



MÉDECINS

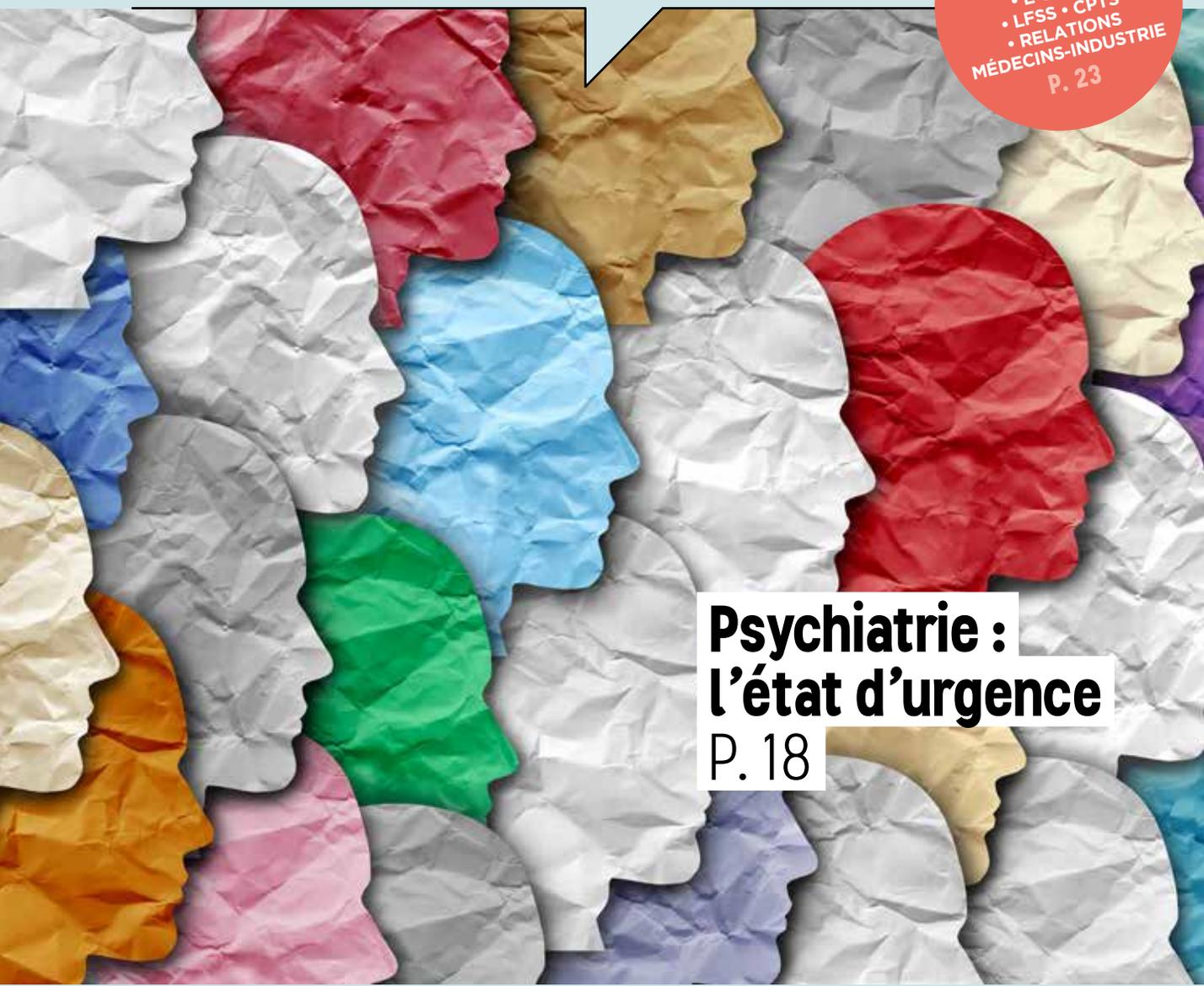
LE BULLETIN DE L'ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS

cahier **Mon
exercice**

• E-SANTÉ
• LFSS • CPTS
• RELATIONS

MÉDECINS-INDUSTRIE

P. 23



**Psychiatrie :
l'état d'urgence**

P. 18

LE POINT SUR

**L'entraide
ordinaire pour
les médecins**

P. 10

REPORTAGE

**À Nancy, une
unité de gériatrie
d'entrée directe**

P. 12

RÉFLEXIONS

**Où en est la
prise en charge
de l'obésité ?**

P. 14



Deux cœurs pour une vie

Les maladies cardiaques représentent la première cause de mortalité dans le monde. Rien qu'en Europe, plus de mille patients sont en attente de la transplantation qui pourrait les sauver. Où en est la recherche en matière de transplantations cardiaques ? Face au manque de donneurs, les technologies de pointe offrent un nouvel espoir.

<https://www.arte.tv/fr/videos/071386-000-A/deux-coeurs-pour-une-vie/>

Good Doctor, expériences d'internes à l'hôpital

Dans cet épisode de l'émission « Les pieds sur terre » diffusée à 13h30, du lundi au vendredi sur France Culture, deux médecins passionnés par leur travail racontent leurs premières expériences en tant qu'internes à l'hôpital.

<https://www.franceculture.fr/emissions/les-pieds-sur-terre/good-doctor-experiences-dinternes-a-lhopital>



LE NOUVEAU WEBZINE DE L'ORDRE DES MÉDECINS EST SORTI

<https://www.conseil-national.medecin.fr>

Le tout dernier webzine de l'Ordre des médecins est en ligne. Comment réinventer une relation patient-médecin fondée sur le partenariat et l'empathie ? Des médecins s'interrogent sur cette relation particulière, complexe mais essentielle, qui se construit dans le temps, à deux, et qui est déterminante pour la guérison.



LA RELATION PATIENT-MÉDECIN SELON LE PRÉSIDENT DU CNOM

https://www.youtube.com/watch?v=T-dIGsYW5qvc&feature=emb_title

Le Dr Patrick Bouet, président du Cnom, s'exprime en vidéo à l'occasion de la sortie du nouveau webzine du Cnom : « *L'empathie au service de la relation patient-médecin* ». Il y livre sa vision de la relation patient-médecin, les fondements sur lesquels elle se construit, et évoque des pistes pour l'améliorer.



#Rencontre

Avec le Président de l'@ordre_medecins Patrick Bouet nous partageons un même objectif : protéger les femmes des violences conjugales, empêcher autant de féminicides que possible. Échanges autour du signalement par les soignants et du secret médical. #Grenelle-ViolencesConjugales



Marlène Schiappa
@MarleneSchiappa • 26 novembre



#Santé Numérique

Médecins et patients dans le monde des data, des algorithmes et de l'IA : redécouvrez le livre #CNOM et ses 33 propositions sur <https://www.conseil-national.medecin.fr>



Ordre des médecins
@ordre_medecins • 18 novembre



RESTONS CONNECTÉS !



sur le web :
conseil-national.medecin.fr

sur Twitter : @ordre_medecins

par mail :
conseil-national@cn.medecin.fr

Nous écrire : Conseil national de l'Ordre des médecins
4, rue Léon Jost / 75855 cedex 17

PUBLICATIONS EN LIGNE

Retrouvez le bulletin, le webzine et la newsletter de l'Ordre sur :

conseil-national.medecin.fr

Directeur de la publication : Dr François Arnault - Ordre des Médecins, 4, rue Léon Jost, 75855 Paris Cedex 17. Tél. : 0153893200. E-mail : conseil-national@cn.medecin.fr - Rédacteur en chef : Pr Stéphane Oustric - Coordination : Isabelle Marinier Conception et réalisation : CITIZENPRESS - 49, rue du Faubourg-Poissonnière, 75009 Paris - Responsable d'édition : Eva Jednak Direction artistique : David Corvaisier - Maquette : Fabienne Laurent - Secrétariat de rédaction : Alexandra Roy - Fabrication : Sylvie Esquer - Couverture : iStock - Impression : Imprimerie Vincent, 32 avenue Thérèse Voisin 37000 TOURS - Dépôt légal : à parution - n° 16758 ISSN : 1967-2845. Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.



Imprimé sur du papier recyclé

**Dr Patrick Bouet**

Président du Conseil national de l'Ordre des médecins

2020, année charnière

Charnière pour l'Ordre des médecins, d'abord.

L'action que nous menons depuis 2013 pour moderniser notre institution sera poursuivie, intensifiée.

Nous ne dévierons pas de cette route, et avons d'ores et déjà engagé de nombreux chantiers pour l'année à venir.

2020 sera également l'occasion pour l'Ordre de se réunir en congrès au cours du mois de juin pour travailler avec de nombreux acteurs du monde de la santé autour d'un sujet central : l'accompagnement des médecins tout au long de leur carrière.

Charnière, également, pour la santé.

Les défis que nous avons à relever collectivement sont nombreux. Médecins et professionnels de santé hospitaliers ne cessent d'alerter sur leurs conditions de travail, intenable. Les effets de la loi « Ma santé 2022 » tardent à se faire sentir. Le gouvernement devra nous apporter les éclaircissements nécessaires. Sans cela, cette loi ne sera vite qu'une coquille vide, inutile face à un système de santé à bout de souffle. En 2020, nous poursuivrons également le combat pour garantir l'égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire. En cette année d'élections municipales, l'Ordre se tiendra aux côtés des maires pour les accompagner dans la recherche de solutions pérennes. Notre organisation territoriale et notre connaissance du terrain leur seront précieuses.

Charnière pour nous, médecins.

Soyez-en assurés : face à ces défis, l'Ordre jouera pleinement son rôle. Nous continuerons à faire entendre la voix des médecins dans le débat public, chaque fois que nous l'estimerons nécessaire.

Au nom du Conseil national de l'Ordre des médecins, je vous souhaite, à toutes et à tous, une excellente année 2020.

L'ESSENTIEL

- L'Ordre des médecins **conteste de nombreux points du rapport de la Cour des comptes**, tant sur le fond que sur la forme.
- Plusieurs missions essentielles assurées par l'institution sont passées sous silence. **L'Ordre exprime son profond désaccord sur l'analyse, qu'il juge parcellaire**, de l'efficacité des missions administratives et disciplinaires étudiées.
- L'Ordre rejette enfin la vision restrictive de ses fonctions. Il continuera **à faire entendre la voix des médecins** dans le débat public dans le cadre de ses missions, en s'appuyant sur son ancrage territorial.
- Soucieux de poursuivre la modernisation de l'institution engagée depuis six ans, l'Ordre **accéléra la mise en œuvre de certaines mesures correctives** dans le cadre des recommandations de la Cour des comptes.

L'UNE DES PRÉCONISATIONS : « BAISSER LA COTISATION »

Si l'Ordre est indépendant, c'est grâce aux cotisations des médecins.

Cette indépendance financière lui permet d'assurer le même accompagnement à l'ensemble des médecins, où qu'ils soient installés et quel que soit leur mode d'exercice. Vis-à-vis de l'État, cette indépendance lui permet également de donner l'alerte sur l'état du système de santé et de porter les propositions de la profession dans le débat public. Ce que ne précise pas le rapport, c'est que le taux moyen annuel d'évolution, sur la période auditée, est de +1,2 %. Pour 2019, il a été décidé de ne pas faire d'augmentation.

« UN MANQUE DE RIGUEUR DANS LE TRAITEMENT DES PLAINTES ET UNE JUSTICE DISCIPLINAIRE MARQUÉE PAR DES DYSFONCTIONNEMENTS »

Garant de la déontologie médicale, l'Ordre s'insurge contre cette accusation. Toutes les plaintes et doléances qualifiables de plaintes donnent lieu à

instruction et, à défaut de conciliation, à transmission aux chambres disciplinaires. C'est particulièrement vrai des plaintes en matière d'abus sexuels, sujet qui a donné lieu à une implication renforcée de l'Ordre ces dernières années.

RAPPORT DE LA LE VRAI

L'Ordre des médecins conteste, tant sur le fond que sur la forme, de nombreux points du rapport publié le lundi 9 décembre par la Cour des comptes. Pour rétablir les faits, voici nos éléments de réponse précis et argumentés.

« UNE GESTION DISPENDIEUSE, DES COMPTES INSINCÈRES »

Le rapport omet plusieurs mesures importantes engagées depuis 2013, soit avant le début du contrôle : la refonte du règlement de trésorerie qui encadre strictement les régimes indemnitaires et de remboursement de frais des élus, l'élargissement de la composition de la commission de contrôle des comptes avec la présence de personnalités qualifiées ou encore la combinaison de l'ensemble des comptes de tous les conseils, certifiée par un commissaire aux comptes.

L'Ordre conteste fermement la qualification d'« insincères » de ses principes comptables figurant dans ce rapport. Pour les qualifier d'insincères, la Cour s'appuie sur un choix comptable qui est différent de celui retenu par l'institution, qui suit les principes du plan comptable général recommandé et certifié sincère par son commissaire aux comptes. Ce plan comptable, déjà appliqué par l'Ordre lors du précédent contrôle de la Cour, n'avait pas donné lieu à observations et n'avait pas conduit à une telle qualification.

« LES DÉRIVES CONSTATÉES EN MATIÈRE D'INDEMNITÉS, DE FRAIS ET DE GESTION RENFORCENT LA NÉCESSITÉ POUR L'ORDRE D'ADOPTER DES RÈGLES DE GESTION PLUS RIGOUREUSES ET DE SE DOTER DE COMPÉTENCES NOUVELLES »

Les indemnités n'ont pas été réévaluées depuis 2013, et sont comparables aux indemnités perçues par des médecins dans d'autres structures comme les URPS. De plus, depuis 2013, les remboursements de frais sont passés aux frais réels, sur justificatifs, et plafonnés. Rappelons par ailleurs que la mission de conseiller ordinal doit être assurée, le plus souvent, sur du temps de travail de médecins en activité.

« DÉLAISSANT LE CŒUR DE SES MISSIONS, L'ORDRE INTERVIENT PAR AILLEURS DE PLUS EN PLUS SUR LE TERRAIN DE LA DÉFENSE DES INTÉRÊTS DE LA PROFESSION »

Cette lecture des fonctions de l'Ordre est restrictive, les textes du législateur confient à l'Ordre la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession. L'institution continuera d'assumer les combats éthiques et déontologiques, au service des médecins et dans l'intérêt des patients.

COUR DES COMPTES : DU FAUX

« UN ORDRE SOCIOLOGIQUEMENT PEU REPRÉSENTATIF DU CORPS MÉDICAL EN ACTIVITÉ »

Les élections ordinaires de 2018 ont permis un profond renouvellement de l'institution. Elle est, plus que jamais, représentative de notre profession :

- Sur les **1584 conseillers élus** lors du renouvellement par moitié des conseils départementaux, **759** sont de nouveaux élus, âgés de 49 ans en moyenne.
- Sur ces 759 nouveaux élus, **550** sont des femmes. La parité sera totale à l'issue des prochains renouvellements par moitié, au plus tard en juin 2022.
- Les conseils régionaux, refondés en 2019 pour se conformer à la réforme territoriale, sont pour leur part dès à présent paritaires.

« AU NIVEAU NATIONAL, LE DÉLAI DE TRAITEMENT DES DOSSIERS DONT LA FORMATION RESTREINTE EST SAISIE EN PREMIÈRE INSTANCE EST PARFOIS TROP LONG (JUSQU'À 17 SEMAINES) »

L'Ordre conteste les affirmations générales faites par la Cour à partir de cas particuliers isolés. En effet, le traitement des plaintes est en moyenne de **4 à 5 semaines**, et non pas de 17 semaines. Cette information avait été donnée aux contrôleurs de la Cour. Il s'agit d'un parfait exemple, parmi bien d'autres, du manque de prise en compte par la Cour des comptes des informations contradictoires de l'Ordre.

L'ORDRE EN ACTION

- **26 novembre et 10 décembre** : Le D^r Patrick Bouet, président du Cnom, a rencontré Marlène Schiappa, secrétaire d'État chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes, et Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé.
- **28 novembre** : Le D^r Anne-Marie Trarieux, présidente

de la section Éthique et déontologie du Cnom, et le D^r Jean-Marcel Mourgues, vice-président du Cnom, ont participé à une table ronde organisée par les rapporteurs de la Commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi relatif à la bioéthique, avec le Syndicat national des gynécologues et obstétriciens de France et

la Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale.

- **29 novembre** : Le P^r Stéphane Oustric, délégué général aux données de santé et au numérique au Cnom a participé à une table ronde sur le thème des notations en ligne des médecins au Conseil national des barreaux.

COTISATION

La cotisation 2020 : pas de changement

Conformément aux dispositions de l'article L.4122-2 du code de la santé publique, lors de la session budgétaire du 12 décembre 2019, le Conseil national a décidé de fixer le montant de la cotisation ordinaire pour l'année 2020 à 335 €, **sans changement** par rapport à l'année 2019.

Deux quotes-parts

Pour l'année 2020, la cotisation ne comprend plus que deux quotes-parts, les conseils régionaux recevant une dotation attribuée sur la base de leur budget prévisionnel. La cotisation est donc répartie de la manière suivante :

- > quote-part départementale : 162 €;
- > quote-part nationale : 173 €.

Médecins retraités

La cotisation des médecins retraités n'ayant plus aucune activité médicale rémunérée est maintenue à 95 €, répartis ainsi : 47,50 € pour le conseil départemental et 47,50 € pour le Conseil national.

Première année

Les médecins concernés doivent



s'acquitter d'une demi-cotisation la première année (dont la part Conseil national à reverser) et d'une cotisation entière les années suivantes. Ils sont exonérés de la première demi-cotisation, si celle-ci se réalise au cours du dernier trimestre.

Exonérations

Les exonérations partielles (50 %) ou totales relèvent du **conseil départemental**. Lorsque ce dernier accorde des exonérations partielles, la quotité nationale est réduite dans la même proportion.

Les frais de dossier de qualification sont supprimés.

RÈGLEMENT DE LA COTISATION

La cotisation doit être réglée dès le 1^{er} trimestre (art. L.4122-2 du CSP). Pour cela, plusieurs possibilités :

- en ligne sur le site www.conseil-national.medecin.fr
- Ou à défaut :
- par chèque à renvoyer par la poste à votre conseil départemental,
- par carte bancaire si votre conseil est équipé,
- ou par prélèvement automatique géré désormais par votre conseil départemental.

Violences conjugales et signalement

Réuni en session plénière, le Conseil national de l'Ordre des médecins a choisi, à une très large majorité, de soutenir une évolution de l'article 226-14 du code pénal.

Inscrite dans la proposition de loi visant à protéger les victimes de violences conjugales, cette évolution permettrait à tout médecin ayant l'intime conviction que sa patiente est en danger vital immédiat et qu'elle se trouve sous l'emprise de l'auteur des violences d'en informer le procureur de la République. Le médecin resterait tenu de s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime à un signalement; en cas de refus, il serait alors tenu de l'informer du signalement fait au procureur de la République.

Cette dérogation permissive permettant de protéger les victimes et les médecins faisant un signalement en cas d'urgence vitale immédiate, rédigée en concertation avec l'Ordre, ne saurait remettre en cause le principe fondamental du secret médical, base de la relation de confiance entre un patient et son médecin.

+ D'INFOS <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/violences-conjugales-signalement>



BULLETTIN SPÉCIAL

« Enjeux éthiques : la place du médecin »

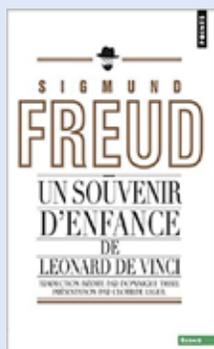


Dans le courant du mois de février, retrouvez sur le site Internet du Conseil national de l'Ordre des médecins un numéro spécial, entièrement dématérialisé, sur le thème suivant : « **Enjeux éthiques : la place du médecin** ». Élaboré à partir du projet de loi relatif à la bioéthique, face à l'innovation galopante, ce numéro s'intéresse à l'exercice de la médecine, à la place du médecin et aux principes éthiques.

CULTURE



La prescription du Pr Serge Uzan, vice-président du Cnom



Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci

est l'un des nombreux guides et ouvrages consacrés au peintre, qui est un des génies de notre histoire. Chacun de ces guides explore tel ou tel aspect de son œuvre, telle ou telle période de sa vie, mais ce petit livre écrit par

Sigmund Freud explore, à travers le temps, les « motivations profondes » de certaines des caractéristiques de Léonard de Vinci et de son œuvre. Le texte de Freud est précédé par une présentation tout aussi passionnante de la traductrice Clotilde Leguil. Comme elle le dit, « un grand homme est d'abord un homme qui a sacrifié quelque chose de sa propre existence afin d'accomplir une œuvre ». C'est pourquoi Freud choisit Léonard de Vinci afin de rendre compte de la vie d'un génie sous l'angle psychanalytique. Cet ouvrage, en particulier grâce à sa présentation, est de lecture aisée même pour un lecteur (ce qui est mon cas) non-expert de la psychanalyse. Il y décrit Léonard comme un être étrange et essaye d'analyser le rapport à son œuvre en particulier sa lenteur dans l'exécution,

son indifférence à l'égard du sort de ses tableaux, sa difficulté à achever ses peintures, son goût pour les expérimentations et les inventions qui firent de lui une « énigme pour la postérité », selon Clotilde Leguil.

Bref, est évoqué dans ce livre le « syndrome de Léonard », et c'est certainement un aspect du personnage qui mérite aussi d'être connu, car comme le dit si bien Clotilde Leguil, « si Freud veut explorer la dimension d'étrangeté de Léonard, c'est en vue de saisir les ressorts du caractère tragique de son rapport à l'art ». On apprend également que selon Vasari, peintre et critique d'art, contemporain de Léonard qui a voulu relater la vie du peintre, celui-ci avant de mourir se serait reproché d'avoir « offensé Dieu et les hommes pour n'avoir pas fait son devoir dans son art ». Ce même Vasari nous apprend que Léonard de Vinci continua toute sa vie à jouer, ce qui le rendait bizarre aux yeux de ses contemporains, et qu'il portait une affection particulière aux animaux, notamment aux oiseaux qu'il achetait pour pouvoir les libérer et observer leur vol ! Pour l'exposition Léonard de Vinci, en ce moment au musée du Louvre, laissez-vous donc guider aussi par Sigmund Freud. Bonne visite !



Prendre soin des patients en toute sécurité,

de Marc Chanelière, part de situations vécues pour expliciter les précautions de la pratique du soin. Même si le titre est peut-être excessivement prometteur, il permet en tout cas de prendre conscience des règles qui améliorent la sécurité de la prise en charge des patients. Il insiste sur l'importance de l'analyse des événements indésirables, sur la réflexion pour leur prévention de leur récurrence et, enfin, sur l'intérêt de la réflexion pluriprofessionnelle.

Il fixe les règles de l'utilisation par chaque médecin d'un événement indésirable pour améliorer la sécurité de sa pratique : rechercher les causes, les graduer, analyser des mesures potentiellement correctives ou préventives, les mettre en place de façon protocolisée et, surtout, en évaluer l'efficacité.

N.B. : Le choix des livres commentés est décidé en comité éditorial. Les ouvrages qui nous sont adressés ne sont pas renvoyés.

LA POSITION DE L'ORDRE

DR JEAN-FRANÇOIS RAULT, délégué général aux affaires européennes et internationales au Cnom



« Nous avons réitéré notre opposition à l'euthanasie »

« Nous étions présents à Tbilissi (Géorgie), en octobre, lors de la 70^e assemblée générale de l'Association médicale mondiale (AMM). Des déclarations fortes ont été prononcées, des positions réaffirmées. L'AMM a notamment réitéré son opposition de longue date à l'euthanasie et au suicide médicalement assisté, au motif qu'aucun médecin ne saurait être forcé à aider une personne à mettre fin à ses jours. Cette nouvelle déclaration reconnaît la légitimité de l'objection de conscience des médecins, dans les pays où l'euthanasie est légale. C'est également la position défendue par le Cnom, depuis plusieurs années. Le médecin doit toujours pouvoir la faire valoir, tout en accomplissant son devoir d'accompagner ses patients jusque dans leurs derniers jours. Dans le respect de la vie humaine. »

+ D'INFOS <https://www.wma.net/fr/news-post/lassociation-medicale-mondiale-reaffirme-son-opposition-a-leuthanasie-et-au-suicide-medicalement-assiste/>

VIDÉO OU WEB

Check-up : dans l'intimité des médecins



les témoignages de médecins européens afin de comprendre leur vie professionnelle, leurs angoisses, leur motivation.

+ D'INFOS <https://checkup.univadis.fr/>

À travers plusieurs portraits filmés, sous forme de web-série, Univadis propose de découvrir

AGENDA

• **15/11/2019**

Le Dr Jean-François Rault a souhaité un bel anniversaire au Comité permanent des médecins européens (CPME) lors de la réunion de son Assemblée générale, à Helsinki (Finlande) les 15 et 16 novembre. Il a réaffirmé la confiance et le soutien du Cnom dans le travail de l'organisation internationale.

FOCUS

L'Italie fait un pas vers le suicide assisté

Dans une décision rendue mercredi 25 septembre, la Cour constitutionnelle italienne a estimé que le suicide assisté n'était pas punissable par la loi si des conditions strictes étaient réunies : consentement de la personne, pathologie irréversible provoquant des souffrances insoutenables et contrôle des autorités de santé publique. Un bouleversement sociétal dans ce pays à forte tradition catholique, qui devrait amener le Parlement italien à légiférer. Le code pénal actuel punit en théorie « l'instigation ou l'aide au suicide » par des peines comprises entre cinq et douze ans de prison.

LE SAVIEZ-VOUS?

À Hongkong, on vit longtemps

D'après les statistiques de l'état civil et de l'espérance de vie à la naissance réalisées par les Nations unies en 2016 – les plus récentes –, les Hongkongais sont les champions de l'espérance de vie. Les femmes vivent en moyenne jusqu'à 87,3 ans et les hommes jusqu'à 81,3 ans. Un résultat qui pourrait, entre autres, s'expliquer par la densité urbaine, qui favorise l'accès à des soins médicaux d'urgence.

L'ENTRAIDE ORDINALE

Mission importante du Conseil national de l'Ordre des médecins, l'entraide soutient les médecins et internes en difficulté. Une aide essentielle, au regard de l'augmentation du nombre de dossiers déposés.

Texte : Magali Clausener

L'ESSENTIEL

N°Vert 0800 288 038

Un numéro vert unique, gratuit et disponible, mis à disposition des professionnels de santé en difficulté, dans le respect de la confidentialité et du secret médical.

• **Un nombre croissant de dossiers** étudiés par le service d'entraide confraternelle.

• **Les médecins généralistes** représentent près de la moitié des appelants.

LA POSITION DE L'ORDRE

DR JEAN-YVES BUREAU

président de la commission nationale d'entraide.



« Des dossiers de plus en plus complexes »

« La commission d'entraide du Conseil national reçoit des dossiers directement des médecins, mais aussi des commissions d'entraide des conseils départementaux, indépendantes de ces derniers. Nous traitons les dossiers que ne peuvent prendre en charge les départements, parce qu'ils nécessitent une expertise plus importante ou parce que le médecin souhaite rester discret sur sa situation localement. Les difficultés professionnelles sont souvent liées à des problèmes personnels, psychologiques ou d'addictions. L'aspect financier n'est pas toujours le plus important. Les sommes que nous accordons sont souvent peu élevées, mais permettent au médecin de sortir de l'ornière. Les médecins méconnaissent ces aides. Pour ces raisons, nous allons travailler en 2020 sur la prévoyance et le suivi des médecins, notamment pour la reprise de leur activité ou leur reconversion. »

Entre juillet et novembre 2019, la commission nationale d'entraide du Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) a traité près de 70 dossiers. « Depuis six mois, cela s'aggrave », constate le Dr Jean-Yves Bureau, président de la commission. L'entraide ordinaire joue un rôle essentiel. Depuis 2017, l'Ordre a d'ailleurs fait évoluer le dispositif afin d'améliorer les réponses apportées aux médecins en difficulté. Aujourd'hui, les professionnels de santé disposent d'un numéro vert unique qui leur est dédié, le 0800 288 038. Des assistantes sociales répondent et peuvent orienter les médecins vers le conseil départemental de l'Ordre, le service d'entraide du Cnom ou bien vers l'une des associations qui ont signé une convention avec l'Ordre. Près de la moitié des appelants sont des médecins généralistes et moins d'un quart des spécialistes. Les médecins peuvent également déposer un dossier via le formulaire en ligne sur le site Internet du Cnom. Dans ce cas, ils doivent joindre des pièces justificatives.

Des réunions inter-ordres

Les demandes d'aide ne sont pas seulement d'ordre financier. Les médecins rencontrent aussi des difficultés professionnelles, psychologiques, personnelles et/ou familiales. Dans ce contexte plus global, les associations jouent un rôle complémentaire important, en proposant par exemple un suivi psychologique ou médical. L'Ordre travaille d'ailleurs à mettre en place une coordination entre les diverses associations afin d'apporter des réponses plus homogènes et adaptées sur l'ensemble du territoire. La commission d'entraide organise également des

L'ENTRAIDE CONFRATERNELLE, C'EST...

De plus en plus de dossiers déposés

67 dossiers étudiés par la Commission nationale d'entraide entre juillet et novembre 2019

9 en juillet **17 en septembre**
30 en novembre **11 en octobre**

Des profils variés

411 appels de professionnels de santé au numéro vert entre avril et juillet 2019 :



Des moyens engagés

Entre **750 000 €** et **800 000 €** :
le budget global consacré par l'Ordre pour l'entraide (y compris les subventions aux associations)

Entre **1500 €** et **10 000 €** :
le montant des dons accordés par la Commission nationale d'entraide.

Des orientations diverses



réunions inter-ordres. En effet, si le numéro est unique, chaque ordre a son propre dispositif d'entraide. Trois réunions sont déjà programmées en 2020 avec les masseurs-kinésithérapeutes, les sages-femmes, les infirmiers, les chirurgiens-dentistes et les pédicures-podologues. « Ces réunions, qui ont lieu dans les locaux des différents ordres professionnels, sont très constructives et confraternelles. L'objectif est de faire progresser l'entraide en échangeant sur nos pratiques respectives », commente le Dr Jean-Yves Bureau.

+ D'INFOS

- La page dédiée à l'entraide sur le site Internet du Cnom : conseil-national.medecin.fr, rubrique L'Ordre des médecins / L'institution ordinale / L'entraide
- Le numéro vert : 0800 288 038
- Le formulaire en ligne pour faire appel à l'entraide ordinale : conseil-national.medecin.fr, rubrique Documents types et démarches / Documents types pour les médecins / Démarches destinées à mon conseil départemental / Faire appel à l'entraide ordinale

CHRU DE NANCY

L'UGED ÉVITE AUX PATIENTS ÂGÉS LA CASE «URGENCES»

Au CHRU de Nancy (54), une petite unité de soins gériatriques accueille des patients âgés directement adressés par leur médecin, sans passer par le service des urgences.

Texte : Éric Allermoz | Photos : Julian Renard



Dr Christine Perret-Guillaume, chef de service de médecine gériatrique aiguë, CHRU de Nancy

QUOI? L'Unité de gériatrie d'entrées directes (Uged) du CHRU de Nancy, créée en 2014.

QUI? Les médecins généralistes et d'Ehpad appellent directement l'Uged pour une hospitalisation de leurs patients, sans passer par la case urgences.

POURQUOI? De nombreuses études montrent que les longs temps d'attente aux urgences ont des conséquences lourdes sur l'état de santé des personnes âgées hospitalisées. Grâce à une entrée directe des patients, l'Uged améliore la prise en charge, fluidifie le parcours de soins et désengorge les urgences.

Entrées.
« L'Uged a pris en charge 427 patients en 2018, dont 250 entrées directes. »



Télémédecine.
« Pour éviter un déplacement inutile des patients âgés vers l'hôpital, nous proposons également des consultations à distance, via télémédecine, en partenariat avec des Ehpad du département. »



Un rapide coup de téléphone a suffi pour que Solange, 85 ans, évite un passage aux urgences de l'hôpital Brabois, sur les hauteurs de Nancy. Lorsque son état de santé s'est subitement dégradé, son médecin a contacté le réseau Vill'Hop¹. Au bout du fil, le médecin d'astreinte a orienté sa patiente vers l'Unité de gériatrie d'entrées directes (Uged), où l'un des quinze lits était encore disponible. Créée en 2014, cette unité de soins pas comme les autres permet aux médecins généralistes et coordonnateurs des Ehpad d'hospitaliser rapidement leurs patients de plus de 75 ans. « Ils arrivent dans une situation préoccupante, mais ne nécessitent pas une prise en charge à court terme aux urgences. Il s'agit de chutes, d'infections pulmonaires, de décompensations cardiaques ou encore d'aggravations de l'état cognitif », détaille le



Adaptation.
« Pour les équipes soignantes, la prise en charge à l'Uged est différente. Les entrées ne sont pas filtrées par les urgences, nous avons des problématiques souvent lourdes, complexes. »



Lien ville-hôpital.
« Dans un contexte de vieillissement de la population, optimiser sa filière gériatrique en lien avec la ville et les structures d'amont et d'aval, est devenu un enjeu majeur pour l'établissement hospitalo-universitaire lorrain. »



Accompagnement.
« L'une des difficultés majeures de l'Uged est d'organiser la sortie des patients dans les meilleures conditions. Une assistante sociale accompagne ceux qui en ont besoin pour demander une aide financière, des soins à domicile, une place en SSR, Ehpad, etc. »

D^r Lallia Braikia, gériatre responsable de l'Uged. L'entrée directe évite un passage injustifié dans des services d'urgences toujours plus saturés, à Nancy comme partout en France. Les longues heures d'attente se révèlent particulièrement délétères pour les aînés, plus vulnérables. En 2019, la Cour des comptes rappelait que la prise en charge des personnes de plus de 75 ans aux urgences est au moins deux fois plus longue que pour les autres patients.

11 jours à l'Uged, contre 18 jours aux urgences

Une fois admis directement à l'Uged, les patients âgés sont hospitalisés en moyenne 11 jours, contre 18 jours pour ceux pris en charge aux urgences. « Les soins gériatriques débutent plus rapidement, les patients ne sont pas transférés d'un service à l'autre », affirme le P^r Christine

Perret-Guillaume, chef de service de médecine gériatrique aiguë au CHRU de Nancy. Seul bémol, malgré un taux d'occupation de 100 % à l'Uged, on ne compte que 50 % des lits occupés par des « entrées directes ». « Les lits non occupés par les entrées directes sont mis à disposition des urgences notamment lorsque l'hôpital est en tension, lors des épidémies de grippe ou de gastro-entérite », regrette Christine Perret-Guillaume, qui souhaiterait au contraire « que ces lits soient complètement "sanctuarisés" pour répondre à la demande croissante des médecins généralistes et des Ehpad ». Convaincue que l'Uged fluidifie le parcours de soins et désengorge les urgences, elle milite depuis plusieurs mois en faveur d'une plus grande capacité d'accueil pour afficher 24 places, contre 15 aujourd'hui.

1. Numéro de téléphone de la plateforme Vill'Hop : 03 83 15 78 46



OÙ EN EST LA PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ ?

Avec...



SYLVIE ESCALON,
sous-directrice
de la régulation de
l'offre de soins de
la Direction générale
de l'offre de soins
(DGOS) du ministère
des Solidarités et
de la Santé



**P^R ANNE-LAURE
BOREL,**
endocrinologue,
responsable
du centre spécialisé
de l'obésité (CSO)
Grenoble Arc Alpin



ANNE-SOPHIE JOLY,
présidente du
Collectif national
des associations
d'obèses (CNAO)



D^R BRUNO BOYER,
président de
la section Santé
publique, Cnom

Le 8 octobre 2019, la ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, a présenté la feuille de route « Prise en charge de l'obésité 2019-2022 ». Médecins, patients, responsables de la politique sanitaire apportent leur éclairage sur cette maladie chronique qui touche 8 millions de Français.

Texte : Béatrice Jaulin | Photos : Istock - DR

L'ESSENTIEL

- **Présentée en octobre 2019, la feuille de route** « Prise en charge de l'obésité 2019-2022 » vise à améliorer la prise en charge des personnes en situation d'obésité ou à risque de le devenir par la structuration de parcours de soins gradués et coordonnés.
- **La feuille de route prévoit également** de développer la formation des professionnels et l'information des personnes en situation d'obésité, de soutenir l'innovation et de mieux l'évaluer.
- **Autre axe important :** renforcer la régulation de la chirurgie bariatrique, très pratiquée en France et améliorer son suivi pré- et post-opératoire.

QUEL REGARD PORTEZ-VOUS SUR LES POLITIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE LIÉES À L'OBÉSITÉ EN FRANCE ?

Pr Anne-Laure Borel

L'apport majeur du premier plan Obésité 2010-2013, piloté par le Pr Arnaud Basdevant, a été la création des centres spécialisés de l'obésité (CSO¹) pour la prise en charge de l'obésité sévère, avec pour mission de renforcer le maillage territorial, d'harmoniser les pratiques et de constituer un réseau afin d'informer les patients sur ce qui se fait proche de chez lui. **Une phase de structuration reste nécessaire pour intégrer les actions de différents plans.** Cela pourrait se traduire par la fusion des différents programmes nationaux nutrition santé (PNNS), plans Obésité, Sport et santé... dans un plan plus large déclinant toutes les mesures à mettre en place pour favoriser des habitudes de vie propices à la santé. Cela pourrait aussi se traduire par l'identification des centres experts capables de proposer aussi bien les missions actuelles des CSO que celles des centres spécialisés dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire et de la dénutrition.

D^r Bruno Boyer

Après plusieurs plans précédents, cette feuille de route semble plus globale, plus ambitieuse. Elle donne l'impression que les pouvoirs publics passent à la vitesse supérieure. Espérons que les mesures préconisées seront déployées avec succès. **La feuille de route mobilise fortement certaines missions de la section Santé publique du Cnom** : l'organisation de l'accès aux soins sur tout le territoire, la vigilance et la sécurité des soins, la prévention et l'éducation à la santé. On ne peut que se féliciter de l'organisation du parcours de soins qui est proposée et de sa lisibilité. De même, le caractère pluridisciplinaire de la prise en charge et des décisions garantit une mobilisation organisée des ressources dont la qualité sera vérifiée, avec l'assurance pour les patients de trouver le meilleur pour eux-mêmes et pas seulement ce qu'ils connaissent autour d'eux.

Sylvie Escalon

En raison de son impact majeur sur la santé, l'obésité fait l'objet depuis plusieurs années de nombreuses actions publiques. **Les quatre PNNS qui se sont succédé depuis 2001 et le plan Obésité traduisent l'engagement des pouvoirs publics** autour de sa prévention et de sa prise en charge. Ces actions impliquent plusieurs ministères, l'Assurance maladie, la Haute Autorité de santé (HAS), ainsi que les associations de patients et les Conseils nationaux professionnels (CNP). En 2016, un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) a estimé « significatif » l'impact de ces plans sur le repérage et la structuration de l'offre de soins. L'investissement ne faiblit pas à travers le dernier PNNS et la feuille de route sur l'obésité, le premier portant les actions de prévention et la seconde portant la prise en charge.

Anne-Sophie Joly

Par rapport à ce que j'ai pu observer en Europe et dans le monde, la France ne s'en sort pas trop mal. Grâce à notre système de santé, les personnes en situation de surpoids et d'obésité peuvent se soigner. **L'Etat a pris conscience du problème et du coût qu'il représentait.** L'Union européenne, et donc la France, a signé un engagement qui stipule que l'obésité et le surpoids doivent diminuer de 15 % chez les adultes et de 20 % chez les enfants d'ici à 2030. Cela dit, il ne faut pas se réjouir trop vite. En France, certains professionnels de santé et le grand public ne considèrent pas l'obésité comme une maladie. Et la « grossophobie » reste d'actualité, même si on peut reconnaître qu'elle n'existe pas au niveau du système de soins.

1. Les CSO organisent la prise en charge médicale et chirurgicale de l'obésité des enfants et des adultes. Ils ont trois missions : « recours pour les cas complexes », « maillage territorial et organisation des filières » et « enseignement et recherche ».

QUELS SONT LES ENJEUX LIÉS À LA PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ ?

Pr Anne-Laure Borel

Pour qu'elle soit précoce et donc efficace, la prise en charge doit coupler, dès les stades les moins sévères du surpoids ou de l'obésité, un suivi psychologique, des consultations de diététique et une activité physique adaptée. **Ces différentes prises en charge sont disponibles mais non remboursées pour les patients, qui sont pourtant le plus souvent issus de milieux défavorisés.** Il faudrait proposer une prise en charge pluridisciplinaire de proximité, accessible aux plus démunis, suffisamment longue mais circonscrite dans le temps. Ce modèle a été expérimenté avec les Réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique (RéPPOP) pour la prise en charge de l'obésité de l'enfant. Ils ont montré qu'un maillage territorial, la mise en réseau et une prise en charge pluridisciplinaire de proximité non payante étaient efficaces non seulement pour stabiliser le poids des enfants mais aussi pour le réduire. Toutefois, les RéPPOP ne sont pas mis en place sur l'ensemble des territoires et les moyens alloués aux CSO restent faibles (70 000 euros par an) par rapport à l'ambition de leurs missions.

Sylvie Escalon

La prévalence de l'obésité reste stable mais la prévalence de l'obésité très sévère augmente. D'où la nécessité de renforcer le repérage précoce et de favoriser la prise en charge par un meilleur accès aux soins. **Autre enjeu, la lutte contre les inégalités sociales, puisqu'on observe deux à quatre fois plus d'obésité dans les milieux défavorisés.** Lutte aussi contre les inégalités territoriales qui persistent avec une prévalence de l'obésité plus élevée dans les départements et territoires d'outre-mer que dans l'Hexagone. Enfin, le recours à la chirurgie bariatrique est de plus en plus fréquent (4,5 fois plus en 10 ans) alors qu'elle n'est censée traiter que les cas les plus sévères et ne devrait concerner les enfants et les adolescents que dans des situations exceptionnelles. Il s'agit donc de mieux la réguler pour une meilleure pertinence.

D^r Bruno Boyer

Pour le médecin traitant, c'est un enjeu quotidien d'éducation à la santé, de prévention et d'orientation du patient vers les spécialistes et les structures adaptées à la situation de son patient, même s'il est clair qu'il peut manquer de temps pour mener à bien cette mission. Pour les médecins de premier recours et de deuxième recours (endocrinologue, rhumatologue, cardiologue...) **qui se doivent d'accueillir les patients avec bienveillance, de les écouter et de comprendre leur maladie,** l'enjeu est aussi déontologique. C'est également un enjeu quotidien pour le patient et son entourage, en termes de qualité et d'espérance de vie en bonne santé, car de nombreuses pathologies sont associées à l'obésité. Enfin, c'est un enjeu économique puisque l'obésité et les pathologies associées coûtent plus de 6 milliards d'euros chaque année à l'Assurance maladie.

Anne-Sophie Joly

Quand l'obésité sera reconnue comme une maladie, on en finira avec la dimension culpabilisante, avec le « c'est de leur faute, ils n'ont qu'à se contrôler ». C'est une question d'éducation. Éducation des personnes en situation de surpoids et d'obésité elles-mêmes pour qu'elles changent progressivement leurs goûts et leurs habitudes, qu'elles mangent différemment et veillent à leurs dépenses énergétiques, en bougeant, en faisant des ruptures de sédentarité. Le tout en support d'une approche médicale. **Éducation du grand public aussi, et les médias ont là un rôle important à jouer.** Il faut en finir avec l'approche commerciale de la prise en charge de l'obésité avec des régimes ineptes vantés dans la presse ou à la télévision.

QUELLES PISTES POUR AMÉLIORER LE PARCOURS DE SOINS?

Sylvie Escalon

La feuille de route dégage un certain nombre d'axes de travail, parmi lesquels une meilleure intégration de la prévention, avec une amélioration du repérage des cas d'obésité et des situations à risque, et une meilleure coordination des professionnels à travers des parcours de soins gradués et personnalisés. L'accent est aussi porté sur l'encadrement de la chirurgie bariatrique, **pour lequel les travaux ont déjà commencé avec la fixation d'un seuil d'activité et de critères de qualité.** L'amélioration de la concertation entre professionnels de santé, en lien avec le médecin traitant, apparaît nécessaire pour prendre des décisions de façon collégiale et dans le respect des recommandations faites par la HAS. L'implication du patient et de son entourage doit également être renforcée par une meilleure information et la mise en place d'une éducation thérapeutique.

D^r Bruno Boyer

Nous constatons que de très nombreux jeunes sont touchés par l'obésité. Il est indispensable de mener un repérage précoce dans le milieu scolaire. Au cours de la préparation du projet de loi de modernisation de notre système de santé de 2016, nous avions proposé un amendement qui prévoyait qu'au cours de leurs 16^e et 18^e années, tous les adolescents bénéficient d'une consultation médicale pour réaliser un bilan de leur état de santé physique et psychologique. **Malheureusement, notre proposition n'a pas été retenue.** Par ailleurs, il nous apparaît nécessaire, avec les médecins, que soit améliorée l'équité socio-économique et territoriale, dans la prise en charge de l'obésité comme pour les autres maladies.

Anne-Sophie Joly

Le médecin généraliste et le pharmacien ont un rôle indispensable à jouer dans le parcours de soins des personnes en surpoids. **Malheureusement, ils manquent à la fois de temps et de formation.** Le médecin pourrait, par exemple, après avoir pris la mesure du tour abdominal, lancer la conversation pour amener son patient à parler ouvertement de sa situation. Même chose pour les pharmaciens, quand une personne en surpoids achète un produit de régime sans demander conseil. Cela peut être l'occasion d'interroger, de conseiller, d'orienter vers un professionnel de santé. Pour les enfants et les adolescents, notre association a co-réalisé des recommandations avec la HAS, mais il n'y a pas vraiment de mise en œuvre au niveau des médecins. Ce qui n'est pas le cas à l'hôpital, où l'obésité morbide est prise en charge, notamment par la chirurgie bariatrique.

P^r Anne-Laure Borel

La chirurgie bariatrique est remboursée et il existe une très importante offre privée. Nous avons l'un des ratios les plus élevés en termes d'opérations de chirurgie bariatrique rapportées à la prévalence de l'obésité en France. **Or la chirurgie bariatrique, très utile à la santé des sujets, nécessite une prise en charge pluridisciplinaire structurée, pré- et post-opératoire,** pour éviter les complications nutritionnelles et psychologiques parfois sévères. Cette prise en charge sur le long terme n'est pas toujours effectuée et très peu contrôlée, notamment parce que le financement n'est centré que sur le geste opératoire et pas sur l'ensemble du parcours de soins. Il faudrait organiser et financer l'ensemble du parcours – consultations psychologiques et diététiques, activité physique adaptée, programme d'éducation thérapeutique –, le contrôler et en définir les modalités dans le temps.



PSYCHIATRIE : L'ÉTAT D'URGENCE

Textes : Dominique Fidel, Éric Allermoz | Photos : iStock, DR

L'ESSENTIEL

- Manque de lisibilité, parcours du combattant, diminution de nombre de lits, virage ambulatoire mal engagé : **le secteur de la psychiatrie est en crise** depuis de nombreuses années, pénalisant soignants comme soignés.
- Les pouvoirs publics **semblent enfin avoir pris la mesure de l'ampleur du problème** et multiplient les actions depuis 2017.
- **Deux réformes sont en cours** : l'une sur le financement, l'autre sur le régime des autorisations.



D^r Anne-Marie Trarieux

Présidente de la section Éthique et déontologie

« Se redonner les moyens de soigner »

« **A**u printemps 2018, huit soignants de l'hôpital psychiatrique du Rouvray (76) entamaient une grève de la faim pour dénoncer la dégradation de l'accueil des patients et de leurs conditions de travail. Dix-huit mois plus tard, malgré la création d'une trentaine de postes, rien n'a changé. À tel point qu'en octobre, à l'occasion d'une visite sur place, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) a observé « *des conditions de prise en charge indignes et des dysfonctionnements institutionnels graves, susceptibles de constituer un traitement inhumain et dégradant au sens de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme* ». Si cette situation est exceptionnelle par sa gravité, elle est sans doute révélatrice de la situation de crise que traverse la psychiatrie

publique depuis de trop longues années. La souffrance des soignants qui ne peuvent plus exercer leurs missions se conjugue à celle des patients victimes de cette situation, et toujours stigmatisés. En juin dernier, l'Académie de médecine appelait de ses vœux un plan de mobilisation nationale pour « *se redonner l'ambition de guérir* ». Avoir cette ambition et, a minima, de façon urgente, se redonner les moyens de soigner les malades dans le respect de leurs droits et de leur citoyenneté requiert l'engagement de tous : société, pouvoirs publics, agences régionales de santé, acteurs de la psychiatrie... Sans oublier bien sûr les médecins généralistes, souvent en première ligne, qui doivent disposer des conditions nécessaires pour pouvoir jouer leur rôle auprès des patients, comme de leurs proches. »



Aujourd'hui on estime qu'un Français sur trois souffrira de troubles mentaux à un moment de sa vie. Chaque année, 200 000 tentatives de suicide sont recensées. Les maladies mentales constituent en outre la première cause d'invalidité pour nos concitoyens. Enfin, avec 23 milliards d'euros, les pathologies psychiatriques et les traitements chroniques par psychotropes constituent le premier poste de dépense de l'Assurance maladie, loin devant le cancer et les maladies cardio-vasculaire. Les besoins sont donc énormes, mais les moyens pour y répondre défailants. Car la psychiatrie publique est malade depuis plus d'une décennie. Et la situation se dégrade à vue d'œil, si l'on en juge par la succession récente de mouvements de grève chez les hospitaliers psychiatriques, relayés par d'innombrables articles et tribunes qui évoquent tour à tour un « secteur au bord de l'implosion », un « parent pauvre », un « système à bout de souffle ».

Un constat alarmant

En septembre dernier, avec un rapport déposé par la Commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission relative à l'organisation de la santé mentale, les députées Caroline Fiat et Martine Wonner livrent un diagnostic sans concession de la psychiatrie publique hexagonale. Elles y décrivent le « parcours du combattant » des malades dans le dédale d'un secteur psychiatrique peu lisible, le cloisonnement tenace entre les disciplines malgré les déclarations de bonnes intentions, un nombre de lits psychiatriques divisé par deux entre 1996 et 2010,

un virage ambulatoire mal négocié... « *La psychiatrie publique est également malade de criantes inégalités territoriales*, ajoute pour sa part le Pr Jean-Pierre Olié, psychiatre

« LES NOTES POSITIVES SONT RARES. »

et auteur lui-même d'un rapport intitulé « Soigner les maladies mentales : pour un plan de mobilisation nationale » (Académie de médecine, juin 2019). *Et ce alors même que la France avait été l'un des pionniers de la sectorisation psychiatrique censée garantir une offre de soins de proximité sur tout le territoire. Et le panorama ne serait pas complet si nous n'évoquions pas l'explosion du nombre d'hospitalisations sans consentement, qui révèle le mauvais fonctionnement des actions territoriales de prévention et de diagnostic précoce, ainsi que la faiblesse des crédits*



TÉMOIGNAGE

CLAUDE FINKELSTEIN,
présidente de la Fédération nationale des patients en psychiatrie (Fnapsy)

« Attention à ne pas diluer la psychiatrie dans la santé mentale ! »

« Du point de vue des usagers de la psychiatrie, la situation actuelle est clairement mauvaise. Elle se caractérise d'abord par une filière "soins" en piteux état, qui n'a jamais fait l'objet d'une réflexion d'ensemble approfondie mais seulement de rénovations successives qui n'ont pas réellement engendré de changement en profondeur. C'est toujours aujourd'hui un milieu fermé et stigmatisé, digne héritier des pratiques du XIX^e siècle. Et on a l'impression que les pouvoirs publics voudraient aujourd'hui diluer ce secteur archaïque dans la sphère de la santé mentale et des approches dites "communautaires". La greffe a peu de chances de fonctionner en l'état ! Et ce sont les usagers qui en feront les frais au premier chef, d'autant plus facilement que nos représentations institutionnelles ne sont plus écoutées... »

DISPOSITIF DE SOINS PARTAGÉS EN PSYCHIATRIE : UN PRÉCIEUX COUP DE POUCE POUR LES MÉDECINS

Dans les Yvelines, l'un des rares dispositifs français de soins partagés en psychiatrie permet aux médecins généralistes d'adresser en priorité leurs patients vers des consultations avec un psychiatre hospitalier.



Le Dr Christine Passerieux, cheffe du pôle psychiatrie au centre hospitalier de Versailles.

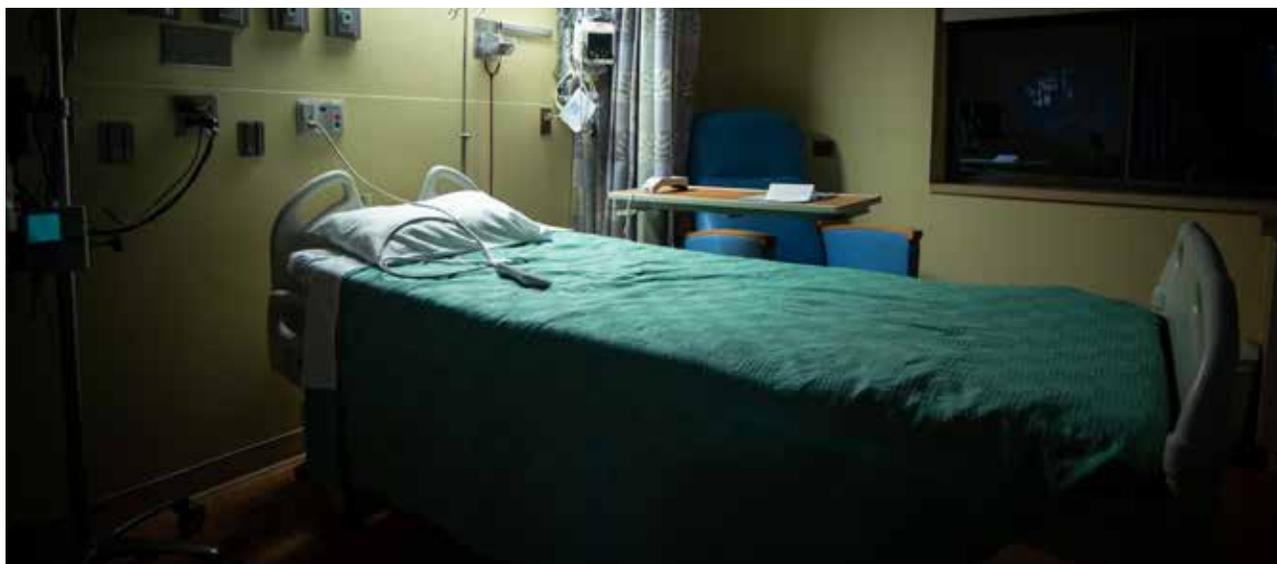
Limitier les orientations tardives

À l'issue des consultations, soit le médecin reprend la main, aidé par l'avis du psychiatre, soit le patient est orienté vers des professionnels libéraux (psychiatres, psychologues) pour un suivi au long cours. « Ce dispositif est un support à la pratique en psychiatrie des généralistes et il contribue à leur formation continue », résume le

Le médecin est le premier consulté en cas de souffrance psychique ou problème de santé mentale, bien avant les « psys ». Mais trop souvent, il éprouve des difficultés à obtenir un avis spécialisé. Face à ce constat, la Communauté psychiatrique de territoire Yvelines Sud¹ propose depuis vingt ans des consultations hospitalières réservées aux patients adressés directement par leur médecin traitant, après un simple coup de téléphone. Au centre hospitalier de Versailles, des infirmiers s'entretiennent d'abord avec le généraliste puis le patient atteint de troubles psychiques, afin d'évaluer ses difficultés, ses besoins. Deuxième étape, le patient est reçu par un psychiatre de l'hôpital (éventuellement un psychologue) pour quelques consultations seulement. « *Tout au long de cette prise en charge, le médecin traitant reste le référent. Il est informé par le psychiatre. La qualité de ces échanges est un élément essentiel du dispositif* », insiste

Dr Passerieux. En 2017, 82 médecins du sud du département francilien ont fait appel au dispositif de soins partagés psychiatriques. La moyenne est de 17 jours pour obtenir une première consultation. « *Les soins partagés constituent une réponse particulièrement adaptée à la prise en charge des troubles anxieux et dépressifs, au dépistage précoce des troubles mentaux sévères* », estime la psychiatre. Ils limitent aussi les orientations tardives chez les spécialistes, le recours excessif aux urgences, les ruptures de parcours. En prime, certains patients pris en charge par le dispositif bénéficient d'un remboursement dérogatoire des psychothérapies réalisées par des psychologues libéraux. Les soins partagés en psychiatrie sont encore rares en France. Il en existe à Toulouse et Créteil, et bientôt à Montpellier pour des consultations pédo-psychiatriques.

1. Ex-Réseau de promotion pour la santé mentale Yvelines Sud.



→

accordés en France à la recherche en psychiatrie, qui doit se contenter de 4 % des financements pour la recherche médicale, contre 20 % aux États-Unis, 10 % au Royaume-Uni ou encore 8 % en Espagne. » Dans ce tableau crépusculaire, les notes positives sont rares : localement, maillages territoriaux assurant des soins de proximité, solidité de l'offre privée - qui représente un quart des possibilités d'hospitalisation - et, point important, une démographie médicale dynamique. « La France compte aujourd'hui 13 000 psychiatres en exercice et c'est une richesse, indique ainsi le P^r Pierre Thomas, chef du pôle de psychiatrie, médecine légale et médecine pénitentiaire du CHU de Lille. Et en dépit des difficultés, notre secteur se montre toujours attractif auprès des étudiants. Avec une population actuelle de 2 000 internes, le renouvellement est assuré. »

De la prise de conscience...

Alors, que faire face à ce constat alarmant ? Si, par le passé, les rapports d'experts se sont succédé - 12 en 10 ans - sans réel bénéfice pour les soignants ou les malades, il semble que les pouvoirs publics aient enfin pris la mesure de l'ampleur du problème. Depuis 2017, le gouvernement multiplie les annonces et les actions. Le premier signal fort a été donné avec la création du Comité national de pilotage de la psychiatrie, aujourd'hui coprésidé par le P^r Thomas. « Cette instance consultative représentative de l'ensemble de la profession a été instituée en 2017 pour répondre au souhait des différents acteurs de la psychiatrie de pouvoir structurer leurs réflexions sur l'offre et l'organisation des soins. Plusieurs de ses propositions ont d'ores et déjà été retenues - comme la création d'un observatoire des pratiques et des droits en psychiatrie ou la création d'un fonds d'innovation organisationnelle lancé l'été dernier - et d'autres sont en cours d'instruction. » En 2018, le gouvernement a franchi un nouveau cap avec la mise en œuvre d'une

TÉMOIGNAGE



DR CHRISTIAN MÜLLER,
président de la Conférence nationale
des présidents de commission
médicale d'établissement (CME)
de centres hospitaliers spécialisés
(CHS) en psychiatrie

« En état d'urgence républicaine »

« En septembre 2018, nous avons cosigné un texte avec une quinzaine de représentations institutionnelles des professionnels de patients et de familles pour déclarer la psychiatrie publique en état d'urgence républicaine. Dans la foulée, nous avons proposé une dizaine de mesures qui nous paraissaient indispensables pour répondre à cette situation inédite de crise. Nous appelions notamment à garantir aux établissements autorisés en psychiatrie la préservation de leurs effectifs et, de façon plus générale, des moyens alloués à la psychiatrie ; à mobiliser les ARS sur l'accompagnement de la mise en œuvre des projets territoriaux de santé mentale ; et enfin à clarifier le pilotage et la gouvernance de la psychiatrie au sein des groupements hospitaliers de territoire (GHT). Un an plus tard, force est de constater que nous n'avons pas vraiment été entendus en dépit d'une meilleure prise de conscience de nos difficultés au niveau de la ministre et des effets soutenant relatifs à la mise en place du Comité de pilotage de la psychiatrie. Mais il faudra bien plus que ces quelques "effets bénéfiques" : la psychiatrie a besoin d'une plus grande considération eu égard aux défis majeurs en termes de prévention, d'accès aux soins et de modernisation de ses dispositifs. »

AU QUOTIDIEN



D^R ANNE-MARIE TRARIEUX,
présidente de la section Éthique
et déontologie du Cnom

VERS QUELLE STRUCTURE ORIENTER UN PATIENT PRÉSENTANT DES TROUBLES PSYCHIQUES ?

Le médecin généraliste est souvent le premier consulté pour des troubles mentaux. Il est donc celui qui décrypte le motif de consultation et le requalifie le cas échéant. S'il opte souvent pour un traitement médicamenteux éventuellement doublé d'une psychothérapie de soutien, il ne doit pas hésiter à prendre conseil auprès d'un praticien spécialisé, voire à orienter son patient vers une structure de prise en charge adaptée, le centre médico-psychologique le plus proche. Il peut s'appuyer sur son réseau et les ressources du territoire, les annuaires mis en ligne, à disposition, sur le site Internet de l'Ordre des médecins, le portail de son ARS, etc. Dans certaines régions, des dispositifs de soins partagés (DSP) ont été mis en place pour proposer des consultations d'avis et de suivi conjoint afin d'aider les médecins généralistes dans la prise en charge des troubles mentaux.

QUELLES SONT LES MISSIONS DES IPA EN PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE ?

C'est officiel depuis l'été dernier : le champ d'exercice des infirmiers de pratiques avancées (IPA) s'étend désormais au domaine de la psychiatrie et de la santé mentale. Ces professionnels, qui devront valider une formation de deux ans en plus du diplôme d'État d'infirmier en psychiatrie, pourront par exemple effectuer un recueil de données avec anamnèse et élaborer des synthèses cliniques. Ils pourront aussi contribuer au repérage de l'évolution des troubles des patients et effectuer le renouvellement de la prescription ou l'adaptation éventuelle de la posologie de certains traitements selon des conditions autorisées par arrêté.

QUELLES SONT LES MESURES DU SOIN SANS CONSENTEMENT ?

Les mesures de soins sans consentement touchent aux libertés individuelles et font l'objet d'évaluations régulières. En augmentation depuis 2011, elles concernent les hospitalisations et également les programmes de soins qui donnent la possibilité d'étendre les soins psychiatriques sans consentement hors de l'hôpital, privilégiant le soin en ambulatoire. Leur mise en place est contraignante et chronophage, y compris pour le médecin traitant, mais importante pour le respect des droits des personnes.

- les soins psychiatriques sur décision du directeur de l'établissement de santé (SDDE), consécutifs à la demande d'un tiers, en urgence ou non, ou sans demande de tiers en cas de péril imminent;
- les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État ou du maire (SDRE, en cas d'urgence) en présence de troubles mentaux compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

QU'EN EST-IL DE LA PROCÉDURE D'ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES EN CAS DE PÉRIL IMMINENT ?

La législation autorise des admissions à travers la notion de « péril imminent », caractérisée par « l'immédiateté du danger pour la santé ou la vie du patient ». Cette procédure permet la prise en charge sans leur consentement, avec un seul certificat médical d'un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil, de personnes isolées, voire désocialisées, pour lesquelles aucun tiers n'est trouvé. Elle est utile en l'absence de tiers connu, de façon exceptionnelle, de refus des membres de l'entourage du patient de prendre une décision médicalement nécessaire. Elle ne peut pas être utilisée comme une procédure simplifiée d'admission en soins psychiatriques sur demande d'un tiers. Rappelons que la décision est écrite et notifiée non seulement au patient mais aussi au Procureur de la République et à la commission départementale des soins psychiatriques.



→ feuille de route dédiée à la psychiatrie, désormais élevée au rang de « priorité » du système de santé. Plusieurs mesures ont également été annoncées : la psychiatrie est désormais prioritaire dans les plans régionaux d'investissement, un appel à projets permettra le développement renforcé de la réhabilitation psychosociale, le nombre de stages en santé mentale pendant les études de médecine générale est augmenté et surtout la mise en œuvre des projets territoriaux de santé mentale (PTSM) sur les territoires est rendue obligatoire d'ici à juillet 2020. L'année 2019 a également connu son cortège de décisions, avec la nomination du Pr Franck Bellivier aux fonctions inédites de délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie, et le lancement par ce dernier d'un tour de France destiné à évaluer la réalité et la diversité des situations dans les territoires et à rencontrer tous les acteurs mobilisés autour de la feuille de route psychiatrie.

... à l'action ?

« À l'heure actuelle, deux réformes importantes sont en cours, poursuit Pierre Thomas. La première porte sur le financement de la psychiatrie, et elle est très attendue car c'est un sujet qui n'a pas fait l'objet de réflexion en profondeur depuis 1983 et qui est sans doute à l'origine de bien des problèmes actuels. » Présenté en octobre, le projet intégré dans le PFLSS 2020 propose d'instaurer un financement commun pour l'ensemble des établissements publics comme privés, reposant sur une dotation populationnelle ainsi que des modalités de financement incitant à la qualité, à la réactivité et au développement de nouvelles activités, tout en valorisant la recherche. « Ce premier texte devrait être suivi par la réforme

TÉMOIGNAGE



Pr RAPHAËL GAILLARD, professeur de psychiatrie à l'université Paris Descartes et chef de pôle au Centre Hospitalier Sainte-Anne

« Des neurosciences en pleine révolution »

« Nous connaissons actuellement une révolution des neurosciences qui devrait enfin nous permettre de comprendre comment marche le cerveau. C'est un peu comme si nous ouvrons la boîte noire, en donnant accès aux déterminants physiologiques des comportements des patients et donc à de nouvelles pistes thérapeutiques. C'est une véritable opportunité pour la psychiatrie française qui dispose d'un très haut niveau scientifique. Mais cette révolution dans les « sciences dures » ne doit pas s'accompagner d'un retrait des sciences humaines : la psychologie et la psychanalyse ont plus que jamais leur place pour une approche globale des pathologies, d'autant plus que la recherche en neurosciences rejoint parfois les grandes intuitions de la psychanalyse. Et ce qui est valable pour la recherche doit aussi s'exprimer sur d'autres terrains, qu'il s'agisse de la formation ou des structures de soin. Les patients ont besoin que nous décloisonnions les disciplines ! »

« À L'HEURE ACTUELLE, DEUX RÉFORMES SONT EN COURS. »

du régime des autorisations qui devrait permettre au secteur psychiatrique d'offrir des conditions favorables à un dialogue plus clair et plus lisible entre les équipes de soins et les patients. » Reste à savoir désormais si ce train de mesures conséquent sera de nature à changer profondément la donne...

Pour leur part, les témoins interviewés dans le cadre de cet article ont encore de nombreuses attentes. Portant la parole des usagers, Claude Finkelstein évoque « la réinvention des articulations entre la ville et l'hôpital et un encouragement plus franc à la recherche, pour permettre aux soignants comme aux malades de bénéficier des avancées de l'intelligence artificielle ». Côté soignants, Jean-Pierre Olié appelle, quant à lui, à « un moratoire sur la fermeture des lits, une réflexion globale sur l'organisation territoriale dans une optique de clarification et à la définition d'une nouvelle articulation entre les acteurs psychiatriques et les médecins généralistes, qui jouent un rôle central dans la détection, le traitement ».

Cahier **Mon** exercice

26 E-SANTÉ

La nouvelle plateforme des données de santé est lancée

27 DÉCRYPTAGE

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS)

28 DÉCRYPTAGE

Déploiement des CPTS : mode d'emploi

30 QUESTIONS-RÉPONSES

Les relations médecins-industrie

VENTE D'ARRÊTS DE TRAVAIL : LE CNOM AGIT !

- **Au mois d'août, la section Exercice professionnel du Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) a alerté la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam) de la vente d'arrêts de travail vierges sur le réseau social Snapchat.** La situation a depuis été confirmée par la Cnam, qui indique que des plaintes ont été déposées par des établissements de santé, des médecins et des caisses de l'Assurance maladie. Elle souligne également l'intérêt du recours à la prescription dématérialisée, « garantie de fiabilité et de sécurité », pour prévenir ce type de cas de figure. À noter que, selon les dispositions de l'article L161-35 du code de la sécurité sociale issu de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, au 31 décembre 2021 au plus tard, « les arrêts de travail seront prescrits, sauf exception, de manière dématérialisée par l'intermédiaire d'un service mis à la disposition des professionnels de santé par les organismes d'assurance maladie ».
- **Début janvier, un site mercantile proposant des arrêts maladie en ligne a été lancé. L'Ordre et la Cnam ont engagé une action en référé.**

Lire notre communiqué sur notre site internet : conseil-national.medecin.fr

PARUS AU JO

DÉCRET N° 2019-1286
du 3 décembre 2019 portant modification des dispositions relatives à la **procédure disciplinaire des ordres des professions médicales et paramédicales.**

DÉCRET N° 2019-1342
du 11 décembre 2019 relatif à la **conférence régionale de la santé et de l'autonomie des agences régionales de santé** et de certaines de ses modalités de fonctionnement.

La nouvelle « Plateforme des données de santé » est lancée

Depuis le 1^{er} décembre, une nouvelle « Plateforme des données de santé » (PDS) ou « Health Data Hub » est officiellement créée. Élargie, elle porte de nombreuses promesses pour améliorer la prise en charge au bénéfice du patient et du professionnel de santé dans sa pratique quotidienne : diagnostics plus précis, découverte de nouveaux médicaments, optimisation du parcours de soins... Décryptage.



DR STÉPHANE OUSTRIC,
délégué général aux données
de santé et au numérique au Cnom

Quel est le rôle de cette nouvelle plateforme ?

Présentée sous le nom de « Health Data Hub » dans la nouvelle loi santé, cette plateforme publique reprend les missions de l'Institut national des données de santé (INDS), tout en les élargissant. Elle devient le guichet unique des données de santé en France, aux accès strictement contrôlés et sécurisés. Son objectif, tel qu'affiché par le gouvernement : renforcer la capacité du pays dans l'innovation en santé grâce à l'intelligence artificielle, pour améliorer la prise en charge au bénéfice du patient, avec l'appui des professionnels de santé. Il en découle quatre enjeux stratégiques : décloisonner le patrimoine de données de santé, renforcer l'usage des données de santé, positionner la France comme leader dans l'usage des données de santé et enfin, garantir la participation de la société civile et promouvoir les usages des données de santé.

Quel est son fonctionnement ?

Elle va centraliser les données de santé provenant de l'actuel Système national des données de santé (SNDS), enrichi d'autres sources. Le SNDS ne contient que des données médico-administratives, issues du Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram) et du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Les données de la plateforme proviendront également, après anonymisation, des dossiers patients des établissements de santé publics ou privés, ou des médecins de ville. Les capacités de stockage, de calcul et d'analyse ont été optimisées. Autre évolution : la simplification des autorisations d'accès à la plateforme. L'accès aux données ne sera plus réservé aux cher-



cheurs. Centres de recherche publics et acteurs privés pourront présenter leur demande d'accès à deux conditions : que leur projet soit d'intérêt général et qu'il soit autorisé par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil), gendarme des données personnelles.

Quelle est la position de l'Ordre ?

Les données sont une richesse, elles sont fondamentales pour la recherche et l'organisation des soins. Il est nécessaire de les regrouper pour les exploiter au mieux. **Cependant, les principes de liberté individuelle et de respect de l'éthique ne doivent pas être sacrifiés.** Cela passe, avant tout, par l'information et le recueil du consentement du patient au don de ses données anonymisées. Et par l'impossibilité de les réidentifier, dans un respect strict du secret médical. **Nous y serons vigilants,** dans les décrets à venir. Nous sommes également dans l'attente du décret précisant la constitution du comité éthique et scientifique de cette plateforme. Elle sera déterminante pour prévenir tout conflit de compétences entre le scientifique et l'éthique.

Ce que prévoit la LFSS 2020

Le 27 décembre 2019, la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2020 est publiée au *Journal officiel*.
Décryptage de certaines des mesures votées.



D^R FRANÇOIS SIMON,
président de la section Exercice
professionnel du Cnom

AVEC

FRANCISCO JORNET,
directeur des services juridiques

La LFSS définit, avant tout, les dépenses, les recettes et les conditions de l'équilibre financier des régimes de sécurité sociale. S'agissant de la branche « maladie », l'Ondam (Objectif national des dépenses d'assurance maladie) a été fixé en 2020 à 205,6 milliards d'euros. Il comprend les soins de ville et les dépenses des établissements de santé et des établissements médico-sociaux. Comme les années passées, l'évolution spontanée des dépenses est de l'ordre de 4,5 % et, pour ramener cette évolution tendancielle (qui inclut les évolutions des tarifs et les mesures catégorielles) à un objectif de croissance de 2,4 %, des mesures d'économies ont été votées. 2,86 milliards d'euros d'économies sont attendues dans les soins de ville et 1,325 milliard d'euros dans les établissements. L'État compte beaucoup, pour y parvenir, sur une meilleure structuration de l'offre de soins et une amélioration de la pertinence des actes et des prescriptions.

Parmi les très nombreuses mesures votées, on s'attardera sur certaines d'entre elles.

- **Une nouvelle tarification des services des urgences** comprendra une dotation populationnelle en fonction de la démographie et des caractéristiques de l'offre de soins; des recettes liées à l'activité qui seront modulées suivant l'intensité des prises en charge; et un financement complémentaire pour l'amélioration de la qualité et de l'organisation des prises en charge.

- **De nouvelles mesures pour éviter la pénurie de médicaments** ont été votées avec l'obligation

pour les industriels de justifier d'un stock de sécurité dans l'Union européenne, des obligations d'importation à la charge des entreprises défaillantes et des sanctions renforcées à l'encontre des industriels.

- En réponse aux amendements parlementaires mettant en cause la liberté d'installation, l'État propose une **unification des aides à l'installation** proposées par l'ARS, essentiellement sous forme de garantie de revenus. Jusqu'à, ces aides se déclinaient en quatre types de contrats différents qui n'ont pas atteint leur but : seuls 1300 ont été signés ces 5 dernières années. Plus concrètement, l'État garantit aux jeunes médecins exerçant en zones sous-denses 2 ans d'exonération intégrale des charges sociales, soit un complément individuel de prise en charge estimé, en moyenne, à 15 000 supplémentaires.

- La LFSS 2020 expérimente **un forfait santé pour les personnes en situation de handicap**. Aujourd'hui, les renoncements aux soins curatifs et préventifs ainsi que les retards de prise en charge préjudiciables sont parfaitement documentés. Leurs causes sont multiples et tous les acteurs de la prise en charge doivent s'impliquer, notamment les médecins. Ainsi, il est prévu que soit expérimenté, dans certaines régions, un forfait santé individuel dédié aux soins liés au handicap plutôt qu'un financement sous enveloppe des établissements et services médico-sociaux qui induit des effets pervers. Affaire à suivre avec attention...

Déploiement des CPTS : mode d'emploi

Le 20 juin 2019, l'Uncam et les organisations représentatives des professions de santé ont signé l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) relatif au déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), approuvé le 21 août par arrêté. Il définit notamment les contours de leur constitution et de leur financement.



DR FRANÇOIS SIMON,
président de la section Exercice
professionnel du Cnom

Les CPTS sont composées de professionnels de santé regroupés sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours, et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé.

QUELLES CPTS SONT ÉLIGIBLES AU CONTRAT CONVENTIONNEL ?

Sont éligibles au contrat conventionnel les CPTS qui ont élaboré un projet de santé validé par l'agence régionale de santé (ARS).

QUEL STATUT JURIDIQUE ?

Le statut juridique choisi par la communauté professionnelle devra répondre aux critères suivants :

- garantie d'une pluri-professionnalité,
- possibilité d'adhésion à la communauté des différentes catégories d'acteurs nécessaires à la réalisation des missions (personnes physiques ou morales),
- possibilité de recevoir les financements de l'Assurance maladie et, le cas échéant, d'en effectuer une redistribution si besoin,
- adaptation aux missions choisies,
- possibilité de recruter du personnel pour le fonctionnement de la communauté.

QUEL PROJET DE SANTÉ ?

La CPTS doit, dans un premier temps, établir un diagnostic territorial en examinant les données des caractéristiques de la population du territoire. Ce diagnostic doit identifier le territoire d'action de la communauté en cohérence avec celui des autres communautés, les besoins de la population, les actions à mettre en œuvre pour y répondre, etc. Dans cette phase, les CPTS peuvent bénéficier d'un accompagnement logistique et financier de différents acteurs, notamment de l'Assurance maladie.

QUELLES MODALITÉS DE CONTRACTUALISATION ?

Les CPTS ayant un projet de santé validé par l'ARS et souhaitant bénéficier du cadre d'accompagnement et de financement défini dans l'accord conventionnel doivent souscrire à un contrat tripartite avec l'ARS et l'Assurance maladie.

Au-delà des principes fixés dans l'accord, chaque contrat doit être élaboré de manière partenariale au niveau des territoires de manière à adapter, au plus près des besoins, les moyens engagés par la communauté professionnelle, les modalités de déploiement de ses missions, les objectifs fixés aux différentes missions choisies et les conditions d'évaluation de l'impact des résultats obtenus. Le contenu de chaque contrat est adapté régulièrement pour prendre en compte l'évolution de l'organisation de la CPTS et de ses missions, ce qui implique d'organiser, au moins annuellement, des temps d'échanges entre les signataires.

Les CPTS qui souhaitent adhérer au contrat tripartite en font la demande auprès de la caisse d'assurance maladie en joignant les documents suivants :

- la copie du projet de santé validé par l'ARS,
 - les statuts de la CPTS,
 - les contours du territoire d'intervention de la CPTS,
 - la liste des membres de la CPTS avec leurs statuts (professionnels de santé libéraux, maisons de santé pluri-professionnelles, équipes de soins primaires, équipes de soins spécialisés, centres de santé, établissements sanitaires et médico-sociaux, services de santé et services sociaux, etc.).
- Le contrat est conclu pour une durée de 5 ans dans la limite de la durée de validité de l'accord conventionnel.

QUEL FINANCEMENT ?

L'accompagnement financier se décline en deux volets : une contribution au financement du fonctionnement de la CPTS et une contribution au financement des missions exercées.

• **Le financement dédié au fonctionnement** est alloué dès la signature du contrat, sans attendre le démarrage des missions. Il permet d'assurer l'animation, le pilotage, la coordination ou encore la mise en place d'outils informatiques. Par la suite, ce financement valorise le recours à une fonction de coordination transverse.

• **Le financement dédié aux missions** (socles et optionnelles) mises en œuvre par la CPTS tient compte de l'intensité des moyens déployés pour l'atteinte des objectifs, mais aussi des résultats observés sur la base des indicateurs fixés dans chaque contrat tripartite. Le montant total alloué pour chaque mission se répartit en deux parts égales : un financement fixe, couvrant les moyens mis en œuvre par la CPTS pour réaliser la mis-

sion, et un financement supplémentaire prenant en compte l'intensité des moyens mis en œuvre ainsi que les résultats d'impacts des missions. Le montant des financements est adapté à la taille de la CPTS :

- Taille 1 : < 40 000 habitants
- Taille 2 : entre 40 000 et 80 000 habitants
- Taille 3 : entre 80 000 et 175 000 habitants
- Taille 4 > 175 000 habitants.

Chaque CPTS dispose d'une liberté d'appréciation quant à l'utilisation et l'affectation des fonds alloués par l'Assurance maladie dans le cadre de l'accord, à l'exception du financement spécifique mis en place pour l'organisation du dispositif de traitement et d'orientation des demandes de soins non programmés.

MONTANT DES FINANCEMENTS

Montant annuel		Communauté de la taille 1	Communauté de la taille 2	Communauté de la taille 3	Communauté de la taille 4
Financement du fonctionnement de la communauté professionnelle	Total	50 000 €	60 000 €	75 000 €	90 000 €
Missions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins (socle)	Volet fixe/moyens	15 000 €	17 500 €	25 000 €	30 000 €
	Volet variable/actions et résultats	15 000 €	17 500 €	25 000 €	30 000 €
	Volet lié à l'organisation des soins non programmés	10 000 €	12 000 €	15 000 €	20 000 €
	Compensation des professionnels de santé				
	Volet supplémentaire lié à l'organisation des soins non programmés Financement spécifique pour le traitement et l'orientation des demandes de soins non programmés	35 000 €	45 000 €	55 000 €	70 000 €
	Total**	40 000 €	47 000 €	65 000 €	80 000 €
Missions en faveur de l'organisation de parcours pluri-professionnels autour du patient (socle)	Volet fixe/moyens	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
	Volet variable/actions et résultats	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
	Total	50 000 €	70 000 €	90 000 €	100 000 €
Missions en faveur du développement des actions territoriales de prévention (socle)	Volet fixe/moyens	10 000 €	15 000 €	17 500 €	20 000 €
	Volet variable/actions et résultats	10 000 €	15 000 €	17 500 €	20 000 €
	Total	20 000 €	30 000 €	35 000 €	40 000 €
Actions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins (optionnel)	Volet fixe/moyens	7 500 €	10 000 €	15 000 €	20 000 €
	Volet variable/actions et résultats	7 500 €	10 000 €	15 000 €	20 000 €
	Total	15 000 €	20 000 €	30 000 €	40 000 €
Actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire (optionnel)	Volet fixe/moyens	5 000 €	7 500 €	10 000 €	15 000 €
	Volet variable/actions et résultats	5 000 €	7 500 €	10 000 €	15 000 €
	Total	10 000 €	15 000 €	20 000 €	30 000 €
Financement total possible**	Volets fixe et variable	185 000 €	242 000 €	315 000 €	380 000 €

(*) Les montants mentionnés dans le volet variable/actions et résultats correspondent à un taux d'atteinte de 100 %.

(**) Ces montants n'intègrent pas le financement spécifique à l'organisation du dispositif de traitement et d'orientation des demandes de soins non programmés.

Les relations médecins-industrie

Pour préserver un climat de confiance et éviter tout conflit d'intérêts, les relations entre médecins et industriels doivent être transparentes et respecter un cadre légal strict.



Pr DOMINIQUE BERTRAND,
président de la commission
Relations médecins-industrie
au Cnom

QUELLES SONT LES DISPOSITIONS DE LA PREMIÈRE LOI, DITE « ANTI- CADEAUX » ?

La loi initiale du 27 janvier 1993 interdit « **le fait pour les membres des professions médicales de recevoir**

des avantages en nature ou en espèces sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, procurés par des entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ». Des dérogations sont cependant autorisées pour les médecins. **C'est donc une interdiction générale assortie de dérogations, nécessitant pour celles-ci une convention entre le médecin et l'industriel, préalablement soumise à l'Ordre.** (En d'autres termes, ce qui n'est pas autorisé dans le texte de façon précise est donc interdit.)

QUELLES SONT LES DÉROGATIONS POSSIBLES ?

Trois dérogations sont possibles :
• **La rémunération** d'activités de

recherche, de valorisation de la recherche, d'évaluation scientifique, de conseil ou de prestations de services, dès lors que la rémunération est proportionnée au service rendu et que les frais remboursés n'excèdent pas les coûts effectivement supportés.

• **L'hospitalité offerte**, de manière directe ou indirecte, lors de manifestations à caractère exclusivement professionnel ou scientifique, dès lors que cette hospitalité est d'un niveau **raisonnable**, strictement limitée à l'objectif principal de la manifestation et qu'elle n'est pas étendue à des personnes autres que les professionnels de santé.

• **Le financement total ou partiel** au financement d'actions de formation professionnelle ou de développement professionnel continu.

QUELLES ONT ÉTÉ LES ÉVOLUTIONS LÉGISLATIVES ET RÉGLEMENTAIRES ?

Progressivement, l'absence de lien entre l'avantage et la prescription, une limitation stricte à l'objectif professionnel et scientifique, la transparence des avantages accordés par les entreprises ont été précisées.

COMMENT SE DÉROULE L'OCTROI DE CES AVANTAGES ?

Il est conditionné à une convention **entre le médecin bénéficiaire et l'industriel, qui doit être soumise au**

Cnom. Tous les avantages doivent être déclarés par l'industriel sur le portail Transparence Santé piloté par le ministère des Solidarités et de la Santé, www.transparence.sante.gouv.fr

QUEL FUTUR PROCHE ?

Le dernier texte en la matière date du 20 janvier 2017, c'est une ordonnance relative à la

loi de 2016 de modernisation de notre système de santé. **Elle implique notamment que les demandes faites par les industriels soient soumises à autorisation du Cnom, ou dans certains cas à recommandation.** L'ordonnance a été ratifiée par la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé qui introduit également de nouvelles modifications. Un décret et des arrêtés d'application sont prévus pour le début de l'année 2020. Les nouvelles dispositions de la loi entreront en vigueur au second semestre 2020 et seront détaillées dans un prochain bulletin.

QUE RECOUVRE LA NOTION D'AVANTAGE ?

La notion d'avantage concerne toutes les prestations en espèces (rémunérations) ou en nature (hospitalité),

procurées par les industriels aux professions médicales. **Les avantages accordés aux professionnels de santé peuvent être directs ou indirects,** en impliquant par exemple

des personnes morales ou physiques tierces. À noter que les avantages suivants, d'une valeur négligeable, ne sont pas déclarés au Cnom :

- les repas et les collations à caractère impromptu (inférieur à 30 € dans des conditions particulières : deux par an et par industriel);
- les livres, ouvrages, revues : 30 € par livre; dans une limite totale de 150 € par année civile;
- les échantillons (dispositif médical) à but pédagogique sans limite;
- les fournitures de bureau : 20 € dans une limite totale par année civile.

QUI EST CONCERNÉ, CÔTÉ MÉDECINS COMME CÔTÉ INDUSTRIE ?

Tous les médecins inscrits à l'Ordre sont concernés.

À noter que l'hospitalité est interdite pour les

étudiants et leurs associations, jusqu'à la fin du 3^e cycle. Du côté des industriels, chaque entreprise produisant ou commercialisant des produits ou des prestations de santé (dépassant le périmètre initial des biens et services remboursés par l'Assurance maladie) est concernée.

QUELLES SONT LES SANCTIONS ENCOURUES ?

Les infractions pénales prévues par l'ordonnance n° 2017-49

du 19 janvier 2017 concernant **un manquement aux procédures précisées par la loi et les règlements si elles sont retenues par le juge correctionnel** sont une peine d'emprisonnement d'un an et 75 000 € d'amende, au maximum. Pour toute infraction au code de déontologie, et en particulier aux articles 5, 19, 20, 21, 24 et 26, les sanctions disciplinaires peuvent aller de l'avertissement au blâme, jusqu'à l'interdiction temporaire d'exercice, avec ou sans sursis.



DERNIÈRE MINUTE

Un décret et des arrêtés d'application sont attendus en ce début d'année. Les nouvelles dispositions de la loi entreront en vigueur à l'été 2020. Un décryptage sera alors proposé dans nos publications.

PORTRAIT

EN DATES

1989-1992

Diplôme d'ingénieur,
Sup Telecom (Paris)

2001-2004

Informaticien à la
clinique Pasteur
(Toulouse) où il gère les
systèmes d'information
et développe un dossier
patient informatisé

2011

Nommé directeur de
la clinique Pasteur, qui
fonctionne à la manière
d'une coopérative.
Elle est la propriété
des médecins qui
y exercent et tous
les bénéficiaires sont
réinvestis dans la
clinique.

Été 2018

Remise du rapport
rédigé avec Annelore
Coury (Cnam),
« Stratégie de
transformation du
système de santé.
Accélérer le virage
numérique »

Avril 2019

Nommé par Agnès
Buzyn pour piloter
le chantier numérique
de la stratégie
Ma santé 2022



Dominique Pon

Directeur général de la clinique Pasteur
à Toulouse, en charge du volet numérique
de « Ma santé 2022 »

« JE DÉFENDS UN NUMÉRIQUE ÉTHIQUE ET HUMANISTE »

Texte : Béatrice Jaulin | Photo : DR

« **D**ès mon enfance, la conscience sociale et l'idée du bien commun, de la solidarité, du collectif se sont ancrées dans ma tête grâce à l'éducation de mes parents.

Élevé dans ces valeurs humanistes, j'aurais pu aspirer à devenir médecin. Dans ma culture familiale, la réussite sociale, c'était plutôt de devenir ingénieur. C'est ce que j'ai fait. Classes préparatoires à Toulouse, puis Sup Telecom à Paris, où je me suis spécialisé dans le numérique. J'ai ensuite travaillé dans une société d'aéronautique, puis sur des systèmes de sécurité rayons X et rayons gamma pour détecter les bombes dans les bagages et les conteneurs. Mon chemin était tout tracé... mais j'ai pourtant décidé de repartir à zéro comme simple informaticien à la clinique Pasteur. La santé par le numérique, voilà qui était à la fois en phase avec mon éducation et mes aspirations humanistes, et avec mon désir d'innover et d'entreprendre. Je me suis occupé de la gestion du système informatique de la clinique et j'ai développé avec mon équipe un dossier patient informatisé. Après diverses fonctions au sein de la clinique, j'en suis devenu le directeur général en 2011. Toujours animé

par un besoin de créer et d'entreprendre, j'ai continué d'impulser une dynamique d'innovation au travers d'un accélérateur-incubateur intégré à la clinique : le HI-Lab. En avril 2018, Agnès Buzyn m'a demandé un rapport sur la santé numérique, que j'ai rédigé avec Annelore Coury. Puis elle m'a confié le pilotage de la transformation numérique dans le cadre de « Ma santé 2022 ». Ce n'est pas juste un concept. Il faut le porter concrètement, aller sur le terrain et mettre les mains dans le cambouis. Ce que j'essaie de faire avec un maximum d'énergie et de détermination, animé par la conviction profonde que le numérique est aussi déterminant que l'invention de l'imprimerie. Nous devons en faire un outil humaniste d'émancipation citoyenne et de diffusion de la connaissance, et ne pas l'abandonner aux géants de l'informatique. Nous demeurerons probablement moins puissants qu'eux... mais nous pouvons être plus agiles, plus éthiques, plus humanistes ! Comme pour toute politique publique, il faut savoir conduire le changement pour les gens et avec les gens. Il faut les aimer, en fait. **Et s'il y a une seule chose que je sais faire depuis que je suis enfant, c'est aimer les gens et les embarquer avec moi !** »