

médecins

Le bulletin de l'Ordre national des médecins

n° 54 mars - avril 2018

Sur le terrain

Irmis : un institut
de pointe au chevet
des sportifs

Entretiens croisés

Stratégie nationale
de santé : une feuille
de route pour cinq ans



www.conseil-national.medecin.fr



Dossier

L'entraide ordinaire, au service des médecins et de leur famille



Retrouvez le bulletin, le webzine
et la newsletter de l'Ordre en ligne sur
www.conseil-national.medecin.fr

04. focus

Les centres de santé au centre de l'attention

06. en bref

LFSS 2018 : quoi de neuf pour les médecins ?

08. sur le terrain

L'Irmis, un institut de pointe au chevet
des sportifs

10. e-santé

Logiciels médicaux : suivez le guide...

11. ailleurs

Maintien des compétences et recertification :
l'exemple des Pays-Bas

12. entretiens croisés

Stratégie nationale de santé :
une feuille de route pour cinq ans

le guide juridique

24-25. spécial élections

– Résultats des élections départementales
de l'Ordre des médecins (janvier)

26-29. pratique

– Réforme du travail : l'impact
des « ordonnances Macron »
– Le certificat médical et le formulaire
de demande MDPH

30. en bref

– Déclarer son adresse électronique :
une obligation légale
– Certificat MDPH : le Cnom obtient
des améliorations

31. culture médicale

32. rencontre

Pr Jean-Noël Fabiani, président
de la fondation Recherche et formation
pour l'enseignement du malade



16 L'entraide ordinaire, au service des médecins et de leur famille

Le Conseil national de l'Ordre des médecins
fait évoluer sa mission d'entraide et souhaite,
plus largement, créer un grand mouvement
de confraternité au sein de la profession.
Objectif : mieux soutenir les praticiens face
à l'adversité, et les inciter à tirer la sonnette
d'alarme plus tôt qu'ils ne le font aujourd'hui.

restons connectés!   

Sur le Web : www.conseil-national.medecin.fr

Sur Twitter : suivez-nous sur [@ordre_medecins](https://twitter.com/ordre_medecins)

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

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



DR

Stratégie de transformation de notre système de santé

Lors d'un déplacement à l'hôpital Simone-Veil d'Eaubonne, le 13 février, le Premier ministre, Édouard Philippe, accompagné d'Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, a annoncé un plan de transformation du système de santé.

« *Le temps des rafistolages est révolu* », nous promet le chef du Gouvernement. Nous sommes satisfaits d'entendre cette résolution tant nous tentons de convaincre les responsables politiques, depuis plusieurs années, de la nécessité d'une réforme en profondeur de notre système de santé.

« La réflexion ne doit pas remplacer l'action »

Le gouvernement a ainsi intégré, dans sa Stratégie de transformation du système de santé, une approche globale de réforme et un réel processus

de travail avec l'ensemble des acteurs. La volonté de répondre à des problèmes immédiats y est inscrite, et notamment « *de passer d'un système cloisonné, fondé sur les soins curatifs tarifés à l'acte, une course aux volumes et une régulation budgétaire à un système tourné vers la prévention, la coordination, la qualité, l'accès aux soins* ». Nous retrouvons dans cette stratégie des orientations majeures pour lesquelles l'Ordre des médecins s'est mobilisé depuis plusieurs années maintenant, dans le sillage de la Grande consultation menée en 2015. Cette prise de conscience et cette volonté affichée par le gouvernement peut à nos yeux constituer une avancée majeure porteuse d'un réel changement.

L'Ordre sera partie prenante des réflexions engagées. Il jouera pleinement son rôle dans ce mécanisme réformateur et continuera à porter ses propositions. Mais nous resterons vigilants afin que cette concertation ne remplace pas l'action. Nous n'attendrons pas indéfiniment que des solutions soient proposées et, surtout, mises en œuvre. Cette réforme doit se concrétiser rapidement...

D' Patrick Bouet

Président du Conseil national de l'Ordre des médecins

Directeur de la publication : D' Walter Vorhauer - **Ordre des Médecins**, 4, rue Léon Jost, 75855 Paris Cedex 17. Tél. : 0153893200.
E-mail : conseil-national@cn.medecin.fr - **Rédacteur en chef :** D' Jacques Lucas - **Coordination :** Évelyne Acchiardi
Conception et réalisation : CITIZENPRESS 48, rue Vivienne, 75002 Paris - **Responsables d'édition :** Sarah Berrier, Claire Peltier
Direction artistique : David Corvaisier - **Maquette :** Nathalie Wegener - **Secrétariat de rédaction :** Alexandra Roy **Fabrication :** Sylvie Esquer - **Couverture :** Istock - **Impression :** Imprimerie Vincent - **Dépôt légal :** à parution - n° 16758 ISSN : 1967-2845.
Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.



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

Offre de soins

Les centres de santé au centre de l'attention

Clarifier et adapter les conditions de création, de gestion, d'organisation et de fonctionnement des centres de santé, tels sont les objectifs de l'ordonnance parue le 12 janvier. La section Exercice professionnel a reçu les représentants des centres de santé dans la foulée, afin d'échanger autour des dispositions prévues par cette ordonnance...

La loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016 s'était, entre autres, fixé comme objectif de simplifier et renforcer l'accès aux soins de premier recours (article 204-III-3). Pour cela, elle prévoyait notamment de clarifier et adapter les conditions de création, de gestion, d'organisation et de fonctionnement des centres de santé. L'ordonnance prise en application de cet article a fait l'objet d'une concertation de plusieurs mois auprès des représentants des centres de santé (gestionnaires et professionnels de santé), des fédérations hospitalières et des ordres des professions de santé, dont l'Ordre des médecins.

Faciliter la création de centres de santé

L'une des priorités de l'ordonnance est de faciliter la création de centres de santé. Elle clarifie ainsi les conditions nécessaires à la création de ces structures et en assouplit le cadre. Elle simplifie également leurs conditions actuelles de fonctionnement en définissant des critères moins exigeants et plus adaptés à la réalité du terrain. Elle prévoit notamment que certaines activités puissent être réalisées dans des antennes rattachées au centre de santé principal. Une disposition qui répond aux demandes de l'Ordre des médecins de prévoir des dispositifs

souples afin de permettre aux acteurs de terrain d'adapter l'offre de soins aux spécificités des territoires.

L'ordonnance prévoit également que les centres de santé puissent ne dispenser que des activités de diagnostic. Les centres n'ont donc plus l'obligation de proposer à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins. Par ailleurs est levée l'obligation d'accueil d'étudiants en stage, celle-ci nécessitant des ressources supplémentaires.

Enfin, la création et la gestion de ces centres sont désormais clairement ouvertes aux établissements de santé privés à but lucratif, sachant que les centres conserveraient quoi qu'il en soit leur caractère non lucratif. Une disposition qui inquiète l'Ordre des médecins et les représentants des centres de santé dans la mesure où la mission principale des centres pourrait être détournée et leur pérennité dépendre d'intérêts plus stratégiques que sanitaires.

Point de vue de l'Ordre

D^r François Simon, président de la section Exercice professionnel



« Des avancées mais aussi des réserves à lever »

Si nous saluons la volonté de maintenir une offre de soins primaires diversifiée dans les territoires et les efforts de simplification portés par cette ordonnance, nous avons néanmoins quelques réserves. Elles portent tout particulièrement sur les risques de financiarisation des centres de santé. Une brèche a été ouverte dans l'ordonnance et il n'est pas certain que les gardes fous annoncés seront suffisants. Nous avons demandé une discussion

sur ce point au ministère de la Santé mais elle n'a pas eu lieu. Autre point : si le médecin du centre recommande un confrère pour la suite de la prise en charge du patient, il doit informer ce dernier des conditions tarifaires pratiquées par son confrère et noter ces informations dans le dossier médical. Une exigence difficile à satisfaire, non justifiée et qui obère le temps médical. De façon générale l'Ordre des médecins continuera à veiller à l'indépendance professionnelle des médecins de centres de santé et au respect de la déontologie médicale lors de l'examen de leurs contrats.

POINTS DE REPÈRE

1619
centres de santé
en France

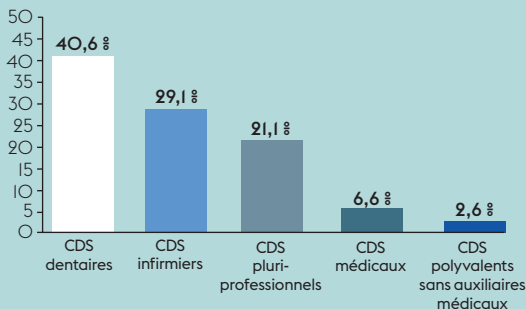
dont **30 %** ayant une activité médicale

- > des structures de proximité
- > de premier recours en priorité
- > avec des médecins salariés
- > proposant des tarifs secteur I et le tiers payant

Ils peuvent être gérés par...

- Des associations (39,5 %)
- Des mutuelles (34,5 %)
- Des organismes d'assurance maladie (12,6 %)
- Des collectivités territoriales (7,4 %)
- Des établissements de santé (public ou privé à but lucratif ou non) (0,5 %)
- Des sociétés coopératives d'intérêt collectif (0 %)

Des structures diverses...



Mais une répartition inégale sur le territoire...

1 centre de santé sur 5
est en Île-de-France



Ils sont chargés de favoriser l'accès aux soins...

87 % des centres proposent le tiers payant intégral



Ce qui nécessite des moyens humains importants...

29 000 professionnels exercent en centre de santé

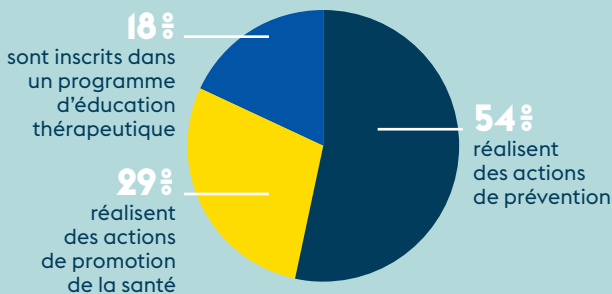
dont **27 %** de personnels administratifs



et **26 %** de médecins



Ils ont également une mission de santé publique...



Source : DGOS, 2016

les tweets

@ordre_medecins
19 février
[Médecine et
#IntelligenceArtificielle]
Un livre blanc pour
accompagner la
profession et
questionner les pouvoirs
publics sur la stratégie
politique à mettre en
œuvre <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2563>

@ordre_medecins
14 février
[#DirectCNOM] Il y a
pour nous une grande
satisfaction de voir le
@gouvernementFR
enfin affirmer que la
réforme est un objectif
et que la vision globale
est un moyen. Nous
nous inscrivons dans la
réflexion, mais il ne faut
pas qu'elle obère ce
qui doit être fait en
urgence.

@ordre_medecins
13 février
[#DirectCNOM]
Le Conseil national
de l'Ordre des médecins
est aujourd'hui à
@Villedenancy pour
rencontrer les conseillers
ordinaux de la région
@regiongrandest.
Merci à tous pour ces
échanges!

LFSS 2018

Quoi de neuf pour les médecins ?

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie a été relevé de 2,1 % à 2,3 %. Il prend en compte l'impact des mesures conventionnelles de revalorisation. Face à une évolution tendancielle de la dépense de santé qui est de l'ordre de 3,5 à 4 %, il faudra tout de même trouver 4,5 milliards d'économies en s'appuyant, selon le gouvernement, autant sur la maîtrise des prix que sur la maîtrise médicalisée. Ces objectifs s'accompagnent de mesures concrètes susceptibles d'impacter l'exercice médical. Voici deux exemples parmi d'autres.

Les mentions obligatoires sur les ordonnances

La LFSS 2018 prévoit que la prise en charge par l'Assurance maladie d'un produit de santé et des prestations éventuellement associées peut être subordonnée au renseignement, sur l'ordonnance établie par le professionnel de santé, d'éléments relatifs aux circonstances et aux indications de la prescription, lorsque ce produit ou ces prestations présentent un intérêt particulier pour la santé publique, un impact financier pour les dépenses d'assurance maladie ou un risque de mésusage. Ces éléments, ainsi que tout autre élément requis sur l'ordonnance, sont transmis au service du contrôle médical par le prescripteur, le pharmacien ou, le cas échéant, par un autre professionnel de santé.

Le non-respect de ces dispositions peut entraîner le paiement d'indus.

Ce dispositif obérant le temps médical et fragilisant le secret médical, le Cnom avait demandé aux parlementaires que la loi limite expressément son application à des circonstances exceptionnelles, comme la ministre en avait pris l'engagement dans la discussion parlementaire. Cette demande n'a pas été suivie. On relèvera que le Conseil constitutionnel a validé ce dispositif, tout en

soulignant qu'une vigilance particulière est requise dans la transmission des informations nominatives à caractère médical entre les médecins prescripteurs, les professionnels de santé et les organismes de sécurité sociale. Le Conseil constitutionnel a estimé que l'atteinte au respect de la vie privée n'était pas disproportionnée compte tenu d'une part, des exigences de valeur constitutionnelle qui s'attachent tant à la protection de la santé qu'à l'équilibre financier de la sécurité sociale et, d'autre part, de la circonstance que le document circulerait uniquement entre personnes tenues au secret professionnel.

Le mécanisme d'intéressement des établissements au bon usage des médicaments, des produits et des prestations

La LFSS 2018 entend renforcer l'impact du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) en permettant d'octroyer aux établissements de santé un intéressement proportionnel aux économies réalisées, sous la forme d'une dotation du Fonds d'intervention régional. Rappelons que ce contrat concerne tous les établissements de santé. Il est conclu entre le représentant légal de l'établissement de santé, le directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) et le directeur de l'organisme local d'assurance maladie.

Face au risque évident de pressions des établissements sur les médecins prescripteurs, le Cnom avait demandé que la loi précise que ce contrat ne peut comporter de clause contraire à l'indépendance professionnelle des médecins. Un amendement déposé en ce sens par des parlementaires a malheureusement été rejeté.

D' François Simon, Francisco Jornet,
section Exercice professionnel



À LIRE Le Webzine Santé

Maladies chroniques : l'humain au cœur du soin

Le 8^e numéro du webzine de l'Ordre des médecins est consacré aux maladies chroniques, véritable enjeu de santé publique. Responsables aujourd'hui de 70 % des décès dans le monde, ces pathologies inquiètent du fait de leur croissance exponentielle. Financement, organisation des équipes de soins, formation des professionnels de santé... quelles solutions mettre en œuvre pour mieux prévenir ces maladies et mieux prendre en charge ces patients atteints dont la vie a basculé ? Ce nouveau webzine ouvre le débat...

+ d'infos

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_webzine/2017-12/www/index.php

Alerter sur la crise à l'hôpital

Le Conseil national de l'Ordre des médecins, ayant pris connaissance de l'appel « Nous, médecins hospitaliers et cadres de santé... », publié dans un quotidien national et signé par plus de mille médecins et cadres de santé s'alarmant de la situation dramatique des hôpitaux français, a tenu à exprimer son soutien plein et entier à l'ensemble des professionnels de santé travaillant en milieu hospitalier. Alors que les médecins hospitaliers ne se retrouvent plus dans l'exercice de leur profession, et que de trop nombreux drames témoignent de leur malaise face à des conditions de travail dégradées, l'Ordre des médecins réitère le sentiment d'urgence qu'il a souvent exprimé. « Il nous faut aujourd'hui refonder notre système de santé, en renforçant notamment l'écoute des praticiens hospitaliers, en leur permettant de retrouver du temps médical, et en renforçant la coopération entre l'ambulatoire et l'hôpital alors que nos hôpitaux sont aujourd'hui exsangues du fait des trop nombreuses missions qui leur sont assignées », a insisté le Dr Patrick Bouet, président du Cnom.

Télémédecine

L'Ordre rappelle sa position face au risque d'ubérisation

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 va permettre la rémunération pérenne de la téléconsultation et de la télé-expertise. À l'occasion d'un point presse le 14 février, le Cnom a salué ce premier pas et a vivement souhaité que les négociations entre les partenaires conventionnels aboutissent au plus vite. « L'Ordre des médecins se place résolument dans une dynamique d'accompagnement des nouvelles voies offertes par l'e-santé, dans la mesure où elles peuvent soutenir les exercices médicaux au bénéfice des

patients, et où elles sont parfaitement conformes à la déontologie médicale et à la réglementation en vigueur », a rappelé le Dr Jacques Lucas, vice-président du Cnom délégué général au numérique. Néanmoins, l'Ordre s'inquiète des prestations proposées via des plates-formes par les assureurs complémentaires ou les mutuelles qui installent une rupture concurrentielle dans l'organisation territoriale des soins et le parcours de soins. L'Ordre des médecins affirme donc de nouveau qu'à ses yeux, la sécurité des prises en



charge impose de réglementer les offres des plates-formes privées, et que les activités médicales qu'elles proposent soient soumises aux mêmes obligations réglementaires et déontologiques que les autres formes de pratiques médicales.

+ d'infos : <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2596>

Irmis**Un institut de pointe au chevet des sportifs**

À Saint-Étienne, l'Institut régional de médecine et d'ingénierie du sport regroupe médecins, chercheurs, ingénieurs et entreprises. Leur point commun ? **Ils sont aux petits soins des athlètes de haut niveau et des sportifs amateurs.**

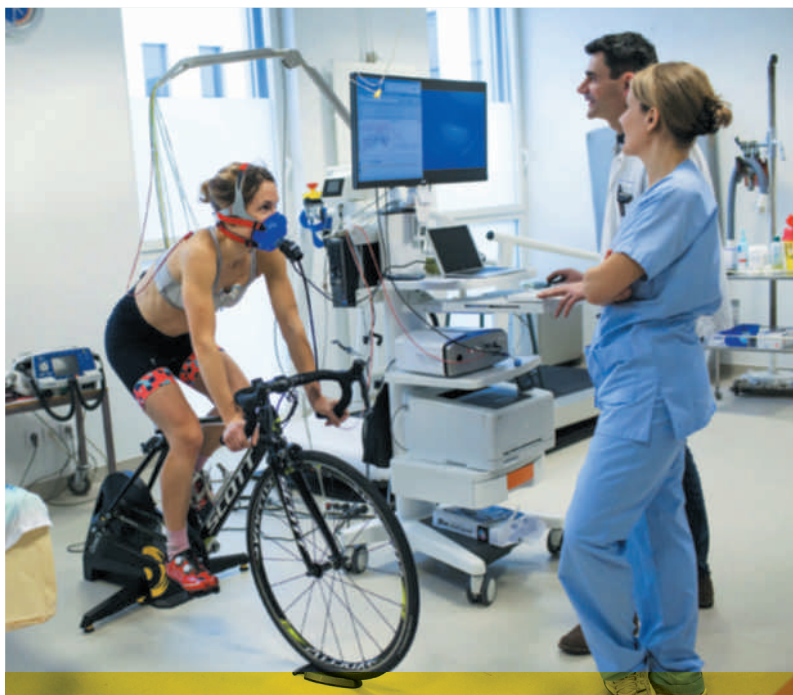
Baskets de course aux pieds, le D^r Marie Lafleur examine Valentin, espoir du triathlon français. Électrocardiogramme, test d'effort, bilan de nutrition, état psychologique, etc. Le médecin, qui est aussi cycliste de haut niveau, réalise un bilan médical complet du jeune athlète, à la demande de la Fédération française de triathlon. « *Tout va bien* », conclut-elle.

Inauguré en 2015, bâti aux côtés du CHU et de l'université Jean-Monnet de Saint-Étienne, l'Institut régional de médecine et d'ingénierie du sport (Irmis) prend soin des sportifs. « *Des consultations s'adressent aux athlètes de haut niveau de la région pour évaluer leurs performances, prévenir les risques de surentraînement et de blessures, soigner les traumatismes* », détaille le D^r Pascal Édouard, responsable de la médecine du sport au CHU et enseignant-chercheur au Laboratoire interuniversitaire de biologie de la motricité (LIBM).

Pour y parvenir, l'Irmis s'est doté d'un plateau technique high-tech agréé par le ministère des Sports. « *Nous comprenons mieux des pathologies non expliquées, par exemple un déséquilibre de posture, qu'un examen classique n'aurait pas permis de détecter* », complète le D^r Édouard, adepte du décathlon.

Les équipements du sportif de demain

Au rez-de-chaussée de ce grand bâtiment flambant neuf, une plateforme



Le D^r Marie Lafleur, médecin à l'Irmis et cycliste en catégorie Élite féminine, réalise une épreuve métabolique par l'exercice sous les yeux du P^r Léonard Féasson, et de Marie-Pierre Véricel, infirmière.

biomécanique. Au centre, un athlète équipé de capteurs de mouvement multipliés les courses sur un sol lui aussi truffé de capteurs de force. Tout autour, des caméras de haute précision capables de filmer jusqu'à 1 000 images par seconde. Ces équipements permettent de décomposer chaque mouvement, mesurer les

efforts ou encore calculer l'impact sur les muscles. « *Les analyses permettent de concevoir les équipements du sportif de demain : prototypes de chaussures, tissus intelligents et même des exosquelettes* », explique Jérémie Rossi, maître de conférences, responsable scientifique à l'Irmis.



Une chercheuse préparant une thèse d'université réalise des analyses sur des prélèvements musculaires. La recherche fait partie intégrante du projet.



Valentin, jeune triathlète, lors d'un test auditif au cours de sa visite médicale annuelle. Les sportifs de haut niveau représentent une partie importante de la prise en charge en médecine du sport au sein de l'Irmis.



Le Dr Pascal Édouard, responsable de l'unité de médecine du sport, sur le tapis de course breveté doté de capteurs de forces et permettant de réaliser des sprints. Il n'existe que trois équipements de ce genre dans le monde.

Le sport, c'est la santé

Mais l'Irmis n'est pas uniquement tourné vers le haut niveau. Bien au contraire.

Des consultations sont ouvertes à ceux qui veulent se (re)mettre au sport sans danger. Ils sont adressés par leur médecin traitant. « *Nous recevons aussi des patients qui ont eu un problème cardio-vasculaire ou ostéo-articulaire, des personnes âgées, en surpoids, diabétique, et qui souhaitent faire un bilan. Nous sommes dans une logique de prévention* », poursuit le Dr Marie Lafleur. Les études scientifiques ont prouvé qu'une activité physique régulière réduit les risques d'accidents cardio-vasculaires, de diabète, de dépression, de survenue de certains cancers (sein, colon...).

Témoignage

Pr Léonard Féasson, unité de myologie, responsable du service de physiologie clinique et de l'exercice du CHU de Saint-Étienne, à l'Irmis, membre du LIBM.



« L'Irmis, c'est aussi de la recherche médicale ! »

« La mission de l'Irmis est aussi de faire avancer la recherche médicale. L'unité de myologie hébergée par l'Irmis est labellisée Centre de référence pour la prise en charge des maladies neuro-musculaires. Nous collaborons depuis de nombreuses années avec l'AFM-Téléthon

(Association française contre les myopathies). Nous travaillons sur de nombreux autres champs de recherche : mieux comprendre la fatigue neuro-musculaire, étudier le système nerveux et les capacités physiologiques et biomécaniques, identifier les mécanismes

cellulaires, moléculaires et génétiques à l'origine du déconditionnement musculaire causé par l'âge, observer l'impact métabolique énergétique et structural musculaire d'autres maladies, proposer une thérapie par l'exercice adaptée aux patients myopathes ou atteints d'autres pathologies... »



Logiciels médicaux

Suivez le guide...

Quelles questions se poser lors du choix d'un logiciel ? Qui contacter en cas de problème ? Les données stockées sont-elles vraiment en sécurité ? Autant d'interrogations auxquelles répond un guide édité par la MACSF en partenariat avec l'Ordre des médecins. Michaël Gentet, juriste corporate et conformité groupe MACSF, et Francisco Jornet, directeur des services juridiques du Cnom nous présentent cette publication.

Pourquoi un guide sur les logiciels médicaux ?

L'informatisation fait aujourd'hui partie du quotidien des médecins mais tous n'ont pas des ressources dédiées à la gestion de l'informatique, loin de là. Et au moindre couac, ils peuvent se retrouver seuls et démunis face aux sociétés d'informatique.

Quels sont les objectifs du guide ?

L'idée est de donner aux médecins des outils de réflexion avant la signature du moindre contrat dans ce domaine et de gestion des difficultés lorsqu'elles se présentent. Le guide pratique aborde trois thématiques principales en rapport avec les logiciels médicaux : le logiciel médical en tant que tel, les informations traitées par le logiciel médical et enfin la commercialisation du logiciel médical.

Comment se présente ce guide ?

Les auteurs du guide ont voulu proposer un document restituant de manière synthétique et concrète leur expérience en matière de prévention et de traitement des difficultés et litiges survenus à l'occasion de l'achat ou de l'utilisation d'un logiciel

médical. Il s'agit ainsi de répondre aux interrogations des médecins par des recommandations ou des conseils très concrets. Par exemple, nous sommes souvent interrogés sur le transfert de la base de données en cas de résiliation du contrat et les moyens pour qu'elle reste accessible. Face à l'excessive complexité technique mais aussi juridique de ces sujets, ce guide ne pourra pas répondre dans le détail à toutes les questions mais il donne des pistes d'action et de réaction.

Quelles sont les principales difficultés rencontrées par les médecins avec leur logiciel ?

La principale problématique réside dans la garantie que le logiciel pourra bien évoluer avec les exigences professionnelles et le cadre tarifaire. Des difficultés peuvent survenir à l'occasion de l'évolution du logiciel ou en cas de dysfonctionnement dont les causes sont très souvent difficiles à identifier pour le médecin. Dans ce cas précis, le guide apporte des réponses simples et concrètes en permettant par exemple d'identifier plus facilement l'interlocuteur approprié en cas de dysfonctionnement du logiciel.

Les médecins se posent également de nombreuses questions quant aux informations qu'ils détiennent...

Tout à fait... Suis-je en conformité avec la législation en matière de traitement de données à caractère personnel ? Comment sécuriser et garantir la confidentialité de ces données ? Ou encore quels recours en cas d'altération de la base de données du logiciel ? Et quelles sont les modalités et la durée de conservation des informations ? Le guide répond de manière claire à toutes ces interrogations...

Et en matière de commercialisation de ces logiciels ?

Les médecins sont très sollicités par les acteurs du marché. C'est pourquoi le guide propose une « fiche de coaching » permettant au médecin de bien préparer son entretien avec le commercial de l'éditeur du logiciel ou avec le prestataire de services informatiques.

+ d'infos

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/logiciels_metiers_medecins.pdf



PAYS-BAS

MAINTIEN DES COMPÉTENCES ET RECERTIFICATION : L'EXEMPLE DES PAYS-BAS

Lors de la 3^e édition du Congrès de l'Ordre des médecins, du 19 au 21 octobre 2017, la section Formation et compétences médicales avait invité Rob van der Meer, secrétaire à la commission d'inscription au registre des spécialistes médicaux (RGS) à la Société royale néerlandaise pour la promotion de la médecine (KNMG).

Lors de la Journée des Qualifications et de la VAE, il a présenté les modalités en vigueur au Pays-Bas pour le maintien des compétences et la recertification des médecins. C'est ce modèle notamment qui a inspiré le Conseil national de l'Ordre des médecins dans sa proposition de recertification développée dans le livre blanc *Pour l'avenir de la santé*.

Au Pays-Bas, les médecins sont répartis en trois grandes catégories :

- le premier cluster qui comprend les médecins généralistes, les gériatres, et les spécialistes pour personnes handicapées mentales;
- le deuxième cluster qui regroupe les spécialités cliniques (anesthésie, psychiatrie, urologie, cardiologie...);
- et le troisième cluster qui correspond à la médecine du travail, la médecine d'assurance et expertise et la médecine sociale.

LA RECERTIFICATION DES MÉDECINS

Aux Pays-Bas, depuis plus de trente ans, les médecins doivent être recertifiés tous les 5 ans. Cette recertification est basée sur leur activité, sur leur portfolio de formations mais aussi sur un système de « *visitation* ». Sur la base d'un référentiel et d'outils d'évaluation, les médecins et équipes médicales s'autoévaluent puis reçoivent la visite de pairs. Sont alors examinés l'organisation, les questionnaires



Rob van der Meer, secrétaire à la commission d'inscription au registre des spécialistes médicaux (RGS)

de satisfaction des patients et les compétences professionnelles du médecin et/ou de l'équipe. Pour pouvoir être recertifiés, les médecins doivent ainsi :

- exercer au moins seize heures par semaine dans leur spécialité ;
- cumuler au moins quarante heures par an

(soit 200 heures en 5 ans) de cours de perfectionnement dans leur spécialité, accrédité par une association scientifique. Ces formations doivent être inscrites dans leur portfolio ;

- faire l'objet d'une évaluation de leur activité individuelle ;
- faire l'objet d'une évaluation de leurs compétences.

Si le médecin satisfait l'ensemble de ces conditions, il est réinscrit pour 5 ans.

Si les évaluations ne sont que partiellement satisfaisantes, le médecin est réinscrit mais pour une période inférieure à 5 ans. Enfin, si les conditions ne sont pas remplies, le médecin est désinscrit du registre. Il ne peut alors plus exercer.

entretiens croisés

Texte : Aline Brillu | Photos : DR

Stratégie nationale de santé Une feuille de route pour cinq ans

Agnès Buzyn, ministre de la Santé, a dévoilé le 20 décembre 2017 sa feuille de route pour les cinq années à venir. **Prévention, accès aux soins, pertinence et innovation sont au cœur de cette Stratégie nationale de santé...**

5000
contributeurs

dont deux tiers de professionnels, ont participé à la concertation en ligne pour l'élaboration de la Stratégie nationale de santé.

Sur une centaine de pages, la Stratégie nationale de santé fixe les grandes orientations gouvernementales pour réformer le système de santé actuel. La ministre a fixé quatre axes prioritaires : la mise en place d'une politique de promotion de la santé, la lutte contre les inégalités territoriales et sociales d'accès aux soins, la sécurité et la pertinence des prises en charge, et l'innovation. Elle accorde par ailleurs une large place à la santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune. Cette Stratégie est le fruit d'une concertation publique en ligne conduite au mois de novembre. « *Beaucoup de contributeurs ont proposé de nouvelles thématiques comme l'adaptation des formations aux nouveaux métiers, le numérique, la robotisation ou l'intelligence artificielle* », a révélé Agnès Buzyn.

Les acteurs de la santé ont quant à eux été invités à participer à la fin de l'été. Dans sa contribution, le Conseil national de l'Ordre des médecins a lui aussi fixé ses priorités : un accès à des soins de qualité, à la prévention et à l'éducation à la santé partout sur le territoire national ; une réforme globale de la formation ; l'inclusion des avancées technologiques et numériques dans les politiques de santé au bénéfice des patients et au service des professionnels.

+ d'infos

<https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2470>

http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf



D^r François Simon,
président de la section
Exercice professionnel
au Conseil national
de l'Ordre des médecins



**P^r Emmanuel
Touzé,**
doyen de l'**UFR Santé**
de Caen



Gérard Raymond,
vice-président de France
Assos Santé



**D^r Thomas
Mesnier, médecin
urgentiste,** député
La République en Marche
de Charente

D^r François Simon

La demande de soins explose alors que l'offre s'étirole. La priorité est de faire revenir dans les territoires les médecins généralistes, mais aussi les autres spécialistes de premier ou de second recours, ainsi que les professionnels de santé et les acteurs médico-sociaux. Tous ensemble, ils pourront relever le grand défi de la prise en charge des patients de plus en plus nombreux et de plus en plus âgés, et donner le goût aux plus jeunes de les rejoindre. Cela, en faisant évoluer leurs exercices, en se regroupant physiquement ou virtuellement, en se concentrant sur leurs domaines de compétences, en coordonnant leurs activités. Nous ne pourrions pas avancer sans investir de façon massive sur la prévention, le dépistage, l'éducation à la santé. Il faut également redonner la place et les moyens qu'ils méritent, à la médecine scolaire, la médecine universitaire, la médecine du travail et la PMI.

Gérard Raymond

Nous devons passer d'un système de soin à un système de santé. Pour cela, nous devons poser sur la table un certain nombre de questions : l'ouverture de la télémédecine, la mise en place du dossier médical partagé (DMP), la rémunération des acteurs, le transfert de compétences, la qualité de la prise en charge, la poursuite du virage ambulatoire en évitant les dérapages... Et il faut veiller à ce que cela se fasse sans restes à charge ou dépassements. Évidemment, cela ne pourra se faire qu'avec une meilleure répartition des professionnels sur le territoire. Il faut donc poursuivre les réflexions et les initiatives pour instaurer la régulation nécessaire de l'installation des professionnels.

Quelle devrait être selon vous la priorité pour assurer à chacun des soins de qualité ?

D^r Thomas Mesnier

Nous voulons nous appuyer sur les compétences des acteurs locaux et des professionnels de santé, sur leur capacité à travailler ensemble pour proposer une réponse adaptée aux spécificités de chaque territoire. C'est la philosophie du plan pour l'égal accès aux soins dans nos territoires. Nous investissons massivement dans le développement des modes d'exercice coordonnés, les protocoles de coopération entre professionnels, les maisons de santé pluri-professionnelles, la télémédecine. L'idée est de répondre à la fois aux besoins des patients et aux attentes des professionnels, notamment des plus jeunes. Le modèle du « médecin de famille » a vécu et il faut aujourd'hui repenser notre système de santé pour permettre à toutes et tous, partout, d'accéder à des soins de qualité.

P^r Emmanuel Touzé

Il faut que nous organisions la formation des plus jeunes au plus proche du territoire dans un objectif de réduire les inégalités territoriales. Nous devons mettre davantage l'accent sur les grands problèmes de santé publique, sur les dispositifs qui existent pour les prévenir et sur la responsabilité sociale des professionnels de santé. Les étudiants devraient très tôt s'impliquer dans la promotion de la santé pour tous, y compris dans les endroits où l'accès aux soins est compliqué. Ils pourraient, sur de courtes périodes, faire la promotion de l'éducation à la santé au sens large, en milieu scolaire par exemple. Cette sensibilisation précoce sera une sorte de vaccination pour le reste de leur carrière. Le service sanitaire qui sera mis en place pour les étudiants en santé va dans ce sens et c'est une bonne chose.



D^r François Simon

Il faut professionnaliser les études de médecine, en particulier le deuxième cycle. Il faut que, très tôt, les étudiants fassent des stages hors des CHU. Pour cela, il faut prévoir des solutions d'aménagement des cours et des aides au transport et à l'hébergement. Cela doit également s'envisager au premier cycle, avec des stages de soins infirmiers. Nous proposons également que, dès le second cycle, les étudiants soient sensibilisés au travail en équipe. Enfin, force est de constater que les étudiants, au moment d'aborder leur vie professionnelle, en connaissent très mal les règles et les fonctionnements élémentaires, qu'il s'agisse de la déontologie, du code de la santé publique, du fonctionnement du système de santé, de la gestion d'un cabinet. Tous ces domaines devraient faire l'objet d'enseignements adaptés.

Quelles doivent être, selon vous, les principaux chantiers en matière de formation initiale ?

D^r Thomas Mesnier

Aujourd'hui cette « panne de vocation » pour l'exercice libéral, est en partie due au fait que les jeunes professionnels n'ont pas eu l'occasion, dans leur parcours universitaire, de découvrir la médecine de ville. C'est pourquoi nous souhaitons développer les stages en cabinet libéral et améliorer les conditions d'accueil (aide à l'hébergement, aux transports etc.). Pour les jeunes diplômés, l'exercice mixte est également encouragé via le développement de postes d'assistants partagés entre la ville et l'hôpital. Un autre axe essentiel est le développement de la formation à la prévention. La mise en place d'un service sanitaire obligatoire pour tous les étudiants en santé à partir de la rentrée 2018 est une vraie avancée en ce sens.

**D^r Thomas Mesnier**

« Il faut nous appuyer sur la capacité des acteurs locaux et des professionnels à travailler ensemble. »

**D^r François Simon**

« Nous ne pourrions pas avancer sans investir dans la prévention. »

Gérard Raymond

Nous pousserons à la généralisation des initiatives qui visent à inclure dans le cursus de formation initiale des « patients formateurs » capables d'exposer aux futurs professionnels ce qu'est « la vie avec la maladie » et d'échanger avec eux à ce propos. Ensuite, les professionnels de santé devraient tous, médecins et non médecins, être davantage préparés à l'importance du travail en équipe pluriprofessionnelle pensé autour de la notion de parcours. C'est cette nouvelle approche de la prise en charge qui parviendra enfin à rapprocher l'hôpital de la ville, le sanitaire du médico-social, etc. Les professionnels de santé devraient aussi être formés à la prévention ainsi qu'à l'accompagnement des maladies chroniques notamment.

P^r Emmanuel Touzé

Il y a aujourd'hui un décalage entre une formation qui est très hospitalo-centrée et un système de santé qui vise à aller vers l'ambulatoire. Il faut que nos formations s'adaptent à cela, par exemple en multipliant les stages hors des CHU. Ce n'est pas si simple car ce n'est pas forcément dans la culture des médecins installés. Cela implique de former et de trouver des systèmes de rémunération pour ces praticiens. Il faut aussi sensibiliser les étudiants au parcours de soins. Aujourd'hui, ils apprennent la maladie, le diagnostic, le traitement, mais tout cela est sorti du contexte du parcours. Il faudrait enseigner les maladies dans un contexte de santé publique, en abordant les problèmes d'accès aux soins, de parcours de soins... Pour les grands problèmes de santé, cela serait plus efficace. Il faut aussi davantage les former aux questions de contraintes budgétaires.

D^r Thomas Mesnier

Le développement de la télémédecine permet d'abolir les barrières « physiques » d'accès aux soins, de rompre les distances. Cela participe à la réinvention de notre système de santé. Avec le plan, nous accompagnons l'équipement des professionnels de santé et nous favorisons l'émergence de projets territoriaux de e-santé, avec une priorité donnée aux zones sous-denses. Un pas majeur a été franchi il y a quelques mois. Nous avons en effet voté dans le budget 2018 de la Sécurité sociale l'entrée de la télémédecine dans le droit commun : la France comble ainsi le retard accumulé en la matière. Il est en effet essentiel de se doter d'un cadre de développement apportant les garanties de confidentialité, de sécurité, de valorisation des actes et de prise en charge pour les patients. Les négociations conventionnelles viennent de débuter entre l'Assurance maladie et les professionnels, la révolution numérique en santé sera effective d'ici à quelques mois, enfin !

**Gérard Raymond**

« Il nous faut bâtir notre système avec les outils du XXI^e siècle. »

Gérard Raymond

Je crois qu'il nous faut bâtir notre système avec les outils du XXI^e siècle. Le numérique, la télémédecine et le télé-suivi sont des dispositifs qui devraient être utilisés pour le bien des patients. La France est en retard aujourd'hui sur ces sujets. Par exemple, nous manquons dans de nombreux domaines de registres ou de données utiles au suivi de l'état de santé de la population, à la mise en place d'une vraie politique de santé publique. Mieux connaître l'état de santé de la population, territoire par territoire, permettrait certainement un développement des moyens mieux ciblé et donc optimisé pour apporter des réponses aux besoins effectifs et prioritaires.

D^r François Simon

Si nous voulons faire une vraie réforme du système de santé, il est essentiel d'y inclure les avancées technologiques. L'exercice de la médecine ne sera bientôt plus possible sans le numérique. Le maillage par le haut débit est un enjeu aussi important en matière d'égalité, que celui que fut celui de l'électrification du pays au cours de la première moitié du XX^e siècle. Les nouvelles technologies, via la télémédecine ou la télé-expertise, offrent des solutions simples et efficaces pour améliorer l'accès aux soins et faciliter les échanges entre les professionnels de premier et de second recours. Il nous paraît indispensable de faire rapidement évoluer le modèle de leur prise en charge financière. Il faut également développer les moyens sécurisés de partage et d'échange de données que sont les messageries sécurisées ou le dossier médical partagé.

P^r Emmanuel Touzé

Les UFR doivent s'impliquer dans le développement des nouvelles technologies pour l'exercice de la médecine. À l'université de Caen, nous allons ouvrir dès la rentrée prochaine une unité d'enseignement en télémédecine. Il faut former très tôt à cela. Le problème est qu'il y a peu d'enseignants dans ce domaine. Nous, nous avons créé deux postes de professeurs associés en télémédecine pour accompagner ce genre de dispositif. Ce sont souvent des professionnels qui sont très impliqués sur le sujet mais ne sont pas universitaires. Il faudrait leur donner les moyens pour qu'ils participent à la formation des plus jeunes.

**P^r Emmanuel Touzé**

La ministre de la Santé a déclaré vouloir mettre en œuvre la « révolution numérique en santé ». Est-ce un enjeu important selon vous ?

« Il faut organiser la formation des jeunes au plus proche des territoires. »



0 800 800 854

C'est le numéro de la plateforme téléphonique qui vient d'être créée au service des médecins en difficulté. Disponible 24h/24 et 7 j/7, ce service est gratuit et assure la confidentialité des échanges. « *La plateforme n'est pas l'Ordre, les informations ne remontent donc pas jusqu'à nous, sauf si vous le souhaitez* », insiste le Dr Jacques Morali, président de la Commission nationale d'entraide du Cnom.

dossier

Textes : Émilie Tran-Phong, Sarah Berrier | Photos : iStock, DR

L'entraide ordinale, au service des médecins et de leur famille

Le Conseil national de l'Ordre des médecins fait évoluer sa mission d'entraide et souhaite, plus largement, créer un grand mouvement de confraternité au sein de la profession. Objectif : mieux soutenir les praticiens face à l'adversité, et les inciter à tirer la sonnette d'alarme plus tôt qu'ils ne le font aujourd'hui.

Quand la peste noire arrive à Avignon en 1348, Guy de Chauliac, chirurgien du pape, choisit de rester au chevet des malades plutôt que de fuir. Ce dévouement est resté dans les mémoires car, après avoir contracté lui-même l'infection, il en a trouvé le traitement et en a réchappé. Il a surtout inspiré un mythe : celui du médecin qui continue de soigner les autres, quels que soient son état de santé et ses difficultés personnelles. Une image présente dans de nombreux livres, films et séries. Si bien que l'ayant intégrée comme une norme, beaucoup de praticiens n'osent pas se plaindre de fatigue, reconnaître qu'ils sont malades, ni même

« Les médecins se doivent assistance dans l'adversité »

Art. 56 du code de déontologie médicale

Point de vue de l'Ordre

D' Jacques Morali, président de la Commission nationale d'entraide du Cnom



« L'Ordre a bien d'autres missions que celles de ses chambres disciplinaires ! »

« On l'oublie souvent, mais l'Ordre a pour mission d'accompagner les médecins et leur famille face à l'adversité. C'est inscrit dans ses statuts depuis 1945, et tous les praticiens y contribuent via une quote-part de leur cotisation annuelle. Pendant longtemps, ce soutien était surtout financier et compassionnel. Mais nous avons décidé de l'élargir à une prise en charge plus globale des

difficultés des médecins, notamment de renforcer nos actions en matière de prévention. L'idée, c'est que demain tous les problèmes qui peuvent être anticipés le soient. Quand ils surviennent malgré tout, nous essayons d'apporter un soutien plus large, jusqu'à la réinsertion du médecin. Car l'entraide, c'est aussi accompagner dans sa reconversion un chirurgien qui ne peut plus opérer depuis qu'il a un pacemaker ou une

généraliste qui, ayant été en liquidation judiciaire, ne peut plus exercer en libéral. C'est pour cette raison, d'ailleurs, que nous avons noué un partenariat avec la fédération nationale des centres interprofessionnels de bilans de compétences (CIBC). Nous proposons de tels bilans depuis 2009, et nous allons y adjoindre une prestation de coaching, pour aider nos confrères qui le souhaitent à déterminer plus précisément un nouveau projet professionnel en dehors de la médecine. »

...> demander de l'aide pour un problème financier, administratif ou juridique. Ils le font d'autant moins qu'ils n'ont pas le temps de s'en occuper. Résultat : « *Quand ils prennent contact avec nous, ils le font souvent très tard. La pathologie a eu le temps de s'installer, les conflits de s'envenimer ou les dettes de s'empiler*, regrette le D^r Jacques Morali, président de la Commission nationale d'entraide du Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom). *Et encore : quand ils font appel à nous ! Les deux tiers de nos confrères ne savent pas qu'ils ont cette possibilité.* »

Vers une prise en charge globale des difficultés

Pendant longtemps, l'entraide apportée par le Cnom était une mission qui faisait peu parler d'elle. Elle était essentiellement basée sur une aide financière et compassionnelle. Mais, en 2017, l'Ordre a souhaité faire évoluer cette mission vers une prise en charge plus globale des médecins et de leurs problèmes, qu'ils soient d'ordre financier, juridique, administratif, organisationnel ou médical. Il peut s'agir, par exemple, d'un médecin qui, à la suite d'un divorce, sombre dans la dépression et délaisse le paiement de ses factures. S'il a souscrit des contrats de mutuelle et de prévoyance pertinents, leurs garanties peuvent couvrir les pertes de revenus liées à l'arrêt de travail et leur

« Beaucoup de praticiens n'osent pas se plaindre de fatigue, reconnaître qu'ils sont malades, ni même demander de l'aide pour un problème financier, administratif ou juridique »



TÉMOIGNAGE

D^r Michel Cazaugade, président du Groupe Pasteur Mutualité (GPM)

« Une mauvaise connaissance du risque »

« Au début de leur carrière, on explique rarement aux praticiens hospitaliers que leur protection sociale est très variable en fonction de leur statut. On ne leur propose pas non plus systématiquement de mutuelle ni de contrats de prévoyance adaptés. Il est pourtant important qu'ils s'y intéressent : sans ces garanties, ils risquent de se retrouver en difficulté financière. Par exemple, en cas de maladie de longue durée, au bout de trois mois d'arrêt, ils ne percevront plus que la moitié de leur salaire et perdront les bonus liés aux gardes et astreintes. Pour les médecins libéraux, la situation est différente mais tout aussi problématique : ils ont un délai de carence de 90 jours avant de percevoir leurs indemnités, qui seront largement inférieures à leurs revenus. Et ils devront quand même payer les frais de leur cabinet pendant cette période... »

impact sur le budget privé (revenus dits de substitution) et sur l'équilibre financier de l'exercice (frais de fonctionnement), ainsi que le coût des soins et traitements. Mais, même très performantes, ces assurances ne peuvent pallier complètement les conséquences d'une faillite, d'un défaut de trésorerie ou d'une incapacité définitive. Recourir à l'entraide ordinale peut alors être salutaire.

Le département comme porte d'entrée

Échelon de proximité de l'Ordre des médecins qui allie le mieux contact humain et confraternité, les conseils départementaux sont les portes d'en-

trée de l'entraide ordinale. « *Il ne faut pas craindre de solliciter les référents de l'entraide dans les conseils départementaux. D'autant plus qu'il existe une paroi étanche entre les procédures d'entraide et les procédures disciplinaires de l'Ordre* », rassure le D^r Morali. Les médecins et leur famille peuvent aussi accéder à l'entraide via le site web du Cnom. Un formulaire de « saisie par voie électronique », très simple, permet de signaler sa situation et d'être rappelé pour entamer une démarche d'entraide.

Enfin, les associations spécialisées dans l'aide aux soignants sont également une solution. Le 17 février 2018,

« L'Ordre est au service des médecins et doit donc les protéger »

D^r Patrick Bouet, président du Cnom

le Cnom a signé une charte de coopération avec sept d'entre elles (MOTS, ERMB, ASSPC, ASRA, ARENE, AAPMS, APSS). Ce partenariat vise à les fédérer au sein d'un réseau qui couvrirait toute la France, y compris les territoires d'outre-mer.

Une plateforme anonyme dédiée

Depuis le 1^{er} janvier 2018, les médecins en difficulté peuvent également joindre le 0800 800 854, une plateforme d'appel téléphonique dédiée à l'entraide. Ce numéro, gratuit, a été

créé en partenariat avec l'Association d'aide professionnelle aux médecins et soignants (AAPMS). Les médecins peuvent l'appeler 24h/24 et 7j/7. Au bout du fil, des psychologues sont là pour les écouter, répondre à leurs questions et, si nécessaire, les orienter vers une structure adéquate. Selon leur situation, ils pourront ainsi être dirigés vers le conseil départemental de l'Ordre, une association d'entraide ou directement vers un établissement de soins dédié à la prise en charge des soignants. « Dans tous les cas, le secret médical et la confidentialité des échanges sont garantis, insiste le D^r Morali. Nous espérons que cela incitera les médecins à faire appel plus tôt à l'entraide. »

L'union fait l'entraide

Le Cnom a également signé, le 22 novembre 2017, un partenariat

avec les organismes de protection sociale obligatoires : la Caisse autonome de retraite des médecins de France (Carmf) pour les médecins libéraux, et le Centre national de gestion (CNG) pour les praticiens hospitaliers. « C'est en mutualisant nos moyens et nos compétences que nous arriverons à proposer les solutions les plus complètes et adéquates, souligne le D^r Thierry Lardenois, président de la Carmf. Ainsi, notre caisse dispose d'un fonds d'action sociale de 6 millions d'euros par an. En coordonnant mieux son utilisation avec celui du Cnom, celui-ci pourra renforcer son soutien financier aux praticiens hospitaliers en difficulté. » Le CNG n'a pas la possibilité d'assurer ce type d'aide. En revanche, « nous apportons à nos partenaires notre expertise en matière d'accompagnement professionnel, explique



REPORTAGE

Ouragans Irma et Maria

À circonstances exceptionnelles, entraide exceptionnelle

Le 6 septembre 2017, les îles de Saint-Martin et Saint-Barthélemy étaient frappées par l'ouragan Irma. Le Cnom s'est pleinement mobilisé aux côtés du conseil départemental de l'Ordre de la Guadeloupe pour apporter, via leurs commissions d'entraide, un accompagnement humain et une aide financière aux médecins sinistrés...



Avec des vents dépassant les 300 km/h, Irma fait partie des ouragans les plus puissants jamais enregistrés dans l'Atlantique nord. En pleine trajectoire, les îles de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy sont dévastées. Les Saintes et Le Gosier, en Guadeloupe, échappent à Irma mais subissent, quelques jours plus tard, l'ouragan Maria. Parmi les sinistrés, près de 120 médecins dont 75 libéraux qui, pour certains, ont tout perdu : leur maison et leur cabinet. « Je n'ai pu rejoindre mon cabinet que 5 jours après le passage d'Irma alors qu'il n'était qu'à 7 km de mon domicile, se rappelle le D^r Jean-François Bartoli, radiologue à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy. L'intérieur qui était en béton a été protégé. Mais à l'extérieur, le toit a été en partie détruit et les climatiseurs pour l'IRM arrachés... » « Ça a été très difficile. Je crois que j'ai été touché comme tout le monde : mon cabinet était inondé, le toit arraché... Mais le plus dur, c'est que l'on n'était pas préparé à une catastrophe d'une telle ampleur, explique le D^r Jimmy L. Lam, médecin généraliste à Saint-Martin. Aujourd'hui, je n'ai toujours pas retrouvé une activité normale. Seuls 60 % de mes patients sont revenus... »

Être efficace

Face à ces circonstances exceptionnelles, le Cnom décide rapidement de débloquer une enveloppe de plus de 300 000 euros avec un système d'attribution simplifié, sans demande de justificatifs : la seule condition pour obtenir cette aide est d'être médecin inscrit régulièrement au tableau de la Guadeloupe. Un barème est mis en place : les libéraux recevront 4 000 euros, les salariés 2 500 euros, et les retraités 2 000 euros. « Tous les confrères, sans exception, ont subi des pertes matérielles et des dommages, que ce soit sur leurs outils de travail ou sur leurs biens personnels, a rappelé le D^r Bouet, président du Cnom lors du vote de cette mesure. Face à l'urgence, il nous faut agir vite, et de manière efficace. »

Bouche-à-oreille et solidarité

Tout l'enjeu est alors d'informer les médecins concernés de l'existence de cette aide. Mais comment atteindre les personnes, quand il n'y a plus d'électricité ni de téléphone ? Un véritable défi pour le Conseil départemental (CD) de l'Ordre de la Guadeloupe qui passe des jours à essayer de contacter un à un les médecins, pour les informer et leur dire de faire passer le message. Le D^r Alex Mozar, conseiller national de la Guadeloupe, le D^r Marius Borel, président du CD et le D^r Catherine Bachellier-Billot, secrétaire générale du CD consacrent également beaucoup de temps à écouter et à échanger avec les médecins qui, pour certains, sont très marqués par ce qu'ils viennent de vivre. Les communications se rétablissent doucement, le bouche-à-oreille opère et des réunions entre professionnels de santé sont organisées chaque semaine pendant deux mois au cabinet du D^r Bartoli pour se soutenir, pour échanger et s'informer. Les demandes d'aide ordinaire sont timides mais les premiers virements, réalisés moins d'un mois après l'événement, permettent de faire sauter un verrou psychologique. « J'en ai entendu parler lors d'une réunion. Et puis le CD m'a appelé pour me dire qu'il fallait que je me manifeste pour toucher cette aide, se souvient le D^r Lam. Ça m'a vraiment été utile parce que comme je ne pouvais plus travailler, j'avais un manque à gagner important. Donc ça m'a aidé à passer un mois. » « Cette aide a surpris tout le monde, ajoute le D^r Bartoli. Parce que non seulement cette prérogative de l'Ordre est méconnue mais en plus, ici, l'Ordre semble très loin... » Au final la quasi-totalité des médecins des territoires touchés par les ouragans ont demandé et ont bénéficié de l'entraide ordinaire.

..... Danielle Toupillier, directrice générale du CNG. *Depuis dix ans, nous proposons des dispositifs individuels ou collectifs en la matière, mobilisables par les praticiens hospitaliers à tout moment de leur carrière. Nos équipes mettent donc leur savoir-faire au service du Cnom et de la Carmf pour les aider à développer des solutions similaires. En outre, en travaillant ensemble, nous allons avoir une plus grande force de frappe en matière de promotion et d'éducation à la santé, de dépistage et de prise en charge thérapeutique des médecins. »*

Des lacunes persistantes

Malgré les avancées réalisées ces derniers mois, deux sujets préoccupent particulièrement le Cnom. Tout d'abord, la mauvaise couverture sociale des médecins, qui négligent trop souvent de souscrire des mutuelles et assurances complémentaires (lire les témoignages). Ensuite, l'insuffisance de leur suivi médical : 73 % des praticiens n'ont pas de médecin traitant autre qu'eux-mêmes. Or, *« bien que nous soyons les mieux placés pour savoir que fumer tue et que l'abus d'alcool est dangereux, cela ne nous empêche pas d'avoir des conduites à risque et de nier tout problème d'addiction, rappelle Stéphane¹, un gynécologue hospitalisé pour dépression et alcoolisme grâce à son médecin traitant. C'est ce dernier qui, voyant que j'allais mal, m'a aidé à m'en sortir. Il m'a mis en contact avec l'Ordre, et c'est ainsi que j'ai eu connaissance de la clinique où je suis. Celle-ci présente deux atouts : elle est située loin de chez moi, j'avais donc peu de risque d'y rencontrer l'un de mes patients, et elle est spécialisée dans la prise en charge des professionnels de santé. »*

Consultations sur mesure pour patients particuliers

Parce qu'ils sont eux-mêmes soignants, les médecins sont des patients difficiles. *« Nous sommes souvent*



TÉMOIGNAGE

Nicolas Gombault, directeur général délégué de MACSF Prévoyance

« Les assurances sont toujours trop chères quand il ne se passe rien »

« Beaucoup de médecins ne souscrivent pas d'assurance prévoyance, par négligence mais aussi parce qu'ils n'ont pas conscience du risque qu'ils prennent à ne pas en avoir. On pense toujours à tort que les accidents n'arrivent qu'aux autres. Une assurance est toujours trop chère quand il ne se passe rien. Pour autant, il n'existe pas de meilleure manière de se prémunir des risques que de se doter de tels contrats, et ce de l'entrée dans la vie professionnelle jusqu'au dernier jour d'exercice. Cela permet de couvrir ce que ne rembourse pas le régime obligatoire, notamment en cas d'incapacité de travail (temporaire ou définitive), d'invalidité ou de décès. Tous les organismes complémentaires proposent des garanties adaptées aux statuts et revenus de chaque médecin, mais aussi à sa spécialité. En effet, perdre l'usage d'un doigt n'a par exemple pas les mêmes conséquences professionnelles pour un chirurgien que pour un psychiatre. »



dans la négation du trouble et nous pensons toujours mieux savoir que notre interlocuteur, confirme Stéphane. Le soignant doit d'abord réussir à établir une relation de confiance avec nous. Il doit nous expliquer les choses non pas comme à un patient mais comme à un confrère. » Des cliniques spécialisées pour les pro-

fessionnels de santé, il y en a encore assez peu en France, mais de nouveaux établissements commencent à voir le jour. L'Ordre travaille à leur structuration en réseau, notamment à la création d'un label qui permettra d'attester de la qualité de leur prise en charge adaptée. Les actions de prévention

...auprès des médecins doivent elles aussi être aménagées. C'est pourquoi à Paris, en Bretagne et dans le Vaucluse, les conseils départementaux de l'Ordre ont signé des partenariats avec les centres d'examen de santé de l'Assurance maladie. Ces derniers s'engagent à recevoir tous les médecins, même non-salariés, pour des bilans de prévention adaptés (lire ci-dessous). Le Nord et la Bourgogne-Franche-Comté s'apprentent à suivre cette initiative, tandis que l'Ordre encourage la Cnamts à généraliser cette démarche.

Et les étudiants ?

Bien qu'ils travaillent comme des professionnels, les internes n'ont pas droit à l'entraide ordinale car ils ne sont pas inscrits à l'Ordre des médecins. Avec la réforme du 3^e cycle, ils vont néanmoins être enregistrés. Le Cnom est actuellement en discussion avec les universités et les associations d'étudiants (Isni, Isnar-IMG...) pour faire de cet enregistrement une pré-inscription symbolique, permettant l'accès à l'entraide. « *Nous y sommes favorables, mais nous*

aimerions que cela concerne les étudiants dès la 2^e année », indique Yanis Merad, président de l'Association nationale des étudiants en médecine de France (Anemf). D'après une enquête réalisée en 2017 par le Cnom, 14 % des étudiants et jeunes médecins avouent avoir déjà eu des idées suicidaires. L'amélioration de l'entraide est donc un chantier loin d'être achevé...

1. Le prénom a été modifié.

Point de vue extérieur

D^r François Guillou, médecin responsable du centre d'examen de santé de la Caisse primaire d'Assurance maladie d'Ille-et-Vilaine, à Rennes.



« Tous les médecins de la région peuvent bénéficier de cet examen de santé »

Pourquoi les caisses primaires d'Assurance maladie (CPAM) des quatre départements bretons ont-elles décidé de créer des consultations spéciales pour les médecins ?

Préoccupé par la santé des médecins, mais aussi par le fait qu'ils sont peu nombreux à déclarer un médecin traitant autre qu'eux-mêmes, le Conseil régional de l'Ordre des médecins (Crom) de Bretagne souhaitait favoriser leur accès à un examen de prévention. En septembre 2016, un partenariat a donc été signé entre le Crom, l'Agence régionale de santé (ARS), l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) et les CPAM bretonnes. Cela a donné lieu à la création de consultations dédiées dans les centres d'examen de santé de Rennes et de Saint-Brieuc, ainsi que dans leurs antennes locales. Tous les médecins bretons inscrits à l'Ordre, salariés ou libéraux, peuvent prendre rendez-vous via un numéro d'appel unique.

En quoi ces consultations sont-elles différentes des examens de santé que vous faites habituellement ?

Il s'agit d'un acte de prévention personnalisé. Nous le réalisons selon les mêmes modalités que pour nos autres publics, avec une consultation médicale et un ensemble d'examen paracliniques, que nous définissons selon le profil et les facteurs de risque individuels. Il peut s'agir d'un examen bucco-dentaire, d'une spirométrie, d'un électrocardiogramme, d'un bilan biologique, etc. Mais le bilan proposé aux médecins comporte en plus un questionnaire de dépistage de l'épuisement

professionnel. Certes, les praticiens que nous recevons ne sont pas tous en difficulté, mais IO 8 expriment une souffrance psychologique certaine. Les dépister permet de les orienter vers une prise en charge adéquate. Même chose en cas de détection d'une maladie chronique. Et, si tout va bien, nous profitons de cet état des lieux pour leur rappeler l'importance de désigner un médecin traitant.

Quel bilan tirez-vous de cette première année de consultations ? L'initiative va-t-elle être pérennisée ?

Sur les 10000 médecins de la Région, nous en avons vu un peu plus de 150 en un an. La fréquentation n'est pas encore élevée, mais elle est significative. Les prises de rendez-vous étaient particulièrement nombreuses au lancement du partenariat, quand tous les praticiens bretons ont reçu un courrier les informant de la création de ces consultations. Nous avons ensuite constaté une diminution progressive de ces demandes, jusqu'à ce que le Crom rappelle l'existence du dispositif dans son dernier bulletin. Cela montre que des relances régulières sont nécessaires. Les efforts de communication doivent être maintenus dans le temps pour que les médecins n'oublient pas cette offre qui leur est proposée. Néanmoins, comme notre initiative a fait l'objet d'une reconnaissance nationale, qu'elle a retenu l'attention de la caisse nationale d'Assurance Maladie (Cnamts) et du ministère en charge de la Santé, il a été question de la généraliser. Cela aiderait à la pérenniser.

vos informations pratiques



le guide juridique

24-25. spécial élections

- Résultats des élections départementales de l'Ordre des médecins

26-29. pratique

- L'impact des « ordonnances Macron »
- Le certificat médical et le formulaire de demande MDPH

30. en bref

- Déclarer son adresse électronique : une obligation légale
- Certificat MDPH : le Cnom obtient des améliorations



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



Résultats des élections départementales de l'Ordre des médecins (janvier)

Conseil départemental des Ardennes 14/01/2018

Sont élus titulaires : DION Jean-Jacques, FAVRIEL-TRULEA Mihaela, KHIDER Youcef, LEOTY France, POLETTI Abellino, ROUSSELOT-MARCHE Elisabeth, SALMON Laurence, TOPOR Patrick.

Sont élus suppléants : BIDOT MAURANT Sylvie, DARKAOUI-ALLAOUI Darkaoui, GOUGET Nadine, KEBBI Hachem, LE ROY Pierre-Jean, MATYJASIK Muriel.

Conseil départemental d'Eure-et-Loir 20/01/2018

Sont élus titulaires : BLANCHARD Valérie, CAMUS Éric, GOLDFAIN Denis, PETIT Patrick, STEHLE Pierre, TILLIER-MARCHAL Guylène, VAUTRIN-CESAREO Émilie, VOSSENCRAPPE Emmanuelle.

Sont élus suppléants : BEN M'BAREK Samir, CHARTIER-GELINEAU Aude, FOUQUAY-PICARD Marie-Christine, HOTTOIS-LACOMBE Véronique, JANNIER Benoist, KONE Moumini, MAS-SART Jean-Damien, TOSSÉN Gabriela.

Conseil départemental du Finistère 14/01/2018

Sont élus titulaires : COROLLER Patricia, ÉTIENNE Édith, ILIOU Jean-Paul, JOBIC Yannick, JOURDREN Pierre, LARROCHE Ytaf, NICOLAS Anne-Catherine, PARENT Philippe, PAVIC Caroline, QUILLIEN Jacques.

Sont élus suppléants : AIOUAZ Hayat, CHAUVEL Arnaud, DONNOU Philippe,

DUICA Ioana, LE DEZ Véronique, LE PICHON Jacqueline, MONDINE Philippe, PRIGENT Yann.

Conseil départemental d'Indre-et-Loire 14/01/2018

Sont élus titulaires : BOURBAO-TOURNOIS Céline, CATTIER Blandine, FAUGON Henri, GENIES Christophe, GERVAISE Nathalie, GILBERT Bruno, HUBICHE Michèle, HUTEN Noël, LEVEAU Jacques, WAYNBERGER Sandrine.

Sont élus suppléants : COUSIN Éléonore, DARWICHE Walid, DU PASSAGE Cécile, DUCHENE-BAUDENS Valérie, GAILLARD Philippe, KUBAS Sophie, MINOT Philippe, RUFIN Thomas, SONNEVILLE Alain, TCHUENBOU Juliette.

Conseil départemental de Meurthe-et-Moselle 19/01/2018

Sont élus titulaires : ABEL-DECOLLOGNE Fabienne, ABRAHAM-BENDELAC Éliane, BOITEL Yves, BOUCHE Pascal, GALOIS Laurent, GUYOT Catherine, PINELLI-KREUTZ Catherine, SCHLITTER Jean-Paul, THIAUCOURT Dominique, TONNEL Estelle.

Sont élus suppléants : CRAUS Denis, FAIVRE Jean-Christophe, FLYE SAINTE MARIE Cécile, JOLIVALD Jean-Luc, LALEVEE Claire, MAHEUT-BOSSER Anne, MIDON Emmanuelle, PEDUZZI Delphine, RIGON Jean-Luc, WIEDENKELLER Michel.

Conseil départemental de la Meuse 20/01/2018

Sont élus titulaires : ANTOINE Isabelle, BOUCHY Olivier, DELEAU-PREVOTEAU Jacqueline, JACQUES-GOURIOU Mélanie, KERN Jean-Philippe, RAPT Marie-Pierre, THOUROT Guy, WERNER Bruno.

Sont élus suppléants : AUBRION Jean-Hugues, BOYEZ-SCHERRER Cécile, EZZ-EDDINE Alex, OUALI-KISLER Marion.

Conseil départemental de Moselle 21/01/2018

Sont élus titulaires : BALAND-PELTRE Karine, BAUDOIN Marie-France, BOHL Isabelle, BRETON Jean-Christophe, KOLOPP Jean-Louis, LANDMANN-DORN Sandrine, LAURAIN Jean-Louis, LE MOING-LORENT Sandrine, ROBARDET Olivier, YORIATTI Jean-Luc.

Sont élus suppléants : DAP Laurent, FOURNIER Lucile, GARCIA Albert, GIBELLI Michel, GIBELLI-BOULAY Maryvonne, KOHLER Mireille, OBISI Marie, SIRVEAUX-PLONCARD Christelle, SUDROW Cédric, TURELL Pablo.

Conseil départemental du Haut-Rhin 20/01/2018

Sont élus titulaires : ACKERMANN Marie-Claire, BALDUCCI Marion, BOGENSCHUTZ Thierry, DEMARE Nicolas, GIRARDOT Frédérique, MULLER-WALCH Sophie, PASSESADORI Yves, QUILLET Henri, REEB Charlotte, SCHATZ Pierre-Marie.

Sont élus suppléants : AUCOUTURIER Thierry, HAIDAR Elie, HOLL Nathalie, KRAUTH Nathalie, LINC-KER Marie-Odile, POTELON Philippe, WETZEL-MAEGEY Claire, ZUG Jean-Philippe.

Conseil départemental de Saône-et-Loire 14/01/2018

Sont élus titulaires : ARTUS Catherine, DELGADO BODEGO Margarita, GIRARDET Bruno, HORAT Marie-Paule, LIGIER Pascal, MAUDUIT Gilles, MONTAGNON Gérard, PETIT Marie-Laure.
Sont élus suppléants : BAUDELET Thierry, BENAÏOUN Michel, BOREAU Paulette, CHESNEAU Anne-Marie, CHEVALIER Patrick, GLON Isabelle, HAURY Luc, PARANT-GUERINEL Sandrine.

Conseil départemental des Yvelines 13/01/2018

Sont élus titulaires : BARRAIL Bernard, BERTRANDON Laurence, BUISSON Odile, CHARLES-HAN-LET Agnès, COSTIL Vanessa, GIGNAC Dominique, JACOB-VESTLING René, LEVY Pierre, LUCK Isabelle, PRUDHOMME Frédéric.
Sont élus suppléants : ANDREUX Virginie, DAMBOR Anne, GAILLEDREAU Joël, NEUMAN Éric, SAINT GEORGES Béatrice, SEBBAG Pierre.

Conseil départemental de Haute-Vienne 28/01/2018

Sont élus titulaires : BAZANAN Véronique, BOELY Thierry, BOURRAS Pierre, BOUVIER Stéphane, LAULIAC-MONBUREAU Coralie, LE FLAHEC Agnès, ROUCHAUD Éric, SERENA Claire.
Sont élus suppléants : BEAUBATIE Christophe, BRUNO Frédéric, DESCHAMPS Fabienne, FEYFANT Yves, MONIER Ghislaine, POYADE Élodie.

Conseil départemental des Vosges 21/01/2018

Sont élus titulaires : ADMANT Philippe, BERTRAND Éric, DEMURGER Matthieu, FERRY Marie-Madeleine, KALT Pauline, LETERTRE Cédric,

SIEBLER Marlène, ZONCA Bérengère.
Sont élus suppléants : BEAUMONT-THIEBAUT Dominique, BEIN Gauthier, BENAYAD Haroun, BENAYAD-IAYADEN Samia, BOUSUGE Dominique, KUEHN Frédérique, PIERRE Jacques, ZIMBRIS Laurent.

Conseil départemental de l'Essonne 28/01/2018

Sont élus titulaires : BOLLA Paul-Henri, BOUTELOUP Hélène, BRAY Marc, CASTELAIN Sophie, CHARBONNEL Pascal, DELABAR Annette, LE VAGUERES Didier, LEFORT Éric, LUCHOOMAN Geenam, PERNIN Najia.
Sont élus suppléants : ANTOGNARELLI-DUBREUIL Lena, ANTOUN Catherine, COMPAIN Gérard, DEBACQ Caroline, GERARD François, KAKANOU EKEUH Alain, LECOQ Marlène, LISTRAT Didier, ROBIN-QUICHON Dominique, SATERRE Joseph.

Conseil départemental des Hauts-de-Seine 19/01/2018

Sont élus titulaires : DECAMPS-LE CHEVOIR Joëlle, HUGUE Christian, JOUSSE Lucie, KERNEIS Tanguy, LALLOUET Fabienne, NOEL Roland, PAPON Benoît Jerry, REA Mireille, ROCHE-REAU Brigitte, SEMERCIYAN Armand, THYS Véronique, VAILLANT Denis.
Sont élus suppléants : BARDEL Joël, BOUKASSEM Sabiha, CATONI Isabelle, CHARLOT Véronique, GUILLOT Marie, HABERT Fabienne, HUYNH Mai An Ngoc, MARION Alexis, MONPEZAT Jean-Philippe, SEE Jacques, TEBOUL Fabien, TOPCHA Maurice.

Conseil départemental de Seine-Saint-Denis 21/01/2018

Sont élus titulaires : AUSTIN Gérard, BARGUI Fatima, DEPREZ Virginie, FAURE Valérie, FELLOUS Edgard, FONTENOY Audrey, GAILLARD-REGNAULT Jean-Luc, LAUGAREIL Patrick, PIQUET Jacques, SOHET Marie-Catherine.
Sont élus suppléants : AZULAY Jacques, BLONDEL Dominique, BOUGHAZI Lila, CATHELINE Jean-Marc, DUVAUCHELLE Séverine,

LAMBERT-BENSIMON Yaël, M'BAREK Basma, M'VUENDY-MAYUMA Marie-France, RAHME Tony, SONGY Bernard.

Conseil départemental du Val-de-Marne 21/01/2018

Sont élus titulaires : BERGES Christian, BOTTEREL-CHARTIER Françoise, DE LACROIX SZMANIA Isabelle, LE DOUARIN Bernard, LEPRONT Jean-Noël, MAURY Evelynne, PRULIERE-ESCABASSE Virginie, SAREMBAUD Alain, SONTAG Christelle, THERON Patrick.
Sont élus suppléants : ARMAND Jean-Paul, BUES Christine, COTTEN-CATALIERI Marguerite, DE BARY Jean-Brice, FAVRE Madeleine, GIBERT Éric, LOEB Emmanuel, MALFAIT Josette, MARTIN Séverine, PICARD Jacques.

Conseil départemental du Val-d'Oise 20/01/2018

Sont élus titulaires : AUBONNET-CAUPIN Sylvie, BOURHIS Christian, COMACLE Patrice, DELMOTTE Marie-Hélène, DIARD Catherine, DUMILLARD Céline, ESCOBEDO Patricia, HUMBERT Gérard, POLETTO Bernard, RIGAUT Xavier.
Sont élus suppléants : BARBELENET Dominique, DELMAS Elisabeth, FRANCISCO Martine, GIRARDON-GRICHY Dominique, GRICHY Jacques, JANKOWSKI Olivier, LE BLANCHE Alain, LEVASSEUR Sylvie, MEDIONI Bernard, MOKHTARI Cherifa.

Conseil départemental de la Guadeloupe 21/01/2018

Sont élus titulaires : ALLANI Iyadh, BALLANDRAS Julie, BOREL Marius, GENE Sonny, HEDREVILLE Mona, MOUNSAMY Josué, PIERROT-MONTANTIN Monique, URSULE-OULAC Emmanuelle.
Sont élus suppléants : BERTHIER-BICAIS Marie-Claude, CANOPE David, CHATAIGNE-HIBADE Claudine, CLAUDEON Joëlle, FAURE Jean-Marie, GLAUDE Anthony, SAMYDE Christian, TIROLIEN Yanick.

À suivre.

Réforme du travail

L'impact des « ordonnances Macron »

Le 14 février 2018, le Parlement a définitivement adopté la loi ratifiant les 6 ordonnances dites Macron. Les textes ont ainsi perdu leur valeur réglementaire et acquis une valeur législative. Rédigées durant l'été après concertation des organisations syndicales, les ordonnances ont été signées par le président de la République, le 22 septembre 2017, devant les caméras de télévision. L'ensemble des décrets d'application ayant été publiés à la fin de 2017, la réforme est donc intégralement applicable depuis le 1^{er} janvier 2018.

Les nouvelles dispositions concernent l'ensemble du code du travail : de la négociation collective aux instances représentatives du personnel (le « comité d'entreprise », né après la Libération, disparaît pour laisser la place à un « comité social et économique »), en passant par la rupture du contrat de travail, la santé au travail et certains types de contrats (CDD, CDI de chantier) ou formes d'emploi (télétravail).

L'ordonnance n° 2017-1387 relative à la prévisibilité et la sécurisation des relations de travail s'adresse plus particulièrement aux cabinets médicaux en promettant notamment une procédure de licenciement simplifiée et sécurisée. Le gouvernement espère ainsi encourager la création d'emplois en donnant aux employeurs plus de visibilité sur les effets de la rupture du contrat de travail.

La revalorisation de l'indemnité légale de licenciement

L'indemnité de licenciement est due au salarié en CDI qui fait l'objet d'un licenciement pour motif personnel ou économique. Elle n'est toutefois pas due en cas de licenciement pour faute grave ou lourde.

Une condition d'ancienneté réduite

La loi de modernisation du marché du travail avait déjà, en 2008, ramené de 2 à 1 an l'ancienneté requise pour bénéficier d'une indemnité légale de licenciement. Elle est cette fois réduite à 8 mois. L'ouverture des droits est déterminée à partir du jour où l'employeur envoie la lettre recommandée de licenciement.

Un nouveau calcul

L'indemnité légale est calculée à partir de la rémunération brute.

Le salaire de référence est déterminé en prenant en compte, selon la formule la plus avantageuse pour le salarié :

- soit 1/12^e de la rémunération brute des 12 derniers mois précédant la rupture du contrat;
- soit 1/3 des 3 derniers mois (dans ce cas, les primes et gratifications exceptionnelles ou annuelles sont prises en compte au prorata du temps de présence). L'ancienneté est calculée à la fin du préavis, même si celui-ci n'est pas exécuté.

Avant le 27 septembre 2017, l'indemnité était :

- pour les 10 premières années : 1/5^e de mois de salaire par année d'ancienneté
- à partir de la 11^e année : 1/5^e de mois de salaire par année d'ancienneté

auquel s'ajoutent 2/15^{es} de mois de salaire par année.

Désormais, l'indemnité ne peut pas être inférieure aux montants suivants :

- pour les 10 premières années : 1/4 de mois de salaire par année d'ancienneté;
- à partir de la 11^e année : 1/3 de mois de salaire par année d'ancienneté.

En cas d'année incomplète, l'indemnité est calculée proportionnellement au nombre de mois complets.

Le contenu de la lettre de licenciement

L'obligation de motivation du licenciement assouplie

Selon l'article L. 1232-6 du code du travail, « lorsque l'employeur décide de licencier un salarié, il lui notifie sa décision par lettre recommandée avec avis de réception. Cette lettre comporte l'énoncé du ou des motifs invoqués par l'employeur ». Pour la Cour de cassation, l'imprécision des motifs vaut absence de motifs.

Cette obligation de motiver la lettre de licenciement est considérablement assouplie par l'article 4 de l'ordonnance car désormais les motifs énoncés dans la lettre de licenciement pourront être précisés par l'employeur après la noti-

fication de celui-ci au salarié.

Le salarié peut, dans les 15 jours suivant la notification de son licenciement, demander à son employeur des précisions sur les motifs énoncés dans la lettre de licenciement.

L'employeur dispose alors d'un délai de 15 jours après la réception de la demande du salarié pour apporter des précisions s'il le souhaite.

L'employeur peut également, à son initiative, préciser les motifs de licenciement dans ce même délai de 15 jours à compter de la notification du licenciement. Le texte ne précisant pas s'il s'agit d'un délai franc ou de jours calendaires, il est conseillé de retenir cette dernière solution.

L'employeur ne pourra cependant pas invoquer de nouveaux motifs, ni pallier l'absence totale d'indication des motifs dans la lettre de licenciement.

L'allègement des sanctions de l'insuffisance de motivation

Lorsque le salarié ne demande pas à l'employeur des précisions sur les motifs énoncés dans la lettre de licenciement, l'irrégularité que constitue l'insuffisance de motivation de la lettre de licenciement ne privera plus, à elle seule, le licenciement de cause réelle et sérieuse.

Autrement dit, en cas de contentieux, l'employeur pourra tenter de justifier le licenciement en précisant les motifs contenus dans la lettre de licenciement.

À titre de réparation de l'irrégularité que constitue l'insuffisance de motivation, le salarié aura toutefois droit à une indemnité qui ne pourra excéder un mois de salaire.

Pour aider les employeurs, le Gouvernement et les partenaires sociaux ont mis en ligne 6 modèles de lettres de licenciement (pour motif personnel ou économique). Cependant, comme ils comportent des imprécisions voire des inexactitudes, il n'est pas conseillé de les utiliser.

Le barème d'indemnisation

Les nouveaux planchers et plafonds

C'est L'UNE des mesures embléma-

Montant de l'indemnité pour licenciement sans cause réelle et sérieuse		
Ancienneté du salarié dans l'entreprise (en années complètes)	Indemnité minimale (en mois de salaire brut)	Indemnité maximale (en mois de salaire brut)
0	Sans objet	1
1	1	2
2	3	3,5
3	3	4
4	3	5
5	3	6
6	3	7
7	3	8
8	3	8
9	3	9
10	3	10
11	3	10,5
12	3	11
13	3	11,5
14	3	12
15	3	13
16	3	13,5
17	3	14
18	3	14,5
19	3	15
20	3	15,5
21	3	16
22	3	16,5
23	3	17
24	3	17,5
25	3	18
26	3	18,5
27	3	19
28	3	19,5
29	3	20
30 et au-delà	3	20

tiques des ordonnances. Jusque-là, en cas de licenciement sans cause réelle et sérieuse, le code du travail prévoyait un plancher de 6 mois pour les salariés ayant plus de 2 ans d'ancienneté dans une entreprise de plus de 11 salariés mais aucun plafond n'existait.

Un référentiel obligatoire de dommages et intérêts avait été créé en août 2015 mais censuré par le Conseil constitutionnel. Intégré dans le projet de loi Travail dite El Khomri en 2016 avant d'en être retiré, il est finalement institué par l'article 2 de l'ordonnance

Montant de l'indemnité pour licenciement sans cause réelle et sérieuse (montant plancher spécifique aux entreprises de moins de 11 salariés)	
Ancienneté du salarié dans l'entreprise (en années complètes)	Indemnité minimale (en mois de salaire brut)
0	Sans objet
1	0,5
2	0,5
3	1
4	1
5	1,5
6	1,5
7	2
8	2
9	2,5
10	2,5

n° 2017-1387 du 22 septembre 2017. Il s'applique aux licenciements notifiés après le 23 septembre 2017.

Ce barème ne s'appliquera pas en cas de faute de l'employeur d'une exceptionnelle gravité, notamment pour les cas de :

- harcèlement;
- ou discrimination;
- ou atteinte aux libertés fondamentales.

Une petite insécurité juridique

Le 13 septembre 2017, la Chambre sociale de la Cour de cassation a opéré un revirement de jurisprudence en décidant que la perte injustifiée de son emploi par le salarié lui cause un préjudice dont il appartient au juge d'apprécier l'étendue.

Certains voient dans cette décision, rendue quelques jours avant la publication des ordonnances au *Journal officiel*, le signe d'une fronde visant le tout nouveau barème d'indemnisation. Le Gouvernement a fait la promesse de la sécurité juridique; reste à voir si les juges suivront.

M^e Cécile Capsal, avocat associé,
Cabinet CAYOL CAHEN TREMBLAY
& Associés

Présentation faite dans le cadre de la
journée de contrats – congrès de
l'Ordre des médecins 2017

Le certificat médical et le formulaire de demande MDPH

Le certificat médical et le formulaire de demande pour les démarches auprès des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) viennent d'être modifiés.

Pourquoi de nouveaux certificat médical et formulaire de demande ?

Ces nouveaux formulaires sont l'aboutissement d'une expérimentation nationale, menée dans plusieurs départements, qui a associé les différentes parties prenantes et visait principalement à simplifier et à personnaliser le parcours des usagers ainsi qu'à améliorer la qualité de la prise de décision et l'égalité de traitement sur le territoire.

Le nouveau modèle de certificat médical a été co-construit avec des représentants des conseils départementaux de l'Ordre des médecins et des unions régionales de professionnels de santé (URPS) des départements pilotes.

À quoi sert ce certificat médical ?

Les informations apportées par ce certificat médical permettent aux médecins et aux autres membres de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH d'évaluer efficacement la situation de la personne en situation de handicap pour lui apporter les réponses les plus adaptées à sa situation. Cette évaluation s'inscrit dans la continuité du parcours de soins et d'accompagnement de la personne en situation de handicap. Elle n'a pas vocation à poser, confirmer ou infirmer un diagnostic et s'appuie pour une grande part sur les bilans et examens déjà réalisés.

Cette évaluation est globale. Elle porte sur différentes dimensions et aborde notamment les déficiences, les limitations d'activités et leurs retentissements dans la vie quotidienne, sociale, scolaire ou professionnelle de la personne, en tenant compte de son environnement. Le diagnostic de la pathologie à l'origine du handicap est important à prendre en compte car il permet notamment d'avoir des éléments de pronostic et de rattacher les déficiences et incapacités à un tableau clinique connu. Toutefois ce diagnostic ne permet pas une évaluation du handicap, celui-ci variant avec le retentissement fonctionnel, le stade évolutif, les thérapeutiques mises en œuvre avec leurs contraintes ou effets secondaires. Cette approche permet de s'adapter à la diversité des situations. Deux personnes atteintes d'une même pathologie peuvent, en fonction du retentissement fonctionnel, se voir reconnaître un taux d'incapacité et des propositions d'aides différents. Il est donc important d'indiquer dans ce certificat médical des informations sur le diagnostic et les éléments cliniques, mais aussi de préciser :

- la régularité ou le caractère fluctuant des troubles ;
- toutes les informations utiles sur la nature des prises en charge médicalementes, avec une description des contraintes et des effets secondaires éventuellement présentés, ainsi que sur les autres prises en charge ou

accompagnements en précisant les contraintes qui en découlent ;

- les difficultés rencontrées dans les différents domaines de la vie (communication, entretien personnel, mobilité...), les compensations si elles existent ;
- les difficultés rencontrées au quotidien dans le cadre familial, social et scolaire ou professionnel.

Il est recommandé de joindre à ce certificat médical tous les comptes rendus médicaux ou paramédicaux pouvant apporter des informations complémentaires.

La durée de validité de ce certificat médical est de 6 mois. Dans le cas d'un handicap susceptible d'une évolution rapide, l'équipe pluridisciplinaire peut demander un certificat d'une durée de validité inférieure.

Bien complété, ce certificat médical permet aux personnes en situation de handicap de faire valoir leurs droits et limite les sollicitations itératives ultérieures visant à obtenir les informations qui n'auraient pas été initialement transmises.

Le certificat médical est un document indispensable à l'examen d'une demande à la MDPH. Sans certificat médical, le dossier est considéré incomplet et ne peut pas être instruit.

Quelles sont les modifications apportées au certificat médical ?

Les évolutions apportées au certificat médical ont pour objectif de faciliter

et de mieux guider le remplissage, afin que les informations médicales transmises au médecin et à l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, soient les éléments utiles et nécessaires à l'évaluation des situations et à l'identification des besoins.

C'est un document téléchargeable sous forme PDF « cliquable » qui peut être complété et conservé dans le système d'information du cabinet médical. Ce document initial pourra être modifié en tant que de besoin lors de toute demande ultérieure, sans avoir à remplir à nouveau la totalité du document.

Le certificat médical simplifié est conservé, mais doit être utilisé à bon escient : trois questions vous permettent de déterminer si vous pouvez vous limiter à le remplir.

Les rubriques figurant dans le précédant certificat ont été conservées. La nouvelle présentation, plus aérée, permet de guider leur remplissage. La rubrique sur le retentissement fonctionnel a été complétée avec des éléments plus objectifs sur les déplacements et l'harmonisation des systèmes de cotation permet de décrire plus facilement le retentissement fonctionnel.

Ce certificat médical est à compléter par des formulaires annexes, qui permettent d'apporter les informations pertinentes, lorsque des atteintes sensorielles participent à la situation de handicap de la personne : atteinte de la fonction audi-

tive (volet 1) ou de la fonction visuelle (volet 2).

Nota bene : En 2018, un autre formulaire annexe sera ajouté, qui portera sur les atteintes des fonctions supérieures, qu'elles soient mentales, cognitives ou psychiques.

Une notice présente les différentes rubriques. Elle donne aussi des conseils pratiques pour les compléter et apporte des repères pour mieux comprendre les principes de l'évaluation conduite par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH.

Quelles sont les modifications apportées au formulaire de demande ?

Ce nouveau formulaire permet à la personne effectuant une demande auprès de la MDPH d'exprimer plus facilement son projet de vie en étant guidée pour faire état de ses besoins et de ses attentes. La personne ne devra plus nécessairement demander des droits ou prestations de manière précise, tels que la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), la prestation de compensation (PCH), l'allocation aux adultes handicapés (AAH), la carte mobilité inclusion (CMI)... même si elle conserve le droit de le faire. Si elle le souhaite, elle pourra plus simplement demander l'étude de l'ensemble des droits pouvant le cas échéant être mis en place pour répondre à ses différents besoins en

fonction des caractéristiques de sa situation. Les informations transmises sont adaptées en fonction des projets des personnes.

Ces modifications ont pour objectif de faciliter et de simplifier les démarches des personnes en situation de handicap auprès de la MDPH. Ce nouveau formulaire doit aussi permettre d'éviter les demandes itératives, que ce soit pour l'ouverture des droits ou pour leur renouvellement.

À terme, et par l'effet conjugué d'autres mesures (par exemple, l'augmentation des durées d'attribution), une diminution du nombre de dossiers de demande est attendue et devrait s'accompagner d'une réduction du nombre de certificats médicaux.

Ce nouveau certificat et les formulaires annexes (Cerfa n° 15692*01) sont à utiliser dès à présent, toutefois les certificats déjà complétés sur l'ancien modèle de certificat médical continueront à être acceptés le temps d'assurer la diffusion du nouveau document.

**D' Frédéric TALLIER, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
D' Chantal ERAULT, Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)**

+ d'infos

Les formulaires peuvent être téléchargés sur www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/R19996

Ordonnance n° 2018-17 du 12 janvier 2018

relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé.

Recommandations de l'Anses

à destination des personnes asthmatiques mettant en avant une possible aggravation de leur pathologie suite à l'utilisation de sprays « assainissants » à base d'huiles essentielles (<https://www.anses.fr>).

Calendrier vaccinal 2018 : onze vaccins obligatoires

Le nouveau calendrier vaccinal a été publié le 9 février. Parmi les nouveautés figure le caractère obligatoire, depuis le 1^{er} janvier 2018, de huit vaccinations auparavant recommandées : <http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal>

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



Déclaration d'une adresse électronique Une obligation légale

Afin d'améliorer la diffusion des messages de sécurité par les autorités sanitaires, la déclaration d'une adresse électronique pour tout médecin inscrit à l'Ordre est désormais une obligation légale qui s'impose également à tout professionnel de santé. Cette adresse électronique doit être mise à la disposition des autorités sanitaires. Elle le sera par son enregistrement dans le RPPS (répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé). Les adresses électroniques enregistrées dans le RPPS sont des données d'accès restreint, qui ne sont mises à la disposition que des autorités sanitaires et des établissements de santé ou médicaux sociaux pour leur personnel.

Si vous avez déjà fourni une adresse électronique à votre Conseil départemental, aux seules fins de recevoir des messages ordinaires, elle pourrait être transmise par défaut au RPPS, sauf opposition de votre part auprès du conseil départemental. Si vous n'avez pas encore transmis d'adresse électronique à votre conseil,

nous vous invitons à le faire dès à présent. Dans un souci d'efficacité et dans le cadre du projet de dématérialisation des procédures ordinaires, cette adresse pourra être utilisée par l'Ordre pour communiquer avec vous.

Si vous vous opposez à ce que l'adresse électronique que vous avez fournie à l'Ordre soit inscrite dans le RPPS mais reste à usage strictement ordinal, vous devez alors, aux termes de la loi, déclarer via l'Ordre une autre adresse électronique qui sera inscrite dans le RPPS. Pour toute précision complémentaire, nous vous invitons à vous adresser à votre conseil départemental.

Les coordonnées de votre conseil sont disponibles sur le site du Conseil national : <https://www.conseil-national.medecin.fr/contacts-ordre-des-medecins>.

1. L'article L. 4001-2 du code de la santé publique dispose que « [...] les professionnels de santé déclarent auprès du conseil de l'Ordre [...] une adresse électronique leur permettant d'être informés des messages de sécurité diffusés par les autorités sanitaires. Cette information est [...] transmise aux autorités sanitaires à leur demande. »



Certificat MDPH Le Cnom obtient des améliorations

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a pu obtenir, dans la phase de concertation, des allègements du modèle de certificat médical MDPH et une meilleure qualité d'ergonomie que la version précédente.

Par ailleurs, le Cnom avait souhaité que le formulaire de demande auquel doit être joint le certificat, identifie mieux les catégories de professionnels composant l'équipe pluridisciplinaire pour une meilleure information du demandeur dès lors que l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH constitue légalement une équipe de soins au sein de laquelle les informations y compris médicales peuvent circuler en

fonction des nécessités de la prise en charge et des compétences de chacun. Il n'a pas obtenu satisfaction sur ce point. Enfin, s'il n'est plus prévu que le certificat médical soit adressé au médecin de l'équipe pluridisciplinaire cette bonne pratique doit être maintenue. Il est indispensable, avant toute mise en partage au sein de l'équipe, de s'assurer que chaque accès soit tracé et enregistré. Il relève de la responsabilité de chaque professionnel de respecter les conditions d'accès aux données médicales. Le rappel des sanctions pénales doit être fait auprès de tous les professionnels concernés et un contrôle aléatoire des accès doit être organisé (voir p. 28-29).

culture médicale



Traité de psychiatrie légale,
Pierre Ageneau, Jules Fineltain, Alain
Jean Varet, sous la direction de Serge
Bornstein, éditions Bruylant, 95 euros

TRAITÉ DE PSYCHIATRIE LÉGALE

Discipline relativement négligée entre les deux guerres, la psychiatrie légale connaît depuis le début des années 1950 un renouveau mondial comme l'atteste le nombre de congrès et de publications spécialisées. Outre les expertises ordonnées dans le cadre d'une procédure pénale, la psychiatrie légale intervient dans les rapports de la personne avec l'administration, les assurances et la sécurité sociale. Les auteurs proposent dans cet ouvrage un recueil exhaustif, systématique et circonstancié des données les plus récentes de la psychiatrie légale. Ce traité s'adresse ainsi à tous les professionnels et étudiants des secteurs juridique, médical et médico-social mais aussi à toute personne en quête de réponses claires et précises en matière de psychiatrie légale.



*Télémédecine, la vraie médecine
de proximité,* Jacques Cinqalbre,
Éditions du signe, 20 euros

TÉLÉMÉDECINE, LA VRAIE MÉDECINE DE PROXIMITÉ

La télémédecine s'impose aujourd'hui comme un vecteur décisif d'évolution pour l'exercice médical. Avec la possibilité d'effacer les distances et de compacter le temps, la téléconsultation peut permettre au médecin d'effectuer un acte courant aussi satisfaisant qu'en mode présentiel. La télémédecine offre également des possibilités inédites : recueillir l'expertise d'un collègue spécialiste séance tenante ou faire une visite à domicile sans se déplacer. Autant de bouleversements dans la pratique professionnelle des médecins qui en appelleront d'autres. Dans ce livre, Jacques Cinqalbre nous décrit son approche pour concrétiser ces nouvelles avancées en s'impliquant personnellement dans le développement d'une offre complète, matérielle et logicielle, de télécommunication.



Une histoire de l'orthopédie pédiatrique,
ouvrage collectif sous la direction
de Rémi Kohler, Éditions Sauramps
Médical, 30 euros

UNE HISTOIRE DE L'ORTHOPÉDIE PÉDIATRIQUE

À l'occasion de ses 40 ans, la Société française d'orthopédie pédiatrique (Sofop) a souhaité éditer un livre sur l'histoire de l'orthopédie pédiatrique. L'occasion de regarder vers le passé et d'observer les progrès réalisés. Traumatologie, scoliose, pied bot, inégalités de longueur des membres inférieurs, luxation congénitale de la hanche, tumeurs osseuses... ce livre retrace le cheminement des pensées depuis la reconnaissance de ces affections jusqu'aux progrès actuels.



*Des robots et des hommes, mythes,
fantasmes et réalité,* Laurence Devillers,
Éditions Plon, 16,90 euros

DES ROBOTS ET DES HOMMES, MYTHES, FANTASMES ET RÉALITÉ

Ce livre a pour but d'expliquer, à partir des mythes et fantasmes qui l'entourent, ce qu'est l'intelligence artificielle des robots. L'objectif : préparer l'avenir en proposant que ces futurs compagnons empathiques suivent des commandements éthiques. L'auteure, Laurence Devillers, professeure d'informatique à l'université Paris-Sorbonne, imagine ici des solutions pragmatiques combinant avancées technologiques et réflexions philosophiques. Elle illustre son propos à l'aide de récits de fiction montrant l'impact sociétal que ces objets pas comme les autres auront sur nos sociétés.

Propos recueillis par **Béatrice Jaulin** | Photo : DR



Dr Jean-Noël Fabiani,

chef de service de chirurgie cardio-vasculaire (Hôpital européen Georges-Pompidou), directeur du diplôme d'université (faculté de médecine Paris-Descartes)

« Les étudiants en médecine ne peuvent pas faire l'économie des sciences humaines »

« J'ai eu la chance d'effectuer mon stage de première année de médecine dans le service du Pr Dubost qui a réalisé la première transplantation cardiaque réussie. Appliquer la recherche à la clinique humaine : c'était ce que je souhaitais faire. J'ai donc mené de front la recherche et la spécialisation en chirurgie cardiaque. J'appartiens à la génération de médecins qui ont vécu cette aventure exceptionnelle de la substitution. Il n'était plus seulement question de soigner un organe. La médecine moderne était capable désormais de le remplacer grâce à la prothèse ou la greffe. Les années qui ont suivi ont été celles d'un parcours linéaire mais passionnant à l'intérieur du même service, d'abord à Broussais, puis à l'Hôpital Georges-Pompidou. Les opérations cardiaques très lourdes que j'ai pratiquées au long de ces années m'ont appris une chose fondamentale : nous vivons dans un pays riche où certaines pathologies ont complètement disparu. Avec l'ouverture des frontières et la circulation des personnes, elles réapparaissent. Or la nouvelle génération de médecins ne sait pas les soigner. Le rhumatisme aigu articulaire, par exemple, affecte des millions d'enfants dans le monde avec des conséquences cardiaques dramatiques. Nous en

soignons quelques-uns dans mon service, ce qui permet aux jeunes chirurgiens d'apprendre. Le médecin ne peut plus se contenter du cercle étroit de sa salle d'attente. Il doit soigner et se former à une échelle bien plus vaste. J'ai compris cela alors que, jeune interne, je partais en mission pour Médecins sans Frontières. J'ai le souvenir d'un séjour en Haute Volta, aujourd'hui Burkina Faso, et de ma rencontre avec un marabout. Il m'a appris ce qu'était la médecine avec un grand M : une discipline qui ne pouvait pas tout démontrer, ni se contenter de certitudes inamovibles, mais devait prendre en compte l'homme dans son environnement. Depuis, j'ai multiplié les missions, humanitaires ou universitaires, en Afrique et en Asie. Aujourd'hui, je suis aussi professeur d'histoire de la médecine et j'écris des ouvrages sur ce sujet. Tout est lié, et rien, à mon avis, n'est le fruit du hasard. Je suis persuadé que les étudiants en médecine ne peuvent pas faire l'économie des sciences humaines : histoire, éthique, ethnologie... Je retrouve là ce que m'a enseigné le marabout : le médecin n'est pas seulement un scientifique. Sa pratique quotidienne se nourrit de tout ce que peuvent lui apporter les sciences humaines. »

parcours

1977

Thèse de médecine (Laboratoire d'études des greffes et prothèses cardiaques - Hôpital Broussais)

1987

Professeur agrégé de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

1997

Chef du service de chirurgie cardio-vasculaire à l'hôpital Broussais, puis de 2000 à 2016, à l'Hôpital européen Georges-Pompidou.

2010

Directeur du diplôme d'université - faculté de médecine Paris-Descartes

2016

Publication de *C'est l'hôpital qui se moque de la charité!* (éditions des Arènes)

2017

Publication de *30 histoires insolites qui ont fait la médecine* (éditions Plon)



Pour aller plus loin :

www.conseil-national.medecin.fr