

#12 DÉCEMBRE 2018

urps ml-infos

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

Docteur



P2 **DOSSIER SPÉCIAL**

**TÉLÉCONSULTATION ET
TÉLÉSURVEILLANCE DES PATIENTS
INSUFFISANTS RESPIRATOIRES**

P6 ACTUALITÉS

**UN ZONAGE
DISCUTÉ**

P10 EXPRESSION
LIBRE SYNDICALE

**EXPRESSION LIBRE
DES SYNDICATS QUI
CONSTITUENT L'URPS**

P12 COMMUNIQUÉS

- APPELS À PROJETS
- FORMATIONS À VENIR



Les débuts d'année sont toujours propices aux bilans et bonnes résolutions. Cette année 2018 aura été marquée par les prémices de mutations profondes de notre système de santé et notamment la signature de l'avenant 6 de la convention médicale, relatif à la télémedecine, qui fait entrer la téléconsultation et la téléexpertise dans le droit commun, la télésurveillance étant encore financée à titre expérimental. Votre Union étant pionnière sur ce sujet, il n'était que justice que de lui consacrer notre dossier spécial de ce début d'année. Au-delà des actions conduites, le souhait de votre Union est de permettre que ces outils restent la propriété des libéraux et de garantir une indépendance salubre pour les médecins et leurs patients. Cette même volonté d'améliorer les conditions de travail des médecins libéraux a permis la signature d'une charte partenariale adossée au Projet Régional de Santé 2018-2028 et confirme le souhait de l'URPS Médecins et de l'ARS de poursuivre leurs efforts dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Cette déclaration d'intention se traduit dans les faits par un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2018-2022 permettant de déployer des actions ambitieuses en direction des médecins libéraux tout en associant les autres professionnels de santé concernés autour de 5 axes stratégiques de coopération :

- Lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé en contribuant à garantir une présence soignante partout où cela est nécessaire.
 - Contribuer à la révolution numérique en santé.
 - Contribuer à la mobilisation et au renforcement des pratiques en matière de prévention et de promotion de la santé.
 - Accompagner la perte d'autonomie et le handicap à tous les âges de la vie.
 - Contribuer à la sécurité sanitaire et promouvoir la santé environnementale.
- Je ne doute pas de la contribution de chacun d'entre nous, dans nos exercices habituels, pour contribuer à l'évolution de nos pratiques.

Je terminerai en vous souhaitant à tous et à ceux qui vous sont chers une bonne année 2019 au nom des élus et des salariés de l'Union.

Docteur Philippe Chazelle
Président



TÉLÉCONSULTATION ET TÉLÉSURVEILLANCE DES PATIENTS INSUFFISANTS RESPIRATOIRES

La télémedecine est une manière complémentaire de soigner, avec les mêmes exigences de qualité et de sécurité que des actes présentsiels. Elle permet d'établir un diagnostic, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, d'effectuer une surveillance de l'état de santé des patients, ...

En raison du risque important de dérives mercantiles, votre URPS s'est beaucoup investie dans la télémedecine et y développe de nombreux projets.

Téléconsultation

La téléconsultation est une consultation entre un médecin « téléconsultant » et un patient, qui peut ou non être accompagné par un professionnel de santé, relié par vidéo transmission.

DANS LE CADRE CONVENTIONNEL

Source : <https://solidarites-sante.gouv.fr>

L'avenant n°6 à la convention nationale, approuvé par un arrêté du 1^{er} août 2018, fixe les tarifs des actes de téléconsultation et de téléexpertise et en prévoit le cadre de mise en œuvre.

Tout patient peut bénéficier d'une téléconsultation. La pertinence d'une prise en charge à distance plutôt qu'en présentiel est appréciée par le médecin.

La téléconsultation peut être réalisée par tout médecin libéral conventionné.

La téléconsultation doit :

- **Obligatoirement être mise en œuvre par vidéo transmission.**
- **S'inscrire dans le respect du parcours de soins coordonné afin de garantir la qualité de la prise en charge.**

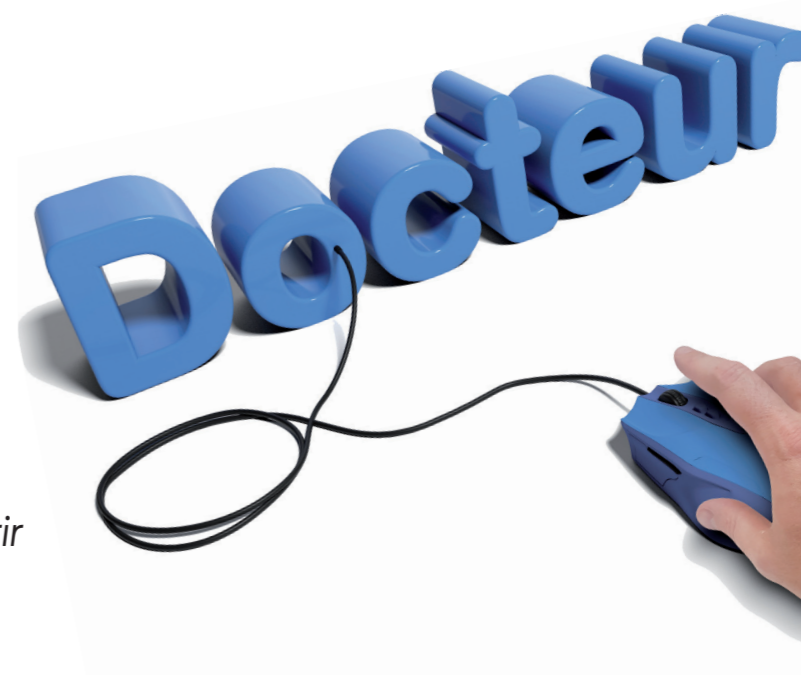
Le patient doit ainsi être orienté initialement par son médecin traitant (quand celui-ci ne réalise pas lui-même la téléconsultation) sauf pour :

- > les patients de moins de 16 ans ;
- > les spécialités médicales d'accès direct (gynécologie, ophtalmologie, stomatologie, chirurgie orale ou chirurgie maxillo-faciale, psychiatrie ou neuro-psychiatrie et pédiatrie) ;



- > les situations d'urgence ;
- > les patients n'ayant pas de médecin traitant désigné ou lorsque ce dernier n'est pas disponible dans un délai compatible avec son état de santé.

De plus, pour toute téléconsultation, **le patient doit être connu du médecin téléconsultant et avoir bénéficié d'une consultation physique au cours des 12 mois précédant la téléconsultation.** Ces règles ne s'appliquent pas si le patient ne dispose pas de médecin traitant désigné ou si son médecin traitant n'est pas disponible dans le délai compatible avec son état de santé. Dans ce cas, la téléconsultation s'effectue dans le cadre d'une organisation territoriale.



RENCONTRE AVEC LE PRÉSIDENT

Le mercredi 7 novembre 2018, le **Président Emmanuel Macron** et la **Ministre de la santé Agnès Buzyn** se sont rendus à l'EPHAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) de Rozoy-sur-Serre dans l'Aisne.

En présence du Dr Chazelle (Président de votre URPS), le Dr Tréhou (Rapporteur de la commission "Offre de soins" de votre URPS) leur a présenté une démonstration de téléconsultation avec la Maison de Santé Pluridisciplinaire de Guise.



Télésurveillance des patients insuffisants respiratoires

L'hétérogénéité des plateformes, non interopérables entre elles, est un frein au déploiement de la télésurveillance en pneumologie car elle contraint les pneumologues à devoir s'approprier le fonctionnement de plusieurs plateformes pour assurer le suivi de leurs patients.

Le projet collaboratif, initié dans la région par votre URPS, a pour ambition de fédérer la communauté pneumologique autour d'une solution métier unique et commune, correspondant aux pratiques et aux usages actuels.



CONTEXTE

La télésurveillance médicale, définie par le décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010, a pour objet de « permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient ».

Expérimentation de la télésurveillance médicale dans le cadre du programme ETAPES

Depuis le 6 décembre 2016, le programme ETAPES (Expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé) permet la mise en place d'expérimentations de télésurveillance, notamment pour la prise en charge des patients insuffisants respiratoires.

Objectif principal

Fixer une tarification préfiguratrice des actes de télémédecine, permettant aux professionnels de santé de développer des projets cohérents et pertinents, en réponse aux besoins de santé et à l'offre de soins régionale.

C'est dans ce cadre que s'inscrit le projet d'organisation régionale de la prise en charge des patients insuffisants respiratoires chroniques, initié par votre URPS, avec le concours du Dr François Jouniaux.

1 PLATEFORME UNIQUE POUR PROMOUVOIR LA TÉLÉSURVEILLANCE



La solution retenue est la plateforme de télésurveillance AdelSanté.

Cette plateforme collecte et agrège les données de santé issues des dispositifs médicaux communicants pour les mettre à disposition des médecins, des patients et des prestataires de santé à domicile (PSAD).

DÉPLOIEMENT

Portée par le Dr François Jouniaux (pneumologue), la première phase de déploiement est réalisée au service de pneumologie de l'hôpital privé la Louvière regroupant 10 pneumologues, avec une prise en charge des premiers patients le 1^{er} octobre 2018.

Une seconde phase de déploiement a débutée en janvier 2019 au sein de plusieurs établissements de santé publics et privés de la région, ayant déjà confirmé leur intérêt pour ce projet.

Les phases ultérieures de déploiement, auprès des acteurs concernés dans la région, seront pilotées par Sant&Numérique Hauts-de-France.



Ce Groupement d'Intérêt Public, dont les membres sont exclusivement des professionnels de santé ou leurs représentants, a pour objet d'accompagner le déploiement des dispositifs numériques, notamment dédiés à la télémédecine, toujours dans une logique de cohérence numérique régionale.

Critères d'éligibilité des patients

- Sous VNI.
- Agés de + 18 ans.
- En ALD.
- En structure médico-sociale ou à domicile.

Critères d'exclusion des patients

- Impossibilité physique ou psychique d'utiliser tous les composants.
- Cancer avec une espérance de vie < 12 mois.
- Présenter plus de 3 décompensations de BPCO ayant donné lieu à une hospitalisation dans les 12 mois.
- Maladies neuromusculaires.
- Compliance ou adhésion thérapeutique habituelle faible estimée par le médecin.
- Refus du patient d'avoir un accompagnement thérapeutique.

1^{ER} BILAN

17 patients ont été pris en charge sur le site pilote de l'hôpital privé la Louvière depuis le 10 octobre 2018, permettant d'évaluer la solution technique, de vérifier la solidité de l'algorithme et de tester l'organisation.

EN SAVOIR PLUS SUR LE PROGRAMME ETAPES

Le programme national ETAPES (Expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé)

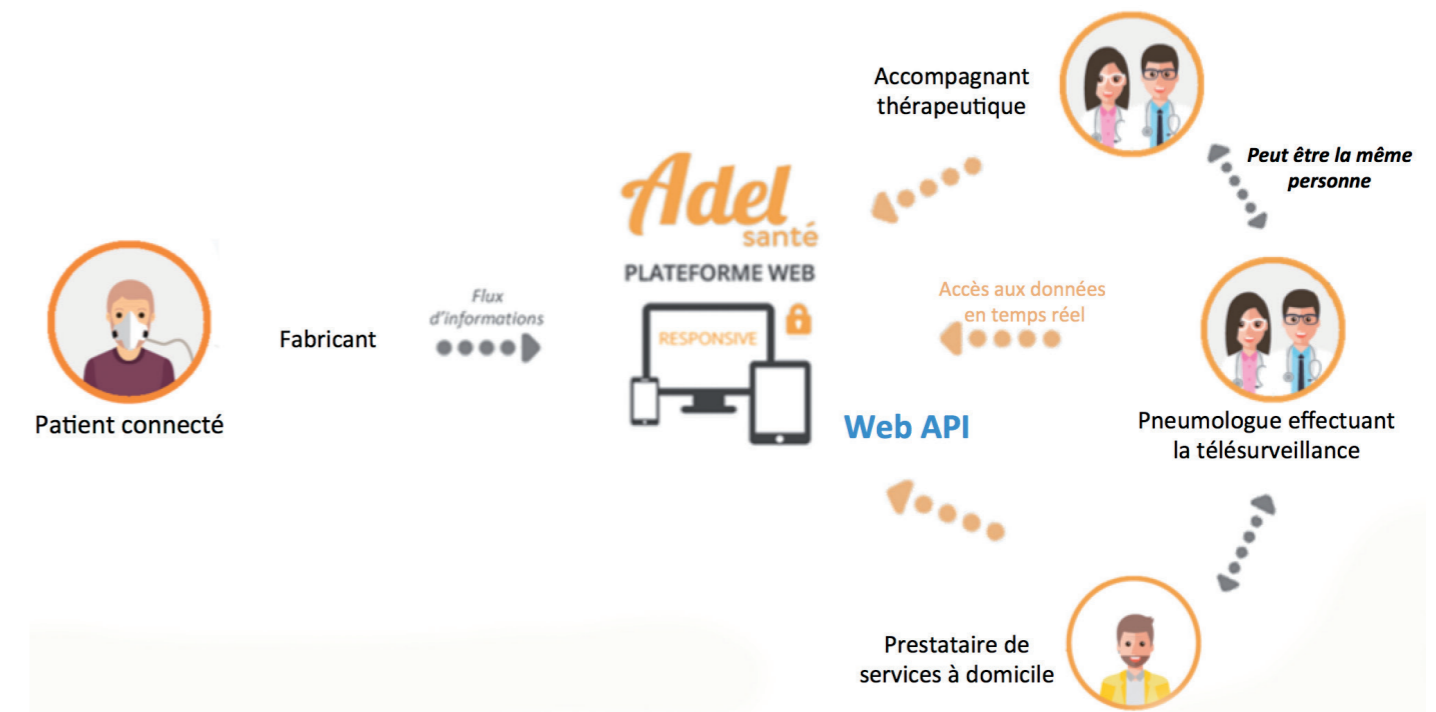


Ce programme propose la mise en place d'expérimentations de télésurveillance sur d'autres thématiques que l'insuffisance respiratoire :

- Insuffisance cardiaque
- Insuffisance rénale
- Prothèses cardiaques implantables
- Diabète

Si vous souhaitez développer un projet de télésurveillance, n'hésitez pas à contacter votre URPS :

Ronan Rouquet
ronan.rouquet@urpsml-hdf.fr



Les pneumologues souhaitant intégrer ce projet peuvent se rapprocher du pôle "Systèmes d'informations" de l'URPS et contacter :
Ronan Rouquet - ronan.rouquet@urpsml-hdf.fr

Un zonage discuté

Le zonage permet de renforcer les moyens dédiés aux médecins pour améliorer la démographie médicale et l'accès aux soins. Le zonage détermine les Zones d'Intervention Prioritaire (ZIP) et les Zones d'Action Complémentaire (ZAC) sur lesquelles sont basées les aides.

Votre URPS a été pleinement associée et entendue sur ce nouveau zonage. Il n'en demeure pas moins que **les objectifs imposés, fixés nationalement**, et notamment le nombre d'habitants éligibles en ZIP et en ZAC, **ont contraint les acteurs régionaux à gérer la pénurie plutôt qu'à avoir une réflexion de fond sur le niveau d'une densité médicale acceptable par territoire.**

SPÉCIFICITÉ DES HAUTS-DE-FRANCE

Il est prévu que les ZIP couvrent 8.3% de la population régionale quand la moyenne nationale se situe à 18% et que les ZAC couvrent 38.4% (dont les 8.3% ZIP) quand la moyenne nationale est à 56%. **Il est incompréhensible que la proportion de zones identifiées par le zonage soit inférieure au reste de la France alors que la réduction des inégalités de santé et l'égal accès aux soins pour les populations sont une priorité du gouvernement et que les Hauts-de-France sont dans le peloton de tête en termes de morbi mortalité.**

Votre URPS :

- Demande à ce que les pourcentages de population concernée par les ZIP et ZAC soient augmentés afin de prendre en compte les réalités des Hauts-de-France.
- Alerte quant aux conséquences liées à la publication de ce zonage qui n'est pas à la hauteur des problématiques régionales tant en termes de désertification médicale que de réponse aux besoins de santé des populations et pourrait avoir des effets contreproductifs sur certains secteurs.

Zones d'intervention Prioritaire (ZIP)

(Au maximum 8,3% de la population régionale)

29 Territoires de Vie Santé sélectionnés ZIP par les représentants de la profession

Aides : aides conventionnelles au maintien ou à l'installation émanant de l'Assurance Maladie, aides fiscales (Permanence Des Soins Ambulatoire), aides de l'Etat, aides des collectivités territoriales

Zones d'Action Complémentaire (ZAC)

(Au maximum 30,1% de la population régionale)

90 Territoires de Vie Santé sélectionnés ZAC par les représentants de la profession

Aides : aides de l'Etat, aides des collectivités territoriales

MÉTHODE NATIONALE

Appliquée avec dérogation dans les Hauts-de-France

Arrêté du 13 novembre 2017

Le maillage repose sur une nouvelle échelle de territoire définie au niveau national : Les territoires de vie-santé.

Le zonage repose sur l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) à un médecin en consultations/an/habitant. Le calcul considère :

- l'activité de chaque praticien, mesurée par le nombre de consultations ou visites effectuées par le praticien (borne max de 6000 actes et inversement une activité minimale de 3600 actes par an est affectée aux libéraux (sauf cabinet secondaire)) ;
- le temps d'accès au praticien selon une fonction décroissante entre 0 et 20 minutes ;
- la consommation de soins par classe d'âge pour tenir compte des besoins différenciés en offre de soins.

Une borne d'âge est appliquée afin de tenir compte d'éventuels départs à la retraite. Les praticiens de plus de 65 ne sont pas comptabilisés.

L'indicateur est donné par territoire de vie-santé et correspond à la moyenne des APL de chaque commune composant ce territoire, pondérée par la population de ces communes.

MÉTHODE RÉGIONALE

Vivier des Territoires de Vie Santé (TVS)

Indicateurs + Scoring

Classement régional des 243 Territoires de Vie Santé (TVS)

Le décret dérogatoire du 29 décembre 2017 donnait la possibilité au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de plusieurs régions (dont les Hauts-de-France) de définir une méthodologie permettant de déterminer les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins.

En concertation avec les représentants de la profession, la région Hauts-de-France a donc classé les Territoires de Vie Santé (TVS) sur la base de leur niveau de dotation en Offre de soins et en Besoins de santé comparativement aux taux régionaux.

1. Indicateurs quantitatifs des Hauts-de-France :

- Offre de soins :
 - > Densité des médecins généralistes
 - > Activité moyenne des médecins généralistes
 - > Part des médecins généralistes de plus de 65 ans
- Besoins de santé :
 - > Prévalence des ALD
 - > Part des bénéficiaires de la CMU-C +
 - > ACS
 - > Consommation de soins
 - > Indicateur de mortalité prématurée
 - > Indicateur de mortalité générale

2. Scoring des Territoires de Vie Santé (TVS) des Hauts-de-France :

Chaque Territoire de vie santé (TVS) est scoré de 1 à 5 sur chacun des deux critères.

Lecture du critère "offre de soins" :

- 1 = très inférieur au taux régional = très faible offre de soins
- 2 = inférieur au taux régional = faible offre de soins
- 3 = égal à la moyenne régionale = équivalente à l'offre régionale
- 4 = supérieur à la moyenne régionale = forte offre de soins
- 5 = très supérieur au taux régional = très forte offre de soins

Lecture du critère "besoin de santé" :

- 1 = très supérieur au taux régional = très fort besoin de santé
- 2 = supérieur au taux régional = fort besoin de santé
- 3 = égal à la moyenne régionale = équivalent au besoin moyen en région
- 4 = inférieur à la moyenne régionale = faible besoin de santé
- 5 = très inférieur au taux régional = très faible besoin de santé

Ex : Le TVS de Hautmont est scoré "1" en offre de soins (très faible offre de soins) + "2" en besoin de santé (fort besoin de santé).

Pour analyser la combinaison des 2 critères : Pondération du critère "offre de soins" puis discrimination par le critère "besoin de santé" puis par l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL).

3. Analyse des résultats du scoring (avec ajout d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs supplémentaires) :

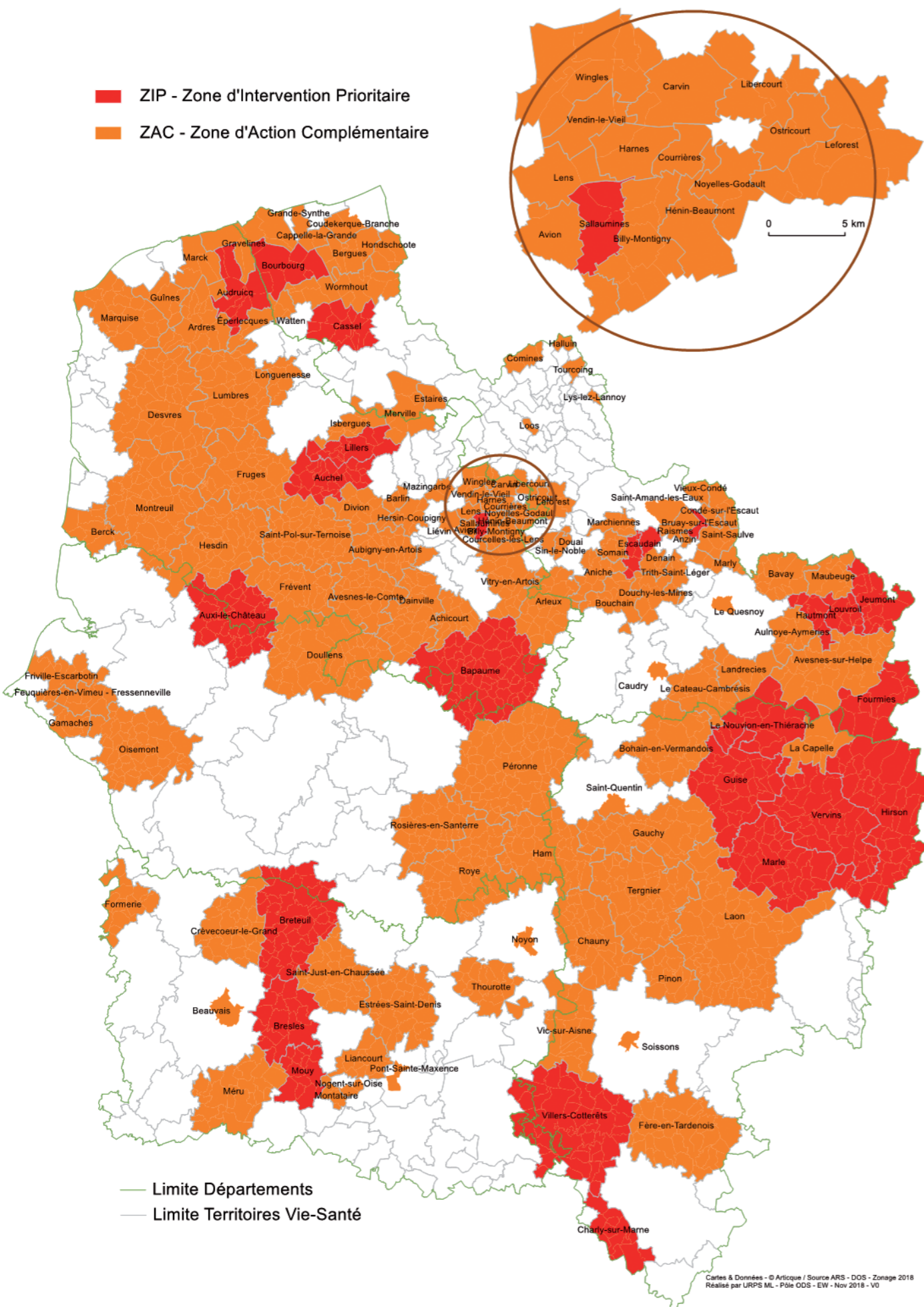
Indicateurs qualitatifs et quantitatifs favorables au zonage arrêtés par les médecins vous représentant :

- Classification dans le zonage actuel / Classification dans la méthodologie nationale.
- Part des médecins généralistes âgés de 60 à 64 ans.
- Installations/départs récents de médecins généralistes.
- Dynamiques de maisons de santé pluriprofessionnelles.
- Présence de maîtres de stage.
- Patientèle moyenne par médecin traitant.
- Présence d'un Quartier Politique de la Ville.
- Absence de médecins spécialistes de 2nd recours.
- Projets potentiels d'installation de Contrat d'Engagement de Service Public (CESP) sous 2 ans.
- Nombre faible de médecins généralistes.



Pour toute information complémentaire, merci de contacter le pôle "Offre de soins" de l'URPS :

Marion Gurruchaga
marion.gurruchaga@urpsml-hdf.fr



1. Aides locales

Voir chaque Conseil départemental.

2. Praticien Territorial de Médecine Générale (PTMG)

Pour les médecins qui souhaitent s'installer ou qui sont déjà installés (depuis moins d'un an) en cabinet libéral ou en tant que collaborateur libéral, dans une ZIP ou une ZAC.

En contrepartie le médecin doit pratiquer les tarifs opposables (secteur 1). Son contrat peut également comporter des engagements individualisés, tels que : la participation à la permanence des soins ambulatoire, à des actions de dépistage, de prévention, d'éducation à la santé...

Le contrat est conclu pour une durée d'un an renouvelable une fois et permet, à la condition d'avoir réalisé au minimum les 165 consultations :

- Une garantie de rémunération (6 900 € brut / mois pendant 2 ans. Un complément de rémunération est versé au médecin si son activité ne lui permet pas d'atteindre ce plafond).
- Un dispositif de protection sociale après 3 mois d'activité (*pour tout arrêt de travail supérieur à 7 jours, un complément de rémunération est maintenu pendant 3 mois à hauteur de 1 552,50 €* brut ; en cas de congé maternité et pendant toute la durée de ce dernier, un complément de rémunération de 3 105 euros* brut est versé au praticien en plus des revenus de remplacement.* * pour une activité de 9 demi-journées par semaine ou plus.

3. Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire (PTMA)

Ce dispositif vise à favoriser l'installation et le maintien des médecins généralistes et spécialistes libéraux dans les territoires fragiles, caractérisés par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins.

Ouvert aux médecins généralistes et autres spécialistes, conventionnés secteur 1 ou adhérents au contrat d'accès aux soins, installés dans des territoires manquant de professionnels, ce contrat offre une rémunération forfaitaire complémentaire en cas de congés maternité et paternité.

Le médecin s'engage à exercer son activité dans un territoire caractérisé comme fragile, à respecter les tarifs opposables ou, lorsqu'il y est autorisé, à pratiquer des honoraires différents des tarifs conventionnels, à limiter ses dépassements d'honoraires.

En contrepartie, il pourra bénéficier, en cas d'interruption d'activité pour cause de maternité/paternité, d'une rémunération forfaitaire complémentaire durant son congé.

Le contrat est conclu pour 3 ans, renouvelable une fois.

4. Aides conventionnelles (CPAM)

Ces contrats ne sont pas cumulables.

Contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM)

Aide au médecin qui s'installe en libéral dans une Zone d'Intervention Prioritaire (ZIP) afin d'aider à faire face aux frais d'investissement générés par le début d'activité.

Pour cela, le médecin doit :

- S'installer dans une ZIP, ou être installé dans la zone depuis moins d'un an.
- Exercer en secteur 1 ou en secteur 2 (OPTAM ou OPTAM-CO).
- Exercer une activité libérale au minimum 2,5 jours par semaine.
- Exercer au sein d'un groupe entre médecins ou d'un groupe pluri-professionnel ou appartenir à une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) ou une Équipe de Soins Primaires (ESP).
- Participer à la Permanence Des Soins Ambulatoire (PDSA).
- Exercer dans la zone pendant au moins cinq ans à compter de la date d'adhésion.

Ce contrat est conclu pour 5 ans, le médecin ne peut en bénéficier qu'une seule fois. Il permet :

- L'attribution d'une aide forfaitaire de 50 000 € pour une activité minimale de 4 jours par semaine.
- La possibilité de majorer ce forfait d'un montant de 2 500€ si le médecin s'engage à réaliser une partie de son activité au sein d'un hôpital de proximité.

Contrat de stabilisation et de coordination (COSCOM)

Le COSCOM s'adresse aux médecins installés en Zone d'Intervention Prioritaire (ZIP) pour les inciter à maintenir leur activité dans ces territoires. Il valorise notamment l'implication de ces médecins dans des démarches de prise en charge coordonnée sur un territoire.

Pour cela, le médecin doit :

- Être déjà installé dans une ZIP.
- Exercer une activité libérale conventionnée (secteur 1 ou 2) sur la zone.
- Exercer en groupe, ou en Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) ou en Équipe de Soins Primaires (ESP).

Ce contrat est conclu pour 3 ans et renouvelable par tacite reconduction. Il permet :

- L'attribution d'une aide forfaitaire de 5 000 € pour une activité minimale de 4 jours par semaine.
- La possibilité de majorer ce forfait d'un montant de 1 500€ si le médecin s'engage à réaliser une partie de son activité au sein d'un hôpital de proximité.
- Une rémunération complémentaire de 300 € par mois pour l'accueil d'un stagiaire à temps plein.

Contrat de transition pour les médecins (COTRAM)

Pour les médecins âgés de 60 ans ou plus exerçant en Zone d'Intervention Prioritaire (ZIP), préparant leur cessation d'activité et prêt à accompagner pendant cette période un médecin nouvellement installé dans leur cabinet.

Pour cela, le médecin doit :

- Être installé dans une ZIP.
- Exercer une activité libérale conventionnée.
- Être âgé de plus de 60 ans.
- Accueillir au sein du cabinet un médecin âgé de moins de 50 ans, qui s'installe ou qui est installé depuis moins d'1 an dans la zone, et qui exerce en libéral conventionné.

Ce contrat est conclu pour 3 ans et peut être renouvelé pour une durée maximale de 3 ans en cas de prolongation du médecin adhérent au-delà de la durée du contrat initial dans la limite de la date de cessation d'activité de ce dernier.

Il permet une aide à l'activité correspondant à 10% des honoraires tirés de son activité conventionnée, dans la limite de 20 000€ par an.

Contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM)

Le CSTM s'adresse aux médecins n'exerçant pas en Zone d'Intervention Prioritaire (ZIP) mais prêts à consacrer une partie de leur activité libérale pour apporter leur aide à leurs confrères exerçant en ZIP.

Pour cela, le médecin doit :

- Ne pas être installé dans une ZIP.
 - Exercer une activité libérale conventionnée.
 - S'engager à réaliser une partie de son activité libérale pendant au minimum 10 jours par an dans une ou plusieurs ZIP.
- Ce contrat est conclu pour 3 ans et renouvelable par tacite reconduction. Il permet :
- Au 1^{er} janvier 2019, une aide à l'activité correspondant à 25% des honoraires tirés de l'activité conventionnée réalisée en zones sous dense dans la limite d'un plafond de 50 000€ par an.
 - Une prise en charge des frais de déplacement engagés pour se rendre dans les ZIP.

5. Exonérations fiscales pour l'activité de Permanence Des Soins Ambulatoire (PDSA)

Les médecins (ou leurs remplaçants) participant à la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) et installés dans une Zone d'Intervention Prioritaire (ZIP) peuvent bénéficier d'une exonération d'impôts sur le revenu : rémunération perçue, au titre de la permanence des soins, à hauteur de 60 jours de permanence par an.

Retrouvez sur cette double-page une expression libre des syndicats qui constituent votre URPS



LE BLOC

"N'a pas souhaité s'exprimer"



CSMF

UNE DES LEÇONS DES GILETS JAUNES : ÉCOUTONS LES CORPS INTERMÉDIAIRES !

L'épisode actuel des gilets jaunes avec ses revendications de justice sociale et fiscale, de territoires oubliés, d'accès aux soins pour tous, rend le climat social tendu, émaillé qu'il est d'épisodes de plus en plus incontrôlables comme le sont les épisodes climatiques.

Le ciel tomberait sur nos têtes et celles de nos gouvernants sans être avertis, ben voyons ! Mais l'Etat n'écoute plus ses stations météo que sont les indispensables corps intermédiaires, véritables poulx de la société française.

Leur affaiblissement, et donc le nôtre, syndicats, répond à une stratégie de l'Etat. Nos avis sur l'organisation de la médecine de ville nécessitent une énergie phénoménale pour être écoutés à défaut d'être entendus.

Dénoncer le pouvoir excessif de Bercy qui prend le pas sur le bon sens politique fait lever les yeux au ciel à nos interlocuteurs qui ne voient pas les nuages s'amonceler ...

Faire comprendre que le métier de médecin n'est pas un métier comme les autres : quel Everest à escalader !

Toute réforme devra réhabiliter les corps intermédiaires afin que l'organisation de notre société repose sur un juste équilibre : Etat, collectivités locales, partis politiques, syndicats, etc. C'est le prix d'une démocratie équilibrée pour éviter le chaos.

Ce message, porté depuis plusieurs années par la CSMF devient une priorité « politique ». Des propositions seront faites avant l'été pour réformer la vie syndicale afin de lui redonner ses lettres de noblesse pour qu'elle puisse remplir pleinement son rôle.

Nous avons tous à y gagner !



FMF

Vos élus FMF au sein de l'URPS, éventuellement alertés par vous, souhaitent représenter les intérêts, espérances et projets de tous les médecins libéraux face à l'évolution rapide des règles, des enjeux, de la technologie.

Ceci face aux exigences et aux représentations d'une administration, l'ARS, et du monde hospitalier.

Et pendant la fusion de deux régions complexifiant la situation.

Nous sommes impliqués dans les échanges sur la permanence des soins.

Tout comme dans l'élaboration de projets régionaux de téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance, en privilégiant un exercice médical local.

Nous sommes investis dans l'offre de soins, avec l'accompagnement possible des projets de CPTS et PTA. Pour que ces dernières ne nous soient pas imposées avec le risque d'une inadaptation totale.

Nous défendons une prévention et une Education Thérapeutique du Patient libérales et autonomes.

Nous avons lancé l'alerte dès connaissance du zonage de notre région définissant les zones sous dotées en médecins libéraux, plus qu'étonnant.

Nous demandons des mesures de prévention sur des territoires fragiles en médecins.

Nous avons suggéré de voir proposé par l'URPS un agenda électronique libre.

Si vous avez envie d'en savoir plus sur la FMF et son programme, un site (www.fmfpro.org) et vos élus. Que l'année 2019 apporte reconnaissance et sérénité à notre exercice libéral !



MG FRANCE

LA MÉDECINE GÉNÉRALE N'EST PAS SUBSTITUABLE

- La médecine générale n'est pas substituable par d'autres professions. Le médecin généraliste organise et participe à la coordination des acteurs de soins de premier recours au sein des équipes de soins primaires. Le cœur de métier du médecin généraliste est plus que jamais le diagnostic et la décision médicale, dans une vision globale et transversale du patient. MG France s'opposera avec force à toute tentative de désorganisation et de dérégulation de notre système de santé, écartant le médecin traitant.
- Les médecins généralistes sont au centre de la régulation de la demande de soins. Ils sont prêts à relever le défi de la réponse aux demandes de soins non programmés si on leur donne les moyens de l'organiser.
- MG France approuve la mise à disposition d'assistants médicaux au sein des cabinets, mais elle s'inquiète du cadre restrictif et contraignant dont ce dispositif pourrait être pourvu, ce qui nuirait clairement à son efficacité.
- La visite longue à domicile est essentielle au maintien à domicile des personnes âgées ou dépendantes, sa généralisation est indispensable pour maintenir l'accès aux soins des populations les plus fragiles. Toute visite au domicile d'une personne âgée est une visite longue.
- Les médecins généralistes ne peuvent pas porter la responsabilité du déséquilibre entre l'offre et la demande de soins, dénoncé par MG France depuis des années sans qu'aucune mesure ne soit prise pour le corriger.



SML

LES ERREURS DU GOUVERNEMENT

Ce gouvernement est arrivé avec la promesse de renouer et se remettre autour de la table avec les médecins libéraux. La multiplication des réunions au Ministère de la Santé, sert moins à moins nous entendre pour tenir compte de nos propositions dans le but de véritablement coconstruire que pour nous entretenir dans l'illusion du dialogue. Or ce qui compte, ce sont les résultats. Et si on y regarde bien, il n'y en a pas ou trop peu.

Deux exemples. Depuis fort longtemps, le SML réclame des mesures de défiscalisation et d'exonération de charges en direction des médecins retraités qui continuent d'exercer. Les récents chiffres publiés par le CNOM dans son Atlas de la démographie montrent que les médecins retraités actifs jouent un rôle essentiel dans le maintien de l'offre de soins. Le Sénat avait introduit une défiscalisation à notre demande que le Gouvernement s'est empressé de retirer. De même, en refusant d'étendre aux médecins isolés le bénéfice de mesures telles que les assistants médicaux, non seulement, il s'obstine mais surtout il agit au rebours des intérêts des patients et des territoires les plus fragilisés.

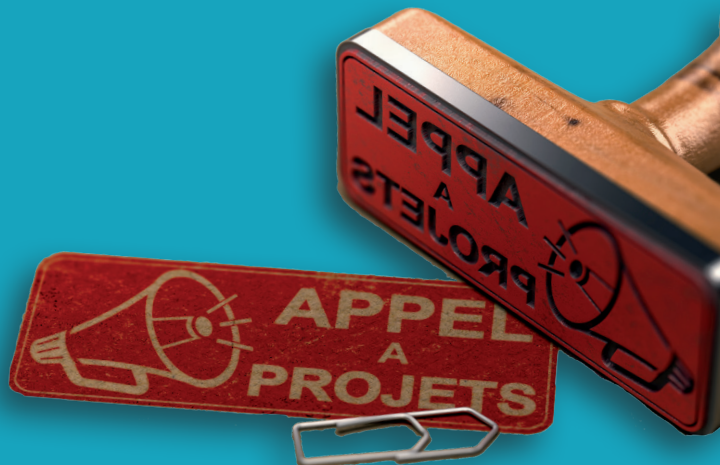
Le Gouvernement a montré à l'occasion du PLFSS 2019 qu'il refermait toutes les portes pour imposer sa vision technocratique. Dans le contexte de tensions sociales actuelles, il serait bien inspiré de revoir sa méthode et surtout d'oublier l'idée de passer la réforme « Ma santé 2022 » par ordonnances. Et il ferait bien de se souvenir que les médecins libéraux sont les premiers médiateurs sociaux au contact de la population.



APPELS À PROJETS :



[www.hauts-de-france.ars.sante.fr/
liste-appels-projet-candidature](http://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/liste-appels-projet-candidature)



• Projets de Plateformes Territoriales d'Appui (PTA)

La PTA propose ses services aux professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux et en particulier aux médecins traitants, qui rencontrent une situation complexe avec leurs patients (patients qui présentent des pathologies elles-mêmes associées à des problèmes sociaux, psychosociaux ou économiques, face auxquels un soutien est nécessaire).

Cahier des charges à télécharger : Cf. site ci-dessus

Dépôt des candidatures du 1^{er} janvier au 28 février 2019

Par mail en indiquant dans l'objet "AAC PTA" : ARS-HDF-DOS-AST-PCC@ars.sante.fr

• Médecins relais pour le dispositif des injonctions thérapeutiques

Appel à candidatures pour recruter, **dans l'Aisne, le Nord et le Pas-de-Calais**, des médecins relais dans le cadre du dispositif des injonctions thérapeutiques (mesure prononcée par l'autorité judiciaire, destinée à accompagner vers les professionnels de santé, les personnes ayant fait un usage de stupéfiants ou une consommation habituelle et excessive d'alcool).

Profil des candidats, composition du dossier de candidature : Cf. site ci-dessus

Les candidatures peuvent être déposées à tout moment, **sans date limite**, par mail :

[ARS-HDF-PPS-ADDICTIONS-INJONCTIONS-THERAPEUTIQUES @ars.sante.fr](mailto:ARS-HDF-PPS-ADDICTIONS-INJONCTIONS-THERAPEUTIQUES@ars.sante.fr)

FORMATIONS À VENIR... bloquez la date !!

Handicap « Faciliter et orienter les personnes en situation de handicap : quels outils ? Vers quelles ressources se tourner ? » :

- Lille - Jeudi 07 Février 2019
- Roubaix-Tourcoing - Jeudi 12 Septembre 2019

Autisme « Repérage et prise en charge précoces du Trouble du Spectre Autistique, notamment chez l'enfant » avec le Pr Mille :

- Senlis - Mardi 19 Mars 2019

Obésité infantile « Obésité de l'enfant : du repérage précoce à l'accompagnement » :

- Laon - Jeudi 4 avril 2019

Pour plus de renseignements : contact@urpsml-hdf.fr

- 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