

MÉDECINE LIBÉRALE

JOURNAL DE L'UNION DES MÉDECINS LIBÉRAUX DE NOUVELLE-AQUITAINE

QUAND LES VILLAGES REVIVRONT
LES JEUNES MÉDECINS S'Y INSTALLERONT



Dossier

L'organisation dans les territoires

#17

Déc. 2021

 URPS
MÉDECINS LIBÉRAUX
Nouvelle-Aquitaine

Version dématérialisée sur le site :

www.urpsml-na.org

P.3

Actualité

Et demain la médecine libérale ?

P.4-5

Actualité

Sédation profonde et continue jusqu'au décès : aspects éthiques et pratiques

P. 18-19

En bref

Concours photos URPS : les gagnants



Et Demain ? La Médecine Libérale ?

Nous, médecins libéraux, sommes attachés à cet esprit d'indépendance, d'entreprise, d'innovation et d'aventure qu'est la médecine libérale.

Pour autant, ce « beau voilier » qui traverse mers et courants des politiques de santé, affronte les vents des administrations plus

souvent contraires que portants.

Voguant plus souvent sur des flots agités voire tempétueux, il résiste et arrive à bon port avec ses passagers-patients.

Mais pour cela, il faut écopier régulièrement les strates réglementaires qui l'alourdissent, calfeutrer les fissures, passer une couche de peinture conventionnelle. Elle ne doit pas être un cache misère mais le protéger et lui redonner de l'éclat. Pour certains ce fier navire n'est plus que le radeau de la méduse qu'on doit abandonner, pour d'autres il est déjà échoué sur la grève de notre système de santé.

A nos yeux, l'heure est au « grand carénage » !

La Covid l'a rappelé, nous avons besoin de ce navire.

Ne soyons pas nostalgique d'une « belle plaisance » à mettre

au musée de l'histoire de la médecine. Intégrons les progrès médicaux dans sa reconstruction en utilisant les nouvelles technologies pour sa structure.

Donnons-lui les « foils » de l'intelligence artificielle pour le porter au-dessus des flots, lui donner plus de vitesse, de fluidité, pour courir sur les mers, aller plus vite que le vent !



Ce navire, a besoin d'un équipage soudé. Chaque équipier, chaque équipière a sa place, généraliste, spécialiste, seul, en groupe, en ville, à la campagne. Ensemble nous devons échanger, communiquer, nous coordonner (CPTS, ESS...), utiliser les aides extérieures (hospitalières, universitaires, institutionnelles) pour garder le cap, dans un pilotage plus délicat dans la prise en charge de patients plus complexes, plus polyopathologiques, plus chroniques. Evitons la casse et le chavirage !

Qu'un tel navire soit attractif pour de jeunes marins enthousiastes qui embarqueront pour l'aventure de l'exercice médical libéral !

Afin de construire ce rêve, l'URPS des Médecins Libéraux de Nouvelle-Aquitaine vous donne la parole « Et demain ? La Médecine Libérale ? » au travers d'une boîte à idées et d'une enquête sur ce que devrait être votre exercice futur.

Participez à cette réflexion, avec votre expérience, vos projets, vos souhaits. Osez imaginer notre futur ! Soyez disruptifs ! Le résultat de cette réflexion fera l'objet d'une restitution en mars (élection oblige). Certes, nous ne sommes pas naïfs, tout le produit de cette réflexion ne sera pas repris par les candidats, mais il y a toujours des idées nouvelles qui pourront se dégager et faire finalement leur chemin !

En espérant vous avoir fait un peu rêver à des horizons meilleurs pour notre beau métier de médecin libéral, je vous souhaite bon vent pour 2022 !

Benoit FEGER

Président de l'URPS ML Nouvelle-Aquitaine

Dans ce journal :
- Le calendrier 2022 -
- Un feuillet pour la mise à jour de vos coordonnées -

P. 3

Prospective

Et demain la médecine libérale ?

P. 4-5

Ethique

Sédation profonde et continue jusqu'au décès : aspects éthiques et pratiques

P. 7

Témoignage

Équipes de Soins Spécialisées (ESS)

P. 8

Orientation

Feuille de route santé Région Nouvelle-Aquitaine

P. 9

Zoom

La santé en Nouvelle-Aquitaine

P. 10

CPTS

Communautés Professionnelles Territoriales de Santé : Enjeux et ressources pour les médecins

P. 11

Association : Agora Lib'

P. 12-13

Téléexpertise

C'est la confraternité et le compagnonnage et c'est surtout recentrer le parcours de soins

P. 14

Avenant 9

Les changements depuis le 31 Juillet

P. 15

Projets

Les orientations de l'URPS 2021-2026

P. 17

Billet d'humeur

Histoire vraie. Témoin de la turpitude d'une assurance

P. 18-19

Concours photos URPS : les gagnants

À LIRE AUSSI

Arrêt de travail **P.16**
Nos médecins ont du talent **P.17**

Journal édité par l'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux Nouvelle-Aquitaine - Décembre 2021 - ISSN 2553-9213

105 rue Belleville - CS 71241 - 33074 Bordeaux cedex
Tél. 05 56 56 57 10 - Web : urpsml-na.org - Courriel : secretariat@urpsml-na.org

Responsable de la publication : Benoit FEGER, Président de l'URPS ML Nouvelle-Aquitaine

Comité de rédaction : Philippe ARRAGON-TUCOO - Emmanuel BATAILLE
Nicolas BRUGERE - Sandrine BRUGERE - Imad CHAABAN - Jean-Luc DELABANT
Philippe DURANDET - Xavier GOYOU-BEAUCHAMPS - Stéphane LACHER-FOUGERE
Christian LE CORRE - Isabelle PETIT-BREUILH

Ont participé à ce numéro : Emmanuel BATAILLE - Marie-Laurence BERTHOUX
Jean-Luc DELABANT - Philippe DURANDET - Benoit FEGER - Karine FONTAINE-GAVIN
Francis FONTES - Dany GUERIN - Françoise JEANSON - Nathalie LALANNE
Isabelle PETIT-BREUILH - René ROBERT

Coordination : Marie-Rose POPINEAU

Dessin : Jean DUVERDIER

Design graphique : www.junglecactus.fr

PROSPECTIVE

ET DEMAIN LA MÉDECINE LIBÉRALE ?

L'URPS Médecins Libéraux Nouvelle-Aquitaine engage une étude prospective en faveur de l'attractivité de l'exercice médical libéral. L'objectif est de dégager les tendances qui se profilent, d'imaginer et proposer des hypothèses nouvelles, et, après consultation des médecins et débats, de diffuser un rapport de recommandations.

Les enjeux pour l'URPS Médecins Libéraux

- Communiquer et ouvrir un dialogue avec les médecins libéraux de la région sur cette préoccupation essentielle, notamment en faisant remonter leurs besoins et avis sur les tendances qui se dégagent ou les orientations promues par les pouvoirs publics
- Faire entendre la voix des médecins libéraux de Nouvelle-Aquitaine avec des propositions et scénarios concrets

Pour que l'avenir de la médecine libérale ne se dessine pas sans vous, l'URPS des Médecins Libéraux de la Nouvelle-Aquitaine vous accompagne et compte sur votre mobilisation.

La place de la médecine libérale

L'excellence de notre système de soins repose sur les deux piliers essentiels constitués par l'hôpital et la médecine libérale. La médecine libérale constitue le maillage de proximité pour la santé des français, assurant 80% des consultations des patients et participant très largement aux actes techniques et d'hospitalisation au sein des établissements privés. Pourtant, l'installation en libéral a tendance à décroître et des territoires, notamment ruraux, connaissent une pénurie de médecins du premier et du second recours.

En parallèle, de nombreuses tendances modifient depuis plusieurs années le cadre de l'exercice libéral : gel de la tarification à l'acte au profit de rémunérations forfaitaires

voire populationnelles, mise en place d'organisations territoriales coordonnées (MSP, CPTS, ESS...), nouvelles technologies et outils numériques ouvrant la voie à des plateformes médicales commerciales distantes ou au diagnostic par l'Intelligence Artificielle, augmentation des contraintes administratives, renforcement de délégations de tâches médicales aux autres professionnels de santé, arrivée de nouveaux profils (assistants médicaux, IPA*...).

Quel avenir laissent présager ces évolutions par rapport à un exercice médical organisé de manière libre et autonome par le libéral ? Comment envisager par exemple sur la durée le transfert de tâches : si, pour les pouvoirs publics, il répond au manque actuel de médecins, qu'en sera-t-il dans 15 ans quand, libérés du numerus clausus, de nouvelles cohortes de médecins seront en capacité de s'installer ? Les évolutions du métier et de la pratique sont inévitables, elles sont le propre de l'innovation. Mais lesquelles doivent être privilégiées pour maintenir une prise en charge de qualité des patients, dans le respect des valeurs de la médecine libérale ? Lesquelles répondent aux souhaits des médecins, et notamment des plus jeunes installés ou des internes ?

Emmanuel BATAILLE

* Infirmier en Pratique Avancée

Pour participer à la consultation :
www.urpsml-na.org/fr/article/pml



Cette consultation se veut disruptive !

Elle vous questionne sur l'état actuel de votre situation mais surtout sur ce qu'il faudrait améliorer au vu de votre expérience pour rendre nos exercices plus libéraux, plus agréables, plus faciles, plus attractifs.

Elle vous demande de sortir la tête du guidon, de réfléchir et proposer des pistes même utopiques d'amélioration.

L'URPS ML NA vous donne la parole, prenez-la !

« Ce n'est pas parce que les choses sont difficiles que nous n'osons pas, c'est parce que nous n'osons pas qu'elles sont difficiles ».

Sénèque

L'étude est abordée à travers 5 thématiques :

Modèle économique / tarification

Organisation médicale / territoriale et collaboration interprofessionnelle

Nouvelles technologies : outils numériques, intelligence artificielle et robotisation

Médecine préventive, prédictive et d'accompagnement

Favoriser l'installation par les rencontres humaines et le compagnonnage

Dr Benoît FÉGER, Président



ETHIQUE

SÉDATION PROFONDE ET CONTINUE JUSQU'AU DÉCÈS : ASPECTS ÉTHIQUES ET PRATIQUES

Introduction

Soulager la douleur est considéré comme une priorité dans la prise en charge des patients y compris en situation de fin de vie. Le concept de sédation terminale a été introduit en 1991 pour décrire la pratique de la sédation prescrite pour contrôler des symptômes de souffrance apparente chez des patients en fin de vie. En France, la sédation profonde et continue jusqu'au décès (SPC) est, depuis la loi Claeys Leonetti de février 2016, un nouveau droit pour le patient. Cette loi a pour ambition de répondre à certaines critiques faites à la loi Leonetti de 2005 jugée insuffisante, et de renforcer les droits du patient et son autonomie face à sa fin de vie. L'objectif de cette SPC associée au traitement antalgique est d'assurer le confort du patient dans le processus d'accompagnement du patient en fin de vie. Elle soulève de nombreuses questions d'ordre pratique et d'ordre éthique non seulement en France, mais dans la communauté internationale. De plus, l'implication des médecins et des paramédicaux dans la pratique de la SPC peut être associée à un stress émotionnel difficile à assumer. Une majorité de la population française souhaite mourir à domicile, mais ce souhait contraste avec la réalité. L'annonce par le ministre de la santé le 22 septembre 2021 du nouveau plan national sur la fin de vie inclut la facilitation attendue de l'accès au midazolam par la médecine de ville. Ceci souligne l'actualité de ce propos et l'implication des acteurs de la médecine publique et libérale.

Définition et terminologie

L'objectif de la SPC est d'entraîner un état d'inconscience pour permettre au patient de ne pas ressentir une souffrance réfractaire ou intolérable. A la connotation péjorative de sédation terminale, on préfère ceux de sédation

contrôlée, sédation palliative ou sédation en fin de vie. Quelle que soit sa terminologie, elle s'oppose aux sédations intermittentes et aux sédations légères dont le but est d'aider à soulager des souffrances d'un patient en soins palliatifs, mais pour lequel le processus de fin de vie n'est pas engagé.

Ce que dit la loi française

Les patients atteints d'une maladie grave et incurable dont le pronostic vital est engagé à court terme et présentant des douleurs réfractaires aux traitements ont le droit de recevoir à leur demande une sédation profonde et continue jusqu'au décès. Chez un patient qui ne peut pas exprimer sa volonté (en réanimation par exemple), dans la procédure d'arrêt thérapeutique au titre du refus de l'obstination déraisonnable, le médecin se doit de mettre en œuvre une SPC jusqu'au décès sauf si le patient s'y est opposé dans ses directives anticipées.

Cette disposition ne s'applique pas dans des situations d'urgence et un médecin les trouvant disproportionnées par rapport à la demande du patient peut ne pas les appliquer à condition que ce refus soit collégial et consigné de façon argumentée dans le dossier du patient.

Réflexions préliminaires

Trois questions majeures sont soulevées par la mise en place de la SPC : Quand initier la SPC ? Quels produits et surtout quelles doses faut-il utiliser ? Faut-il craindre une accélération du processus de décès liée à la sédation et une pratique transgressive assimilable à de l'euthanasie ?

Quand initier la SPCJD ?

Une des nouveautés apportées par les dispositions légales de la loi Claeys Leonetti est la possibilité pour le patient de demander lui-même à avoir accès à la SPC jusqu'au décès.

Chez les patients non conscients, le même texte de loi impose la pratique de la sédation par les médecins en charge du patient.

Ainsi, lors des décisions d'arrêts thérapeutiques, la collégialité ne s'arrête plus au processus décisionnel, mais il doit intégrer les modalités de son application.

La SPC doit être initiée quand le « diagnostic » de fin de vie a été posé et que l'on est dans une démarche d'accompagnement de fin de vie, et quand il existe des souffrances dites réfractaires. L'estimation de la survenue du décès peut être délicate et parmi les propositions faites, une fenêtre d'estimation de



survenue du décès entre quelques jours à quelques semaines paraît raisonnable. Il faudra également s'assurer de deux choses :

- 1/ que la demande du patient ne corresponde pas en fait à une demande de meilleure prise en charge de la douleur ;
- 2/ qu'il n'existe pas de syndrome dépressif pouvant polluer l'authenticité de la demande.

Quels produits et surtout quelles doses faut-il utiliser ?

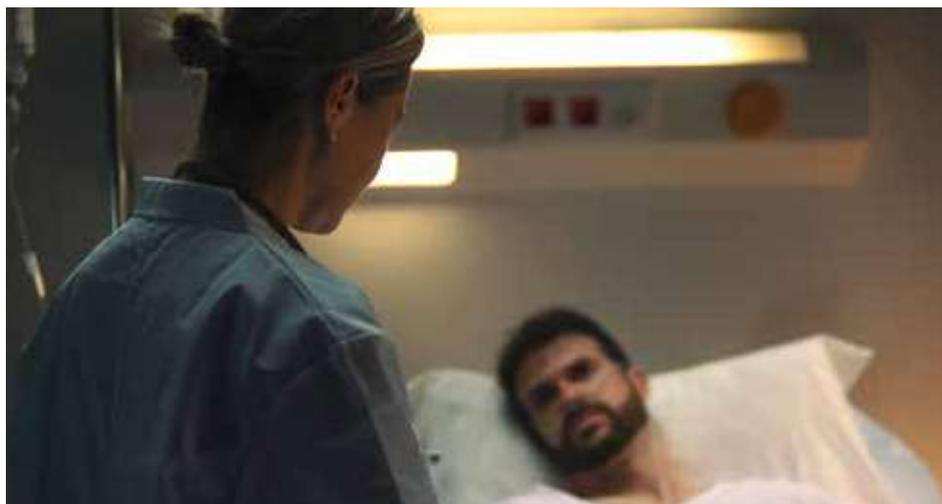
Au sens strict du terme la sédation n'inclue pas la prescription de morphiniques. Néanmoins dans la plupart des cas, les morphiniques sont associés permettant le traitement symptomatique de la douleur et le cas échéant la réduction de la perception de la dyspnée.

Le produit sédatif le plus utilisé est le midazolam.

D'autres benzodiazépines peuvent être utilisées. Il n'y a pas de protocole standard pour son utilisation. Les sédatifs ne doivent être utilisés qu'après la mise en œuvre du traitement de la douleur et de la dyspnée éventuelle par les morphiniques. Le protocole actualisé de l'HAS en 2020 renseigne sur les modalités d'utilisation.

L'éventail de doses à utiliser est très large. De façon schématique, la détermination de la dose repose sur une titration adaptée aux symptômes sans dose maximale limite.

Étant donné la durée de vie limitée du midazolam, l'utilisation de perfusion continue doit être associée aux bolus. L'administration d'au moins deux bolus dans l'heure doit conduire à augmenter l'administration continue du produit. L'évaluation de la qualité de la sédation est couplée à celle de la détection des inconforts. La profondeur de la sédation est le plus souvent guidée par un objectif de score RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale) entre -4 et -5, c'est-à-dire comme le souligne la loi une altération de la conscience. Les neuroleptiques sédatifs peuvent être associés en cas d'agitation ou de confusion. Les barbituriques ou le



propofol sont des traitements de seconde intention et nécessitent une expertise pour leur maniement.

Point important, la facilitation de l'accès au midazolam en médecine de ville a été annoncée le 21 septembre 2021. En cas de besoin, une connexion avec des médecins formés aux soins palliatifs doit être favorisée et organisée.

Faut-il craindre une accélération du processus de décès liée à la sédation et une pratique transgressive assimilable à de l'euthanasie ?

Pour certains, une crainte majeure liée à l'utilisation de la sédation est la possibilité d'accélérer la survenue du décès et donc le doute d'une pratique proche de l'euthanasie.

Pour lever cette ambiguïté, plusieurs points sont à souligner :

- 1/ il faut bien assumer l'intentionnalité de l'accompagnement de fin de vie ;
- 2/ l'objectif de la sédation est de soulager le patient pour lui permettre une fin de vie confortable. Autrement dit, la sédation est un moyen, mais pas un but en soi. Ceci diffère d'une pratique euthanasique au cours de laquelle l'objectif principal est de mettre fin à la vie du patient pour le soulager.
- 3/ l'association entre sédation et accélération du processus de décès a rarement été mise en évidence dans les études publiées. Dans une

méta-analyse réalisée en 2011 à partir de 6 études, le délai de survenue du décès était identique chez les patients recevant une sédation par rapport aux patients n'en recevant pas.

De façon similaire, il n'a pas été observé de décès plus précoce dans un groupe de patients recevant une sédation profonde.

Quoiqu'il en soit, dans une situation au cours de laquelle l'objectif est de soulager les souffrances d'un patient en fin de vie, la possibilité malgré tout d'effets délétères (accélération du décès) de la sédation-analgésie doit être assumée. Il est important de souligner l'intentionnalité primaire : soulager et assumer parfois une accélération de la survenue du décès.

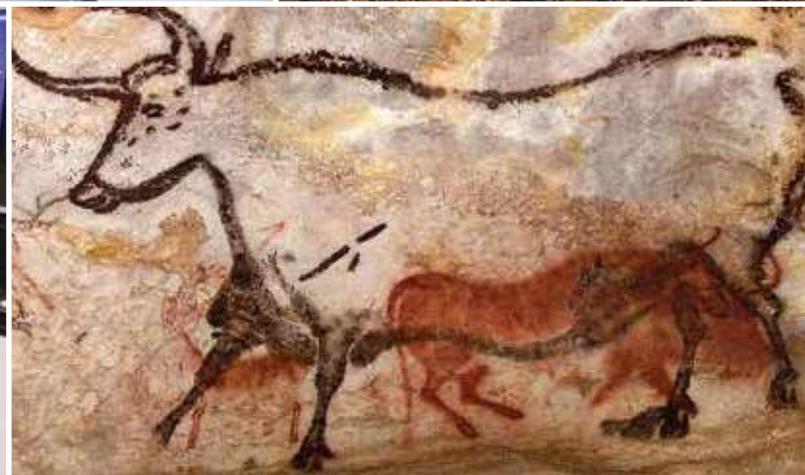
En conclusion

Le recours à la SPC est une obligation légale dans la procédure d'arrêt thérapeutique au titre du refus de l'obstination déraisonnable chez le patient en fin de vie pour soulager ses douleurs. Le médicament de choix est le midazolam.

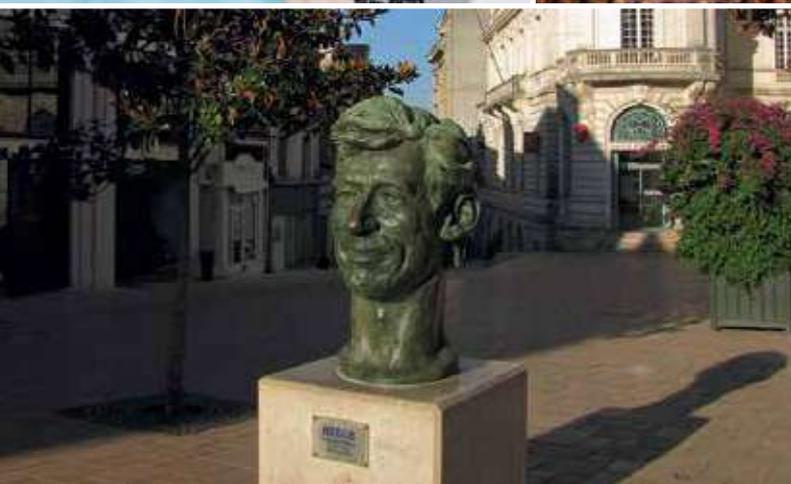
Il doit être associé à un traitement morphinique analgésique. Les doses doivent être adaptées à l'état clinique du patient afin de lui assurer une fin de vie accompagnée la plus confortable possible.

Pr René ROBERT
Réanimateur-Anesthésiste - CHU Poitiers

Retrouvez l'intégralité de l'article avec la bibliographie complète sur notre site www.urpsml-na.org



L'ORGANISATION DANS LES TERRITOIRES





Interview du Dr Marc Sapène, Pneumologue et spécialiste sommeil (Bordeaux), membre des comités scientifiques des Journées Pratiques Respiration Sommeil (JPRS) et des Assises de la Pneumologie Libérale (APLib).

Equipe de Soins Spécialisée (ESS)

Telle que définie par la loi du 24 juillet 2019, une équipe de soins spécialisée (ESS) regroupe « un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins spécialistes d'une ou plusieurs spécialités, hors médecine générale, choisissant d'assurer leurs activités de soins de façon coordonnée avec l'ensemble des acteurs d'un territoire ». L'ESS doit élaborer un projet de santé qui répond notamment aux missions suivantes : favoriser l'accès de la population aux soins spécialisés, coordonner les parcours patients en partenariat avec les organisations territoriales (MSP, CPTS, etc.) et les centres hospitaliers, développer les programmes d'échanges et de formation entre spécialistes.

Marc Sapène, vous êtes porteur d'un projet d'équipe de soins spécialisée sur la prise en charge des pathologies du sommeil en Nouvelle-Aquitaine. Quelles sont les raisons qui ont motivé la création de ce collectif ?

Les pathologies liées au sommeil nécessitent le concours d'équipes multi disciplinaires. L'impulsion de s'organiser au travers d'une équipe de soins spécialisée est donc venue naturellement. En premier lieu, cela permet de partir du besoin du patient, dont le diagnostic et la prise en charge impliquent une vision holistique et à qui nous pouvons proposer un circuit court avec toutes les ressources adaptées. Pour les professionnels qui y participent, c'est la possibilité de se fédérer autour d'un projet commun. En l'occurrence, nous poursuivons cinq objectifs : travailler de manière communautaire entre spécialistes et paramédicaux, disposer d'un plateau technique commun, développer la médecine connectée, mettre en place de l'éducation thérapeutique des patients (ETP), atteindre un niveau d'excellence qui favorise la transmission de compétences et la recherche. C'est fondamentalement un esprit de compagnonnage de la médecine libérale.

Un tel regroupement a-t-il un impact sur l'activité des spécialistes qui interviennent ?

Oui, dans le sens où les spécialistes sont repositionnés sur leur véritable rôle de second recours : le cardiologue, le pneumologue, L'ORL... chacun pratique sa spécialité mais avec l'enrichissement de l'échange, l'analyse de la pluri-professionnalité. Nous ne perdons plus de temps avec la coordination indispensable à la prise en charge du patient, nous avons organisé le lien avec les centres de référence (notamment CHU) tout en offrant au patient et au premier

recours un meilleur accès aux soins. En complément, ce projet dynamise l'évolution des pratiques et l'organisation des praticiens grâce au partage d'expériences et l'élaboration commune de protocoles, le recours systématique aux assistants médicaux qui nous font gagner un temps précieux, l'usage de la télémédecine quand c'est approprié. En collectif, nous pouvons beaucoup plus facilement anticiper les évolutions, notamment technologiques, et construire notre outil de demain. Ce mode de fonctionnement en groupe pluridisciplinaire correspond d'ailleurs à l'attente des jeunes.

Quel est votre modèle de gouvernance et de structure juridique ?

Nous avons constitué une SISA dans laquelle les professionnels peuvent être à la fois actionnaires et utilisateurs ou simplement utilisateurs. Ainsi, l'actionariat et la gouvernance peuvent être distincts. Il n'y a aucune contrainte financière d'entrée et de sortie car le modèle économique est à l'usage. Ce statut de SISA permet de répondre à des objectifs de santé publique et de contractualiser avec les partenaires : nous avons déjà une convention avec le CHU de Bordeaux, une avec le Pôle ambulatoire d'éducation thérapeutique du CETB. Surtout, nous sommes en train de contractualiser avec des CPTS pour répondre à leur besoin d'accès aux soins, rendre des avis rapides aux médecins généralistes par le biais de la télé-expertise ou de la téléconsultation.



Les ESS ne disposent aujourd'hui d'aucun financement spécifique : est-ce une difficulté forte ?

Nous avons besoin d'une aide au financement : d'abord pour l'amorçage du projet puis dans la durée pour assurer la coordination, notamment avec les CPTS. Cependant, le fait qu'il n'y ait pas de financement structurel pour l'instant nous force à élaborer un modèle économique purement libéral qui puisse être pérenne.

Pour conclure, quel est le conseil que vous donneriez à des confrères et consœurs souhaitant s'engager dans une ESS ?

Osez l'aventure ! Olivier Véran a demandé aux ARS de favoriser le développement d'ESS, de lancer des appels à projet. Impulsez le mouvement sachant qu'il est peu contraignant. A mon avis, il est certainement plus propice et facile de mobiliser en partant sur de nouvelles pathologies et dans une approche multi disciplinaire plutôt que de se regrouper sur une spécialité unique.

Emmanuel BATAILLE



LA PAROLE À LA RÉGION

LA SANTÉ EN NOUVELLE-AQUITAINE

Dans le cadre de nos relations institutionnelles votre URPS Médecins Libéraux a rencontré le Conseil Régional. La crise de la covid a mis en avant la santé et le besoin de changement de politique. Il ne s'agit pas seulement d'applaudir les soignants mais de mettre en œuvre des moyens pour l'amélioration de notre système de santé. Un des acteurs de la politique de santé dans notre région est le conseil régional. Nous lui donnons la parole sur ces actions.

Le Conseil Régional Nouvelle Aquitaine s'engage de manière volontariste dans la santé car si la politique de soin relève du ministère de la santé, nous considérons que les politiques de santé, d'aménagement du territoire en santé, de prévention et de santé environnement, de recherche et d'appui aux industries de santé, de formation des professionnels paramédicaux et sociaux relèvent de nos compétences.

Notre objectif : participer à l'amélioration de la santé et de l'accès aux soins de tous les Néo-aquitains

Notre stratégie : construire nos politiques avec les patients, les professionnels de santé, les chercheurs, les industriels et l'ensemble des acteurs. Une politique de santé adaptée aux besoins de ses territoires et de ses habitants est dessinée par les initiatives de toutes les bonnes volontés, porte-paroles des réalités sociales, économiques et environnementales.

La Région veut être un interlocuteur privilégié et à l'écoute des professionnels qui souhaitent se saisir des politiques de santé. Ses politiques se concrétisent dans le financement de projets ciblés par les règlements d'intervention de la région ou répondant aux « appels à manifestation d'intérêt » ou aux « appels à projets ».

Lancée le 17 mars 2017, la feuille de route santé se structure en quatre chantiers, dont deux concernent plus précisément les médecins libéraux.

Le développement des territoires de santé et la lutte contre la déprise médicale :

Le cofinancement des projets immobiliers de MSP :

Depuis 2016, la Région a engagé 10 M € pour 67 projets immobiliers.

En 2021 le bilan des MSP commandé par la Région et l'ARS montre l'intérêt de ces structures sur les territoires :

- une augmentation du nombre de médecins généralistes, d'infirmiers, masseur kiné... avec un nombre de professionnels exerçant au sein des établissements en hausse depuis l'ouverture, en opposition avec la baisse de ces professionnels dans le reste du territoire.
- un tiers des MSP envisage de s'agrandir
- 89% ont une organisation pour la gestion des soins non programmés
- 85 % des MSP disposent d'un ou plusieurs médecins maîtres de stage et les 3/4 accueillent des stagiaires dans d'autres disciplines : en très nette hausse par rapport à 2016.

Mais il reste des marges de progrès : les spécialistes sont encore trop peu présents, peu de MSP utilisent la télé-médecine, l'implication des patients dans les projets de santé est encore limitée...

Les « coloc » pour stagiaires en zone de déprise

Les études montrent que les professionnels de santé s'installent dans les lieux où, lors de leur formation, ils ont apprécié leurs stages. Pour favoriser ces stages, la Région souhaite soutenir la création ou réhabilitation de logements simples mais conviviaux, en colocation, pour les stagiaires en santé.

Le soutien à des projets expérimentaux innovants et des projets de télé-médecine :

2 appels à manifestation d'intérêt ont permis de financer une vingtaine de projets à hauteur de 4.9 M € dont 3,4M € de fonds européens.

Les projets soutenus, (quelques exemples : le réseau de téléconsultation en pays de Combrailles, « Inzee care » pour les infirmiers libéraux, la télé-médecine d'urgence à Tonneins, le suivi des patients insuffisants cardiaques, ou la santé au travail en Vienne) ont permis la mise en place de consultations ou d'expertises, la réduction des délais d'attente des patients pour la prise de rendez-vous ou l'amélioration de la coordination inter professionnelle autour du patient. Le déploiement d'outils numériques est un point d'appui

essentiel à de nouvelles formes de collaboration entre professionnels.

Des freins ont été identifiés : déficit de communication sur ces aides, cofinancements difficiles à trouver, manque de temps des professionnels pour le montage et le suivi de projets et insuffisance de formation des professionnels au numérique.

Le soutien à des projets de prévention et de santé environnement : La Région Nouvelle-Aquitaine s'est emparée de cet enjeu pour réduire les inégalités de santé en informant, orientant vers les structures existantes et améliorant l'offre territoriale. Pour la traduire de manière opérationnelle, deux appels à projets ont été mis en œuvre chaque année.

L'appel à projet PREVA'NA soutient les actions de prévention concernant le tabac, l'alcool, le développement de l'activité physique, la nutrition, les pratiques sexuelles à risques etc. auprès des jeunes : lycéens, apprentis, étudiants, demandeurs d'emploi. Entre 2018 et 2020 la région a ainsi soutenu 140 projets répartis sur l'ensemble de la Région, pour plus de 2M €.

A noter : l'AAP PREVA'NA 2022 est ouvert jusqu'au 28/02/2022. Plus d'infos sur : les-aides-nouvelle-aquitaine.fr

L'AAP Santé environnement dans le cadre du Plan Régional Santé Environnement vise à sensibiliser les jeunes à la santé environnement et à améliorer la connaissance des perturbateurs endocriniens. 56 projets ont été financés entre 2018 et 2020 pour 2,5 M€ engagés.

Enfin, au cours de ce mandat, nous nous sommes donnés un objectif phare : que chaque jeune Neo-aquitain fasse, avec plaisir, une heure d'activité physique par jour !

Françoise JEANSON

Vice-Présidente du Conseil Régional Nouvelle-Aquitaine en charge de la santé et de la silver-économie

Compte tenu de nos contraintes de pagination l'intégralité de l'article est accessible sur le site : www.urpsml-na.org

ZOOM

LA SANTÉ EN NOUVELLE-AQUITAINE

Enquête sur l'état de santé ressenti auprès de la population adulte (ORS 2018)*

Contexte

Dans le cadre de l'adoption du Projet Régional de Santé (PRS) de Nouvelle-Aquitaine 2018-2028, l'enquête Zoom Santé a été mise en place afin d'appréhender l'état de santé ressenti de la population adulte de Nouvelle-Aquitaine.

Perception
de la santé :
85%
des Néo-Aquitains
s'estiment
en bonne santé

Méthode

L'enquête Zoom Santé 2018 a eu lieu du 5 décembre 2017 au 18 juin 2018. 4 900 adultes de 18 ans ou plus, habitants de Nouvelle-Aquitaine, ont répondu à l'enquête par voie postale ou par internet

Qui sont ces répondants ?

52% de femmes – 32 % ont entre 18 et 39 ans – 24% vivent seuls – 1/3 habite dans une commune de moins de 25 000 habitants.

Conduites addictives :

- 16 % de tabagisme quotidien
- 9,5 % de consommation d'alcool quotidien



Mal-être et conduites suicidaires :

Souffrance psychique :

- Sur 1 mois, 1 personne sur 5 a présenté un syndrome de souffrance psychique (75% d'hommes)

Tentatives de suicide au cours de la vie :

- 9 % des femmes
- 3 % des hommes



Idées suicidaires :

- 9 % des Néo-Aquitains ont déclaré avoir eu des idées suicidaires au cours de l'année écoulée

Médecin traitant :

- 96 % des personnes ont un médecin traitant



Nutrition :

- 46 % des adultes se jugent trop gros
- 80 % des adultes jugent leur alimentation équilibrée

Surcharge pondérale

- 59 % de femmes
- 36 % d'hommes



Activité physique :

- 64 % des personnes pratiquent une activité physique plus de 30 minutes par jour



Santé au travail :

- 80 % des actifs sont confrontés à des répercussions négatives du travail (fatigue physique, sommeil perturbé...)



* La méthodologie détaillée ainsi que les résultats ont fait l'objet d'une publication sous la forme d'un rapport accessible sur internet www.ors-na.org

LES MÉDECINS S'ENGAGENT POUR LA MÉDECINE LIBÉRALE

Quelques chiffres clés (par an) en Nouvelle-Aquitaine

En établissement privé

- 108 établissements réalisent 37% de l'activité de la région
- 57.5% des actes chirurgicaux de la région sont pratiqués par les hôpitaux privés avec 1 266 chirurgiens
- Plus d'1 million d'actes de chirurgie et d'obstétrique
- Plus de 3 millions de passages annuels aux urgences
- Plus d'1 million d'acte de chirurgie et d'obstétrique
- 42% des séances de dialyse
- 1/3 des patients atteints de cancer sont pris en charge dans des établissements de santé privés.

En cabinet médical

- 80% des consultations sont réalisées par les 12 000 médecins libéraux de la région
- 16 millions de consultations de médecine générale
- 5 millions de consultation spécialisée
- 7 millions d'actes d'imagerie
- 7 millions d'actes techniques

Et aussi... 10 000 consultations en soins non programmés par jour

Dr Benoît FÉGER, Président

CPTS

COMMUNAUTÉS PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTÉ : ENJEUX ET RESSOURCES POUR LES MÉDECINS

Le dispositif des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) créé par la loi de modernisation du système de santé de 2016 est une organisation des acteurs de santé de ville d'un territoire qui a pour but de renforcer leur coordination et d'améliorer la prise en charge de la population.

Qu'est-ce qu'une CPTS ?

Une CPTS est un mode coordonné d'exercice ambulatoire au service d'une population. Elle regroupe des acteurs de santé pour répondre à un besoin en santé non ou insuffisamment couvert sur un territoire.

Les CPTS doivent permettre d'optimiser la coopération entre les professionnels de santé de ville et leurs partenaires.

Elles constituent un cadre de coordination des acteurs de santé à l'échelle d'un territoire pour la prise en charge des patients.

Les CPTS sont souvent vues comme des usines à gaz qui risquent de faire passer aux médecins plus de temps en réunions qu'au cabinet...

Il y a pourtant de nombreuses raisons de s'engager dans ces nouvelles structures :

En milieu rural et péri urbain



- Lutter contre les déserts médicaux
- Gain de temps : protocole entre médecins et autres professionnels de santé, gestion des SNP (Soins Non Programmés), mutualisation des ressources...
- Ne plus rester seul dans les situations complexes.
- Attractivité des territoires : Les jeunes praticiens sont demandeurs de travailler en réseau pluri-professionnel (plusieurs expériences de CPTS actives accueillent aujourd'hui de nouveaux médecins).

En milieu urbain



- Travailler en réseau :
 - Mieux se connaître
 - Clarifier et respecter le rôle de chacun
 - Annuaire des ressources et contacts
 - Valoriser le travail ensemble
 - Promouvoir l'entraide entre professionnels de santé
 - Augmenter l'attractivité pour les plus jeunes
 - Prise de conscience entrepreneuriale des médecins de 1^{er} recours
- Innover
 - Créer et utiliser des outils pour améliorer la prise en charge des patients

S'organiser ou être organisés par d'autres ?

La démographie médicale, l'allongement de l'espérance de vie, l'attractivité des pôles urbains obligent à penser autrement, à travailler différemment.

La prise en charge des soins évolue et les CPTS traduisent une attente sociétale forte, nécessitant une mutation professionnelle importante.

Si les professionnels de santé libéraux, sous l'impulsion des médecins, ne s'impliquent pas fortement dans cette nouvelle organisation, d'autres instances (publiques/privées, à visée commerciale) installeront des structures dans lesquelles ils ne seront plus décisionnaires.

Aux médecins d'en prendre conscience et de garder le contrôle !

Karine FONTAINE-GAVINO

Pour plus d'informations :



www.cpts-na.org

DAC

DISPOSITIF D'APPUI À LA COORDINATION

Les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC), un interlocuteur unique qui vient prioritairement en appui aux professionnels de santé faisant face à des situations complexes de patients.

Pour vous aider dans la prise en charge de vos patients « complexes », le DAC (en cours de déploiement) regroupe tous les services de coordination préexistants (MAIA, réseaux, PTA, CTA, CLIC) avec un numéro d'appel unique : **0809 109 109**.

En pratique le DAC vient en appui du médecin pour toute problématique sociale et médico-sociale, lui permettant de gagner du temps médical : coordonner l'intervention de professionnels, mettre en place un intervenant à domicile ou le portage de repas, mettre à disposition du matériel spécifique (fauteuil, dispositif médical...), gérer les difficultés des aidants, aider au retour à domicile...

Il peut être saisi par le médecin ou un autre professionnel, ainsi que par un patient ou sa famille : dans ce cas, le médecin traitant est contacté.

En complément, le DAC peut être chargé par l'ARS de structurer différents parcours sur un territoire.

Le DAC est un dispositif départemental qui s'appuie sur une dynamique territoriale.



Concrètement comment cela fonctionne :

- Un numéro de téléphone unique décliné au niveau départemental le **0809 109 109**
- Un agent vous répond et recueille la problématique soulevée. En fonction du lieu de domicile du patient, le dossier est confié à un coordonnateur de l'antenne locale concernée pour une approche de proximité en connaissance des spécificités locales.
- Une information adaptée et individualisée peut être donnée ou une évaluation peut être programmée.
- Un outil sécurisé de partage d'informations entre professionnels (PAACO Globule)

Dr Dany GUERIN
Présidente de Giron'DAC

Commentaire URPS : Pour fonctionner correctement, ce dispositif ne devra pas être embolisé par des missions éloignées de sa vocation première et le médecin devra rester décisionnaire du parcours du patient.

AGORA Lib'

**Appui au Groupement
d'Organisation en Région
Nouvelle-Aquitaine
(de profession de santé)
Libérale**



Les 10 URPS de la Nouvelle-Aquitaine (Biologistes, Chirurgiens-Dentistes, Infirmiers, Masseurs-Kinésithérapeutes, Médecins, Orthophonistes, Orthoptistes, Pharmaciens, Podologues, Sages-femmes), acteurs incontournables dans la mise en œuvre et le suivi des structures de coordination qui se construisent à l'échelle des territoires, **se sont rassemblées avec les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) de la région le 16 décembre dernier pour créer l'Association AGORA Lib' : une cellule d'appui technique et opérationnel pour accompagner l'émergence des CPTS en Nouvelle-Aquitaine.**

Pour assurer ses missions, Agora Lib' va disposer d'un contrat d'objectifs et de moyens avec l'ARS qui va financer un chargé de mission par département.

Les missions d'AGORA Lib' :

- Promouvoir les organisations de coopération pluriprofessionnelle
- Être un dispositif d'appui aux développements des CPTS
- Être un dispositif d'appui auprès des porteurs de projets CPTS

Karine FONTAINE-GAVINO





LA TÉLÉEXPERTISE

« C'EST LA CONFRATERNITÉ ET LE COMPAGNONNAGE ET C'EST SURTOUT RECENTRER LE PARCOURS DE SOINS »

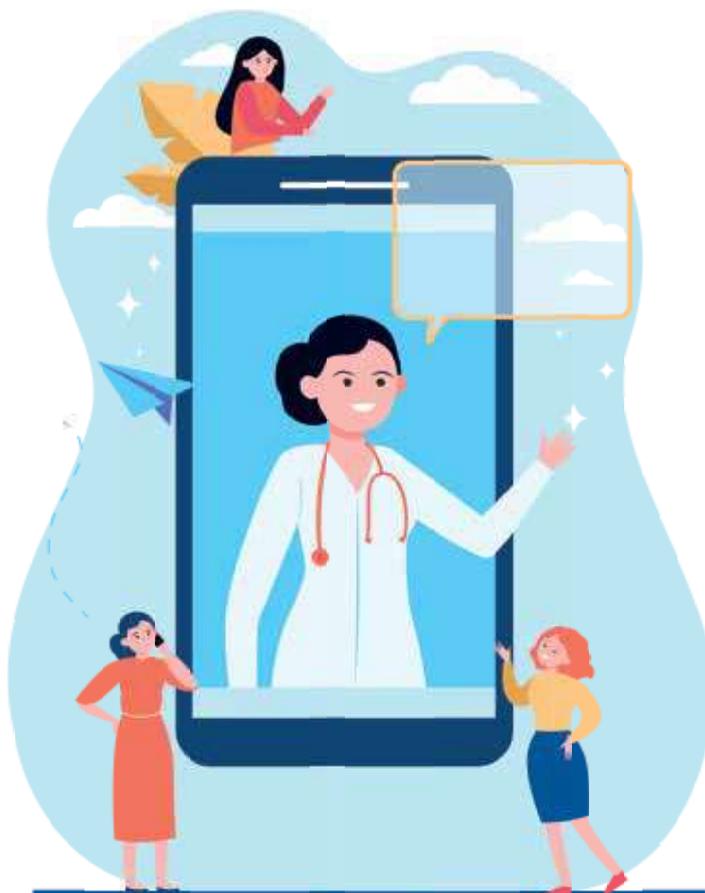
En grande partie du fait de la pénurie médicale actuelle, nous subissons tous aujourd'hui une désorganisation des soins. Cette situation est également liée à notre difficulté de communication et à la demande de plus en plus pressante des patients.

La téléexpertise va donc nous permettre de favoriser nos échanges en questionnant sur des prises en charge spécifiques inhérentes à une spécialité. La médecine est actuellement « ultra-spécialisée » et nous avons donc tous besoin régulièrement d'avis précis sur des problématiques que nous ne prenons pas en charge habituellement. Il s'agit de savoir si nous devons adresser à un spécialiste, si nous pouvons traiter nous-mêmes simplement, si aucun traitement n'est nécessaire ou si une simple surveillance est possible. Ceci peut permettre de réduire le nomadisme médical et les consultations inutiles, et de ce fait assouplir nos agendas.

Un outil est mis en place et d'ores et déjà utilisable, hébergé sur le site mon.médecin.org, conçu en collaboration avec l'URPS.

La télé expertise est différente de la conception que nous avons de la téléconsultation. Il n'y a pas de connexion vidéo nécessaire, pas de rendez-vous à horaire fixe. Il suffit d'une simple connexion Internet qui peut s'organiser dans notre journée ou dans la semaine en lui consacrant quelques minutes. En comparaison à la téléconsultation, cette pratique n'est pas chronophage.

Pour une demande, il s'agit de compléter une fiche médicale, de joindre des documents, de préciser le délai souhaité pour la réponse, et de préciser la question inhérente au dossier. Le médecin requis peut être un correspondant



habituel mais la demande peut être ouverte à l'ensemble des médecins inscrits dans une spécialité afin d'élargir la demande et de pouvoir obtenir une réponse plus rapide. Plus les médecins seront nombreux et moins les demandes seront nombreuses pour chacun.

Pour le médecin sollicité, il reçoit une alerte par mail, peut se connecter alors sur l'interface, et choisir de répondre ou non à la demande. Le médecin peut en effet rejeter la demande si son emploi du temps ne lui permet pas de répondre. En général, les chiffres montrent qu'une consultation en présentiel est nécessaire dans uniquement 20 à 30% des cas notamment en dermatologie. Pour ma part, j'ai décidé de consacrer des créneaux de consultation quotidiens pour les urgences ou semi-urgence. L'avantage est de pouvoir adapter le délai de prise en charge en fonction des données médicales recueillies : pas de consultation nécessaire, consultation à prévoir en présentiel sans urgence, téléconsultation possible, délai de prise en charge souhaité dans le mois, ou dans la semaine, ou dans les 48 heures.

C'est surtout un nouveau moyen pour nous organiser dans nos cabinets. Nous sommes tous actuellement très sollicités, souvent directement par les patients. Un réel nomadisme médical existe.

La téléexpertise peut permettre de maintenir la confiance des patients en allant le plus loin possible dans la prise en charge, **d'éviter les examens inappropriés ou inutiles**. Par exemple, adresser un patient à un spécialiste avec un bilan adapté déjà réalisé car orienté par le spécialiste requis, rassurer un patient devant l'absence de bilan à réaliser...

Il s'agit d'avoir pour nous l'opportunité d'une meilleure pertinence des soins, de permettre la permanence des soins notamment pour les patients prioritaires, les urgences ou semi-urgence. Il s'agit également de faire face à la pénurie médicale dans certains départements de la région où les spécialistes sont peu représentés.

Cette communication plus présente entre nous va permettre également d'élargir notre connaissance sur certaines pathologies et donc de favoriser l'apprentissage inters disciplinaire, ainsi que de connaître les réseaux de soins.

Exemples :

- Je reçois un résultat biologique que je ne sais pas interpréter ou qui est très anormal. Avant d'appeler le patient, je peux demander à un confrère spécialiste son avis sur la prise en charge à adopter.
- Je dois adresser un patient à un spécialiste, je peux demander si ce même spécialiste s'occupe de ce type de pathologie.
- Il existe une particularité dans la prise en charge d'un patient, je peux demander au spécialiste son aide pour adapter le traitement.

L'Avenant 9 définit les nouveautés suivantes, applicables à partir d'avril 2022 :

- la téléexpertise est ouverte à tous les patients (avec une limitation à quatre consultations par an pour le même patient)
- la cotation est revalorisée : 10 euros pour le médecin demandeur, 20 euros pour le spécialiste requis

Le parcours de soins est un point clé de notre ré-organisation. Il va effectivement limiter le nombre de consultations inutiles mais surtout renforcer la confiance des patients en notre médecine.

En renforçant notre collaboration, nous allons nous-mêmes pouvoir définir le parcours du patient, ce qui ne peut que rassurer ce dernier.

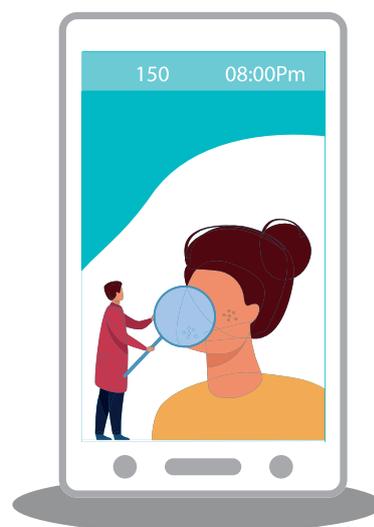
La confiance est un élément essentiel de l'adhérence thérapeutique.

Un exemple en dermatologie

Dans ma spécialité, la dermatologie, où les délais s'allongent à 4 à 6 mois dans le centre-ville de Bordeaux, la téléexpertise va permettre de donner des rendez-vous avec des délais adaptés à la demande, à la pathologie. Il serait intéressant que les médecins généralistes, les professionnels paramédicaux (infirmière, kinésithérapeute, podologue...) et les pharmaciens puissent être équipé d'un dermatoscope (600/1200 euros) afin de pouvoir transmettre des clichés permettant le diagnostic précis de lésions pigmentées ou non pigmentées. Cette démarche est rapide pour le médecin demandeur comme pour le médecin requis.

La généralisation de cet équipement est indispensable pour favoriser le dépistage des cancers cutanés. Le cliché photographique par Smartphone ne permet souvent pas de poser un diagnostic précis, et le cliché dermoscopique est donc nécessaire. Effectivement nos consultations de dermatologie sont remplies par des dépistages systématiques dont l'utilité actuellement est remise en question. Les consultations de dépistage sont pertinentes en cas d'apparition d'une nouvelle lésion présentant les critères ABCDE ou la modification d'une ancienne lésion constatée par le patient, s'il existe des facteurs de risque (nombre de naevus est élevé (plus de 100), phototype clair, exposition importante, réalisation de séances d'UV) et des antécédents personnels ou familiaux de cancer cutané. La transmission d'éléments photographiques (photographie par smartphone et cliché dermoscopique) par voie numérique peut donc orienter sur la nécessité ou pas d'une consultation dermatologique et si nécessaire dans un délai raisonnable de prise en charge.

Dr Nathalie LALANNE



MonMedecin.org



AVENANT 9

LES CHANGEMENTS EN AVRIL 2022

Les partenaires conventionnels ont souhaité tirer collectivement les enseignements de la crise sanitaire liée au COVID-19 en procédant à des aménagements structurants de l'Avenant 9

Renforcer le recours aux médecins spécialistes dans le cadre du parcours de soins, soutenir les spécialités en tension et renforcer l'accès aux soins des personnes fragiles :

- **Psychiatrie** : revalorisation de la consultation des psychiatres, neuropsychiatres ou neurologues...
- **Pédiatrie** : revalorisation des consultations pour les nourrissons de 0 à 2 ans ...
- **Gynécologie médicale** : revalorisation de la consultation et création d'un supplément relatif au temps médical et diagnostique lié à une coloscopie.
- **Endocrinologie** : majoration des consultations pour diabète compliqué insulino-dépendant ou insulino-requérant...
- **Protection à l'enfance** : création d'une consultation complexe pour les généralistes et pédiatres...
- **Troubles autistiques et handicap** : revalorisation de l'avis ponctuel de consultant...
- **Médecine générale** : la rémunération de la prise en charge à domicile des personnes âgées en situation de dépendance est doublée : la visite pour les patients de plus de 80 ans en affection longue durée (ALD) pourra

être cotée en visite longue (VL) à hauteur de 70 € (contre 35 € actuellement), 4 fois par an. Pour les personnes en situation de handicap, la constitution et la transmission du dossier à la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) sont valorisés comme une consultation très complexe (60 €)

Renforcer le recours à la télé-médecine :

- **L'avenant 9 élargit** le recours à la télé-expertise pour tout patient et revalorise les honoraires : 10 € pour le demandeur et 20 € pour l'expert.

Développer les soins non programmés dans le cadre du service d'accès aux soins : forfait de 1 400€/ an pour participation à hauteur de 2h de soins non programmés suite à orientation par la régulation du Service d'Accès aux Soins

Développer les usages du numérique en santé avec de nouveaux indicateurs forfaitaires :

- **DMP** : 40 points si au minimum 20% des consultations donnent lieu à alimentation du DMP.
- **Messagerie sécurisée de santé** : 40 points si au moins 5% des consultations donnent lieu à un échange par mail sécurisé avec le patient.

- **E-prescription** : 40 points si 50% des prescriptions de produits de santé sont réalisées via le service e-prescription.

- **Indicateur groupé de 400 points** (2 800€/ an) : utilisation d'un logiciel de cabinet compatible DMP et Sesam vitale et disposant d'un logiciel d'aide à la prescription certifié + équipement d'une boîte de messagerie sécurisée de santé + taux de télétransmission de 2/3 des actes annuels + affichage des horaires du cabinet dans l'annuaire Ameli.

- **Création d'un nouveau forfait** de 1 500€/ an pour alimenter le DMP de volets de synthèse médicale (VSM) à hauteur de la moitié de la patientèle ALD (rémunération portée à 3 000 € €si alimentation à hauteur de 90% de la patientèle ALD).

Aide financière complémentaire en cas d'interruption de l'activité médicale pour cause de paternité à hauteur de 2.232€ pour un médecin conventionné exerçant 8 demi-journées.

Emmanuel BATAILLE

Pour prendre connaissance de l'intégralité de l'arrêté du 22 Septembre 2021



UTILISATEURS APICRYPT

Mon application est-elle à jour ?

- Seule la version récente (V2) est « interopérable au sein de l'espace de confiance MSSANTE » c'est-à-dire que des échanges sont possibles avec les messageries sécurisées non apicrypt...
- Cette version est disponible depuis 2019, mais non encore installée systématiquement chez tous les professionnels.

Comment vérifier si mon application est à jour ?

- Elle est à jour si mon adresse est au format : **prenom.nom@interop-mssante.apicrypt.org**

Apicrypt V2 est-il compatible avec mon logiciel métier ?

- La liste des logiciels compatibles figure sur le site d'Apicrypt : **www.apicrypt.org**

Forfait structure 2021

A compter de cette année, seules les messageries APICRYPT VERSION 2 ouvertes avec l'option « interopérabilité avec l'Espace de Confiance MSSanté » et inscrites dans l'annuaire MSSanté permettront de valider l'indicateur du volet 1 du forfait structure versé par l'Assurance Maladie.



Dr Philippe DURANDET

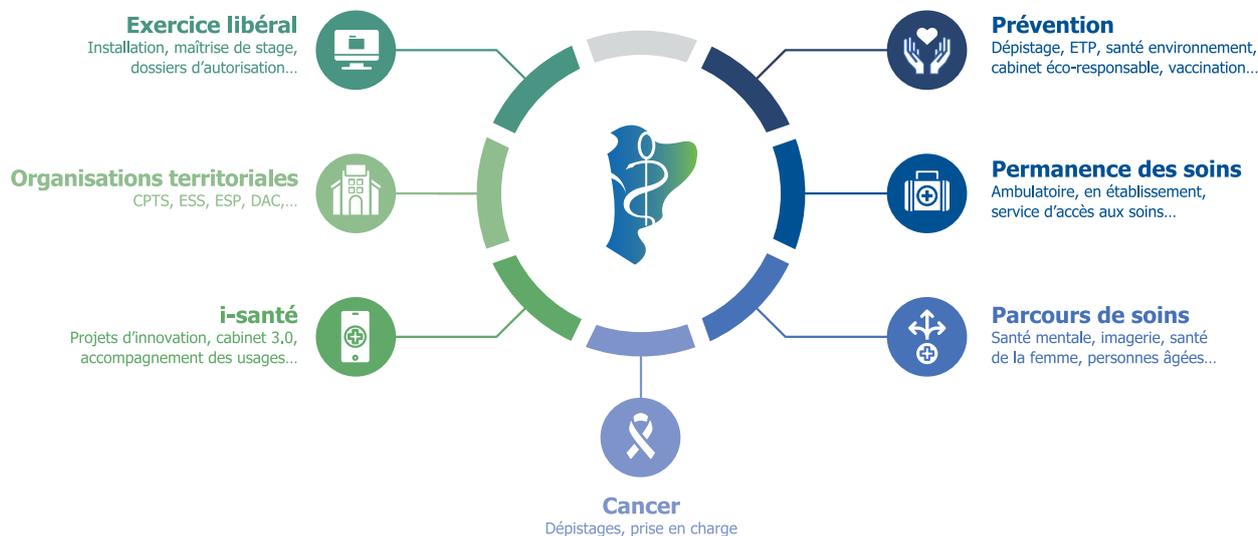
Pour plus d'informations :



PROJETS

LES ORIENTATIONS DE L'URPS 2021-2026

Les élus de votre URPS ont décidé d'organiser leurs réflexions et travaux autour de 7 commissions qui couvrent toutes les thématiques de la médecine libérale (cf. infographie ci-dessous)



Au-delà de la poursuite des actions lancées par la précédente mandature, les commissions ont engagé une mobilisation forte sur des sujets d'actualité :

Favoriser l'exercice médical libéral :

- Être médecin libéral demain : étude prospective en faveur de l'attractivité de l'exercice médical libéral (à lire en page 3)
- Journée d'information auprès des internes en fin de cycle pour promouvoir l'installation en libéral
- Développement des stages de spécialités en exercice libéral
- Les outils pour un cabinet éco-responsable
- L'usage de la télémédecine par les libéraux avec MonMédecin.org

Favoriser la prévention et l'accès aux soins notamment durant cette période pandémique :

- Un parcours de prévention primaire : MedPrev
- Le dépistage des cancers (CCU, CCR, Sein...)
- La permanence des soins et le Service d'Accès aux Soins
- La gestion de la vaccination contre le Covid par la médecine libérale

De nombreux outils complémentaires sont à votre disposition : Rempla, Med+ TV, FlexiVac, MesVaccins.net, Ange Gardien, PACT-NA... Pour en savoir +, rendez-vous sur notre site www.urpsml-na.org et sur LinkedIn @URPS Médecins Libéraux Nouvelle-Aquitaine

LA PAROLE AUX TERRITOIRES

AU PLUS PRÈS DES CANCERS : ÉCOUTE & VOUS

Partant du constat d'un besoin d'information des patients à tout moment de leur prise en charge, le **Centre de Coordination en Cancérologie du Lot et Garonne (3C47)** a élaboré un outil d'accompagnement par podcasts, qui permet au patient d'être informé lorsqu'il le souhaite et où il le souhaite.

L'outil est proposé gratuitement via une application web www.ecouteetvous.com accessible à tous : patients, aidants, famille, professionnels de santé.

Les contenus de ces podcasts sont validés, préalablement à leur mise en ligne, par un comité médical et se présentent sous forme d'interviews de professionnels de santé du Lot-et-Garonne. L'information autour de ces podcasts s'appuie sur ces derniers, en charge de la prise en soins du patient. Les podcasts viennent en complément des outils existants.

Ces podcasts ont une durée de 10 minutes maximum et abordent des thèmes :

- en lien avec les traitements en cancérologie : la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie, l'hormonothérapie
- mais également en lien avec les soins de support : prendre soin de soi, les accompagnants ou aidants, la socio-esthétique, la socio-coiffure
- D'autres thèmes sont à venir : l'immunothérapie, le retour au travail après les traitements, les conseils hygiéno-diététiques...



Dr Marie-Laurence BERTHOUX
Médecin Coordonnateur du 3C47

Écoute & vous
AU PLUS PRÈS DU CANCER

ARRÊT DE TRAVAIL

DU NOUVEAU DANS LES ARRÊTS DE TRAVAIL DES MÉDECINS LIBÉRAUX

Un régime obligatoire, une nouvelle couverture, pensez à mettre à jour vos contrats Indemnités Journalières !

Depuis le 1^{er} juillet 2021, la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Professions Libérales (CNAV) indemnise du 4^{ème} au 90^{ème} jour d'incapacité temporaire de travail à hauteur de 50% de vos revenus déclarés avec un minimum de 22 € par jour et un maximum de 169 € par jour. Une cotisation de 0,30% de votre revenu annuel vous sera prélevée par l'URSSAF et le versement des Indemnités Journalières sera assuré par les CPAM.

Quid de vos anciens contrats indemnités journalières auprès des assureurs ?

Il est indispensable de revoir votre assureur pour voir avec lui comment adapter le contrat à cette nouvelle donne.

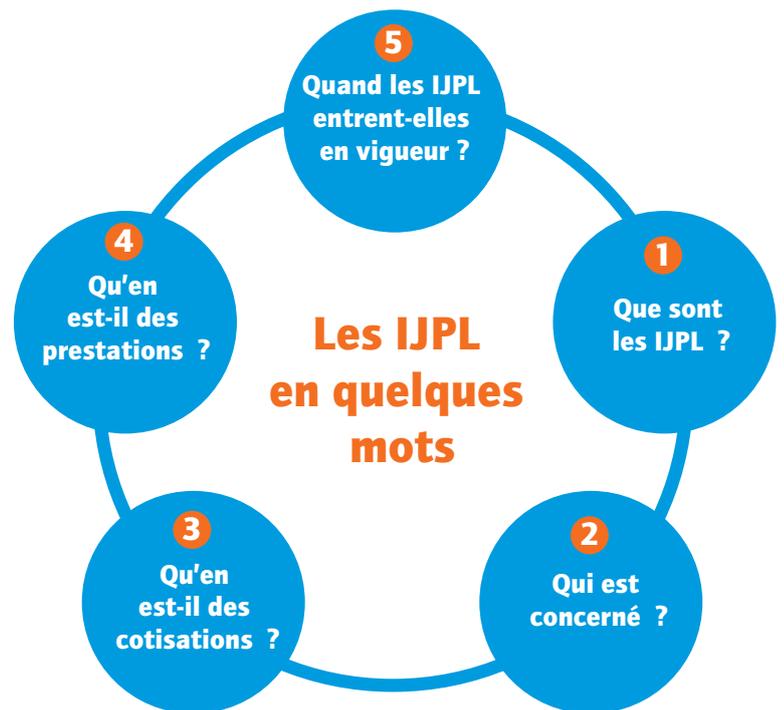
Contrairement aux indemnités données par la CNAV, vous pouvez auprès de votre assureur obtenir du sur-mesure en choisissant par exemple, d'être couvert des le 1^{er} jour en cas d'accident, en souscrivant pour des indemnités complémentaires à celles versées par la CNAV pour retrouver tout ou partie de la moitié du revenu manquant pendant trois mois.

Après trois mois d'arrêt-maladie la CARMF prend le relai et on retombe dans le régime qui existait jusqu'à maintenant.

Vous pourrez là aussi souscrire un contrat complémentaire « sur-mesure » auprès de votre assureur pour toucher des revenus complémentaires, pour les IJ comme pour l'invalidité, ou même pour les indemnité décès. Vous devrez « dimensionner » cela en fonction de vos besoins et surtout réviser périodiquement vos contrats au fur et à mesure de l'évolution de votre vie professionnelle et familiale.

Dr Jean-Luc Delabant

Indemnités Journalières des Professionnels de Santé



- 1 C'est un dispositif d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail, commun et obligatoire pour l'ensemble des professionnels libéraux affiliés à la CNAVPL, pendant les 90 premiers jours d'arrêt de travail après application d'une franchise de 3 jours
- 2 Les professionnels de santé relevant de la CARCDSF, de la CARMF, de la CARPIMCO, de la CARPV, de la CAVP et de la CIPAV
- 3 La cotisation annuelle IJPL prélevée par l'URSSAF sera de 0,30 % des revenus déclarés :
- avec un minimum de 50 € en 2021
- avec un maximum de 370 € pour 2021.
La cotisation pour 2021 sera de 0,15% des revenus déclarés
- 4 Le montant de l'indemnité journalière est égal à 1/730e de la moyenne des revenus des 3 dernières années civiles. Elle sera :
- au minimum de 22 € en 2021
- au maximum de 169 € pour 2021
- 5 Au 1^{er} juillet pour les indemnités journalières versées à l'occasion d'arrêts de travail débutant à compter du 1^{er} juillet 2021

Indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire (à partir du 91^e jour d'arrêt de travail)

		Classe A	Classe B	Classe C
Médecin de moins de 62 ans	Taux normal	67,54 €	101,31 €	135,08 €
Médecin âgé de 62 à 65 ans ayant perçu des indemnités journalières au taux plein pendant un an	Taux réduit	50,66 €	75,98 €	101,31 €
Médecin de plus de 65 ans		34,44 €	51,66 €	68,88 €


BILLET D'HUMEUR

HISTOIRE VRAIE. TÉMOIN DE LA TURPITUDE D'UNE ASSURANCE

Plus de 30 ans de cotisation, une centaine de milliers d'euros versés, et virée lors d'un arrêt maladie...

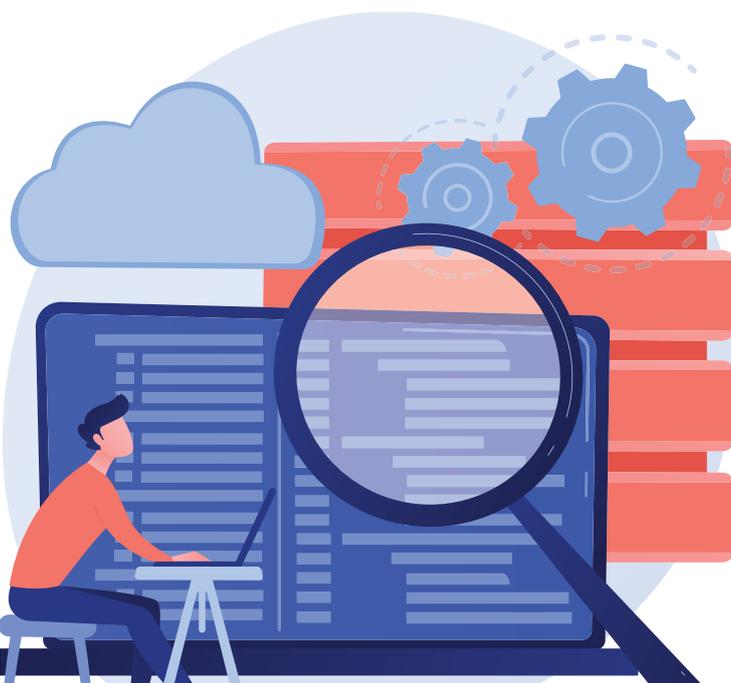
J'ai 28 ans, doctorat en poche, je m'apprête à exercer mon métier avec passion et enthousiasme. Prévoyante, je contacte la Médicale de France. Son délégué se déplace à mon domicile et nous mettons en place un contrat de prévoyance professionnelle et une assurance décès, en plus des autres contrats (RCP, mutuelle, emprunts et habitation). Tous les ans je règle ma cotisation à échéance. Nous avons régulièrement des contacts directs et cordiaux pour faire le point. Et puis... il y a quelques années, arrêt maladie longue durée. L'assurance me verse mes JJ au départ comme prévu mais hospitalisation de 2 mois. L'échéance de cotisation arrive à ce moment-là et les 2 lettres restent sur mon bureau.

Lorsque le mois suivant je me rends compte que je n'ai pas payé, je téléphone à mon délégué qui m'annonce qu'en défaut de paiement j'ai été RADIÉE. Il savait absolument que j'étais en arrêt, mais là pas d'appel, il a pourtant mon téléphone portable ; pas de déplacement non plus ! Il me propose d'envoyer mon chèque de cotisation de presque 3000 € au siège avec une lettre explicative pour montrer ma bonne foi. Deux mois après le chèque est débité, je me crois couverte. Je rappelle donc... eh bien NON ma radiation reste effective quand même. Et le code des assurances le permet !!

Dire que je suis en colère est faible. Depuis, en fin de carrière, je suis obligée de travailler sans prévoyance après avoir cotisé toute ma vie, car après... aucune autre assurance n'a voulu m'assurer... trop vieille...

Ça paraît fou, et pourtant l'histoire est vraie !!

Dr Isabelle PETIT-BREUILH


**NOS MÉDECINS
ONT DU TALENT**

FRANCIS FONTES MÉDECIN ET MUSICIEN RADIOLOGISTE ET PIANISTE



L'apprentissage de la musique, sa pratique, sont toujours allés de pair avec mes études, du collège à la fin de la spécialité, l'activité musicale ayant pris une tournure, disons plus aboutie, à partir de ma quatrième année de médecine.

Mon contexte familial a été grandement facilitateur, avec des parents bienveillants, des frères et sœurs encourageants, dont deux frères également médecins et musiciens..., et enfin une épouse et des enfants très compréhensifs. Que de chance, en somme !

Mes horizons musicaux sont divers. Comme disait le grand Duke Ellington : «il n'y a que deux sortes de musique : la bonne et la mauvaise». Cependant, je suis préférentiellement orienté vers la pratique du jazz, par gout et pour la liberté que procure ce genre malgré la rigueur nécessaire à sa pratique, et de la musique classique, par gout et pour le caractère formateur de cette dernière.

Cette double activité m'a offert de très belles rencontres, tant dans le milieu médical que dans le milieu musical, mais aussi dans d'autres réseaux de vie, avec des amitiés durables, avec la passion de la musique comme dénominateur commun.

Je suis loin d'être un cas sporadique. Je pourrais vous citer nombre de confrères, pour certains référents dans leur domaine professionnel, qui sont dans la même situation que moi.

Il serait d'ailleurs intéressant de se pencher sur ces liens apparemment particulièrement fréquents entre pratique médicale et pratique musicale.

CONCOURS PHOTOS

CONCOURS PHOTOS URPS : LES GAGNANTS

Vous avez été nombreux à participer à ce concours et nous vous en remercions. Ces photos seront exposées dans les locaux de votre URPS et pourront être affichées lors d'évènements locaux dans les territoires

Thème : La diversité régionale

> Catégorie :
Activité humaine



Dr Maciej ROTARSKI
Oncologue à Bayonne (64)
« Prendre la bonne direction »

> Catégorie :
Architecturale



Dr Xavier PAQUERON
Anesthésiste-réanimateur à Soyaux (16)
« Charente à Vibrac. Le temps qui s'écoule, immobile »

> Catégorie :
Paysage



Dr Maciej ROTARSKI
Oncologue à Bayonne (64)
« Le brouillard ne cachera pas le soleil »

2
ex æquo



Dr Didier SIMON
Médecin généraliste à Mont de Marsan (40)
« Démocratie ascendante »

Thème : La diversité des exercices médicaux

> Catégorie :
La pratique médicale clinique



Dr Jérôme PELLETIER

Médecin généraliste à Carbon-Blanc (33)
« Le malade en avril 2020, Gironde »

> Catégorie :
Portraits de soignants



Dr Christophe SAINT-PASTOU

Médecin généraliste à Lourquen (40)
« Un médecin heureux à la campagne »

> Catégorie :
La pratique médicale technique



Dr Xavier PAQUERON

Anesthésiste-réanimateur à Soyaux (16)
« Coelio chirurgie, le chirurgien, son assistante
Lorsque le salut vient de la chirurgie... »

Prix
spécial
du jury

Grand prix toutes catégories

« Le pont d'Aquitaine de bon matin,
lien entre les deux rives de la Garonne et
symbole d'implication territoriale »



Dr Jean-Christophe LECOMTE

Radiologue à Pessac (33)



MET À VOTRE DISPOSITION DES AFFICHES

