

© Phanie

SAGÉO ET POINTGYN LANCENT LA TÉLÉ-EXPERTISE ENTRE SAGE-FEMMES ET GYNÉCOLOGUES DANS LES CENTRES SAGÉO

L'avenant 9 de la Convention médicale tire les leçons de la crise sanitaire. **PointGyn et Sagéo Santé** ont lancé cette semaine la téléexpertise (TE) entre les Sage-femmes et les Gynécologues. Ce afin de renforcer le recours aux médecins spécialistes dans le cadre du parcours de soins, d'améliorer la prise en charge des patients.



BECOME
STÉPHANIE BEILLEAU



WWW.SAGEO-SANTE.ORG

SOMMAIRE

1. Secteur de la santé	3
Les remplaçants, de potentiels « fraudeurs » bientôt exclus du DPC? ReAGJIR dénonce une nouvelle « choquante », l'ANDPC plaide la « régularisation ».....	3
Santé : le nouveau modèle français !	5
Pourquoi les ophtalmologistes seront en grève pour la première fois à partir du 22 octobre	8
L'Ordre veut entendre la voix des jeunes	10
Déserts médicaux : le coup de pouce du Département	11
Démographie médicale des médecins spécialistes, nous attendons des mesures concrètes!	12
Mutuelle : vers une forte augmentation des tarifs des complémentaires santé en 2022 ?	13
2. Pôles de santé, professionnels de santé	15
Centre de santé pour les Sarthois sans médecin traitant : ouverture des rendez-vous le 28 octobre	15
Dans ce département, 90% des habitants sont pour la fin de la liberté d'installation.....	16
La création d'un pôle de santé privé unique prend forme.....	17
3. E-santé	19
L'espace de santé numérique sera déployé pour tous le 1er janvier, annonce Olivier Véran	19
E-santé: DentalMonitoring, nouvelle licorne française après une levée de 150 millions de dollars	20
E-Parcours : 257 projets financés pour 142 millions d'euros engagés au total (ministère).....	21
4. Sagéo et ses partenaires	24
Sagéo et Pointgyn lancent la télé-expertise entre sage-femmes et gynécologues dans les centres Sagéo.....	24
Opinion Santé : au secours, le « monde d'avant » est de retour !.....	25

1. Secteur de la santé

Le Quotidien du Médecin, 22/10/2021

Les remplaçants, de potentiels « fraudeurs » bientôt exclus du DPC ? ReAGJIR dénonce une nouvelle « choquante », l'ANDPC plaide la « régularisation »

PAR LÉA GALANOPOULO



Crédit photo : Phanie

« On ne comprend toujours pas ce retournement de situation », se désole le [Dr Agathe Lechevalier](#), présidente du Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants (ReAGJIR). Car, à partir de l'année prochaine, les médecins libéraux remplaçants pourraient bien ne plus bénéficier de la prise en charge de leurs formations par l'Agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC).

Tout part d'un courrier, envoyé par l'ANDPC, le 18 octobre dernier, aux professionnels de santé, dénonçant des « introductions frauduleuses dans le système d'information de l'agence » et accusant certains professionnels de forcer le formulaire d'inscription pour bénéficier d'une prise en charge DPC, alors qu'ils n'y sont pas éligibles. Il s'agirait de « nombreux professionnels (...) devant probablement exercer sous statut de remplaçant non éligible à notre prise en charge », écrit noir sur blanc l'ANDPC.

« Lorsque nous avons vu le courrier, nous avons été très surpris. C'est profondément choquant que les remplaçants soient accusés de fraude », réagit le Dr Lechevalier. Car jusqu'ici, les remplaçants effectuaient leur demande DPC « en toute bonne foi ». « Il nous fallait simplement être thésé et justifier de 45 jours d'activité », détaille la présidente

de ReAGJIR, concédant qu'il y avait une « tolérance » de la part de l'ANDPC, ce « *qui n'a jamais posé de problème* ».

Interprétation abusive

De son côté, l'ANDPC aurait-elle décidé de serrer la vis ? Contactée par « Le Quotidien », l'agence confirme qu'effectivement avoir « *compris que nous appliquions une vieille tolérance mise en œuvre dans le cadre de la gestion conventionnelle de la formation en prenant en charge les remplaçants* ». Mais en réalité, cette souplesse « *n'était conforme ni au droit conventionnel ni aux textes réglementaires sur le DPC en vigueur* », ajoute l'agence, citant l'article R.4021-22 du Code de la Santé Publique, qui précise que seuls les professionnels de santé conventionnés peuvent prétendre à un financement de l'ANDPC.

« *C'est une interprétation abusive* », rétorque Agathe Lechevalier. Car, si les remplaçants ne sont effectivement pas conventionnés, pour la présidente de ReAGJIR, ils restent « *assimilés à la convention, ils la respectent de facto. Auparavant ceci était suffisant pour l'ANDPC* ». Jusque-là, les remplaçants renseignaient simplement leur adresse personnelle et indiquaient qu'ils étaient libéraux.

Révélation

Si ce rappel à l'ordre de l'ANDPC intervient maintenant, c'est que le processus de création des comptes sur la plateforme a été modifié en juillet dernier. Auparavant, il était basé sur des informations déclaratives du médecin. Désormais, les professionnels de santé ont l'obligation de créer un nouveau profil pour alimenter leur document de traçabilité « *de toutes les actions suivies au fil des ans* », détaille l'ANDPC.

Des informations qui sont aujourd'hui préremplies, avec le numéro RPPS par exemple. C'est à l'occasion du passage à cette nouvelle formule, que l'ANDPC se serait rendue compte qu'aucun mode d'exercice ne remontait pour les remplaçants. « *Nous avons d'abord pensé à un bug, raconte un représentant de l'agence. Mais surtout nous avons découvert à cette occasion que les remplaçants n'étant pas installés, ils ne peuvent pas être conventionnés, leur exercice se faisant dans le cadre d'un contrat de droit privé avec le remplacé* ».

Cette découverte a poussé l'ANDPC à remettre les choses au clair et actualiser les documents mis en ligne pour être « *conforme à la réglementation* ». L'agence l'affirme aujourd'hui : « *la règle est désormais clairement rappelée sur le site des inscriptions et la vigilance des professionnels comme des organismes de DPC est attendue sur le fait qu'aucune prise en charge ne pourra plus être assurée* ».

Pas de réclamation d'indus

Sur les réseaux sociaux, l'ANDPC a tenté d'éteindre le feu, face aux médecins remplaçants emplis d'interrogations sur l'avenir de leur formation continue. Le Dr Trystan Bacon, généraliste et ancien président de l'ISNAR-IMG (InterSyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale) interpelle même Olivier Véran sur Twitter

Une colère partagée par Agathe Lechevalier : « *l'accusation de fraude est grave, alors que ce sont juste des médecins qui veulent se former, qui sortent de l'internat et veulent approfondir leur connaissance. La FMC fait partie de nos obligations légales* ».

L'ANDPC rappelle par ailleurs que « *le DPC n'est pas financé par des cotisations des professionnels mais par une ligne budgétaire inscrite dans la convention d'objectif et de moyens entre l'État et l'Assurance maladie* ». En revanche, les remplaçants peuvent tout de même financer leur formation via le FAF-PM (Fonds d'assurance formation de la profession médicale), pour lequel ils cotisent. Seul hic : « *le FAF-PM ne rémunère pas les journées d'absence lorsque l'on est en formation* », relève le Dr Lechevalier.

Pas d'indu

Pour les remplaçants ayant déjà bénéficié de la prise en charge par l'ANDPC, l'agence se veut rassurante et précise qu'elle « *ne réclamera aucun indu pour les années antérieures ni les six premiers mois de l'année 2021* ».

Selon la présidente de ReAGJIR, la position de l'ANDPC est révélatrice « *d'une lame de fond anti-remplaçant que l'on ressent depuis deux ans* ». Ceux-ci « *n'ont pas eu de compensation de notre perte d'activité pendant la pandémie, ils sont moins bien rémunérés pour la vaccination, ajoute-t-elle. Et aujourd'hui on nous dit qu'ils n'auront plus de prise en charge par l'ANDPC* ». Aussi, ReAGJIR entend bien faire pression pour que l'agence revienne sur sa décision.

Santé : le nouveau modèle français !

TRIBUNE. L'Institut Santé, créé en 2018, livre les trois axes autour desquels devrait se refondre le système de santé français. Un virage vers le capital humain en santé.



Service de réanimation de l'hôpital La Cavale blanche, à Brest. © Lionel Le Saux/MAXPPP/PHOTOPQR/LE TELEGRAMME/MAXPPP *Par l'institut santé*

Publié le 21/10/2021 à 17h13

A l'aube du XXI^e siècle est apparue l'émergence d'un nouveau monde pour l'ensemble des pays développés. Notre protection sociale en général et notre système de santé en particulier nécessitent une refondation pour s'adapter à ce nouveau monde. La crise Covid nous l'a illustré pour la santé.

C'est dans cette quête d'un nouveau modèle social que l'Institut Santé s'est lancé début 2018 et s'est assuré qu'il constituait un large consensus. Après trois ans de travaux, ce nouveau modèle a émergé et été décliné pour refondre notre système de santé (1).

Les trois piliers stratégiques du nouveau modèle de santé

D'abord, c'est une nouvelle approche culturelle de la santé qui est à entreprendre. La santé est traditionnellement vue comme une source de dépenses publiques de soins. **Dans le nouveau modèle, elle est considérée comme une source de bien-être social, de réduction des inégalités sociales, de développement économique, d'autonomie et de dignité des personnes et de pouvoir géopolitique.** En bref, la santé est vue comme un renforcement du capital humain et un potentiel d'innovation technologique à saisir. Ceci change radicalement la place de la santé dans la société et en politique.

Ensuite, trois évolutions stratégiques majeures dans la gestion du risque ont permis de construire ce nouveau modèle. Du soin à la santé : la considération holistique de la santé (la santé globale) induit un modèle qui est au service de la santé des bien-portants tout autant que de celle des malades. La prise en compte des déterminants de santé non médicaux, en plus des déterminants médicaux, étend le champ d'actions du système de santé et impose une approche transversale aussi bien sur le plan politique que scientifique. Elle induit aussi l'utilisation plus exhaustive de certains acteurs comme les collectivités territoriales, à travers une politique de décentralisation de certaines missions de santé publique.

Ce premier pilier génère un avantage comparatif par rapport au modèle de 1945 à travers la capacité de réduire les inégalités sociales de santé et d'augmenter l'espérance de vie en bonne santé grâce à la politique de santé. Nous passons du principe du soin pour tous de 1945 à celui de la santé pour tous. Une réorganisation du triptyque gouvernance-financement-organisation s'impose pour accompagner ce virage vers le capital humain en santé.

De l'offre à la demande : le système actuel est piloté à partir de l'offre de santé, le nouveau modèle le sera à partir de la demande, installant l'individu, l'utilisateur en son centre. Cette demande se traduit en termes de besoins de santé et induit un système fondé stratégiquement sur la santé publique (i.e. une approche populationnelle et préventive) et non plus sur le soin. Il induit une territorialisation aboutie de la santé (avec un territoire identique pour tous les soignants) pour répondre de façon personnalisée aux besoins de santé de chacun et adaptée aux territoires.

Cette approche par la demande répond à l'exigence de personnaliser la réponse aux besoins individuels de santé et de prendre en compte l'environnement social et familial des personnes. À titre d'exemple, un contrat thérapeutique est élaboré avec chaque patient souffrant d'une affection de longue durée afin de créer un écosystème personnalisé de ressources humaines, techniques et technologiques pour gérer le parcours du patient. Un budget personnalisé de santé est aussi mis en place pour ces patients. L'accès pour tous aux innovations technologiques est un des défis relevés par cette évolution, ce qui nécessite de réarmer notre recherche médicale et de repenser la gouvernance des produits de santé.

De l'étatisme à la démocratie sanitaire et sociale : un système centré sur l'individu usager et sa santé globale exige un processus de démocratisation avancée. Cet individu capable, informé et responsable de sa santé devient un acteur à part entière du système de santé. À titre d'exemple, les usagers et les patients acquièrent un statut de professionnel de santé dans le nouveau modèle, en tant que représentant, formateur, pair-aidant ou médiateur de santé. La démocratisation des institutions de gouvernance, dont la sécurité sociale et les établissements de santé, redonne une réelle capacité de décision et d'organisation des soins aux professionnels de santé, dans le cadre défini par la politique de santé nationale.

Une base philosophique nouvelle : l'autonomie solidaire

Toute refonte du modèle social doit s'appuyer sur une philosophie, une conception de l'individu et de la société, comme ce fut le cas pour la sécurité sociale en 1945. Pour répondre au changement de l'environnement, nous avons créé le concept d'autonomie solidaire en protection sociale et l'avons décliné dans toutes les composantes du nouveau modèle de santé.

Ce concept prend en compte l'évolution de l'individu anonyme et abstrait vers un individu singulier et unique, à la recherche d'égalité réelle et d'autonomie, de reconnaissance et de dignité, même quand il est en situation de faiblesse et de vulnérabilité. C'est un individu capable de développer ses potentialités tout au long de sa vie et c'est cette capacité qu'il faut protéger dans le nouveau modèle social.

C'est une nouvelle forme de solidarité qui vient irriguer la protection sociale du XXI^e siècle, plus active que dans le modèle de 1945, assise sur le solidarisme et le concept de justice sociale. Elle garantit que le nouveau modèle renforcera la capacité d'actions de chacun, y compris les plus défavorisés, pour gérer de façon autonome leur risque santé. Ceci est rendu possible par la nouvelle stratégie qui part des besoins de santé, de la santé globale et respectent les choix et aspirations individuels.

Ce nouveau modèle est bien un modèle français car il renforce des fondamentaux existants comme le libre choix de son professionnel de santé, les droits et devoirs, l'égalité des chances, le financement solidaire et l'indépendance professionnelle des soignants. S'il est d'inspiration française, il a une vocation universelle car il relance la vision humaniste et autonome pour tous de la révolution. Cette autonomie n'est pas un repli sur soi mais « un respect pour l'humanité », comme le disait Rousseau.

Nous considérons que ce nouveau modèle social est le seul possible car il fait largement consensus dans la société, il est en phase avec notre culture et il répond pleinement aux principaux défis du XXI^e siècle. Il est en mesure de redonner à la France une place enviée dans le monde pour sa qualité de vie. Pour devenir réalité, il reste aux politiques à en débattre dans cette campagne présidentielle !

(1) *L'Autonomie solidaire en santé*, Frédéric Bizar, éditions Michalon. Sortie le 21 octobre 2021.

Signataires

Saïdi Abdelkader, chirurgien, expert en gestion de crise

Thierry Amouroux, porte-parole Syndicat infirmier SNPI CFE-CGC

Catherine Audard, philosophe, London School of Economics, spécialiste des questions de justice sociale

Jean-Marc Ayoubi, chef de service de gynécologie-obstétrique hôpital Foch, professeur à la faculté de médecine

de l'UVSQ

Perle Bagot, directrice associée au Hub Institute (nouvelles technologies)

Giancarlo Baillet, directeur chez Centre de gériatrie Beauséjour

Khaldoun Bardi, chirurgien cardio-vasculaire, membre de l'Académie européenne des Sciences et des Arts

Sophie Beaupère, déléguée générale d'Unicancer

Évelyne Bersier, docteur en droit de la santé, membre de la chaire Education santé de l'UNESCO

Jean-François Bergmann, chef de service de médecine interne, professeur de thérapeutique, APHP

Frédéric Bizard, Professeur d'économie, ESCP, Président fondateur de l'Institut Santé

François Blanchecotte, médecin biologiste, président du CNPS, vice-président de l'UNPS

Pierre-Henri Bréchat, médecin spécialiste en Santé publique et en médecine sociale

Valérie Briole, médecin rhumatologue, présidente URPS-ML Ile-de-France

Éric Champion, chirurgien-dentiste

Didier Castiel, économiste de la santé, Université Sorbonne Paris-Nord

Annabelle Champagne, pharmacienne, dirigeante Wi Pharma

Alain Coulomb, ancien directeur de la Haute Autorité de santé

Philippe Cuq, chirurgien, co-président de Avenir Spé – Le Bloc

Jean-François Damour, médecin angiologue

Arnaud Danse, directeur d'Ophtalmo. TV

Alain Deloche, professeur de chirurgie, cofondateur de « Médecins du monde », fondateur de l'association « La Chaîne de l'espoir »

Philippe Denoyelle, chirurgien-dentiste, président d'Union dentaire

Florence de Rohan-Chabot, psychiatre, praticien hospitalier

Bernard Ennuyer, sociologue, enseignant chercheur, spécialiste du vieillissement et handicap

René Frydman, gynécologue-obstétricien, professeur des universités

Christelle Galvez, directrice des soins, Centre Léon Bérard à Lyon

Benoît Godiart, enseignant agrégé en sciences médico-sociales, université Savoie Mont-Blanc

Olivier Goeau-Brissonnière, chef de service, APHP, président des Fédérations des spécialités médicales

David Gruson, directeur Programme Santé Jouve, Fondateur ETHIK-IA

Michel Guilhaud, associé fondateur de BG Group

Jean-Paul Hamon, médecin généraliste, président d'honneur de la Fédération des médecins de France

Jean-Luc Harousseau, médecin hématologue, professeur des universités, ancien président de la Haute Autorité de santé

Richard Hasselmann, président de Libr'acteurs, administrateur de l'Institut Santé

Hubert Johanet, chirurgien, secrétaire général de l'Académie nationale de chirurgie

Nathalie Kerjean-Pons, pharmacien hospitalier, chef de service AP-HP ; administratrice de l'Institut Santé

Gérald Kierzek, médecin urgentiste

Laurent Lantiéri, chirurgien plasticien, APHP, professeur à l'université Paris Descartes

Éric Laspougeas, ex-directeur général délégué, Vivalto

Guillaume Levavasseur, consultant en santé, innovation & communication digitale

Marina Lovka, consultante experte en optique ophtalmique

Philippe Marre, chirurgien, président de l'Académie nationale de chirurgie

Jean-Philippe Masson, radiologue, président de la Fédération nationale des médecins radiologues

Jérôme Marty, médecin généraliste, président du syndicat Union française pour une médecine libre

Olivier Mercier, dirigeant d'entreprise

Raymond Merle, patient expert, directeur du Département universitaire des patients

Nada Nadif, consultante en management de la santé

Patrick Négaret, ancien directeur général de la CPAM des Yvelines

Didier Panchot, chirurgien-dentiste

Patricia Paterlini-Bréchet, professeure de biologie cellulaire et d'oncologie à la faculté de médecine Necker-Enfants Malades

Patrick Pelloux, médecin urgentiste, Président de l'Association des médecins urgentistes de France

Maxence Pithon, Médecin généraliste, ancien président de l'Isnar-Img

Christophe Prudhomme, médecin urgentiste, porte-parole de l'Association des médecins urgentistes de France

Marie-José Renaudie, gynécologue, présidente du syndicat des gynécologues médicaux

Michael Riahi, médecin généraliste, vice-président les Généralistes – CSMF

Olivier Saint-Lary, médecin généraliste, professeur des Universités, président du Collège national des généralistes enseignants (CNGE)

Philippe Sansonetti, professeur au Collège de France, chercheur à l'Institut Pasteur et à l'INSERM

Jean Sibilia, professeur des Universités, ancien président de la conférence des doyens des facultés de médecine

Ghislaine Sicre, infirmière, présidente de Convergence infirmière

Daniel Solaret, conseil et expertise en système d'informations santé, ancien membre conseil de Direction CRAM IDF

Monique Sorrentino, directrice générale du CHU Grenoble-Alpes

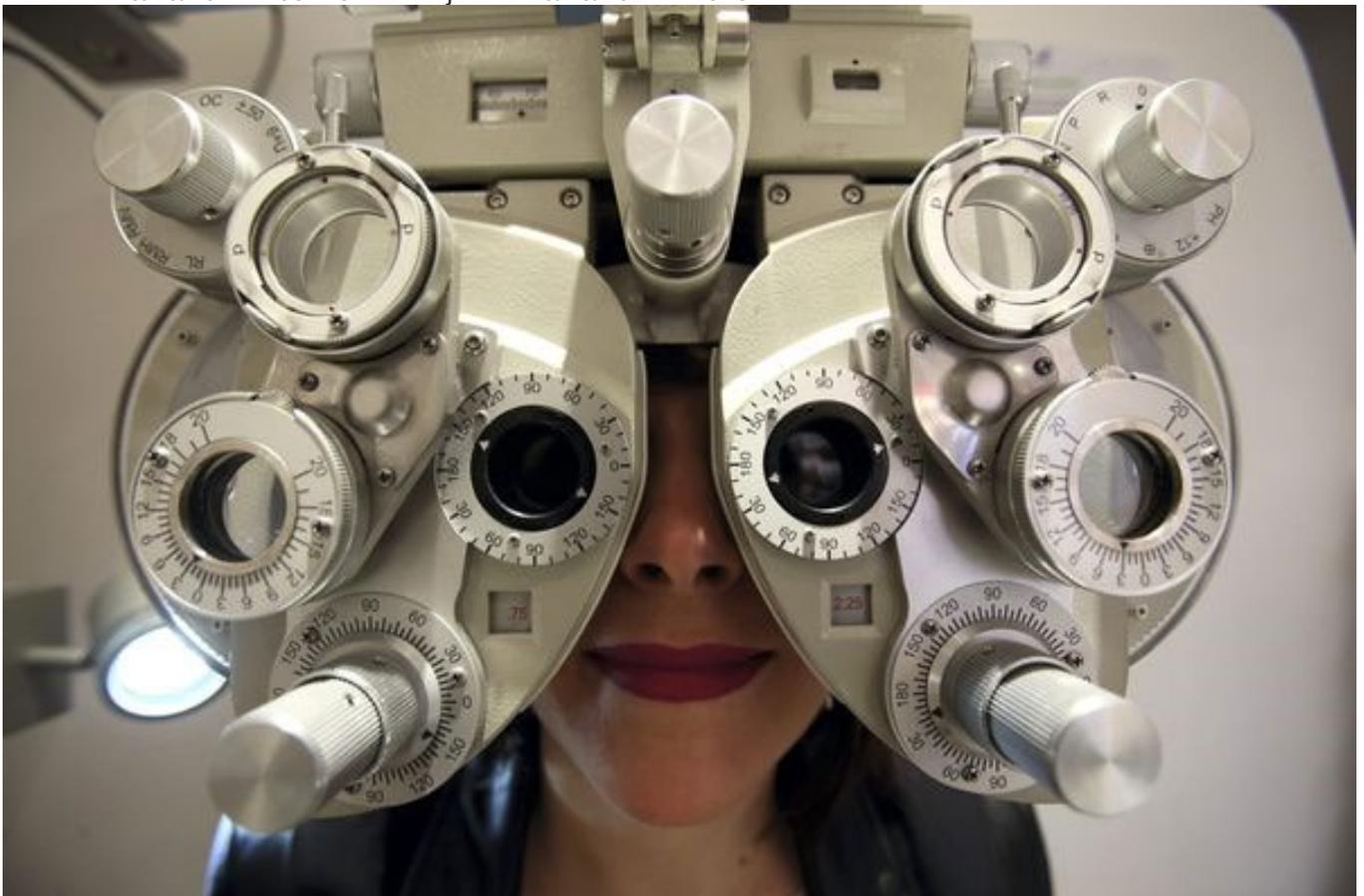
Jean-Paul Thonier, expert en santé au travail
Michel Tsimaratos, professeur de médecine, Chef de service, APHM
Laurent Vercoustre, praticien hospitalier, philosophe
Philippe Vermesch, médecin stomatologue, président du Syndicat des médecins libéraux
Serge Zaluski, médecin ophtalmologiste, cofondateur d'Alaxione

France Bleu Champagne, 22/10/2021

Pourquoi les ophtalmologistes seront en grève pour la première fois à partir du 22 octobre

La gronde monte du côté des ophtalmologistes. Fait rare, ils seront en grève en fin de semaine. Les internes de Reims sont tous mobilisés. La raison de leur colère ? Un projet de loi qui permettrait aux orthoptistes de réaliser des primo-prescriptions de lunettes et de lentilles.

Publié le 19/10/2021 à 09h23 • Mis à jour le 20/10/2021 à 15h52



Selon un sondage réalisé par l'Association Nationale des Jeunes Ophtalmologistes, 95 % des ophtalmologistes et internes se disent prêts à faire suivre ce mouvement. • © LIONEL VADAM / MAXPPP

On n'a pas l'habitude de les interroger pour qu'ils témoignent sur leur profession. Les ophtalmologistes (qui prennent soin de nos yeux) veulent s'exprimer aujourd'hui car la dernière pilule du gouvernement n'arrive pas à passer. Selon eux, un projet de loi bouleverserait l'équilibre de la santé visuelle des Français. Il s'agit de l'article 40 du projet de

loi de financement de la Sécurité sociale pour 2022. Ils ont appris, par le biais d'un communiqué, que la primo-prescription de lunettes et lentilles seraient délégués aux orthoptistes.

"Personne n'a été consulté parmi les ophtalmologues. Cela paraît aberrant. Pourtant, c'est dangereux pour l'ensemble de la population française. Les conséquences, nous les aurons dans quelques années et ce sera trop tard," déplore Arnaud Lefèvre, en troisième année d'internat au CHU de Reims.

10 à 15% de pathologies sont découvertes lors du passage chez l'ophtalmologiste

Les craintes des ophtalmologistes sont grandes. Selon eux, s'ils ne prennent plus en charge les patients, des pathologies ne seront pas dépistées.

"Nous avons deux métiers différents. L'orthoptiste, c'est le kinésithérapeute des yeux. Il mesure l'acuité et fait le bilan du fonctionnement des muscles de l'oeil. Nous, on s'occupe de la santé de l'oeil," s'indigne Jimmy Chammas, assistant en ophtalmologie au CHU de Reims.

Ce jeune médecin et son confrère Chems-Eddine Ramoul sont du même avis. Ils sont convaincus qu'il y aura des erreurs de diagnostics.

On a fait 6 années de tronc commun, 6 ans d'internat et 2 années de sur-spécialité ce qui permet de dépister toutes les maladies. Si le glaucome, qui endommage le nerf optique de façon irréversible, n'est pas traité en amont, on peut aller vers une cécité... c'est trop grave. Chems-Eddine Ramoul

Une mesure électoraliste ?

Du côté de l'exécutif, on met en avant ce projet de loi pour améliorer l'accès aux soins visuels. Il se base sur une étude émanant du ministère de la santé qui estime à 80 jours le délai moyen d'attente chez un ophtalmologiste. Sauf que ce rapport date de 2018 et toujours selon Chems-Eddine Ramoul, ces statistiques ne sont plus d'actualité. *"Cet argument ne vaut plus. Aujourd'hui, le temps d'attente pour prendre un rendez-vous est de 14 à 26 jours en moyenne. Dans les grandes villes, c'est le jour même. Dans un an ou deux, on arrivera à une offre suffisante. Le gouvernement veut juste montrer qu'il mène des actions à quelques mois de la présidence."*

Cette vidéo humoristique remet en question les déclarations d'Olivier Veran.

Droit aux remords

Pour montrer leur mécontentement, à Reims et dans d'autres villes de France, les internes n'ont pas choisi leur stage qui commence pourtant le 2 novembre. Or, ils sont indispensables lors des consultations d'urgence à l'hôpital ou bien en tant qu'aide opératoire. Certains pensent même à utiliser leur droit aux remords... et donc changer de spécialité.

"Pour ma part, le droit au remord n'est pas envisagé mais mes co-interne y ont pensé. Plus de 50% des internes de première et deuxième année y pensent." nous raconte Arnaud Lefèvre.

Les internes de Reims entament même une grève ce vendredi de 10 jours reconductibles : 100% d'entre eux seront absents. Ils se retrouveront à Paris avec d'autres ophtalmologues de toute la France devant le ministère de la santé. Selon un sondage réalisé par l'Association Nationale des Jeunes Ophtalmologistes, 95 % des ophtalmologistes et internes se disent prêts à faire suivre ce mouvement.

Les orthoptistes se sentent pointés du doigt

De leur côté, les orthoptistes n'apprécient pas d'être ainsi pointés du doigt. *"Ce qui a été dit, cela ne correspond pas à la réalité",* déplore Augustine Barthe, orthoptiste au CHU de Reims. *"On comprend les inquiétudes des ophtalmos, face à ce projet de loi. On pense aussi que ce projet doit être revu. Ce qu'on déplore, c'est la façon de dénigrer notre profession. Elle est encore mal connue. Ce qu'il faut comprendre, c'est qu'on travaille avec eux, on ne veut pas leur piquer leur travail. Ici, au CHU on travaille étroitement avec les ophtalmos. Ce terme de "kiné des yeux" ne nous plaît pas. L'orthoptiste est un professionnel de santé et on dépiste, rééduque, réadapte et on pratique l'exploration de la fonction visuelle. On mesure aussi la correction optique. On fait la réfraction des yeux, en clair ce qu'on va mettre dans les lunettes".*

"Certes, ce projet de loi est intéressant pour nous. Cela fait évoluer cette profession, mais il faut encadrer tout ça. Notre but, c'est la bonne prise en charge du patient. On est aussi là pour du dépistage. On se déplace régulièrement dans les cabinets médicaux, on s'occupe de faire examens, et un ophtalmologue traite les patients

ensuite. On est attristé de cette façon de parler de notre profession. Les lunettes c'est souvent l'orthoptiste qui s'en charge".

Elle termine en précisant que les orthoptistes sont aussi là "pour éduquer et sensibiliser le patient aux pathologies visuelles. Ce sera peut-être plus évident pour quelqu'un qui a abandonné son suivi par difficulté à trouver un ophtalmo de se tourner vers un orthoptiste qui pourra lui expliquer les possibles conséquences d'un non-suivi par un ophtalmo et le pousser à reprendre rendez-vous. La coopération est le maître mot pour nous".

What's Up Doc, 22/10/2021

L'Ordre veut entendre la voix des jeunes



Cnom

Le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) organise une consultation intitulée « soigner demain » pour porter la voix de la profession avant la présidentielle. Son président, Patrick Bouet, nous explique pourquoi les jeunes praticiens doivent s'exprimer.

WUD : Votre consultation « soigner demain » peut apparaître comme une énième consultation de la profession, notamment après celles du Ségur ou celle que vous aviez organisée en 2015-2016. Pourquoi faut-il participer à celle-là ?

Patrick Bouet : Parce que nous sommes à un moment charnière de l'histoire du système de santé. De grandes décisions doivent être prises en ce qui concerne les nouvelles définitions des contours du métier, la coordination des soins ou la coopération avec les autres professionnels... Ces sujets seront traités dans le cadre de la présidentielle et il faut que la profession s'exprime.

WUD : Pourquoi appelez-vous tout particulièrement les jeunes à participer, alors qu'ils n'avaient pas été conviés lors de votre dernière consultation ?

P. B. : Ils l'ont été, nous avions à l'époque choisi de leur parler via leurs structures représentatives. Mais aujourd'hui, la réalité réglementaire est différente : les internes et docteurs juniors sont inscrits au Répertoire partagé des professions de santé (RPPS), et nous avons donc les moyens de le contacter directement. Il nous semble important de porter la voix des professionnels de demain.

WUD : Ne pensez-vous pas justement que les professionnels de demain sont lassés d'être consultés régulièrement, sans voir la situation changer concrètement ?

P. B. : Je pense que c'est une chance d'être consulté. Il faut que les médecins s'expriment, nous ne pouvons pas être un peuple qui n'intervient pas dans la gestion du système de santé. Je rappelle que la grande consultation de 2015-2016, par exemple, nous avait permis de poser les bases d'un certain nombre de principes, comme la territorialisation, la coordination, et que c'est parce que les médecins nous avaient souligné l'importance de ces sujets que nous avons pu en parler.

WUD : Vous restez assez vague quant aux thèmes évoqués, alors que de nombreux sujets qui fâchent sont sur le tapis : délégation de tâche, liberté d'installation...

P. B. : Je n'évite pas les sujets qui fâchent. Seulement, ce n'est pas à moi de donner la réponse aux questions que nous posons. Cela étant dit, nous avons toujours refusé de voir notre métier découpé par appartement, de voir les médecins contraints dans leur installation... Ces sujets sont justement des éléments majeurs de ce que nous souhaitons porter au travers de cette consultation.

WUD : Concrètement, comment allez-vous procéder pour recueillir et analyser les réponses des médecins ?

P. B. : Il est possible de répondre au [questionnaire en ligne](#) pendant encore 5 à 6 semaines. Les réponses seront exploitées par l'institut Elabe. Nous allons également conduire des consultations internes à l'institution, ainsi que des tables rondes avec nos partenaires institutionnels (associations de patients, grandes agences, etc.). Cela nous amènera en début d'année prochaine à nous exprimer sur les résultats de cette consultation.

WUD : Tout cela ressemble étrangement à la construction d'une plateforme électorale. L'Ordre envisagerait-il de présenter un candidat à la présidentielle ?

P. B. : Non, nous n'avons pas cette ambition (rires) ! Notre ambition, c'est que les décideurs comprennent qu'après les alertes lancées depuis des années, après la grande crise sanitaire que nous traversons encore, le système de santé a besoin d'être vu dans sa globalité, et d'être vu via son leader naturel qui est, je n'ai pas peur de le dire, le médecin.

La Nouvelle République du Centre, 21/10/2021

Déserts médicaux : le coup de pouce du Département



Alain Pichon a présidé hier la première commission permanente du Département dans une version 100 % numérique (sans dossier papier) © Photo NR

Les conseillers départementaux ont donné leur feu vert à de nouvelles aides pour l'installation de professionnels de santé, dont des médecins généralistes.

Même si cela ne relève pas de la compétence du Département, la problématique du renouvellement des professionnels de santé dans les territoires ruraux s'invite régulièrement dans les sessions du conseil départemental. Il a fait de la lutte contre les déserts médicaux l'une de ses priorités, afin de répondre à un meilleur accès aux soins pour tous les habitants.

Une réponse aux inquiétudes des habitants et des élus locaux

Vice-présidente déléguée en charge de la santé, Anne-Florence Bourat est revenue hier jeudi, lors de la commission permanente, sur le dispositif mis en place en 2019 (il complète l'aide aux études médicales et paramédicales depuis 2009), notamment avec l'aide à la primo-installation des professionnels de santé libéraux. Ce dispositif, destiné à inciter de jeunes diplômés ou à attirer des professionnels venant d'un autre territoire à s'installer dans le département, s'adresse aux médecins généralistes, chirurgiens-dentistes, orthophonistes et masseurs-kinésithérapeutes, mais aussi à d'autres professions en tension (podologue, orthoptiste et sage-femme).

« En 2019 et 2020, ce dispositif a connu un véritable succès », s'est-elle réjouie. Quinze professionnels, dont neuf jeunes médecins, ont bénéficié de l'aide départementale (montant forfaitaire de 8.000 €) pour s'installer dans différentes zones de besoin (pour une durée minimale de 5 ans) : Savigné, Ayron, Lussac-les-Châteaux (2), Bonneuil-Matours, Vivonne, Saint-Sauvant, Verrières et Saint-Gervais-les-Trois-Clochers.

« En 2021, ce dispositif est un vrai levier et une réponse aux inquiétudes des habitants et des élus locaux », souligne Anne-Florence Bourat. Quatre médecins ont déjà bénéficié de l'aide en début d'année pour leur installation à Payroux, Chauvigny, Valdivienne et Lathus-Saint-Rémy, de même qu'une sage-femme (Lussac) et un pédicure-podologue (Neuville). Douze nouveaux professionnels ont sollicité depuis le Département pour une aide totale de 108.000 € : un médecin à Couhé (Valence-en-Poitou), un à Usson, deux médecins urgentistes hospitaliers associés à deux infirmiers au Centre médical de soins immédiats de Poitiers, deux infirmières (Senillé- Saint-Sauveur), un orthophoniste (Charroux) et trois masseurs-kinés (Civray).

Caducée.net, 21/10/2021

Démographie médicale des médecins spécialistes, nous attendons des mesures concrètes !

Les études récentes concernant la démographie médicale nous montrent qu'il va falloir être patients.

Si un léger frémissement est attendu pour 2035 et une embellie pour 2050, il faudra d'ici là s'organiser pour faire face à une demande de soins croissante et une démographie médicale en nette régression. Pour y faire face, le Gouvernement a publié au Journal Officiel mercredi dernier, un arrêté détaillant la nouvelle méthodologie applicable pour déterminer les zones « caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins » aux médecins libéraux. 30 % de la population vit en effet dans une zone en très forte tension médicale ou en zone d'intervention prioritaire.

Pour définir ces zones, le Directeur Général de l'ARS doit partir des « territoires de vie -santé ». Une définition plus précise de ces territoires sera détaillée par le Ministère. Ces territoires de vie-santé sont ensuite « préclassés par ordre croissant de leur niveau d'Accessibilité Potentiel Localisé (APL) aux médecins généralistes ».

Une fois encore, la médecine spécialisée est oubliée par le ministère de la Santé. L'accès aux soins aux médecins spécialistes est pourtant en très grande tension. Non seulement en ophtalmologie, mais on le sait, en pédiatrie,

mais également dans de nombreuses spécialités. Il est urgent que le Gouvernement prenne la mesure de la situation et nous accompagne dans notre demande légitime de mesures incitatives visant à nous constituer en Équipes de Soins Spécialisés pour pouvoir ainsi mieux répondre aux besoins de la population. Aux yeux de la CSMF, cela passe par une rémunération forfaitaire fléchée sur l'organisation de ces ESS, mais également et surtout une rémunération à l'acte valorisant cet engagement des professionnels qui, en ouvrant un site distinct de consultations, en mettant en place une téléconsultation, une téléexpertise ou une télésurveillance, assure un maillage de l'ensemble du territoire. Les dispositions conventionnelles contenues dans le Contrat Solidarité Territorial Médecins (CSTM) valorisent de 20 % les actes de consultation. Au vu de la difficulté d'accès à un médecin spécialiste, Les Spécialistes CSMF demandent à ce que le CSTM puisse être appliqué France entière, sans distinction de zone, après déclaration auprès de la Commission Paritaire Locale, à tous médecins spécialistes qui travaillent sur un site distinct de consultations. Nous demandons également que l'effort consenti par ces médecins libéraux au service de la population leur donne accès à un espace de liberté tarifaire. Si le ministère de la Santé et le Gouvernement ne prennent pas rapidement en compte ces mesures incitatives, nos concitoyens auront à pâtir d'un accès à la médecine libérale spécialisée qui évoluera comme peau de chagrin et où les inégalités territoriales seront criantes.

Il est temps que nous puissions enfin être entendus. La politique de l'autruche vis-à-vis de la médecine spécialisée libérale n'a que trop duré et pénalisera les Français dans leur accès aux soins.

Docteur Franck DEVULDER Président Les Spécialistes CSMF

Midi Libre, 21/10/2021

Mutuelle : vers une forte augmentation des tarifs des complémentaires santé en 2022 ?



Les tarifs des complémentaires santé pourraient fortement augmenter malgré le rappel à l'ordre du gouvernement la semaine dernière.

Les tarifs des complémentaires santé devraient flamber en 2022. Une hausse des cotisations qui pourrait atteindre de 7 à 10 % selon la Fédération des mutuelles indépendantes (FNIM). "Les complémentaires santé ont eu beaucoup moins de soins à rembourser pendant la pandémie de Covid-19, donc elles ont économisé au départ plus de deux milliards, et en réalité, dixit le cabinet d'Olivier Véran, ministre de la Santé, c'est 2,8 milliards. On leur a ponctionné via la taxe Covid 1,5 milliard donc il leur reste 1,3 milliard", analyse Daniel Rosenweb, auteur du Livre (très) noir des mutuelles, cité par **France Info**.

Le gouvernement de Jean Castex avait pourtant expressément demandé aux mutuelles de modérer leurs tarifs l'année prochaine. Mais selon leurs syndicats, avec une population vieillissante et des soins toujours plus onéreux, 2021 a coûté cher aux complémentaires. Selon l'association de consommateurs UFC Que-Choisir, un assuré sur cinq dépenserait plus de 200 euros par mois pour sa complémentaire santé.

Pour la mutualité française, la demande du gouvernement de geler l'augmentation des tarifs n'est pas réaliste. Elle indique sur Twitter "qu'en septembre, la mutualité française a alerté les pouvoirs publics sur les comptes déficitaires des complémentaires santé de près de 900 millions d'euros sur le seul 1er semestre de 2021, en raison d'une hausse inédite des dépenses de santé".

La faute à la réforme du 100 % Santé

La réforme du 100 % Santé a pesé sur les comptes des organismes complémentaires. La hausse est particulièrement sensible sur les soins dentaires, qui "ont été sous-évalués", selon plusieurs acteurs interrogés, indique le site [l'argus de l'assurance](#). D'après l'étude des trois fédérations d'organismes complémentaire santé, les soins dentaires ont grimpé de 45 % sur ce premier semestre 2021. Comme le souligne Catherine Touvrey, directrice générale d'Harmonie mutuelle : "*La réforme n'est pas à l'équilibre financièrement.*"

Au-delà du 100% Santé, les acteurs mettent en avant un rattrapage des soins post-Covid, ainsi que – cause plus inédite – "un recours accru aux soins ostéo et kiné", assure Camille Mosse, directrice technique du pôle département santé au sein du courtier [Mercer](#). De fait, "les confinements et le télétravail auraient pesé sur la santé des Français", avance-t-elle. Tous ces facteurs ont en tout cas augmenté les besoins de financement des dépenses de santé. Et donc, mécaniquement, joué sur les campagnes de majoration.

JULIEN VAURILLON

2. Pôles de santé, professionnels de santé

France Bleu, 21/10/2021

Centre de santé pour les Sarthois sans médecin traitant : ouverture des rendez-vous le 28 octobre

Un nouveau service va ouvrir début novembre au Mans pour les patients qui n'ont pas de médecin traitant. 60 000 Sarthois sont potentiellement concernés, dont 22 000 dans l'agglomération du Mans.



A partir du 28 octobre, les habitants de la ville du Mans et de l'ensemble du département de la Sarthe qui n'ont pas de médecin traitant vont pouvoir prendre rendez-vous dans la nouvelle structure qui ouvrira le 8 novembre au sein du centre hospitalier. Ce "service médical de proximité" (SMP) déménagera ensuite avenue Paderborn en centre-ville, courant 2022.

4000 patients pourront être accueillis

Selon les chiffres de l'assurance maladie, l'agglomération du Mans compte 22 000 habitants dépourvus de médecin traitant, soit 15% de la population (moyenne nationale : 8%). La proportion est similaire pour le département avec plus de 60 000 personnes concernées. Le SMP devrait permettre de trouver une solution pour 4000 personnes. Le projet, soutenu par les collectivités, a été lancé par la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé, qui regroupe plusieurs professionnels. Il est porté par le groupe VYV, qui a déjà installé un SMP à Laval en 2017.

Comment prendre rendez-vous ?

Les patients peuvent prendre rendez-vous à partir du 28 octobre auprès du secrétariat médical en contactant le : 02.59.29.01.30. Les consultations seront assurées du lundi au vendredi de 9H00 à 13h00 et de 14h00 à 19h00.

Egora, 21/10/2021

Dans ce département, 90% des habitants sont pour la fin de la liberté d'installation



Dans le Lot-et-Garonne, 90% des habitants se sont déclarés favorables à la fin de la liberté d'installation des médecins, d'après un sondage réalisé par nos confrères de **Sud-Ouest**.

Dans le cadre d'un débat sur la désertification médicale organisé par le journal *Sud Ouest*, les habitants du département du Lot-et-Garonne ont été invités à se prononcer sur la question de la liberté d'installation des médecins. Alors qu'une récente enquête classait au moins sept communes dans le rouge, beaucoup de médecins sur place privilégient le salariat lors de leur installation. "Nombre de collectivités, non sans risque, se sont engouffrées [dans le salariat, ndr] pour attirer les carabins", détaille le quotidien.

Précisant que d'autres pays européens, comme l'Allemagne ou l'Espagne ont choisi la coercition, *Sud-Ouest* a ainsi posé cette question à ses lecteurs : "Déserts médicaux : faut-il réguler la liberté d'installation des médecins ?". Question à laquelle 90% des participants ont répondu favorablement.

Nombre d'entre eux ont également estimé que cette coercition pouvait s'appliquer sur un certain nombre d'années (trois, quatre ans,) dans des zones dépourvues sur le plan médical. *"Outre le déconventionnement qui me paraît être une solution, j'estime que les aides diverses ne sont pas conditionnées à une durée d'exercice suffisamment longue. Jadis, pour les élèves profs, les aides d'État obligeaient à exercer dix ans dans l'Éducation nationale sous peine de devoir les rembourser"*, indique par exemple une participante au sondage.

Sévères, les lecteurs ont aussi dénoncé le "manque de vocation" des médecins. *"Les généralistes veulent gagner de l'argent tout en ayant des horaires de bureaux et week-end compris. En attendant les urgences font leur boulot, et là aussi ça met le bazar. Ils n'ont plus la vocation",* écrit l'un d'eux. *"On a l'impression que c'est devenu terrible d'être médecin de campagne alors qu'il y a de plus en plus de maisons de santé pour qu'ils se sentent moins isolés. Qu'est-ce qu'ils veulent ? Être dans leur bureau de 9 à 19 heures à recevoir plus de 30 malades par jour ? Effectivement ce doit être rentable, mais où sont l'humain et l'amour du métier ?",* juge une autre.

[avec [Sud Ouest](#)]

Actu.fr, 22/10/2021

La création d'un pôle de santé privé unique prend forme

Les dirigeants des cliniques Cardella, Paofai et Mama'o ont signé un protocole d'accord qui vise à la création d'un Pôle de santé privé unique.



Les dirigeants des cliniques Cardella, Paofai et Mama'o ont signé un protocole d'accord qui vise à la création d'un Pôle de santé privé unique qui regroupera au sein d'une seule infrastructure médicale, les activités des trois cliniques privées.

Le gouvernement a reçu lundi après-midi, les dirigeants des cliniques Cardella, Paofai et Mama'o. Avec les acteurs de la santé publique dont les dirigeants de la CPS et du CHPF, ils ont signé un protocole d'accord qui vise à la création d'un Pôle de santé privé unique (PSPU) qui regroupera au sein d'une seule infrastructure médicale, les activités des trois cliniques privées. Ce projet structurant avait été objectivé dès 2016 lors de l'adoption par l'assemblée de la Polynésie française du plan d'orientation sanitaire quinquennal (SOS) 2016-2021.

Ce nouvel établissement de soin dont l'implantation est envisagée sur les hauteurs de Punaauia devrait ouvrir ses portes en 2027. Il contribuera à la modernisation et au redimensionnement des plateaux techniques existants afin de les adapter aux besoins de soins à l'horizon 2030. Par ailleurs, il participera à l'attractivité du territoire pour intéresser de nouveaux talents et si possible d'origine polynésienne. Ensemble, le gouvernement et les dirigeants des établissements de soins privées souhaitent préparer l'avenir en prenant en compte l'évolution des pathologies les plus fréquentes constatées au niveau local, des risques sanitaires désormais connus mais aussi des effets du vieillissement de la population. C'est donc une infrastructure structurante qui est envisagée et qui placera le système de santé du pays en très bonne position au niveau régional.

Le projet de PSPU sera porté par une démarche de co-construction public/privé afin d'une part de rechercher le maximum de synergies avec le CHPF et d'autre part de garantir aux Polynésiens des infrastructures, des outils et des professionnels du plus haut niveau. Cette coopération globale est nécessaire pour la production d'un projet d'établissement pertinent, pour garantir sa viabilité financière et fonctionnelle.

Cet article vous a été utile ? Sachez que vous pouvez suivre La Dépêche de Tahiti dans l'espace Mon Actu_. En un clic, après inscription, vous y retrouverez toute l'actualité de vos villes et marques favorites.

3. E-santé

Les Echos, 19/10/2021

L'espace de santé numérique sera déployé pour tous le 1er janvier, annonce Olivier Véran

Jusqu'ici expérimenté dans trois départements, il sera accessible à l'ensemble des Français et leurs soignants à partir de l'an prochain. L'espace de santé numérique sera dans un premier temps un espace de stockage numérique où le patient pourra conserver ses documents médicaux.



« Il faudra du temps pour que chacun s'acclimate et apprenne à s'en servir », a estimé Olivier Véran, le ministre de la Santé. (Ludovic MARIN/AFP)

Il était jusqu'ici expérimenté en Haute-Garonne, dans la Somme et en Loire-Atlantique. L'espace numérique de santé, sera, dès le 1er janvier 2022, accessible à tous les Français, a annoncé lundi le ministre de la Santé, Olivier Véran. « On a testé l'espace numérique de santé à l'échelle territoriale avec de bons résultats », a assuré Olivier Véran. Le ministre voit dans ce dispositif « une petite révolution très favorable à la santé ».

Messagerie sécurisée

L'espace de santé numérique sera dans un premier temps un endroit de stockage numérique où le patient pourra conserver ses documents médicaux, ainsi que son dossier médical personnalisé (DMP) s'il en a un. Il doit aussi comprendre une messagerie sécurisée pour les échanges entre patients et soignants.

Les personnes qui ne veulent pas de cet espace numérique de santé auront un délai d'un mois pour s'opposer ce qu'un espace soit créé à leur nom, a rappelé Olivier Véran. « Il faudra du temps, vous l'imaginez bien, pour que chacun s'acclimite et apprenne à s'en servir », a souligné le ministre.

Ce dispositif est l'un de ceux retenus par le gouvernement pour sa « stratégie d'accélération du numérique en santé », présentée lundi, à Station F, par Olivier Véran, ainsi que trois autres membres du gouvernement, Frédérique Vidal (Recherche), Agnès Pannier-Runacher (Industrie) et Cédric O (Numérique). L'Etat prévoit de dépenser 650 millions d'euros en cinq ans pour cette stratégie, qui fait partie du plan de 7,5 milliards d'euros pour l'innovation en santé, annoncé en juin par le président de la République.

81 millions pour la formation numérique

Le plan prévoit notamment 100 millions d'euros pour subventionner jusqu'à 60 % des frais d'évaluation clinique des logiciels et autres dispositifs numériques de santé - les start-up n'ont souvent pas les reins assez solides pour supporter seules les coûts de vérification de l'efficacité clinique de leurs innovations. Il prévoit aussi la création d'une trentaine de services d'expérimentation des innovations numériques dans les hôpitaux et autres organisations de soin, et une enveloppe de 100 millions d'euros pour le développement de la filière imagerie médicale.

Côté recherche et formation, le plan prévoit également 81 millions d'euros pour la formation numérique des médecins, pharmaciens, infirmiers et autres professionnels de santé. L'enveloppe servira aussi à former des ingénieurs, des juristes et des experts réglementaires en santé numérique.

Frenchweb, 21/10/2021

E-santé: DentalMonitoring, nouvelle licorne française après une levée de 150 millions de dollars



Un Français sur deux juge l'accès aux soins dentaires « difficile » selon une étude de Dentaly. Afin de rendre les soins dentaires connectés et continus, la startup française DentalMonitoring lève 150 millions de dollars, atteignant une valorisation de plus d'un milliard de dollars.

L'opération a été menée par Mériex Equity Partners, qui mise à lui seul 90 millions de dollars, avec la participation de son investisseur historique Vitruvian Partners, à hauteur de 60 millions de dollars. Fondé en 2014 par Philippe Salah, DentalMonitoring a mis au point des algorithmes basés sur une vaste banque d'images et capables de procéder à des analyses IA de haut niveau, de calculer les mouvements dentaires à distance et de procéder à des simulations photoréalistes.

La startup, qui permet d'effectuer des soins à distance, s'adresse aux professionnels de santé et à leurs patients. Sa plateforme basée sur l'IA permet aux dentistes de surveiller la situation dentaire de leurs patients et de détecter d'éventuels problèmes à distance.

Un marché à conquérir ?

En France, d'autres startups se sont lancées dans la numérisation des soins dentaires, à l'instar de [Joovence](#), qui propose des traitements destinés à aligner les dents des patients après un ou deux rendez-vous en présentiel. Pour ce faire, la startup propose aux patients de prendre rendez-vous chez l'un des dentistes partenaires de l'entreprise pour un examen bucco-dentaire, avec prise d'empreintes dentaires pour développer le traitement interactif en 3D. Une fois les aligneurs imprimés en 3D et livrés à domicile, les patients envoient régulièrement des photos de leurs progrès au praticien à travers la plateforme de Joovence, qui effectue un suivi à distance.

DentalMonitoring ambitionne désormais de renforcer ses équipes via un plan de recrutement de 400 personnes et de poursuivre son expansion à l'international.

TIC Santé, 20/10/2021

E-Parcours : 257 projets financés pour 142 millions d'euros engagés au total (ministère)

PARIS (TICsanté) - Lancé en 2018, le programme e-Parcours comptabilise à date 257 projets de développement d'outils numériques de coordination de parcours de santé financés pour un montant total de 142 millions d'euros engagés, a appris TICsanté le 14 octobre auprès du ministère des solidarités et de la santé.



Le programme e-Parcours (2018-2022) est doté de 150 millions d'euros et a pris le relais des "Territoires de soins numériques" (TSN), rappelle-t-on.

Action n°14 de la feuille de route du numérique en santé présentée par l'ex-ministre des solidarités et de la santé Agnès Buzyn le 25 avril 2019, ce programme doit permettre de financer le développement d'outils numériques de coordination de parcours de soins, mis en œuvre par les nouvelles organisations territoriales.

Ces organisations territoriales sont les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les groupements de professionnels dans le cadre de l'expérimentation "article 51" et les dispositifs d'appui à la coordination (DAC). Les DAC regroupent les réseaux de santé, les méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (Maia), des plateformes territoriales d'appui (PTA) et des coordinations territoriales d'appui (CTA).

Les agences régionales de santé (ARS) sont invitées à identifier les projets territoriaux des professionnels de santé en vue d'une demande de financement auprès de la direction générale de l'offre de soins (DGOS), rappelle-t-on. À date, 257 projets sont actuellement financés dans le cadre du programme e-Parcours: 117 concernent des DAC, 11 concernent des projets d'expérimentation "article 51" (en référence à l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale -LFSS- 2018) et 129 concernent des CPTS.

"À noter qu'il ne s'agit que des projets soumis aux demandes de financements nationaux et que ce n'est pas exhaustif des projets de CPTS/DAC/article 51 pouvant exister sur les territoires", a précisé le ministère à TICanté. Parmi ces projets, répartis dans 17 régions françaises, 36 ont atteint les cibles d'usage dans cinq régions: 5 projets en Bretagne, 2 en Pays de la Loire, 12 en Ile-de-France, 12 en Nouvelle-Aquitaine et 5 en Bourgogne-Franche-Comté. "Il s'agit de projets des DAC essentiellement."

Il reste deux régions dans lesquelles il n'y a pas encore d'outils déployés: la Guyane et la Corse. "Concernant la Guyane, le marché a été notifié début septembre et le projet est en démarrage. Pour la Corse, le marché est en cours de passation et donc la région engagera le déploiement des outils en 2022", a indiqué le ministère.

142 millions de financements engagés

Le financement total est conditionné à l'atteinte des objectifs et seuils fixés par l'instruction 2019/129 du ministère des solidarités et de la santé. Ainsi, les projets sont financés à 60% à l'amorçage, et les 40% restants sont versés à l'atteinte des cibles d'usage.

Les montants forfaitaires par territoire sont de 800.000 euros pour un territoire organisé autour d'un DAC et de 200.000 euros pour un territoire organisé autour d'une ou plusieurs CPTS ou d'un collectif professionnel coordonné (type "article 51").

L'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) a publié un guide à destination des référents e-Parcours des ARS et des groupements régionaux d'appui au développement de la e-santé (Grades) pour les aider dans "la définition des indicateurs du programme", [rappelle-t-on](#).

Dans le détail, ce sont 85 millions d'euros qui ont été délégués aux ARS en fonds d'amorçage des projets, et un montant total de 142 millions d'euros a été engagé, c'est-à-dire pour les projets en phase d'amorçage et ceux ayant atteint leurs cibles d'usage.

En outre, 14,4 millions d'euros ont d'ores et déjà été délégués pour les 36 projets ayant atteint les cibles d'usage.

"Plus de 760.000 dossiers ouverts en cumulé"

Depuis 2019, "plus de 760.000 dossiers ont été ouverts en cumulé, tous ne sont pas encore actifs, puisque les accompagnements peuvent être terminés à date", a rapporté le ministère.

"Concernant les professionnels, nous dénombrons les professionnels uniques qui se sont connectés au moins une fois sur les outils: sur le deuxième trimestre 2021 (avril-juin), on dénombre environ 40.726 professionnels de santé s'étant connectés au moins une fois dans le trimestre (non cumulatifs)."

Vers une prolongation du programme

"Les enjeux 2022-2023 concernent principalement l'accompagnement aux usages sur les territoires. La date limite d'atteinte des cibles d'usage est prolongée à fin 2023", a fait savoir à TICsanté le ministère le 14 octobre.

Ce délai doit permettre "de consolider la mise en œuvre des services socles poussés par le Ségur numérique: alimentation du dossier médical partagé (DMP), déploiement Pro Santé Connect, usage de la messagerie sécurisée de santé (MSSanté) et sensibilisation sur l'usage de l'identifiant national de santé (INS)", et de soutenir "les usages auprès des professionnels".

"En parallèle, d'autres travaux sont menés au niveau national, notamment autour du modèle économique et de l'intégration de projets stratégiques nationaux dédiés à la coordination (déploiement des outils auprès de centres Vigilans [prévention de la récidive] par exemple)", a-t-il été précisé.

Le programme fixait initialement une échéance pour l'atteinte des cibles d'usage au 31 décembre 2022, rappelle-t-on.

Au printemps 2019, le ministère avait confié au Réseau des acheteurs hospitaliers (Resah) la tâche de passer un accord-cadre national avec plusieurs prestataires de services numériques que les régions pourraient solliciter pour e-Parcours.

Plusieurs [accords-cadres](#) ont depuis lors été signés.

Wassinia Zirar

4. Sagéo et ses partenaires

Sageo, 22/10/2021

Sagéo et Pointgyn lancent la télé-expertise entre sage-femmes et gynécologues dans les centres Sagéo



L'avenant 9 de la Convention médicale tire les leçons de la crise sanitaire. **PointGyn et Sagéo Santé** ont lancé cette semaine la téléexpertise (TE) entre les Sage-femmes et les Gynécologues.

Ce afin de renforcer le recours aux médecins spécialistes dans le cadre du parcours de soins, d'améliorer la prise en charge des patients.

Les Echos, 20/10/2021

Opinion | Santé : au secours, le « monde d'avant » est de retour !

Le budget de la « Sécu » pour 2022 fait renouer notre système de santé avec ses problèmes endémiques, déplore le président de Sagéo, dans une tribune. Selon lui, faudrait amplifier les mesures qui avaient été décidées avant la pandémie. Explications.



Une salle d'attente du service d'urgence de l'hôpital Trousseau de Tours. (Guillaume Souvant/AFP)

Par **Nicolas Boudeville** (président du groupe de pôles de santé Sagéo)

Alors que le recul actuel du Covid-19 fait déjà dire à certains experts que la pandémie est peut-être derrière nous, le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2022 fait renouer notre système de santé avec ses problèmes endémiques.

Des récentes grèves de SOS Médecins aux déserts médicaux en passant par le partage du risque ou la coordination des professionnels, les défis de l'offre de soins demeurent. Parmi ceux-là, trois enjeux majeurs appellent à poursuivre les réformes engagées avant les confinements de 2020.

Les patients

Le premier d'entre eux concerne les patients, qui continuent de subir le recul de la médecine de ville (baisse de 7 % du nombre de généralistes entre 2012 et 2021). Comme les campagnes, la désertification médicale frappe les villes, où la hausse des loyers et les départs en retraite de nombreux professionnels augmentent les délais de rendez-vous.

Cette situation crée des inégalités au point que 5 millions de Français n'ont pas de médecin traitant, en particulier à la périphérie des métropoles où le manque de praticiens en secteur 1 est criant. S'ils entendent être mieux suivis, les patients souhaitent aussi devenir de véritables acteurs de leur parcours de soins. L'automédication (8 Français sur 10 y ont recours), l'essor de la santé numérique (350.000 applications), l'émergence des associations de malades, le recours croissant au « deuxième avis » médical et la volonté d'évaluer les professionnels confèrent aux patients un rôle bien plus actif.

Les praticiens

Le deuxième défi concerne les praticiens, dont la mutation générationnelle doit être mieux adressée. Malgré les efforts fournis par l'Assurance-maladie et les collectivités locales, les jeunes médecins n'expriment pas seulement des motivations financières.

Sur les conditions d'exercice, ils privilégient le salariat et veulent être déchargés du fardeau juridique et administratif, sont rebutés par l'illisibilité des dispositifs de coordination professionnelle, rejettent les journées à rallonge et préservent leurs congés.

Sur leur approche métier, ils utilisent pleinement les outils numériques pour gagner du temps de dialogue avec leurs patients. Face aux besoins de la société (ex : santé mentale), ils promeuvent la pluridisciplinarité et le lien avec les paramédicaux (kinésithérapeutes, psychologues, nutritionnistes, infirmiers, sages-femmes...), dont les tâches sont élargies et le rôle mieux reconnu.

L'hôpital

Le troisième enjeu de notre système de soins : l'hôpital. Nous ne revenons pas au modèle du tout curatif qui finit par saturer les plateaux techniques tout en augmentant leur coût et néglige des soins de proximité pourtant vitaux aujourd'hui.

Le vieillissement de la population française appelle à miser sur le dépistage primaire, dont la qualité ne cesse de progresser grâce à l'intelligence artificielle et aux technologies. A ce propos, l'explosion des téléconsultations prouve que la société a adopté ces outils sans remplacer pour autant le praticien, en particulier dans son rôle de conseil. Cette dimension numérique du parcours de soins va enfin mieux relier le médecin traitant au chirurgien hospitalier, au psychiatre et au pharmacien, afin de suivre l'observance des traitements.

Il revient maintenant à l'Assurance-maladie de réussir le lancement de l'espace numérique de santé, en retenant les leçons du dossier médical partagé et en assurant une coordination avec les plateformes tierces. Renforcer l'évaluation et la satisfaction patient, intégrer les nouvelles aspirations des professionnels, amplifier la déshospitalisation des urgences non vitales tout en reliant les professionnels grâce à un véritable carnet de santé numérique, simplifier la coordination, faciliter l'expérimentation locale et l'innovation... Autant d'initiatives qui avaient été prises avant la crise épidémique, qu'il convient d'amplifier sans attendre.

Nicolas Boudeville est président du groupe de maisons de santé Sagéo.