OCTOBRE 2021 - 09/10 AU 15/10/2021

REVUE DE PRESSE

Sagéo



LE PLAN DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE 2022 PREND EN COMPTE LE REMBOURSEMENT DU SUIVI À DOMICILE

A partir de 2022, la prise en charge à domicile des personnes âgées en situation de dépendance sera remboursée par la sécurité sociale. Cette décision renforce l'approche de Sagéo, trait d'union entre le plateau technique de ville et le patient jusqu'à son domicile.



SOMMAIRE

| 1. | Secteur de la santé | 3 |
|---|---|----|
| L'ave | enant 9 de la Convention médicale tire les leçons de la crise sanitaire et recadre les pratiques de la télémédecine | 3 |
| Euro | news Debates La santé de demain : et si on sortait de l'hôpital ? | 6 |
| Haus | sse des tarifs des complémentaires santé : Olivier Véran met un coup de pression | 8 |
| 2. | Pôles de santé, professionnels de santé | |
| Cent | res de santé, un nouveau souffle ? | 10 |
| Don du sang : le médecin, pierre angulaire pour reconstituer les stocks | | 11 |
| | des étudiants et internes souffrent d'anxiété, 39 % ont des signes de dépression | |
| 3. | E-santé | 14 |
| Doct | olib rachète un concurrent en Italie et part à la conquête du marché transalpin de la santé | 14 |
| Apple | e voudrait transformer ses AirPods en appareil de santé connectés | 16 |
| 4. | Sagéo et ses partenaires | 17 |
| Implementation of a multidisciplinary perinatal care program in French gynecology clinics. – PointGyn | | 17 |
| | 17 | |

1. Secteur de la santé

L'assurance Maladie, 10/10/2021

L'avenant 9 de la Convention médicale tire les leçons de la crise sanitaire et recadre les pratiques de la télémédecine.



Il était attendu des nombreux acteurs qui ont oeuvré au développement de la télémédecine pendant la période épidémique de la Covid-19. L'avenant 9 de la Convention médicale, signé le 30 juillet 2021 entre l'Assurance maladie obligatoire (AMO) et les partenaires conventionnels, est présenté sur le site Ameli.fr comme un texte pour mieux prendre en compte les besoins mis en lumière pendant la crise sanitaire. https://www.ameli.fr/cotes-d-armor/medecin/actualites/avenant-9-un-texte-pour-mieux-prendre-en-compte-les-besoins-mis-en-lumiere-pendant-la-crise. Il devrait entrer en vigueur au 1er avril 2022.

Ce nouvel avenant n'est pas uniquement consacré à la télémédecine. Le 1er article est consacré d'une part au renforcement du recours aux médecins spécialistes dans le cadre du parcours de soins, d'autre part à l'amélioration de la prise en charge des patients fragiles, avec en particulier une incitation financière pour augmenter les visites médicales au domicile de ces patients fragiles. Le 3ème article valorise l'engagement des médecins libéraux dans le dispositif de prise en charge des soins non programmés à travers la participation au Service d'accès aux soins (SAS). C'est le 2ème article de l'avenant qui est consacré au renforcement du recours et du développement de la télémédecine. C'est uniquement cet article qui est commenté dans ce billet.

Les pratiques de la téléconsultation (TLC) seront moins contraignantes pour les professionnels médicaux dans leur mise en oeuvre, mais l'exigence de qualité est renforcée.

L'art. 28.6.1.1. de l'avenant 6 dont le troisième sous-titre était :"Parcours de soins et connaissance préalable du patient par le médecin téléconsultant" est remplacé dans l'avenant 9 par le sous-titre suivant : "Parcours de soins et alternance des soins en téléconsultation". L'organisation des TLC se fait toujours dans le respect du parcours de soins coordonné par le médecin traitant.

Le troisième et le quatrième alinéa du paragraphe intitulé "Principes" sont <u>supprimés</u>. Dans l'avenant 6, ces deux alinéas étaient les suivants :

Pour ouvrir droit la facturation à l'Assurance maladie, les patients bénéficiant d'une TLC doivent être orientés initialement par leur médecin traitant, dans les conditions définies à l'article 18.1 de la convention, quand la téléconsultation n'est pas réalisée avec ce dernier;

Être connus du médecin téléconsultant, c'est-à-dire ayant bénéficié au moins d'une consultation avec lui en présentiel dans les douze mois précédents, avant toute facturation de téléconsultation, afin que celui-ci puisse disposer des informations nécessaires à la réalisation d'un suivi médical de qualité.

Le nouveau texte est le suivant : « Pour assurer la qualité des soins en TLC, le suivi régulier du patient s'effectue à la fois par des consultations en présentiel et en TLC au regard des besoins du patient et de l'appréciation du médecin, et ce afin que ce dernier puisse disposer des informations nécessaires à la réalisation d'un suivi médical de qualité. »

On peut en déduire que l'obligation d'avoir vu préalablement le patient en consultation présentiel dans les 12 mois qui précédent la téléconsultation est bien supprimée. Le nouveau texte met cependant l'accent sur un suivi

médical de qualité alternant les consultations en présentiel et les TLC, ces dernières relevant de l'appréciation du médecin qui a la responsabilité de leur pertinence pour le patient, comme l'a rappelé le décret relatif à la télésanté du 3 juin 2021. (http://www.telemedaction.org/449707641) Pour juger de la pertinence d'une TLC, il faut, soit connaître préalablement le patient, soit avoir la capacité de considérer que les symptômes ou motifs à l'origine de la demande relèvent ou non d'une TLC. Si le motif de la TLC ponctuelle est considéré comme non pertinente, le médecin téléconsultant doit réorienter le patient vers une consultation en présentiel. C'est une obligation déontologique.

Le paragraphe intitulé « Exceptions et aménagements » est complété.

On rappelle tout d'abord les exceptions au parcours de soins qui existaient dans l'avenant 6 et qui sont maintenus dans l'avenant 9 :

"Les exceptions au parcours de soins définies à l'article 17 de la présente convention s'appliquent aux TLC : patients âgés de moins de 16 ans, accès direct spécifique pour certaines spécialités (gynécologie, ophtalmologie, stomatologie, chirurgie orale ou en chirurgie maxillo-faciale, psychiatrie ou neuropsychiatrie et pédiatrie)".

"En outre, l'exigence de respect du parcours de soins coordonné ne s'applique pas aux patients, dès lors qu'ils sont dans l'une ou l'autre des situations suivantes: ils ne disposent pas de médecin traitant désigné, leur médecin traitant n'est pas disponible dans un délai compatible avec leur état de santé."

L'avenant 9 ajoute les alinéas suivants à ce paragraphe :

Par exception également, l'exigence du respect du principe de territorialité pour recourir à la TLC ne s'applique pas pour les patients résidant dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins mentionnées au 10 de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique dans les cas mentionnés ci-dessous :

- pour les TLC de médecine générale : pour les patients n'ayant pas de médecin traitant désigné ; et en l'absence d'organisation territoriale telle que définie à l'article 28.6.1.2.
- pour les TLC d'autres spécialités : en l'absence d'organisation territoriale telle que définie à l'article 28.6.1.2.
- pour les TLC demandées par le régulateur du Service d'accès aux soins (SAS) en cas d'échec d'une prise de rendez-vous sur le territoire.

Cet article prend en compte les arguments développés avant et pendant la crise sanitaire par certains fournisseurs de services de TLC (regroupés en France au sein des entreprises de télémédecine ou LET). Ces fournisseurs de TLC estiment qu'ils rendent service aux populations des "déserts médicaux" où l'offre de soins est considérée insuffisante ou difficile d'accès.

Cette disparition du principe d'exigence de territorialité qu'avait créé l'avenant 6 reste cependant limitée aux territoires qui n'ont pas encore mis en place d'organisations territoriales, telles les CPTS, les équipes de soins primaires (ESP), les équipes de soins spécialisés (ESS), dont la mission est précisément d'améliorer l'accès aux soins primaires et spécialisés au niveau territorial. (http://www.telemedaction.org/424171961)

Comme le rappelle l'excellente enquête réalisée en juin 2021 par l'institut CSA pour France-Assos-Santé, 43% des 16 millions de Français âgés de 18 ans et plus qui ont bénéficié d'une TLC entre mars 2020 et juin 2021 étaient domiciliés en Île de France, soit près de 7 millions de personnes. En clair, près de 70% de la population francilienne âgée de 18 ans et plus (environ 10 millions) aurait eu au moins une TLC pendant la période étudiée, contre seulement 20% des 43 millions de Français (18 ans et plus) vivant en dehors de la région Île de France.

Nous avions déjà évoqué dans un précédent billet de mars 2019 cette fracture numérique entre la région francilienne et le reste de la France dans l'accès à la TLC. (http://www.telemedaction.org/442044355) Il sera intéressant d'évaluer fin 2022 ou fin 2023 si cet élargissement à des TLC ponctuelles organisées hors du territoire corrigera la fracture numérique entre la région francilienne et les autres régions françaises ou si à l'inverse elle renforcera l'accès à la TLC des franciliens.

Enfin, l'article 28.6.1.3. de l'avenant 6 intitulé "Modalités de réalisation de l'acte de téléconsultation" est modifié à deux endroits :

Au 1er sous-titre intitulé " Conditions de réalisation": « Les partenaires conventionnels examineront dans le cadre d'un groupe de travail spécifique l'opportunité de développer et de valoriser de nouveaux modes de communication sans contact entre le patient et le médecin, y compris la téléconsultation par téléphone, quand la vidéotransmission n'est pas possible ainsi que l'usage de la messagerie sécurisée de santé avec les patients »

Au 2ème sous-titre intitulé " Compte rendu de la téléconsultation": « L'acte de téléconsultation doit faire l'objet d'un compte rendu établi par le médecin téléconsultant, qu'il archive dans son propre dossier patient, conformément aux obligations légales et réglementaires, et doit obligatoirement être transmis au médecin traitant et au médecin ayant sollicité l'acte. »

L'avenant autorise également que l'une des trois consultations du forfait thermal se fasse par TLC

La TLC par téléphone a été très utilisée pendant la période Covid-19.

(http://www.telemedaction.org/446583038). Sur les 20 millions de TLC remboursées par l'AMO en 2020, environ 40% ont été réalisées par téléphone. Les raisons sont multiples, dont l'accès à internet qui manque chez 7 millions de nos concitoyens et l'illectronisme qui touche 35% de la population française, dont 70% chez les personnes âgées de 70 ans et plus (http://www.telemedaction.org/450497110).

Ce n'est donc pas toujours l'absence d'accès à internet qui a conduit à réaliser ces TLC par téléphone pendant l'état d'urgence sanitaire. C'est un sujet difficile à traiter, car la TLC par téléphone est considérée par de nombreux médecins comme une forme dégradée de la consultation présentielle, alors que la TLC par Visio, lorsqu'elle est réalisée dans de bonnes conditions techniques et environnementales, et que l'indication est pertinente, est d'aussi bonne qualité que la consultation en présentiel. (http://www.telemedaction.org/450415051)

La téléexpertise (TE) est étendue à toutes les professions de santé qui pourront désormais requérir un avis à distance auprès d'un expert médical.

C'est le décret du 3 juin 2021 qui permet aux pharmaciens et aux auxiliares médicaux de requérir un avis par téléexpertise auprès d'un professionnel médical. (http://www.telemedaction.org/449726934) L'avenant 9 remplace le terme "médecin requérant" par celui de "professionnel de santé requérant".

La TE peut désormais concerner l'ensemble des patients, lesquels doivent être informés de son usage et donner préalablement leur consentement. Pour favoriser le développement de la TE, les deux niveaux qui figuraient dans l'avenant 6 sont supprimés. Il ne persiste qu'un seul niveau que l'avenant 9 définit de la manière suivante avec quelques exemples donnés à titre indicatif :

"en dehors de la prise en compte du contexte clinique, indispensable à toute téléexpertise, l'avis donné par le médecin requis peut porter sur une question circonscrite ou sur l'exposition d'une situation complexe et l'analyse d'au moins un ou plusieurs types de documents transmis en appui par le professionnel de santé requérant."

Et de préciser pour les cas d'usage : "devant une situation clinique, la demande de téléexpertise du professionnel requérant s'inscrit dans le besoin d'obtenir l'avis du médecin expert pour éclairer sa décision diagnostique ou thérapeutique pour la prise en charge de son patient au regard des pratiques recommandés dans les référentiels (HAS, professionnelles des CNP, internationales)", le contenu des téléexpertises et leurs modalités de réalisation et de facturation étant définis dans la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L.162.1.7 du code de la sécurité sociale."

C'est la 1ère fois qu'un texte juridique se référant à la télémédecine fait référence aux "Conseils nationaux professionnels" (CNP) qui auront pour mission de proposer des cas d'usages de la TE aux professionnels en lien avec les sociétés médicales savantes et les représentants des professionnels. (http://www.telemedaction.org/450667818)

Comme pour la TLC, cet avenant ouvre la voie à de nouvelles pratiques de TE.

« Un groupe de travail spécifique sera lancé avant la fin de l'année 2021 pour étudier les conditions de mise en œuvre d'une téléexpertise dite synchrone entre les professionnels de santé requis et requérant. Ce groupe de travail veillera notamment à garantir le respect des recommandations et bonnes pratiques en matière de recours à la téléexpertise, dans le cadre élargi par le décret du 3 juin 2021. »

Ce groupe de travail devra préciser les conditions de mise en oeuvre d'une TE synchrone entre un professionnel de santé requérant (médical ou non médical) et un professionnel médical requis, comme l'a précisé le décret du 3 juin 2021, tout en garantissant les bonnes pratiques. (http://www.telemedaction.org/449726934) Il faut saluer cette ouverture car nous avons soutenu à plusieurs reprises sur ce site que la TE synchrone ou "rapide" était une pratique souvent plébiscitée par les professionnels médicaux eux-mêmes. (http://www.telemedaction.org/449127536) Enfin, l'avenant modifie les modalités de rémunération de l'acte de TE.

« Les téléexpertises sont effectuées de manière ponctuelle et sont facturables dans les conditions suivantes : – 20 euros par téléexpertise ; – et dans la limite de 4 actes par an, par médecin requis, pour un même patient. »

« Le travail de coordination du médecin requérant, sollicitant pour une meilleure prise en charge de son patient, une téléexpertise auprès d'un confrère, est valorisé dans les conditions suivantes : – acte de demande de téléexpertise

valorisé à hauteur de 10 euros par téléexpertise ; – et dans la limite de 4 actes par an, par médecin requérant, pour un même patient. »

L'acte de téléexpertise au profit des patients admis en EHPAD amenés à changer de médecin traitant est facturable par le nouveau médecin traitant assurant le suivi au long cours du patient, ainsi que par le précédent médecin traitant.

La mise en oeuvre de cette nouvelle facturation des actes de TE demande quelques semaines ou mois pour être inscrite dans la NGAP. C'est pourquoi la date du 1er avril 2022 est annoncée pour que l'avenant 9 soit mis réellement en application. Il n'est pas précisé cependant dans cet avenant la rémunération des professionnels de santé non médicaux qui requerront une TE auprès d'un professionnel médical.

L'AMO annonce qu'elle contrôlera la bonne application de l'avenant 9

Elle vérifiera en particulier que l'activité cumulée de TLC et TE ne dépasse pas 20% de l'activité totale du médecin, au motif que les Conseils nationaux professionnels, le CNOM pour les médecins, estiment que l'exercice exclusif de la télémédecine ne peut être admis déontologiquement.

« Le non-respect des conditions de réalisation et de facturation des actes de télémédecine telles que définies dans la présente convention et du seuil maximal d'activité à distance tel que fixé plus haut est susceptible d'enclencher la procédure décrite à l'article 85 de la convention nationale et pourra donner lieu à la récupération des sommes indûment versées, dans le respect du contradictoire et après avertissement du professionnel. » 10 octobre 2021

Euronews, 14/10/2021

Euronews Debates | La santé de demain : et si on sortait de l'hôpital ?

La crise du Covid est un révélateur. C'est indéniable. Cela dit, des réflexions étaient déjà très avancées avant la pandémie. Il y a clairement une tendance, un travail, des technologies et innovations qui permettent de repenser très sérieusement nos systèmes de santé, de les rendre plus résilients, et encore plus centrés sur le patient. Beaucoup de questions, et quatre experts se sont joints au débat pour discuter de ce sujet passionnant.

La santé à la rencontre des patients : pour une égalité d'accès aux soins ?

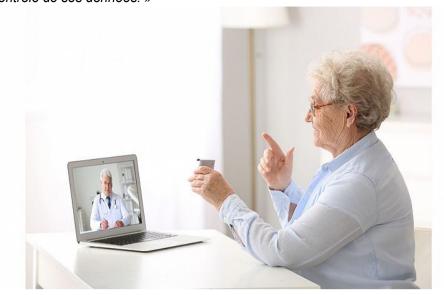
La pénurie de personnel soignant, le manque de temps des médecins, sont une réalité pour une population croissante qui vit de plus en plus longtemps. L'augmentation du nombre de maladies chroniques est également un facteur qui contribue au déséquilibre entre l'offre et la demande en santé.

Rapprocher les citoyens des soins, et faire venir l'hôpital jusqu'à eux, c'est l'objectif aujourd'hui pour améliorer l'accès à la santé des 447 millions d'européens qui sont de potentiels patients.

« Nous avons vu grâce au COVID qu'une partie de la population a dû s'adapter au fait qu'il y a des opportunités par des voies télématiques aujourd'hui. Ça, c'est une très grande opportunité, mais cela ne suffit pas. Je pense que c'est très important de prendre en compte les voix des gens qui ne sont pas représentés ou pris en compte dans ce genre de discussions, et de créer ou de cocréer autant que possible, avec les citoyens-patients, des solutions » - partage Giovanni Nisato, Administrateur de FH Europe et membre du Forum Européen des Patients, qui ensemble représentent plusieurs dizaines d'associations de patients en Europe.

Un point de vue sur lequel s'accorde Sandra Gallina, Directrice Générale de la DG SANTE à la Commission européenne : « C'est très difficile d'avoir des patients qui sont traités de la même façon dans toute l'Europe. Et pour nous, c'est fondamental : l'égalité, l'équité, pouvoir avoir accès aux soins partout. [...] En Europe, entre le pays où il y a un médicament pour la première fois, et le dernier à l'avoir, on a huit ans ! La différence n'est pas jouable. [...]

Donc au niveau européen, on va aller vers le digital, mais le digital doit être décliné autour d'un patient et d'un contrôle de ses données. »



Personne âgée en téléconsultation depuis son domicileCanva

A quoi ressemble l'hôpital du futur ?

Pour David Corcos, Président de Philips France, entreprise très présente dans le milieu hospitalier et qui investit 10% de son chiffre d'affaires dans les innovations en matière de santé, l'enjeu est de construire une chaîne de soins qui va du patient jusqu'aux sur-spécialistes, et de l'établissement de proximité jusqu'à l'hôpital ultra-technique. « Et quand on fait ça par des moyens digitaux, notamment avec les médecins, et les ressources rares, là où elles sont, [...] et bien on réduit les inégalités » - conclut-il.

Frédéric Rimattei, Directeur Général Adjoint du CHU de Rennes, qui fait partie des 10 meilleurs centres hospitaliers universitaires de France, partage cette vision. Il souhaite cependant que ces déploiements technologiques, et que les services de santé à distance, se fassent en préservant les « relations d'êtres humains dont on a autant besoin dans le soin, que de super spécialités ou d'hyper technicité ».

« Il ne faut pas oublier que les patients, c'est nous. Et quand on démarre un processus d'innovation en impliquant de façon active des citoyens-patients, on arrive à des situations qui sont, au niveau d'un flux de gestion dans un hôpital, ou même de la construction de certains produits, à des solutions qui sont qualitativement meilleures, donc c'est aussi un potentiel de développement industriel finalement », ajoute Giovanni Nisato.

L'e-santé va-t-elle nous permettre d'être mieux soignés ?

A la question postée sur nos réseaux sociaux : « pensez-vous que la santé connectée permettra d'améliorer significativement les prestations de soins de santé ? » : 29% des personnes qui ont participé ont répondu que « non », et 71% pensent que « oui ».

En effet, les innovations numériques et technologiques constituent un potentiel considérable et complexe. Comme l'a souligné Sandra Gallina, la téléconsultation, la télésurveillance, le développement des dossiers médicaux partagés, transforment déjà le paysage de la santé, et peuvent répondre par exemple, aux besoins des personnes vivant en zones rurales, et à une population âgée qui ne peut pas toujours se déplacer.

Quelles sont les technologies les plus prometteuses et accessibles ? La collection massive de données, les plateformes ouvertes, l'intelligence artificielle, les objets connectés, peuvent-ils permettre de détecter des problèmes médicaux plus tôt, et de sauver des vies ?

David Corcos, nous éclaire : « On a des innovations technologiques qui arrivent, qui sont très nouvelles, avec de l'intelligence artificielle, qui permettent de faire toute une série de premières interprétations, soit dans un service d'urgence - on l'a vu avec le Covid, soit dans le cadre de diagnostics plus traditionnels. On peut pointer du doigt au médecin qui va faire l'interprétation, les cas ou les patients les plus urgents, et du coup on gagne du temps sur le diagnostic ».

Frédéric Rimattei, poursuit : _« On a parlé d'IA [Intelligence Artificielle - N.D.R.] pour la détection précoce ou rapide des fractures, qui évite en fait des temps d'attente énormes aux urgences - et ça, c'est un gain qualitatif immédiat pour les patients. Il y a aussi tout le projet d'anapath numérique [...]. En numérisant les lames d'anapath [Anatomie

Pathologique - *N.D.R.*] plutôt qu'en les traitant uniquement à la main et en les regardant au microscope, on arrive à rendre des diagnostics plus tôt, et chaque jour compte en matière de diagnostic sur le cancer. On voit bien qu'on a comme ça des vrais sujets qualitatifs qui sont liés aussi à des développements qui ne sont permis que parce qu'on arrive à développer des algorithmes sur des outils, sur des données numériques »_.



Un médecin pointe son stylo vers l'écran : l'intelligence artificielle apprend à détecter des pneumonies cérébrales et cellules cancéreuses dans le processus de radiographie Canva

Comment seront gérées nos données médicales ?

Dans la complexe construction de ces nouveaux systèmes de santé connectés, il est important de créer un lien de confiance avec les patients qui souhaitent être davantage impliqués dans la prise en charge de leur santé. Car si ces nouvelles technologies demandent à absorber énormément de données réelles pour être efficaces, la transparence, les échanges, la pédagogie, c'est fondamental pour Sandra Gallina : « nous sommes 447 millions de patients, nous sommes très disposés à donner des données si on a un bénéfice de retour. [...] Quel est mon bénéfice? Mon bénéfice, c'est d'avoir une meilleure médecine, une meilleure santé, pouvoir accroître l'accès aux soins. Mais il faut savoir qu'il y a un cadre réglementaire à bâtir qui n'est pas simple, parce qu'il y a de l'éthique, et il y a de la

Public Sénat, 14/10/2021

confidentialité ».

Hausse des tarifs des complémentaires santé : Olivier Véran met un coup de pression

Tarifs des complémentaires santé : Olivier Véran met la pression sur les organismes

Les sénateurs de la commission des affaires sociales ont auditionné ce 14 octobre le ministre de la Santé sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2022. L'occasion pour eux de sonder l'exécutif sur une éventuelle reconduction de la contribution des mutuelles.

En 2022, si tout se passe bien sur le front sanitaire, le déficit de la Sécurité sociale devrait refluer bien plus significativement que cette année. Avec l'amélioration de l'activité, et donc des rentrées de cotisations, il devrait atteindre 21,6 milliards d'euros. Un progrès non négligeable après celui de 34,6 milliards estimé pour 2021, ou encore le déficit record de 38,7 atteint en 2020, première année de la crise sanitaire. Comme chaque année, en amont des débats budgétaires, le ministre de la Santé était auditionné ce 14 octobre par la commission des affaires sociales du Sénat sur le nouveau projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS).

Pour Olivier Véran, il s'agit d'un texte « ambitieux » et « responsable ». Il poursuit les engagements du Ségur de la santé, à hauteur de 12,5 milliards d'euros, principalement des revalorisations salariales. Le soutien aux salaires s'étend au médico-social avec 800 millions d'augmentations. Deux milliards d'euros sont fléchés vers les investissements dans les hôpitaux, les Ehpad ou encore le numérique. L'hôpital est ménagé cette année. « Chaque année, il y a toujours entre 700 millions et 1,2 milliard d'euros d'économies cachées. Là, il n'y en a aucune », s'est félicité Olivier Véran.

L'enveloppe destinée au financement des médicaments est aussi élargie. Le PLFSS 2022 compte aussi une série de mesures à destination des particuliers, comme la contraception gratuite jusque 25 ans. Signe que la crise n'est pas totalement finie, le texte réserve une provision de 4,9 milliards d'euros pour faire face au coût lié au covid-19, dont 3,3 milliards pour la campagne vaccinale de la troisième dose des plus de 65 ans et des personnes atteintes de comorbidités.

« Toute mesure d'économie semble exclue »

Ces orientations ont été accueillies avec vigilance de la part de la nouvelle rapporteure générale de la commission des affaires sociales, Élisabeth Doineau (Union centriste). « Ce PLFSS est le dernier du quinquennat. J'ai envie de dire que cela se sent. Toute mesure d'économie semble exclue. » La sénatrice se demande si le montant du transfert de la dette sociale (136 milliards d'euros) vers la caisse d'amortissement, voté l'an dernier, est déjà caduc. Les trajectoires des comptes sociaux, présentés dans les annexes du PLFSS, nourrissent des inquiétudes au Sénat, où la droite et le centre sont majoritaires. Le ministre chargé des comptes publics, Olivier Dussopt, lui aussi, présent, a prévenu qu'un retour vers des niveaux plus soutenables prendrait du temps. « Ce déficit va continuer l'année suivante, mais il va rapidement se stabiliser autour de 15 milliards d'euros ». Les réformes structurelles sont renvoyées à l'avenir. « Nous considérons que les conditions ne sont pas encore réunies pour que nous puissions envisager dès ce PLFSS des mesures structurelles », a indiqué Olivier Dussopt.

Forcément, la commission des affaires sociales a voulu soumettre quelques idées de recettes supplémentaires au gouvernement. La rapporteure générale a ainsi demandé pourquoi le gouvernement ne proposait-il pas de prolonger la taxe exceptionnelle pesant sur les complémentaires, qui a été instaurée sur les exercices 2020 et 2021. Il y a un an, le Sénat avait déjà tenté de relever le niveau de contribution de ces organismes, qui avaient réalisé de substantielles économies avec le renoncement de certains soins durant les confinements.

« À ce stade », il n'y aura pas de nouveau prélèvement, a répondu le gouvernement. Néanmoins, les ministres doutent des engagements et de l'argumentation des mutuelles. Celles-ci ont mis en avant des « effets de rattrapage ». « Nous considérons que ce rattrapage n'est pas à la hauteur de l'économie de constatation », a fait valoir Olivier Dussopt. Olivier Véran s'est montré encore plus méfiant, face à la perspective d'une hausse des cotisations des assurés. « Sur deux milliards d'euros d'économies, on en a pris 1,5 milliard les années précédentes. Donc la question se posait légitimement. Le choix, qui a été fait, a été de ne pas prélever de taxe complémentaire, mais de demander avec fermeté à l'ensemble des organismes complémentaires de modérer la hausse des cotisations pour l'année 2022. »

« Le message n'aurait peut-être pas été suffisamment clair ou peut-être pas suffisamment audible »

Et pour le moment, les ministres ont la désagréable sensation de ne pas avoir été écoutés. « Les premières prises de position de certains acteurs du monde des complémentaires annonçant que la hausse des contrats sera au moins égale à celle de l'inflation me laissent présager que le message n'aurait peut-être pas été suffisamment clair, ou peut-être pas suffisamment audible, auquel cas, comptez sur ma mobilisation de toutes mes capacités de conviction pour rappeler les engagements que nous avons demandés. »

Un autre marqueur de la majorité sénatoriale lors des examens des budgets de la Sécurité sociale, a été rappelé <u>aux ministres : la réforme des retraites. L'an dernier, le Sénat avait voté un report à 63 ans de l'âge légal de départ.</u> « Je suppose que si on propose d'allonger la durée de travail, vous donnerez un avis favorable, compte tenu que ça répond à vos ambitions », a glissé le sénateur LR René-Paul Savary, encore échaudé par les prévisions données la veille lors des questions au gouvernement. « Sachez que, d'ici à 2030, ce déficit s'élèvera en moyenne à 10 milliards d'euros par an, soit un horizon de 100 milliards d'euros au total », a prévenu Laurent Pietraszewski, secrétaire d'État chargé des retraites.

Tant que l'examen du PLFSS n'est pas achevé au Parlement (il aura lieu en novembre au Sénat), virtuellement, tout reste possible, puisque le PLFSS est probablement le dernier texte dans lequel le gouvernement pourrait insérer une mesure paramétrique. Olivier Dussopt a redonné la position de Matignon : « Les conditions pour rouvrir le débat sur la réforme des retraites ne sont pas réunies ». Et de décliner malicieusement l'invitation sénatoriale : « Vous devinez quel type d'avis cela peut amener sur des mesures paramétriques que vous proposeriez avec l'enthousiasme des années précédentes. »

2. Pôles de santé, professionnels de santé

Le Quotidien du Médecin, 15/10/2021

Offre de soins ambulatoires

Centres de santé, un nouveau souffle ?

Lors de leur 60 ^e congrès, les centres de santé ont souligné le rôle primordial de ces structures de soins primaires lors de la pandémie. Alors que le gouvernement encourage ce modèle, médecins et gestionnaires militent pour un plan d'investissement, une refonte du financement et un statut de praticien ambulatoire.

Les vents seraient-ils devenus porteurs pour les centres de santé ? Jour après jour, la crise « démontre leur pertinence pour répondre aux enjeux de santé au plus près des habitants », s'est félicité le Dr Frédéric Villebrun, nouveau président de l'Union syndicale des médecins des centres de santé (USMCS), lors du 60° congrès national, qui s'est tenu à Paris.

Soins de premier recours, dépistage, information et vaccination : les centres de santé ont été des « acteurs majeurs, voire décisifs, notamment pour les personnes éloignées des soins, les plus fragiles ou vivant dans la précarité », a martelé le généraliste de Champigny-sur-Marne. Un plaidoyer que n'a pas renié Olivier Véran, saluant lui aussi la force de ce maillage dans la crise, grâce à l'organisation en équipe et à l'implantation dans les territoires.

Le Dr Pascal Gendry, président d'AVECSanté, association qui promeut le développement des équipes pluriprofessionnelles et de l'exercice coordonné, considère également que le modèle a marqué des points pendant la pandémie. Comme dans les maisons de santé libérales, la vocation pluridisciplinaire des centres de santé a permis de « mieux s'organiser, d'innover, de construire, déconstruire, retravailler des modalités d'accompagnement », qu'il s'agisse des patients habituels mais aussi « des plus précaires, ceux souffraient encore plus que les autres de la situation Covid », explique le généraliste de Renazé (Mayenne). Cette prise en charge a été facilitée par les moyens logistiques et humains (coordinateurs, secrétaires, agents administratifs), si bien que les professionnels ont pu se « recentrer sur leur rôle propre ».

Même analyse positive du côté du Dr Hélène Colombani, présidente de la Fédération nationale des centres de santé (FNCS, gestionnaires) : « Quand on est organisés en équipe, on peut réagir de manière plus fluide et plus rapidement à des demandes, notamment des autorités sanitaires », explique-t-elle.

Service public territorial de santé

Pour les avocats des centres de santé, il est primordial de transformer l'essai en accompagnant cette dynamique sur le plan économique et financier. La population « a besoin d'unités de base de soins primaires qui maillent le territoire », plaide le président d'AVECSanté, qui réclame un « plan d'investissement massif » à destination des équipes coordonnées.

Le Dr Villebrun espère « atteindre un maillage complet du territoire d'ici à 5 ans », y compris avec des structures « universitaires » assurant « l'essor de la recherche en soins primaires et en santé publique ». Cette offre de praticiens salariés devra s'articuler avec les CPTS libérales dans chaque territoire. D'où l'idée avancée d'un véritable « service public territorial de santé », « qui soit le pendant de l'hôpital public en ville pour que, dans tous les territoires, on puisse être soigné par un généraliste, une infirmière et les acteurs de premier recours », ambitionne le Dr Villebrun.

S'agissant des modes de rémunération, la montée en puissance des paiements forfaitaires, voire des rémunérations à la performance (ROSP d'équipe) a été mise en avant lors du congrès. Déjà, 16 centres expérimentent le paiement

en équipe de professionnels de santé en ville (PEPS), au titre de l'article 51 sur l'innovation en santé. Alors que des négociations avec l'Assurance-maladie doivent reprendre prochainement, l'USMCS souhaite un plan national de développement des missions de santé publique « financées à leur juste coût par la voie conventionnelle ».

Le syndicat appelle enfin de ses vœux un véritable « statut de praticien ambulatoire », en miroir de celui de praticien hospitalier, offrant des passerelles avec l'hôpital et des perspectives de carrière. Pour l'instant, ces demandes sont restées sans réponse.

Julien Moschetti

What's Up Doc, 15/10/2021

Don du sang : le médecin, pierre angulaire pour reconstituer les stocks



© Istock

L'Établissement français du sang (EFS) ne cesse d'alerter sur le niveau des réserves de produits sanguins. En tant que médecin, quel rôle peut-on jouer pour aider à la collecte ?

L'or rouge manque. Dangereusement. L'Établissement français du sang (EFS) lance régulièrement des appels d'urgence pour reconstituer ses stocks de sang. Un combat au cœur duquel se trouve le médecin.

Le rôle du médecin de ville

« Le médecin de ville peut être un relai important dans l'information », explique le Dr Jérôme Sin Lee Sou, médecin à l'EFS. « Évidemment, ce n'est pas approprié de parler de don de sang à un patient malade, car il ne pourra pas donner, dans ce cas de figure. Il est possible d'en parler le jour où on le voit pour la première fois en consultation mais si la personne n'est pas demandeuse, l'information ne passe pas de la même manière. Dans certains cas, notamment pour les personnes qui ont une hémochromatose, le médecin peut orienter vers le don du sang, si le patient est éligible. »

Sur ce point, Jérôme Sin Lee Sou précise d'ailleurs : « il ne faut pas hésiter à nous appeler s'il y a un doute sur l'éligibilité d'un patient. Cela nous évitera alors de renvoyer des patients qui ne sont pas éligibles au don du sang. A contrario, parfois le médecin pense que certains médicaments pour des pathologies chroniques empêchent de donner son sang alors que ce n'est pas le cas pour tous, il faut se renseigner. »

Au-delà de la consultation, Jérôme Sin Lee Sou voit surtout le médecin de ville comme un relai passif. « Il peut mettre des prospectus à disposition des patients, des affiches dans son cabinet pour indiquer les horaires et le lieu des prochaines collectes par exemple. Communiquer sur ces informations est quelque chose de primordial pour nous », poursuit Jérôme Sin Lee Sou.

Le rôle du médecin à l'EFS

« Nous avons deux grands profils de médecins à l'EFS. Les médecins de prélèvement, liés au don du sang qui vont s'assurer de la sécurité des donneurs et d'autres qui sont des spécialistes en biologie médicale et qui travaillent sur la validation des examens d'analyse, préalables à l'acte de transfusion, ainsi que la supervision des produits sanguins délivrés aux hôpitaux et les conseils en matière de transfusion sanguine », explique Nicolas Tunesi, DRH à l'EFS.

Concernant les médecins de prélèvement, on rencontre des profils de deux types : « la première catégorie est faite de médecins libéraux, parfois des retraités, qui exercent des activités sur des collectes de sang en temps partiel, à côté de leur activité. La 2e catégorie, est constituée de médecins à temps pleins, ce qui est plutôt notre cible de recrutement. Ce sont le plus souvent des médecins généralistes. Mais on peut intégrer l'EFS avec n'importe quelle spécialité. Dans les deux ans qui suivent le recrutement, il faudra suivre un DU de transfusion sanguine pour maîtriser les éléments qui entourent la médecine transfusionnelle », précise Nicolas Tunesi.

Une carrière qui présente des atouts pour Jérôme Sin Lee Sou. « Après trois ans de remplacements en cabinet de médecine de ville, je ne me voyais pas m'installer et travailler seul. Travailler dans une structure comme EFS me convient très bien notamment en termes d'évolution de carrière, d'horaires de travail, et flexibilité. » Avec en plus, une grande satisfaction. « C'est une pratique particulière, on sauve des vies sans être confronté à la mort ou la maladie, c'est inédit dans le monde de la médecine », précise Jérôme Sin Lee Sou.

Pour remplumer ses stocks, l'EFS a également besoin de bras (et pas seulement pour prélever), pour cela, <u>il recrute</u>. « On a une bonne soixantaine de postes ouverts concernant le prélèvement et une trentaine pour les biologistes », précise Nicolas Tunesi.

Le Quotidien du Médecin, 15/10/2021

75 % des étudiants et internes souffrent d'anxiété, 39 % ont des signes de dépression : la santé mentale des futurs médecins se dégrade toujours plus



Crédit photo : S.Toubon

C'est une nouvelle alerte sur la souffrance psychique de la jeune génération médicale. Quatre ans après la dernière très vaste étude sur la santé mentale des étudiants en médecine, « *le constat est affligeant et indiscutable : la santé des futurs médecins empire* », se désolent les trois organisations étudiantes à l'origine d'une enquête de grande envergure. L'Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF), l'Intersyndicale nationale des internes (ISNI) et l'Intersyndicale nationale autonome représentative des Internes de médecine générale (Isnar-MG) ont dévoilé ce jeudi les premiers résultats accablants de cette nouvelle étude santé mentale, menée auprès de 11 700 futurs médecins (entre mai et juin 2021).

Alors qu'en 2017, 66 % des étudiants en médecine montraient des symptômes d'anxiété pathologique, un chiffre déjà préoccupant, « *ils sont désormais trois sur quatre à souffrir d'anxiété* », commente Nicolas Lunel, président de l'ANEMF. Soit une augmentation de 9 points. Plus grave, les symptômes dépressifs s'aggravent encore plus chez les futurs médecins. Selon l'enquête, ils sont aujourd'hui 39 % à rapporter des signes de dépression dans la semaine précédant le questionnaire (contre 27 % il y a quatre ans, soit 12 points de plus !).

« Pour renforcer ces statistiques, nous avons cherché à comprendre les facteurs qui provoquent ce mal-être, en construisant le questionnaire avec des universitaires du domaine », précise Nicolas Lunel. Parmi les facteurs de risques les plus fréquents : les difficultés financières, un temps de travail excessif « mais aussi le fait d'avoir subi des violences psychologiques, des violences sexistes ou sexuelles, et des humiliations pendant ses études », souligne le président de l'ANEMF. Des maltraitances qui se produisent en majorité à l'hôpital, « et qui sont presque toujours infligées par des personnes avec une position hiérarchique plus élevée que celle de l'étudiant ou de l'interne. »

« Nous ne pouvons plus continuer d'attendre »

La détérioration de la santé mentale des futurs médecins affole d'autant plus les organisations étudiantes que plusieurs mesures ont été promises ces dernières années par les ministères de l'Enseignement supérieur et de la Santé.

« Quatre ans et trois réformes des études de médecine plus tard, à la lumière de la pandémie, quelles sont les avancées réelles ? En dehors de la création d'une plateforme téléphonique, qui ne figurait pas dans les mesures initiales, et de la campagne ministérielle autour de « Tolérance Zéro, Engagement Total », qu'en est-il de la santé des futurs médecins ? », s'exaspèrent associations et syndicats, qui martèlent : « Nous ne pouvons plus continuer d'attendre. » « C'est problématique car on se rend compte que rien ne s'est amélioré, il va falloir trouver des solutions concrètes », insiste Nicolas Lunel. Pour le président de l'ANEMF, tout reste à construire, à condition d'y mettre les moyens financiers et humains.

Omerta

Violences sexuelles, burn-out, harcèlement... Un processus clair de remontées des signalements est en construction « pour signaler beaucoup plus facilement les problèmes, mettre fin à l'omerta et éviter que les affaires s'enlisent ou ne soient camouflées », détaille Nicolas Lunel. Il plaide pour un meilleur ancrage local des Centres nationaux d'appui (CNA) à la qualité de vie des étudiants en santé.

Alors que la santé mentale est présentée par l'exécutif comme un enjeu prioritaire, « comment soigner correctement la population si les soignants sont déjà au bord de l'épuisement? Si nous ne sommes plus aptes à soigner? », s'interroge encore le président de l'ANEMF.

L'ensemble des résultats consolidés de cette enquête seront présentés le 27 octobre, à l'occasion d'un colloque sur le sujet. Les étudiants préviennent déjà qu'ils réclameront « de nouveaux engagements pour la qualité de vie des futurs médecins ».

3. E-santé

Ouest France, 15/10/2021

Doctolib rachète un concurrent en Italie et part à la conquête du marché transalpin de la santé

Doctolib poursuit son déploiement en Europe : son lancement en Italie a été annoncé ce jeudi 14 octobre. Spécialisée dans la prise de rendez-vous médicaux, la start-up française a fait l'acquisition de Dottori, un concurrent transalpin. La société prévoit d'investir 250 millions d'euros.



Ce jeudi 14 octobre, la start-up Doctolib française a fait l'acquisition de Dottori.it, un concurrent italien. | AFP

« Ciao Doctolib ! » Ce jeudi 14 octobre, la société franco-allemande, spécialisée dans la prise de rendez-vous médicaux, a annoncé la nouvelle sur Twitter, dans la langue de Dante.

Comme l'ont repéré *Les Échos* , la start-up a fait l'acquisition de Dottori.it. « Un des principaux acteurs du marché italien » écrivent nos confrères, qui précisent qu'aucun montant n'a filtré à l'heure actuelle.

Dans un communiqué, Doctolib annonce un investissement de 250 millions d'euros prévu de l'autre côté des Alpes, « pour continuer à construire son logiciel avec les professionnels de santé italiens, offrir les plus hauts niveaux de sécurité et garantir la parfaite confidentialité des données des utilisateurs, et bâtir une équipe locale aux services des praticiens italiens. »



500 embauches prévues

L'entreprise française, déjà implantée en Allemagne, projette de créer un nouveau centre de développeurs à Milan et « prévoit d'embaucher 500 personnes dans toutes les régions d'Italie dans les mois et années à venir. » Selon Doctolib, 120 personnes travaillent déjà pour cet « acteur majeur de la prise de rendez-vous médicaux en ligne en Italie. »

Travail : êtes-vous pour ou contre la semaine de quatre jours ?

Le site Dottori.it annonce comptabiliser plus de deux millions de visites patients et s'appuierait sur un réseau « de milliers de professionnels de santé et de dizaines d'hôpitaux. »

01Net.com, 14/10/2021

Apple voudrait transformer ses AirPods en appareil de santé connectés



Entre aide à l'audition, suivi de la température corporelle et aide à tenir une bonne posture, les AirPods pourraient participer à améliorer notre santé dans de nombreux domaines, selon le Wall Street Journal.

Ce n'est pas la première fois qu'on entend parler de la volonté d'Apple de glisser des capteurs dans ses écouteurs *true wireless* pour mesurer votre état de santé et vous aider à suivre votre rythme cardiaque quand vous courez, par exemple. Néanmoins, le Wall Street Journal vient d'annoncer avoir consulté des documents internes du géant américain et avoir pu discuter avec des personnes au courant des plans d'Apple.

Ainsi, les équipes de Tim Cook envisageraient de déporter des éléments de suivi de la santé et du bien-être audelà de la Watch. Ainsi, l'iPhone pourrait être utilisé pour diagnostiquer une dépression ou un déclin cognitif. Pour les AirPods, il est encore difficile de savoir quels seront les plans exacts, mais de premiers pas ont été faits pour aider les personnes mal entendantes, comme c'est déjà le cas pour les AirPods Pro et le *Conversation Boost*. Un domaine où Apple pourrait continuer à fournir des efforts, afin d'offrir une solution plus abordable que des appareils auditifs pour les personnes qui ont perdu un peu d'audition. Évidemment, il faudra dans ce cas que les AirPods passent certains tests et obtiennent certaines certifications, aux États-Unis et en Europe.

Selon le *Wall Street Journal*, Apple pourrait ajouter des fonctions qui prendraient la température de l'utilisateur dans son oreille. Ce thermomètre serait le second ajouté à un produit Apple, car la Watch Series 8 pourrait bien en embarquer un l'année prochaine d'après les sources du quotidien américain.

Par ailleurs, les capteurs de mouvements intégrés dans les AirPods pourraient servir à améliorer la posture de leurs utilisateurs. Ils pourraient en effet détecter si vous avez tendance à vous tenir le dos un peu trop voûté.

Source: The Wall Street Journal

4. Sagéo et ses partenaires

Pointgyn, 13/10/2021

Implementation of a multidisciplinary perinatal care program in French gynecology clinics. – PointGyn





Implementation of a multidisciplinary perinatal care program in French gynecology clinics.

Alba Nicolas-Boluda, Laura Contente, Frédérique Isnard-Bogillot, Marc Even, René Frydman, Jérôme Bouaziz



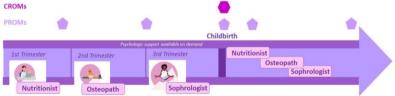
Introduction

Pregnancy and post-partum is often an eventful period of time for women, full of questions and unknowns that can lead to distress and anxiety in certain cases. In particular, during the post-partum that is often a challenging period specially where mother's need to adapt to the role changes and the new environment, is often a period where women's health care is often neglected. The demand for paramedical support during the whole perinatal period is increasing, specially during COVID pandemic.

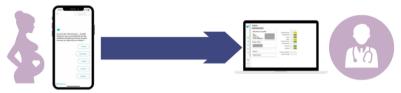
In this study we propose a comprehensive perinatal multidisciplinary care pathway, involving a coordinated team that not only covers routine obstetric care but builds a personalized pathway for patients adapted to their needs. Outcome measurements, in particular patient reported outcome measurements (PROMs) collected digitally and available to the care team in routine use are used as a support to adapt the pathway to patients' needs.

Methods

A highly coordinated multidisciplinary perinatal pathway has been launched in gynecology clinics in France.



During the whole pathway patient reported outcome measures (PROMs) and clinical reported outcome measures (CROMs) proposed in the ICHOM Pregnancy and Childbirth Standard Set are measured systematically and longitudinally using our in-house IT system. PROM results are available on a dashboard to the different members of the clinical team in order to be used in daily practice as a support for clinical care.



In terms of finance and reimbursement, we are testing a new model: the whole multidisciplinary pathway is included in a bundle payment covering the whole cycle of care. Patients pay for their normal obstetric care (covered mainly by social security and health insurance).

Results

This is a project that is currently ongoing. 372 patients have been recruited at the beginning of their pregnancy between January and March 2021. This baseline data allows us to have a preliminary idea of the overall health status of pregnancy patients in the group of gynecology clinics.





We are currently collecting the data in order to evaluate the impact of this multidisciplinary pathway and the fact that PROM data is available to the care team in health outcomes.

Conclusion

The next steps of this project is to evaluate the effect of the multidisciplinary pathway in health outcomes in the perinatal pathway. An improvement of health outcomes is expected, in particular in terms of mental health quality of life which is often difficult to identify and improve during perinatal care. In addition, first returns from practitioners using PROM dashboard suggest the potential role of PROMs as a shared-decision making tool in perinatal. Further studies must be performed in order to demonstrate this utility.