



# La lettre aux pédiatres

n° 159

## Sommaire

- PAGE 2 : EDITORIAL
- PAGE 3 : LES COMMUNAUTÉS PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTÉ (CPTS),  
DES PERSPECTIVES POUR LA PÉDIATRIE DE DEMAIN ?
- PAGE 6: LA PÉDIATRIE BIEN REPRÉSENTÉE À LA CSMF.
- PAGE 7 : CE QU'IL FAUT RETENIR DES « CSMF ACTUS » DE CET AUTOMNE-HIVER.
- PAGE 9 : LA RUBÉOLE AJOUTÉE À LA LISTE DES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE.
- PAGE 10 : PROGRAMME EUROPÉEN DE LUTTE CONTRE L'OBÉSITÉ.
- PAGE 10 : LA PAGE SCIENTIFIQUE DE LA LAP.
- PAGE 12 : SELON L'ORDRE DES MÉDECINS, LE SYSTÈME DE SANTÉ EST AU BORD DU CHAOS.
- PAGE 13 : LA RUBRIQUE COMPTABLE : HAUSSE DE LA CSG, MÉDECINS ET SÉCU D'ACCORD SUR UNE COMPENSATION...
- PAGE 14 : LE CHIFFRE DE LA LAP : 25.
- PAGE 15 : TÉLÉMÉDECINE, L'UNCAM DONNE DES GAGES AUX SYNDICATS DE MÉDECINS LIBÉRAUX.
- PAGE 17 : LE BILLET D'HUMEUR.
- PAGE 18 : UN PEU DE CULTURE, ÇA NE PEUT PAS FAIRE DE MAL, ET ÇA SE PASSE À CHATOU, DANS LES YVELINES.

---

## La lettre aux pédiatres

## Revue du Syndicat National des Pédiatres Français

---

### Fondateur

D<sup>r</sup> Guy KURTZEMANN

### Directeur de la publication

D<sup>r</sup> Brigitte VIREY

21000 DIJON

### Directeur de la rédaction

D<sup>r</sup> Jean-François PUJOL

33500 LIBOURNE

---

## Comité de rédaction et de lecture

---

D<sup>r</sup> Sophie BARROIS,

D<sup>r</sup> Jean-Claude FRANCESCHINI,

D<sup>r</sup> Fabienne KOCHERT,

D<sup>r</sup> Patrice LEGASAL,

D<sup>r</sup> Geneviève NIEDERANG,

D<sup>r</sup> Anne PIOLLET,

D<sup>r</sup> Francis RUBEL,

D<sup>r</sup> Eric VAN MELKEBEKE.

---

## EDITORIAL

### Colère et honte...

...quand j'ai découvert la nouvelle ROSP (rémunération sur objectif de santé publique)!

---

**Honte** devant l'incurie de la médecine française.

Plutôt que de se poser les bonnes questions, on (la caisse et les médecins généralistes) a préféré baisser tous les taux. Les enfants pourront leur dire merci quand la 3<sup>e</sup> épidémie de rougeole arrivera, et quand les décès par méningococcie se multiplieront (*les objectifs intermédiaires étant ramené à 50% pour le ROR, et à 43% pour le vaccin antiméningococcique*), ou encore quand les résistances aux antibiotiques ne permettront plus de soigner les infections (*là encore les taux sont ramenés à 52% pour les moins de 4 ans et 31% pour les plus de 4 ans*).

**Colère** quand on n'arrête pas de nous dire que médecine générale et pédiatrie, c'est la même chose. Quand on ose nous dire qu'on ne rémunère pas l'expertise, mais l'acte. Quand il est impossible d'obtenir une revalorisation puisqu'il faudra aussi la donner à la médecine générale.

**NOUS NE FAISONS PAS LA MÊME CHOSE**, nos pratiques sont différentes et cette ROSP en est l'illustration puisqu'il faut baisser les critères pour que les médecins généralistes puissent avoir encore un peu plus d'argent. C'est une indignité totale.

Plutôt que de s'interroger sur les modes de calcul, sur les principes mêmes de cette ROSP, il vaut mieux baisser les taux !!!

Et tant que cela sera la ROSP du médecin traitant de l'enfant, cela sera la même chose. Pourquoi ne pas imaginer une ROSP spécifiquement pédiatrique sans notion de médecin traitant ou non, en plus de la ROSP médecin traitant de l'enfant (MTE), comme les généralistes ont leur ROSP adulte et la ROSP MTE. Vous avez vu arriver vos montants de ROSP, Forfait structure et Forfait MTE (médecin traitant de l'enfant). Dans les promesses faites, 5 000 à 6 000 € devaient vous être versés à condition d'être en secteur 1...

Avec cette convention de 2016, que nous avons massivement rejetée, car elle instaurait le médecin traitant de l'enfant, ce qui nous a encore un peu plus enfermés dans une logique voulant que la médecine générale et la pédiatrie fussent identiques, nous n'avons été revalorisés que de 1 € pour les enfants de 0 à 6 ans et nous avons vu la création d'une quinzaine de consultations complexes ou très complexes. Certes l'idée de nous revaloriser par cet intermédiaire était là, mais la mise en application particulièrement complexe dans notre pratique minimise l'effet escompté. La promesse d'une revalorisation de 16 000 € par pédiatre ne sera pas au rendez-vous. Il nous faudra obtenir une compensation.

L'avenant 6 vient d'être signé par toutes les centrales, dont la CSMF qui est ainsi entrée dans la convention. Cet avenant 6 comporte : - la mise en place de la télémédecine (c'est certes imparfait comme vous le verrez plus loin, mais la première pierre est posée),

- mais aussi l'apparition de nouvelles consultations complexes ou très complexes (les pédiatres sont concernés par la consultation de dépistage de l'autisme et par sa surveillance annuelle),

- la correction pour l'OPTaM de groupe pour les principaux éléments de cet avenant.

Les radiologues et la CSMF ont obtenu la suppression de l'article 99 : cet article permettait à la caisse unilatéralement, en dehors de toute négociation conventionnelle, de baisser les tarifs d'un ou de plusieurs actes.

Même si les choses ne sont pas parfaites, et loin de là, il vaut parfois mieux construire la maison de l'intérieur, plutôt que de regarder par la fenêtre les autres le faire sans vous, et sans vous consulter.

**Dr Brigitte VIREY, Présidente du SNPF**

---

# **Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, des perspectives pour la pédiatrie de demain ?**

*Dr Fabienne KOCHERT,  
Trésorière adjointe du SNPF, vice-présidente de l'AFPA*

---

## **Définition**

Les Communautés Professionnelles de Territoire (CPTS) sont définies dans l'article 66 du Code de la santé publique (L1411-12) comme un regroupement de professionnels au sein d'un territoire visant à coordonner des actions permettant de :

- structurer les parcours de santé,
- réaliser des objectifs du projet régional de santé (PRS).

Ces CPTS répondent aux objectifs de la modernisation du système de santé : orientation vers des soins de proximité dans un cadre de collaboration pluri professionnelle.

Elles s'inscrivent dans la Stratégie Nationale de Santé (SNS) 2018-2022 visant :

- une diminution des hospitalisations,
- la prévention et la structuration des soins de ville en rassemblant les acteurs autour d'une stratégie partagée pour répondre à l'ensemble des besoins de santé sur un territoire.

A côté des équipes de soins primaires (ESP), les CPTS contribuent à faire évoluer l'offre de santé au service des parcours, de la qualité et de la sécurité des prises en charge sur un territoire.

Les plateformes territoriales d'appui (PTA) viennent compléter l'organisation territoriale au service des parcours complexes.

*(NDLR : les PTA feront l'objet d'un article dans le prochain numéro de la LAP).*

## **Composition d'une CPTS**

Contrairement aux équipes de soins Primaires (EPS) composées uniquement de professionnels de 1er recours, les CPTS ont une composition beaucoup plus large et peuvent regrouper :

- des professionnels de santé de 1er et de 2e recours,
- des acteurs médico-sociaux et sociaux,
- éventuellement les hôpitaux.

Les professionnels de la CPTS formalisent un projet de santé qui est transmis à l'Agence Régionale de Santé.

## **Quel(s) territoire(s) couvre une CPTS ?**

Territoire est un terme polysémique avec :

- un sens administratif, région, département,
- un sens symbolique, lieu de vie,
- un sens social, population, groupe de population (territoire de proximité).

L'organisation territoriale représente un axe majeur pour la mise en application des directives de la SNS. Les ARS rédigent dans chaque région le Projet Régional de Santé (PRS) en accord avec la SNS.

En matière de santé, il n'y a pas un mais des territoires. Il y a le territoire administratif que vise le schéma régional de santé (SRS) mais il y a surtout des territoires d'action dans lesquels s'inscrivent les CPTS : ce sont des « territoires de projets » qui répondent aux besoins des usagers.

La CPTS couvre un territoire plus large que l'ESP dont le champ d'action est très local.

## Structurer les parcours de santé

Le parcours concerne le patient : la loi de santé de 2005 a instauré le Médecin traitant et le parcours de soins coordonnés.

La Loi du 26 janvier 2016 parle de « promouvoir les soins primaires et favoriser la structuration des parcours de santé ».

Pour la DGOS : « Les parcours visent, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à l'équité territoriale. »

La structuration des parcours de santé implique une organisation en ville ; mais comment coordonner l'ensemble des intervenants ?

La CPTS peut être une réponse à ce besoin de coordination qui nécessite :

- une organisation entre médecins de 1<sup>er</sup> recours,
- un travail d'équipe avec les infirmiers et les paramédicaux,
- une organisation des soins urgents et non urgents avec les spécialistes de 2<sup>e</sup> recours,
- une organisation des sorties d'hospitalisation en lien avec l'hôpital.

## Quel projet de santé pour une CPTS ?

Le projet ne vise pas uniquement l'amélioration des soins délivrés à une patientèle sur le territoire mais doit répondre à un besoin de santé sur un territoire.

La participation à une CPTS peut impliquer pour les professionnels de prendre part à des actions ou d'accueillir des patients, sortant de leur exercice ou de leur patientèle habituelle.

Le projet d'une CPTS doit s'inscrire dans le PRS dont les grands thèmes sont : l'accessibilité aux soins pour tous, la qualité et l'efficacité, la sécurité, la prévention, l'efficacité.

Plus le projet de santé répond aux exigences du PRS, plus il a de chances d'être accepté par l'ARS.

Il n'y a pas de forme juridique imposée pour l'élaboration du projet de santé.

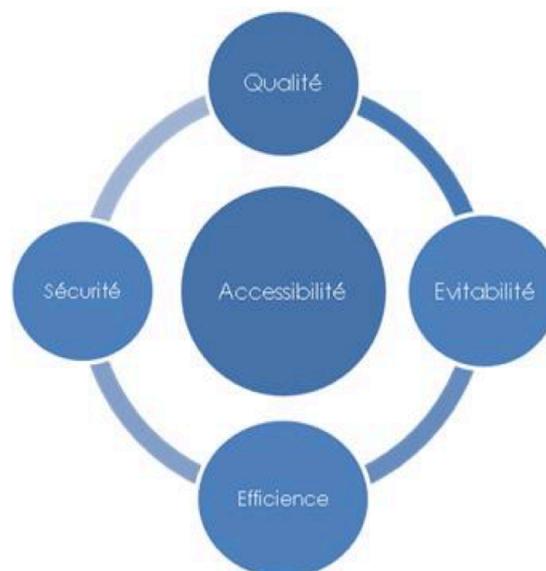
Une fois rédigé, le projet de santé doit être transmis à l'ARS dans le but d'une contractualisation, ce qui lui permettra d'obtenir des financements.

*(NDLR: les modalités de financement seront traités dans une prochaine LAP).*

## PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ (PRS)

**5 exigences opérationnelles** pour inscrire la santé dans un projet de vie :

1. **Accessibilité** (géographique, financière, sociale, aux parcours de santé des personnes handicapées).
2. **Qualité-efficacité** (fluidité des parcours maladies chroniques et dépendance)
3. **Sécurité** (vigilances, prévention des risques sanitaire).
4. **Évitabilité** (prévention, éviter le recours aux structures).
5. **Efficience** (pertinence : accroître la performance dans les parcours de santé).



Dr M. Aoustin 05.05.18

## En pratique, comment constituer une CPTS ?

Il n'y a pas encore beaucoup d'expérimentation de CPTS sur le terrain. Dans la région Centre-Val de Loire, la fédération de URPS, est pionnière dans le déploiement des CPTS dans un travail de partenariat avec l'ARS.

Un grand travail a été fait en région pour fédérer les acteurs au niveau des territoires.

Plusieurs projets ont vu le jour dont la typologie et les enjeux ne sont pas les mêmes selon la zone géographique (zone rurale, semi-rurale, péri-urbaine, ou urbaine) et selon les professionnels impliqués.

Les axes communs aux territoires sont :

- Renforcer la communication et la coordination entre professionnels de santé et acteurs de santé : développement d'outils de communication, partage de protocoles de coopération pluri professionnels, amélioration des relations ville-hôpital, renforcement de la coordination autour des patients en situation médicale et/ou sociale complexe.

- Améliorer la continuité et la permanence des soins : organisation de la réponse au soins non programmés, travail conjoint ville-hôpital sur les passages aux urgences.

- Renforcer l'accès au 2<sup>e</sup> recours : développement de la télémédecine, hiérarchisation des rendez vous chez les spécialistes de 2<sup>e</sup> recours, consultations avancées.

- Développer des actions de santé publique : actions de prévention et de dépistage, développement de programmes de recherche sur l'organisation des soins.

- Actions de formation : développement de la formation pluri professionnelle, incitation à la maîtrise de stage pour renforcer l'accueil des stagiaires internes et externes.

- Des projets de CPTS ont vu le jour en territoire urbain ; elles impliquent des professionnels de 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> recours, des praticiens de ville et des hospitaliers, le secteur social. Les enjeux sont avant tout de faciliter la communication et de structurer les parcours de soins (obésité infantile, maladies respiratoires, asthme de l'enfant, tabagisme...).

## Quelle place pour les pédiatres au sein d'une CPTS ?

Les pédiatres désireux de créer une CPTS autour d'un besoin de santé leur paraissant pertinent pour un territoire défini doivent :

1. Définir les besoins du territoire en termes quantitatif et qualitatif pour la prise en charge.
2. Réunir 4 à 5 médecins (pédiatre+/-MG) concernés et motivés sur cette pathologie pour initier le projet.
3. Evaluer les problèmes et les difficultés rencontrées.
4. Préciser les personnes ou structures ressources qui seront intégrées dans la CPTS.
5. Prévoir la formation des différents professionnels de santé.
6. Sensibiliser les professionnels à une bonne communication entre eux et à la qualité des échanges.
7. Dessiner le parcours de soins et les prises en charge adaptées aux situations rencontrées.
8. Se constituer en Association et désigner un coordinateur et des référents par action.
9. Et construire le pré-projet en s'appuyant sur la logistique de leur URPS avant de le soumettre à leur ARS.

A terme, les réseaux seront remplacés par les CPTS et les PTA. Les financements iront à ces structures.

Le travail en réseau auprès des enfants présentant des pathologies chroniques (obésité, asthme, ...) mais aussi des troubles du neuro-développement peut s'inscrire dans le cadre d'une CPTS. Les pédiatres peuvent partir d'un projet par exemple autour du neuro-développement, rassembler tous les acteurs intéressés puis définir des objectifs communs avec les ressources disponibles sur leur territoire.

**Conclusion** Pour les professionnels libéraux, les CPTS représentent un enjeu majeur, celui de prendre en main leur territoire et de s'inscrire dans le virage ambulatoire de la santé sur ce territoire.

Les pédiatres doivent être acteurs de cette transformation s'ils veulent que leur expertise de professionnel de santé auprès des enfants soit reconnue sur leur territoire.

A terme, cette organisation en CPTS devrait permettre une meilleure collaboration entre les professionnels, une reconnaissance et un financement de ce travail de collaboration, le tout au service des enfants et de leurs familles.

**Si nous ne nous impliquons pas, le changement se fera sans nous !**

## En guise de *post-scriptum* :

Les CPTS vues par les grandes centrales syndicales ([Le Quotidien du médecin n°9668](#)).

**CSMF** : « Le seul travail des ARS en matière de structuration de l'offre de soins doit être de stimuler et d'accompagner les projets, surtout pas de les sélectionner. »  
D<sup>r</sup> Jean-Paul ORTIZ

**SML** : « La coordination est nécessaire. Mais pas sûr que la CPTS puisse à elle seule régler le problème du temps médical. »  
D<sup>r</sup> Philippe VERMESCH

**FMF** : « Oui à une organisation territoriale à condition de ne pas étouffer les médecins avec des dossiers compliqués. La continuité et la coordination des soins sont les deux seuls critères d'évaluation. »  
D<sup>r</sup> Jean-Paul HAMON.

**MG France** : « Ne construisons pas de CPTS sans avoir formé au préalable des équipes de soins primaires qui serviront de fondation. Sans ça, cela risque de ne pas fonctionner. »  
D<sup>r</sup> Margot BAYART.

### *Pour ceux qui souhaitent approfondir le sujet*

Instruction n° DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins primaires (ESP) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) :

[http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-01/ste\\_20170001\\_0000\\_0076.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-01/ste_20170001_0000_0076.pdf)

Le projet régional de santé (PRS) : <https://www.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-15>

La stratégie nationale de santé 2018-2022 (SNS) : [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_sns\\_2017\\_vdefpost-consult.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf)

---

## **La pédiatrie bien représentée à la CSMF**

*D<sup>r</sup> Anne PIOLLET, secrétaire général*

---

Notre présidente, le **D<sup>r</sup> Brigitte VIREY**, vient d'être nommée **vice-présidente de la CSMF** (dont le D<sup>r</sup> Jean-Paul ORTIZ est le président) ainsi que **secrétaire général adjoint de l'UMéSpé** (dont le D<sup>r</sup> Patrick GASSER est le président). Elle représente ainsi les pédiatres au comité directeur de l'UMéSpé et au conseil confédéral de la CSMF.

L'ensemble du bureau du SNPF lui adresse ses félicitations mais surtout lui souhaite bon courage. Courage indispensable car, jusqu'à présent, les grandes centrales se montrent peu audacieuses dans la défense de la santé de l'enfant comme dans la reconnaissance de l'intérêt que revêt une pédiatrie plus présente sur l'ensemble du territoire.

Le bureau du SNPF espère que tous les pédiatres sauront reconnaître les efforts que Brigitte VIREY au sein de la CSMF ainsi que notre amie le **D<sup>r</sup> Patricia LUBELSKI, vice-présidente du SML** déploient toutes deux en leur faveur même si ces efforts ne sont pas toujours couronnés de succès.

---

## **Ce qu'il faut retenir**

### **des « CSMF-Actus » de la fin d'hiver et du printemps**

*Dr Patrice LEGASAL, vice-président*

---

#### **8 mars 2018 : Infirmiers en pratiques avancées, le décret précise le rôle du médecin**

Un nouveau projet de décret définissant les futures compétences des infirmières en pratique avancée (IPA) a été présenté cette semaine aux syndicats. La CSMF se félicite que ses demandes, afin de renforcer la place du médecin, aient été prises en compte.

Le nouveau texte prévoit ainsi que le médecin établira, avec l'infirmier, un « protocole d'organisation » pour « préciser les règles » de leur « collaboration ». Cette délégation de tâches est depuis le début de la concertation une demande ferme de la CSMF.

<http://www.csmf.org/actualites/2018-03-08-000000/decret-infirmier-en-pratique-avancee-le-medecin-doit-rester-le-chef>

#### **18 avril 2018 : Négociations conventionnelles, des avancées mais encore quelques blocages**

Suite à la séance de négociations conventionnelles sur l'avenant télémédecine du 19 avril, la CSMF se félicite de certaines avancées mais déplore encore certains points de blocage importants.

Parmi les points positifs, on peut citer par exemple :

- l'élargissement de la téléconsultation à tous les patients, et non plus seulement ceux en ALD, dès sa mise en place au 15 septembre 2018, au lieu du 1<sup>er</sup> janvier 2020 comme annoncé initialement ;
- la réponse favorable de la CNAM pour élargir les consultations complexes à certaines spécialités injustement oubliées dans la convention de 2016.

Mais la CSMF déplore toujours la frilosité de la CNAM sur la télé-expertise et des tarifs très bas, tant pour le médecin requérant (c'est-à-dire le demandeur) que pour le médecin requis.

<http://www.csmf.org/actualites/2018-04-18-000000/negociations-conventionnelles-des-avancees-mais-encore-quelques>

#### **24 avril 2018 : Tiers payant généralisé, c'est toujours non !**

Suite au rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) sur la mise en place du tiers payant, la CSMF réaffirme :

- Son accord pour le tiers payant social destiné aux populations défavorisées afin de garantir un accès aux soins pour tous dans le pays ;
- Son attachement à un tiers payant avec l'AMO (assurance maladie obligatoire) laissé à l'appréciation du médecin, qui se développera d'autant plus facilement qu'il sera simple, fiable et ne comportera aucun rejet ;
- Son attachement à la possibilité de dispense d'avance de frais pour tout patient, sous la forme d'un paiement monétique à débit différé santé.

Le tiers payant doit rester « généralisable », possible, mais non obligatoire. La CSMF sera vigilante sur les orientations qui seront données dans les semaines qui viennent et continuera à refuser toute obligation qui accroîtrait encore la dérive bureaucratique du métier médical.

<http://www.csmf.org/actualites/2018-04-24-000000/tiers-payant-generalise-cest-toujours-non>

## **25 avril 2018 : Coopérations avec l'hôpital, maisons médicales, plateaux mutualisés – Statut unique du médecin ?**

### **○ Les spécialistes libéraux jouent collectif**

Avec une démographie médicale en souffrance dans de nombreux territoires, les spécialistes libéraux réinventent leur exercice et se regroupent pour assurer la prise en charge des patients et mutualiser les coûts.

L'article 51 de la dernière loi Sécu, qui permettra des expérimentations dérogatoires sur des organisations et financements innovants, devrait faire bouger les lignes.

Dans son nouveau projet politique, le président de l'UMESPE-CSMF plaide pour une coopération intra-spécialité et le rapprochement entre libéraux et hospitaliers. Le syndicat, qui épingle volontiers la « *surcapacité hospitalière* » de la France, n'hésite pas non plus à s'inspirer des centres ambulatoires de médecine spécialisée sans hébergement tels qu'ils existent en Allemagne. « *L'organisation des spécialistes peut passer par des centres de proximité ou même des contrats avec l'ARS pour une prise en charge populationnelle. Le tout est de laisser le terrain s'organiser* », résume le Dr Patrick Gasser (Les Spé-CSMF).

<https://umespe.com/content/flash-info-les-spe-csmf-du-25-avril-2018>

## **26 avril 2018 : Recertification, la CSMF, force de propositions**

La CSMF a présenté en conférence de presse l'état de sa réflexion sur la recertification, concept qui est en train de s'imposer dans le monde de la santé. Il est vrai qu'il s'est largement imposé dans les autres secteurs, autour des démarches d'assurance qualité, de pertinence, d'efficience, etc.

<http://www.csmf.org/actualites/2018-04-26-000000/recertification-la-csmf-force-de-propositions>

## **15 mai 2018 : Permanence des soins, la CSMF demande un numéro unique spécifique pour la médecine de ville.**

Afin de désengorger les centres d'appels des SAMU, la CSMF défend la mise en place d'un numéro unique sur l'ensemble du territoire pour l'accès aux soins non programmés en médecine de ville.

Etendre le 116 117 au niveau national, dispositif qui a déjà fait ses preuves dans plusieurs départements, est indispensable pour éviter de retarder la prise en charge des urgences vitales.

<http://www.csmf.org/actualites/2018-05-15-000000/permanence-des-soins-la-csmf-demande-un-numero-unique-specifique-pour>

## **18 mai 2018 : Résultat de l'Observatoire de la ROSP, les généralistes-CSMF ne décolèrent pas**

Pour évaluer la perte de revenus liée à la nouvelle Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP), *Les Généralistes-CSMF* lançaient il y a quelques semaines un Observatoire. Plusieurs centaines de médecins ont renseigné le montant de leur ROSP 2017 et 2018. Et le résultat est sans appel, les pertes s'élèveraient en moyenne à 36 %.

Une véritable douche froide pour les médecins généralistes qui confirme ce que l'on savait déjà. Les pourcentages des indicateurs retenus dans le cadre de la nouvelle ROSP ne sont pas adaptés à la réalité du métier. Après le versement des autres forfaits de l'ancienne ROSP, la fin de l'année 2018 permettra d'apporter une estimation plus fiable du montant de la perte.

<http://www.csmf.org/csmf-actu-du-18-mai-2018>

## La rubéole ajoutée à la liste des maladies à déclaration obligatoire

*Dr J.-François PUJOL, secrétaire gal adjoint*

La rubéole a été ajoutée à la liste des maladies dont le signalement et la notification, à l'autorité sanitaire, sont obligatoires, selon un décret publié le 7 mai au Journal officiel.

Ce décret est assorti d'un arrêté publié également le 7 mai, présentant le modèle de fiche sur laquelle la notification obligatoire des données individuelles concernant les cas de rubéole doit être effectuée.

En janvier 2017, le Haut conseil de la santé publique (HCSP) avait proposé la mise en place de la déclaration obligatoire des cas de rubéole, après des demandes répétées du bureau régional Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). L'objectif étant l'éradication de la maladie en Europe, (cf dépêche du 02/08/2017 à 17:57).

La fiche de notification comporte une rubrique « rubéole materno-fœtale » permettant de préciser si le cas concerne une femme enceinte, un nouveau-né ou un nourrisson. Dans ce contexte, "un questionnaire complémentaire spécifique sera adressé au déclarant pour enquêter sur le cas ». Les cas chez les femmes enceintes et les nouveau-nés faisaient déjà l'objet d'une surveillance spécifique, via le "réseau national rubéole" (Renarub) mis en place en 1976.

*Pour en savoir plus:*

*Journal officiel du 10 mai 2018, textes [16](#) et [18](#))*

*APMnews, 11 mai 2018.*

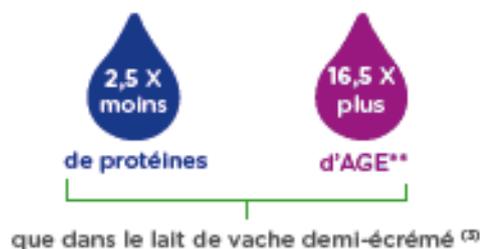
INNOVATION MAI 2018

**Galligest**  
**CROISSANCE**  
Sans lactose\*

LA NOUVELLE FORMULE DU LABORATOIRE GALLIA  
CONÇUE EN CAS D'INTOLÉRANCE AU LACTOSE  
POUR LES ENFANTS ENTRE 1 ET 3 ANS



Contribue à réduire les Inconforts digestifs  
liés au lactose à partir de 1 an <sup>(1,2)</sup>



\* Ce produit ne convient pas aux enfants allergiques ou à risque d'allergie aux protéines de lait de vache.  
\*\* Acides Gras Essentiels

1- Heyman, M. (2010). Lactose intolerance in Infants, Children and Adolescents. American Academy of pediatrics, 1279-1295

2- Vanderglas, Y. (2015). «Lactose intolerance». Asia Pac J Clin Nutr 24 Suppl 1: S9-15.

3- CIGUAL 2017, lait demi-écrémé, UHT

Document réservé à l'usage exclusif du corps médical

# Programme européen de lutte contre l'obésité

D<sup>r</sup> Eric VAN MELKEBEKE, Premier vice-président

Le 24 novembre dernier a eu lieu la conférence de clôture de la JANPA "Joint action on Nutrition and Physical Activity". Depuis 2000, l'Union Européenne (UE) a déjà pris 16 initiatives en vue d'améliorer la nutrition et l'activité physique de la population. Actuellement court le plan "Action Plan on Childhood Obesity" 2014-2020. La JANPA en est une des actions.

L'originalité du projet est de s'intéresser à tous les aspects du problème, tant des inégalités sociales, que des secteurs concernés, des lieux de vie, et ce à tous les âges de la vie.

26 pays se sont engagés dans cette démarche selon des actions de type SMART.

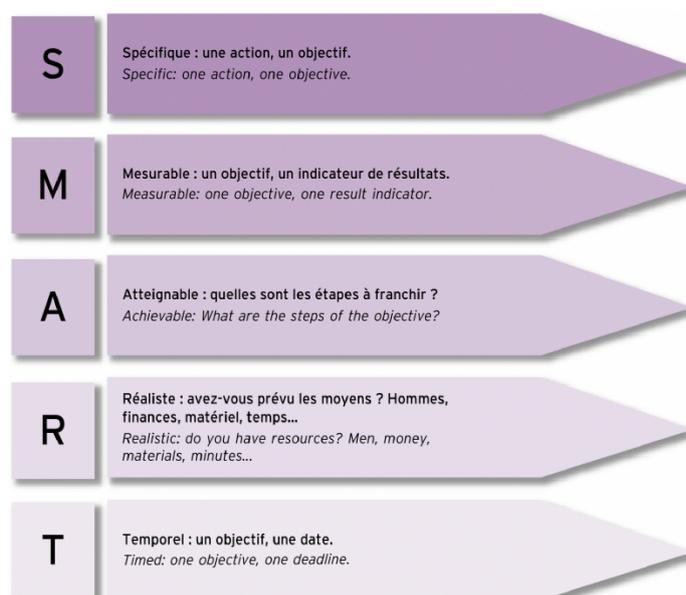
Le constat d'échec des actions partielles a produit des initiatives d'intervention précoce et globale. En Finlande, sous l'impulsion de l'état, des villes entières ont réussi l'exploit de réduire l'obésité infantile via cette approche globale.

Un des objectifs de JANPA a été également d'estimer le coût de l'obésité infantile (équipe irlandaise). Ainsi le risque de décès prématuré est multiplié par 2 à 60 ans. Et rien qu'en Irlande, le coût est estimé à près de 20 000 € par personne. Réduire de 5% la prévalence du surpoids réduirait le coût de 25 %.

La JANPA met à disposition une boîte à outils avec les marches à suivre pour une intervention efficace. <<https://janpa-toolbox.eu/index.php>>. Seul regret, l'absence de place dédiée pour le pédiatre, sauf si celui-ci prend la tête de son projet local.

**Pour en savoir plus:** [www.who.int/features/2015/finland-health-in-all-policies/fr](http://www.who.int/features/2015/finland-health-in-all-policies/fr)

[https://www.seinajoki.fi/material/attachments/seinajokifi/sosiaalijaterveys/terveyspalvelut/asiakas-japotilasasiakirjat/Fnp1Zw3JF/OVERCOMING\\_OBESITY\\_PROGRAMME\\_2013-2020.pdf](https://www.seinajoki.fi/material/attachments/seinajokifi/sosiaalijaterveys/terveyspalvelut/asiakas-japotilasasiakirjat/Fnp1Zw3JF/OVERCOMING_OBESITY_PROGRAMME_2013-2020.pdf)



## LA PAGE SCIENTIFIQUE DE LA LAP

### L'intolérance au lactose, souvent évoquée, parfois incomprise

PUBLI COMMUNIQUÉ DU

LABORATOIRE

**Gallia**

La question de l'intolérance au lactose se pose depuis de nombreuses années et les confusions à ce sujet sont multiples. Le lactose est un disaccharide naturellement présent dans le lait et les produits laitiers. Dans le lait maternel, il représente plus de 50 % de la matière sèche et fournit jusqu'à 40 % des besoins énergétiques du nourrisson <sup>(1)</sup>. La lactase ou  $\beta$ -galactosidase est l'enzyme qui permet l'hydrolyse du lactose en 2 monosaccharides distincts : le glucose et le galactose. Ceux-ci sont ensuite absorbés séparément au niveau de l'intestin grêle.

#### Quelle prise en charge pour les enfants intolérants au lactose ?

Il est important de rappeler que chez la majorité des individus, l'activité enzymatique de la lactase décroît avec le temps, dès les premiers mois de vie de l'enfant. Cette diminution de la lactase peut induire, chez certaines personnes sensibles, une maldigestion et une malabsorption du lactose. Le lactose non hydrolysé est fermenté par le microbiote intestinal au niveau du colon ce qui *in fine* entraîne des symptômes digestifs de type ballonnements, flatulences, diarrhées et douleurs abdominales.

Il existe différents types d'intolérance au lactose :

L'intolérance primaire ou déficit primaire correspond à la non persistance de la lactase et apparaît de manière progressive à partir de 2 ans. La prévalence de ce déficit varie en fonction de l'ethnie. En France par exemple, elle touche environ 2 à 3% de la population. (2)

L'intolérance secondaire au lactose est due à une diminution de l'activité lactase induite par une atrophie villositaire. Elle se développe à la suite d'une infection, une inflammation (diarrhée infectieuse, maladie cœliaque, prise de certains médicaments...) (3) entraînant des lésions de la muqueuse intestinale.

Enfin, le déficit congénital en lactase, correspond à l'absence de lactase, dont les symptômes sont précoces et sévères. (2) Fort heureusement, ces cas demeurent très rares. La prise en charge recommandée consiste à appliquer un régime strict d'exclusion du lactose. (3)

Dans le cas d'intolérance primaire ou secondaire, l'Autorité Européenne de Sécurité des Aliments (EFSA) et l'Académie Américaine de Pédiatrie (AAP) recommandent de réduire la consommation de lactose, sans la supprimer totalement (2,4). Ainsi, le régime pauvre en lactose peut contenir des produits laitiers fermentés, comme les yaourts, le fromage ou une formule infantile. Le lactose peut être consommé en petites quantités (12 à 24 g / j, soit 250 à 500 ml / j de lait de vache demi-écrémé (1) ou 173 à 345 ml / j de lait de croissance liquide (1)), en prises réparties sur la journée selon la tolérance de l'enfant, de préférence pendant ou à la fin d'un repas (4-5) Conserver une petite quantité de produits laitiers dans l'alimentation de l'enfant permet de maintenir un apport suffisant en calcium et en vitamine D et ainsi, assurer une bonne minéralisation osseuse.

### **Quels conseils pour les enfants avec une alimentation pauvre en lactose, sans intolérance avérée ?**

Depuis quelques années, les professionnels de santé reçoivent de plus en plus fréquemment en consultation des parents ayant fait le choix d'un régime d'éviction pour leurs enfants (régime « sans »). Certains parents choisissent de privilégier un régime pauvre ou sans lactose pensant diminuer certains éventuels inconforts digestifs de leur enfant. Sans raison médicales avérées de diminution ou d'exclusion du lactose, il est important que le pédiatre puisse expliquer le rôle et l'importance de ce nutriment pour l'enfant et essaye de convaincre les parents de maintenir un régime alimentaire sans restriction. Face à des parents réfractaires, le pédiatre est parfois obligé de concilier leur choix et les besoins nutritionnels de l'enfant. Choisir alors une formule infantile « sans lactose » au regard d'un lait de vache pauvre en lactose permet de mieux couvrir les besoins spécifiques de l'enfant après 1 an, notamment en fer, oméga 3 et vitamine D (6-7). En effet, 500 ml de lait de croissance sans lactose par jour permet de couvrir 91 % des besoins en fer journalier d'un enfant de 1 à 3 ans contre 3 % pour le lait de vache ½ écrémé UHT (7) par exemple.

---

Il est important de rappeler qu'il existe une confusion tenace entre intolérance au lactose et allergie aux protéines de lait de vache (APLV).

L'APLV est induite par LES PROTEINES, et correspond à une réaction du système immunitaire.

L'intolérance au lactose est induite par un déficit enzymatique d'hydrolyse d'un SUCRE et n'implique pas le système immunitaire.

---

Dans le cadre d'une allergie aux protéines de lait de vache avérée ou suspectée, il est important de rappeler aux parents que l'enfant ne peut pas consommer des produits laitiers avec ou sans lactose puisque qu'ils contiennent une source de protéines de lait de vache.

---

- Références:**
1. Souci, 2008. *Lait de femme 1*
  2. Heyman, M. *Lactose intolerance in infants, children and adolescents. American Academy of Pediatrics* 2018; 1279-1286
  3. Goulet, O. *L'intolérance au lactose : mythe ou réalité ?* Avril 2018
  4. EFSA, *Scientific Opinion on lactose thresholds in lactose intolerance and galactosaemia. EFSA Journal* 2010; 8(9):1777
  5. Suarez FL, Savaiano DA, Levitt MD. *A comparison of symptoms after the consumption of milk or lactose-hydrolysed milk by people with self-reported severe lactose intolerance. N Engl J Med* 1995;333:1-4
  6. *Etude NutriBébé SFAE 2013. Volet consommation CREDOC*
  7. ANSES – *Table Ciquel 2017.*

**Avis important :** *Le lait maternel est l'aliment idéal et naturel du nourrisson : il est le mieux adapté à ses besoins spécifiques. Une bonne alimentation de la mère est importante pour la préparation et la poursuite de l'allaitement au sein. L'allaitement mixte peut gêner l'allaitement maternel et il est difficile de revenir sur le choix de ne pas allaiter. En cas d'utilisation d'une préparation infantile, lorsque la mère ne peut pas ou ne veut pas allaiter, il importe de respecter scrupuleusement les indications de préparation et d'utilisation et de suivre l'avis du Corps Médical. Une utilisation incorrecte pourrait présenter un risque pour la santé de l'enfant. Les implications socio-économiques doivent être prises en considération dans le choix de la méthode d'allaitement.*

BSA RCS Lyon : 301 374 922 – N GC : MKG-2018-029 – Juin 2018

---

# **Selon l'Ordre des médecins,** **le système de santé est au bord du chaos**

Lu pour vous dans « La lettre hebdomadaire du JIM » par **D<sup>r</sup> Patrice LEGASAL**, vice-président

---

Le conseil national de l'ordre des médecins a publié fin avril 2018 un livre au titre sans équivoque :

« Santé : Explosion programmée » signé par le président du Conseil de l'Ordre le D<sup>r</sup> Patrick BOUET.

L'ouvrage repose sur une large enquête menée auprès de nombreux médecins et professionnels de santé, sur l'ensemble du territoire français. Quel que soit leur mode d'exercice, ils dressent tous un diagnostic proche : notre système apparaît avoir atteint ses limites, et rien ne semble témoigner, dans l'équipe gouvernementale actuelle, d'une réelle prise de conscience des enjeux et des attentes du monde de la santé.

L'auteur parle d'une « extrême tension, avec des professionnels de santé exaspérés, des patients qui s'inquiètent, des acteurs politiques locaux qui ne comprennent plus ». Les symptômes de cet épuisement généralisé sont nombreux : le président de l'Ordre cite pêle-mêle, les mois d'attente nécessaires pour l'obtention d'un rendez-vous d'ophtalmologie en ville, les longues heures passées à patienter dans les services d'urgence et la détresse des praticiens qui est rappelée dans toutes les enquêtes conduites récemment.

## **23 plans depuis 1974 !**

Le gouvernement a cependant promis d'agir : un plan dédié à la santé doit être présenté dans les semaines qui viennent. Plusieurs missions de concertation ont été mises en place pour tenir compte des différents enjeux.

Cependant, le D<sup>r</sup> BOUET se montre dubitatif. Il rappelle en effet que 23 plans se sont succédés depuis 1974 ! 23 plans qui n'ont pas contribué à mettre en place un système offrant un juste équilibre entre maîtrise budgétaire et réponse aux besoins de santé de la population. Il ajoute encore qu'une loi de financement de la Sécurité sociale est chaque année adoptée, aggravant un peu plus le sentiment que prime une conception qui fait de l'impératif économique le seul objectif, bien avant l'intérêt des malades.

Le fait que l'équipe de M. Emmanuel MACRON n'ait pas initialement envisagé une réforme du système et la tonalité de certaines réponses faites par le Président de la République et le ministre de la Santé ne l'incitent guère à l'optimisme. Seul un changement de philosophie permettra à ses yeux de sortir de l'impasse actuelle.

Pour l'heure, la survie de notre système de santé n'est due qu'à l'engagement, étonnant et forçant le respect, de l'ensemble des professionnels de santé.

## **Pas de solution unique**

Le D<sup>r</sup> Patrick BOUET ne se contente pas uniquement de ce diagnostic en forme de signal d'alarme. Il préconise quelques solutions.

Cependant, il met en garde contre toute volonté de généralisation. Ainsi, il rappelle que si les maisons de santé sont des systèmes qui offrent une véritable amélioration dans certaines localités, elles ne s'adaptent nullement partout. Il serait bien plus préférable d'envisager les particularités de chaque territoire en répondant au plus juste aux besoins.

L'essentiel est de procéder à un véritable décloisonnement entre la ville et l'hôpital prône-t-il. « *L'objectif est de recréer un service public de la santé impliquant tous les professionnels et permettant la proximité des soins. Il ne s'agit pas de savoir si on va fermer des lits dans tel hôpital ou ouvrir une maison de santé dans telle commune, il s'agit de créer des structures pluriprofessionnelles flexibles et mobiles* » insiste-t-il.

Ce livre aura certainement parmi ses premiers lecteurs le ministre de la Santé.

[http://www.jim.fr/medecin/actualites/pro\\_societe/e-docs/selon\\_l\\_ordre\\_le\\_systeme\\_de\\_sante\\_est\\_au\\_bord\\_du\\_chaos\\_171480/document\\_actu\\_pro.phtml](http://www.jim.fr/medecin/actualites/pro_societe/e-docs/selon_l_ordre_le_systeme_de_sante_est_au_bord_du_chaos_171480/document_actu_pro.phtml)

**LA  
RUBRIQUE  
COMPTABLE**

## Hausse de la CSG: médecins et Sécu d'accord sur une compensation à 104 millions €

Lu pour vous dans les dépêches de l'AFP par le **D<sup>r</sup> J.-François PUJOL**,  
secrétaire *gal* adjoint

L'Assurance maladie et les syndicats de médecins libéraux sont parvenus à un accord sur la compensation de la hausse de la contribution sociale généralisée (CSG) pour les praticiens exerçant sans dépassement d'honoraires, qui récupéreront 104 millions d'euros.

Les quatre syndicats signataires de la convention médicale (FMF, SML, LeBloc, MG-France) ont paraphé l'avenant, négocié depuis janvier avec la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts). Seule la CSMF n'a pas signé.

Dans un premier temps, la Cnamts va augmenter, dès cette année, sa prise en charge des cotisations (famille et retraite de base) des médecins de secteur 1 pour compenser, à hauteur de 104 millions d'euros, la hausse de 1,7 point de la CSG, entrée en vigueur en janvier.

Cette mesure sera « globalement favorable » aux  $\frac{3}{4}$  des praticiens, seuls ceux déclarant plus de 150 000 € de bénéfices en 2018 risquant de perdre au maximum 0,22 % de leurs revenus, soit de 1 à 250 €, selon une note de la Cnamts.

En 2019, ce dispositif transitoire sera remplacé par un autre, plus équitable, sous la forme d'une « aide au paiement des cotisations de retraite de base » qui limitera la perte pour les médecins à 60 € / an au maximum.

*Pour en savoir plus: AFP Paris, 16 mars 2018*



VIE PROFESSIONNELLE | ÉPARGNE ET RETRAITE | EXERCICE EN GROUPE | VIE PRIVÉE | FINANCEMENT

**POUR MA RCP-PJ,  
JE VEUX L'ASSUREUR  
QUI A LA PLUS GRANDE  
EXPÉRIENCE.**

### RCP-PJ

Plus de 15 000 déclarations  
de sinistres gérées par an.

3233

Service gratuit  
+ prix appel

macsf.fr

**Nous agissons toujours  
dans votre intérêt.**



# Le chiffre de la LAP :

En 2019, la consultation des sages-femmes passera à

25 €

En 2019, la lettre clef d'une consultation pédiatrique sera toujours à...

23 €

## Cherchez l'erreur !

*D<sup>r</sup> J.-François PUJOL, secrétaire g<sup>al</sup> adjoint*

Le texte signé par les deux organisations représentatives de la profession (ONSSE et UNSSE) se traduira pour les quelques 5 400 sages-femmes libérales par un gain total de 22,1 millions d'euros, précise l'Assurance-maladie dans un communiqué.

Ainsi donc, le gouvernement et la CNAM ont « franchi le Rubicon ». Pour la première fois, une profession (reconnue certes comme médicale, tout au moins en France) de non médecin aura un tarif de base plus élevé que certains médecins.

25 € ! Autant que pour un médecin généraliste (Bac+9 actuellement contre Bac+5 pour une sage-femme).

La Cs de base du pédiatre (Bac+10, souvent 12) reste dans le même temps bloquée à 23 €.

D'autres tarifs seront même doublés : 40 € au lieu de 21 pour une intervention en urgence les dimanches et jours fériés, 80 € au lieu de 40 pour un accouchement de nuit. Rappelons à cet égard que le modificateur « F » pour une consultation d'un médecin en urgence est toujours à 19,06 €.

Le texte permettra également aux sages-femmes de réaliser, dès 2019, la première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles pour les jeunes filles de 15 à 18 ans, un acte rémunéré 46 €. Le même tarif que pour un médecin spécialiste pour un acte dont on nous dit qu'il serait identique quelle que soit la formation et l'expertise de celui qui le réalise.

Un autre acte de prévention sera créé pour « informer précocement » les femmes enceintes de « certains risques, notamment infectieux, ou liés au tabagisme et à la consommation d'alcool ».

Par ailleurs, l'accord maintient en vigueur le « conventionnement régulé »: dans les zones dites « sur-dotées », une sage-femme libérale ne peut s'installer que si une autre s'en va.

A l'inverse, dans les zones « sous-dotées », des aides financières « pouvant aller jusqu'à 28 000 €, voire 38 000 €, dans le cadre d'une première installation » sont prévues.

N'en doutons pas, le gouvernement résout l'incurie, l'incompétence, l'aveuglement, de ses prédécesseurs qui ont volontairement laissé fondre le nombre de gynécologues médicaux et de pédiatres, en utilisant les sages-femmes, ne sachant où trouver des médecins.

« L'ONSSE s'est battue jusqu'au bout pour parvenir à obtenir le meilleur pour la profession », a réagi le syndicat, ajoutant toutefois qu'« il reste encore du chemin à parcourir ».

« Du chemin à parcourir ! » Tiens donc ! On ne peut s'empêcher de rappeler que certains extrémistes réclamaient il y a peu le suivi de l'enfant jusqu'à 2 ans par des sages-femmes.

S'agirait-il de ce chemin-là ? Telle est l'une des questions qui se posent !

*Pour en savoir plus : Dépêche de l'AFP du 30 mai 2018*

*ainsi que l'excellent article du D<sup>r</sup> Benoît TANGUY dans « [legénéraliste.fr](http://legénéraliste.fr) » n° 2840.*

# Télémédecine: l'Uncam donne des gages aux syndicats de médecins libéraux

*D<sup>r</sup> J.-François PUJOL, secrétaire g<sup>al</sup> adjoint*

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) a apporté une série d'assouplissements au projet d'avenant relatif à la télémédecine, concédant notamment d'ouvrir la téléconsultation à l'ensemble des patients dès septembre 2018. Elargissement salué aussi bien par la CSMF que le SML.

Après des premières propositions chiffrées présentées le 15 mars (cf APMnews dépêche du 19/03/2018), l'Uncam avait proposé le 11 avril une première rédaction du projet d'avenant qui doit encadrer la pratique de la =.

Ce projet détaille les modalités de recours à la téléconsultation (TLC), à la télé-expertise (TLE).

Il prévoit par ailleurs une série de modifications de la convention médicale relatives aux aides démographiques, à la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), à l'option de maîtrise des dépassements d'honoraires (OPTaM) et aux instances conventionnelles. On ne peut que se féliciter de l'assouplissement des règles d'entrée dans l'OPTaM pour les nouveaux arrivants dans un regroupement de médecins, ce qui donnera plus de clarté aux patients.

La téléconsultation est définie comme une « consultation à distance » entre un médecin conventionné (le téléconsultant), quel que soit son secteur d'exercice et sa spécialité, et un patient pouvant être assisté par un autre professionnel de santé.

L'opportunité du recours à la TLC "est appréciée au cas par cas par le médecin traitant et le médecin correspondant", et devra s'inscrire dans le cadre du parcours de soins coordonnés (sauf en l'absence de médecin traitant et en cas d'indisponibilité de ce dernier dans un délai raisonnable) et en alternance avec la consultation physique.

Le tarif de la TLC est aligné sur l'acte de consultation classique (25 € pour un médecin généraliste, 30 € pour un spécialiste).

La télé-expertise s'entend comme l'expertise sollicitée par un « médecin requérant » et donnée par un « médecin requis » en « raison de sa formation ou de sa compétence particulière, sur la base d'informations ou d'éléments médicaux liés à la prise en charge d'un patient », hors de sa présence.

L'ensemble des médecins libéraux conventionnés, quels que soient leur secteur d'exercice et leur spécialité, sont concernés.

La TLE serait ouverte par étapes à l'ensemble des patients, avec une première étape pour les patients en affection de longue durée (ALD) ou atteints de maladie rare, les patients résidant en zones sous-denses, ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), ou les détenus.

L'UNCAM propose toujours d'en distinguer deux niveaux:

Niveau	Définition	Exemples	Rémunération du médecin requis
TLE Niveau 1	Avis donné sur question circonscrite, sans nécessité de réaliser une étude approfondie d'une situation médicale. Prise en compte du contexte clinique, Analyse de documents en nombre limité (photographie, résultat d'examen complémentaire isolé, données cliniques).	<ul style="list-style-type: none"><li>• Interprétation de photographie de tympan.</li><li>• Lecture d'une rétinographie.</li><li>• Etude d'une spirométrie.</li><li>• Titration des <math>\beta</math>-bloquants dans l'insuf. cardiaque.</li><li>• Surveillance cancérologique simple...</li></ul>	12 €  (4/an/patient)
TLE Niveau 2	Avis circonstancié donné en réponse à l'exposition d'une situation médicale complexe, après étude approfondie et mise en cohérence. Prise en compte du contexte clinique, analyse de plusieurs types de documents.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Surveillance en cancérologie dans le cadre d'une suspicion loco-régionale ou métastatique.</li><li>• Suivi de plaie chronique ou en voie d'aggravation.</li><li>• Suivi d'évolution de maladie inflammatoire chronique.</li><li>• Adaptation de ttt antiépileptique, antiparkinsonien.</li><li>• Bilan pré-chimiothérapique...</li></ul>	20 €  (2/an/patient)

Le patient devrait être obligatoirement connu du médecin requis pour les TLE de niveau 2. Le médecin requérant percevrait une rémunération croissante, avec un forfait de 50 € (de 1 à 10 TLE / an), auquel s'ajouteraient 5 € par TLE à partir de la 11<sup>e</sup> (plafonné à 500 € / an).

A l'issue d'une année de mise en œuvre de la TLE, l'UNCAM propose la mise en place d'un groupe de travail pour identifier les actes particulièrement complexes qui pourraient faire l'objet d'un 3<sup>e</sup> niveau de TLE.

Les téléconsultations et télé-expertises devront être effectuées dans des conditions permettant de garantir la confidentialité des échanges et la sécurisation des données transmises, dans le respect des référentiels de sécurité et d'interopérabilité, et s'appuyer sur les messageries sécurisées de santé (MSS).

Pour inciter les médecins à s'équiper, l'UNCAM propose de valoriser le forfait structure de 50 points à compter de 2019 en ajoutant un indicateur spécifique à la télémédecine. A raison de 7 € / point, le forfait passerait ainsi de 250 points en 2017 (1 750 €) à 460 points en 2018 (3 220 €) puis 710 en 2019 (4 970 €).

Le volet « bonus » du forfait structure (utilisation des services de télédéclarations AT-MP, services aux patients avec prise de rendez-vous avec les correspondants, etc.) passerait ainsi de 75 points en 2017 (525 €), à 230 points en 2018 (1 610 €) et 430 points en 2019 contre 380 (3 010 €).

Parmi les autres mesures proposées dans l'avenant hors télémédecine, l'UNCAM propose de créer une consultation annuelle de suivi et de coordination de la prise en charge d'un enfant autiste par un pédiatre ou psychiatre (46 €).

Elle suggère d'étendre les consultations très complexes (60 €), à la consultation initiale, très complexe, d'information et d'organisation de la prise en charge d'un patient atteint de la maladie de Parkinson, et à celle réalisée de manière similaire par le dermatologue en cas de psoriasis.

Est également proposée la consultation initiale pour anisocorie diplopie avec composante paralytique ou ptosis d'origine oncogène réalisée par un ophtalmologue (majoration de 30 €), et l'extension de la visite longue (VL) au domicile aux patients en soins palliatifs.

Les syndicats retiennent des avancées

Le **SML** a salué plusieurs « avancées », mais attend le texte consolidé qu'il soumettra à ses instances décisionnaires pour se prononcer.

Il s'est réjoui notamment de la possibilité pour les médecins en secteur 2 « de facturer leurs compléments d'honoraires sur les téléconsultations », l'élargissement à tous les patients de la TLC, et le relèvement du forfait structure. Il note que la rémunération du médecin requérant demeure « en dessous » des attentes des médecins, et attend un effort supplémentaire sur le 2<sup>e</sup> niveau de TLE.

La **CSMF** déplore toujours la frilosité de la CNAM sur la télé-expertise et des tarifs très bas, tant pour le médecin requérant (c'est-à-dire le demandeur) que pour le médecin requis, qui ne sont pas de nature à permettre son développement. Les patients (qui subissent parfois de longs délais pour obtenir certains rendez-vous) risquent d'être les premiers pénalisés par ce manque d'investissement, la télé-expertise pouvant nettement améliorer l'accès aux soins en se substituant à des rendez-vous, et avoir un avis de médecins spécialistes plus rapidement.

La **FMF** a fait savoir qu'elle ne se prononcerait sur le texte définitif qu'à l'issue de son conseil d'administration prévu le samedi 23 juin.

*Pour en savoir plus:    Projet d'avenant relatif à la télémédecine  
                              APMnews du 19 mars 2018, et du 19 avril 2018,  
                              CSMF Actu du 18 avril 2018,  
                              AFP du 20 avril 2018.*

# LE BILLET D'HUMEUR DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL ADJOINT

L'avènement des infirmiers en pratique avancée (IPA)  
ou  
le retour de M. BOVARY.

*D<sup>r</sup> J.-François PUJOL*

---

Monsieur BOVARY, que son épouse Emma mit au second plan par la plume de Gustave FLAUBERT, n'était pas médecin.

Charles BOVARY était officier de santé. Cette profession oubliée rendit naguère, ne le nions pas, de grand services, les médecins étant rares, surtout en milieu rural, comme cela redevient cruellement le cas de nos jours.

Les décrets des 28 juin et 8 juillet 1793 relatifs « à l'organisation des secours à accorder annuellement aux enfants, aux vieillards et aux indigents » créèrent un corps d'officiers de santé. Le texte précisait qu'« il sera établi près de chaque agence un officier de santé chargé du soin de visiter à domicile et gratuitement tous les individus secourus par la nation, d'après la liste qui lui sera remise annuellement par l'agence. »

La loi du 19 ventôse an XI (10 mars 1803) précisa les choses en créant deux niveaux de professions de santé : celui des médecins et chirurgiens diplômés, et celui des officiers de santé. Ce dernier grade était ouvert à des praticiens qui ne possédaient pas le baccalauréat mais qui avaient fait valider leur pratique par un jury départemental, remplacé ensuite par un jury universitaire. Ils ne purent, jusqu'en 1855, pratiquer la médecine que dans le département où ils avaient reçu leur diplôme. Ils n'avaient pas le droit d'effectuer certains actes, et ne pouvaient pas avoir accès aux fonctions de médecin hospitalier ou d'expert.

« L'officiat de santé » fut aboli en 1892. L'augmentation progressive de leur nombre permit aux médecins (qu'ils fussent de campagne ou de quartier) d'être accessible à tous (ou presque). Le médecin devint un personnage aussi important, dans le quotidien de la population, que le maire, le curé, l'instituteur. Il accompagnait ses patients tout au long de leur vie.

Mais la reconnaissance (matérielle) de cet accompagnement fondit peu à peu, Madame La Caisse estimant que les médecins gagnaient trop bien leur vie, et les gouvernants successifs (de droite comme de gauche) les trouvant décidément trop nombreux, et sans doute trop influant sur la population.

L'infirmier psychiatrique avancé apparut, passant voir les malades psychiatriques suivis à l'hôpital, aux heures ouvrables, retirant au médecin un rôle dans la prise en charge mais lui laissant évidemment le soin de gérer les urgences la nuit.

Le terrain était bien préparé. Avec des médecins moins nombreux, mal rémunérés pour les soins chronophages, d'autres professionnels de santé, non médecins, pouvaient arriver sur le marché, au sein des équipes de soins palliatifs, dans les suites de couches, la vaccination, bientôt dans l'éducation thérapeutique.

Les pédiatres et les médecins généralistes (dont un certain nombre d'acteurs sociétaux se plaisent à jeter de l'huile sur le feu de leurs dissensions) seraient bien inspirés de comprendre et d'exploiter leur complémentarité, de défendre celle-ci pour une meilleure prise en charge de l'enfant par de vrais médecins, n'acceptant qu'une délégation contrôlée de certaines tâches au sein de leurs cabinets, mais refusant le transfert de compétence à des non médecins.

**A moins d'aspirer au retour de Monsieur BOVARY...**

*Lire sur ce même sujet l'excellent article du D<sup>r</sup> Yves ADENIS-LAMARRE, Angoulême (Charente). Source : Le Généraliste n°2827 - 16 mars 2018.*

## UN PEU DE CULTURE.

## ÇA NE PEUT PAS FAIRE DE MAL!

Auriez-vous l'intention de vous rendre en **Ile-de-France** durant l'été ?

Voilà une exposition particulièrement intéressante pour des pédiatres !

Elle met en lumière une quarantaine de toiles illustrant la jeunesse entre 7 et 12 ans, réalisées sur la période de 1830 à 1914.

Au fil des décennies, les peintres, tous mouvements artistiques confondus, tendent à la recherche du naturel pour observer les vies d'enfants.

Les gestes sont précis, les regards sont justes.

Il semble qu'aucune époque n'ait consacré autant d'œuvres à l'enfant, ni une iconographie aussi variée au regard des siècles précédents.

### MUSÉE FOURNAISE

Île des Impressionnistes - 78400 CHATOU

Mercredi, jeudi, vendredi: 10h-12h30 et 14h-17h30 ou 18h (mai-octobre),

samedi et dimanche 11h-18h.

