

DANS CE NUMÉRO :

Le Médecin de France

LE JOURNAL DE LA



15 novembre 2015

n°1254

➤ DOSSIER

MÉDECINE DE VILLE

➤ Le 13 novembre,
journée Santé Morte !

➤ ACTU

PLFSS 2016

➤ Les radiologues ne veulent plus
payer l'addition

➤ INTERVIEW

BRUNO GALLET,

➤ Représentant du syndicat
des psychiatres français
au comité directeur de l'UMESPE

BERTRAND DEMORY,

➤ Médecin généraliste
à Armentières

➤ INFOS JURIDIQUES

➤ La VAE ordinaire : un bon moyen
de faire évoluer sa carrière

➤ DOCUMENT

DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTÉ

➤ L'offre de soins dans quinze ans

➤ INFORMATIQUE

➤ Top départ imminent
pour les Territoires
de Soins Numériques

**OUI A LA DESOBEISSANCE CIVILE!
NON A LA LOI DE SANTE!**

➤ DOSSIER

LE 13 NOVEMBRE, JOURNÉE SANTÉ MORTE

**LES PATIENTS
ET LES MÉDECINS
ÇA SE RESPECTE**



Sommaire

➤ Dossier

MÉDECINE DE VILLE
Le 13 novembre,
journée Santé Morte !Page 4

➤ Actu

PLFSS 2016
Les radiologues ne veulent plus
payer l'additionPage 8

➤ Interview

Bruno Gallet,
Représentant du syndicat des psychiatres
français au comité directeur
de l'UMESPEPage 9

➤ Infos juridiques

La VAE ordinale : un bon moyen
de faire évoluer sa carrièrePage 10

➤ Interview

Bertrand Demory,
Médecin généraliste
à ArmentièresPage 11

➤ Document

DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONS
DE SANTÉ
L'offre de soins dans quinze ansPage 12

➤ Informatique

Top départ imminent pour les Territoires
de Soins NumériquesPage 14

Bimensuel
79, rue de Tocqueville
75017 Paris
Tél. : 01 43 18 88 33
Fax : 01 43 18 88 34
E-mail :
med_france@csmf.org
Internet : www.csmf.org

Les articles originaux
du Médecin de France peu-
vent être reproduits par
tout organisme affilié à la
CSMF sans autorisation
spéciale, à condition de
faire figurer les mentions
habituelles.

Édité par la SEPMF,
Sarl au capital de 32 000 euros
Durée : 50 ans du 1^{er} juin 1978
Associés : CSMF et ACFM
Gérant : Jean-Paul Ortiz
Directeur de la publication :
Jean-Paul Ortiz
Rédacteur en chef : Yves Decalf
Crédits photos : Philippe Chagnon-
cocktailsanté ; Lisa BLue, Jan Otto,
Trish233 - Istock©
Impression : Neuville Impressions,
ZI Les Mûriers, 71160 DIGOIN
Dépôt légal : 4^e trimestre 2015
ISSN : 0399-385X
Abonnement : 31,00 euros par an
Prix du numéro : 1,60 euro
Commission paritaire : 0916 G 82702.



➤ ÉDITO

Mobilisez vos patients contre la loi de santé !

La CSMF, premier syndicat des médecins de France, dans une démarche unitaire avec les autres organisations syndicales vous a appelé à participer le 13 novembre à la journée #jefermemoncabinet, puis à vous associer aux manifestations régionales et nationales qui seront organisées dans les jours à venir.

Pour que nos patients adhèrent à notre combat, je vous demande de les mobiliser contre la loi de santé en leur expliquant que cette loi est liberticide, faussement sociale et décrète la mort de la médecine libérale.

Nos patients sont attachés à la liberté de choisir leur médecin et nous sont reconnaissants de notre investissement pour les soigner. Ils n'ont pas envie de confier leur santé à l'Etat, aux mutuelles ou d'aller se faire soigner exclusivement à l'hôpital !

Faire de nos patients nos alliés est essentiel pour peser sur les politiques avant le vote définitif de la loi de santé et préparer ainsi la future négociation conventionnelle.

Pour vous aider à mobiliser vos patients, la CSMF a réalisé une affiche pédagogique à mettre dans vos salles d'attente (vous pouvez la télécharger sur le site de la CSMF si par hasard vous ne l'aviez pas reçu via votre syndicat départemental).

Merci pour votre engagement,
Les patients et les médecins, ça se respecte !

Dr Jean-Paul Ortiz,
Président de la CSMF



Abonnez-vous

31 euros par an :
20 numéros

Dr.....

désire s'abonner à la revue
Médecin de France pour un an.

désire une facture

Adresse.....

Chèque de 31 € à l'ordre de
Médecin de France et à adresser à :
Médecin de France
Service abonnement
79, rue de Tocqueville
75017 Paris

Le 13 novembre, journée Santé Morte !

C'est le 13 novembre, à l'initiative de la CSMF et à l'appel de tous les syndicats, que les médecins libéraux sont appelés à fermer leur cabinet. Une journée Santé morte qui montre que la mobilisation contre la loi de santé, et à présent le PLFSS, reste toujours vivace.

C'est le « Vendredi noir » (« black Friday » dans la tradition anglo-saxonne). Un vendredi 13 qui pourrait porter malchance au gouvernement. Même si le niveau de mobilisation s'annonce inégal, selon les régions et selon les catégories, cette journée « Santé morte » illustre une réalité dont les pouvoirs publics doivent prendre acte : la colère légitime des médecins libéraux contre la loi Touraine ne s'est pas estompée. Après la période des élections aux URPS, après la surenchère menée par les organisations les plus « jusqu'aboutistes », on aurait pu s'attendre à ce que le vent de protestation s'atténue. Mais, et c'est la grande leçon du scrutin, le corps médical se sent massivement méprisé et mal compris par le gouvernement. Alors que le soutien du public, auprès duquel la profession de médecin est parmi les plus populaires, ne

s'est jamais démenti, la majorité actuelle persiste et signe. Il reviendra, mi-novembre, à la version initiale du texte voté l'été dernier par les députés. Et le tiers payant généralisé, mesure honnie par la plupart des praticiens, sera bien promulgué. Le 31 octobre, devant 900 représentants de l'Ordre des médecins, Manuel Valls l'a réaffirmé : « nous assumons cette décision, autant que nous entendons vos préoccupations ». Sous les huées du public, le premier ministre a tenté de faire « patte de velours », saluant « le dévouement et le professionnalisme » des médecins. Et il a confirmé que la Grande conférence de santé se tiendrait le 11 février prochain, censée « mettre à plat » les problématiques actuelles de la médecine et « tracer des perspectives pour l'avenir ».

“ JEAN-PAUL ORTIZ, PRÉSIDENT DE LA CSMF

« Tenir bon et redonner confiance »



Les médecins ont-ils, selon vous, l'intention de poursuivre le bras-de-fer avec le gouvernement ?

Même si la mobilisation sera fatalement variable d'une zone à l'autre, cette journée du 13 novembre, et le fait qu'elle se fasse à l'unanimité des syndicats, témoigne que la contestation ne s'est pas éteinte. De façon profonde et durable, les élections aux URPS, et notamment le fort taux d'abstention, apportent la preuve d'un mal-être professionnel qui touche toutes les catégories de praticiens. C'est à nous, syndicats représentatifs, d'aller plus encore à leur ren-

contre, d'écouter leurs doléances, et de savoir porter des projets de nature à leur redonner confiance en l'avenir.

Certes, mais il semble que l'horizon ne soit pas sur le point de s'éclaircir ?

Certes, le contexte financier est extrêmement tendu, notamment parce que le gouvernement refuse de faire les bons choix. Nous disons qu'il faut « déshospitaliser » le pays, et lui décide de sanctuariser le secteur en lui accordant un budget supérieur à la médecine de ville en 2016. C'est profondément contradictoire avec l'affichage du virage ambulatoire, et le signe que ce gouvernement pilote à vue. Mais nous devons persévérer, tenir notre ligne et miser sur le long terme. L'expérience nous montre qu'il aura fallu plus de deux ans pour « déboguer » la loi HPST. En cette période pré-électorale, nous ne pouvons pas faire l'économie de la démonstration de force. Cela étant, la CSMF conserve à l'esprit que la contestation n'a de sens qu'à la condition de pouvoir proposer des solutions alternatives viables. ■



Manifestation contre la Loi de Santé qui avait réuni plus de 50 000 professionnels de santé le 15 mars 2015 à Paris.

►► MÉDECINE DE VILLE : LE 13 NOVEMBRE, JOURNÉE SANTÉ MORTE !

La Grande conférence de santé ? Avec qui ?

L'événement se profile d'ores et déjà comme un « bide ». Les organisations syndicales maintiennent, pour la plupart, leur mot d'ordre de boycott. Il faut dire que la méthode est curieuse : voilà un gouvernement qui consulte et propose une concertation... après le vote de la loi, et alors que son contenu est massivement contesté depuis près de deux ans ! Drôle de conception de la démocratie sociale... Voilà pourquoi, à l'appel de la CSMF, c'est un mouvement unitaire que le gouvernement doit affronter, en ce vendredi 13 novembre. En refusant d'écouter et de composer, il relance la dynamique du mouvement mené au printemps dernier, et qui avait abouti à la manifestation de plus de 50 000 professionnels de santé le 15 mars à Paris. Au-delà du 13 novembre, la guérilla se poursuivra. « On le sait, le vote d'un texte n'est qu'une étape, il peut rester une coquille vide faite de textes d'application, note Jean-Paul Ortiz, président de la CSMF. C'est pourquoi nous devons maintenir la pression dans les mois à venir, inciter les confrères à pratiquer la désobéissance civile. » « Partout, la détermination du corps médical a été la même durant la campagne des URPS, en phase avec les positions prises par l'UNOF-CSMF : ils disent non au tiers payant généralisé, non au démantèlement du métier de médecin, non à l'étatisation du système de santé, estime Luc Duquesnel, président de l'UNOF-CSMF. Avec l'appel à la désobéissance civile, nous voulons rappeler aux confrères qu'un gouvernement ne peut rien si toute une profession s'élève contre des mesures iniques. » D'autres actions et d'autres moyens de pression pourront être mobilisés, au gré de l'évolution des événements. Le résultat des élections aux URPS, avec près de 60% d'abstention, a démontré la déshérence qui anime les rangs de la médecine libérale. « Il faut entendre

aussi la voix de ceux qui ont refusé de s'exprimer, aller à leur rencontre et prouver par nos actions qu'il est possible de changer le cours des événements », ajoute Jean-Paul Ortiz.

Un PLFSS trop rigoureux

De fait, et au-delà de la loi Touraine, l'année 2016 s'annonce particulièrement agitée sur le front de la médecine de ville. D'abord, le PLFSS 2016 promet un tour d'érou inédit en matière de dépenses d'assurance-maladie. La progression de l'ONDAM sera maintenue à un taux historiquement bas - + 1,75% - alors que la pente naturelle des dépenses de santé reste aux alentours de + 3% à + 3,5%. Et les prévisions de déficit, soit 6,2 milliards d'euros pour la branche maladie, passent par la réalisation d'un plan d'économies de 3,4 milliards d'euros, comparable aux mesures adoptées pour 2015 (3,2 milliards d'euros d'économies). La moitié de ces économies portera sur les produits de santé, avec 550 millions de baisse des prix des médicaments, 395 millions d'euros liés à la promotion et le développement des génériques, 70 millions d'euros de baisse des tarifs des produits de santé et 30 millions avec le développement des biosimilaires. Les professionnels de santé libéraux seront mis à contribution de 125 millions d'euros via des baisses de tarifs, tandis que les achats à l'hôpital devront dégager 420 millions d'euros d'économie, que les établissements devront économiser 65 millions d'euros en dépenses de fonctionnement et que des radiations partielles de la liste en sus vise à permettre 205 millions d'euros d'économies. A ces mesures de ponction directe s'ajoutent des objectifs de pratiques plus efficaces : chirurgie ambulatoire (160 millions d'euros), lutte contre la iatrogénie (100 millions d'euros), maîtrise médicalisée en ville (400 millions d'euros), maîtrise sur les prescriptions hors médicament (315 millions d'euros)...



Le Gouvernement adresse une nouvelle fois un message politique négatif pour les acteurs de l'ambulatoire, en proposant un taux facial à + 1,7% pour les soins de ville, contre + 1,75% pour l'hôpital.

►► MÉDECINE DE VILLE : LE 13 NOVEMBRE, JOURNÉE SANTÉ MORTE !

L'hôpital épargné... comme toujours

Dans ce contexte tendu, le gouvernement adresse une nouvelle fois un message politique négatif pour les acteurs de l'ambulatoire, en proposant un taux facial à

➤ UNOF-CSMF La médecine générale, chef d'œuvre en péril !

Toujours en action, l'UNOF-CSMF est décidée à ne rien laisser passer. Dans son dernier communiqué, le syndicat note un des effets délétères de la politique actuelle : la perte d'attractivité de la médecine générale. « Cette fois, nous sommes dans le dur, estime-t-il. La médecine générale est devenue en 2014 la spécialité médicale la moins attractive... Pour améliorer l'attractivité de notre métier, le Gouvernement va mettre en place le tiers-payant généralisé en attendant d'organiser son rêve ultime : le démantèlement de notre spécialité, via les pharmaciens, les infirmiers, les sages-femmes ou le personnel de l'hôpital qui, pour cause d'ambulatoire, ira bientôt prendre en charge à leur domicile nos patients atteints de pathologies chroniques. Alors, après s'être attaqués à l'indépendance des médecins, puis à son modèle économique, le Gouvernement et la Caisse Nationale d'Assurance maladie lancent leur troisième missile contre les médecins généralistes... ils s'attaquent à la moralité et aux valeurs des médecins, en amplifiant les contrôles sur leurs activités et en les accusant de facturer des visites à domicile fictives... » ■

+ 1,7% pour les soins de ville, contre + 1,75% pour l'hôpital. Lors des deux précédentes années, un différentiel de 0,1 point en faveur de la médecine de ville semblait démontrer que le gouvernement souhaitait réaffecter durablement des moyens de l'hôpital vers la ville. Cette fois, la bonne intention paraît suspendue, même si, par un « tour de passe-passe » comptable, l'allègement de certaines cotisations maladie est censé dégager + 0,3 point pour la médecine de ville et porter à + 2% le taux réel d'augmentation de l'ONDAM Ville. En réalité, rien ne dit que l'assurance-maladie acceptera d'affecter ces moindres charges à la revalorisation tarifaire. Or, c'est bien là l'autre enjeu de l'année 2016 : négocier et signer une nouvelle convention médicale, régissant pour cinq ans les relations entre libéraux et assurance-maladie. « La situation financière est telle que nous ne serons pas en mesure de satisfaire toutes les revendications », prévenait en septembre dernier Nicolas Revel, directeur général de l'Uncam, lors des Universités d'été de la CSMF. Si la sortie était attendue, elle était accompagnée de commentaires peu appréciés de la salle, à propos de la hausse des revenus moyens des praticiens entre 2010 et 2014.

Le ras-le-bol du blocage tarifaire

Rappelons-le : le C reste bloqué à 23 euros depuis novembre 2011, soit déjà quatre ans. Tous les experts sont d'accord : la faible valeur de la consultation de base, l'un des plus faibles d'Europe, symbolise la paupérisation croissante de l'acte médical. A ce gel tarifaire s'ajoutent d'autres blocages inacceptables, comme celui du coût de la pratique, inchangé depuis la création de la CCAM technique, de même que la non-revalorisation de la valeur du point travail. Pendant ce temps, le taux de charge augmente inexorablement et certaines spécialités deviennent de moins en moins attractives. Faute de jouer le jeu, l'assurance-maladie dénature la portée de la CCAM technique,



Dans son projet de loi, Marisol Touraine fait explicitement figurer l'ingérence de l'Etat dans la négociation conventionnelle. Nicolas Revel lui-même, devant les cadres de la CSMF, expliquait en forme d'avertissement que « la convention est une spécificité française ». Une remarque pleine de sous-entendus...

►► MÉDECINE DE VILLE : LE 13 NOVEMBRE, JOURNÉE SANTÉ MORTE !

qui doit évoluer en fonction du progrès médical et favoriser les actes les plus innovants. Si, au bout de la négociation, l'assurance-maladie et les syndicats représentatifs parviennent à s'entendre sur un accord tarifaire, il faudra encore compter avec le dispositif inique des stabilisateurs économiques. Au mieux, la hausse effective des honoraires interviendrait... après le scrutin présidentiel de

2017 ! Des délais incompréhensibles pour les médecins libéraux, et qui décrédibilisent le contrat conventionnel. Un tel contexte pose la question : et si la démarche était intentionnelle ? Dans son projet de loi, Marisol Touraine fait explicitement figurer l'ingérence de l'Etat dans la négociation conventionnelle. Nicolas Revel lui-même, devant les cadres de la CSMF, expliquait en forme d'avertissement que « la convention est une spécificité française ». Une remarque pleine de sous-entendus...



UMESPE Les leçons du scrutin

Prenant acte des résultats des élections aux URPS, l'UMESPE annonce un travail de fond pour relancer la dynamique de syndicalisation auprès des confrères. « Très clairement, l'U.ME.SPE./CSMF constate un net recul de son audience chez les médecins libéraux pour les élections aux URPS dans les collèges 2 et 3 par rapport aux résultats de 2010, note l'organisation. Notre représentation est passée de 50% à 40% des suffrages exprimés. L'analyse en est difficile, certainement multifactorielle. L'U.ME.SPE./CSMF va donc très rapidement s'engager dans une dynamique de consultation de l'ensemble de ses verticalités pour réactualiser, rendre plus concret et audible, le projet confédéral de la CSMF. Même si la branche spécialiste de la CSMF reste encore largement majoritaire chez les médecins spécialistes, tous les syndicalistes doivent être préoccupés par une abstention record de 60%. Cette abstention traduit-elle le désintérêt des médecins pour les élections professionnelles, une moindre confiance à leurs représentants syndicaux ou, ce qui est encore plus grave, un désintérêt total des médecins pour leur avenir et une certaine fatalité devant la destruction de la médecine libérale ? » ■

La convention, le bien commun à défendre

Quel que soit le déroulement des événements, la CSMF entend tenir bon et conserver son cap : conventionniste, le syndicat se battra jusqu'au bout pour un accord honorable... mais refusera de signer un texte contraire aux intérêts de la profession. « Certaines voix se lèvent déjà pour réclamer de dénoncer la convention : je n'y suis pas favorable, indique Patrick Gasser, président de l'UMESPE. Les spécialistes se souviennent qu'il y a tout à perdre avec un règlement conventionnel minimal. » Comme il le rappelle, la convention ne se résume pas à une entente sur les tarifs. Elle organise également, dans les moindres détails, la nature des relations entre les praticiens et les caisses d'assurance-maladie. Elle permet de favoriser de nouveaux modes de prise en charge des patients, d'inciter à l'innovation et à la coopération entre professionnels. Elle offre surtout un cadre collectif protecteur, en cas de mise en cause individuelle. La convention est notamment indispensable pour installer des comités paritaires locaux, garantissant aux praticiens une instruction équitable de leur dossier. Enfin, c'est depuis 1971, le garant d'un cadre uniforme, sur l'ensemble du territoire, en matière de tarifs. Autant dire qu'avec la montée en puissance des ARS, il est plus que jamais nécessaire de préserver la force de l'esprit conventionnel. ■

Les radiologues ne veulent plus payer l'addition

Trois études présentées par la FNMR mettent en lumière les conséquences délétères des économies imposées aux radiologues depuis sept ans.

Chaque année, depuis sept ans, le scénario est le même. A la recherche d'économies pour boucler le PLFSS, le gouvernement va faire des coupes sombres sur les postes de dépenses les plus « faciles ». Outre le médicament, la ponction traditionnelle porte sur les honoraires de deux professions libérales, les biologistes et les radiologues. Baisse de tarifs, encadrement des prescriptions... chez les radiologues, l'addition varie de 50 à 100 millions d'euros par an, par le biais de plans d'économies pluriannuels. Un effort financier considérable, de l'ordre de 900 millions d'euros, et qui à la longue n'est bien sûr pas sans effet sur le secteur de la radiologie libérale. « *Le système de tarification, et les baisses imposées année après année, réduisent sans cesse les marges des cabinets de radiologie, et donc leur capacité à maintenir l'emploi, conserver une offre de soins accessible à tous et investir pour moderniser leur équipement*, observe Jean-Philippe Masson, président de la Fédération nationale des médecins radiologues (FNMR). *Or, les pouvoirs publics ignorent à dessein que la radiologie n'est pas qu'un poste de dépenses, mais également un vecteur important d'économies directes et indirectes pour le système de santé.* »



5% des IRM et 18% des scanners sont en déficit en raison des baisses des tarifs des forfaits techniques.

Des économies conséquentes et chiffrées

A l'appui de sa démonstration, le président de la FNMR a présenté le 19 octobre dernier, lors des Journées nationales de la radiologie, trois études médico-économiques. La première, intitulée « *L'imagerie médicale : un atout pour la santé, un atout pour l'économie* », rappelle que la radiologie est un secteur économique qui pèse 1 milliard d'euros, 40 000 emplois et représente plusieurs centaines d'entreprises et de centres de recherche. Grâce au dynamisme de l'innovation et au progrès incessant des équipements, la radiologie interventionnelle et l'échographie permettent chaque année d'éviter des interventions chirurgicales inutiles. C'est le

cas par exemple pour les appendicectomies, avec à la clé 150 millions d'euros d'économies par an pour la Sécu. Les macro biopsies (400 à 511 euros par acte) se substituent aux biopsies chirurgicales (1330 à 7225 euros par acte).

La France toujours en retard

Une seconde étude analyse et compare la radiologie dans huit pays européens. Elle montre que les radiologues français disposent des revenus les plus faibles. Une donnée qui bat en brèche une idée reçue, celle d'une catégorie de « nantis » en tête du palmarès. En réalité, selon les données de la CARMF, en 2013, la radiologie est en septième position dans l'échelle des revenus par spécialité. Autre enseignement, l'enquête montre que la France reste en queue de peloton en taux d'équipement pour les scanners et les IRM. Malgré les efforts consentis, elle ne rattrape pas son retard par rapport aux autres pays européens comparables. Cette densité insuffisante en équipement explique une donnée apportée par la troisième étude : faute d'autorisations en nombre suffisant, les médecins radiologues libéraux n'ont qu'un accès limité à l'imagerie en coupe ce qui explique, en partie, les délais de rendez-vous pour les examens d'IRM. Deuxième observation : 5% des IRM et 18% des scanners sont en déficit en raison des baisses des tarifs des forfaits techniques.

Non aux baisses de tarifs

Cet éclairage sur le secteur de l'imagerie médicale illustre les effets délétères d'une politique d'économies à court terme dans le domaine de la santé. A force de désinvestir, une dizaine de centres ferment chaque année, et le regroupement sur un plateau technique unique de plusieurs cabinets rend plus difficile l'accès à l'imagerie pour une part croissante de patients, notamment âgés. Autre conséquence, certains industriels renoncent à lancer leurs innovations dans l'hexagone, rebutés par le rythme insuffisant des autorisations et des renouvellements d'équipement. Enfin, la profession, en phase de vieillissement, devient moins attractive pour les jeunes praticiens, surtout en libéral. Face à ce contexte préoccupant, Jean-Philippe Masson prévient : « *c'est tout un secteur économique, pourtant source de progrès médical et d'efficience pour le système de santé, qui est menacé. Nous demandons aujourd'hui aux pouvoirs publics de stabiliser la situation, et nous refuserons de signer un quelconque plan d'économies, y compris s'il est pluri-annualisé. Les radiologues ne veulent pas gagner plus, ils souhaitent travailler dans des conditions décentes au bénéfice de leurs patients.* » ■

“ BRUNO GALLET, REPRÉSENTANT DU SYNDICAT DES PSYCHIATRES FRANÇAIS AU COMITÉ DIRECTEUR DE L'UMESPE

« *Se fixer des objectifs réalistes* »

Élu à l'URPS des Pays de la Loire, Bruno Gallet constate que les syndicats qui ont tenu des discours les plus virulents, ont engrangé des voix aux élections des URPS. Demain cependant, la réalité l'emportera.

Quelle analyse faites-vous des résultats aux élections des URPS ?

Bruno Gallet : Les élections professionnelles n'ont jamais mobilisé les foules. Les médecins libéraux connaissent mal les missions des URPS et leur bureau. Par ailleurs, on observe une baisse régulière d'intérêt pour l'action syndicale depuis les lois Juppé. Les médecins libéraux n'en voient pas les effets directs sur leur pratique et ont l'impression que, quel que soit le gouvernement, les marges de négociations sont faibles et les choses « pliées » d'avance. Ils ne voient pas l'intérêt de voter pour des syndicats qui vont négocier on ne sait plus trop bien quoi.

A quoi attribuez-vous l'insuccès de la CSMF ?

Bruno Gallet : Les discours virulents des autres centrales syndicales comme MG France ou la FMF ont regroupé les mécontents. Les discours plus nuancés n'ont pas mobilisé les électeurs. Peut-être n'avons-nous pas été suffisamment combattifs. Et pourtant, je suis persuadé que les discours virulents engrangent des voix, mais ne débouchent sur rien.

Comment reconstituer une force médicale suffisante pour défendre la médecine libérale ?

Bruno Gallet : Il faudrait d'abord, à mon sens, fixer des objectifs réalistes. La réalité économique du pays rend la situation difficile. Il faudra sans doute sortir des discours de clan. Il faudra



“ Je suis persuadé que les discours virulents engrangent des voix, mais ne débouchent sur rien. ”

donc, sur le terrain, passer des alliances sur une ligne réaliste, avec le SML par exemple, qui a durci son discours pour des raisons électoralistes, mais avec lequel il est peut-être possible de trouver une ligne de gouvernance commune.

Quels sont les problèmes spécifiques à votre spécialité ?

Bruno Gallet : Sans être véritablement spécifique à la psychiatrie, la cotation de nos actes nous pose un problème particulier. La valeur du Cpsy a baissé depuis une quinzaine d'années où elle était à peu près de 3 C. La psychiatrie figure en bas de l'échelle des revenus médicaux. Nous avons travaillé sur les consultations complexes. Il faudrait instaurer une CCAM clinique qui en tienne compte. Son principe a été adopté, mais n'a jamais été appliqué.

L'arrivée du tiers payant généralisé ne va pas simplifier les choses...

Bruno Gallet : Nous pratiquons déjà le tiers payant pour les patients en ALD ou bénéficiant de la CMUc. En revanche, sa généralisation à toutes les activités psychothérapeutiques risque d'être contre-productive. On peut craindre en effet que le tiers payant aboutisse à une perte d'investissement du patient dans sa prise en charge. ■

La VAE ordinale : un bon moyen de faire évoluer sa carrière

Qu'est-ce que la validation des acquis de l'expérience ou VAE ordinale ?

C'est la possibilité pour les médecins spécialistes d'obtenir un droit d'exercice complémentaire à celui de la spécialité dans laquelle ils sont initialement qualifiés.

Cette procédure est ouverte aux médecins depuis le 1^{er} janvier 2015. En effet, même si le dispositif de la VAE universitaire prévu par les dispositions du décret n°2012-116 du 27 janvier 2012 relatif à l'obtention d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires en médecine de groupe I par validation de l'expérience professionnelle est effectif depuis 2012, l'arrêté d'application du décret n°2012-637 sur la VAE ordinale se faisait attendre. Ce dernier, daté du 13 octobre 2014, est paru au Journal Officiel du 23 octobre 2014.

La VAE ordinale ne doit donc pas être confondue avec la VAE universitaire : cette dernière délivre une DESC du groupe I (un diplôme), alors que l'Ordre des médecins délivre un droit d'exercice complémentaire de l'exercice de la spécialité.

Les médecins éligibles – Ce sont ceux inscrits au tableau de l'ordre des médecins en qualité de médecins spécialistes, dont la spécialité, conformément à la maquette d'enseignement, permet l'accès au DESC 1 de la discipline sollicitée et n'ayant pas déjà présenté, dans les trois années qui précèdent, sa candidature à l'obtention d'un diplôme d'études spécialisée complémentaire du groupe I dans le cadre de la procédure de VAE universitaire.

Pourquoi faire une VAE ?

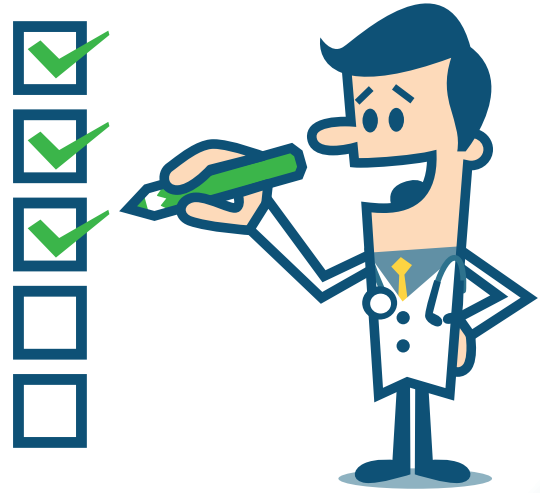
Le but de la VAE est pour le médecin d'obtenir un **droit d'exercice complémentaire** dans le champ de la spécialité dans laquelle il est initialement qualifié spécialiste.

Attention, ce droit est ouvert pour les seules disciplines dites « non qualifiantes de groupe I », c'est-à-dire qui n'ouvrent pas droit à la qualification de spécialiste, à savoir : addictologie, allergologie, immunologie clinique, andrologie, cancérologie, dermatopathologie, fœtopathologie, hématologie, transfusion, médecine légale et expertises médicales, médecine de la douleur et médecine palliative, médecine de la reproduction, médecine d'urgence, médecine du sport, médecine vasculaire, néonatalogie, neuropathologie, nutrition, orthopédie dento-maxillo-faciale, pathologie infectieuse et tropicale, clinique et biologique, pharmacologie clinique et évaluation des thérapeutiques, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Il est indispensable pour le médecin qui fait la demande d'exercice complémentaire, **de justifier d'une formation ou d'une expérience** qui lui assurent tout ou partie des compétences requises pour l'exercice des disciplines correspondantes.

Comment faire une demande de VAE ?

La composition du dossier est établie par le conseil national de l'Ordre (CNOM) et est téléchargeable sur son site internet (rubrique Médecin / Faire évoluer sa carrière). Il



doit comporter le questionnaire à l'appui d'une demande d'extension du droit d'exercice dans une spécialité non qualifiante, mentionnant la spécialité de qualification dans laquelle un droit d'exercice complémentaire est sollicité, et le cas échéant, l'option de ce diplôme, mais aussi sans être limitatif, les copies des certificats et attestations correspondant à la formation et à l'activité du médecin demandeur. Un chèque de 200 euros pour les frais de dossier doit également être joint.

Le dossier dûment complété doit être déposé, **avant le 15 février de chaque année**, au conseil départemental de l'Ordre dont le médecin relève. Il est tout à fait possible de déposer une demande dans plusieurs disciplines ou options équivalentes du DESC I en même temps.

Au 1^{er} mars de chaque année, le conseil départemental de l'Ordre transmet les demandes à la commission nationale de première instance compétente du CNOM. Pour chaque médecin, la commission nationale examine les qualifications professionnelles attestées par l'ensemble des titres de formation, ainsi que l'expérience professionnelle dont se prévaut l'intéressé dans la discipline du DESC du groupe I demandé. L'avis motivé de la commission nationale est ensuite transmis au conseil départemental qui prend une décision qu'il notifie au médecin. **Un arrêté fixe par région et pour une spécialité donnée, le nombre maximum de médecin pouvant bénéficier d'une extension du droit d'exercice au titre de l'année suivante** (A noter que pour 2015, le quota fixé a été le nombre de dossiers déposés). Les décisions du conseil départemental de l'Ordre doivent impérativement tenir compte de ce classement. La décision est susceptible d'appel devant le CNOM qui statue après avis d'une commission nationale d'appel constituée par discipline.

La VAE ordinale, indépendamment de la VAE universitaire, est un bon moyen de faire évoluer sa carrière. Elle permet aux médecins spécialistes qui n'ont pas eu l'occasion ou la possibilité d'obtenir un DESC du groupe I d'en obtenir l'équivalence par un droit d'exercice complémentaire. Elle permet enfin à certains médecins spécialistes d'être en situation régulière avec leur exercice. ■

“ BERTRAND DEMORY, MÉDECIN GÉNÉRALISTE À ARMENTIÈRES

« On peut s'attendre à de vives réactions de la part des médecins »

Bertrand Demory conduisait la liste CSMF dans le collège des « Médecins généralistes » aux élections de l'URPS Nord-Pas-de-Calais Picardie. Il est trésorier de l'UNOF et membre du conseil confédéral de la CSMF. Pour lui, la partie qui oppose le corps médical à la loi santé n'est pas encore jouée.

Quelle analyse faites-vous des élections aux URPS ?

Bertrand Demory : Sur le plan régional, la CSMF a à peu près le même nombre d'élus que précédemment. Le fait marquant, c'est la montée de la FMF et le recul du SML. Si on se base sur les alliances passées, il sera sans doute possible d'avoir une majorité, mais il est sans doute trop tôt pour préjuger du vote de l'assemblée générale de l'URPS.

Au plan national, il me semble que la CSMF, même si elle s'en sort correctement dans le collège 3, doit, dans son ensemble, se remettre en question sur la façon de faire passer ses messages, sans aborder ici le fond. Les confrères n'ont pas perçu très clairement les différences entre les syndicats. Si bien que, dans notre région, l'électorat est constitué de quatre blocs à peu près égaux.

Nous verrons sur le terrain quelle sera l'implication des leaders syndicaux qui prendront les responsabilités.

Comment reconstituer une force médicale suffisante pour contrer au mieux la mise en route de la loi santé ? Sur quels points vous semble-t-il encore possible d'intervenir ?

Bertrand Demory : Quand on voit les mouvements de colère ici et là, je pense qu'il sera possible de mobiliser les confrères. Grâce à un front syndical uni, la journée santé morte du 13 novembre sera très suivie. Fort de ce que l'on a vu avec la loi Bachelot, je crois possible d'obtenir une nouvelle loi rectificative, d'autant plus que nous approchons des élections présidentielles.

Un recul sur le tiers payant vous semble possible ?

Bertrand Demory : Il n'y a pas que le tiers payant. Le rôle renforcé des ARS nous semble dangereux. Jusqu'à présent, l'assurance maladie, certes parfois avec retard, a tenu ses engagements. Il n'est pas sûr qu'il en soit de même avec les ARS. Nous avons très peur de ses décisions en matière d'équipements lourds, d'autorisations d'activité, de services d'urgences qui ont été maintenus de haute lutte



“ Les confrères n'ont pas perçu très clairement les différences entre les syndicats. ”

dans notre région. Nous suivrons donc les décrets d'application de la loi. Mais on peut s'attendre à des réactions violentes de la part des confrères.

Quelles sont les évolutions souhaitables pour la médecine générale ?

Bertrand Demory : Il est urgent d'avoir un signal positif pour la médecine ambulatoire. Pour beaucoup de confrères, le signal le plus significatif serait la revalorisation du C. Certes, nous avons obtenu des forfaits. Les médecins ne veulent plus négocier pour obtenir un ou deux euros sur le C ; ils veulent obtenir la reconnaissance d'un acte de synthèse et de coordination, quand ils prennent en charge des pathologies lourdes ou chroniques, qu'ils organisent et coordonnent les soins, ce qui est devenu le cœur de notre métier. Dans notre région des groupes de travail se mettent en place, à l'initiative de la "base", pour définir les nouvelles relations à établir avec les financeurs, dans un métier de médecin spécialiste en médecine générale nouvelle définition : rôles, droits et aussi obligations respectifs.

Les sorts des médecins généralistes et des spécialistes libéraux vous semblent-ils liés ?

Bertrand Demory : Ils sont évidemment liés. Les médecins généralistes n'envisagent pas leur exercice au quotidien sans travailler en bonne entente avec des correspondants, des confrères spécialistes sur lesquels ils peuvent s'appuyer en toute confiance.

Quand une spécialité fait défaut, nous nous mettons en danger.

La coopération entre spécialistes de médecine générale et les autres spécialistes est indispensable et donc, le respect mutuel. Il faut arrêter de penser que le médecin généraliste ne voit que des rhumes. Nous prenons essentiellement en charge les poly-pathologies chroniques, ce qui évite des arrêts de traitement, et faisons aujourd'hui très peu de soins aigus. Notre activité ne décroît pas en été et nous ne connaissons plus les mêmes pics d'activité en hiver, comme cela était le cas naguère encore, preuve que le recours au médecin généraliste a changé. ■

L'offre de soins dans quinze ans

Tandis que la pénurie de médecins guette, les effectifs des auxiliaires médicaux sont en hausse.

Au regard des autres professions de santé, la pyramide des âges des médecins a accusé ces dernières années un fort vieillissement. De 1990 à 2012, l'âge moyen des médecins est passé de 40 à 52 ans à la suite de la baisse du *numerus clausus* décidée en son temps par les pouvoirs publics. Toutefois, la diminution des effectifs n'a pas été aussi accusée qu'elle aurait pu l'être. Deux phénomènes ont concouru à l'amortir : l'arrivée de médecins diplômés à l'étranger parmi lesquels nombre de français, et le choix de nombre de médecins retraités de continuer à exercer. Le relèvement du *numerus clausus* devrait inverser la pyramide des âges en 2025 et l'âge moyen des médecins en exercice passerait alors de 52 à 45,5 ans, selon les chiffres présentés par Nathalie Fourcade, sous directrice de l'observatoire de la santé et de l'assurance maladie, lors de la journée du CNPS (voir MDF N°1252).

Des professions rajeunies

Les autres professions de santé ont suivi un autre « parcours » démographique. La population des infirmiers a fortement augmenté au cours des dernières décennies. Les quotas de formation ont en effet doublé depuis le début des années 1990 et l'on compte aujourd'hui 610 000 infirmiers de moins de 65 ans pour la France entière (TOM-DOM compris). C'est donc une population jeune (moyenne d'âge 40 ans) et féminine. La grande

majorité des infirmiers et infirmières sont salariés, mais un sur dix a choisi l'exercice libéral. Selon les projections de la DREES, le nombre d'infirmiers devrait avoir franchi les 650 000 vers l'année 2030. Leur densité aura dépassé les 900 professionnels pour 100 000 habitants.

Les autres professions ont une trajectoire démographique également en hausse. Le nombre de masseurs-kinésithérapeutes a augmenté de 45 % entre 1999 et 2013 pour atteindre aujourd'hui les 80 000 professionnels titulaires du diplôme. Dans le même temps, les ergothérapeutes et les psychomotriciens ont vu leurs effectifs doubler. Le nombre de diététiciens a augmenté de 36 % entre 2009 et 2013. Ce sont donc des professions jeunes et, à l'exception de la kinésithérapie et de la podologie, ce sont des professions essentiellement, pour ne pas dire quasi exclusivement, exercées par des femmes. La CARPIMKO, la caisse de retraite des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, podologues, orthophonistes et orthoptistes libéraux enregistre chaque année 7000 à 8000 nouveaux affiliés.

Une forte proportion de diplômés à l'étranger

En tout, la France compte donc 200 000 professionnels de la rééducation. Plus du tiers des nouveaux diplômés l'ont été à l'étranger et la moitié d'entre eux sont français. Un tiers des orthophonistes se forme aujourd'hui en Belgique, par exemple.

En chirurgie dentaire, on constate également le même afflux de diplômés à l'étranger. Cependant, depuis les années 2000, les effectifs de chirurgiens-dentistes ont tendance à stagner, tournant autour de 41 000 pour s'établir à 41 500 en exercice aujourd'hui. 90 % d'entre eux travaillent en libéral, 42 % sont des femmes. L'âge moyen des professionnels en exercice est de 48 ans. Compte tenu de l'augmentation de la population française, la densité de chirurgiens-dentistes n'est que de 60 praticiens pour 100 000 habitants.

Comme en médecine, en pharmacie, le *numerus clausus* a été augmenté dans les années 2000. On s'attend donc à un rajeunissement de la profession, de plus en plus exercée par des femmes et à une augmentation de la densité de pharmaciens.

Document



On compte aujourd'hui 610 000 infirmiers de moins de 65 ans pour la France entière (TOM-DOM compris). C'est donc une population jeune (moyenne d'âge 40 ans) et féminine.





UMF
UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
IULIU HAȚIEGANU
CLUJ-NAPOCA



L'Université de Cluj compte actuellement 100 étudiants français en médecine par promotion.

►► DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTÉ : L'OFFRE DE SOINS DANS QUINZE ANS

Sages-femmes versus obstétriciens

Les projections de la DREES concernant la densité des sages-femmes salariées et libérales sont intéressantes, lorsqu'on les compare aux projections relatives aux gynécologues-obstétriciens. Entre 2011 et 2029, la densité de ces derniers baisse jusqu'en 2023 pour s'établir à 40 praticiens pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans. Parallèlement, la densité des sages-femmes libérales, partie de beaucoup plus bas, croise celle des obstétriciens cette année même pour dépasser en 2027 les 60 sages-femmes libérales pour 100 000 femmes en âge de procréer. Celle des sages-femmes salariés resterait stable. Le nombre en libéral croît de 5,6 % par an. En 2030, toujours selon les projections, une sage-femme sur trois exercera en libérale. La DREES pronostiquait que leur activité pourrait avoir évolué, comme on a pu le constater avec les actes qu'elles sont désormais autorisées à faire

Une offre adaptée à la demande ?

A la vue de ces chiffres, plusieurs questions se posent. D'abord, celle de l'adéquation de l'offre de soins aux besoins. En effet, la proportion de personnes âgées de 70 ans et plus va augmenter dans les années à venir. Or, les patients de cet âge ont 13 fois plus recours aux infirmiers que la population âgée de 19 à 69 ans, 3 fois plus recours aux masseurs-kinésithérapeutes, et deux fois plus recours au médecin généraliste libéral. Un tiers des plus de 75 ans sont traités pour une pathologie cardiovasculaire ; 40 % souffrent d'au moins deux pathologies ; 7 % sont traités pour une maladie d'Alzheimer. La demande de soins sera donc nettement plus importante qu'aujourd'hui. La question de la répartition des professions de santé demeure d'actualité, d'autant que la population âgée vit en majorité en zone rurale. Rapportée à la part de la population de plus de 75 ans, la densité d'infirmiers n'est plus aussi élevée qu'il n'y paraît à première vue. Malgré des effectifs en hausse, l'offre de

soins ne suffit pas toujours à répondre à la demande. Il arrive, selon la présidente de la CARPIMKO, Marie-Anne François, qu'il y ait des listes d'attente et comme beaucoup de professions sont très féminisées, les professionnelles en congé maternité ont parfois du mal à trouver une remplaçante.

Le contournement des numerus clausus et des quotas

Les numerus clausus et les quotas à l'entrée des études sont de plus en plus contournés par l'arrivée de professionnels à diplôme étranger. Pour beaucoup d'ailleurs, ce sont des Français qui ont choisi d'émigrer de faire leurs études hors de France. La Roumanie, par exemple, les accueille à bras ouverts. L'Université de Cluj compte actuellement 100 étudiants français en médecine par promotion, rapportait Patrick Romestaing, vice-président de l'Ordre des médecins lors de la journée du CNPS consacrée à la démographie des professions de santé. La Bulgarie s'y prépare. Sans compter les écoles privées qui s'ouvrent en toute illégalité en France. La question de l'équivalence des formations ne peut pas ne pas se poser. Par ailleurs, l'arrivée de ces diplômés à l'étranger ne pallie pas l'inégalité de répartition territoriale de l'offre de soins, puisqu'ils s'établissent, eux aussi, préférentiellement dans les quatre régions du sud de la France.

Quelle répartition des rôles

Alors que les médecins retraités qui choisissent de poursuivre leur exercice prêtent main-forte à leurs confrères, rien ne dit qu'ils continueront à le faire lorsque le tiers payant sera généralisé et viendra compliquer leur exercice. Enfin, compte tenu de ces évolutions démographiques, on peut prévoir que certaines professions seront désireuses d'étendre leur activité...■

Top départ imminent pour les Territoires de Soins Numériques

Un des axes majeurs de la Stratégie Nationale de Santé, le projet de Territoires de Soins Numériques (TSN) a pour ambition de favoriser l'amélioration et la modernisation du système de santé en misant sur les atouts du numérique. Objectif : mettre au service de la santé des outils innovants permettant d'optimiser le parcours de soins du patient sur le territoire en organisant la coopération des professionnels du sanitaire, du médico-social et du social. Dans sa phase de lancement dont le top départ sera donné début 2016, le programme TSN, doté de 80 millions d'euros, concernera cinq territoires retenus dans le cadre d'un appel à projets. Décryptage.

Portés par les Agences Régionales de Santé (ARS), les projets TSN vont permettre d'expérimenter des services et technologies informatiques innovants permettant de coordonner l'action des différents acteurs de santé sur le territoire (établissements, professionnels de santé, maisons et pôles de santé pluriprofessionnels, EHPAD, laboratoires, pharmacies, ...). La prise en charge du patient est au coeur du dispositif.

Les cinq territoires de l'expérimentation TSN

Sur dix-huit ARS qui s'étaient portées candidates, cinq ont vu leur projet retenu pour l'expérimentation TSN. Dans le cadre des grands objectifs et principes définis pour les Territoires de Soins Numériques, chacune d'entre elles a déposé un projet spécifique.

L'ARS Aquitaine, qui a baptisé son projet 'XL ENS', s'est concentrée sur un objectif de réduction des inégalités d'accès aux soins par la réduction de la distance et du délai de prise en charge des patients. au travers d'une offre de service de santé de proximité (matériel et non matériel). Le projet concernera un bassin de population de 225 800 habitants dans le nord et l'est du département des Landes.

Le projet de l'ARS Bourgogne, de son côté, concernera 350 000 habitants du nord de la Saône-et-Loire et s'appuiera sur un éventail d'outils numériques (messagerie, répertoire de professionnels, dossiers de suivi et de coordination).

En Ile-de-France, le projet de l'ARS a pour objectif de favoriser la coordination entre professionnels et organismes de santé et médico-sociaux et de développer et moderniser la prévention par la mise en place d'un bouquet de services numériques. L'expérimentation concernera un bassin de population de 370 000 habitants autour de l'Hôpital Kremlin-Bicêtre (94).

Pour l'ARS de l'Océan Indien, le projet tout récemment rebaptisé OIIS (Océan Indien Innovation Santé) a pour



objectif d'améliorer le parcours de prise en charge de quatre maladies chroniques à forte prévalence, sur un bassin de population de 200 000 habitants au nord-est de l'île de La Réunion.

Quant à la région Rhône-Alpes, le projet de l'ARS nommé 'Pascaline' (Parcours de Santé Coordonné et Accès à l'Innovation Numérique) s'appuie sur un ensemble d'outils de communication et a pour objectif de passer d'un parcours par pathologie à une approche territoriale décloisonnée. L'expérimentation concernera 235 000 habitants et 20 000 professionnels.

TSN : quels services et quel impact pour les médecins ?

On le voit, chaque expérimentation va porter sur un projet bien défini. On peut toutefois dresser une liste de grands objectifs communs à tous les projets de Territoires de Soins Numériques : décloisonnement des acteurs médicaux, médico-sociaux et sociaux, recentrage des systèmes de prise en charge sur le 1^{er} recours et le domicile, développement de nouvelles pratiques plus collaboratives, plus mobiles et plus proches des patients, proposition d'une orientation des patients sur le territoire sur la base d'une offre cartographiée.



►► TOP DÉPART IMMINENT POUR LES TERRITOIRES DE SOINS NUMÉRIQUES

Dans ce cadre général, tous les projets s'engagent sur la mise en place de parcours coordonnés à partir d'une plateforme web de services proposant des solutions d'échange et de partage d'information, des services de planification et de RDV, des services de coordination des parcours, des services d'information des professionnels de santé et des patients, des services de soutien des acteurs (comme par exemples des plateformes téléphoniques).

L'impact sur les pratiques et, singulièrement, la pratique quotidienne des médecins, sera principalement fonction de deux éléments majeurs : le projet TSN impliquera-t-il ou non des mutations organisationnelles sur le territoire dans lesquelles le médecin devra s'inscrire et, surtout, le projet TSN mettra-t-il en place ou non dès le démarrage des interfaces entre les logiciels des médecins et la plateforme de services. Ces décisions étant laissés à l'appréciation de chaque ARS;

On touche là à un point clé. Le développement des usages, garantie de succès de tels projets, passe par l'adhésion des acteurs de terrain concernés, dont les médecins. Et ce sera vrai pour les projets TSN comme c'est le cas pour tout autre projet, produit ou service nouveau qui arrive sur un marché. Le développement de l'usage passe par la simplicité d'utilisation, le service rendu, l'ergonomie, la fiabilité.

D'autant plus dans les services numériques, où une nouveauté existe rarement seule, mais vient plutôt s'intégrer à des solutions informatiques déjà existantes. Les choix sont toujours les mêmes : l'existant est assez récent pour être mis à jour ou s'interfacer avec un nouveau produit ou service, ou alors l'existant est trop ancien et le changement de solution s'impose.

Dans la mesure où les territoires ne sont pas vierges de numérique, la très grande majorité des médecins étant aujourd'hui informatisée; l'enjeu est majeur.

Plus encore, au-delà de ces considérations de faisabilité technique, il convient également de prendre en compte

ce que tout bon 'marketeur' appelle le 'bénéfice client'. Dans le cadre des projets de Territoires de Soins Numériques, il en est un, indéniable, pour le patient qui verra sa prise en charge optimisée grâce à la coordination des professionnels qui s'occupent de lui, en ville, à l'hôpital, à domicile, dans un EHPAD, qui facilitera son parcours (RDV planifiés, transmission automatique de ses résultats d'examens, organisation de son retour à domicile, suivi thérapeutique, ...).

Confronté à une patientèle de plus en plus complexe, avec des patients souffrant parfois de poly-pathologies, le médecin trouvera de son côté dans les TSN un confort de suivi grâce à l'organisation et aux outils facilitant la communication, l'échange de documents, la planification, la prise de RDV, ...

Qui proposera les services numériques des TSN ?

Tous ces services innovants seront proposés par les industriels sélectionnés par les ARS dans le cadre de leurs projets de Territoires de Soins Numériques. Certaines ARS ont déjà arrêté leur choix et ce sera chose faite pour les autres d'ici la fin de l'année.

Ces industriels, souvent regroupés en consortium pour proposer une offre globale de services innovants (plateformes web, hébergement de données, messagerie, logiciels, applications mobiles, ...), devront également s'attacher à proposer des interfaces avec les logiciels déjà en place chez les médecins ou des solutions complètes incluant le logiciel médical dont le médecin a besoin dans sa pratique quotidienne.

Le top départ des expérimentations de Territoires de Soins Numériques sera donné début 2016. Et même si, officiellement, ce programme TSN pilote doit prendre fin en mars 2017, l'objectif affiché est clairement d'avoir des projets pérennes et une généralisation par la suite aux autres territoires. ■