

# médecins

Le bulletin de l'Ordre national des médecins

n° 59 | janv.-fév. 2019

**Sur le terrain**  
Un répit qui n'a pas de prix

**Entretiens croisés**  
Quelle recertification pour les médecins ?



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

Dossier

Ma santé 2022

**Des paroles  
aux actes**











# 5 questions sur la cotisation 2019

**Lors de la session budgétaire du 13 décembre 2018**, conformément aux dispositions de l'article L. 4122-2 du code de la santé publique, le Conseil national a fixé le montant de la cotisation annuelle pour 2019 à 335 euros, sans changement par rapport à 2018.

## À quoi sert la cotisation ?

La cotisation sert à financer les activités de l'Ordre, à savoir :

- vous accompagner et répondre à vos questions sur les sujets juridiques ou éthiques liés à l'exercice;
- être à vos côtés et aux côtés de votre famille en cas de difficultés et vous apporter si nécessaire une aide adéquate (financière, organisationnelle...) grâce à l'entraide;
- vous accompagner lors d'un besoin ou d'une volonté d'évolution professionnelle, grâce notamment aux commissions de qualification et à la VAE ordinaire;
- veiller au maintien des compétences du corps médical et à sa probité, dans l'intérêt des patients mais aussi de l'ensemble de la profession;
- émettre des avis et des recommandations auprès des organismes publics et du gouvernement au nom de la défense de la profession et des

principes fondamentaux de la déontologie médicale;

- faire entendre sa voix dans tous les grands débats de santé nationaux et internationaux, qu'ils portent sur l'éthique ou les évolutions de l'exercice médical.

Tous les médecins, quels que soient leur spécialité, leur lieu et leur mode d'exercice, bénéficient de ces services.

## Lors d'une première inscription, le médecin doit-il payer sa cotisation ?

Les frais de première inscription ayant été supprimés, les médecins concernés doivent désormais s'acquitter d'une demi-cotisation la première année et d'une cotisation entière les années suivantes. Ils sont exonérés de la première demi-cotisation si l'inscription se réalise au cours du dernier trimestre.

## Existe-t-il d'autres exonérations ?

Les exonérations partielles ou totales relèvent de votre conseil départemental. Lorsque ce dernier accorde des exonérations partielles, les quotités régionale et nationale sont réduites dans la même proportion.

Attention : les médecins de l'industrie pharmaceutique ainsi que les médecins scolaires, les médecins DIM et les médecins de recherche sont redevables d'une cotisation entière.

## Comment régler sa cotisation ?

Les médecins doivent s'acquitter de leur cotisation dès le 1<sup>er</sup> trimestre de l'année (art. L.4122 2 du CSP).

Vous pouvez régler votre cotisation :

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

## Comment se répartit la cotisation ?

La cotisation est répartie entre les différents échelons de l'Ordre de la manière suivante :

- Quote-part départementale : 162 €
- Quote-part régionale : 40 €
- Quote-part nationale : 133 €

## BON À SAVOIR

**Cotisation de la « liste spéciale » : 133 €**

**Cotisation des médecins retraités n'ayant plus aucune activité médicale rémunérée : 95 € (47,50 € pour le Conseil départemental et 47,50 € pour le Conseil national)**

**Frais de dossier de qualification : 200 € (140,00 € pour le Conseil national et 60,00 € pour le Conseil départemental)**

**Frais d'appels en matière de qualification : 100 € (entièrement pour le Conseil national)**

**Cotisation catégories SCP/SEUSPFPL : 335 €**

## Débat de l'Ordre

# Le secret médical

**Le secret médical est au cœur de la relation de confiance avec le patient.**

Il se trouve pourtant régulièrement fragilisé et les situations particulières sont nombreuses. C'est pourquoi l'Ordre a choisi d'organiser un débat sur ce sujet, le 27 novembre.

« *Le secret médical est un pilier de la morale médicale* », a réaffirmé le D<sup>r</sup> Jean-Marie Faroudja, président de la section Éthique et déontologie du Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) en préambule des échanges. Mais il se heurte parfois à la réalité de l'exercice... « *Nous avons des demandes récurrentes de médecins, ne serait-ce que pour envoyer des photographies de plaie par mail* », a par exemple relevé Anne Jauer, vice-présidente du Conseil national de l'Ordre des infirmiers.

### Secret et numérique

De nombreuses questions ont ainsi porté sur le secret médical à l'épreuve des nouvelles technologies de l'information et de la communication. Le D<sup>r</sup> Jacques Lucas, vice-président du Cnom, délégué général au numérique, a rappelé que « *l'informatique, si elle est bien utilisée, peut au contraire protéger les données* », ajoutant que « *le RGPD<sup>1</sup> offre une plus grande efficacité du secret médical* ». Par ailleurs, l'exercice en équipe avec notamment la question du partage des informations entre professionnels de santé a soulevé des interrogations. Le D<sup>r</sup> François Simon, président de la section Exercice professionnel du Cnom a rappelé que la loi a « *étendu la règle de l'accord implicite dans les équipes de soins à tous les lieux de prise en charge* ». Le D<sup>r</sup> Mathilde Roze, généraliste à Paris exerçant dans un cabinet pluri-professionnel, a apporté son témoignage : « *Lorsque les dossiers sont discutés, soit c'est entre confrères qui ont pris en charge le patient, soit c'est avec des médecins qui n'ont pas pris en charge le patient et dans ce cas, le dossier est*



*anonymisé.* » « *Le secret est également partagé lorsqu'interviennent les médecins de l'Assurance maladie* », a souligné le D<sup>r</sup> Béatrice Rio, adjointe au directeur du réseau médical et des opérations de gestion du risque de l'Assurance maladie. La question du traitement et de l'exploitation de données de santé à vocation de recherche a également été abordée. Gaëlle Dumortier, conseillère d'État, membre du Comité d'expertise sur l'intérêt public à l'Institut national des données de santé, a ainsi expliqué que « *le principe est l'interdiction de traiter des données personnelles de santé – dans la même ligne que le secret médical –, mais le RGPD permet des dérogations subordonnées à l'existence d'un intérêt public et dans des conditions très strictes de protection et de confidentialité des données* ».

### Secret à tout prix ?

Les débats se sont également attardés sur la nécessité de protéger ce devoir du médecin, « *y compris devant la justice ou face aux demandes des assurances* », a insisté Marie-Annick Lambert, représentante de France Assos santé. « *Il n'y a pas de secret partagé entre le médecin-expert et le médecin-traitant* », a

tenu à rappeler le D<sup>r</sup> Jacques Quillien, médecin de la compagnie d'assurances Allianz. Le D<sup>r</sup> Michel Malinet, médecin du travail, secrétaire général du conseil départemental de Vendée de l'Ordre des médecins, a quant à lui souligné que le médecin du travail est également tenu au secret puisqu'il « *établit une restriction d'aptitude ou une inaptitude sans préciser les raisons à l'employeur* ». L'attentat perpétré par un pilote de la Germanwings en 2015 a suscité de nombreuses questions, son auteur ayant été identifié comme fragile sur le plan psychiatrique. « *L'Ordre ne s'est pas positionné en faveur d'une nouvelle dérogation* », a expliqué le D<sup>r</sup> Anne-Marie Trarieux, vice-présidente de la section Éthique et déontologie du Cnom. *Le médecin est donc responsable et devra se justifier le cas échéant.* » « *J'ai du mal à penser, quand cela reste des situations exceptionnelles, qu'un médecin puisse être sanctionné pour avoir, en conscience et réflexion, dévoilé un élément qui a pu permettre ou permis de sauver des centaines de vies* », a toutefois modéré le D<sup>r</sup> Gilles Munier, vice-président du Cnom.

1. RGPD : Règlement général sur la protection des données, entré en vigueur en mai 2018

## les tweets

@ordre\_medecins - 9 janvier  
Le saviez-vous ? 8 médecins sur 10 n'ont pas de médecin traitant. Pourtant, les métiers du soin sont les premiers dans lesquels les cas de burn-out ont été décrits par les chercheurs, dès 1974. Tél. : 0800 800 854, accessible 24h/24 et 7j/7

@ordre\_medecins - 15 janvier  
#GrandDebat | «Depuis de nombreux mois, nous avons sans relâche porté la voix de notre profession. Nous sommes prêts à la porter, demain, dans le #GrandDebatNational.» Retour sur le discours des vœux du Président @BouetP >> <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/3073> #Bourgtheroulde

@ordre\_medecins - 15 janvier  
A lire dans @LeGene\_hebdo : quels sont les déterminants et les freins à l'installation des médecins en France ? L'Ordre lance une enquête. Pour participer, rendez-vous sur <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/3043> #MardiConseil

## Évaluation des pratiques de refus de soins : un premier bilan

**La Commission d'évaluation des pratiques de refus de soins auprès du Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) a remis son premier rapport à Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé.** Le rapport relève trois principales catégories de causes générant des refus de soins discriminatoires :

- la méconnaissance notamment des personnes concernées, de leurs situations et de pathologies ;
- les difficultés de prise en charge de nature financière et administrative ;
- les difficultés de prise en charge de nature matérielle ou technique.

La Commission propose dans son rapport un certain nombre de recommandations pour chacune de ces causes. Elle souligne néanmoins qu'elle manque actuellement d'informations et de données statistiques. Les membres de la Commission estiment que du temps leur est nécessaire pour mettre en place ces études et poursuivre leurs travaux.

### + d'infos

[https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/rapport\\_commission\\_refus\\_de\\_soins\\_aupres\\_du\\_cnom\\_2018.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/rapport_commission_refus_de_soins_aupres_du_cnom_2018.pdf)

# 13 000



patients diabétiques ont été tirés au sort pour participer à la 3<sup>e</sup> édition de l'enquête nationale Entred (Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques) réalisée par Santé publique France. Leurs médecins seront sollicités pour fournir des informations médicales complémentaires. Toutes les garanties de respect de l'anonymat des patients et des médecins ont été données au Conseil de l'Ordre dans le cadre de cette étude. Nous invitons donc les médecins à répondre favorablement à cette enquête.

### + d'infos

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Etude-Entred-3>

## Lutte contre la prostitution Recherche médecins

**Fin 2016 ont été créées les commissions départementales de lutte contre la prostitution, le proxénétisme et la traite des êtres humains aux fins d'exploitation sexuelle.** Ces commissions, présidées par le préfet du département, comporte un médecin désigné par le conseil départemental de l'Ordre des médecins (art. R. 121-12-7 du code

de l'action sociale et des familles). Cette commission, chargée d'étudier les situations individuelles des personnes qui présentent une demande d'engagement dans un parcours de sortie de la prostitution, peut permettre à la personne concernée de bénéficier d'un accompagnement visant à faciliter l'accès aux soins sur le plan physique

et psychologique, d'où l'importance qu'il y ait un médecin au sein de chaque commission départementale. Pourtant, à ce jour, seuls seize départements auraient désigné un médecin. Si vous êtes intéressé par cette mission, n'hésitez pas à vous rapprocher de votre conseil départemental.





# Le dossier médical partagé

**Début novembre a été lancée la nouvelle version du DMP, pilotée par l'Assurance maladie.** Son ambition ? Simplifier la transmission des informations médicales entre professionnels de santé. Comment fonctionne-t-il ? À quoi et à qui va-t-il servir ? Éléments de réponse...

## Qui peut créer le DMP ?

Tous les assurés peuvent créer leur DMP, seuls ou avec l'aide d'un professionnel de santé. Le DMP d'un patient se crée en quelques minutes à partir du logiciel métier ou du site [www.dmp.fr](http://www.dmp.fr). Il vous faut identifier le patient par la lecture de sa carte Vitale, informer le patient sur le DMP, recueillir son consentement oral et demander s'il souhaite un compte d'accès à son DMP. Une fois le DMP créé, le patient reçoit une confirmation par e-mail ou par courrier.

## Qui peut y accéder ?

Le DMP relève du secret médical. La consultation du DMP par un professionnel de santé requiert l'accord explicite du patient. Le médecin traitant de chaque patient dispose d'un accès privilégié. Tout accès à un DMP par un professionnel de santé non autorisé constituerait un délit passible de sanctions disciplinaires mais aussi pénales. Seule une situation d'urgence justifie l'accès au DMP par un professionnel de santé sans accord préalable. Cependant, lors de la création de son DMP, le patient peut s'opposer à un tel accès en situation d'urgence en cochant une case réservée à cet effet.

## Comment le consulter et l'alimenter ?

Pour consulter le DMP de votre patient, vous devez vous connecter depuis votre logiciel professionnel (dont les dernières versions de la plupart d'entre eux intègrent les fonctionnalités du DMP et permettent d'y accéder en un clic). Pour les médecins non équipés d'un logiciel « DMP-compatible », la connexion peut se faire directement sur le site [www.dmp.fr](http://www.dmp.fr), accès « Professionnels de santé ». Insérez ensuite la carte Vitale du patient. Vous pouvez alors remplir le DMP du patient avec les informations de santé utiles au bon suivi médical et accéder facilement aux informations renseignées par les autres professionnels de santé.

## Quelles sont les informations contenues dans le DMP ?

Le DMP comprend les données d'identification du titulaire du dossier, l'historique de soins de l'Assurance maladie sur les derniers 24 mois, les antécédents médicaux (tels que les pathologies, les allergies, etc.), les résultats d'examen médicaux (tels que les comptes rendus d'analyses biologiques, les examens d'imageries médicales, etc.), les comptes rendus d'hospitalisation, les directives anticipées de fin de vie, les coordonnées des proches à prévenir en cas d'urgence, de la personne de confiance, du médecin traitant et des professionnels de santé autorisés à accéder au dossier.

## BON À SAVOIR

Afin d'inciter les médecins libéraux à s'équiper, la compatibilité du logiciel métier avec le DMP est l'un des nouveaux critères du forfait structure créé par la convention médicale. Le nombre de logiciels métier « DMP-compatibles » s'accroît. La liste de ces logiciels homologués à l'usage du DMP est disponible sur le site du Centre national des agréments (<https://cnda.ameli.fr/>). Grâce à leurs mises à jour, ces logiciels intégreront en temps réel les améliorations de l'ergonomie et des fonctionnalités du site DMP.

## Lyon

# Un répit qui n'a pas de prix

Accompagner un proche malade n'est pas de tout repos. **Pour la première fois en France, une maison de répit soulage et prend soin des aidants épuisés.**

En France, entre 9 et 11 millions de personnes s'occupent d'un proche malade, handicapé, dépendant. Bien souvent malgré elles, sans y être préparées. Résultat, selon une étude de l'Insee, trois aidants sur quatre se sentent anxieux, surmenés ou isolés. À Tassin-la-Demi-Lune, près de Lyon, une maison de répit d'un genre nouveau a ouvert ses portes en octobre. « *Contrairement à un accueil temporaire, nous hébergeons l'aidé et son aidant. Nous sommes également la première structure intergénérationnelle, ouverte aux adultes comme aux enfants malades* », détaille Mélanie Tacquard, directrice des lieux.

À l'intérieur du grand bâtiment aux façades en bois, l'ambiance est chaleureuse, cosy. De larges baies vitrées donnent sur un parc arboré. Le personnel soignant, qui assure une surveillance médicale continue des résidents atteints par la maladie, ne porte pas de blouse blanche. « *Tout est fait pour se sentir comme à la maison* », souligne Mélanie Tacquard.

### Équipe mobile de répit

Adossée contre la bibliothèque, Brigitte discute avec une bénévole. Elle fait partie des premières pensionnaires de la maison de répit. À ses côtés, sa fille Héloïse, 26 ans. Il y a deux ans, un accident de voiture l'a plongée dans un état végétatif. Depuis, Brigitte veille sur Héloïse 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. « *L'aidant familial gère tellement de choses sur le plan médical, administratif,*



La maison de répit emploie une vingtaine de personnels soignants, infirmières, aides-soignantes, aides médico-sociales et s'appuie sur 80 bénévoles.

*affectif... Ici, je suis écoutée, prise en compte. Les équipes sont là pour Héloïse, mais aussi pour moi* », confie cette ancienne enseignante qui a quitté son poste pour s'occuper de sa fille. « *Le projet de soin de la structure est centré sur l'aidant* », confirme le Dr Geraldine Pouly, médecin au sein de l'équipe mobile de répit associée à la maison. Celle-ci compte deux médecins, une infirmière, deux psychologues et une assistante sociale.

« *Nous nous rendons au domicile de l'aidant pour évaluer sa situation, son niveau d'épuisement, ses pathologies non traitées faute de temps. Certains ont besoin d'un séjour à la maison de répit.* »

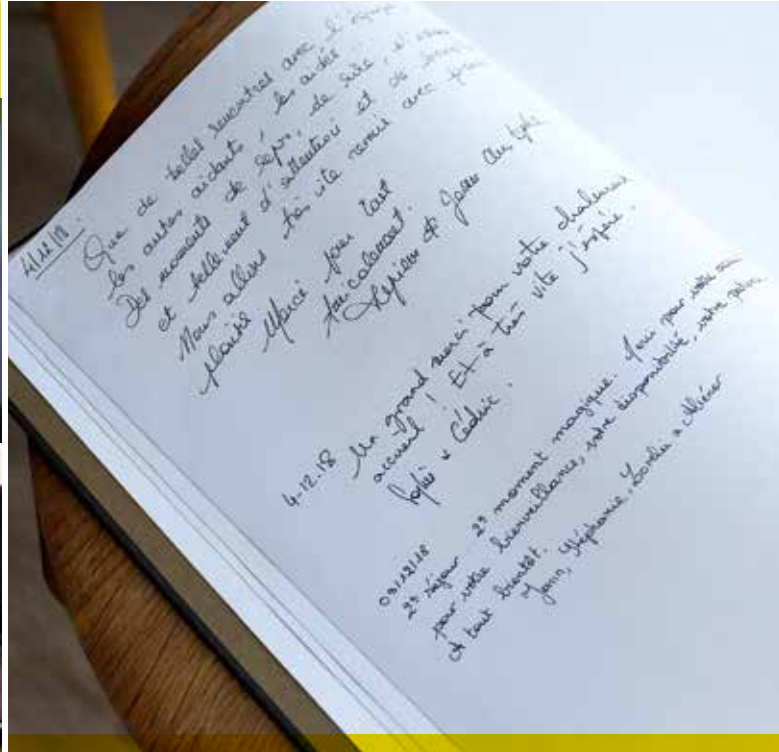
### Un objectif de douze maisons régionales

À la maison de répit, les aidants sont libres d'aller et venir. De partir deux heures ou deux jours. Ils participent

Mobiliers chaleureux, espaces de jeux pour les enfants, une vingtaine de chambres. Tout est fait pour que les aidants se sentent comme à la maison.



En disposant de leur propre chambre, les aidants peuvent se reposer et retrouver un peu d'intimité.



Il suffit de feuilleter les pages du « livre d'or » de la maison de répit pour comprendre ce que cette structure inédite en France apporte aux aidants.

à des ateliers de yoga ou de réflexologie, profitent du jacuzzi ou de la salle de sport. Ils disposent de leur propre chambre pour retrouver un peu d'intimité. Ils sont conseillés pour voir comment améliorer leur quotidien (aide sociale, ménagère, soutien psychologique...). L'Assurance maladie prend en charge une grande partie des coûts. Chaque nuit revient à 20 euros par aidant et aidé. Les maisons de répit pour les aidants existent déjà depuis longtemps au Canada, en Belgique ou encore en Allemagne. L'ambition des fondations France Répit et OVE, à l'origine du projet, est de créer un réseau de douze maisons de répit régionales. En attendant, Brigitte file à Lyon retrouver une amie : « *Je me ressource sans culpabiliser car Héloïse est entre de bonnes mains* ».

## Témoignage

**Pr Matthias Schell**, pédiatre oncologue au centre Léon-Bérard, à Lyon, spécialisé dans l'hospitalisation à domicile



### « Le médecin doit poser un regard de soignant sur l'aidant »

« L'hospitalisation à domicile m'a permis de constater la charge qui pèse sur certaines familles aidantes au quotidien. Elles sont accablées par la fatigue, le stress, les démarches administratives. Elles n'ont plus de vie sociale. L'aidant n'a plus de temps pour lui et a tendance à s'épuiser physiquement et psychiquement. Trop dévoué, il s'oublie. Résultat : les aidés risquent d'être hospitalisés pour des raisons

non médicales, en raison de l'épuisement des proches. La maison de répit lui donne la possibilité de s'occuper de sa santé et de se ressourcer. La population vieillit, la dépendance va s'accroître. La prise en charge se fera de plus en plus à domicile et beaucoup reposera sur l'aidant. Notre rôle de médecin est de poser un regard de soignant sur les aidants. Les médecins libéraux sont en première ligne pour détecter les plus fragiles, les inciter à mieux prendre soin d'eux et les orienter vers les associations spécialisées. »

# entretiens croisés

Texte : Dominique Fidel, Sarah Berrier | Photos : DR

## Quelle recertification pour les médecins ?

En France, la question de la recertification fait figure de serpent de mer depuis une vingtaine d'années. En 2015, dans son livre blanc *Pour l'avenir de la santé*, l'Ordre avait fait des propositions afin de mettre enfin en place un système de recertification répondant aux attentes des médecins, des patients et des objectifs de notre système de santé. **Avec la remise du rapport du P<sup>r</sup> Uzan, en novembre dernier, le concept pourrait devenir réalité...**

# 139 195

**professionnels de santé** se sont inscrits à au moins une action de DPC, au 30 septembre 2018. Ce nombre est en hausse de 7,8% sur un an.

Source : Agence nationale du développement professionnel continu

En début d'année, la ministre de la Santé, Agnès Buzyn, a souhaité instaurer une procédure d'actualisation régulière des compétences des médecins. À sa demande, un comité de pilotage présidé par le P<sup>r</sup> Serge Uzan a établi un rapport sur le sujet, remis début novembre. Ce dernier préconise une certification et une valorisation périodique du parcours professionnel et des acquis tous les six ans, qui concernerait tous les médecins, et tous les modes d'exercice. Le dispositif reposerait sur cinq critères d'évaluation, qui incluent notamment le parcours de développement personnel continu ainsi qu'une « *démarche volontariste d'amélioration de la relation médecin-patient* » et une démarche « *personnelle et aidée* » d'amélioration de la santé et de la qualité de vie du médecin.

### Et la valorisation ?

Le texte propose également un critère de valorisation qui porte sur l'ensemble des activités susceptibles de mettre en valeur le parcours du médecin : enseignement, encadrement d'étudiants, responsabilités professionnelles et territoriales. La procédure de recertification devrait reposer sur 15 à 30 jours de formation par an, constituant une feuille de route que chaque professionnel de santé pourra suivre via un espace numérique personnel sécurisé. Le rapport recommande que la démarche s'applique à tous les médecins diplômés à partir de 2021, dans le cadre du 3<sup>e</sup> cycle rénové des études médicales, et qu'elle soit ouverte à tous les autres professionnels inscrits au tableau de l'Ordre des médecins, et fortement encouragée.





**D' Patrick Bouet,**  
président du Conseil  
national de l'Ordre  
des médecins



**Pr Serge Uzan,**  
doyen honoraire de  
la faculté de médecine  
Sorbonne Université



**Pierre Guillet,**  
premier vice-président  
de l'ISNAR-IMG



**Sylvain Gautier,**  
secrétaire général  
de l'ISNI

### D' Patrick Bouet

Il faut faire mieux! Le système actuel est basé sur la réalisation obligatoire d'actions de formation, sans se préoccuper des contenus, à savoir s'ils sont en cohérence avec les objectifs du système de santé, de la pertinence des soins, de la qualité des soins... Il s'agit d'une vision très technocratique. Par ailleurs, la connaissance, mais surtout la compétence et l'expérience d'un professionnel font que, dans sa pratique professionnelle, le médecin peut s'améliorer, devenir plus performant, abandonner certains domaines et au contraire, se surspécialiser dans d'autres. Jusqu'à aujourd'hui, on ne se posait pas de questions sur l'accompagnement du médecin tout au long de sa carrière et ni sur la valorisation des parcours, c'est pourtant une priorité ordinaire.

### Pr Serge Uzan

L'ancien président du Conseil de l'Ordre, le Pr Louis Portes, avait coutume de dire que « *la pratique médicale est une compétence et une conscience rencontrant une confiance* ». Un lien de confiance durable implique des compétences entretenues dans la durée. La mise à jour permanente des connaissances et des compétences fait d'ailleurs l'objet d'un article entier du code de déontologie! Si le principe est incontesté, sa transcription dans la vie quotidienne des praticiens n'est en revanche pas évidente. Plusieurs textes de loi se sont succédé pour l'institutionnaliser : formation continue obligatoire en 1996, participation à des programmes d'évaluation des pratiques professionnelles en 2005, développement professionnel continu en 2011... Mais ces mesures n'ont pas produit les effets escomptés alors même que les connaissances médicales progressent de plus en plus vite. Avec ce nouveau dispositif, nous souhaitons changer la donne. J'ajoute que les 15 à 30 jours évoqués dans le rapport, outre qu'ils ne sont qu'une suggestion, peuvent avoir de nombreux « équivalents non présentiels » à partir des modalités d'exercice de chaque médecin.

## Quel regard portez-vous sur la situation actuelle?

### Pierre Guillet

Par le passé, la France avait déjà manifesté sa volonté de développer la formation médicale continue. Mais comme personne ne contrôlait les obligations et que rien n'avait été prévu pour valoriser les efforts accomplis, la marge de progrès restait très importante... Du côté des internes, le terrain est largement favorable à la mise en place d'un dispositif de certification périodique, ne serait-ce que parce que la réforme du 3<sup>e</sup> cycle nous a habitués à nous autoévaluer et à valider nos acquisitions au fil de l'eau.

### Sylvain Gautier

Depuis 2017, le DPC s'articule autour de trois modalités de déploiement : la formation continue via des contenus théoriques, la gestion de crise et l'évaluation des pratiques professionnelles. C'est un édifice plutôt conséquent auquel il manquait cependant plusieurs briques importantes : rien n'était prévu pour développer les capacités des médecins à interroger leurs pratiques sur la relation qu'ils entretiennent avec leurs patients. De même, il n'existait pas d'outil dédié à la santé des médecins, et à leur qualité de vie au travail, alors même qu'on sait que notre profession est exposée à des risques psychosociaux non négligeables, en particulier dans les premières années d'exercice.



### Sylvain Gautier

Aux yeux de l'ISNI, le dispositif envisagé répond à une logique « gagnant-gagnant », qui ne peut qu'être vertueuse pour le système de santé français. Ce sera un vrai plus pour les professionnels, qui pourront conforter leurs compétences en s'assurant qu'elles restent d'actualité et entretenir ainsi le capital acquis à la sortie de leur internat. Les patients y gagneront aussi puisqu'ils auront en face d'eux un médecin sûr de son exercice et de ses connaissances. Nous sommes aussi satisfaits de voir que la santé des médecins et la relation médecin-patient feront partie des critères de certification. Nous serons d'ailleurs très attentifs aux propositions de formation qui seront élaborées sur ce plan par les Conseils nationaux professionnels (CNP) et le Collège de la médecine générale (CMG).



Sylvain Gautier

« Le dispositif envisagé répond à une logique “gagnant-gagnant”, qui ne peut qu'être vertueuse pour le système de santé français. »

### D<sup>r</sup> Patrick Bouet

Il y a une prise de conscience sur le fait que le diplôme permet certes l'entrée dans le métier, mais qu'ensuite, ce qui définit le parcours individuel d'un professionnel, c'est la façon dont il va exercer ce métier, et ce qu'attend sa spécialité de cet exercice. Ce rapport acte le fait qu'une carrière professionnelle est quelque chose de « vivant ». Je souhaite que cela permette la bascule entre un système strictement basé sur une maquette universitaire, et un système qui va observer la façon d'exercer le métier, de valoriser son expérience et de monter en compétence. Le rapport ouvre aujourd'hui cette voie comme l'Ordre le demande.



D<sup>r</sup> Patrick Bouet

« Ce rapport acte le fait qu'une carrière professionnelle est quelque chose de “vivant”. »

## Le principe de certification et de valorisation périodique porté par le rapport vous paraît-il correspondre aux attentes de la profession ?

### Pierre Guillet

Les mesures proposées dans le rapport du P<sup>r</sup> Uzan correspondent dans leur ensemble aux attentes des internes en général et de l'Isnar-IMG en particulier, qui a d'ailleurs été associée à son comité de pilotage. Toutefois, certaines de nos propositions n'ont pas encore été prises en compte. Je regrette notamment que l'Université n'ait pas plus de place dans le futur dispositif de formation continue alors même qu'elle est la seule garante de notre formation initiale ! De même, nous souhaiterions davantage de précisions sur les modalités de valorisation envisagées.

### P<sup>r</sup> Serge Uzan

Le concept de recertification n'a pas toujours été bien accueilli par les médecins. Certains craignaient de demeurer des « étudiants à vie », d'autres refusaient ce qu'ils assimilaient à un contrôle permanent. C'est pour lutter contre ces *a priori* que nous avons conçu, dans le rapport, un système centré non seulement sur une certification périodique mais aussi sur la valorisation des compétences du professionnel. Plus qu'une procédure de contrôle contraignante, nous avons imaginé une démarche souple et dynamique qui renforcera la capacité des médecins à exercer une médecine de qualité et à prendre du recul vis-à-vis de leur exercice.

**Sylvain Gautier**

Je rejoins le P<sup>r</sup> Uzan pour souligner l'importance d'un essai à très large échelle, bien au-delà du cercle des jeunes diplômés. Et dans cette perspective, je pense aussi que l'un des principaux leviers de la réussite relèvera de la communication et de la pédagogie. Et sur ce plan, les internes actuels auront un vrai rôle à jouer ! Ce sera à nous de démontrer par notre exemple que la certification périodique est une démarche positive, constructive et finalement rassurante qui doit s'aborder sans appréhension. Le concept d'autoévaluation qui la sous-tend est assez nouveau pour les professionnels de santé mais c'est une évolution culturelle qui va dans le bon sens !

**P<sup>r</sup> Serge Uzan**

Le succès dépendra effectivement étroitement de l'outil qui sera proposé aux médecins tout au long de leur parcours de certification. Mais nous devons aussi nous assurer de ne laisser personne à l'écart en proposant un accompagnement adapté – confraternel et gratuit – aux médecins qui seraient en difficulté. À mes yeux, l'un des principaux défis est de parvenir à construire une procédure qui soit à la fois simple et attractive, engageante sans être intrusive, inclusive mais pas infantilisante. L'enjeu est clair : si nous nous contentons du public « obligé », à savoir les futurs médecins qui seront diplômés dès 2021, cette aventure n'aura qu'un intérêt limité. Il est impératif pour nous d'amener un maximum de médecins déjà en exercice à s'approprier la démarche sur la base du volontariat.

**Pierre Guillet**

Je suis convaincu qu'une grande partie de la réussite de ce projet dépendra des outils qui seront mis à la disposition des médecins, à commencer par l'algorithme et les serveurs du futur espace numérique individuel. Pour l'instant, la question de leur financement n'a pas réellement été abordée. Pourtant elle est fondamentale pour la pérennité de ce projet ! Il faudra aussi s'intéresser rapidement à la communication à mettre en place pour accompagner la montée en puissance du dispositif auprès du public le plus large possible.

**P<sup>r</sup> Serge Uzan**

« L'un des principaux défis est de parvenir à construire une procédure qui soit à la fois simple et attractive, engageante sans être intrusive, inclusive mais pas infantilisante. »

## Quelles seront, selon vous, les conditions de la réussite ?

**Pierre Guillet**

« Une grande partie de la réussite de ce projet dépendra des outils qui seront mis à la disposition des médecins. »

**D<sup>r</sup> Patrick Bouet**

Aujourd'hui, il nous faut désormais passer à l'acte II de la recertification. Cet enjeu est professionnel et doit rester dans les mains des professionnels, garanti par l'Ordre. Le système doit être simple, lisible et équitable et il ne fonctionnera que si la dimension « revalorisation » du parcours individuel lui est liée.



## 9 chantiers

et un projet de loi permettront la concrétisation du plan « Ma santé 2022 ».



# dossier

Textes : Sarah Berrier | Photos : Istock, Ministères sociaux/DICOM/G.D.Frenoy

## « Ma santé 2022 » Des paroles aux actes

**Le plan « Ma santé 2022 », présenté en septembre dernier, préfigure une année 2019 placée sous le signe de la réforme de notre système de santé.**

Mais si ce plan a fait naître l'espoir d'avoir enfin une réforme en profondeur et partagée par l'ensemble des professionnels de santé, de nombreuses interrogations et une certaine méfiance persistent quant à sa mise en œuvre sur le terrain. Le Cnom a ainsi souhaité rappeler un certain nombre de principes fondamentaux que les réformateurs ne devront pas oublier sous peine d'un nouvel échec...

**« Si notre système de santé reste l'un des plus performants au monde, il est confronté à de nouveaux défis. Nous devons à la fois agir pour préserver ce que nous avons reçu en héritage et pour moderniser un système de santé qui doit s'adapter aux enjeux de notre temps... »** Telle est l'ambition affichée par le président de la République Emmanuel Macron, lors de la présentation du plan « Ma santé 2022, un engagement collectif », le 18 septembre 2019.

Ce plan très large qui veut porter « une transformation en profondeur de notre système de santé », se décline en 3 engagements prioritaires, 5 actions prioritaires, 9 chantiers et 10 mesures phares qui feront rapidement l'objet d'un projet de loi. Une nouvelle usine à gaz ? « Ce qui est certain, c'est que si tous les acteurs partagent le même diagnostic, ils ont également évolué dans la même direction sur les solutions à apporter », souligne le D<sup>r</sup> Patrick Bouet, président du Conseil national de l'Ordre des

**Point de vue** de l'Ordre  
D<sup>r</sup> Patrick Bouet, président du Cnom



### « Notre inquiétude est réelle »

L'ambition affichée d'un système de santé qui se définirait différemment, non plus du sommet vers le bas, mais par une dynamique insufflée par le terrain et accompagnée par l'État, est forcément positive. Jusqu'à maintenant, aucune loi n'avait regardé le système de santé de cette façon. Il y a donc un changement de paradigme dont nous ne pouvons que nous réjouir. Mais à quelques semaines de la présentation du projet de loi en Conseil des ministres, notre inquiétude est réelle.

Comme d'autres acteurs, nous craignons que l'ambition affichée soit finalement réduite à un débat technico-administratif. Nous ne voulons pas croire que la réforme politique annoncée par le président, portée par la ministre, laisse place à une succession de textes normatifs, administratifs, majoritairement adoptés par ordonnance. Nous ne voulons pas croire que cette réforme, qui devait être conçue en partant des besoins des Français, ne soit finalement qu'un nouvel empilement de normes, asphyxiant davantage

les professionnels de santé et le système de santé. Nous ne voulons surtout pas accepter que la prise de conscience de l'urgence que nous avons contribué à porter laisse place à l'annonce de simples priorités. Nous avons, comme l'ensemble des acteurs de la santé, pleinement pris part aux nombreuses réunions de groupe organisées par la ministre de la Santé depuis plusieurs mois. Nous y avons sans relâche porté la voix de notre profession. Nous sommes prêts à la porter encore, demain, dans le grand débat national annoncé par le gouvernement.

.....> médecins (Cnom). *Le discours affiché dans ce plan nous convient parce que, finalement, c'est celui que nous portons au nom des médecins depuis quatre ans. Le deuxième point positif à noter, c'est que ce plan semble traduire une prise de conscience du fait qu'apporter des réponses techniques à un problème fondamentalement politique est parfaitement inefficace.* » Néanmoins, la route est longue jusqu'à la mise en œuvre effective des mesures proposées. De nombreux acteurs s'inquiètent déjà des contours de la phase de négociation et de la transposition des différentes propositions en textes de loi et en décrets qui pourraient s'éloigner de l'esprit initial du plan.

### Un système de santé basé sur la solidarité

Réformer en profondeur, c'est commencer par se demander : pourquoi ce système de santé a-t-il été créé ? Comment a-t-il été pensé ? Quels sont les valeurs et les principes qui le régissent ? Comment doit-il fonctionner au service des citoyens ? Et par quels principes généraux doit-il s'équilibrer ? *« Il est à nos yeux indispensable de réaffirmer le principe fondamental de solidarité exprimé dans les ordonnances de 1945, qui fait de notre système de santé un pilier de la bienveillance républicaine »*, rappelle le D<sup>r</sup> Patrick Bouet. Si le président Emmanuel Macron a déclaré vouloir, à travers ce plan, *« garantir aux générations futures le droit absolu et universel d'accéder aux meilleurs soins »*, le principe de solidarité n'en est pas moins malmené depuis plusieurs années par la priorité donnée à la performance économique et à l'équilibre budgétaire. Et cela d'autant plus face à l'émergence d'un marché d'offres de soins privées via le numérique, hors des prises en charge de l'Assurance maladie. La tentation est grande d'ouvrir la porte à de nouveaux modèles économiques. *« Des modèles qui créeraient des exclus, les plus fragiles, les plus faibles, ceux qui ont le moins la capacité finan-*



Le principe de solidarité est malmené depuis plusieurs années par la priorité donnée à la performance économique et à l'équilibre budgétaire.



#### TÉMOIGNAGE

**D<sup>r</sup> Jean-Luc Baron**, président de la Conférence nationale des présidents de CME de l'hospitalisation privée (CNPCMEHP)

*« L'une des conditions de la réussite de ce plan, c'est vraiment d'abattre les cloisons. C'est un véritable challenge, parce que nous sommes dans un pays qui part souvent du principe que pour organiser, il faut commencer par construire des murs... Donc il faut vraiment qu'il y ait une politique hors les murs, avec des organisations souples. »*

*cière pour se protéger... Des modèles invisibles à nos yeux »,* insiste le D<sup>r</sup> Bouet. *« C'est dans cette optique que, pour notre part, nous défendons un modèle de contractualisation liée à la prise en charge d'une population par des professionnels, explique le D<sup>r</sup> Patrick Gasser, président de l'Union nationale des médecins spécialistes confédérés (UMESPE). Je pense que nous n'avons pas assez enseigné aux médecins que leur métier relevait d'une mission de service public, une responsabilité vis-à-vis de la population. C'est pour cela que cette loi, je la porterai comme un nouveau contrat social. Et je pense aussi que c'est ce qu'attend la population... Mais pour cela, il faut la construire avec l'ensemble des acteurs. Personne ne doit être mis de côté. »*

### Une organisation des soins ancrée dans les territoires et basée sur la démocratie sanitaire...

« Ma santé 2022 » semble avoir intégré la nécessité d'organiser les soins à l'échelle d'un territoire. Il s'agit même de l'un des 5 chantiers prioritaires. Pour cela, il prône un mot d'ordre : le décroissement, avec l'objectif de favoriser les coopérations entre tous les professionnels de santé d'un même territoire. Mais la concrétisation de cette ambition soulève des interrogations. *« Le plan projette la création de 1 000 communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)... Mais c'est se tromper d'objectif en restant dans une logique comptable et technocratique ! L'objectif doit être de rendre un accès aux soins à l'ensemble de la*

population, martèle le D<sup>r</sup> Patrick Gasser. Les médecins de terrain ne savent pas à quoi correspond une CPTS. En revanche, ils savent comment prendre en charge une population. Il ne faut donc pas imposer de carcan. Il faut accompagner les professionnels de santé financièrement et dans la structuration de leur projet. Il faut leur faciliter l'accès à tous les outils qui existent – consultations avancées, télémédecine, délégation de tâches – pour mettre en œuvre cette prise en charge de manière efficiente. » « Cela rejoint notre vision de la démocratie sanitaire, qui passe par la confiance accordée aux médecins pour organiser collectivement la prise en charge de la population d'un territoire », précise le D<sup>r</sup> Patrick Bouet.

Autre grand sujet d'interrogation : l'articulation entre GHT et CPTS. Aujourd'hui, ces deux formes de regroupement semblent vivre de façon très indépendante, l'un dédié aux hospitaliers, l'autre aux libéraux. Le plan évoque bien l'objectif de « rassembler la ville et l'hôpital autour d'un projet de territoire » qui prendrait la forme d'un contrat, mais sans plus de précision quant à sa concrétisation. « Il faut faire un gros effort d'imagination aujourd'hui, pour voir en ce système une vertu de rassemblement de tous les acteurs », déplore le D<sup>r</sup> Bouet. D'autant plus que, dans cette organisation, la place des centres de santé, des services de prévention, des services de médecine au travail, des services de médecine scolaire et des établissements privés reste une grande inconnue. « En ce qui concerne l'hôpital, tout ce qui est prévu est destiné à l'hôpital public. Je n'ai pas vu une seule ligne dans le plan sur les médecins des CME privées, regrette le D<sup>r</sup> Jean-Luc Baron, président de la Conférence nationale des présidents de CME de l'hospitalisation privée (CNPCMEHP). Alors cela pose question, au sujet de l'organisation autour des GHT, qui excluraient les établissements privés. Mais dans ce cas, comment parler de parcours de soins si une partie des soi-



TÉMOIGNAGE

**Pr Pierre-Louis Druais**, président du Collège de la médecine générale

« Le premier recours n'est pas oublié dans ce plan, néanmoins nous sommes en droit de nous interroger sur la cohérence entre ce qui est dit sur la logique, les fonctions de la première ligne, et la structuration du système. Ce sont toujours la pathologie et l'hôpital qui sont au centre des parcours. C'est-à-dire que l'on repart de la maladie, de la 2<sup>e</sup> voire de la 3<sup>e</sup> ligne pour écrire une recommandation de bonne pratique à destination des médecins généralistes... C'est du non-sens. »

gnants et des établissements en sont exclus? D'autre part, le plan prévoit un intéressement à la qualité pour les médecins exerçant en établissements publics. Mais qu'en est-il pour les médecins exerçant en établissement privé? Nous avons été complètement oubliés... » « C'est vrai qu'il y a un divorce entre le champ libéral et le champ public. Avec les GHT a été mise en ordre d'organisation, de synchronisation et de coordination l'hospitalisation publique, qui est finalement une cible facile de la réorganisation de l'État, souligne le P<sup>r</sup> François-René Pruvot, président de la Conférence des CME de CHU. Dans le secteur libéral, il y a un appel à une meilleure coordination, mais on sent que les acteurs ne sont pas prêts. Ils n'ont pas la structure pour organiser. Ils ont encore un vaste travail à réaliser, pourquoi pas avec des outils comme les CPTS. De

notre côté, nous attendons cela avec beaucoup d'intérêt, parce que nous avons besoin de partenaires pour le lien ville-hôpital. » « Nous aussi, nous espérons beaucoup du développement des CPTS, qui devraient permettre de créer un véritable lien entre les différents acteurs d'un territoire et d'améliorer les relations avec l'hôpital, ajoute le D<sup>r</sup> Thierry Godeau, président de la Conférence des CME de CH. Nous avons proposé, depuis longtemps et avant l'élection présidentielle, qu'il y ait des représentants des CPTS dans les instances médicales des établissements. Cela veut dire aussi que l'hôpital doit s'ouvrir et que nous souhaitons être intégrés aux CPTS. L'erreur serait que ceux-ci ne soient finalement qu'une communauté de professionnels libéraux, cela ne ferait que cloisonner davantage... » Mais alors que la phase de négoc-



TÉMOIGNAGE

**D<sup>r</sup> Patrick Gasser**, hépato-gastro-entérologue, président de l'Union nationale des médecins spécialistes confédérés (UMESPE)

« Je crois qu'il faut laisser aux professionnels la possibilité d'agir et d'être novateur. Il faut arrêter de nous faire des cahiers des charges à n'en plus finir... qui démobiliseront l'ensemble du terrain. Quand vous regardez la Constitution, la Santé n'est pas un ministère régalien. Le rôle de l'État, c'est de protéger et donc dire qu'il faut assurer un égal accès aux soins pour les citoyens. Ensuite, c'est aux professionnels de mettre en place les structures et les organisations. »

.....> ciation est à peine entamée, la crainte de voir émerger une loi normative, contraignant les professionnels libéraux à se regrouper en CPTS, grandit. Les textes semblent être rédigés sans les acteurs concernés et bien loin du terrain... « *Nous voyons aujourd'hui que cela n'avance pas assez vite pour la ministre, qui est tentée de légiférer pour que cela progresse plus rapidement*, constate le P<sup>r</sup> Pierre-Louis Druais, président du Collège de la médecine générale. *Mais est-ce que les professionnels et les syndicats vont réussir à faire des propositions pertinentes pour ne pas se laisser imposer les choses... c'est tout l'enjeu !* »

### ... avec l'appui des nouvelles technologies

Les évolutions technologiques liées au numérique ouvrent de nouvelles perspectives en termes d'organisation des soins, bénéficiant aux médecins comme aux patients, sous réserve que les principes de consentement, de confidentialité, de fiabilité et de solidarité nationale soient respectés. Le gouvernement a pris toute la mesure du potentiel offert par le numérique, notamment dans le cadre du travail en équipe ou en réseau, de la télé-médecine ou encore pour permettre aux médecins de dégager du temps médical. Il a ainsi fait entrer la télé-

consultation dans le droit commun, et relancé le déploiement du DMP. Mais de tels projets ne peuvent être mis en œuvre en tout point du territoire que si des infrastructures numériques de pointe permettent l'accès au très haut débit. Or de trop nombreux territoires qui, pour la plupart, souffrent déjà le plus en termes de démographie médicale, ne sont pas dotés de telles infrastructures. « *Il faudra aussi s'atteler à l'interopérabilité des systèmes d'information*, ajoute le D<sup>r</sup> Baron. *Et je ne parle pas d'un système d'information hospitalo-centré, sur lequel tout le monde devrait se greffer. Mais bien d'une vraie interopérabilité prenant en compte tous les exercices. On en parle depuis des années, et ce n'est toujours pas fait... Or l'une des conditions de la réussite de ce plan, c'est vraiment d'abattre les cloisons.* »

### Des soins de qualité pour tous sur l'ensemble du territoire

Autre sujet épineux : la question de l'accès pour tous à des soins performants et de qualité. « *Ma santé 2022* » propose une organisation des activités des établissements qui s'adapte aux besoins des territoires avec trois échelons : des hôpitaux de proximité, des établissements de soins spécialisés (chirurgie, maternité...) et des CHU ultraspecialisés, dotés de plateaux techniques de pointe et centralisant

la recherche et l'innovation. « *Nous partageons tout à fait l'ambition d'un système d'excellence. Mais il doit être capable d'offrir les soins les plus performants possible à chaque personne vivant sur le territoire français. À quoi sert d'avoir un très grand hôpital, très performant en cancérologie du sein, si on n'a pas accès au dépistage du cancer du sein dans un territoire. Et comment rassurer une future mère quand il n'y a pas de maternité à moins d'une heure? Quelle sera sa prise en charge en cas de problème?* » s'interroge le D<sup>r</sup> Patrick Bouet. *La bienveillance républicaine, c'est aussi d'être capable de répondre à ces inquiétudes des Français.* » « *On sent que l'hospitalo-centrisme n'a pas encore été réduit en termes de logique et de réflexion dans ce plan*, ajoute le P<sup>r</sup> Pierre-Louis Druais. *C'est bien de parler de parcours de soins, mais on continue de réfléchir en termes de parcours par maladie alors qu'il faudrait se centrer sur un "parcours patient". En réalité, le parcours du patient commence chez lui, il passe souvent par une consultation de première ligne et, même s'il passait uniquement par un service d'urgence, il manque des éléments dans la logique de ce parcours... La place du médecin traitant en tant que gestionnaire du parcours est fondamentale, y compris dans la gestion des soins au sein des "établissements de santé communautaire de proximité". Nous avons besoin de cohérence entre les intentions ministérielles et le mode de fonctionnement des institutions...* »

Le plan semble également avoir oublié que l'innovation n'est pas l'apanage des CHU. « *Sur ce point, je ne suis absolument pas d'accord avec la ministre*, insiste le D<sup>r</sup> Gasser. *Il faut une innovation élargie à laquelle participent tous les professionnels dans le public comme dans le privé. C'est ce qui permettra à tous les patients d'avoir accès à l'innovation. Et c'est aussi oublier que l'innovation peut aussi être organisationnelle...* »

Enfin, la qualité et la pertinence des



#### TÉMOIGNAGE

**D<sup>r</sup> Thierry Godeau**, président de la Conférence des CME de CH

« *Notre grand regret, c'est qu'il n'y ait aucune proposition pour réformer les structures de l'État. Je pense notamment aux multiples agences et organismes qui nous demandent plus ou moins les mêmes choses, mais pas tout à fait de la même manière, avec des injonctions paradoxales. Que ce soit pour les libéraux ou les hospitaliers, c'est le même problème. Et c'est très chronophage... Donc c'est dommage que cette réforme, qui se veut globale, ait mis de côté cet aspect.* »



prises en charge font l'objet du premier engagement du plan. *« On est en plein dans le sujet de la médecine spécialisée : qui mieux qu'un expert peut dire quel acte ou quel type de prise en charge est nécessaire pour tel ou tel patient ? »* remarque le D<sup>r</sup> Patrick Gasser. *La question, c'est comment nous construisons ? Je pense que les processus de soins doivent être réalisés et mis en place avec les médecins spécialistes. Le couple généraliste-spécialiste est ce qui, à mon avis, déterminera la performance du système. »*

Des questions persistent également sur la mesure et l'évaluation des objectifs de qualité et de pertinence. *« Il faut avancer sur une politique basée sur des indicateurs de résultats, avance le D<sup>r</sup> Godeau. C'est-à-dire : après la pose d'une prothèse du genou, combien de personnes arrivent à monter un étage au bout d'un mois, trois mois, six mois ? Combien de complications ? Quand on voit des financements soumis au lavage des mains ou au taux d'absentéisme, ça nous laisse un peu perplexes... S'agit-il vraiment d'indicateurs de qualité des soins ? Donc nous sommes favorables bien sûr à un objectif de qualité, sous réserve qu'il corresponde réellement aux prises en charge des soignants, au service rendu et à la satisfaction du patient. »*

### Une filière repensée et des métiers revalorisés

Une réforme du système de santé ne peut enfin être réussie sans une réflexion sur la filière, ses métiers et les formations pour y accéder. Elle fait d'ailleurs l'objet du troisième engagement du plan, qui compte accompagner les métiers dans leurs évolutions face aux nouvelles aspirations des jeunes, redonner du sens aux missions des hospitaliers et des perspectives à leur carrière, mieux reconnaître l'engagement collectif et individuel des médecins, et préparer les futurs soignants au système de santé de demain. Pour cela, le plan propose notamment de poursuivre la réforme des études médicales. Il a repris l'esprit d'un



#### TÉMOIGNAGE

**P<sup>r</sup> François-René Pruvot**, président de la Conférence des CME de CHU

*« Ma santé 2022 » cherche à analyser tous les champs d'action plutôt, que de les segmenter et de faire une réforme petit bout par petit bout. Mais le fait que tous ces champs se tiennent ajoute à la difficulté de la mise en œuvre. Faire tomber les clivages pour que la prise en charge du patient soit un continuum beaucoup plus fluide... c'est une idée majeure. Elle paraît un peu philosophique, mais elle a des conséquences concrètes très importantes. »*

certain nombre de propositions de l'Ordre des médecins, en supprimant le numerus clausus, en décloisonnant les formations aux métiers de la santé, en favorisant les passerelles entre les filières et la diversification des modes d'exercice. Cela passerait notamment par une formation qui se ferait davantage sur le terrain, et notamment en ville. *« Nous n'avons pas à organiser la formation avec une vision purement hospitalière des futurs praticiens de ville. Mais il serait illusoire de penser que la formation complète d'un médecin de premiers recours ne puisse se faire qu'aux dépens des structures de premiers recours »*, précise le

P<sup>r</sup> Pruvot. *« Il ne faut pas oublier non plus d'inclure dans la formation des enseignements liés à l'organisation et l'évolution des parcours de soins et de notre système de santé, à l'innovation, et au travail en équipe de soins, rappelle le D<sup>r</sup> Bouet. Il y a une condition essentielle de réussite qui est de faire un pari sur l'avenir, c'est-à-dire lier la formation aux besoins du système de santé. Pari qui, malheureusement, n'a jamais été fait. Une fois de plus, la loi sur la formation des étudiants va être mise au point indépendamment, et avant la loi de santé. C'est-à-dire que l'on va s'interroger sur les études médicales, sans les*



Accompagner les métiers face aux nouvelles aspirations des jeunes et redonner du sens aux missions des hospitaliers, tels sont les objectifs du troisième engagement du plan.

.....> *connecter aux besoins de notre système de santé. Avec, finalement, le risque d'avoir deux réformes en inadéquation. »*

Le plan prévoit enfin la création d'une nouvelle fonction d'assistant médical afin de redonner du temps aux médecins, l'une des principales revendications exprimées lors de la Grande consultation. « *Un métier qui n'évolue pas, c'est un métier qui meurt, note le*

*D<sup>r</sup> Gasser. Tous les métiers de la filière du soin doivent évoluer, y compris le métier de médecin. C'est pour ça que nous sommes totalement ouverts à la délégation de tâches – et pas au transfert des compétences! – et au travail aidé. Dans ce système, toutes les professions et tous les métiers de la santé évolueraient et seraient valorisés. Mais tout est imbriqué, donc ce n'est pas si simple... »*

#### + d'infos :

- **Ma santé 2022** : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma\\_sante\\_2022\\_pages\\_vdef\\_.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf)
- <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/3037>

## Point de vue extérieur

**Agnès Buzyn**, ministre des Solidarités et de la Santé



## « L'organisation des soins de demain se concevra bien dans les territoires »

### Quelles sont la raison d'être et la philosophie du plan « Ma santé 2022 » ?

La stratégie lancée en septembre dernier par le président de la République – et que j'ai la responsabilité désormais de mettre en œuvre avec l'appui des professionnels et de tous les acteurs de la santé – n'est pas un énième plan. Il s'agit bien de la transformation de tout un système de santé qui est aujourd'hui à bout de souffle et doit faire face à d'importants défis. Nous devons inventer de nouvelles synergies entre les professionnels, quel que soit leur mode d'exercice : en cabinet, en maison et en centre de santé, à l'hôpital et en clinique, en structure sociale et médico-sociale... Ces nouvelles manières de s'organiser et de coopérer constituent des garanties pour une meilleure prévention, un accès plus direct aux soins et une qualité renforcée dans la prise en charge.

### En quoi « Ma santé 2022 » se différencie des réformes précédentes ?

L'organisation des soins de demain ne se concevra pas au niveau national mais bien dans les territoires, dans une logique de proximité accrue autour des patients. Ce n'est plus à eux de s'adapter au système de santé mais bien l'inverse. Nous devons permettre aux patients d'être plus fortement et concrètement les acteurs de leur propre prise en charge, notamment en considérant davantage leur vécu, leurs retours d'expérience et en les informant plus largement. « Ma santé 2022 » offre aussi une opportunité d'action importante aux professionnels dans les territoires. Si des annonces fortes ont été faites, il revient aux acteurs de se saisir des dispositifs : je pense au déploiement des fameuses CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé) et à la création des fonctions d'assistant médical. Ou encore à la télémédecine et à tous les programmes numériques.

Autre enjeu majeur de la stratégie : parvenir au découplage généralisé entre tous les professionnels : que ce soit dans leur formation et leur exercice, dans leur organisation, dans le financement de leurs activités... Pour cela, vous voyez qu'il nous faut repenser notre système dans sa globalité.

### Les acteurs du système de santé ont activement participé à la concertation qui a précédé la rédaction du plan (qui répond de manière générale aux attentes des professionnels). Seront-ils également partie prenante dans la rédaction du texte du projet de loi ?

Effectivement, « Ma santé 2022 » s'est grandement nourrie de plusieurs mois de consultations organisées partout en France et qui ont largement donné la parole aux professionnels, aux patients et, au-delà, aux citoyens. Les concertations ont continué lors de la rédaction des articles du futur projet de loi. Et les différents acteurs du système de santé seront associés au suivi des travaux et participeront aux prochains comités de suivi de la stratégie, qui se réuniront à intervalles réguliers pour en suivre l'avancement. Des mesures concrètes ont d'ores et déjà été inscrites dans la loi de financement de la sécurité sociale et prendront effet dès cette année : suivi forfaitisé de deux maladies chroniques, soutien à la qualité dans les établissements de santé ou encore expérimentation d'un forfait de réorientation des urgences non vitales vers la médecine de ville.

N'oublions pas que le début d'année correspond également au démarrage des négociations conventionnelles entre l'Assurance maladie et vos représentants, négociations qui porteront sur les conditions de déploiement des CPTS et des fonctions d'assistant médical.

De dialogue, nous ne manquerons donc pas en 2019!

**vos informations pratiques**



# le guide juridique

## **24. élections**

Appel à candidatures pour une élection complémentaire au Conseil national de l'Ordre des médecins

## **25. décryptage**

LFSS 2019 : les points à retenir

## **26. en bref**

- Violences envers les médecins : une nouvelle fiche de signalement
- Résultat des élections départementales de l'Ordre des médecins

## **27. pratique**

- Observatoire pour la sécurité des médecins : recensement national des incidents
- La collaboration libérale
- Les prescriptions anticipées



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

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

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

# Appel à candidatures pour une élection complémentaire au Conseil national de l'Ordre des médecins

En application de l'article L. 4132-1 du code de la santé publique, le Conseil national de l'Ordre des médecins va procéder à une élection complémentaire aux fins de pourvoir au remplacement du :

- Docteur René LUIGI, conseiller national démissionnaire, représentant la région île-de-France, département des Yvelines.

Cette élection aura lieu :  
**LE JEUDI 18 AVRIL 2019**

## Dépôt de candidature

Les candidats se font connaître par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée au Président du Conseil national de l'Ordre des médecins (4 rue Léon Jost - 75855 PARIS Cedex 17).

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

Les candidatures doivent impérativement **PARVENIR** au siège du Conseil national, dans le délai de **30 jours au moins avant le jour de l'élection** (article R. 4122-1, 2<sup>e</sup> alinéa du code de la santé publique). La clôture du dépôt des candidatures est fixée au **19 mars 2019 à 16h00** (article R. 4125-1, 3<sup>e</sup> alinéa du code de la santé publique).

**Toute candidature parvenue au Conseil national 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 déclara-

tions de candidature envoyées par télécopie ou par courriel ne sont pas admises, même si elles parviennent au Conseil national dans les délais requis.

Chaque candidat doit indiquer ses nom et prénom, son adresse, sa date de naissance, ses titres, son mode d'exercice et, le cas échéant, sa qualification professionnelle et ses fonctions dans les organismes professionnels (article R. 4122-1 du code de la santé publique).

La déclaration de candidature doit être revêtue de la signature du candidat.

Le candidat peut joindre à l'attention des électeurs une profession de foi (facultatif). Celle-ci doit être rédigée en français sur une page qui ne peut dépasser le format de 210 x 297 mm (format A4), en noir et blanc. Elle ne peut être consacrée qu'à la présentation du candidat au nom duquel elle est diffusée et à des questions entrant dans le champ de compétence de l'Ordre défini à l'article L. 4121-2 du code de la santé publique.

Elle doit être rédigée sur une feuille séparée de la déclaration de candidature et doit mentionner le nom et prénom du candidat.

Cette profession de foi sera photocopiée en l'état pour être jointe au matériel de vote que le Conseil national fera parvenir aux électeurs.

La profession de foi devra parvenir au siège du Conseil national de l'Ordre des médecins (4 rue Léon Jost - 75855 PARIS Cedex 17) au plus tard le **19 mars 2019 à 16h00**.

## Retrait de candidature

Le retrait de candidature ne peut intervenir que dans l'intervalle compris entre le dépôt de celle-ci et la date d'envoi des instruments de vote (article R. 4125-1 du code de la santé publique).

Il est notifié au Conseil national soit par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, soit par dépôt au siège de ce Conseil contre récépissé.

## Éligibilité

Sont éligibles, sous réserve des dispositions des articles L. 4124-6 du code de la santé publique, L. 145-2 et L. 145-2-1 du code de la sécurité sociale, les médecins inscrits au tableau du Conseil départemental des Yvelines, à condition :

- d'être de nationalité française ou ressortissant de l'un des États membres de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen;
- d'être à jour de leur cotisation ordinaire (article R. 4125-1 du code de la santé publique).

**Ne sont pas éligibles**, conformément aux articles L. 4124-6 du code de la santé publique, 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, 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



## LFSS 2019

# Les points à retenir

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 du Conseil départemental des Yvelines.

### Vote

Le vote a lieu par correspondance. Il est adressé obligatoirement au siège du Conseil national de l'Ordre des médecins (4 rue Léon Jost - 75855 PARIS Cedex 17). Il peut également y être déposé.

Il prend fin le jour de l'élection, le **jeudi 18 avril 2019 à 18h00**. Tout bulletin parvenu après 18h00 n'est pas valable (article R. 4122-2 du code de la santé publique).

### Dépouillement

Il est public et aura lieu sans désenvelopper le **jeudi 18 avril 2019 à 18h01** au siège du Conseil national de l'Ordre des médecins (4 rue Léon Jost - 75017 PARIS).

Le candidat ayant obtenu le plus grand nombre de voix sera proclamé élu titulaire représentant le département des Yvelines.

Son mandat prendra fin à la date à laquelle aurait expiré le mandat du Docteur LUIGI, c'est-à-dire en juin 2022.

### Délai de recours

Les élections peuvent être déférées dans le délai de 15 jours devant le tribunal administratif (article R. 4125-7 du code de la santé publique) :

- par les médecins, à compter du jour de l'élection;
- par le ministre chargé de la Santé, à compter du jour de réception de la notification du procès-verbal de l'élection.

À côté de dispositions purement financières relatives à l'équilibre des régimes obligatoires de sécurité sociale, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019 se caractérise, comme les années précédentes, **par des dispositions susceptibles d'avoir des répercussions sur les recettes ou les dépenses de la Sécurité sociale.**

À l'occasion de l'adoption de la LFSS pour 2019, le Cnom a dû rappeler fermement qu'elle ne doit pas être utilisée pour transférer, sous la pression de certains lobbys, des activités médicales à d'autres professions de santé. Parmi les mesures votées, trois méritent particulièrement de s'y attarder :

### Autoriser, à titre expérimental, les établissements de santé à facturer une prestation d'hospitalisation pour la réorientation des patients par les services des urgences

Selon la DGOS, l'acte de régulation et d'orientation associé à cette prestation hospitalière consistera en un premier examen des patients conduisant, le cas échéant, à formuler un premier diagnostic, assorti d'une réorientation vers la structure ou le professionnel de santé compétent. Cette réorientation devra impérativement passer par une prise effective de rendez-vous et un suivi du patient visant à s'assurer que celui-ci a bien bénéficié d'une prise en charge à sa sortie du service d'urgences.

Cette solution innovante pour éviter l'engorgement des urgences mérite d'être suivie avec la plus grande attention.

### Donner un pouvoir général de prescription médicamenteuse aux médecins coordonnateurs des Ehpad

Là aussi, cette mesure présentée et écrite comme une mesure de coordination avec le médecin traitant et qui nécessitera un décret interroge. S'agit-il de soulager le médecin traitant ou de le remplacer. Les Ehpad gardent-ils une vocation de lieu

de vie ou deviennent-ils peu à peu des établissements de santé ?

### L'encadrement des prescriptions et de leur prise en charge par l'Assurance maladie

Le remboursement par l'Assurance maladie des produits de santé peut être conditionné à la transmission de données relatives à l'utilisation de ces produits en vie réelle (contexte de la prescription, indications, résultats...). Il pourra aussi être subordonné à des conditions particulières de dispensation ou d'utilisation, notamment de durées de prise en charge. La mention « non substituable » ne sera plus obligatoirement manuscrite mais devra être justifiée sur les ordonnances. Enfin l'admission des médicaments homéopathiques au remboursement sera subordonnée à une évaluation suivant les mêmes critères que les autres médicaments.

Nous citerons également, sans prétendre à l'exhaustivité :

- la possibilité pour les PH temps plein d'avoir un exercice libéral en dehors de leur établissement;
- des règles simplifiant, pour les médecins salariés ou étudiants assurant des remplacements, la déclaration et le paiement des cotisations sociales, dès lors que les revenus tirés sont inférieurs à 19000 euros;
- le relèvement de 6 à 18 ans de l'âge en dessous duquel les enfants bénéficient d'examen médicaux obligatoires avec tiers payant et absence de ticket modérateur.

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

**Arrêté du  
14 décembre 2018**

modifiant l'arrêté du 23 juin 2009 modifié fixant les règles de bonnes pratiques en matière de dépistage et de diagnostic prénatals avec utilisation des marqueurs sériques maternels de trisomie 21.

**Décision du  
6 novembre 2018**

de l'Union nationale des caisses d'Assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'Assurance maladie (actes de téléexpertise et de certaines consultations complexes).

**Ordonnance n° 2018-1125  
du 12 décembre 2018**

prise en application de l'article 32 de la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles et portant modification de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

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



## Violence envers les médecins Une nouvelle fiche de signalement

**Un nouveau modèle de fiche de signalement a été mis au point par l'Ordre (voir ci-contre). Il apporte une facilité déclarative et comporte de nouvelles rubriques en particulier sur le harcèlement. Par ailleurs, cette déclaration est désormais accessible aux internes.**

Ce document permet aux médecins victimes d'agression de transmettre l'information à leur conseil départemental. Le médecin agressé va alors pouvoir recevoir, s'il le souhaite, le soutien de l'institution ordinale. Par ailleurs, l'Ordre va pouvoir connaître plus précisément la nature des événements au niveau local, analyser les problèmes rencontrés par les praticiens et étudier les réponses possibles.

**Que faire après une agression ?**

Quelle que soit la nature de l'agression, en plus de remplir et d'envoyer la fiche de signalement à votre conseil départemental, il est souhaitable de porter plainte de manière systématique, même en cas d'agression verbale et d'atteinte aux biens : les insultes et menaces aux professionnels de santé constituent un délit pénal. Le dépôt d'une main courante est en général inutile (sauf sur le plan assurantiel en cas d'atteinte aux biens). Le conseil départemental peut s'associer à la plainte et se porter partie civile, voire se substituer au confrère en cas de crainte de représailles sur ce dernier.

**+ d'infos :** <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/l-observatoire-pour-la-securite-des-medecins-924>

## Résultat des élections départementales de l'Ordre des médecins

**Conseil départemental des Hautes-Pyrénées  
16/11/2018**

**Sont élus titulaires :** CLEDAT-WENDEL Catherine, DUCROT Noëlle, DUPONT Renaud, GUENEBEAUD Patrick, MAREITE Nadine, MICHAUD Jocelyne, MILLET Jean-François, ROBERT Christian.

**Sont élus suppléants :** BAZERQUE Pascal, CARLIER Dominique, MISBAH EL IDRISSE Samira, VIENNE Pierre-Marie.

**Conseil départemental de l'Yonne  
02/12/2018**

**Sont élus titulaires :** AZAIEZ Nadia, COTTE Jean-Luc, DORBON François, FILALI Mohammed Azeddine, GRISOUARD René,

MOSER Aurélie, VIGIER Christine, VILLING Anne-Laure.

**Sont élus suppléants :** BAKRY Annick, CASSAGNE Alain, COMTE-FORTUNIER Dominique, FRIGUI Lotfi, RABEDAORO Jackie, SAINT-ANTONIN Michel.

**Conseil départemental de Mayotte  
02/12/2018**

**Sont élus titulaires :** ALLAIN-BACO Karine, MAGNIN Katia, MILLOT Pierre, MOHAND-OUSSAID Cherif, PRIME Beya, YOUSOUF Ali-Mohamed.

**Sont élus suppléants :** DETIFFE Alizée, MAZET Claire, M'LAMALY Ali, TROALEN Didier.

# Observatoire pour la sécurité des médecins : recensement national des incidents

Le Cnom a mis en place l'Observatoire pour la sécurité des médecins, afin d'assurer un suivi de l'insécurité à laquelle les médecins sont exposés dans leur exercice professionnel.

**Déclaration d'incident à remplir, puis à renvoyer, pour chaque incident que vous souhaitez porter à la connaissance de votre conseil départemental de l'Ordre.**

## Événement survenu le :

L M M J V S D \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_, à \_\_\_\_ heures.

Cachet et signature  
(à défaut n° RPPS) :

## IDENTIFICATION DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL



### Vous êtes :

- une femme  un homme
- médecin  étudiant ou interne

Spécialité : \_\_\_\_\_

### Qui est la victime de l'incident ?

- Vous-même  Un collaborateur
- Autre  
> Préciser : \_\_\_\_\_

### Qui est l'agresseur ?

- Un patient  Une personne accompagnant le patient
- Autre  
> Préciser : \_\_\_\_\_  
A-t-il utilisé une arme ?  non  oui  
> Préciser le type d'arme : \_\_\_\_\_

### Quel est le motif de l'incident ?

- Un reproche relatif à une prise en charge
- Un temps d'attente jugé excessif
- Un refus de prescription (médicament, arrêt de travail...)
- Le vol
- Autre  
> Préciser : \_\_\_\_\_
- Pas de motif particulier

### Atteinte aux biens

- Vol > Objet du vol : \_\_\_\_\_
- Vol avec effraction > Objet du vol : \_\_\_\_\_
- Acte de vandalisme
- Autre  
> Préciser : \_\_\_\_\_

### Atteinte aux personnes

- Injures  Menaces
- Harcèlement  Coups et blessures volontaires
- Intrusion dans le cabinet
- Autre  
> Préciser : \_\_\_\_\_

### Cet incident a eu lieu...

- Dans le cadre d'un exercice de médecine de ville
  - Au cabinet
  - Ailleurs  
> Préciser : \_\_\_\_\_
- Dans le cadre d'une activité en établissement de soins
  - Établissement public  Établissement privé
  - Dans un service d'urgence
  - Ailleurs  
> Préciser : \_\_\_\_\_
- Dans le cadre d'un service de médecine de prévention ou de contrôle  
> Préciser : \_\_\_\_\_

### À la suite de cet incident, vous avez :

- Déposé une plainte  Déposé une main courante

### Cet incident a-t-il occasionné une interruption de travail ?

- Non
- Oui  
> Indiquer le nombre de jours : \_\_\_\_\_

### Disposez-vous d'un secrétariat, d'un accueil ou d'un service de réception ?

- Oui  Non

### L'incident a eu lieu...

- En milieu rural
- En milieu urbain, en centre-ville
- En milieu urbain, en banlieue

### DÉCLARATION D'INCIDENT

remplie le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_

Je désire rencontrer un conseiller départemental

Votre Conseil départemental et le Cnom recueillent ces informations afin d'acquiescer une meilleure connaissance des problèmes de sécurité liés à l'exercice de la médecine. Elles sont analysées statistiquement après anonymisation. Les données d'identification seront conservées par l'Ordre le temps des vérifications nécessaires et accessibles au seul personnel habilité. Vous disposez de droits sur les données vous concernant (droit d'accès, de rectification, d'effacement ou d'opposition sous certaines conditions, droit de s'adresser à la Cnil), que vous pouvez exercer auprès du Délégué à la protection des données du Cnom : dpo@cn.medecin.fr - 4 rue Léon Jost 75017 Paris.

# La collaboration libérale

En août 2005, la loi en faveur des petites et moyennes entreprises a donné un cadre légal à la collaboration libérale (article 18 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005). **Un statut encore trop méconnu.**

Dès septembre 2005, le Conseil national de l'Ordre des médecins proposait aux médecins un contrat type de collaboration libérale adapté à la profession médicale. Ce contrat a été adopté rapidement par les médecins : le nombre de collaborateurs ne cesse d'augmenter passant de 1 907 en 2010 à 3 663 en 2017.

En 2015, la direction générale des entreprises du ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Numérique a souhaité faire le bilan de dix ans de collaboration libérale pour toutes les professions libérales confondues. Le Conseil national de l'Ordre des médecins a porté cette enquête auprès des médecins. Celle-ci a révélé que les médecins qui n'avaient jamais conclu de contrat de collaboration libérale (en qualité de collaborateur ou de titulaire de cabinet) estimaient méconnaître ce statut.

## Se préparer à l'installation libérale

L'article 18 de la loi du 2 août 2005 permet donc à un professionnel libéral d'exercer son activité professionnelle en toute indépendance, sans lien de subordination, auprès d'un autre professionnel libéral exerçant la même profession.

La loi prévoit que le collaborateur peut compléter sa formation et peut constituer une clientèle personnelle. L'objectif affiché du législateur était de donner aux professionnels libéraux un cadre leur permettant de se

préparer à l'installation libérale.

Une étude menée par le Conseil national de l'Ordre des médecins en 2014 sur le devenir des collaborateurs libéraux confirme que le cadre juridique ainsi créé est efficace et atteint son objectif.

Il ressortait en effet de cette étude que, de 2006 à 2013, 73 % des médecins collaborateurs libéraux s'étaient installés. L'étude révélait encore que les 73 % des médecins qui s'étaient installés avaient fait le choix de cette installation après 20 mois de collaboration.

Dans 55 % des cas, les collaborateurs s'étaient installés à la même adresse que le lieu de leur collaboration.

Dans la grande majorité des cas, la collaboration libérale n'est donc pas un statut définitif.

Le contrat permet au collaborateur de commencer une activité libérale sans investissements immédiats (accès à un local meublé et équipé, etc.) et de mieux appréhender ainsi le cadre de son futur exercice tout en conservant son indépendance.

## Aménager son temps de travail

Le contrat permet, par ailleurs, au titulaire du cabinet d'organiser progressivement sa cessation d'activité. Indépendamment de cet objectif affiché, le contrat de collaboration libérale (qui peut être à durée déterminée ou à durée indéterminée, à temps partiel ou à temps complet) peut être également proposé par un médecin titulaire d'un

cabinet médical qui doit faire face à une surcharge d'activité, comme cela est si fréquent dans certaines zones sous-dotées en offre de soins.

## Un médecin peut-il collaborer auprès de plusieurs médecins ou de plusieurs sociétés d'exercice (SEL ou SCP) ?

Un médecin peut conclure plusieurs contrats de collaboration, à temps partiel, avec plusieurs médecins ou sociétés d'exercice. Le dernier alinéa de l'article 1<sup>er</sup> du contrat type, rédigé par le Conseil national, le prévoit d'ailleurs expressément : « *[Le collaborateur] pourra, après information préalable du D<sup>r</sup> X., conclure un autre contrat de collaboration dans le respect de la déontologie médicale, notamment des articles R.4127-56, R.4127-57 et R.4127-85 du code de la santé publique.* »

Cette faculté n'est donc pas sans limite; en particulier, le collaborateur libéral soumis à l'ensemble des règles du code de déontologie médicale devra demander une autorisation en application des dispositions de l'article R.4127-85 du code de la santé publique s'il collabore auprès de plusieurs médecins exerçant dans différents cabinets.

## Un médecin installé peut-il être par ailleurs collaborateur libéral d'un confrère ?

Oui, un médecin installé peut conclure un contrat de collaborateur libéral avec un confrère exer-

## Fin de vie à domicile

# Les prescriptions anticipées

çant, par exemple, en zone fragile en termes d'offre, d'accès ou de continuité des soins. Il lui faut cependant organiser la continuité des soins à son propre cabinet et solliciter une autorisation du conseil départemental au titre de l'article 85 du code de déontologie.

## Quel doit être le montant de la redevance due par le collaborateur libéral au titulaire du cabinet ?

La redevance doit correspondre aux frais réels supportés par le titulaire du cabinet du fait de l'exercice du collaborateur dans son cabinet. Ces frais peuvent donc varier selon les moyens et services mis à la disposition du collaborateur par le titulaire du cabinet. Ainsi les frais (et la redevance) peuvent varier selon que le titulaire salarié ou non une secrétaire médicale par exemple, selon le matériel mis à disposition du collaborateur, etc. À titre d'exemple, dans le cadre d'une collaboration libérale entre radiologues, compte tenu de l'importance et du coût du matériel radiologique utilisé par le collaborateur, la redevance est effectivement plus élevée que dans d'autres disciplines n'utilisant pas de plateau technique.

Ce qu'il importe avant tout de rappeler aux parties, c'est que la redevance doit correspondre aux frais réels supportés par le titulaire du cabinet et que celui-ci doit être en mesure de justifier ces frais par la présentation au collaborateur de documents comptables.

**D<sup>r</sup> Walter Vorhauer, secrétaire général**  
**Isabelle Jouannet, service des contrats**

Les prescriptions anticipées s'adressent à des patients en fin de vie dans l'objectif de pouvoir faire face à l'ensemble des symptômes prévisibles et aux problèmes posés si le médecin qui prend en charge le patient **n'est pas disponible physiquement ou au téléphone au moment critique.**

Devant un patient en fin de vie, à domicile ou en Ehpad, outre les plans de soins et d'aide, outre les protocoles idéalement écrits en fonction de la lettre de sortie de l'hôpital, protocoles compris et détaillés (en particulier si complications prévisibles), il est bien de pouvoir disposer de prescriptions anticipées (toutes prescriptions y compris opiacés et midazolam) afin de pouvoir faire face à l'ensemble des symptômes prévisibles et aux problèmes posés si le médecin qui prend en charge le patient n'est pas disponible physiquement ou au téléphone au moment critique. Tout ce dispositif, y compris la télémédecine, vise à pallier l'indisponibilité du médecin, mais rien ne remplace sa présence. Ces possibilités restent donc du domaine de l'exception dans l'intérêt du malade. Ainsi, un infirmier, ou un tiers, muni d'une ordonnance conforme aux dispositions réglementaires, pourrait se rendre à la pharmacie d'officine ou à celle de l'hôpital, afin d'obtenir les médicaments régulièrement prescrits et les administrer selon la prescription explicite et le protocole retenu.

## Quelle mise en œuvre ?

Dès le retour du patient à son domicile ou admis en établissement, l'équipe qui le prend en charge doit, outre les directives anticipées de la personne si elles existent (voire les solliciter selon les recommandations habituelles), colliger les protocoles, les prescriptions anticipées personnalisées, et les communiquer à tous les membres de l'équipe de soins en charge du patient, à condition que le patient en soit d'accord. Des réunions de concertation peuvent faire se rencontrer tous les intervenants y compris le pharmacien, qui peut anticiper la disponibilité des traitements.

Dans l'intérêt du patient et de la parfaite cohésion de l'équipe, le dossier constitué doit contenir toutes ces informations et les coordonnées de chacun. Les prescriptions anticipées peuvent s'intégrer dans une démarche de synthèse incluant la rédaction d'une fiche type Urgence Pallia.

Bien sûr, tout médecin à distance, peut utiliser la téléprescription. De même, le médecin régulateur du Centre 15 peut aussi prescrire par

téléphone à condition qu'il dispose de suffisamment d'informations techniques et cliniques sur la situation qui génère l'appel. L'ordonnance peut être envoyée par voie numérique directement vers l'officine désignée après appel téléphonique préalable du médecin prescripteur.

### Durée et validité

Insistons sur le fait que l'ordonnance doit être datée du jour de sa rédaction quand bien même la délivrance des produits serait postérieure. La durée de la validité de cette ordonnance, pour que les produits puissent être délivrés, ne peut être supérieure à 7 jours pour les opiacés injectables et 28 jours pour les formes orales. Cette prescription anticipée devra donc être détruite, réévaluée et reformulée si elle n'a pas été utilisée dans les

délais, avec ajustement éventuel de la posologie en fonction de la situation. Les prescriptions peuvent donc être rédigées et délivrées de façon anticipée, y compris pour les opiacés (en respectant le délai imposé par la date de prescription); leur mise en œuvre pourra se faire ultérieurement, ce qui nécessite une réévaluation régulière de leur opportunité. La traçabilité au dossier est impérative.

### Prescriptions anticipées et loi Claeys-Leonetti

Au-delà du dispositif de prise en charge initiale du patient dans le cadre de soins palliatifs, tous ces principes de prescriptions anticipées sont applicables dans le cadre et le respect de la procédure collégiale lorsqu'est envisagée une sédation profonde et continue jusqu'au décès.

En conclusion, la loi Claeys-Leonetti, qui nous paraît adaptée à la quasi-totalité des situations possibles en fin de vie, sera mieux appliquée lorsque les médecins en auront vraiment les moyens. Les PAP (prescriptions anticipées personnalisées) en font partie.

**D<sup>r</sup> Jean-Marie Faroudja,**  
président de la section Éthique  
et déontologie

Remerciements aux sections Exercice professionnel, Santé publique et aux médecins de la SFAP (D<sup>r</sup> Anne de la Tour, D<sup>r</sup> Olivier Mermet).

## BIBLIOGRAPHIE

- « Comment favoriser le maintien à domicile des patients adultes relevant de soins palliatifs? », Haute Autorité de santé, Points clés, juin 2016 : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-07/fpc\\_sp\\_a\\_domicile\\_\\_web.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-07/fpc_sp_a_domicile__web.pdf)
- « Comment mettre en œuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès? », Haute Autorité de santé, Guide du parcours de soins, février 2018 : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/app\\_164\\_guide\\_pds\\_sedation\\_web.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/app_164_guide_pds_sedation_web.pdf)
- « Les freins identifiables à la mise en œuvre des prescriptions anticipées personnalisées dans le maintien à domicile des patients en fin de vie par les réseaux de soins palliatifs », thèse, 29 septembre 2016, Camille Viot [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/5150\\_VIOT\\_these.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/5150_VIOT_these.pdf)
- Urgence-pallia : <http://www.sfap.org/rubrique/fiche-urgence-pallia-samu-pallia>
- [www.sfap.org](http://www.sfap.org) › Documentation › En lien avec la pratique médicale
- Les médicaments soumis à prescription restreinte : [www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/.../L\\_essentiel\\_de\\_la\\_reglementation.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/.../L_essentiel_de_la_reglementation.pdf)



# culture médicale



*Médecin lève-toi,*  
D<sup>r</sup> Philippe Baudon,  
Éditions Nymphéas,  
14,90 euros.

## MÉDECIN LÈVE-TOI

Quand l'auteur, médecin, diagnostique chez son épouse une tumeur cérébrale, il découvre ce qu'est la prise en charge des patients aujourd'hui dans un grand hôpital parisien. Une véritable descente aux enfers dont il témoigne dans ce livre. La médecine d'aujourd'hui serait-elle en passe d'avoir perdu toute son humanité ? L'empathie est-elle véritablement une perte de temps ? Autant de questions auxquelles le D<sup>r</sup> Philippe Baudon s'est confronté. Son livre n'a pas vocation à critiquer mais bien à secouer les consciences en vue de remettre l'humain au cœur de la médecine, à dénoncer l'inacceptable pour ouvrir la voie à un avenir meilleur.



*Contes aliénés,*  
D<sup>r</sup> Gilles Uzzan,  
Éditions de l'Onde, 13 euros.

## CONTES ALIÉNÉS

Un déficient mental devenu « normal » grâce à un produit miracle supplie qu'on lui rende son handicap ; un jeune homme tue sa mère, pensant la protéger ; un médecin semble prisonnier des pensionnaires d'une maison de retraite... Les personnages de ces dix contes « aliénés », écrits par le D<sup>r</sup> Gilles Uzzan, psychiatre-addictologue et expert judiciaire près la cour d'appel d'Amiens, ouvrent au lecteur une porte vers le fantastique mais le touchent, aussi, par la proximité qu'ils révèlent entre santé et maladie.



*L'incroyable histoire de la médecine,* Jean-Noël Fabiani, Philippe Bercovici, Éditions Les Arènes, 22,90 euros.

## L'INCROYABLE HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Savez-vous comment les barbiers sont devenus chirurgiens ? Ou que l'anesthésie est née sur un champ de foire ? Ou encore que Pasteur a découvert la vaccination parce que son assistant était parti en vacances ? Du bricolage parfois génial à l'hypersophistication des greffes d'organes, le P<sup>r</sup> Fabiani, chef de service à l'Hôpital européen Georges-Pompidou, nous raconte l'histoire de la médecine avec jubilation, sans se départir de la rigueur de l'historien. Quand amour, pouvoir, génie et hasard se mêlent à la science...



*Connu de nous seuls : un secret de famille,* D<sup>r</sup> Catherine Armessen, Éditions Quint'feuille, 18 euros.

## CONNU DE NOUS SEULS : UN SECRET DE FAMILLE

À la mort de sa tante Cécile, Joséphine hérite d'une maison étrange et mystérieuse. Très vite, elle reçoit des messages effrayants. On lui demande de partir. Qui la menace ? Joséphine a l'intuition que la réponse se trouve à l'intérieur de la maison et qu'elle est tombée sur un secret de famille qui tient trois générations sous son emprise. À travers un récit chargé de suspense, Catherine Armessen aborde l'impact transgénérationnel des secrets de famille et nous invite à nous interroger. L'un de nos ancêtres pourrait-il nous avoir transmis ses émotions ?

Propos recueillis par **Béatrice Jaulin** | Photo : **Torleif Svensson**



## **Dr Denis Mukwege,**

gynécologue-obstétricien, directeur de l'hôpital de Panzi (Bukavu, Sud-Kivu, République démocratique du Congo), prix Nobel de la Paix 2018.

# « Les victimes ont le potentiel de transformer leur souffrance en pouvoir »

### **À 8 ans, Denis Mukwege accompagne son père, pasteur protestant pentecôtiste, au chevet d'un enfant malade.**

Il ne comprend pas pourquoi son père ne le guérit pas. « *Je ne peux que prier, je ne suis pas médecin* », lui explique ce dernier. Bouleversé, le petit garçon prend une décision : lui, il sera médecin. Il étudie d'abord au Burundi puis se spécialise en gynécologie à Angers. Rentré en République démocratique du Congo, alors appelée Zaïre, il dirige l'hôpital de Lemara, dans la région du Sud-Kivu. « *Dans la nuit tragique du 6 octobre 1996, des rebelles ont attaqué notre hôpital. Plus de trente personnes ont été tuées. Les patients abattus dans leur lit à bout portant. Le personnel ne pouvant pas fuir tué de sang-froid. Je ne pouvais pas imaginer que ce n'était que le début.* » Denis se réfugie à Nairobi. Puis revient dans son pays pour fonder l'hôpital Panzi à Bukavu. La guerre a suscité, parmi tant d'autres horreurs, l'émergence d'une nouvelle « *arme* » : les viols collectifs et les mutilations génitales infligés à des centaines de femmes et de fillettes. Le gynécologue-obstétricien décide de se spécialiser dans la chirurgie réparatrice de l'appareil génital et met en place une démarche

« *holistique* ». « *Notre programme de soins, qui comprend un soutien médical, psychologique, socio-économique et juridique, montre que, même si la route vers la guérison est longue et difficile, les victimes ont le potentiel de transformer leur souffrance en pouvoir.* » Devant l'ampleur du drame sans cesse rejoué, le médecin se fait le porte-parole des milliers de femmes violées. Son but : témoigner de « *cette guerre sur le corps des femmes* » et inciter la communauté internationale « *à tracer une ligne rouge contre l'utilisation du viol comme arme de guerre. Une ligne rouge qui serait synonyme de sanctions économiques, politiques et de poursuites judiciaires. Seule la lutte contre l'impunité peut briser la spirale des violences.* » Le 10 décembre dernier, il reçoit le prix Nobel de la paix, conjointement avec Nadia Murad, une jeune femme yézidie elle-même victime de viols collectifs en Irak. Un prix qu'il est heureux de recevoir et qu'il dédie « *à toutes les victimes de violences sexuelles à travers le monde* »... mais dont il dit aussi qu'« *il n'aura de valeur réelle que s'il peut changer concrètement la vie de ces victimes et contribuer à ramener la paix dans nos pays* ».

## parcours

**1983**

Diplômé de la faculté de médecine du Burundi.

**1984**

Spécialisation en gynécologie à l'université d'Angers.

**1989**

Après quelques années d'exercice en France, il rentre en RDC et devient directeur de l'hôpital de Lemara (Sud-Kivu).

**1999**

Fondation de l'hôpital de Panzi, à Bukavu (Sud-Kivu).

**Octobre 2012-  
janvier 2013**

Victime d'une tentative d'assassinat, Denis Mukwege s'exile quelques mois en France avec sa famille.

**10 décembre  
2018**

Reçoit le prix Nobel de la paix à Oslo.



**Pour aller plus loin :**

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