulager la souffrance et tout mettre en œuvre pour que les patients aient une fin de vie digne ?** Autant de questions que les professionnels de santé peuvent être amenés à se poser. C'est pourquoi le ministère des Affaires sociales et de la Santé a lancé,

fin 2016, en direction des professionnels de santé, une campagne nationale d'information. Son objectif : faire connaître les nouvelles dispositions relatives à la fin de vie et donner aux professionnels les outils pour leur permettre d'engager le dialogue avec leurs patients. Il a ainsi mis à la disposition des médecins un guide « Repères » et des fiches pratiques.

**+ d'infos :** [social-sante.gouv.fr/findevie](http://social-sante.gouv.fr/findevie)

**Posez vous aussi vos questions**

à l'Ordre des médecins,  
180, bd Haussmann, 75389 Paris Cedex 08  
ou conseil-national@cn.medecin.fr



## L'enregistrement des internes au RPPS

**Le Conseil de l'Ordre est l'entrée unique dans la profession :** c'est en effet l'inscription au Tableau qui déclenche automatiquement auprès de l'Asip l'attribution d'un numéro RPPS unique et pérenne ainsi que la délivrance d'une CPS. Désormais, cette inscription devra être précédée d'un enregistrement au moment de l'internat juste après l'ECN. Explications...

### Pourquoi les internes doivent désormais s'enregistrer auprès de l'Ordre ?

Depuis 2009, la loi nous fait l'obligation, en tant qu'autorité d'enregistrement, d'enregistrer tous les internes dès l'examen classant national (ECN). Cet enregistrement déclenche immédiatement la création d'un numéro RPPS et la délivrance d'une carte de professionnel en formation (CPF).

### A quoi va servir cet enregistrement ?

Cet enregistrement est motivé par trois raisons. Tout d'abord, grâce à leur numéro RPPS et à leur CPF, les internes titulaires d'une licence de remplacement vont pouvoir éditer des feuilles de soins électroniques. Cet enregistrement va également permettre aux autorités d'avoir une vision précise de la réserve sanitaire, c'est-à-dire de tous les professionnels de santé exerçant sur un territoire et mobilisables en cas d'alerte sanitaire grave. Enfin, l'enregistrement à l'Ordre permettra de simplifier considérablement les démarches administratives lors de l'inscription au Tableau des jeunes médecins une fois diplômés.

### Concrètement comment se déroule cet enregistrement ?

Tous les internes doivent désormais être enregistrés au RPPS dès l'ECN. Cela représente une cohorte importante. Nous procédons donc progressivement. Nous avons commencé en juillet 2016 par enregistrer ceux qui en avaient le plus besoin : les internes déjà titulaires d'une licence de remplacement, soit un peu plus de 10 000 internes. Maintenant, nous enregistrons automatiquement au fur et à mesure tous ceux qui font une demande de licence de remplacement. Et à partir d'octobre 2017, tous les autres internes devraient pouvoir s'enregistrer à partir du site du Conseil national de l'Ordre. Nous travaillons actuellement sur le dispositif informatique d'enregistrement en lien avec l'Asip et le centre national de gestion du ministère de la Santé.

**D<sup>r</sup> Bernard Le Douarin, secrétaire général adjoint du Cnom, DSI**



### d'infos

[www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)  
> rubrique Médecin > Foire aux questions

# Filière visuelle : qui fait quoi ?

**Depuis plusieurs années, la filière visuelle souffre d'un déficit important d'ophtalmologistes.** Pour tenter de pallier ce manque, elle s'est entièrement restructurée. Le Dr Thierry Bour, président du Syndicat des ophtalmologistes de France (Snof) nous explique comment...

## Pourquoi une restructuration ?

L'ophtalmologie a été particulièrement impactée par la baisse du *numerus clausus* dans les années 1980 et 1990. Historiquement, beaucoup d'étudiants passaient par le CES, donc quand l'internat est devenu obligatoire, il y a eu peu de postes en ophtalmologie. Ainsi, pendant une quinzaine d'années, le nombre d'ophtalmologistes formés a été divisé par quatre pour finalement tomber, au début des années 2000, à 50 diplômés par an contre 250 quinze ans plus tôt. C'est à cette période qu'ont été ressentis les premiers signes de la pénurie d'ophtalmologistes. Par ailleurs, les besoins en soins visuels ont connu une très forte croissance depuis trente ans (x 3,5).

## Comment s'est organisée la restructuration ?

La profession puis les pouvoirs publics se sont rapidement rendu compte qu'il fallait réagir. Plusieurs rapports professionnels et officiels ont été commandés pour tenter de trouver des solutions, notamment par le biais de la délégation de tâches, une simple augmentation du *numerus clausus* en ophtalmologie ne pouvant être suffisante, même si elle était indispensable. Il y a eu notamment le rapport Berland en 2002 sur la démographie des professions médicales, puis en 2003 sur les coopérations entre professionnels de

santé. Le choix a alors été fait, avec l'accord de la grande majorité des ophtalmologistes, de s'appuyer sur les orthoptistes, profession paramédicale de soins considérée comme la mieux à même de nous seconder. Il a été décidé de réformer complètement la formation des orthoptistes, d'augmenter le nombre d'étudiants formés, d'élargir leur décret d'actes (2007) et de créer de nouvelles écoles. Les précédentes mesures se mettant lentement en place, fin 2014, la ministre en charge de la Santé, Marisol Touraine, a confié une mission à l'Igas pour trouver de nouvelles étapes d'évolution de la filière visuelle en prolongeant ce qui avait déjà été fait. Trente recommandations ont ainsi été proposées dans le rapport rédigé par Dominique Voynet, inspectrice générale des affaires sociales (Igas). La majorité d'entre elles ont d'ores et déjà fait l'objet de décrets ou d'arrêtés et d'autres devraient suivre.

## Comment s'est mise en place la délégation de tâches avec les orthoptistes ?

Si la réingénierie du diplôme d'orthoptiste a été décidée en 2004, elle n'a véritablement débuté qu'en 2010, pour être finalement validée en 2014. La formation a été complètement revue. Elle est beaucoup plus complète et permettra de développer plus facilement les protocoles organisationnels et les délégations de tâches prévus dans le décret n° 2016-1670

du 5 décembre 2016 relatif à la définition des actes d'orthoptie et aux modalités d'exercice de la profession d'orthoptiste. Les orthoptistes ont toujours leur fonction de base, c'est-à-dire la rééducation des troubles oculomoteurs, mais à laquelle s'ajoutent l'aide à la consultation et les explorations fonctionnelles. La plupart des examens ophtalmologiques peuvent être désormais réalisés par des orthoptistes, puis l'ophtalmologiste les interprète. Les orthoptistes peuvent aussi participer à l'adaptation des lentilles de contact à condition que le patient soit vu auparavant par l'ophtalmologiste et que ce dernier donne son autorisation. Désormais, le cadre d'intervention des orthoptistes est beaucoup plus souple : ils peuvent intervenir avant une consultation chez l'ophtalmologiste, pendant (travail aidé), ou après dans le cadre de protocoles organisationnels, nouveau concept réservé aux ophtalmologistes et permettant de se libérer de l'obligation de prescription pour chaque acte. Les protocoles organisationnels en présence de l'ophtalmo (le travail aidé) restent la solution la plus efficace dans les zones en tension démographique. Aujourd'hui, 35 % des ophtalmos sont en travail aidé avec un orthoptiste. Pour absorber la baisse de praticiens et l'augmentation d'activité inévitable avec le vieillissement de la population, il faudrait atteindre 80 % d'ici à 2025.

## La filière visuelle inclut également les opticiens. Comment a évolué leur rôle ?

En 2006, le Snof a publié un rapport sur l'ophtalmologie qui a pointé un déséquilibre des professionnels dans la filière visuelle : il n'y avait ni assez d'ophtalmologistes ni assez d'orthoptistes formés, mais en revanche, énormément d'opticiens (5 pour 1 ophtalmologiste aujourd'hui). Au début des années 2000, l'idée de coopération avec des paramédicaux se basait uniquement sur les orthoptistes, mais vu les tensions sur les délais de rendez-vous et le renouvellement des lunettes, il est devenu nécessaire de faire aussi évoluer les responsabilités des opticiens. En 2007, un premier décret leur a permis d'intervenir sur l'ordonnance médicale de lunettes pendant 3 ans pour les personnes de 16 ans et plus, sauf indication contraire du médecin et dans une certaine limite d'ajustement. L'opticien devait ensuite transmettre les informations à l'ophtalmologiste. Le décret n° 2016-1381 du 12 octobre 2016 relatif aux conditions de délivrance de verres correcteurs ou de lentilles de contact oculaire correctrices et aux règles d'exercice de la profession d'opticien-lunetier, élargit encore leur cadre d'intervention. Pour les lunettes, l'ordonnance est valable 1 an pour un enfant de moins de 16 ans, 5 ans pour une personne entre 16 et 42 ans, et 3 ans au-delà, sous réserve que le médecin ne s'y oppose pas. Ce dispositif a été transposé aux lentilles de contact : l'ordonnance est désormais valable 3 ans pour les personnes à partir de 16 ans, sauf opposition médicale. Les opticiens ont aussi le droit de participer à l'adaptation des lentilles de contact à condition que le patient soit passé avant en consultation chez l'ophtalmologiste et qu'il donne son autorisation. Le décret reconnaît enfin le droit aux opticiens de faire de la réfraction, mais uniquement dans leur local professionnel. Ces nouvelles possibilités ouvertes aux opticiens sont très enca-

drées : en cas de non-respect du retour d'information à l'ophtalmologiste, de l'obligation d'ordonnance ou des délais de validité, des sanctions par amende sont prévues. À l'issue de ces délais, ou avant en cas de problème, un passage chez l'ophtalmologiste reste indispensable pour le dépistage et la prise en charge des maladies oculaires asymptomatiques ou en relation avec les amétropies.

### Quelles sont les évolutions à venir ?

Il y a plusieurs choses sur lesquelles nous travaillons encore : la mise en place, avec l'Uncam et le ministère de la Santé, de contrats pour stimuler l'embauche d'orthoptistes en travail aidé, notamment en secteur 1, où il y a un problème de modèle économique, et les stages d'étudiants orthoptistes en cabinet libéral d'ophtalmologie. Par ailleurs, la réforme du 3<sup>e</sup> cycle devrait faire encore évoluer les choses

pour les internes, notamment avec la mise en place de stages obligatoires en ambulatoire. Enfin, il y a encore un frein au développement des protocoles organisationnels en l'absence de l'ophtalmologiste, dans la mesure où les actes de télé-médecine ne sont pas financés. C'est pourtant un dispositif qui pourrait faciliter le suivi des personnes atteintes de maladies chroniques stabilisées telles que le diabète, la DMLA, le glaucome ou la cataracte. Nous souffrons aussi d'une sous-attribution chronique des postes d'internes à l'ECN, alors que la spécialité est très demandée par les étudiants et que nos délais sont les plus longs de toute la médecine ; c'est très paradoxal et il va bien falloir rectifier la situation. Aujourd'hui, le médecin ne peut tout faire seul, il a besoin autour de lui d'une équipe compétente et bien structurée, mais il faut également suffisamment de médecins.

## Point de vue de l'Ordre

D<sup>r</sup> François Simon et Francisco Jornet, section Exercice professionnel

### « La filière visuelle est un exemple »

Même si rien n'est jamais parfait, la mise en place d'une filière visuelle est un exemple de coopération entre professionnels de santé, construite par les représentants des professionnels de santé eux-mêmes, qui a débouché sur d'importantes modifications du code de la santé publique. Elle est aussi l'exemple d'un parcours dont le médecin ophtalmologiste a la maîtrise. On est loin de la tentative de passage en force d'un texte inacceptable glissé dans le cadre du projet de loi « Croissance et pouvoir

d'achat » que le Conseil national de l'Ordre des médecins avait vigoureusement combattu en 2014-2015. Le Conseil national, attentif au respect par tous les professionnels des règles pénales sanctionnant l'exercice illégal de la médecine, n'a pas hésité et n'hésitera pas à engager toutes les actions nécessaires au respect de la loi, y compris sur le terrain judiciaire. Les évolutions dans le secteur de l'ophtalmologie concernent également les modes d'exercice, avec l'apparition de sociétés qui, sous des

formes diverses, mettent à la disposition de médecins ophtalmologistes des cabinets « clés en main ». Ces solutions supposent le respect par leurs promoteurs des règles garantissant l'indépendance professionnelle des médecins et la sauvegarde du secret médical. L'action des conseils départementaux et du Conseil national, qui examinent les contrats proposés aux médecins, a déjà permis d'obtenir des améliorations notables, mais des progrès restent encore à accomplir.

# Obligation de soins, injonction de soins : quelle différence ?

**Une personne peut être soumise à des soins pénalement obligés au cours d'un procès.** Deux mesures distinctes peuvent être alors prises : l'obligation de soins et l'injonction de soins.

## I. L'OBLIGATION DE SOINS

Prévue par l'article 132-45 du code pénal, l'obligation de soins peut être mise en œuvre sans procédure particulière : « *La juridiction de condamnation ou le juge de l'application des peines peut imposer spécialement au condamné l'observation de l'une ou de plusieurs des obligations suivantes :*

[...]

« 3° – *Se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation. Ces mesures peuvent consister en l'injonction thérapeutique prévue par les articles L. 3413-1 à L. 3413-4 du code de la santé publique, lorsqu'il apparaît que le condamné fait usage de stupéfiants ou fait une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques. Une copie de la décision ordonnant ces mesures est adressée par le juge de l'application des peines au médecin ou au psychologue qui doit suivre la personne condamnée. Les rapports des expertises réalisées pendant la procédure sont adressés au médecin ou au psychologue, à leur demande ou à l'initiative du juge de l'application des peines. Celui-ci peut également leur adresser toute autre pièce utile du dossier (...).* »

L'injonction thérapeutique évoquée dans cet article est à distinguer de l'injonction de soins dont les contours sont rappelés ci-après. Ici, la mise en œuvre de l'injonction thérapeutique fait appel à l'intervention d'un médecin habilité en qualité de « médecin relais », désigné par le directeur général de l'ARS (articles L. 3413-1 et suivants ; R. 3413-1 et suivants du code de la santé publique).

### • Quelle mise en œuvre ?

Le médecin relais est chargé de la mise en œuvre de la mesure d'injonction thérapeutique et d'en contrôler le déroulement. Après avoir confirmé au juge l'opportunité médicale de la mesure, il invite la personne à se présenter auprès d'un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ou d'un médecin de son choix. L'article R. 3413-12 du code de la santé publique précise que « *le médecin relais informe le médecin choisi par la personne faisant l'objet de l'injonction thérapeutique du cadre juridique dans lequel celle-ci s'inscrit. Ce médecin confirme au médecin relais, par écrit et dans un délai de 15 jours, son accord pour prendre en charge cette personne. À défaut ou en cas*

*de désistement, le médecin relais invite la personne à choisir un autre médecin.* »

### • Quel suivi ?

Le médecin relais est ensuite tenu d'informer l'autorité judiciaire de l'évolution de la situation médicale de la personne. L'article R. 3413-14 du code de la santé publique précise que « *cette information figure dans un rapport écrit mentionnant le type de mesure de soins ou de surveillance médicale mis en place, la régularité du suivi et, sous réserve du secret médical, tous autres renseignements permettant d'apprécier l'effectivité de l'adhésion de l'intéressé à cette mesure. Le médecin relais peut également conclure son rapport par une proposition motivée de modification, de prorogation ou d'arrêt de la mesure de soins ou de surveillance.* »

Si au cours de l'exécution de la mesure d'injonction thérapeutique la personne souhaite changer de médecin traitant, ou si ce médecin ne souhaite plus assurer ce rôle, l'intéressé doit informer le médecin relais. Il appartient alors à ce dernier d'informer le procureur ou le juge d'application des peines du suivi médical de la personne.

## 2. L'INJONCTION DE SOINS

Créée par la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, l'injonction de soins est applicable lorsque le suivi socio-judiciaire est encouru et lorsqu'une expertise médicale conclut à la possibilité de soins.

### • Quelle mise en œuvre ?

Les articles L. 3711-1 et R. 3711-12 et suivants du code de la santé publique précisent que le juge d'application des peines désigne un médecin coordonnateur sur une liste de psychiatres ou de médecins ayant suivi une formation appropriée. Cette liste est établie par le procureur de la République.

Le médecin coordonnateur informe ensuite la personne soumise à une injonction de soins des modalités d'exécution de la mesure puis l'invite à choisir un médecin traitant pour le suivi de cette injonction. Le médecin coordonnateur fait part de cette désignation au médecin traitant et s'assure de son consentement pour prendre en charge la personne. Le médecin traitant choisi doit donner son accord au médecin coordonnateur par écrit, dans un délai de 15 jours. À défaut de réponse à l'expiration de ce délai ou en cas de réponse négative, le médecin coordonnateur invite la personne soumise à une injonction de soins à choisir un autre médecin traitant.

### • Quel suivi ?

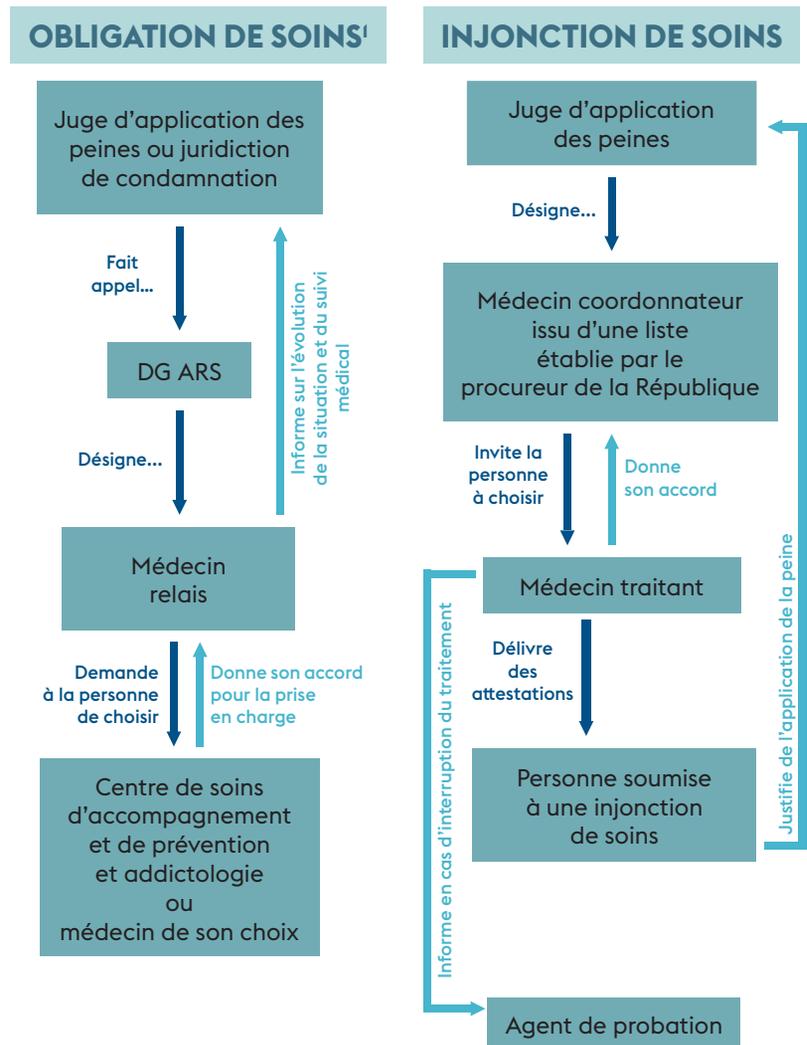
L'article R. 3711-18 du code de la santé publique précise que les relations entre le médecin traitant et la personne soumise à une injonction de soins sont régies par le code de déontologie médicale, et en particulier en ce qui concerne le choix et la conduite du traitement, ainsi que le secret médical.

Le médecin traitant délivre régulièrement à la personne soumise à une

injonction de soins des attestations de suivi du traitement pour lui permettre de justifier auprès du juge de l'application des peines et de l'accomplissement de cette mesure. Toutefois, l'article L. 3711-3 du code de la santé publique prévoit que, par dérogation au secret professionnel, le médecin est autorisé à informer le juge de l'application des peines ou l'agent de probation

de l'interruption du traitement. Il en avise aussi immédiatement le médecin coordonnateur.

**D<sup>r</sup> Jean-Marie Faroudja et Caroline Héron, section Éthique et déontologie**



1. L'obligation de soins consiste en des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins. Pour les cas d'usage de stupéfiants ou de problèmes d'alcoolisme, cela peut prendre la forme d'une injonction thérapeutique, telle que décrite dans le schéma.

# Devenir médecin réserviste

**Les réservistes sanitaires sont mobilisés dans les situations d'urgence en France ou à l'étranger.** Leur rôle est important : leur contribution permet en effet de renforcer les structures de soins lors d'une épidémie, d'une catastrophe naturelle ou d'attentats.

Constituée, animée et mobilisée par la nouvelle agence de santé publique, Santé publique France<sup>1</sup>, la réserve sanitaire regroupe des professionnels de santé : médecins généralistes et spécialistes, infirmiers, aides-soignants, sages-femmes, pharmaciens, techniciens de laboratoires...

En France métropolitaine et en outre-mer, les réservistes peuvent contribuer à renforcer l'offre de soins lors d'une épidémie par exemple (grippe, chikungunya, dengue...), d'une catastrophe naturelle ou d'actes de terrorisme. Par exemple, une équipe de réservistes dont deux médecins a mené une campagne de vaccination contre la méningite dans douze communes du Beaujolais. À Mayotte, deux médecins généralistes ont audité les besoins en personnel médical pour faire face à l'afflux de patients durant l'été. Ils ont également travaillé aux urgences. À Paris, les réservistes ont été appelés après les attentats du 13 novembre 2015 afin de renforcer la cellule de crise du Quai d'Orsay, qui recevait notamment les appels des victimes ou des proches.

Les réservistes peuvent aussi participer à des opérations sanitaires internationales. Il s'agit notamment d'appuyer les structures de soins

locales ou d'organiser la prise en charge sanitaire des ressortissants français voire leur rapatriement. Des réservistes sont ainsi partis en Guinée lors de l'épidémie d'Ebola, d'autres en Haïti après la tempête Erika en 2015.

Dans toutes ces situations d'urgence en France ou à l'étranger, seuls les réservistes volontaires et disponibles au moment de la crise sont envoyés en mission.

## Devenir réserviste sanitaire

La réserve sanitaire compte actuellement 2000 professionnels de santé, dont 400 médecins : 100 généralistes et 300 spécialistes de toutes les spécialités médicales et chirurgicales. Ce qui est peu ! L'agence Santé publique France a besoin d'un plus grand nombre de médecins réservistes notamment pour les urgences et la réanimation (crises de type catastrophe), en médecine générale (essentiellement des missions relatives à l'état sanitaire de populations migrantes) et en infectiologie, au regard des maladies infectieuses émergentes. S'engager dans la réserve sanitaire est simple : il suffit d'être en activité ou à la retraite depuis moins de cinq ans, ou bien interne en médecine ou odontologie, et de créer son profil sur [www.reservesanitaire.fr](http://www.reservesanitaire.fr). Après

l'envoi du dossier téléchargeable et des pièces demandées, Santé publique France signe un contrat d'engagement ou, si le réserviste est salarié ou agent public, une convention tripartite avec l'employeur.

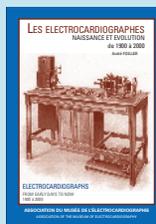
Une fois enregistrés, les réservistes peuvent recevoir les propositions de mission correspondant à leur profession. Ils ont également accès à des formations aux urgences sanitaires. Le temps passé au sein de la réserve sanitaire est considéré comme une période de travail effectif. Les libéraux perçoivent une rémunération équivalente à la moyenne de leur profession et les hospitaliers sont rémunérés par leur employeur, indemnisé par l'Agence.

**+ d'infos :** [eprus.santepubliquefrance.fr](http://eprus.santepubliquefrance.fr)

1. L'agence Santé publique France, créée en 2016, résulte de la fusion de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus), de l'Institut national de veille sanitaire (InVS) et de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes).

# culture médicale

*Les électrocardiographes, naissance et évolutions de 1900 à 2000*, André Foeller, Association du musée de l'électrocardiographie, 30 euros



## LES ÉLECTROCARDIOGRAPHES DE 1900 À 2000

Depuis 1887, année du premier enregistrement électrocardiographique par Augustus Waller, les électrocardiographes ont connu de très importantes évolutions techniques. Les « électros » modernes n'ont que peu de points communs avec leurs ancêtres, et témoignent de l'accomplissement de progrès considérables en l'espace d'à peine plus d'un siècle. Réalisé à partir de documents anciens et d'appareils de collection, ce livre retrace l'évolution de ces appareils et des techniques d'enregistrement à travers l'histoire. Un ouvrage d'autant plus intéressant qu'il est le seul traitant de ce sujet.

*Quand le souffle rejoint le ciel*, Paul Kalanithi, éditions JC Lattès, 18 euros



## QUAND LE SOUFFLE REJOINT LE CIEL

À 36 ans et juste à l'aube d'une brillante carrière de neurochirurgien, le Dr Paul Kalanithi découvre qu'il souffre d'un cancer du poumon en phase terminale. En un instant, ce médecin qui s'occupe habituellement des mourants devient un malade qui lutte pour survivre. Ce livre est le récit de ses multiples métamorphoses. Celle du jeune étudiant, naïf et obsédé par la question existentielle de ce qui donne du sens à la vie, en ce neurochirurgien, gardien s'il en est de l'identité humaine. Puis celle du médecin chevronné en ce patient qui doit faire face à sa propre mortalité. Paul Kalanithi meurt en mars 2015 alors que l'écriture de ce livre n'est pas achevée. Un témoignage profondément émouvant.



*Se plaindre de douleur, L'homme de la douleur*, Charles Jousselin, Éditions Connaissances et Savoirs, 23 euros et 11,50 euros

## SE PLAINDRE DE DOULEUR L'HOMME DE LA DOULEUR

La prise en charge de la douleur ne peut pas se réduire à une lutte contre un symptôme : il s'agit toujours de la rencontre d'un homme douloureux, de son histoire et de sa culture. Charles Jousselin, PH et docteur en philosophie, responsable d'équipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs à Bichat, nous propose deux ouvrages autour de la douleur. *Se plaindre de douleur* permet de découvrir et de comprendre les nombreux phénomènes en jeu dans la souffrance et sa perception, et de s'y adapter. Un chemin audacieux où celui qui se plaignait de douleur manifesterait sa gratitude. Dans *L'Homme de la douleur*, deux cliniciens dialoguent au chevet des malades. Chemin faisant, le plus jeune découvre et apprend de son aîné que le savoir et le savoir-faire ne suffisent pas face à la douleur des patients. Un dialogue au cœur de l'humanité pour que chacun – soigné et soignant – recherche aussi chez l'autre ce qui lui permet d'être reconnu, accueilli et écouté.



*L'anglais médical indispensable*, Dr Pascaline Faure, Éditions Med-line, 15,50 euros

## L'ANGLAIS MÉDICAL INDISPENSABLE

En tant que soignant, il est de plus en plus nécessaire de connaître l'anglais médical, que ce soit pour lire des articles en anglais, faire des recherches bibliographiques ou prendre en charge un patient anglophone. Ce guide de poche donne les clés pour faire face à chacune de ces situations. Pratique et maniable, il sélectionne les termes indispensables, les expressions courantes et les phrases clés de l'examen clinique. Il propose également une transcription phonétique pour guider la prononciation.

## D<sup>r</sup> Alain Froment,

anthropologue, docteur en médecine et en anthropologie biologique, directeur de recherche à l'IRD au sein du département Hommes, natures, sociétés du Muséum national d'histoire naturelle.



# « Intégrer l'évolution humaine dans les études de médecine »

**« Je suis médecin, spécialiste des médecines tropicales... mais je n'ai jamais eu la vocation de médecin et je n'ai presque jamais exercé la médecine.** Je voulais être anthropologue biologiste. La diversité des hommes, leur évolution, leur adaptabilité à l'environnement : autant de questions qui m'intéressaient depuis toujours. Sans doute grâce à un père instituteur, curieux de tout, qui cherchait, lisait, écrivait... J'ai commencé des études de médecine, bien décidé à ne pas aller au-delà du premier cycle, c'est-à-dire au-delà des disciplines fondamentales (anatomie, biochimie, physiologie) qu'il me semblait indispensable de maîtriser pour faire de l'anthropologie biologique. En fait, je suis allé jusqu'au bout, sur les conseils d'un anthropologue, lui-même médecin tropical. J'ai passé l'internat et j'ai fait des remplacements de médecine de ville, le temps de me convaincre que décidément ce n'était pas ma voie. Je suis parti faire mon service militaire au Burkina Faso comme chercheur épidémiologiste. L'aventure a continué au Sénégal puis au Cameroun, où je suis resté onze ans à étudier l'écologie humaine et l'adaptabilité à l'environnement, dans le cadre de l'Institut de recherche et développement (IRD).

À mon retour en France, j'ai intégré le laboratoire d'écologie humaine du Muséum d'histoire naturelle, sans cesser pour autant d'aller au Cameroun. Certains chercheurs aiment les paillasses des laboratoires, je préfère le terrain ! Il faut dire que le Cameroun est un concentré de l'Afrique : tous les écosystèmes tropicaux y sont représentés et 240 ethnies y vivent. Une mine pour étudier la génétique, l'histoire évolutive, la microbiotique, la nutrition etc. En 2006, on m'a proposé de rejoindre le Musée de l'homme comme responsable scientifique des collections de restes humains. C'est ma dernière année dans cette fonction. Je laisse la place aux plus jeunes et je vais continuer mes recherches au Cameroun, écrire des ouvrages et enseigner la médecine darwinienne à Dijon, Montpellier et Lyon. Je regrette qu'on n'intègre pas plus l'évolution humaine dans l'enseignement de la médecine. Savoir pourquoi les maladies apparaissent, comment elles évoluent, comment se mettent en place les mécanismes de résistance etc. me paraît très intéressant pour comprendre et traiter certaines pathologies. Autrefois, tous les anthropologues biologistes étaient médecins. Aujourd'hui, nous ne sommes plus qu'une poignée ! »

## parcours

### 1976

Docteur en médecine tropicale (« Anthropologie et médecine tropicale : apports et complémentarité »), faculté de médecine Paris VI.

### 1981

Docteur en anthropologie biologique (« Le peuplement de la boucle du Niger : étude anthropobiologique »), faculté de médecine Paris VII. Rejoint l'Institut de recherche et développement, d'abord au Sénégal puis au Cameroun.

### 1993

Laboratoire d'écologie humaine au Muséum d'Histoire naturelle.

### 2006-2016

Responsable scientifique des collections des restes humains (Musée de l'homme)

## À noter

Du 15 octobre 2016 au 15 mai 2017, une exposition consacrée à l'archéologie de la santé (« Sur les traces de la santé ») est organisée sous l'égide du D<sup>r</sup> Alain Froment et d'Hervé Guy, au Musée de l'homme. [www.museedelhomme.fr](http://www.museedelhomme.fr)



Pour aller plus loin :

[www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)