#11 NOVEMBRE 2018

urps ml-infos

LE MAGAZINE DE L' UNION RÉGIONALE MÉDECINS LIBÉRAUX DES HAUTS-DE-FRANCE

P2 **DOSSIER SPÉCIAL**

LE RISQUE SUICIDAIRE CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

P6 **ACTUALITÉ**

LE DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ (DMP) AU SERVICE DE LA COORDINATION DES SOINS

P8 **COMMUNIQUÉS**

PERMANENCE DES SOINS

- **EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ (PDSES)**
- **AMBULATOIRES (PDSA)**

P8 **COMMUNIQUÉ**

COMMUNAUTÉS PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTÉ (CPTS) - guide pratique

URPS MÉDECINS LIBÉRAUX HAUTS-DE-FRANCE
NORD-PAS DE CALAIS / PICARDIE

URPS Médecins Libéraux Hauts-de-France
118bis rue royale - 59800 Lille
Tél. 03 20 14 93 30 • Fax 03 20 14 93 31
contact@urpsml-hdf.fr • www.urpsml-hdf.fr

ÉDITORIAL

Chers confrères, chers amis,

Dans ce numéro votre Union a fait le choix d'un dossier spécial sur la question de l'emprise et de la maltraitance des enfants et adolescents. Ces situations conduisent parfois jusqu'au suicide qui affecte gravement tout médecin y étant confronté. Nous espérons que ce dossier vous apportera des éléments pour mieux repérer et gérer ces situations à risque.

Un point est aussi fait sur la permanence des soins, qu'elle soit en établissement de santé ou en ambulatoire. Votre Union s'y investit particulièrement en veillant à prendre en compte vos besoins au sein des territoires. Je vous invite d'ailleurs à consulter sur notre site les cahiers des charges et avis de votre Union sur ces sujets.

Le zonage[1] est également d'actualité et sa publication donne lieu à des incompréhensions. L'Union a été pleinement associée à cette réflexion et a été entendue afin de pondérer des indicateurs nationaux pour une meilleure appréhension de la réalité des territoires comme par exemple en intégrant des indicateurs de mortalité prématurée évitable. Il n'en demeure pas moins que les objectifs imposés fixés nationalement et notamment le nombre d'habitants éligibles en Zones d'Intervention Prioritaire (ZIP) et en Zones d'Action Complémentaire (ZAC), ont contraint les acteurs régionaux à gérer la pénurie plutôt que d'avoir une réflexion de fond sur le niveau d'une densité médicale acceptable par territoire. Quelle qu'en soit la forme, le zonage, isolément, ne pourra jamais permettre de réduire l'ensemble des inégalités d'accès aux soins et encore moins les inégalités sociales de santé. C'est pourquoi, en complément, votre Union conduit des projets novateurs comme la télémédecine dont la pertinence a été saluée par le Président de la République qui a pu assister à une démonstration de téléconsultation à l'EHPAD de Rozoy-sur-Serre en novembre dernier.
Le Président a profité de cette rencontre pour rappeler la nécessité pour lui d'une implication des médecins libéraux dans la prévention.
Votre Union a depuis longtemps démontré son engagement et son expertise en la matière et veillera à ce que celle-ci se poursuive et même se développe, avec vous, pour le bénéfice de tous.

Docteur Philippe Chazelle
Président

[1] : Le zonage détermine les Zones d'Intervention Prioritaire (ZIP) et les Zones d'Action complémentaire (ZAC) sur lesquelles sont basées les aides. Les ZIP ouvrent droit aux aides de l'Assurance maladie (aides conventionnelles), de l'Etat et aux exonérations fiscales au titre de la PDSA. Les ZAC ouvrent droit aux seules aides de l'Etat. (Source : http://www.iledefrance.paps.sante.fr/Le-zonage-medecin.42130.0.html)

DOSSIER SPÉCIAL

LE RISQUE SUICIDAIRE CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

« Un des pires événements auquel le médecin doit faire face, est le suicide de l'un de ses patients. Les réactions habituelles des médecins qui ont vécu une telle expérience sont l'incrédulité, la perte de confiance en soi, l'amertume et une grande gêne.

Le suicide d'un patient peut déclencher des sentiments d'inaptitude, un doute sur ses compétences et la crainte pour sa réputation. De plus, le médecin éprouve des difficultés majeures dans la relation avec la famille et les amis du décédé. »

(Source : La prévention du suicide – Indications pour les médecins généralistes – OMS, Genève 2001)

PARTICULARITÉ DU SUICIDE CHEZ LES ENFANTS ET ADOLESCENTS

La tentative de suicide d'enfants/d'adolescents désigne l'acte par lequel il/elle espère trouver une «solution ultime» au problème de sa vie. Dans la plupart des cas, il ne s'agit pas d'une simple envie de mourir, (car à cet âge la mort n'est souvent qu'un concept vague et flou) mais d'un ultime moyen d'échapper à une grande souffrance ou à une situation pour laquelle il/elle ne voit aucune autre issue possible.

Si le suicide des adolescents est de plus en plus étudié, il existe encore peu d'enquêtes scientifiques sur le suicide des plus jeunes (moins de 13 ans), et aucune étude d'envergure internationale sur le suicide des enfants mineurs en général. Pourtant, les raisons de leur passage à l'acte sont souvent différentes de celles des adultes.

2ème cause de mortalité chez les 15-24 ans, après les accidents, le suicide est un fléau qui touche des adolescents souvent fragilisés par cette période charnière de la vie.

SIGNES D'ALERTE

Chez l'enfant
L'expression claire de souffrance psychologique ou d'idées suicidaires est rare chez l'enfant. Elle s'exprime de façon plus indirecte soit par le corps soit par le comportement, voici quelques exemples de signes d'alerte :

- Plaintes somatiques sans organicité évidente,
- Isolement, mutisme,
- Troubles de la communication et de l'apprentissage,
- Hyperactivité,
- Encoprésie,
- Blessures à répétition,
- Préoccupations exagérées pour la mort, le suicide, l'existence d'un au-delà, etc.
- Tendance à occuper la place de souffre-douleur ou de bouc émissaire pour les autres.

Chez l'adolescent
Il faut prendre en compte ces signes d'alarme et les facteurs de risque :

- Sommeil perturbé (plus court ou plus long),
- Trouble alimentaire,
- Isolement, bizarrerie,
- Perte d'intérêt pour ses activités favorites,
- Fugue,
- Agressivité verbale et/ou physique,
- Usage de drogues ou d'alcool,
- Apparence et hygiène négligées,
- Prise de risques inconsidérée,
- Intérêt pour la question de la mort et de son au-delà (via les réseaux sociaux, etc.),
- Diffusion de messages inquiétants sur internet,
- Baisse des notes ou troubles inhabituels à l'école,
- Difficultés de concentration,
- Dévalorisation de soi, sentiment d'échec,
- Cyberdépendance aux jeux vidéo.

Ces quelques situations méritent votre attention et votre vigilance.
Tous ces signes sont des messages porteurs d'un éventuel risque suicidaire.

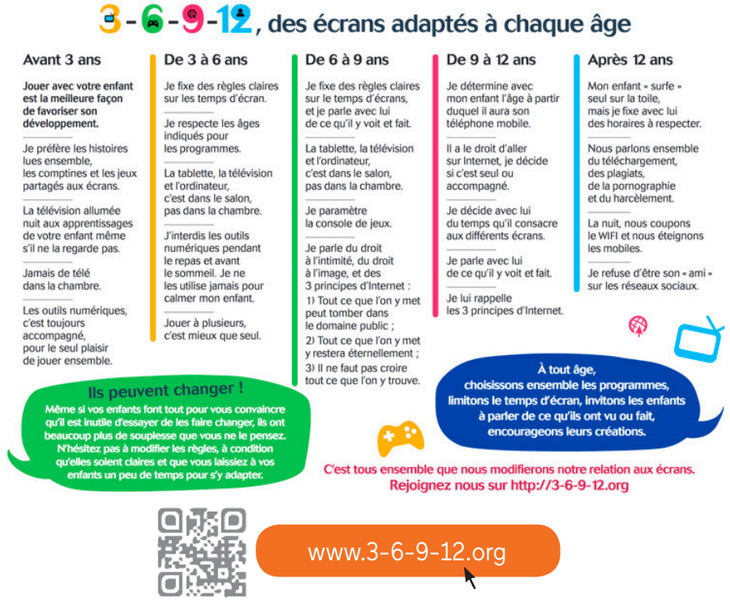
FACTEURS DE RISQUES

1. **La dynamique familiale perturbée :**
   - Perturbations des interactions entre l'enfant et ses parents, surtout si elles sont précoces.
   - Perturbations du fonctionnement familial (discorde parentale, situations de séparation conflictuelle du couple, etc.).
   - Toutes les formes de violence, de traumatisme, d'abus sexuels, de carences affective, etc.
2. **Les antécédents familiaux :** Antécédents de pathologie psychiatrique ou de suicide dans la famille.
3. **L'enfant lui-même :**
   - Absence de représentation juste de la mort chez le jeune enfant.
   - Majoration de la fragilité avec une mauvaise estime de soi : dépression, trouble de la personnalité, état limite, psychose débutante, etc.
   - Échec amoureux.
4. **L'école :** cyberviolence, harcèlement, mimétisme violent, etc.
5. **Cyberdépendance :** dépendance excessive aux réseaux sociaux, aux jeux vidéo, au téléphone portable, etc.
6. **Violences subies à cause de l'orientation sexuelle ou l'appartenance à une minorité.**

CONSEILS DE PRÉVENTION ET RÈGLES DE BONNE UTILISATION DES RÉSEAUX SOCIAUX À TRANSMETTRE AUX FAMILLES :

« Selon le Ministère de l'Education Nationale, 40 % des collégiens et des lycéens déclarent avoir été victimes de cyberviolence au moins une fois pendant l'année scolaire. Les exemples ne manquent pas : création, sur des réseaux sociaux tels que Facebook ou Twitter, de comptes au nom d'une victime, lesquels donnent lieu à la publication de contenus inappropriés (rumeurs, insultes…) ; enregistrement de vidéos sur lesquelles un élève se fait violenter ou humilier, puis diffusion du tout sur des plateformes de partage de vidéos telles que You Tube ou Daily motion ; envoi de menaces par SMS ou par email, etc. »

Incontournables dans la société actuelle, les réseaux sociaux n'en restent pas moins une source potentielle de danger, en particulier pour des enfants ou des adolescents fragiles en quête «d'autre chose» que ce que peut leur offrir leur quotidien. Internet est un terrain ouvert aux prédateurs en tout genre qui peuvent profiter de cette fragilité tout en se dissimulant plus aisément.
Pour les enfants, il est par exemple suggéré la règle du 3 – 6 – 9 – 12 qui explique comment apprivoiser les écrans et grandir.



CONSEILS AUX FAMILLES

1. Apprenez à mieux connaitre les réseaux sociaux : https://www.e-enfance.org/danger-des-reseaux-sociaux
2. Imposez une limite d'âge : Sachez que sur la plupart des réseaux sociaux, les utilisateurs doivent être âgés de 13 ans ou plus pour pouvoir créer un compte. Tenez les enfants de moins de 13 ans (voire 15 ans) loin des réseaux sociaux.
3. Centralisez l'ordinateur de la maison : Ne laissez jamais un enfant seul dans sa chambre avec un ordinateur. Expliquez-lui qu'il peut utiliser l'ordinateur mais dans une pièce commune comme la cuisine, le salon…
4. Définissez un temps de connexion : Les enfants peuvent passer des heures devant un ordinateur et c'est à vous d'imposer une limite de temps, même chose en ce qui concerne les jeux vidéo.
5. Sensibilisez vos enfants aux dangers des réseaux sociaux : Prenez le temps de bien expliquer les risques encourus sur les réseaux sociaux et leur apprendre ce qu'ils peuvent faire et ne pas faire sur ces réseaux comme de divulguer trop d'informations à caractère personnel sur Internet.
6. Vérifiez les paramètres de confidentialité de votre enfant : Régulièrement assurez-vous que le contrôle parental est bien actif. Vous pouvez également regarder dans les historiques des sites visités afin de vérifier que les sites regardés par vos enfants sont adéquats.
7. Parlez avec vos enfants de leur expérience sur Internet : Encouragez vos enfants à vous raconter si quelque chose qu'ils rencontrent sur un de ces réseaux sociaux les rend nerveux ou mal à l'aise, ou les fait se sentir menacés. Parlez à vos enfants des prédateurs sexuels et des dangers potentiels en ligne.
8. Suppression de compte de réseaux sociaux : Si vos enfants refusent de respecter les règles que vous avez mises en place pour les protéger et que vous avez essayé de modifier leur comportement, vous pouvez contacter le site web que votre enfant utilise et leur demander de supprimer sa page.
9. Preuves et autorités : Si malheureusement vous découvrez que votre enfant est victime de cyberharcèlement, a eu un contact avec un cyberprédateur ou reçoit de la cyberintimidation alors enregistrez les preuves et gardez les messages SMS, messages électroniques ou d'autres preuves au cas où les autorités en auraient besoin.
10. Contrôle Parental : Utilisez les logiciels de contrôle parental sur les ordinateurs de la maison, c'est la base de la sécurité des enfants sur Internet.

ÉCHELLE D'ÉVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE

(Source : Conférence de consensus, octobre 2000, www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/module03/22.%20SUICIDE%20ENF%20ADO3-44.pdf)

Face à un adolescent qui présente des signes d'alarme il faut mener un entretien précis (qui demande peu de temps) en posant la question du suicide, de façon claire et adaptée via l'utilisation de la grille RUD.

1. « Triple évaluation » du potentiel suicidaire : RUD (risque, urgence, dangerosité) :
   - **Évaluer le risque** : y a-t-il des facteurs de risques ? (les traiter)
   - **Évaluer l'urgence** (= imminence du passage à l'acte) :
     > Y a-t-il un scénario suicidaire ? (prendre des dispositions)
     > Y a-t-il une absence d'alternative au suicide ? (proposer des alternatives)
     > Y a-t-il une impulsivité particulière ?
   - **Évaluer la dangerosité** (du scénario suicidaire) :
     > Le moyen envisagé est-il létal ? (prendre des dispositions)
     > L'adolescent a-t-il accès direct à ce moyen ?
     > Tenir compte là aussi de l'impulsivité.
2. Évaluer les ressources propres à l'adolescent, à son entourage, les partenariats possibles.
3. Mettre en place des mesures pour désamorcer la crise suicidaire.

	Risque	Urgence	Dangerosité	Ressources
Faible (+)				
Moyen (++)				
Élevé (+++)				

À QUI ADRESSER LES ENFANTS/ADOLESCENTS EN DIFFICULTÉ DANS LA RÉGION ?

Une prise en charge collégiale est souvent nécessaire, le médecin traitant peut compter sur :

- **un psychiatre libéral,**
- **un Centre Médico-Psychologique (CMP)** de votre secteur : liste des CMP pour les enfants et adolescents : https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/15427.pdf *(page 30 à 50).*
- **ou à l'une des structures ci-dessous** *(Attention, liste non exhaustive)* :
  > Clinique de l'adolescent – Wasquehal
  > Clinique des 4 cantons FSEF – Villeneuve d'Ascq
  > Clinique des Hauts-de-France – Louvroil
  > Clinique du Littoral – Rang-du-Fliers
  > Clinique Val d'Aquenne- Villers-Bretonneux
  > Clinique du Campus – Dury
  > CH Philippe Pinel - Secteur de psychiatrie infanto juvénile - Amiens Nord
  > Clinique Lautréamont - Loos,
  > Hôpital St Vincent de Paul - Secteur adolescents - Lille
  > CHRU – équipe mobile ados - Lille
  > Établissement Public de Santé Mentale (EPSM) de votre secteur

En cas de risque de suicide imminent, ne pas banaliser, appelez le 15 ou le 112.

En complément de l'aide médicale, vous pouvez orienter vers des structures qui proposent un soutien :

- **Fil Santé Jeunes :**
  Écoute, information et orientation des jeunes dans les domaines de la santé physique, psychologique et sociale.
  Ligne d'écoute téléphonique anonyme et gratuite 7j/7, de 8h à minuit.
  Tél : 32 24 ou 01 44 93 30 74
  www.filsantejeunes.com
- **Phare Enfants – Parents :**
  Espace d'accueil et d'écoute (gratuit) pour les parents et les enfants en souffrance ; soutien aux parents endeuillés par un suicide.
  Ligne d'écoute : 01 43 46 00 62 (du lundi au vendredi de 10h à 17h).
  Service d'écoute par messagerie à l'adresse : cavaoupas@phare.org
  www.phare.org

Le Dossier Médical Partagé (DMP) au service de la coordination des soins

(Source : Communication d'octobre 2018 de l'Assurance maladie sur le DMP)

Depuis septembre 2018, après un travail important réalisé par tous les représentants de la profession, le DMP est généralisé sur tout le territoire et concerne tous les assurés, y compris les ayants droit du régime général (ex. : enfants mineurs et les conjoints sans emploi inscrits sur la carte Vitale de leur conjoint en activité) et aux assurés des autres régimes d'assurance maladie obligatoire.
Les nouvelles modalités de création (en ligne par le patient), **d'alimentation** (historique des remboursements) **et de consultation ont été testées en vie réelle dans le cadre** d'une phase pilote afin d'évaluer, en vie réelle, qu'elles répondent aux besoins et à la pratique des professionnels de santé et des patients.

« L'URPS Médecins, par ses différents représentants, a de multiples fois rappelé l'importance de l'élaboration d'un VMS (volet médical de synthèse) de qualité et de la nécessaire hiérarchisation des documents inclus dans le DMP. Ce travail indispensable nécessite une valorisation dont le mode est à définir lors des négociations conventionnelles. »

UTILITÉ DU DMP

La coordination des soins entre tous les professionnels de santé semble très utile pour assurer un suivi optimal des patients. Tout comme le partage de l'information entre les professionnels de santé.

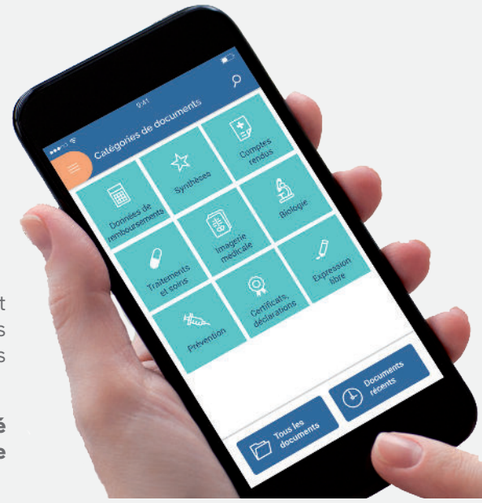
Le Dossier Médical Partagé a été pensé comme :
- Un outil de suivi partagé par les professionnels de santé et le patient, piloté par l'Assurance Maladie.
- Un outil de coordination des soins entre tous les professionnels de santé, autour de chaque patient.
- Un outil dématérialisé sûr et accessible partout et à tout moment.
- Un outil hautement sécurisé.

QUE PEUT-IL CONTENIR ?

- Des renseignements administratifs sur le patient : identifiant, adresse, n° de téléphone, etc.
- Des informations sur l'état de santé du patient : pathologies en cours, antécédents médicaux, allergies éventuelles ;
- Des comptes-rendus d'hospitalisation et de consultation (ex. : suivi de la tension, compte-rendu d'opération en cas d'intervention) ;
- Des résultats d'examens (radios, analyses biologiques...) ;
- Des informations sur les médicaments remboursés et les soins réalisés à travers l'historique de données de remboursement de l'Assurance Maladie ;
- Des données de prévention : vaccinations, dates des derniers dépistages (frottis, mammographie, coloscopie...) ;
- Toute autre information utile à la prise en charge du patient comme les coordonnées des proches à prévenir en cas d'urgence, les informations relatives au don d'organes ou de tissus, les souhaits quant à la fin de vie (directives anticipées), etc.

NOUVELLES MODALITÉS POUR RENFORCER L'UTILISATION DU DMP

www.dmp.fr



1. Faire du patient un acteur de la création et de l'utilisation de son dossier

Le **rôle du patient** dans la gestion du DMP est **renforcé**. Il aura la possibilité de le créer lui-même en ligne ou au sein des accueils des CPAM.

2. Alimenter automatiquement le dossier

Dès sa création, le DMP est **alimenté par l'historique des remboursements réalisés par l'Assurance Maladie sur les 24 derniers mois** (consultations, médicaments, examens biologiques, etc.). Il présente ainsi une utilité immédiate pour les professionnels de santé qui suivent le patient.

3. Simplifier l'accès et l'utilisation pour les professionnels de santé

Le dialogue initié avec les professionnels de santé sur le Dossier Médical Partagé a confirmé que les professionnels de santé sont en majorité prêts à le consulter et l'enrichir dès lors que cela s'inscrit simplement dans leur activité quotidienne et ne représente pas un travail administratif supplémentaire. La consultation des informations et l'alimentation du dossier doit être facile et rapide (un minimum de clics) et l'accès au dossier doit pouvoir se faire à partir des outils de suivi des dossiers patients habituels (dits logiciels métiers).

Plusieurs évolutions ont été introduites par l'Assurance Maladie pour y répondre :

- Des travaux ont été engagés avec les éditeurs de logiciel pour mieux intégrer le DMP aux logiciels utilisés couramment par les professionnels de santé et réduire ainsi au maximum les manipulations.

  Le 1er objectif est que le professionnel de santé soit informé automatiquement de l'existence d'un DMP.

  La 2ème ambition est de faciliter l'intégration des éléments de la synthèse médicale dans le Dossier Médical Partagé du patient.
- Les modalités de création et d'alimentation du DMP ont par ailleurs été revues.
  Des travaux ont permis de favoriser le déploiement et l'utilisation du DMP dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux.
  L'intégration des comptes-rendus hospitaliers dans le DMP du patient et plus largement l'historique d'hospitalisation d'un patient ont été systématisés.

4. Des accès encadrés pour chaque professionnel de santé

L'accès au Dossier Médical Partagé est acquis pour chaque professionnel de santé qui participe à l'équipe de soins du patient, sauf opposition de la part de ce dernier.

Le médecin traitant du patient dispose de droits particuliers sur le dossier. Il peut accéder à l'ensemble des informations qui y sont contenues, y compris celles rendues inaccessibles à la demande du patient.

5. Des accès spécifiques en cas d'urgence

Le médecin régulateur du SAMU Centre 15, ou tout professionnel de santé mobilisé peut accéder au DMP d'une personne en danger.
Ces accès dits en mode « bris de glace » ne sont cependant possibles que si le titulaire du dossier ne s'y est pas opposé.

Généralisation du DMP après une phase pilote réussie de 18 mois dans 9 départements dont la Somme (plus d'1 miillion de DMP ouverts et alimentés dont 130 000 dans la Somme)

COMMUNIQUÉS

PERMANENCE DES SOINS :

• EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ (PDSES)

La Permanence des Soins en Établissements de Santé (PDSES) fait actuellement l'objet de négociations entre l'Agence Régionale de Santé (ARS), les représentants des établissements de santé et des médecins. Les discussions concernant la PDSES seront closes d'ici la fin d'année 2018.
À ce jour, une enquête régionale a été adressée par l'ARS à l'ensemble des établissements de santé pour dresser un état des lieux des activités de PDSES réalisées, qu'elles soient financées ou non. Les résultats de l'enquête ont été présentés par l'ARS en septembre. **Des réunions territoriales, permettant d'aborder des problématiques plus locales, seront organisées en novembre.**
Votre URPS est amenée à participer à ces rencontres et émettra un avis sur l'organisation de la PDSES qui sera définie.

Pour toute remarque, n'hésitez pas à nous contacter :
marion.gurruchaga@urpsml-hdf.fr

• AMBULATOIRES (PDSA)

Le **cahier des charges régional** de la permanence des soins ambulatoires des Hauts-de-France a été publié le 6 août au recueil des actes administratifs. Il est **opérationnel depuis le 1er novembre 2018**.
Votre URPS a fait part de ses remarques à l'ARS.

Pour télécharger ces documents :

http://www.urpsml-hdf.fr/cahier-des-charges-pdsa/

Si vous rencontrez des difficultés d'organisation sur le terrain, n'hésitez pas à nous contacter :
marion.gurruchaga@urpsml-hdf.fr

COMMUNAUTÉS PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTÉ (CPTS)

Un guide d'aide à la création de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) a été créé par l'URPS Médecins Libéraux, en partenariat avec les autres URPS de la région.

Pour le télécharger :

www.urpsml-hdf.fr/communautes-professionnelles-territoriales-de-sante/

- ISSN : **2119-1786** - Tirage : **9 850 exemplaires**
- Directeur de la publication : **Dr Philippe CHAZELLE**
- Rédacteur en chef : **Dr Philippe CHAZELLE**
- Conception / rédaction : **Aude GRIMONPREZ**
- Création de la maquette : **Audacioza Studio**
- Comité de rédaction : **Drs Philippe CHAZELLE, Françoise COURTALHAC, Bertrand DEMORY, Jean-Paul KORNOBIS, Dominique PROISY et Bénédicte VERMOOTE**
- Impression : **Imprimerie Calingaert**
  49 route d'Arras - BP10012
  59155 Fâches-Thumesnil cedex
- Crédit photos : **Adobe Stock**