



MÉDECINS

LE BULLETIN DE L'ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS

cahier **Mon
exercice**

• INTEROPÉRABILITÉ
• VIOLENCES
INTRAFAMILIALES
• MESURES
SANITAIRES
P. 23

Nouvelles organisations territoriales de soins : le médecin au cœur des dispositifs

P. 10

ACTUALITÉ

**Covid-19 : face
à la deuxième
vague**

P. 4

ACTUALITÉ

**Une inquiétante
banalisation de
la violence**

P. 6

RÉFLEXIONS

**Faut-il (encore)
une nouvelle
réforme ?**

P. 20





L'ENTRAIDE ORDINALE

<https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/linstitution-ordinale/lentraide>

Dans le contexte de la crise sanitaire, l'Ordre des médecins a publié **une série de 6 vidéos** pour rappeler le périmètre de l'entraide ordinaire.

Numéro vert : 0800 288 038



• **Le Dr^e Éric Delord est médecin généraliste à Pluneret, dans le Morbihan. Mi-mars, il a contracté une forme sévère du virus.**

Durant cette période difficile, il a pu compter sur l'entraide ordinaire...

• **Le service de l'entraide ordinaire peut aiguiller les médecins en souffrance qui le souhaitent vers la clinique de Belle Rive de Villeneuve-lès-Avignon, qui a ouvert une unité spécifique dédiée aux soignants.**

• **Le Dr^e Mahen Ramloll, médecin généraliste à Fessenheim, est décédé du Covid le 22 mars 2020.**

Le service de l'entraide ordinaire a soutenu sa famille.



• **Le Dr^e Jacques Morali, délégué général aux relations internes au Cnom, revient sur la philosophie de l'entraide : une solidarité globale qui intervient quels que soient les problèmes...**

• **Comment utiliser le service de l'entraide ordinaire ?** Explication avec le Dr^e Éric Galam, conseiller pour l'entraide pour le Cnom.

• **L'association MOTS est l'une des cinq associations régionales partenaires du service de l'entraide ordinaire.**

CNIL : RGPD et cabinets médicaux



RGPD et cabinets médicaux

La CNIL a publié un référentiel relatif aux traitements de données à caractère personnel destinés à la gestion des cabinets médicaux et paramédicaux.

www.conseil-national.medecin.fr/publications/actualites/cnil-rgpd-cabinets-medicaux



[Communiqué]

Nouvelle profession médicale intermédiaire :

L'[@lordre_medecins](https://twitter.com/lordre_medecins) ne conduira pas en l'état la mission exploratoire et demande au ministre des Solidarités et de la Santé [@olivievernan](https://twitter.com/olivievernan) d'engager une réflexion préliminaire.



RESTONS CONNECTÉS !



sur le web :
conseil-national.medecin.fr

sur Twitter : [@lordre_medecins](https://twitter.com/lordre_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 : Dr Stéphane Oustric - Coordination : Isabelle Marinier Conception et réalisation : CITIZENPRESS - 49, rue du Faubourg-Poissonnière, 75009 Paris - Responsable d'édition : Sarah Berrier Direction artistique : David Corvaisier - Maquette : Fabienne Laurent, Nathalie Wegener - 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



D^r Patrick Bouet

Président du Conseil national de l'Ordre des médecins

Nous vivons depuis bientôt dix mois une crise sanitaire, économique et sociale sans précédent.

Alors que nous affrontons un des pics de cette crise sanitaire, celle-ci révèle des tensions entre des demandes sociétales contradictoires. Entre liberté et contrainte. Entre individualisme et responsabilité collective. Entre économie et santé, bien sûr. Faut-il ainsi, commence-t-on à entendre, sacrifier une société, une économie, des générations, pour sauver les vies de personnes âgées ou vulnérables ? Ce débat, vrai choix de société, est engagé.

Les médecins ont toute la légitimité pour y faire entendre fortement leur voix et dire leur inquiétude face à une situation qui remettrait en cause ce pour quoi ils se sont engagés. Je tiens ainsi à réaffirmer, au nom de l'ensemble des médecins, que le choix d'instaurer une discrimination à l'accès aux soins par de simples critères administratifs issus de décisions politiques ne serait pas tolérable. **Nous ne tolérerons pas que nombre de nos concitoyens puissent être abandonnés demain aux portes des soins.**

Nous n'ignorons rien des difficultés de notre système de santé. S'il a tenu jusqu'ici, c'est grâce à l'engagement admirable des femmes et des hommes soignants et agents du système de santé, malgré l'incapacité à évoluer du système administratif d'État – et la mainmise de cette administration sur la décision politique.

Mais je le dis avec force : l'âge du patient, sa situation sociale, une maladie chronique, une maladie psychiatrique, un handicap ou tout autre facteur discriminant ne sauraient constituer l'élément sur lequel fonder un choix. Rien ne saurait justifier qu'un médecin soit empêché de fonder ses choix sur la seule situation médicale d'un patient, s'il était confronté à l'impossibilité de tous les prendre en charge. Seules peuvent alors lui servir de guide sa conscience et une réflexion éthique et déontologique intégrant le respect de la vie, de la personne, de sa dignité, la bienfaisance, la bienveillance, l'absence de maltraitance et le principe d'équité dans l'accès aux soins.

L'Ordre des médecins veillera à ce que l'indépendance des médecins soit préservée de toute pression en ce sens – d'où qu'elle vienne. Soigner chacun est un élément fondateur de notre pacte républicain.

PANDÉMIE

Covid-19 : les soignants face à la deuxième vague

Annoncée plus forte, plus longue et plus meurtrière que la première, la seconde vague de la pandémie de Covid-19 a rendu cette fin d'année particulièrement tendue pour l'ensemble des professionnels de santé.

89,5 % des lits en réanimation occupés par des patients Covid-19 le 10 novembre, un reconfinement quasi généralisé, aucune région française épargnée... L'ensemble des professionnels de santé doivent de nouveau composer pour faire face à une nouvelle période pandémique. Dans ce contexte, l'Ordre des médecins tient à apporter tout son soutien à l'ensemble des soignants, étudiants et retraités, mobilisés sans relâche depuis le début de la crise sanitaire à l'hôpital, dans les établissements et dans les cabinets, dans des circonstances extrêmement difficiles.

La continuité des soins pour tous essentielle

Tirant les enseignements du premier confinement, **les sept Ordres des professions de santé se sont associés** pour rappeler à quel point le renoncement aux soins lié au confinement peut-être dommageable pour les patients : *« Il faut impérativement éviter les retards de diagnostic et de prise en charge, les pathologies déséquilibrées, les souffrances, les risques de complications pour que les patients ne subissent à nouveau une perte de chances dans la prise en charge de leurs pathologies. »* Les cabinets et les officines restent ouverts et chacun, dans son champ de compétences, doit assurer les soins de premier et de second recours en présentiel, à domicile ou par le biais de téléconsultations, dans des conditions optimales de sécurité sanitaire.



Une mobilisation générale

Pour faciliter la gestion des renforts et coordonner les opérations de soutien dans les établissements médicaux et médico-sociaux, le ministère des Solidarités et de la Santé a développé **une plateforme « renfort RH-Crise »**. L'objectif : faciliter la mise en relation, l'identification et le recrutement de volontaires au profit des structures nécessitant des renforts. Ce dispositif permet de créer une base unique de données sur les personnes mobilisables.

Les médecins généralistes, très impliqués depuis le début de la pandémie, sont des maillons indispensables dans la prise en charge du Covid-19 en ambulatoire, que ce soit dans la phase de diagnostic, de suivi et si nécessaire d'hospitalisation. La HAS, a publié une fiche « Réponses rapides dans le cadre du Covid-19 - Prise en charge de premier recours des patients suspects de Covid-19 » qui recense des repères dédiés et actualisés.

Questions éthiques

Le ministre des Solidarités et de la Santé a sollicité le Comité consultatif national d'éthique

(CCNE), dès le mois de février, pour recueillir son avis sur les enjeux éthiques liés à la prise en charge des patients atteints de Covid-19. Cette pandémie pose en effet le problème d'une maladie nouvelle aux caractéristiques largement inconnues. Comment décider lorsque l'on ne sait pas ? Comment parler de ce que l'on ne maîtrise pas ? Comment faire face quand les moyens techniques et humains deviennent limitants ? Comment affronter une mortalité massive ? Cette épidémie a rappelé à quel point l'incertitude peut encore être prégnante dans le domaine de la santé, alors que la société tend à considérer la médecine comme une science exacte. À l'invitation du CCNE, les espaces éthiques régionaux ont mis en place des « cellules de soutien éthique » à disposition des soignants qui en font la demande face à des difficultés ou des questions éthiques liées à la pandémie.

+ D'INFOS <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/continuité-soins-pandémie>

PRÉVENTION

Vaccination contre la grippe : un outil de santé publique

Le mardi 13 octobre 2020, l'Assurance maladie a lancé sa nouvelle campagne de vaccination contre la grippe. Dans le contexte de crise sanitaire actuelle, l'Ordre des médecins incite plus que jamais l'ensemble des soignants à se faire vacciner contre la grippe, et à participer à la campagne de vaccination.

La grippe saisonnière n'est pas anodine : entre 8000 et 14500 décès ont été recensés durant les trois dernières vagues épidémiques. La conjonction d'une épidémie grippale avec la vague actuelle de Covid-19 représente un danger majeur pour nos concitoyens et le système de santé. Dans ces circonstances, l'Ordre des médecins appelle l'ensemble des médecins, et plus largement l'ensemble des professionnels de santé en contact avec des malades,



à se faire vacciner contre la grippe. L'Ordre appelle également les médecins à s'engager pleinement dans cette campagne de vaccination antigrippale de leurs patients, afin d'atteindre la meilleure couverture vaccinale possible. En 2019-2020, les trois quarts des personnes en réanimation étaient éligibles à la vaccination, mais moins d'un tiers avaient été vaccinées, selon Santé publique France.

+ D'INFOS <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/vaccination-antigrippale>



À DÉCOUVRIR

Le webzine « Sport adapté »

Les bénéfices pour la santé de la pratique régulière d'une activité physique et sportive sont avérés, et ce à tout âge. Si elle contribue à améliorer l'état de santé général, elle aide également à mieux vivre avec certaines maladies chroniques ou de longue durée, et vient enrichir certains parcours de soins. Elle est d'ailleurs reconnue comme une thérapeutique non médicamenteuse par la Haute Autorité de santé depuis 2011. Le nouveau webzine de l'Ordre des médecins propose un panorama complet sur le sujet.

+ D'INFOS <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications>

ORDRE

Élection complémentaire de la Chambre disciplinaire nationale

Le 10 septembre 2020, le **D^r Pierre HECQUARD** a été élu membre suppléant du collège externe de la chambre disciplinaire nationale.

JUSTICE

Poursuite des expertises médicales

Le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) s'est prononcé en faveur de la poursuite de l'activité des expertises médicales selon les modalités précisées le 24 avril dernier. Dans la mesure où il a été observé une amélioration substantielle des équipements de protection individuelle fournis aux professionnels de santé et disponibles auprès de nos concitoyens, les nouvelles mesures de confinement ne doivent pas être la cause d'un retard de la gestion et de



l'indemnisation des dossiers amiables et judiciaires de victimes.

+ D'INFOS <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/actualites/organisation-expertises>

SÉCURITÉ DES MÉDECINS

UNE INQUIÉTANTE BANALISATION DE LA VIOLENCE

Tout comme les maires, pompiers et policiers, les médecins ne bénéficient plus de la distance respectueuse qu'inspirait jadis leur profession. Certains patients n'hésitent plus à les agresser, y compris loin des banlieues à problèmes.

Texte : Émilie Tran-Phong

LA POSITION DE L'ORDRE

DR HERVÉ BOISSIN,
coordonnateur de
l'Observatoire de
la sécurité des médecins



« Nous sommes face à un problème d'éducation généralisé »

« Nous sommes face à une évolution inquiétante de la société : aujourd'hui, chacun revendique ses droits mais ne veut pas avoir de devoirs. Les insultes et menaces sont devenues si banales que les médecins sont souvent dissuadés par la police de porter plainte quand ils en sont victimes. Or, même verbale, une agression peut être traumatisante ! C'est pourquoi nous insistons pour que nos confrères fassent appel à leur conseil départemental de l'Ordre en cas de violence : nous leur apportons systématiquement notre soutien. Il faut porter plainte pour que les autorités prennent la mesure du problème. »

x2

Le nombre de signalements d'incident reçus par l'Observatoire de la sécurité des médecins est passé de 512 à 1 084 entre 2009 et 2019. Ils concernent 5,5 médecins sur 1 000 aujourd'hui, contre 2,5 il y a dix ans.

47 %

des agressions physiques ont donné lieu à un dépôt de plainte ou à une main courante. Tous types de violences confondus, 41 % des incidents seulement connaissent une suite judiciaire, ce qui contribue sans doute au sentiment d'impunité des agresseurs.

Avant même de parler chiffres, le **D^r Hervé Boissin, coordonnateur de l'Observatoire de la sécurité des médecins**, prévient : « Les signalements de violences que nous recevons ne sont que la pointe émergée de l'iceberg. Ces déclarations sont volontaires. Et certains de nos confrères ne prennent plus la peine de remplir une fiche à chaque insulte ou menace. » Le dernier rapport de l'Observatoire, publié en novembre, recense néanmoins 1 084 actes de violence envers des médecins en 2019, soit 30 % de plus que la moyenne des quinze dernières années. Si 71 % de ces incidents ont eu lieu en ville, on note une forte progression en milieu rural : 228 cas, contre 136 en 2017. La plupart sont le fait de patients, qui n'hésitent plus à faire éclater leur colère face à un refus de prescription, un temps d'attente jugé excessif ou une prise en charge qui ne correspond pas à ce qu'ils ont lu sur Internet.

Prendre la mesure du problème

Les médecins généralistes sont les plus concernés par cette montée de violence (70 %), suivis par les psychiatres, les ophtalmologues et les dermatologues. Contrairement à ce que l'on pourrait croire, le fait d'être entouré de collègues ne change rien : 63 % des praticiens agressés en 2019 disposaient d'un secrétariat, et 25 % travaillaient en établissement de santé. C'est pourquoi le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) regrette que les pouvoirs publics n'aient toujours pas pris la mesure du problème : si la désertification médicale est en partie responsable de ce climat de violence, l'inverse est aussi vrai.

LA POSITION DE L'ORDRE

D^R JEAN-FRANÇOIS RAULT, délégué général aux affaires européennes et internationales au Cnom



« Le Covid-19 a exposé les professionnels de santé à de nouveaux risques »

Le 17 septembre 2020, à l'occasion de la Journée mondiale de la sécurité des patients, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a proposé une nouvelle charte pour la sécurité des professionnels de santé.

Elle vise à améliorer la sécurité des soignants dans un contexte sanitaire exceptionnel qui les a exposés, ainsi que leurs familles, à des niveaux de risque jamais vus auparavant. Les professionnels de santé constitueraient environ 14 % des cas de Covid-19 signalés à l'OMS. Cela sans compter les agressions verbales et physiques auxquelles ils sont de plus en plus confrontés (cf. article ci-contre)... Réuni en session le 7 octobre, le Cnom a adopté cette charte. La sécurité des patients ne peut être assurée que si les professionnels de santé bénéficient des conditions de travail sûres, de la formation, de la rémunération et du respect qu'ils méritent.

+ D'INFOS www.who.int/fr/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who

LE SAVIEZ-VOUS ?

220 millions d'euros pour des transferts transfrontaliers

À la suite d'une visioconférence le 29 octobre, les dirigeants des 27 États membres de l'Union européenne se sont entendus pour mieux partager leurs données et coordonner leurs stratégies vaccinales. Ainsi, la plateforme du Centre européen pour le contrôle des maladies permettra notamment d'identifier les pays en pénurie de lits en soins intensifs afin d'organiser le transfert transfrontalier de patients atteints du Covid-19. La commission a annoncé mettre à disposition 220 millions d'euros pour financer ces transferts.

AGENDA

• 30/10/2020

Lors de son assemblée générale, l'Association médicale mondiale a désigné son nouveau président, le D^r David Barbe, médecin généraliste aux États-Unis. « Nous devons continuer à laisser la science nous guider et défendre des traitements éprouvés et des vaccins sûrs et efficaces », a-t-il déclaré dans son discours d'intronisation.

+ D'INFOS www.wma.net/fr

FOCUS

Europe : une nouvelle agence biomédicale

Le 16 septembre 2020, Ursula von der Leyen, présidente de la Commission européenne, a tenu un discours sur l'état de l'Union européenne. Après avoir rendu hommage au personnel soignant, elle a affirmé son ambition de construire une Union européenne de la santé plus forte. Pour ce faire, elle souhaite doter l'Europe d'une agence de recherche et de développement biomédicaux avancés, à l'image de la Barda aux États-Unis. Le but : mieux se préparer à la prochaine menace sanitaire en mettant en place des réserves stratégiques de médicaments pour réduire la dépendance de la chaîne d'approvisionnement.

+ D'INFOS ec.europa.eu/info/strategy/strategic-planning/state-union-addresses/state-union-2020_fr

À VOIR / À FAIRE

Festival The Health for All

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) organise un festival de films « La santé pour tous ». L'objectif : favoriser la promotion de la santé. Les candidats peuvent soumettre leur film court (1 à 8 minutes) jusqu'au 30 janvier.

+ D'INFOS www.who.int/initiatives/the-health-for-all-film-festival



La prescription du P^r Serge Uzan, vice-président du Cnom



Atlas mondial de la santé

La pandémie de Covid-19, évoquée dans le dernier chapitre de cet ouvrage, montre bien l'importance de la mondialisation en termes de santé.

Cet atlas mondial, qui est d'une grande simplicité de lecture tout en restant très informatif, permet

de comprendre que la santé se joue d'abord à l'échelle des populations et des territoires. La géographie de la santé permet de mieux comprendre et, nous l'espérons, de mieux anticiper les dynamiques des crises sanitaires, qui seront désormais mondiales, tant les communications sont devenues faciles. Cette réflexion intègre les différences de vulnérabilité des populations et des systèmes de soins, qui ont finalement un impact toujours important, au-delà des frontières considérées.

Il apparaît à la lecture de cet ouvrage que les grandes fractures et inégalités territoriales face à l'offre de soins et à l'accès aux traitements impliqueront (certes à un degré moindre) les pays dont le système de santé est développé.

L'*Atlas mondial de la santé* aborde également les questions des différents défis sanitaires, allant de la malnutrition à « l'excès » de nutrition. Il évalue l'impact du changement climatique, de l'utilisation désordonnée des antibiotiques, avec les nouvelles antibio-résistances, etc. Cet ouvrage, qui peut être lu avec plaisir, ressemble par moments à une bande dessinée de l'état de la santé dans le monde. À ce titre, il intéressera de nombreux publics, médecins, soignants ou simplement citoyens du monde.

Atlas mondial de la santé, Gérard Salem et Florence Fournet, éditions Autrement, 24 euros



La Moelle osseuse, la fabrique du sang

Cet ouvrage est un modèle du genre car il montre comment on peut, à partir de connaissances scientifiques simplement exposées, parvenir à un texte de vulgarisation accessible au grand public.

Rédigé par l'un des grands hématologues de sa génération, il présente de façon très accessible « *la formidable fabrique du sang* » essentielle à notre vie, ses désordres et les stratégies de traitement.

La Moelle osseuse, la fabrique du sang, P^r Albert Najman, éditions Odile Jacob, 23,90 euros



Algorithmes : contrôle des biais S.V.P.

Cet ouvrage (à la rédaction duquel l'Ordre des médecins a participé) permet de mieux comprendre le fonctionnement (et les dysfonctionnements !) des algorithmes. Ce sujet très sensible pour le domaine de la santé est un véritable enjeu éthique. Ce rapport tente de donner une perspective française à cette problématique aujourd'hui essentiellement traitée à travers un prisme américain.

Algorithmes : contrôle des biais S.V.P., Institut Montaigne
Accessible en ligne : <https://www.institutmontaigne.org/publications/algorithmes-control-des-biais-svp>

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

LE NOUVEL ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

Le Conseil national de l'Ordre des médecins publie son nouvel atlas de la démographie médicale. Sans surprise, les chiffres s'inscrivent dans la continuité des années précédentes et confirment un déficit de médecins actifs réguliers.

LE POINT DE VUE DE L'ORDRE

D^R JEAN-FRANÇOIS GÉRARD-VARET,
président de
la commission Études,
Démographie,
Statistiques et Atlas



« Encourager la pratique libérale pour favoriser l'accès aux soins »

Depuis 2010, l'activité libérale perd du terrain. En 2020, la part de l'activité libérale représente 56 % en médecine générale, 28 % pour les spécialistes médicaux (soit 4 points de moins par rapport à 2010) et 43 % pour les spécialistes chirurgicaux (soit une perte de 3 points). Outre la médecine générale, d'autres spécialités médicales de premier et second recours sont fragilisées et doivent encourager la pratique libérale pour favoriser l'accès aux soins. Ainsi, depuis 2010, la psychiatrie a perdu 10,3 % d'effectifs en libéral, la dermatologie 25 %, et l'ophtalmologie 7,7 %.

Le tableau en bref...

307 130 médecins

inscrits au tableau au 1^{er} janvier 2020



> soit **14,89 %** de plus qu'en 2010

198 018 médecins en activité régulière

> soit **2 inscrits sur 3**



51 % de femmes

parmi les médecins en activité régulière

56,2 ans d'âge moyen

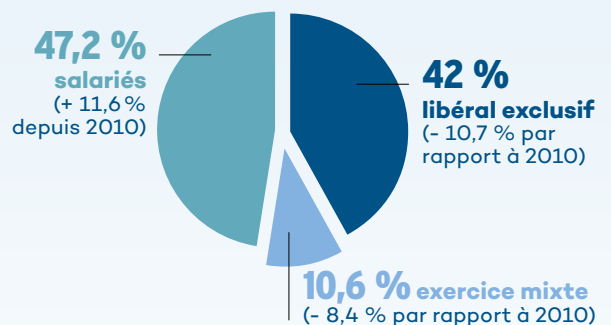
Les difficultés d'accès aux soins sont issues d'une conjonction de plusieurs facteurs

En 10 ans...

- Part de l'activité régulière..... **- 12 points**
- Part des retraités actifs..... **+ 3,8 points**
- Activité intermittente..... **+ 45,9 %**
- Nombre de médecins retraités..... **+ 225,8 %**

> En un an, le solde laisse apparaître un excédent de **5913 médecins, actifs et inactifs**, mais un déficit de **323 médecins actifs réguliers**.

L'exercice salarié est plébiscité chez les médecins actifs réguliers



NOUVELLES ORGANISATIONS TERRITORIALES DE SOINS : LE MÉDECIN AU CŒUR DES DISPOSITIFS

Textes : **Éric Allermoz, Sarah Berrier, Dominique Fidel, Béatrice Jaulin** | Photos : **Julian Renard, IStock, DR**

L'ESSENTIEL

- Les nouvelles organisations de soins créées par les différentes lois **n'ont pas répondu aux attentes et aux difficultés des professionnels de terrain.**
- La pandémie de Covid-19 a montré à quel point les professionnels pouvaient **trouver des solutions et les mettre en œuvre pour répondre aux besoins des patients.**
- Les solutions d'organisation doivent **répondre aux besoins des professionnels de santé et de leurs patients** et non aux exigences administratives.
- **Le médecin doit être un leader** de l'organisation des soins, dans le sens où il coordonne et mobilise une équipe de professionnels selon les besoins de ses patients.


D^r Patrick Bouet

Président du Conseil national de l'Ordre des médecins

« Les organisations de soins doivent être animées par une finalité médicale »

L'Ordre n'a cessé depuis 2015, date de la Grande Consultation, d'anticiper et de construire, à partir des attentes professionnelles clairement exprimées, un ensemble de propositions pour changer structurellement le système de santé et promouvoir le rôle sociétal majeur des médecins. Les lois successives se sont révélées trop éloignées du terrain, trop frileuses sur les changements profonds indispensables à la survie de notre système de santé.

Nous sommes convaincus que la transformation de notre système de santé ne peut se réaliser qu'en remettant le médecin au cœur de l'organisation des soins. Il doit être un leader, il doit être un pilier. Il n'y aura pas de stabilisation

de notre système si les lois, plans et rapports ne répondent pas aux attentes et demandes des hommes et femmes qui en sont les acteurs incontournables et en assument, au quotidien, le fonctionnement.

Cette transformation profonde que nous appelons de nos vœux est possible. Nous l'avons observé lors de la première vague de Covid-19 : de nombreuses initiatives sont nées localement, les professionnels de santé ont fait émerger de nouvelles organisations pour prendre en charge les patients, épaulés par les conseils départementaux et régionaux de l'Ordre. Cela ne fait que conforter notre conviction : pour fonctionner, les organisations de soins doivent être animées par une finalité médicale et non administrative.



L'organisation des soins à travers le temps

Depuis 1996, de nombreuses lois ont fait évoluer l'organisation de notre système de santé. Retour sur 25 ans de réformes...

1996

ORDONNANCE PORTANT RÉFORME DE L'HOSPITALISATION PUBLIQUE ET PRIVÉE

Cette ordonnance vise la **régionalisation du financement et de l'activité des établissements hospitaliers**.

Sont créées les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) qui associent l'État et l'Assurance maladie. L'objectif : réduire les inégalités entre régions et entre établissements. Pour y parvenir, l'ordonnance mise sur la responsabilisation et la contractualisation, la coordination entre établissements publics et la mise en place de procédures d'évaluation et d'accréditation.

2009

LOI BACHELOT - HPST

La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) modifie en profondeur l'ensemble de notre système de santé. Elle définit une nouvelle organisation sanitaire et médico-sociale qui vise à mettre en place une offre de soins graduée de qualité, accessible à tous et satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé.

Pour cela, elle réforme **le fonctionnement et l'organisation des établissements publics de santé** en renforçant du rôle du directeur, en remplaçant le conseil exécutif par un directoire et le conseil d'administration par un conseil de surveillance. Elle supprime la notion de service public hospitalier et liste à la place 14 missions de service public pour l'hôpital. Elle incite au regroupement des établissements avec la mise en place des **communautés hospitalières de territoire**.

Elle propose une nouvelle organisation territoriale du système de santé avec notamment **la création des agences régionales de santé (ARS)**, et la régionalisation des politiques de santé. Par ailleurs, elle **définit l'organisation de l'offre de soins en niveaux de recours**, en fonction des besoins de santé de la population, et **incite la coopération entre les professionnels de santé**, notamment au sein des pôles et des maisons de santé.

2016

LOI TOURAINNE

La loi de modernisation de notre système de santé entend refonder le service public hospitalier. Elle réaffirme le service public hospitalier supprimé par la loi HPST. La coopération entre hôpitaux publics est renforcée par **la création des groupements hospitaliers de territoire (GHT)**, qui remplacent les communautés hospitalières de territoire créées par la loi HPST : les hôpitaux proches doivent élaborer un projet médical commun et partager des missions ou des fonctions support (achats hospitaliers, par exemple). Elle crée les **communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)** et met également en place un **schéma régional de santé unique**.



2002

LOI KOUCHNER

La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système hospitalier est marquée par une volonté de créer une démocratie sanitaire. Elle **transforme notamment les droits des malades en droits des patients** en engageant ces derniers à se constituer en associations pour mieux gérer les intérêts des consommateurs de soins.



2003

PLAN « HÔPITAL 2007 »

L'ordonnance du 4 septembre 2003 porte notamment sur la simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé. Elle **supprime la carte sanitaire** au profit du schéma d'organisation élaboré par les agences régionales de l'hospitalisation et des territoires de santé. Elle vise à **relancer la coopération interhospitalière** grâce aux groupements de coopération sanitaire. Elle instaure **deux nouveaux modes de financement des investissements**, voire du fonctionnement des hôpitaux, en étendant le recours au bail emphytéotique administratif et en autorisant l'ouverture du marché des grands hôpitaux au partenariat public-privé.

2004

LOI DOUSTE-BLAZY

La loi relative à l'Assurance maladie **réforme le parcours de soins du patient** en introduisant le médecin traitant et le **dossier médical personnel (DMP)**. Elle crée également la **Haute Autorité de santé (HAS)**.

**LOI SANTÉ PUBLIQUE**

La loi définit des objectifs prioritaires de santé publique pour cinq ans, et met en place le **Groupement régional de santé publique**. L'objectif : créer un véritable pôle de santé publique à l'échelle régionale, regrouper les acteurs et coordonner leurs actions dans le cadre d'un plan régional de santé publique.

T2A

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, organise le **passage progressif à la tarification à l'activité** de l'ensemble des établissements de santé publics et privés.

2019

LOI BUZYN - MA SANTÉ 2022

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé affirme la nécessité d'organiser les soins de façon décloisonnée et à l'échelle d'un territoire. Pour cela, elle instaure les projets territoriaux de santé, encourage le déploiement des **communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)**, renforce l'intégration au sein des GHT et propose une organisation des établissements selon trois échelons : les CHU, les établissements de soins spécialisés et les hôpitaux de proximité. Pour libérer du temps médical, elle crée une **nouvelle fonction d'assistant médical**, favorise la **délégation de tâches**, et élargit les missions des infirmiers et des pharmaciens. Elle encourage également le **développement du numérique en santé**, notamment grâce à la téléconsultation et à la mise en place d'un espace numérique de santé personnel. Elle réforme enfin la formation initiale et continue en **supprimant le numerus clausus et les ECN** et en mettant en place une **procédure de recertification** des compétences.



Chaque des lois visant à réformer notre système de santé a créé de nouvelles formes d'organisation des soins : maisons de santé, GHT, CPTS, et bientôt SAS... Petit tour d'horizon de ces dispositifs, de leurs contributions à l'amélioration de notre système de santé mais aussi, malheureusement, de leurs limites...

Les GHT à l'épreuve du réel

La création des groupements hospitaliers de territoire était une disposition phare de la loi Santé de 2016. L'enjeu à l'époque était de mutualiser les moyens, les expertises et les projets entre hôpitaux d'un même territoire pour garantir à tous les patients un meilleur accès aux soins. Quatre ans plus tard, on dénombre 136 GHT qui rassemblent au total 898 établissements. Toutefois, les effets attendus ne semblent pas être au rendez-vous, si l'on en juge par les deux rapports présentés cette année par l'Igas et la Cour des comptes, qui soulignent d'une voix unanime la forte hétérogénéité des projets, le trop grand nombre de groupements adossés à des établissements eux-mêmes fragiles, la complexité des règles de gouvernance et, plus généralement, l'impact quasi nul sur les inégalités de santé. « Il y a tout de même de nombreuses réussites, nuance pour sa part le D^r David Piney, président de la CME du CH de Lunéville et secrétaire général de la conférence des présidents de CME des CH. Et ce sur plusieurs

« UNE CHOSE EST SÛRE, IL VA FALLOIR RÉENCHANTER LES GHT »

plans, qui vont du pilotage au parcours des patients sur un territoire, en passant par de nouveaux modèles d'organisation pour répondre à la problématique montante de la démographie médicale. » S'inspirer de ces exemples pour redresser la barre? « Une chose est sûre, il va falloir réenchanter les GHT, résume le D^r David Piney. Cela passera sans doute par la réévaluation des périmètres des groupements inadaptés, par la réaffirmation du leadership des équipes médicales dans les prises de décision et le pilotage de la stratégie médicale, et par une meilleure articulation ville-hôpital à l'échelle territoriale. » Sur ce dernier point, le déploiement des CPTS pourrait changer la donne et faciliter les coopérations.

CPTS : pour un exercice coordonné à l'échelle du bassin de vie

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ont été introduites par la loi « Ma santé 2022 ». « L'objectif de ce nouveau type d'organisation territoriale de soins est d'offrir à la population d'un bassin de vie un réseau de proximité qui articule tous les leviers des soins de premiers recours et de la médecine ambulatoire, médecins généralistes, centres de santé, infirmiers, PMI, centres d'imagerie et de biologie, médecins spécialistes, kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, spécialistes de la santé mentale... », indique



TÉMOIGNAGE

DR CHRISTIAN RABAUD,
président de la CME
du CHRU de Nancy

« GHT : un bilan très décevant »

« De mon point de vue, les GHT sont très loin d'être à la hauteur des attentes qui ont motivé leur création. J'ai l'impression que les pouvoirs publics ne se sont pas donné les moyens de cette politique et je pense que si les ARS ne s'investissent pas davantage nous irons dans l'impasse. Il est vrai que les choix à faire sont douloureux, car chaque établissement, chaque praticien et chaque directeur administratif a ses priorités et ses perspectives. Bien évidemment, il est difficile de faire converger des trajectoires qui peuvent être très différentes. Mais pour l'heure, force est de constater que nous n'avons pas beaucoup progressé depuis la rédaction des projets médicaux partagés. J'observe que les territoires où les collaborations se mettent réellement en place sont ceux où on a fait le choix d'une intégration à haut niveau, comme à Poitiers. Peut-être faut-il s'inspirer de cet exemple pour l'avenir? »



TÉMOIGNAGE



D^R CLAUDE LEICHER,
président de la Fédération
des CPTS

« Faire rimer patientèle et enjeux populationnels »

« Ces dernières décennies, les médecins ont été quelque peu dessais de leurs responsabilités en matière de politique de santé publique et ont été incités à se concentrer sur leurs patients et sur leur patientèle, perdant progressivement de vue les enjeux populationnels. À travers la création des CPTS, l'objectif aujourd'hui est de faciliter l'articulation entre ces différents niveaux d'action en créant un nouveau lieu de coopération entre professionnels d'une part, et entre l'hôpital et l'ambulatoire d'autre part. Je suis convaincu que l'exercice libéral a besoin de se structurer et de s'organiser pour être mieux à même d'exercer sa mission au service d'un système de soins décloisonné et tourné vers les besoins des territoires et des citoyens. Je crois aussi que les CPTS pourront favoriser l'évolution des métiers, notamment dans les domaines de la télémédecine, mais aussi en ce concerne l'élargissement des compétences des infirmiers ou des kinésithérapeutes. »

le D^r Claude Leicher, président de la fédération des CPTS. Pour l'heure 600 projets sont lancés avec des niveaux de maturité différents, et une centaine de communautés sont opérationnelles. « *La crise sanitaire que nous connaissons depuis le printemps a mis en valeur la pertinence de ce mode de fonctionnement, ajoute le D^r Claude Leicher. Là où les CPTS avaient déjà été structurées, les outils de collaboration ont pu se mettre en place rapidement et de manière efficace.* » Reste désormais à transformer l'essai en accélérant la dynamique pour renforcer le maillage territorial. Sur ce plan, plusieurs questions restent à aborder afin d'embarquer un maximum d'acteurs dans les projets de CPTS. Parmi celles-ci figurent en bonne place l'épineux sujet du financement des services rendus par les communautés et la définition de modalités d'organisation susceptibles de faciliter la collaboration et le décloisonnement des pratiques. Ces sujets devront être abordés sans tarder, car les CPTS seront des rouages essentiels pour la mise en œuvre du futur service d'accès aux soins (SAS).

SAS : une porte d'entrée unique pour les soins non programmés

Annoncé en septembre 2019 dans le cadre du pacte pour la refondation des urgences, le SAS se présentera comme « *un service universel et reposant sur un partenariat entre professionnels hospitaliers et libéraux* ». Avec deux objectifs majeurs : améliorer la prise en charge des patients sur tous les territoires et désengorger les urgences qui ont vu en vingt ans

TÉMOIGNAGE



D^R DAVID PINEY,
président de la CME du CH de
Lunéville et secrétaire général
de la conférence des présidents
de CME des CH

« Trouver des pistes d'action gagnant-gagnant »

« Avec le recul, il me semble que les GHT doivent conjuguer un trop grand nombre d'enjeux : rationalisation et mutualisation des organisations pratiques, amélioration de l'accès au soin, renforcement de l'attractivité des carrières médicales... Le tout avec des découpages géographiques parfois erratiques. Au final, l'impression d'ensemble est celle d'un grand manque de lisibilité et de cohérence. Les communautés hospitalières soignantes redoutent l'émergence de macrostructures rigides où le projet médical passe *in fine* au second plan. Pour autant, je reste confiant sur l'avenir des GHT. Sur notre territoire de Lorraine Sud, les initiatives partagées se multiplient. Le tableau d'ensemble apparaît plutôt encourageant aux yeux de la plupart des acteurs. Je pense que c'est le reflet de l'état d'esprit partagé par les gouvernances hospitalières, administratives et médicales, qui ont su trouver et accompagner des pistes d'action gagnant-gagnant. »



TÉMOIGNAGE



DR FRANÇOIS BRAUN,
président de Samu-
Urgences de France

« Régulation... et effectif ! »

« La réussite du futur service d'accès aux soins résidera en grande partie dans le lien qui sera noué entre le Samu et la médecine libérale. Le modèle qui va être étudié en phase pilote prévoit un premier niveau de filtrage opéré par des assistants de régulation médicale, qui auront 30 secondes pour orienter le patient vers la bonne filière : celle des Samu en cas d'urgence ou celle de la médecine générale, qui devra fonctionner 24 heures sur 24 et pas seulement aux horaires de la permanence des soins. C'est important parce que nous savons d'expérience que les médecins libéraux sont plus pertinents que les professionnels du Samu pour traiter les appels qui ne relèvent pas de l'urgence. Mais au-delà de la régulation, le sujet le plus crucial sera celui de l'effectif. De mon point de vue, il est indispensable que celle-ci s'organise également 24 heures sur 24, que ce soit en présentiel ou en téléconsultation. »

TÉMOIGNAGE



DR MAURICE BENSOUSSAN,
président de l'URPS Médecins
d'Occitanie

« Un guichet unique
pour les futures CPTS »

« En Occitanie, une convention a été signée entre l'ARS, l'Assurance maladie, la MSA et l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) Médecins d'Occitanie afin de mettre en place une politique de développement des CPTS sur nos territoires. Cette stratégie s'est traduite par la création d'un guichet unique. Ce dernier est destiné d'une part à sensibiliser les acteurs locaux aux opportunités que présente cette évolution des pratiques libérales et d'autre part à accompagner les porteurs de projets dans la constitution des CPTS, de la phase de diagnostic territorial à la rédaction de la lettre d'intention. Aujourd'hui, 80 communautés en devenir ont pu bénéficier de cet outil et nous nous apprêtons à signer une nouvelle convention qui va nous permettre de poursuivre l'accompagnement jusqu'à la constitution de l'association. Cela dans une approche souple et pragmatique, respectueuse des réalités locales et des délais nécessaires à la maturation de ce type de projets. »

le nombre de passages doubler sachant que plus de 40 % de ces derniers relèveraient d'une prise en charge en ville. « Le SAS devra être une porte d'entrée unique pour tout problème de santé aigu non programmé si le patient n'arrive pas à joindre directement son médecin traitant », estime le Dr François Braun, président de Samu-Urgences de France. Concrètement le dispositif aura deux composantes : un annuaire de l'offre de soins numérique d'une part et un accès téléphonique d'autre part. C'est ce deuxième volet qui focalise actuellement

« UN SERVICE UNIVERSEL
REPOSANT SUR
UN PARTENARIAT
ENTRE HOSPITALIERS
ET LIBÉRAUX »

s'ajoute également une question qui s'avère d'ores et déjà cruciale pour l'avenir du projet, celle de la valorisation de la participation des médecins libéraux au futur SAS. Beaucoup de sujets restent donc en suspens. C'est pourquoi la DGOS a privilégié la mise en place de projets pilotes. « Vingt-deux d'entre eux couvrant environ 40 % de la population française seront lancés dans les prochaines semaines, annonce François Braun. Ils seront évalués au printemps 2021 en vue de l'élaboration d'un modèle national qui devrait être déployé à l'échelle de la France d'ici à 2022. »

toutes les attentions et suscite de nombreuses interrogations : *quid* d'un numéro unique ? Quelle régulation ? Quelles interactions avec la permanence des soins ambulatoires ? À ces sujets

AU QUOTIDIEN



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

QUELLES SONT LES PRINCIPALES MISSIONS DES CPTS ?

La première mission des CPTS vise à garantir l'accès à un médecin traitant à l'ensemble des patients, sachant qu'un patient sur dix en est dépourvu à ce jour. Les CPTS doivent également permettre d'organiser l'accès aux soins non programmés dans un délai raisonnable et faciliter l'organisation des parcours pluriprofessionnels pour les patients aux besoins complexes. Les CPTS mèneront également des actions de prévention et d'amélioration des pratiques. Enfin, elles participeront à la formation des futurs médecins de ville.

LA PARTICIPATION À UNE CPTS EST-ELLE OBLIGATOIRE ?

Une instruction ministérielle de 2016 indique que si la participation à une CPTS de professionnels de santé formant des équipes de soins primaires peut être considérée comme « *un facteur majeur de succès et de la cohérence des réponses apportées du fait de la synergie des projets* », elle n'est cependant « *pas obligatoire* ». Par ailleurs, je suis convaincu que, pour jouer leur rôle, les CPTS ne doivent pas être des organisations imposées et gérées de façon très administratives mais plutôt des structures souples et agiles fédérant des professionnels qui ont envie de s'engager et de travailler ensemble.

QUELLES SONT LES ÉTAPES NÉCESSAIRES À LA CONSTITUTION D'UNE CPTS ?

La première étape est la rédaction d'une lettre d'intention qui sera déposée à l'ARS pour faire état du projet sur le territoire et motiver la demande de financements. Après l'accord de l'ARS, les porteurs de projet élaborent le projet de santé qui détaille mission par mission les propositions de l'équipe. Une fois que ce dernier est à son tour validé par l'ARS, la dernière phase sera celle de la rédaction du contrat et de ses fiches actions en vue de la signature de l'accord conventionnel interprofessionnel qui déclenche l'accompagnement financier de la future CPTS. Au total, l'ensemble du processus dure *a minima* six mois.

LE FUTUR SAS VA-T-IL SE SUBSTITUER À LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES ?

Pour l'heure il n'est pas question de remettre en cause l'existence de la PDSA, dont le statut et les horaires sont fixés par la loi et qui fonctionne globalement bien. En pratique, il reviendra au SAS d'organiser une réponse aux demandes de soins durant la journée en s'articulant avec la PDSA, qui opère en soirée et le week-end lors des horaires de fermeture des cabinets. Les horaires pourront éventuellement évoluer et il sera sans doute nécessaire d'harmoniser les dispositifs. Mais ils devront rester distincts.

QUELLE PLACE CES NOUVEAUX MODES D'ORGANISATION LAISSENT-ILS À L'INNOVATION ?

Sur ce point, la crise sanitaire se révèle particulièrement riche d'enseignements, avec l'apparition d'initiatives aussi réactives qu'efficaces ! Je pense par exemple à un protocole de continuité des soins qui a vu le jour dans le Val-d'Oise pour améliorer la coordination entre la ville et l'hôpital pour les patients atteints du Covid-19. Né d'une idée de la déléguée territoriale de l'ARS, ce protocole a pu être établi rapidement grâce à un travail collaboratif à très grande échelle qui a embarqué les trois établissements du GHT NOVO, la CPAM, le conseil départemental de l'Ordre des médecins et progressivement les autres acteurs des centres Covid, des MSP, des généralistes libéraux, de l'Éducation nationale, et des infectiologues... Il a en outre été diffusé d'une manière également innovante, via une webconférence à laquelle ont assisté 400 médecins libéraux du département.

À MAULÉON, L'APPEL DE LA MAISON DE SANTÉ

Le village basque de Mauléon multiplie les initiatives pour lutter contre la désertification médicale en milieu rural. Parmi celles-ci, la création d'une maison de santé pluriprofessionnelle en 2021.

Dans un peu moins d'un an, les cinq médecins généralistes de Mauléon, bourg basque au pied des Pyrénées, poseront leurs plaques et stéthoscopes dans la toute nouvelle maison de santé pluriprofessionnelle. Adossé au centre hospitalier de Mauléon, le lieu accueillera également des spécialistes et des infirmières libérales, des orthophonistes ou encore des psychologues. Le Dr Christian de Gaye, installé depuis vingt-sept ans à Mauléon, attend son inauguration avec une impatience non feinte. « En 2019, nous avons perdu la moitié des médecins de Mauléon, il n'en restait que quatre. Une vraie catastrophe », rappelle le praticien. Grâce à la future maison de santé pluriprofessionnelle, le Dr de Gaye espère attirer trois médecins supplémentaires dans la commune : « La MSP est une solution d'avenir qui correspond aux attentes des médecins de travailler en équipe, d'être accompagné. » Ce n'est d'ailleurs pas un hasard si la stratégie « Ma santé 2022 » et le plan d'égal accès

aux soins misent sur le doublement des structures d'exercice coordonné (maison de santé pluridisciplinaire, centre de santé, équipes de soins primaires).

Une organisation hybride

Si la maison de santé pluriprofessionnelle est indispensable pour endiguer la désertification médicale, elle n'est pas suffisante. Conscients des difficultés pour attirer durablement la relève, élus et professionnels de santé de Mauléon ont créé une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) sur le territoire de Soule en 2019.

Pour inverser la perte démographique du territoire, elle a mis en place une organisation inhabituelle. « En accord avec l'Agence Régionale de Santé, l'hôpital de Mauléon a pris la décision de salarier deux médecins généralistes. L'un d'eux travaille déjà comme praticien hospitalier mais il est détaché sur le centre médical, avec les mêmes activités qu'un médecin libéral », détaille Le Dr Christian de Gaye. Autrement dit, un mix entre une pratique

libérale et une rémunération salariée (leur comptabilité est directement gérée par l'hôpital).

Une stratégie payante, estime le Dr François Garnier¹, premier médecin recruté grâce ce contrat hybride à Mauléon, en février dernier : « Le projet est intéressant car il répond à une forte demande de soin de ville après le départ de nombreux médecins. » Un modèle gagnant-gagnant qui a su le convaincre de s'installer après cinq années de remplacement et d'intérim.

1. Témoignage extrait de l'article France Bleu, de Andde Irosbehere : « Pays Basque : Mauléon a trouvé un nouveau médecin » – Février 2020.



À PARIS, L'UNION FAIT LA FORCE

Les maisons de santé pluriprofessionnelles se développent en France. Elles répondent aux aspirations des médecins d'exercer de façon collégiale tout en renforçant un accès aux soins pérenne et continu pour les patients.



Une offre de soins ancrée sur le territoire

La MSP Mathagon a ouvert ses portes le 9 mars dernier, juste avant le premier confinement. Face à la deuxième vague, elle adopte une organisation souple pour les médecins, efficace pour les patients.

Les neuf généralistes se répartissent les consultations dédiées aux personnes présentant les symptômes du Covid-19 et celles pour les urgences médicales entre 8 heures et 20 heures. Au premier étage, place aux soins programmés et au suivi des patients chroniques. Dans les locaux entièrement rénovés travaillent aussi une assistante

Le haut portail bleu de la maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) Mathagon, à Paris, s'ouvre et laisse entrer une patiente. L'octogénaire consulte pour renouveler une ordonnance de médicaments contre son hypertension. À l'intérieur, la secrétaire la guide pour lui éviter de croiser les personnes présentant des symptômes du Covid-19. « Nous continuons à suivre au maximum nos patients chroniques, qui avaient plutôt déserté nos cabinets lors de la première vague », témoigne le Dr Emilie Trang, l'une des neuf médecins généralistes qui exercent dans cet ancien hôtel particulier du 18^e arrondissement.

Leur point commun ? « L'envie de travailler de façon coordonnée, collégiale, de ne pas être isolé dans un cabinet. En demandant un avis à confrère sur un cas difficile, on se forme et on progresse professionnellement », répond sans hésiter le Dr Trang, qui ne se verrait pas exercer autrement : « Les médecins sont formés à l'hôpital, donc habitués à réfléchir et prendre des décisions en équipe. »

sociale et trois infirmières. Des ateliers d'éducation thérapeutique et de consultations longues sont assurés par des infirmières du dispositif ASALEE (Action de santé libérale en équipe) pour prévenir l'apparition et les complications de pathologies chroniques. Pratique pour les patients, qui n'ont que quelques mètres à franchir après leur consultation avec un médecin. « Être suivi par des professionnels travaillant en équipe facilite l'accès aux soins au moment où cela s'avère nécessaire. La maison de santé est ancrée sur le territoire, particulièrement ici, où l'offre de soins de proximité peine à se maintenir », résume le Dr Emilie Trang.

Si les maisons de santé pluriprofessionnelles sont de plus en plus plébiscitées, leur montage administratif reste lourd et chronophage. « Un appui juridique ou une plateforme d'échange d'expériences et de mutualisation des bonnes pratiques faciliteraient l'essor des maisons de santé », interpelle Emilie Trang.

+ D'INFOS www.mspmathagon.fr

Avec...



D^R RACHEL BOCHER,
chef du service de
psychiatrie, CHU
Nantes, présidente de
l'intersyndicale des
praticiens hospitaliers



GÉRARD RAYMOND,
président de France
Assos Santé – La Voix
des Usagers



**P^R STÉPHANE
OUSTRIC**,
délégué général
aux données
de santé et
au numérique
au Cnom



**D^R MARGOT
BAYART**,
médecin
généraliste à
Réalmont (Tarn),
présidente de la
Fédération des
soins primaires

FAUT-IL (ENCORE) UNE NOUVELLE RÉFORME ?

Alors que les réformes s'enchaînent ces dernières années, les problèmes liés à l'organisation des soins ne semblent pas trouver de solution satisfaisante et durable. Alors comment dépasser ces blocages ? Et quel rôle les médecins peuvent-ils jouer ?

QUEL A ÉTÉ L'IMPACT DE LA PANDÉMIE DE COVID SUR LES DIFFÉRENTES ORGANISATIONS DE SOINS ?

D^r Margot Bayart

P^r Stéphane Oustric

D^r Rachel Bocher

Lors de la première vague, les malades ont été gérés à 90 % par la médecine de ville. Nous avons revu notre organisation, avec des centres dédiés ou des espaces spécifiques dans les maisons de santé. Nous avons travaillé en équipe, de façon coordonnée, avec agilité et rapidité. La pandémie a mis en évidence l'importance essentielle des soins primaires.

On s'est rendu compte que la médecine générale pouvait prendre en charge rapidement les patients, les évaluer cliniquement ou en téléconsultation, assurer un suivi avec les collègues infirmiers à domicile, prévenir la potentielle période de décompensation et organiser une hospitalisation directe dans les meilleures conditions, et tout ça sans passer par les urgences. La première vague nous a prouvé qu'utiliser les urgences comme porte d'entrée dans l'hôpital est obsolète.

Au risque de choquer, j'affirme que la pandémie a été une chance car elle a révélé les dysfonctionnements et les défaillances de notre système de santé. Malheureusement, il n'y a pas eu d'anticipation entre la première et la deuxième vague de la pandémie. Il aurait fallu davantage agir sur les personnels, en formant par exemple plus d'anesthésistes en réanimation. Pour autant, l'hôpital s'est adapté car c'est dans l'ADN des médecins hospitaliers de le faire. Ce n'est pas parce que les choses sont difficiles que nous n'osons pas ; c'est parce que nous n'osons pas qu'elles sont difficiles, disait Sénèque. Les hospitaliers ont fait face. Dans toute situation de crise, on apprend. Mais il ne faut pas oublier trop vite ce qu'on a appris. Attention à l'amnésie !

Gérard Raymond

La pandémie a été le révélateur de la désorganisation de notre système de soins et du manque de personnels soignants qualifiés. Personne n'était prêt ni matériellement, ni psychologiquement. Pour autant, les établissements de santé se sont fortement mobilisés grâce, notamment, aux outils numériques et au travail collectif. Il convient maintenant de s'inspirer des différentes initiatives prises, d'être créatif et de construire un vrai projet sanitaire avec l'ensemble des acteurs de santé.

EN QUOI LES RÉFORMES PRÉCÉDENTES N'ONT PAS ÉTÉ À LA HAUTEUR DES ATTENTES DES MÉDECINS ET DES PATIENTS? LES SOLUTIONS PASSENT-ELLES PAR UNE NOUVELLE RÉFORME?

D^r Rachel Bocher

Depuis vingt ans, chaque réforme détricote la précédente. Aucune évaluation n'en est faite et aucune question de fond, que pourtant tout le monde connaît, n'est traitée, que ce soit la question démographique avec l'attractivité des carrières médicales et paramédicales, l'organisation des soins et la gouvernance hospitalière, la transition épidémiologique avec l'évaluation des précédentes crises infectieuses, le décloisonnement ville-hôpital et hôpital-médico-social, et toujours en toile de fond, l'équilibre financier de notre système de santé et le soutien à l'innovation. Il conviendrait de mieux articuler entre eux les trois niveaux de soins – prévention de la maladie, soins et prévention de la rechute et soins d'urgence. La loi Ségur se saisit de ces questions et les approfondit autour de ses quatre axes principaux. C'est un signal fort envoyé par l'actuel quinquennat. Le diagnostic est fait. Maintenant, il s'agit d'avancer. Les praticiens n'attendent pas autre chose.

D^r Margot Bayart

Les précédentes réformes ont permis quelques avancées. Mais elles restent insuffisantes car elles auraient effectivement nécessité des changements structurels profonds, et donc du temps et de l'accompagnement. Il aurait fallu repenser l'organisation des soins selon une gradation avec des règles claires pour identifier les différents niveaux de recours. Mais aussi mettre à disposition des professionnels de premier recours – médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens – les fonctions support et les moyens pour qu'ils puissent exercer leur mission et favoriser la mutation. Il n'est pas question de faire table rase des réformes passées mais de prendre la mesure de ce qui n'a pas fonctionné pour aller beaucoup plus loin.

P^r Stéphane Oustric

Ce n'est pas que les réformes ne sont pas à la hauteur, c'est qu'elles sont toutes menées par petits bouts, de manière fractionnée, sans qu'il y ait une vision globale et cohérente. On essaie de faire rentrer des mesures en force dans ce qui existe. Mais cela ne peut pas fonctionner... Il faut remettre à plat les ordonnances Debré et changer complètement l'organisation actuelle, par exemple, en régularisant davantage l'entrée dans le système, en mettant en place des solutions de prise en charge non concurrentielles mais réellement concertées sur le territoire. Cela pose notamment la question de la juste répartition des activités, afin d'atteindre un équilibre territorial en termes d'accès aux soins pour les patients.

Gérard Raymond

Le même constat est partagé par l'ensemble des acteurs de santé depuis des années : ni les personnels soignants, ni les patients, ni les financeurs ne sont satisfaits de l'organisation et du financement actuels de notre système de soins, et tous souhaitent sa transformation. Mais rien ne sera possible tant que nous n'aurons pas remis à plat ce système, certes très généreux, mais aussi extrêmement complexe, cloisonné et où chacun, dans un esprit corporatiste, a tendance à tirer la corde à soi. « Ma santé 2022 » et la loi Ségur ouvrent des pistes intéressantes. Il n'est donc pas utile de lancer une nouvelle réforme. Mieux vaut approfondir les propositions de la loi Ségur et les mettre rapidement en œuvre.

D^r Margot Bayart

Les médecins seront de plus en plus appelés à travailler en équipes pluridisciplinaires, aidés par exemple par des assistants médicaux et des infirmières ASALEE¹. Certes, cela les amènera à remplir des missions d'animation d'équipes. Mais, allégés d'un certain nombre de tâches administratives, ils pourront se recentrer sur le soin et la présence aux patients, les accompagner dans leur parcours de soins, les écouter, saisir les signes infimes non verbaux – au lieu d'avoir les yeux rivés sur leur ordinateur. Le développement des nouvelles technologies leur donnera la possibilité, s'ils le souhaitent, de réaliser des actes techniques comme une dermoscopie ou une échographie. Enfin, ils participeront davantage aux missions de santé publique avec les autres acteurs concernés. Une condition majeure reste que la formation des médecins généralistes évolue et soit adaptée à ces mutations. **Nous sommes la première digue, et quand les eaux montent, il faut renforcer la digue!** Nous demandons aux ARS : un numéro dédié et une régulation pour mieux s'organiser et économiser les ressources médicales du territoire. C'est par la cohésion et non la dispersion que nous ferons face.

1. Infirmières mises à disposition des médecins généralistes par l'association Action de santé libérale en équipe (ASALEE) pour une coopération pluriprofessionnelle.

Gérard Raymond

Le médecin généraliste a et aura toujours un rôle central dans le parcours de soins. **Il peut donner à ce rôle encore plus de valeur ajoutée en devenant coordonnateur des soins, au sein d'une équipe pluridisciplinaire et sur un territoire donné.** Ce territoire doit être à l'échelle d'une commune ou d'une communauté de communes pour que chacun puisse se connaître et communiquer autrement que par les réseaux sociaux! Dès lors, le médecin ne sera plus seulement celui qui prescrit dans la solitude de son cabinet. En lien avec une équipe et les établissements de santé voisins, il accompagnera ses patients tout au long de leur parcours. Son métier retrouvera ainsi tout son sens. Bien sûr, il faudra repenser la question de la rémunération et prendre en compte la difficile situation démographique médicale. Ce qui suppose une réelle volonté politique et la levée de tabous, comme la rémunération à l'acte...

QUEL EST LE RÔLE DU MÉDECIN DANS L'ÉVOLUTION DES ORGANISATIONS DE SOINS DANS LES ANNÉES À VENIR ?

Pr Stéphane Oustric

Les professionnels de santé doivent adopter un modèle d'organisation qui corresponde à leurs besoins et à ceux de leurs patients, et non pas à des contraintes administratives. **Nous avons besoin de reprendre un modèle d'organisation basée sur des liens directs entre confrères. Le médecin a un rôle central, un rôle de leader.** Pour cela, il doit être capable de susciter l'adhésion des autres professionnels de santé. Il faut que les médecins hospitaliers puissent réinvestir la direction des établissements. Dans les regroupements de quelque forme qu'ils soient, les médecins doivent être un élément socle. Il faut favoriser le travail en équipe de soins sans pour autant appauvrir les métiers : chacun a sa juste place en fonction de ses justes compétences. Il ne faut pas morceler ces compétences mais au contraire les agréger. Enfin, l'entrée dans le système de soins doit être réorganisée, notamment en faisant du médecin traitant un réel coordinateur du parcours de soins, comme on peut le voir aux Pays-Bas. Mais aujourd'hui on ne donne pas de moyens à la médecine générale, et ce dès la formation...

D^r Rachel Bocher

Le médecin soigne. Il doit le faire en toute sérénité dans le cadre de l'éthique professionnelle. Il doit être disponible psychologiquement, se former régulièrement et s'appuyer sur des moyens pérennes. Les médecins hospitaliers doivent pouvoir mettre en œuvre leurs projets médicaux, transmettre leurs savoirs à leurs jeunes collègues, permettre à leurs patients d'être acteurs de leurs soins grâce à l'éducation thérapeutique. La pandémie médiatise inutilement les médecins. Ils doivent rester dans leur rôle de soignants, ceux qui rassurent sans forcément tout révéler à leurs patients. Rappelons encore et toujours qu'une trop grande transparence est plus anxiogène que rassurante. Je le dis en tant que psychiatre. La santé publique est bien un enjeu politique.

Cahier **Mon** exercice

24-25 E-SANTÉ

- Interopérabilité des objets de santé
- Quelques mots clés de l'intelligence artificielle

26 DÉCRYPTAGE

Les relations médecins-industrie, 3^e volet

27 CAS PRATIQUE

Covid-19 : le médecin et la prévention de la transmission

28-29 DÉCRYPTAGE

Secret médical et violences au sein du couple

30-31 ÉLECTIONS

LES PREMIERS DOCTEURS JUNIORS SONT NOMMÉS

Depuis le 1^{er} novembre 2020, les premiers docteurs juniors sont nommés. Ce nouveau statut, créé par le décret n° 2018-571 du 3 juillet 2018 est accessible aux étudiants ayant validé les deux premières phases (acquisition et consolidation) du 3^e cycle des études médicales et ayant obtenu leur thèse d'exercice de médecine. Dans ce cadre, ils exercent dans des lieux de stage spécifiquement agréés pour la troisième phase (approfondissement), par délégation et sous la responsabilité du praticien universitaire dont ils relèvent, en vue d'acquérir progressivement leur pleine autonomie professionnelle. Ils sont parallèlement inscrits sur une liste spécifique au sein du conseil départemental de l'Ordre des médecins de leur CHU de rattachement. D'ici à 2023, l'ensemble des étudiants en 3^e cycle hors DES de médecine générale devraient être entrés dans le statut.

PARU AU JO

DÉCRET N° 2020-1325 DU 30 OCTOBRE 2020 relatif à l'aide médicale de l'État et aux conditions permettant de bénéficier du droit à la prise en charge des frais de santé pour les assurés qui cessent d'avoir une résidence régulière en France.

DÉCRET N° 2020-1310 DU 29 OCTOBRE 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de Covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.

ARRÊTÉ DU 16 OCTOBRE 2020 fixant les spécifications des médicaments à base de cannabis utilisés pendant l'expérimentation prévue à l'article 43 de la loi n° 2019-1446, les conditions de leur mise à disposition ainsi que les indications thérapeutiques ou situations cliniques dans lesquelles ils seront utilisés.

Interopérabilité des objets de santé : au fondement de la e-santé

Créer un cadre d'interopérabilité entre les différents systèmes d'information en santé est crucial, et conditionne le développement d'une e-santé efficace dans les prochaines années.



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

L'interopérabilité, qu'est-ce que c'est ?

Synonyme de compatibilité, **l'interopérabilité est un terme informatique qui désigne la possibilité pour des systèmes d'information de communiquer avec d'autres systèmes** indépendants, existants ou futurs. Ordonnances et résultats d'examen, dossier médical partagé... En quelques années, la dématérialisation des documents de santé s'est largement développée... et les acteurs de la santé ont élaboré de multiples systèmes d'information, à vocation interne ou externe aux organisations. Cet élan est amené à s'accélérer encore davantage dans les prochaines années.

Un ensemble de référentiels communs

Pour un véritable numérique au service de la santé, une meilleure communication entre les acteurs et donc une meilleure prise en charge des patients, **il faut que ces systèmes puissent échanger ensemble. En d'autres termes, qu'ils parlent le même langage, pour traiter intelligemment toutes ces données médicales.**

Deux défis à relever

D'abord, il faut élaborer un vocabulaire, une sémantique commune. L'Agence du numérique en santé (ANS) travaille à cela depuis plusieurs années. Pour illustrer ce besoin, elle donne sur son site l'exemple d'un médecin qui recevrait les analyses d'un patient par la voie numérique. *« Si en recevant les résultats il peut les intégrer à son propre système, les comparer avec les analyses précédentes, même venant d'un autre laboratoire, le numérique est un progrès. Si, en revanche, il doit imprimer le document et pointer à la main, parce que son système ne peut le reconnaître ou parce que le cholestérol y est décrit différemment, alors il perd du temps au détriment de ses consultations mais aussi de son acuité à déceler et traiter les anomalies. »*



L'ANS travaille donc à la création d'une bibliothèque de composants sémantiques qui centralise les mêmes définitions, nomenclatures, structures et codages de l'information, intitulée Modèle des objets de santé (MOS) et Nomenclature des objets de santé (NOS). Cette bibliothèque est enrichie et testée régulièrement.

Dans un second temps, il faut créer des formats informatiques communs. Les interfaces utilisées par les différents objets doivent être compatibles.

Aujourd'hui, la création de ce cadre d'interopérabilité est mise au défi par l'innovation galopante et l'absolue nécessité de répondre aux garanties de sécurité qu'exige l'utilisation des données de santé. Cependant, elle doit aboutir : la création de standards communs à l'ensemble des acteurs de la santé est indispensable, pour permettre le développement d'une e-santé efficace, dans l'intérêt des patients.

Quelques mots clés autour de l'intelligence artificielle



Pr SERGE UZAN,
vice-président du Cnom

L'intelligence artificielle (IA) a pour but de faire faire à des machines des actions qui habituellement demandent de l'intelligence humaine.

On peut également **définir l'IA par ses missions** : moteurs de recherche, traitement du langage, analyse d'images, etc. On passe ainsi des **systèmes experts** (une seule tâche bien définie) au « **machine learning** » et au « **deep learning** », qui permettent à l'IA de se corriger et de s'améliorer progressivement. L'IA repose sur des **algorithmes** qui sont des séquences d'instructions pour aller d'un état A à un résultat B. Il est courant d'utiliser comme comparaison la cuisine et de dire qu'un algorithme est une recette qui permet d'aboutir à un plat.

L'IA a besoin de **données**, c'est pourquoi elle est essentiellement développée par des groupes capables de disposer de données importantes (Gafam anglo-saxons ou BATX chinois). C'est un objectif de créer un équivalent européen. Le **RGPD** (règlement général sur la protection des données) impose de donner son accord pour l'utilisation de données personnelles. La plupart des systèmes utilisent des **données anonymisées ou pseudonymisées**, essentielles au maintien du secret médical. Le **DMP** (dossier médical partagé) sera une source de données utile aux patients, aux soignants, et à l'ensemble de la communauté.

Il existe de multiples sources de données (issues de différentes institutions) regroupées aujourd'hui en **Health Data Hub** qui sera un formidable instrument d'évaluation et d'amélioration des parcours de soins.

L'IA est souvent perçue par l'inquiétude qu'elle soulève et qui repose sur la notion fautive que **l'IA forte (singularité)** nous « dépassera » bientôt. Cette situation est loin d'être possible à un horizon raisonnable car l'intelligence humaine avec ses qualités

(émotion et empathie de **l'Intelligence émotionnelle**) reste capable de dépasser l'IA. Dans la crise du Covid-19, l'IA n'a pas brillé par son rôle, en particulier de modélisation prédictive, et à l'inverse on découvre les risques des **biais algorithmiques**.

Le problème le plus important est celui de la **confiance** particulièrement sensible dans les métiers de santé, il est peu probable que l'IA décidera seule (**décision dictée par les données**) mais qu'elle nous aidera (**assistée par les données**) à prendre nos décisions. On espère qu'elle libérera du « **temps médical** ».

C'est pourquoi, à court terme, l'IA devra être synonyme de **transparence et de fiabilité**. Cela reposera sur une **labellisation, ou certification, des algorithmes** utilisés en médecine.

On en revient ainsi au problème de **l'explicabilité** (un point clé de la prochaine loi de **bioéthique** en termes de **responsabilité**) : elle ne doit pas être un obstacle mais reposer sur un principe de confiance et de loyauté qui sera l'un des enjeux éthiques de l'avenir. De même faut-il que l'IA soit **fiable** à 100 % ? : pas nécessairement, de très nombreux dispositifs ne le sont pas mais sont quand même très utiles.

On ne peut pas évoquer le terme d'**apprentissage** sans parler de **supervision**, qui consiste par exemple à apprendre à l'IA à reconnaître un chat. Il faudra des millions d'images alors que pour un enfant il suffit qu'il en ait vu passer deux ou trois, et qu'on lui ait dit que c'était un chat!

Un réseau de neurones est un empilement de plusieurs couches de neurones artificiels connectés entre eux. Chaque neurone peut réaliser une opération qui, selon son résultat, le mettra en contact ou non avec le neurone de la couche suivante et ainsi de suite.

Relations médecins-industrie : troisième volet

DÉCRET N° 2020-730 DU 15 JUIN 2020
RELATIF AUX AVANTAGES OFFERTS PAR LES INDUSTRIELS.
DIFFÉRENCE ENTRE L'« **AUTORISATION** » ET LA « **RECOMMANDATION** »



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

QUELLE DIFFÉRENCE ENTRE LES DEUX TYPES DE DOSSIER ?

Le dossier de demande d'« **autorisation** » ou de « **recommandation** » est transmis par la téléprocédure par l'industriel.

L'arrêté du 7 août 2020 a fixé des seuils permettant de définir si le dossier était soumis à une simple « **recommandation** » ou au contraire à une acceptation ou un refus dans le cadre d'une « **autorisation** ». Ces deux termes ne sont pas employés dans un sens courant mais définissent deux régimes de traitement des demandes de l'industriel.

Les seuils des avantages entraînant le régime d'« **autorisation** » sont détaillés ci-contre. En deçà de ces seuils les dossiers sont soumis à une « **recommandation** ».

QUELLES DÉCISIONS ?

- Les dossiers à « **autorisation** » reçoivent un accord de l'autorité concernée (Cnom) ou un refus qui peut, éventuellement, être modifié.
- Les dossiers à « **recommandation** » sont analysés par le Cnom; celui-ci peut indiquer l'insuffisance du dossier et les éventuels changements à apporter.

QUELS SONT LES PRINCIPAUX SEUILS DÉTERMINANT LE DOSSIER À « **AUTORISATION** » ?

1. Pour les médecins

Honoraires :

- 200 € par heure, 800 € la demi-journée
- Et globalement, 2000 € pour une convention

Hospitalité :

- 150 € TTC par nuit
- 50 € TTC par repas
- 15 € TTC par collation
- Un total global supérieur à 2000 € TTC avec les frais de transport inclus
- Frais d'inscription : 1000 € TTC

DPC ou Formation professionnelle :
1000 € TTC

Dons pour recherche : 5000 € TTC

2. Pour les étudiants

Honoraires :

- 80 € par heure, 320 € la demi-journée
- Et globalement, 800 €

Hospitalité : interdiction d'une prise en charge par l'industriel.

Dons et libéralités destinés à financer exclusivement les activités de recherche, de valorisation de recherche ou d'évaluation scientifique : 1000 € TTC

À NOTER

Les contrats conclus avec les associations sont destinés aux ARS à l'exception des avantages directs ou indirects individuels prévus dans la convention.

Covid-19 : le médecin et la prévention de la transmission

La prise en charge des patients dans les cabinets médicaux des médecins généralistes et des autres spécialités en période de pandémie nécessite de respecter de nouvelles règles et d'adapter son organisation. Tour d'horizon des mesures à appliquer.



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

Port du masque

Le port du masque ne vise pas qu'à se protéger soi-même, mais aussi à empêcher la diffusion du virus. Depuis le 20 juillet 2020, il est devenu obligatoire dans tous les lieux clos accueillant du public. Par ailleurs, l'article 27-II du décret du 10 juillet 2020 dispose que « lorsque, par sa nature même, une activité professionnelle, quel que soit son lieu d'exercice, ne permet pas de maintenir la distanciation entre le professionnel et le client ou l'utilisateur, le professionnel concerné met en œuvre les mesures sanitaires de nature à prévenir les risques de propagation du virus ». Le port du masque doit donc être respecté par le médecin (et tout autre professionnel de santé) dans le cadre de son exercice, auprès de ses patients.

Hygiène

Les règles d'hygiène et d'asepsie doivent être renforcées :

- l'élimination des déchets issus des malades potentiels conformément à la réglementation;
- l'entretien des surfaces et leur nettoyage au moins deux fois par jour, avec les produits détergents désinfectants habituels selon les indications du fabricant. Une attention particulière doit être portée aux

surfaces en contact direct avec le malade (poignées de porte, chasse d'eau, lavabo, etc.);

- l'aération importante et régulière des locaux.

En cas de non-respect de ces obligations, les médecins pourraient être passibles de poursuites notamment disciplinaires pour avoir contrevenu aux articles suivants, du code de la santé publique :

- article R.4127-2 : le médecin

Organisation des consultations

Afin de réduire au maximum le risque de diffusion du virus dans les espaces de consultations, plusieurs ajustements de l'exercice sont possibles :

- mettre en place des plages horaires spécifiques pour les patients suspects de pathologies Covid-19 et pour les autres patients;
- sectoriser la salle d'attente;
- limiter les délais d'attente des patients.

Organisation de l'espace

Dans la salle d'attente, plusieurs aménagements doivent être instaurés :

- l'installation d'une signalétique informative;
- la mise à disposition de mouchoirs à usage unique et de poubelles munies de sacs et d'un couvercle, de gel antiseptique ou de solution hydroalcoolique pour le lavage des mains, ou d'un lavabo avec du savon liquide et des serviettes;
- l'évacuation de tous les meubles inutiles, journaux et jouets.

est au service de la santé publique;

- article R.4127-12 : le médecin doit apporter son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé et de l'éducation sanitaire;
- article R.4127-49 : le médecin appelé à donner ses soins dans une famille ou une collectivité doit tout mettre en œuvre pour obtenir le respect des règles d'hygiène et de prophylaxie.

Secret médical et violences au sein du couple

Le Conseil national de l'Ordre des médecins publie, avec le ministère de la Justice et la Haute Autorité de santé, un vade-mecum pour accompagner les professionnels de santé dans le signalement des violences au sein du couple.



D^R MARIE-PIERRE GLAVIANO-CECCALDI,
vice-présidente du Cnom, présidente
du Comité national des violences
intrafamiliales (CNVIF)

Depuis le 31 juillet 2020 et la publication au *Journal officiel* de la loi n° 2020-936 visant à protéger les victimes de violences conjugales, les possibilités de signalement des violences conjugales par les médecins sont étendues, dans un cadre très précis. L'article 226-14 du code pénal – qui précise dans quel cas et sous quelles conditions la loi autorise la révélation du secret professionnel – a évolué. Il est désormais possible, pour le médecin ou tout autre professionnel de santé, de porter à la connaissance du procureur de la République une information relative à des violences exercées au sein du couple, s'il **« estime en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat, et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences »**.

Ainsi, avec les circonstances aggravées de danger immédiat et de situation d'emprise exercée par l'auteur, le médecin pourra déroger au secret en effectuant un signalement sans le consentement de la victime, à ce moment ultime où l'issue fatidique est redoutée. Il ne s'agit pas d'être un « justicier-sauveur », mais de demeurer un médecin face à une victime arrivée au bout d'un parcours fatal.

La notion d'estimation en conscience traduit bien le dilemme éthique et déontologique auquel est confronté le médecin devant prendre sa décision, au terme d'une réflexion étayée dans le but de secourir une personne en danger imminent. Car cette dérogation n'a pas vocation

POINT DE VUE DE L'ORDRE

D^R MARIE-PIERRE GLAVIANO-CECCALDI

« Nous allons accompagner cette loi auprès des professionnels de santé »

« Ce vade-mecum est l'aboutissement de plusieurs mois de travail commun, commencé à la suite du Grenelle contre les violences conjugales. L'Ordre a œuvré activement, au sein du groupe de travail Justice, piloté par Isabelle Rome, haute fonctionnaire à l'égalité femmes-hommes. Nous avons été très attentifs et pugnaces pour que l'évolution de l'article 226-14 du code pénal, relatif à l'atteinte au secret professionnel, se fasse dans le respect de notre déontologie médicale, au service du médecin et dans l'intérêt des victimes de violences. Nous allons désormais travailler avec la même pugnacité à accompagner la loi auprès des professionnels de santé, des médecins sur tout le territoire, en se rapprochant des Conseils départementaux de l'Ordre des médecins. Nous en avons la responsabilité. »

à modifier la prise en charge des victimes de violences conjugales. **Elle se justifie en dernier recours, au moment ultime où tout peut basculer dans ce contexte particulier.** Les nouvelles



dispositions précisent bien que le médecin doit d'abord s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime. En cas de refus, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République. L'article protégera le médecin dans le sens où sa responsabilité ne pourra pas être engagée au pénal et au disciplinaire s'il respecte les conditions prévues par le texte et s'il est de bonne foi.

Mobilisé depuis le Grenelle des violences conjugales et le début de la réflexion liée à une possible évolution de l'article 226-14, acteur clé au sein du groupe travail Justice dans l'élaboration de la loi, le Cnom poursuit ses engagements. Il va désormais travailler étroitement avec les conseils départementaux, pour qu'ils puissent accompagner les soignants dans la mise en œuvre de cette nouvelle disposition.

Le vade-mecum, document ressource

Le vade-mecum, publié avec le ministère de la Justice et la Haute Autorité de santé, met différents documents et outils à la disposition des soignants. Il présente la fiche de signalement au procureur de la République, à remplir par le médecin. Le Cnom, et notamment la section Éthique et déontologie présidée par le D^r Anne-Marie Trarieux, a élaboré une notice explicative pour aider à la rédaction de cette fiche. **Elle est soumise aux règles rédactionnelles de prudence** suivantes, concernant le recueil des faits ou commémoratifs et des doléances exprimées par la personne :

- Faits ou commémoratifs : noter les déclarations de la personne entre guillemets sans porter aucun jugement ni interprétation;
- Doléances exprimées par la personne : les noter de façon exhaustive et entre guillemets;
- L'examen clinique doit décrire précisément les lésions physiques constatées (siège, caractéristiques), ainsi que l'état psychique de la per-

sonne, sans interprétation ni ambiguïté.

Le signalement doit mentionner l'accord ou non de la personne au signalement.

Une grille de critères d'évaluation du danger immédiat et de l'emprise a été élaborée, pour aider les professionnels de santé dans leur décision. Elle a été examinée en dernière lecture par le Comité national des violences intra-familiales (organe pluridisciplinaire créé à l'initiative du Cnom), qui a émis des avis et recommandations, prises en compte par le groupe de travail Justice. **Cet outil d'aide à la décision pour le professionnel ne doit en aucun cas être joint au signalement. Le médecin estimant en conscience la situation n'a pas à apporter la preuve de sa décision.** Il est toutefois conseillé, si le tableau est utilisé, d'en garder une trace dans le dossier médical.

Le professionnel de santé transmet ensuite son signalement au procureur de la République. Le signalement est envoyé par courrier électronique à l'adresse mail structurelle de la permanence du parquet compétent (lieu des faits), dont les messages sont traités en temps réel par le magistrat du parquet de permanence. Un accusé de réception est envoyé au médecin. La justice prend alors le relais, et déploie les mesures de protection adaptées.

Après la publication de ce vade-mecum, la deuxième phase d'accompagnement des médecins dans la mise en application de cette réforme va désormais s'enclencher. En étroite collaboration avec le ministère de la Justice, le Cnom va notamment travailler à une harmonisation des pratiques de signalement et de son traitement sur l'ensemble du territoire, afin de rendre efficiente cette dérogation permissive, dans le but de lutter contre ce fléau.

+ D'INFOS

- **Le vade-mecum en intégralité : conseil-national.medecin.fr**
- **Les recommandations de bonne pratique de la HAS pour le repérage des femmes victimes de violences au sein du couple**
- **Loi n° 2020-936 visant à protéger les victimes de violences conjugales**
- **Articles 226-13 et 226-14 du code pénal, relatifs au secret professionnel**
- **Site du CNVIF : www.cnvif.fr**

Le conseil régional d'Occitanie de l'Ordre des médecins

(Ariège, Aude, Aveyron, Gard, Haute-Garonne, Gers, Hérault, Lot, Lozère, Hautes-Pyrénées, Pyrénées-Orientales, Tarn, Tarn-et-Garonne) va procéder, en application de l'article D. 4132-2 du code de la santé publique, à une élection complémentaire le :

• **vendredi 19 mars 2021 aux fins de pourvoir au remplacement de deux membres (femmes) pour combler les sièges constatés vacants dans la moitié sortante en 2025 pour le département de la Haute-Garonne.**

Conformément à l'article L. 4132-12 du CSP, les membres des conseils de l'Ordre sont élus au scrutin binominal majoritaire à un tour et chaque binôme est composé de candidats de sexe différent.

Par conséquent, lorsqu'un membre d'un conseil vient à cesser ses fonctions pour quelque cause que ce soit, bien qu'il n'y ait qu'un seul siège à pourvoir, la candidature pour le poste ne peut être présentée qu'en binôme.

Ainsi, ne sera élu dans ce binôme que le candidat du même sexe que le membre ayant cessé ses fonctions.

DÉPÔT DE CANDIDATURE

Les candidats se font connaître par **lettre recommandée avec demande d'avis de réception** adressée au Président du conseil régional de l'Ordre des médecins (Maison des professions libérales – 285, rue Alfred Nobel – 34000 Montpellier).

La candidature peut également être déposée au siège du conseil. Il en sera donné un récépissé.

Les candidatures doivent impérativement **PARVENIR** au siège du conseil régional dans le délai de **30 jours au moins avant le jour de l'élection** (article R. 4125-6 du CSP).

Ainsi, la clôture du dépôt des candidatures est fixée au **mercredi 17 février 2021 à 16 h 00**.

Toute candidature parvenue au conseil régional après l'expiration de ce délai est irrecevable. Le cachet de La Poste ne sera pas pris en compte.

Les textes réglementaires ne mentionnant que le courrier recommandé avec demande d'avis de réception ou le dépôt au siège

du conseil, les déclarations de candidature envoyées par télécopie ou par courriel ne sont pas admises, même si elles parviennent au conseil dans les délais requis.

La déclaration de candidature peut être effectuée au moyen d'un formulaire type téléchargeable sur le site Internet du Conseil national ou sur papier libre. Cette déclaration de candidature peut être faite :

→ soit de façon conjointe par les deux candidats du binôme qui doivent y apposer chacun leur signature ;
→ soit de façon individuelle par chaque candidat du binôme.

Dans ce cas, elle doit mentionner expressément l'autre candidat du binôme et doit être accompagnée de son acceptation rédigée sur un document distinct de la déclaration de candidature. Chaque déclaration de candidature individuelle doit être revêtue de la signature de son auteur.

Attention, la déclaration de candidature individuelle doit nécessairement être complétée par la déclaration de candidature individuelle de l'autre candidat du binôme.

Chaque candidat du binôme doit indiquer ses nom et prénoms, sa date de naissance, son adresse, ses titres, son mode d'exercice, sa qualification professionnelle et, le cas échéant, ses fonctions ordinaires ou dans les organismes professionnels, actuelles et, le cas échéant, passées (article R. 4125-7 du CSP).

Chaque candidat devra également indiquer le conseil régional et le département pour lequel il se présente.

PROFESSION DE FOI

Chaque binôme a la possibilité de rédiger, à l'attention des électeurs, une profession de foi qui sera photocopiée en l'état pour être jointe au matériel de vote que le conseil régional fera parvenir aux électeurs (articles R. 4125-7 et R. 4125-1-1 du CSP).

Le binôme ne dispose que d'une page au format de 210 x 297 mm (format A4) pour présenter sa profession de foi, dont la rédaction peut être commune ou séparée.

Cette profession de foi rédigée en français, en noir et blanc, avec ou sans photographie au format identité, ne peut être consacrée qu'à la présentation du binôme de candidats au nom duquel elle est diffusée et à des questions entrant dans le champ de compétences de l'Ordre défini à l'article L. 4121-2 du CSP.

La profession de foi ne peut renvoyer dans son contenu à aucun support numérique.

Elle doit être rédigée sur une feuille séparée de la déclaration de candidature et doit mentionner les nom et prénom des candidats du binôme.

La profession de foi du binôme devra parvenir au siège du conseil régional de l'Ordre des médecins au plus tard le jour de la clôture du dépôt des candidatures soit le **mercredi 17 février 2021 à 16 h 00**.

RETRAIT DE CANDIDATURE

Le retrait de candidature par un binôme de candidats ou l'un des membres du binôme ne peut intervenir que dans l'intervalle compris entre le dépôt de celle-ci et la date d'envoi du matériel de vote.

Il est notifié au conseil régional soit par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, soit par dépôt au siège de ce conseil contre récépissé (article R. 4125-8 du CSP).

Le retrait de candidature d'un seul des membres du binôme entraîne le retrait de la candidature de l'ensemble du binôme.

ÉLIGIBILITÉ

Sont éligibles, sous réserve des dispositions des articles L. 4124-6 du CSP, L. 145-2 et L. 145-2-1 du code de la sécurité sociale, les médecins :
→ de nationalité française ou ressortissants de l'un des États membres de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen (article L. 4125-9 du CSP);
→ inscrits au tableau d'un des conseils départementaux du ressort de la région concernée par l'élection. Les deux membres d'un binôme doivent être inscrits au tableau du même conseil départemental (article D. 4132-2 du CSP);
→ à jour de leurs cotisations ordinaires (article R. 4125-3 du CSP) au moment de la clôture du dépôt des candidatures.

Ne sont pas éligibles, conformément aux articles L. 4124-6 du CSP, L. 145-2 et L. 145-2-1 du code de la sécurité sociale :

→ pendant trois années, les médecins qui ont fait l'objet d'une sanction définitive et non amnistiée d'avertissement ou de blâme prononcée par la juridiction disciplinaire ou la section des assurances sociales;
→ à titre définitif, les médecins qui ont fait l'objet d'une sanction définitive et non amnistiée d'interdiction d'exercer,

CONSTRUISEZ L'ORDRE DE DEMAIN

ENGAGEZ-VOUS
AUPRÈS DE L'ORDRE
DES MÉDECINS,
PRÉSENTEZ-VOUS
AUX ÉLECTIONS
DÉPARTEMENTALES.



D'ici juin 2022, les conseils départementaux seront renouvelés de moitié. Quelle que soit votre spécialité, quel que soit votre mode d'exercice **votre engagement au sein de vos conseils départementaux est plus que jamais nécessaire.**

EN TANT QUE CONSEILLER DÉPARTEMENTAL...

- Vous **participez à la modernisation** de l'Ordre des médecins.
- Vous **faites entendre la voix de tous médecins** dans le débat public.
- Vous **accompagnez et conseillez vos confrères** dans l'accomplissement de leurs projets.
- Vous **soutenez vos confrères en difficulté** dans le cadre de l'entraide.
- Vous **représentez vos confrères** auprès des autorités sanitaires, administratives et politiques de votre territoire.

→ **POUR SAVOIR COMMENT VOUS PRÉSENTER,**
contactez votre conseil départemental
<https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/institution-ordinaire/elections-ordinales>

avec ou sans sursis, ou de radiation du tableau de l'Ordre prononcée par la juridiction disciplinaire. Il en est de même des médecins qui ont fait l'objet d'une sanction définitive et non amnistiée d'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux, avec ou sans sursis, ou en cas d'abus d'honoraires, de remboursement du trop-perçu à l'assuré ou de reversement du trop-remboursé à la caisse, prononcée par la section des assurances sociales.

ÉLECTEURS

Sont électeurs, les membres titulaires des conseils départementaux du ressort de la région concernée par l'élection (article L.4124-11 IV du CSP).

Ainsi, sont électeurs les membres titulaires du conseil départemental de la Haute-Garonne de l'Ordre des médecins.

LE VOTE

Il a lieu par correspondance et est adressé obligatoirement au siège du conseil régional de l'Ordre des médecins. Il peut également y être déposé.

Il prendra fin le jour de l'élection, soit le **vendredi 19 mars 2021 à 17 h 30.**

Tout bulletin parvenu après 17h 30 ne sera pas valable (article R.4125-11 du code de la santé publique).

LE DÉPOUILLEMENT

Il est public et aura lieu sans désenclaver au siège du conseil régional de l'Ordre des médecins le **vendredi 19 mars 2021 à 17 h 31.**

Les binômes de candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix seront déclarés élus. En cas d'égalité

des voix, le binôme de candidats comportant le candidat le plus âgé sera proclamé élu (article R.4125-17 du CSP).

Seules les femmes des binômes seront élues et leur mandat prendra fin à la date à laquelle aurait expiré le mandat de celles qu'elles remplacent, soit en 2025.

DÉLAI DE RECOURS

Les élections peuvent être déferées dans le délai de 15 jours devant le tribunal administratif.

Ce délai court, pour les électeurs, à compter du jour de l'élection, et, pour les directeurs généraux des Agences régionales de santé ou le ministre chargé de la Santé, à compter du jour de réception de la notification du procès-verbal de l'élection (article R.4125-21 du CSP).

PORTRAIT

PARCOURS

1990-1993

Doctorat en médecine à l'université Paris-Descartes et doctorat en santé publique à l'université Harvard.

1993-2001

Chercheur au sein d'une unité de recherche clinique contre le sida (OMS) puis responsable d'un programme de recherche sur le sida en collaboration avec l'Éthiopie et les Pays-Bas.

2002

Il crée l'unité d'épidémiologie des maladies émergentes à l'Institut Pasteur.

2007

Création de l'école de santé publique du Cnam. Titulaire de la chaire « Santé et développement ».

2019

Titulaire de la chaire de santé publique au Collège de France.

11 mars 2020

Nommé membre du Conseil scientifique Covid-19



Pr Arnaud Fontanet

Épidémiologiste à l'Institut Pasteur, membre du Conseil scientifique Covid-19

« LA SANTÉ PUBLIQUE ALLIE LA RECHERCHE ET L'ACTION SUR LE TERRAIN, ET RÉPOND AUX BESOINS DE SANTÉ DES POPULATIONS LES PLUS VULNÉRABLES »

Texte : Béatrice Jaulin | Photo : DR

« **La médecine est un art merveilleux. N'y a-t-il pas de plus beau métier que celui de guérir, de soigner? Jeune médecin, j'en étais convaincu,** affirme le Dr Arnaud Fontanet dans sa leçon inaugurale au Collège de France le 31 janvier 2019, alors qu'il vient d'être nommé à la chaire de santé publique. Étudiant en médecine, il opte pour la spécialité de rhumatologie. Mais le parcours dans lequel il s'engage n'a rien de classique. « Vers la fin de mon internat, j'ai choisi de vivre une autre expérience que celle des hôpitaux parisiens et je suis parti avec Médecins sans frontières travailler dans les camps de réfugiés à la frontière entre le Cambodge et la Thaïlande. » Il soigne des enfants atteints de paludisme, constate l'efficacité de la quinine, et celle des antibiotiques dans le traitement des infections respiratoires et gastro-intestinales. Et se pose la question : n'aurait-on pas pu prévenir ces maladies avec une meilleure organisation de soins, des vaccins et des moustiquaires? À ce moment-là, explique-il, « j'ai basculé dans le monde de la santé publique ». Une discipline qui permet de se situer en amont de la santé, de comprendre les déterminants de la santé, d'agir pour préserver la santé. Dès lors, Arnaud Fontanet s'engage dans un parcours qui le mène d'abord à Har-

vard pour un doctorat en santé publique, puis en Éthiopie dans un programme de recherche contre le sida, en Égypte pour contrer l'hépatite C et dans d'autres pays où frappent les épidémies comme le SRAS, Zika ou la peste pulmonaire. Quand s'ouvre l'unité d'épidémiologie des maladies émergentes à l'Institut Pasteur, il y trouve tout naturellement sa place. « L'exercice de la santé publique est un métier ingrat. Une personne bien portante ne vous remerciera jamais de lui avoir évité la maladie », reconnaît-il. Pour autant, passionné par ce champ de la médecine qui allie la recherche et l'action sur le terrain, et répond aux besoins de santé des populations les plus vulnérables, il cofonde une école de santé publique au Cnam et, plus de dix ans après, se réjouit toujours de voir naître des vocations dans ce domaine. Quand les premiers cas de l'épidémie de coronavirus apparaissent en Chine, il est tout de suite en alerte et participe à la création d'une « task force coronavirus » à l'Institut Pasteur. Le 11 mars, il entre au Conseil scientifique mis en place par Emmanuel Macron pour éclairer le gouvernement dans ses prises de décision. Pour la première fois, Arnaud Fontanet travaille sur une épidémie qui touche la France et il l'avoue, dans un entretien au *Monde* : « Je n'aurais jamais cru voir cela de mon vivant. »