

VOTRE NOUVEAU SITE EST EN LIGNE
On vous y attend...

www.urps-ml-paca.org

LA NOUVELLE CONVENTION NATIONALE 2016-2021
CE QUI VA CHANGER POUR LES MÉDECINS

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ
MÉDECINS LIBÉRAUX PACA

Accueil | Votre Union | Actualités | Bibliothèque | Liens utiles | Contact

- Bibliothèque
- Exercice Professionnel
- e-Santé
- Journée scientifique d'oncologie-hématologie
- Santé & Environnement
- Outils Pratiques
- Difficultés des Médecins
- INSCRIPTION A LA NEWSLETTER

Démographie de la médecine libérale en PACA

- ✓ SYNTHÈSE RÉGIONALE MÉDECINS GÉNÉRALISTES
- ✓ SYNTHÈSE RÉGIONALE MÉDECINS SPÉCIALISTES

67%	33%
50%	50%

Le nouveau certificat d'absence de contre-indication à la pratique sportive (CACI) : les changements

LE JOURNAL DES
MÉDECINS LIBÉRAUX
PROVENCE ALPES CÔTE D'AZUR



**ENSEMBLE,
AVANÇONS !**



**LA CONVENTION
2016-2021**

- Ce qui va changer pour le médecin
- Les nouveaux dispositifs opérationnels
- Spécialités cliniques, OPTAM, ...

N° 52 Janv. 2017
ISSN : 1969-8356

SOMMAIRE DU N°52

Le système de soins de ville : toujours plus de la même chose...mais en pire.....	p. 4
Présentation des nouveaux dispositifs opérationnels.....	p. 5
La convention 2016-2021 : ce qui va changer pour les médecins.....	p. 6
Les spécialités cliniques dans la nouvelle convention ou... on achève bien les dinosaures.....	p. 10
L'Option Pratique Tarifaire Maitrisée Applicable (OPTAM).....	p. 13
Coup de poignard dans la convention : Attaque des radiologues aujourd'hui, demain d'autres médecins libéraux concernés.....	p. 15
Le médecin et le progrès technologique.....	p. 17
Les messageries sécurisées sont maintenant obligatoires.....	p. 19
116 117 : une occasion manquée.....	p. 22
Hygiène au cabinet : avez-vous les bons gestes.....	p. 23
Fiche vaccination : la coqueluche.....	p. 25
Les missions de l'URPS ML PACA.....	p. 27



RESTONS EN CONTACT

Pour recevoir notre newsletter
et pour être mis au courant
de l'actualité
ou des alertes sanitaires...

**Communiquez-nous
votre adresse mail**

Envoyez un message à
contact@urps-ml-paca.org

EVENEMENT URPS ML PACA



4^e Journée intergénérationnelle des *médecins généralistes* LIBÉRAUX

**"S'installer, exercer, transmettre :
S'épanouir dans l'exercice libéral"**

*Médecins installés, futurs installés, internes,
venez partager vos expériences et vos réalités.*

PRÉSENTATIONS ET DÉBATS

Samedi 25 mars 2017
De 9h00 à 17h00
Intercontinental Hôtel-Dieu
1 Place Daviel • 13002 MARSEILLE

INSCRIPTIONS ET RENSEIGNEMENTS

contact@urps-ml-paca.org
ou 04 96 20 60 80

Le Journal des Médecins Libéraux PACA est une publication périodique de
l'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux
Provence- Alpes-Côte d'Azur.
37-39, Bd Vincent Delpuech • 13255 MARSEILLE CEDEX 06 • Tél. : 04 96 20 60 80
Fax : 04 96 20 60 81 www.urps-ml-paca.org • e-mail : contact@urps-ml-paca.org

Directeur de la publication : Dr Laurent SACCOMANO
Directeur de la rédaction : Dr Françoise COUX

Comité de lecture :
Drs S. BIHAR, Martin CARVALHO, Françoise COUX, Christian LHERITIER, Henri LIU,
Maël MARTIN, Bruno REBOUD, Rémy SEBBAH, Miguel SOSA, Soraya TORTORELLI

Réalisation : CPROD (04 91 55 05 51) - Photos : XDR - FOTOLIA

ISSN : 1969-8356

Les articles de cette revue sont écrits sous la seule responsabilité de leurs auteurs.



Dr Laurent SACCOMANO
Président de l'URPS
Médecins Libéraux PACA

Meilleurs vœux !

Chers Confrères,

Une année, déjà, qui s'achève pour notre mandature à la tête de l'URPS Médecins Libéraux PACA... 2016 fut une année chargée pour la profession : nouvelle convention, mais également élaboration d'un certain nombre de dispositifs et de cadres organisationnels par nos tutelles :

- PTA : Plates-formes territoriales d'appui
- PAERPA : Personnes âgées en risque de perte d'autonomie
- CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé
- ESP : Equipes de soins primaires
- PRS : Plan régional de santé

Ces quelques acronymes sont à retenir, vous en entendrez forcément parler dans les mois qui viennent !

Vous trouverez une présentation de ces dispositifs dans la revue, et le positionnement de l'URPS Médecins Libéraux PACA.

Notre priorité à l'heure actuelle est de nous investir pleinement sur ces sujets, et de revendiquer cet engagement auprès de l'ARS. Soyez assurés que nous veillons en permanence à porter et faire entendre la voix des médecins libéraux dans l'élaboration et la mise en œuvre de ces projets.

Nous vous tiendrons régulièrement informés, par la revue et par le site www.urps-ml-paca.org, de l'avancement de ces chantiers. C'est l'occasion pour moi de vous rappeler que notre site a fait peau neuve, n'oubliez pas de le consulter régulièrement pour vous informer.

Je souhaite à chacun d'entre vous une excellente année 2017 !

LE SYSTEME DE SOINS DE VILLE : TOUJOURS PLUS DE LA MEME CHOSE ... MAIS EN PIRE !

La loi de modernisation de notre système de santé s'attacherait, paraît-il, à répondre aux attentes exprimées par les professionnels de santé. Ces besoins, que nous estimons être des besoins élémentaires, se résument en "des missions claires et des moyens".



"L'Etat a choisi un modèle centralisé, des organisations sur papier et sur dossier, en choisissant la voie de l'étouffement par l'asphyxie financière des cabinets libéraux."

*Dr Serge CINI, Généraliste à Marseille,
Secrétaire de l'URPS Médecins Libéraux PACA*

Les missions sont-elles claires ?

- Le système de soins est-il centré sur les soins primaires, globalisation organisée autour de la fonction médecin traitant, sans concurrence mais avec complémentarité avec les autres acteurs du premier recours et du second recours ?
- Est-il centré sur la vision étatique, hospitalière et son expansion hors les murs...?

Le Constat

- Les pouvoirs publics ont multiplié les acteurs de ville : Hospitalisation à domicile

(HAD), réseaux monothématiques qui, d'un déploiement concurrentiel et (très) bien financé, sont en train d'évoluer soit vers la disparition, soit vers le recyclage en plate-forme territoriale d'appui (PTA).

- La démographie médicale est celle que nous dénonçons il y

plus de 10 ans. Ce constat est têté. Les installations sont trop rares et donc déficitaires.
- Les affections chroniques explosent (10% de la population).

Le Paradoxe

Alors que les MG n'ont jamais été aussi bien formés (malgré la pénurie d'enseignants en médecine générale) bon nombre de leurs actes traditionnels leur échapperaient et glisseraient du mieux formé au moins formé.

Et QUI FAIT QUOI ?

Assez d'idées simplistes sur la vaccination, assez d'idées simplistes et halte au feu quand les

sages femmes proposent :

- D'être le premier recours des femmes "en bonne santé" (dans ce cas nous aurons la SF (bac + 5) : médecin des femmes et... pour les docteurs (bac + 9) : médecins des hommes ???).

- D'adresser aux médecins spécialistes d'organes l'essentiel de leurs doutes ou incompétences.
- Par conséquent d'ignorer le médecin traitant né de la loi de 2004.

Exemple : Madame MICHU vient pour un frottis. Elle tousse et sera adressée au pneumologue ? Elle a mal au genou droit, c'est pour le rhumatologue ?

La mission médecin traitant se complexifie, patients plus nombreux et plus lourds, coordination plus chronophage et plus fine avec augmentation du nombre d'intervenants, et ... les moyens financiers de cette mission santé individuelle/coordination/santé publique n'évoluent pas.

En deux mots à 25€ on en a pour 25€ et à 100€ de l'heure on ne peut pas tout faire. C'est aussi simple que cela.

Le vocabulaire et les concepts évoluent : équipe de soins primaires (ESP), communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les moyens suivront-ils ? La convention de 2016 accompagne modestement cette évolution mais seulement en rattrapage.

Ceci ne permet pas l'investissement et sans investissement pas de progrès. L'Etat a choisi un modèle centralisé, des organisations sur papier et sur dossier, en choisissant la voie de l'étouffement par asphyxie financière des cabinets libéraux.

La Preuve

Si la situation libérale était ce que les pouvoirs publics croient, les installations seraient nombreuses, voire concurrentielles, à la hauteur de l'indice de satisfaction phantasmé. Il n'en est rien.

Pas de repreneur, les cabinets ferment en ville comme en campagne.

Ce n'est pas parce que il n'y plus de poste, de collège ou de lycée que la démographie médicale des grandes villes s'effondre. La continuité des soins est en danger.

Nous connaissons la maladie, nous connaissons le traitement !

Nous n'échappons pas au pire : nous aurions pu écrire ce texte il y a 10 ans et il ne serait toujours pas contredit.

Bonne année quand même. Gardez la santé, prenez soin de vous : prévenez le burn-out.

PRÉSENTATION DES NOUVEAUX DISPOSITIFS ORGANISATIONNELS

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé a créé plusieurs dispositifs pour répondre au besoin de promotion des soins primaires et d'amélioration des parcours de soins :

PTA : Plateformes Territoriales d'Appui

Les PTA sont des dispositifs d'appui aux professionnels de santé pour la coordination des parcours de santé complexes.

Les PTA ont trois missions :

1. L'information et l'orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire.
2. L'appui à l'organisation et à la coordination des parcours complexes.
3. Le soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination.

Les PTA sont constituées à partir des initiatives des acteurs du système de santé, avec une priorité donnée aux initiatives des professionnels de santé de ville.

ESP : Equipes de Soins Primaires

Une équipe de soins primaires est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé. L'ESP contribue à la structuration des parcours de santé. Son projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

L'initiative de création d'une ESP peut revenir à tout professionnel de santé impliqué dans les soins de premier recours. Leur projet s'organise autour de leur patientèle, ce qui les distingue des CPTS dont le projet s'articule autour de la population présente sur leur territoire d'action.

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

Les communautés professionnelles territoriales de santé sont des équipes projet constituées à l'initiative des acteurs de santé, en particulier des professionnels de santé de ville

La CPTS est composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours, et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la

réalisation des objectifs du Projet Régional de Santé. Les membres de la CPTS formalisent, à cet effet, un projet de santé, qu'ils transmettent à l'agence régionale de santé. Le projet de santé précise en particulier le territoire d'action de la communauté professionnelle territoriale de santé.

Par ailleurs, d'autres dispositifs se mettent en place au niveau de la région :

PRS : Projet régional de santé

Le projet régional de santé constitue le cadre de la politique de santé dans notre région, et donc la feuille de route de l'ensemble des acteurs de la santé. Il définit, organise et programme la mise en œuvre des priorités de santé. Il fait également naître les évolutions du système de santé dans notre région.

Le PRS est élaboré par l'ARS, en concertation avec les acteurs de santé. Le PRS 2012-2016 s'achève, les discussions sur l'élaboration du prochain PRS sont en cours.

PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie

La démarche PAERPA s'adresse aux personnes, âgées de 75 ans et plus, dont l'autonomie est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre médical ou social. Elle a pour objectif de maintenir la plus grande autonomie le plus longtemps possible dans le cadre de vie habituel de la personne. Le dispositif repose sur quatre actions clés :

1. Renforcer et sécuriser le maintien à domicile.
2. Améliorer la coordination.
3. Limiter les hospitalisations évitables, mieux préparer l'hospitalisation et sécuriser la sortie.
4. Faciliter et sécuriser la circulation d'information entre les professionnels.

Le territoire du Var-Est a été retenu pour expérimenter le programme PAERPA en région PACA. Sa mise en œuvre sera effective au cours de l'année 2017.

L'URPS ML PACA se mobilise sur l'ensemble de ces dispositifs, pour porter la voix et défendre la place des médecins libéraux à chaque étape de l'élaboration et la mise en œuvre des actions.

Références :

- Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé
- Décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes.

LA CONVENTION 2016-2021 : CE QUI VA CHANGER POUR LES MÉDECINS

Les consultations

Tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale (TRSS)

Spécialistes en médecine générale		Autres spécialistes (hors CN/PSY*)	
MAI 2017	CS : 23€ + MMG* : 2€ = 25€ CS : 23€ + MMG* : 2€ + MCG** : 3€ = 28€	MAI 2017	CS : 23€ + MPC* : 2€ = 25€ CS : 23€ + MPC* : 2€ + MCS** : 3€ = 28€
*MMG =majoration médecin généraliste ** MCG : Majoration Coordination Généraliste pour retour d'information vers médecin traitant		* MPC : Majoration forfaitaire transitoire ** MCS : Majoration Coordination Spécialiste pour retour d'information vers médecin traitant	
JUIL. 2017	CS : 23€ + MMG : 2€ + MCG : 5€ = 30€	JUIL. 2017	CS : 23€ + MPC : 2€ + MCS : 5€ = 30€
CNPSY : 39€			

Au 1^{er} janvier 2018 : une majoration pour prise en charge sous 48h (art. 28.2.4)

Cette mesure vise à valoriser l'orientation sans délai (sous 48 heures) effectuée par le médecin traitant vers un médecin correspondant (quelle que soit sa spécialité, spécialiste en médecine générale compris – NDLR).

Objectif : Réduire les hospitalisations évitables.

Majoration non cumulable en PDSA et facturable uniquement en cas de respect des tarifs opposables.

1 JAN. 2018	+ 5€ pour le médecin traitant (majoration MUT)	1 JAN. 2018	+ 15€ pour le médecin correspondant (majoration MCU)
CS + MMG + MUT = 30€		Spécialistes en médecine générale CS + MMG + MCU = 40€	Autres spécialistes CS + MPC + MCU = 40€

NOTA BENE : une majoration MRT (majoration médecin traitant régulation) de 15€, pourra être facturée par tout médecin traitant sollicité par le Centre 15 ou 116 117 pour consulter en urgence un de ses patients, uniquement en cas de respect des tarifs opposables et hors PDSA.

2 nouveaux tarifs de consultation

Consultations complexes 46€	
NOV. 2017	Consultation à fort enjeu de santé publique CCP : (fille de 15 à 18 ans) 1 ^{ère} Consultation de Contraception et de Prévention des MST. CSO : (enfant 3 à 12 ans) Consultation Suivi pour risque d'Obésité par le médecin traitant, au maximum 2 fois par an. COE : (enfant 8 jours, 9 et 24 mois) Consultation Obligatoire de l'Enfant. CSM : (nouveau-né entre sortie maternité et 28 ^e jour) Consultation de Sortie Maternité par pédiatre.
Pathologies complexes instables pour les médecins de second recours Exemples : Consultation pour pathologies endocriniennes de la grossesse, scoliose grave, SEP, Parkinson, épilepsie... Tuberculose, pathologie oculaire grave, fibrose pulmonaire, stérilité, troubles du comportement alimentaire, PR,...	
Consultations très complexes 60€	
Incluant la visite à domicile longue durée	
NOV. 2017	Exemples : Consultation d'informations d'un patient et définition de son traitement dans le cadre d'un cancer, maladie neurologique ou neurodégénérative, VIH, malformation congénitale d'un nouveau-né, suivi d'un grand prématuré. Consultation de synthèse pour insuffisance rénale chronique terminale.

et un avis de consultant revalorisé (C2)

Avis médical ponctuel du médecin correspondant sur demande du médecin traitant (hors psychiatre ou neurologue).

OCT. 2017	48€
↓	
JUIN 2018	50€

Un nouveau forfait médecin traitant valorisé

Caractéristiques du patient	Valorisation
Enfant de 0 à 6 ans	6 €
De 7 à 79 ans, hors ALD	5 €
En ALD	42 €
≥ 80 ans	42 €
≥ 80 ans + ALD	70 €

⚠ La majoration MPA (majoration personnes âgées) est maintenue pour toutes les consultations réalisées par un médecin qui n'est pas le médecin traitant du patient et est créditée directement par la CPAM.

Un forfait structure

JANV. 2017

- Objectif : aider financièrement les médecins à mettre en place des outils de gestion de leurs cabinets.
- Dispositif en 2 volets. Tous les indicateurs du volet 1 doivent être atteints pour déclencher la rémunération et ouvrir la possibilité de rémunération du volet 2.
- Basé sur un système à points équivalent à la ROSP : **1 point = 7€**
- Montée en charge du dispositif au cours des 3 prochaines années :
 2017 (250 pts maxi) → **1 750 € max.**
 2018 (460 pts maxi) → **3 220 € max.**
 2019 (660 pts maxi) → **4 620 € max.**

Indicateurs du volet 1 (équipement du cabinet)

Volet 4 du ROSP

- Utilisation de logiciels d'aide à la prescription (LAP)
- Taux de télétransmission des feuilles de soins supérieur ou égal à 2/3 du total
- Affichage des horaires d'ouverture dans l'annuaire santé et dans le cabinet

Nouveau

- Utilisation de logiciels métiers compatibles DMP
- Utilisation des versions logicielles SESAM-Vitale à jour
- ▲ Utilisation d'une messagerie sécurisée de santé

Indicateurs du volet 2 (services aux patients)

- Usage des téléservices (déclaration de médecin traitant, prescription des ATT...)
- Codage des données patientèles
- Prise en charge coordonnée
- Services aux patients (RDV auprès de spécialistes, accès aux droits...)
- Encadrement des étudiants (maître de stage).

Des aides financières

Le contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM)

JANV. 2017

Aide financière accordée sous conditions aux médecins s'installant en zone sous-dotée.

50 000 €

versés en deux fois :

25 000 € à la signature, 25 000 € un an plus tard

+ 2 500 €

si le médecin s'engage, à titre optionnel, à réaliser une partie de son activité libérale au sein d'un hôpital de proximité.

Durée du contrat :

5 ans

En cas de résiliation anticipée, le médecin devra rembourser les sommes indûment versées.

Conditions

- S'installer en libéral dans une zone sous-dotée
- Exercer dans le secteur à honoraires opposables ou adhérer au dispositif OPTAM (maîtrise des dépassements)
- Exercer au sein d'un groupe formé entre médecins ou d'un groupe pluri-professionnel, ou appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé
- Participer au dispositif de permanence des soins ambulatoire

Le contrat de transition pour les médecins (COTRAM)

JANV. 2017

Aide financière permettant d'accompagner les médecins préparant leur cessation d'activité.

+ 10% des honoraires/an

sur la base des tarifs conventionnés, montant plafonné à 20 000 €/an hors dépassement et forfait.

Durée du contrat :

3 ans

Renouvelable pour une période de 3 ans.

En cas de résiliation anticipée, le médecin devra rembourser les sommes indûment versées.

Conditions

- Être installé en libéral dans une zone sous-dotée
- Être âgé de 60 ans et plus
- Accueillir au sein de son cabinet un médecin âgé de moins de 50 ans et exerçant en exercice libéral conventionné

Le contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins (COSCOM)

JANV. 2017

5 000 €/an
+ 1 250 € si activité en hôpital

Durée du contrat :
3 ans

Renouvelable par tacite reconduction.

Conditions

- Exercice en groupe, en ESP ou en CPTS
- Installation en zone sous-dotée
- Non cumulable avec les autres aides

Le contrat de solidarité territoriale pour les médecins (CSTM)

JANV. 2017

+ 10% des honoraires/an

réalisés hors sa zone
sur la base des tarifs conventionnés, montant plafonné à 20 000 €/an, hors dépassement et forfait.

Durée du contrat :
3 ans

Renouvelable par tacite reconduction.

Conditions

- Ne pas être installé en libéral dans une zone sous-dotée
- Engagement à réaliser au moins 10 jours/mois dans une zone sous-dotée.

Et aussi...

De nouveaux indicateurs ROSP

- Examen clinique des pieds dans le suivi des patients diabétiques
- Prévention des risques cardiovasculaires
- Dépistage du cancer colorectal
- Prévention des conduites addictives (alcool, tabac)
- Lutte contre l'antibiorésistance et la iatrogénie médicamenteuse

Développement du recours à la télémédecine Revalorisation des actes techniques

NOV. 2017

Réflexion menée en 2017

Majoration de 5 € pour la prise en charge des enfants de moins de 6 ans

1 AVR. 2017

À compter du 1er avril 2017, pour les MG en secteur I et II :

CS : 25€ + MEG* : 5€ = 30€

(* Majoration Enfant Généraliste)

Une nouvelle option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)

1 JAN. 2017

Ce dispositif de maîtrise des dépassements d'honoraires remplace le Contrat d'accès aux soins (CAS) mis en place en 2012 avec l'avenant 8 de la précédente convention.

LES SPECIALITES CLINIQUES DANS LA NOUVELLE CONVENTION, OU ON ACHEVE BIEN LES DINOSAURES ...

La convention 2016 est clairement orientée vers une revalorisation de la médecine générale, bien légitime après des années de blocage des honoraires. Mais environ 70% des augmentations prévues concerneront la médecine générale, ce qui risque d'aggraver le déséquilibre au détriment des spécialités cliniques.



“Il semble clair que l'objectif à court terme de nos décideurs est de réorganiser complètement le système de soins en laissant s'éteindre les spécialités cliniques libérales.”
Dr Françoise COUX, Gynécologue à Aix-en-Provence

Tableau Carmf

(d'après <http://www.carmf.fr/page.php?page=actualites/communiqués/2016/bnc2015.htm>)

BNC MOYEN 2015	SECTEUR1	SECTEUR2
MEDECINE GENERALE	75510	65282
DERMATO	72458	83996
ENDOCRINO	42901	52580
GERIATRIE	49234	53462
GYNECO MEDICALE	49961	61408
GYNECO MED ET OBST	57323	85491
MEDECINE INTERNE	63689	67942
MEDECIN BIOLOGISTE	60437	
MPR	69419	83802
NEURO	92966	5064
PEDIATRIE	60840	74518
PNEUMOLOGIE	96047	79838
PSYCHIATRIE	65008	66234
RHUMATO	82389	78227

En effet les chiffres de la CARMF analysant les BNC 2015 sont éloquentes : les spécialistes cliniques sont au bas de l'échelle des rémunérations.

QUELQUES REVALORISATIONS...

sont quand même prévues dans la convention publiée le 20 Octobre 2016, très insuffisantes en rapport de l'augmentation du coût de la vie et des investissements nécessaires pour assurer une pratique de haut niveau.

2017 MAI Modification de la nomenclature pour les pédiatres

- Enfant de 0 à 2 ans : CS + NFP + MEP = **32€ (+1)**
- Enfant de 2 à 6 ans : CS + NFE + MEP = **32€ (+1)**
- Enfant de 6 à 16 ans : CS + NFE = **28€ (+0)**

2017 JUILLET La consultation spécialisée passe à **30€**

- CS(23€) + MPC (2€) + MCS (5€) = **30€**
- Le CNPSY passe à **39€**

2017 OCTOBRE

- L'Avis ponctuel de consultant (effectué par le médecin spécialiste à la demande du MT - article 18 des dispositions générales de la NGAP "C2, C2,5,C3"), est porté de 46 à **48€**
- pour psychiatre, neuropsychiatre ou neurologue porté de 57,50 à **60€**



2017 NOVEMBRE Consultations complexes à fort enjeu de santé publique = **46€**

- **CCP** (fille de 15 à 18 ans) 1^{ère} consultation de contraception et de prévention des MST (MG, gynéco, pédiatre)
- **COE** (enfant 8 jours, 9 et 24 mois) consultation obligatoire de l'enfant (MG, pédiatre)
- **CSM** (nouveau-né entre sortie de maternité et 28^{ème} jour) (pédiatre).

Majoration pour consultations complexes + 16€ (mais les Secteur 2 non OPTAM n'y ont pas droit sauf la MCE)

- PEG (endocrino, gynéco = pathologie endocrinienne de la grossesse : 4 fois par an
- TCA (endocrino, pédiatre) = trouble du comportement alimentaire
- PCT (neurologue, MPR) cérébrolésé et traumatisé médullaire : 4 fois par an
- SGE (rhumato, MPR, chirurgien) scoliose grave de l'adolescent
- PPN (neuro et neuropédiatre) SEP, Parkinson, épilepsie instable : 1 fois par an
- SLA (neurologue, MPR) séquelles lourdes d'AVC : 4 fois par an
- MCA (pneumo, pédiatre) asthme déstabilisé : 1 fois par an
- PPR (rhumato) PR évolutive : 1 fois par an
- MSP (pédiatre) prématuré jusqu'à 7 ans : 1 fois par an
- MPS (gynécologue) première consultation couple stérile
- MPT (pneumologue) première consultation tuberculose pulmonaire
- MCE (endocrinologue) diabète, endocrinopathie complexe
- MMF (pneumologue) première consultation fibrose, mycose
- PTG (médecin vasculaire, gynécologue) première consultation de thrombophilie grave
- POG (ophtalmo) première consultation pathologie oculaire grave de l'enfant
- MTA (MPR) premier appareillage : **+23€**
- MPF psychiatre) consultation en présence de la famille (ou médicosocial) d'un enfant avec pathologie psychiatrique grave : **+20€**
- MAF (psychiatre) consultation de synthèse familiale, enfant avec pathologie psychiatrique grave en ALD : 1 fois par an : **+20€**

Majoration pour consultations très complexes

(mais les Secteur 2 non OPTAM n'y ont pas droit)

- MAV : (dermato, rhumato, médecine interne) première consultation atteinte viscérale, vascularite d'une pathologie auto-immune : **+30€**
- MIS : première consultation d'information cancer, neurodégénératif grave : **+30€**
- PIV : première consultation VIH : **+30€**
- MPB (rhumato, médecine interne, gastro) première consultation pour traitement par biothérapie (anti TNF alpha) : **+30€**
- IGR : (néphrologue) dossier de greffe rénale : **+30€**
- MMM : (gyneco-obstétricien) diagnostic malformation anténatale : **+30€**
- EPH : (pédiatre) pathologie chronique grave ou handicap neurosensoriel de l'enfant 1 fois par trimestre (les S2 peuvent la facturer si tarif opposable) : **+60€**
- MGP : (pédiatre) jusqu'à 7 ans, suivi des grands prématurés ou des pathologies congénitales graves, 2 fois par an (les S2 peuvent la facturer si tarif opposable) : **+60€**

2018 JANVIER Majoration pour prise en charge par le spécialiste dans les 48h

- MUT (généraliste) = **+5€**
- MCU (spécialiste) = **+15€**

2018 JUIN

- L'Avis ponctuel de consultant (effectué par le médecin spécialiste à la demande du MT - article 18 des dispositions générales de la NGAP "C2, C2,5,C3"), est porté de 48 à **50€**
- pour psychiatre, neuropsychiatre ou neurologue porté de 60 à **62,50€**

>>>>

LES SPÉCIALITÉS CLINIQUES DANS LA NOUVELLE CONVENTION (suite)

Quelques revalorisations, certes, étalées sur plusieurs années, de toute façon très insuffisantes et ne permettant pas d'atteindre le niveau de rémunération des spécialistes ailleurs dans le monde et chez nos voisins européens.

POURQUOI UN TEL DESINTERET POUR UNE PARTIE DE LA PROFESSION ?

Pourtant elle assure la prise en charge, en premier et deuxième recours, de consultations souvent longues et approfondies, avec une expertise reconnue par les patients et les confrères généralistes.

Même dans notre belle région et malgré l'héliotropisme, la démographie médicale est alarmante, les consultations des spécialistes libéraux débordent, les jeunes spécialistes restent à l'hôpital où les plans de carrière sont plus gratifiants et cette convention va clairement aggraver la situation en n'augmentant pas l'attractivité des spécialités cliniques libérales.

En outre l'augmentation des différences de prise en charge pour les patients des praticiens Secteur 2 qui n'auront pas choisi

l'OPTAM va alourdir les déséquilibres et les tensions démographiques.

Il semble clair que l'objectif à court terme de nos décideurs est de réorganiser complètement le système de soins en laissant s'éteindre les spécialités cliniques libérales.

Dans quelques années, le médecin généraliste, l'infirmière, la sage femme, ..., assureront ainsi l'essentiel des consultations en ville avec les psychologues, ostéopathes et autres soignants non médicaux... Le deuxième recours sera exclusivement hospitalier avec des files d'attente très inquiétantes ou dans une médecine libérale spécialisée hors convention, donc non accessible à une partie de la population.

Paradoxe criant pour les spécialistes libéraux cliniciens, souvent harcelés par la demande de leur patientèle, de se sentir utiles voire indispensables et d'être pourtant les grands oubliés de la Convention.

Les spécialités cliniques : espèce en voie de disparition ?



L'OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE (OPTAM)

Suite à l'échec du secteur 2 Contrat d'Accès aux Soins (C.A.S.) en 2013, l'Assurance Maladie cherche toujours à faire disparaître le principe des compléments d'honoraires, introduit en 1980 pour pallier le manque de remboursement des caisses, notamment en chirurgie.

Ne pouvant supprimer d'un coup le libre choix du médecin par le patient, au risque de braquer la population, les Caisses et le Ministère poussent les médecins à faire diminuer les dépassements d'honoraires en augmentant leur rémunération.

Dans ce but, la convention crée l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Applicable (OPTAM) pour tous les médecins, et l'OPTAM-CO pour les chirurgiens et gynécologues - obstétriciens.

En voici le principe :

Pour qui ?

- Les médecins en secteur Honoraire Différent (HD) : le nouveau secteur 2.
- Les médecins ayant droit au dépassement permanent (DP) : l'ancien secteur 2.
- Les spécialistes ayant les titres donnant accès au secteur 2, mais ayant choisi initialement le secteur 1, installés avant le 1^{er} janvier 2013.
- Les médecins secteurs 2 - C.A.S. se verront proposer d'office cette option contractuelle.

Obligations du médecin

- Dépassement moyen (calculé en fonction des activités, et mis à disposition par les caisses) maximal de 100%.
- Activité au tarif opposable (incluant urgences, CMUC et ACS) au moins supérieure ou égale à la pratique des 3 années précédant l'option.
- Pour les plus jeunes, non

dépassement de ce qui se fait en moyenne dans la région.

- En cas de pratique de groupe, possibilité de se baser sur la moyenne du groupe et non de la moyenne individuelle, mais le contrat reste individuel.
- Pour les médecins ayant une pratique en cabinet et une autre en établissement de soin, les deux activités sont incluses, mais il appartient au médecin de fournir les données réalisées dans les établissements de soins.
- Le taux de référence initial pour l'activité à tarif opposable est de 30% au moins.

Engagement de l'Assurance Maladie

- Remboursement au tarif en vigueur pour le secteur en honoraires opposables.
- Une rémunération spécifique sur objectif qui correspond aux taux de cotisations moyens Maladie-Grossesse-Décès / Allocations familiales / ASV. Cette rémunération diminue en cas d'écarts par rapport aux objectifs. Elle est différente

"... les Caisses et le Ministère poussent les médecins à faire diminuer les dépassements d'honoraires en augmentant leur rémunération"

Dr Maël MARTIN,
Urologue à Toulon



selon les spécialités, et en moyenne de 7% (de 2,8% pour les radiothérapeutes à 8,8% pour les endocrinologues).

Engagement des Assurances Complémentaires

- Aucun les concernant, hormis la demande de requalification du contrat.

>>>>

L'OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE APPLICABLE (OPTAM) (suite)

- Modification du terme "contrat d'accès aux soins" pour "OPTAM".
- Notez bien qu'à ce jour les assurances complémentaires n'ont pas le droit de moduler les remboursements en fonction des médecins consultés.

Le contrat est-il modifiable ?

- Oui, par avenants, qui recalculent les taux en fonction de l'évolution tarifaire opposable et donc les objectifs.

L'adhésion

- L'adhésion est valable pour un an, renouvelable par tacite reconduction. Le médecin en fait la demande initiale à la CPAM locale.
- La résiliation est possible, n'importe quand, mais effective après un délai d'un mois.

La Surveillance

- La caisse informe chaque trimestre le médecin de ses pratiques tarifaires. En cas de résultat non conforme durant 6 mois, la caisse prévient le médecin et peut dénoncer l'OPTAM au bout d'un an. Elle peut aussi engager une récupération des sommes versées.

Cas particulier des Chirurgiens et Gynécologues-Obstétriciens

L'OPTAM présente une option spécifique pour ceux qui ont au moins 50 actes chirurgicaux/obstétricaux annuels : l'OPTAM-CO. Celle-ci n'est pas obligatoire et ils peuvent prendre l'OPTAM générale.

- Mêmes principes que ci-dessus.
- Les spécificités ne concernent que l'application du modificateur K : il devient désormais applicable comme pour le secteur 1 et est porté à 20%.
- Pour ceux qui veulent l'OPTAM normal, le K (qui changera de nom) reste à 11,5%, sauf en cas d'urgence, de CMUC ou d'ACS.



Après plusieurs plans pluriannuels d'économies et alors même que la FNMR (Fédération nationale des médecins radiologues), unique syndicat des radiologues libéraux était en discussion avec la CNAM-TS, le gouvernement a introduit un amendement (n°762), devenu article 52 Bis dans le PLFSS 2017 mettant sous tutelle l'imagerie médicale en coupes et remettant en cause les relations conventionnelles entre les médecins libéraux et l'assurance maladie.

Cet article est inacceptable pour les médecins libéraux.

- Il donne un pouvoir total au Directeur général de la CNAM-TS sur les rémunérations des médecins utilisant des scanners des IRM ou des TEP créant une exception.
- Il remet en cause le principe conventionnel lui-même puisque les rémunérations sont d'ordre conventionnel. L'amendement prévoit bien que les partenaires conventionnels seront saisis de l'avis (consultatif) d'une commission des équipements lourds. Mais, faute d'accord, le Directeur général prendra seul la décision. C'est une rupture totale du principe conventionnel.

- Il remet en cause tout projet de plan pluriannuel sur l'imagerie. Il n'est en effet pas possible de signer un accord alors que pèse la menace de mesures supplémentaires unilatérales prises dans le cadre de cet amendement.

- Ces mesures affecteront aussi les hôpitaux publics par le biais des forfaits tech-

niques mettant ainsi en péril les structures publiques d'imagerie en coupe dont plus de 50% de l'activité est réalisée en externe et donc facturée à l'Assurance Maladie.

Pour la CNAM-TS, l'objectif de cet article est de réduire les dépenses de scanner, d'IRM et de TEP :

- Celles d'IRM ont effectivement augmenté ces deux der-

tent du fait d'une demande accélérée en oncologie, la plupart des indications étant posées en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP). Malgré l'accroissement du parc, les délais ne diminuent pas car la TEP est devenue un outil incontournable en particulier du fait d'un rapport coût/efficacité très favorable, optimisant les dépenses thérapeutiques ; de nouveaux traceurs - dont le coût est incompatible avec la valeur actuelle du forfait technique - en augmentent encore le champ d'application en oncologie. Il faut préciser que la moitié des appareils sont installés en secteur public et moins d'un quart en privé libéral ; d'ailleurs le taux d'autorisations restant sans suite s'élève à 10% ce qui témoigne de la difficulté des montages économiques dans ce domaine.

Il est impératif que les patients puissent bénéficier dans leur parcours de soins de l'imagerie médicale en coupe, et en particulier de l'IRM et de la TEP dont les indications s'élargissent. La réduction des tarifs pèserait non seulement sur les cabinets libéraux mais également sur les services des centres hospitaliers et les ESPIC dont les capacités d'investissement dans des équipements modernes et performants seraient réduites, ce qui, in

COUP DE POIGNARD DANS LA CONVENTION

ATTAQUE DES RADIOLOGUES AUJOURD'HUI, DEMAIN D'AUTRES MEDECINS LIBERAUX SERONT CONCERNES !



"...nous sommes tous concernés et la solidarité devra être de mise ! La santé prend place dans le débat présidentielles, il conviendra de se faire entendre."

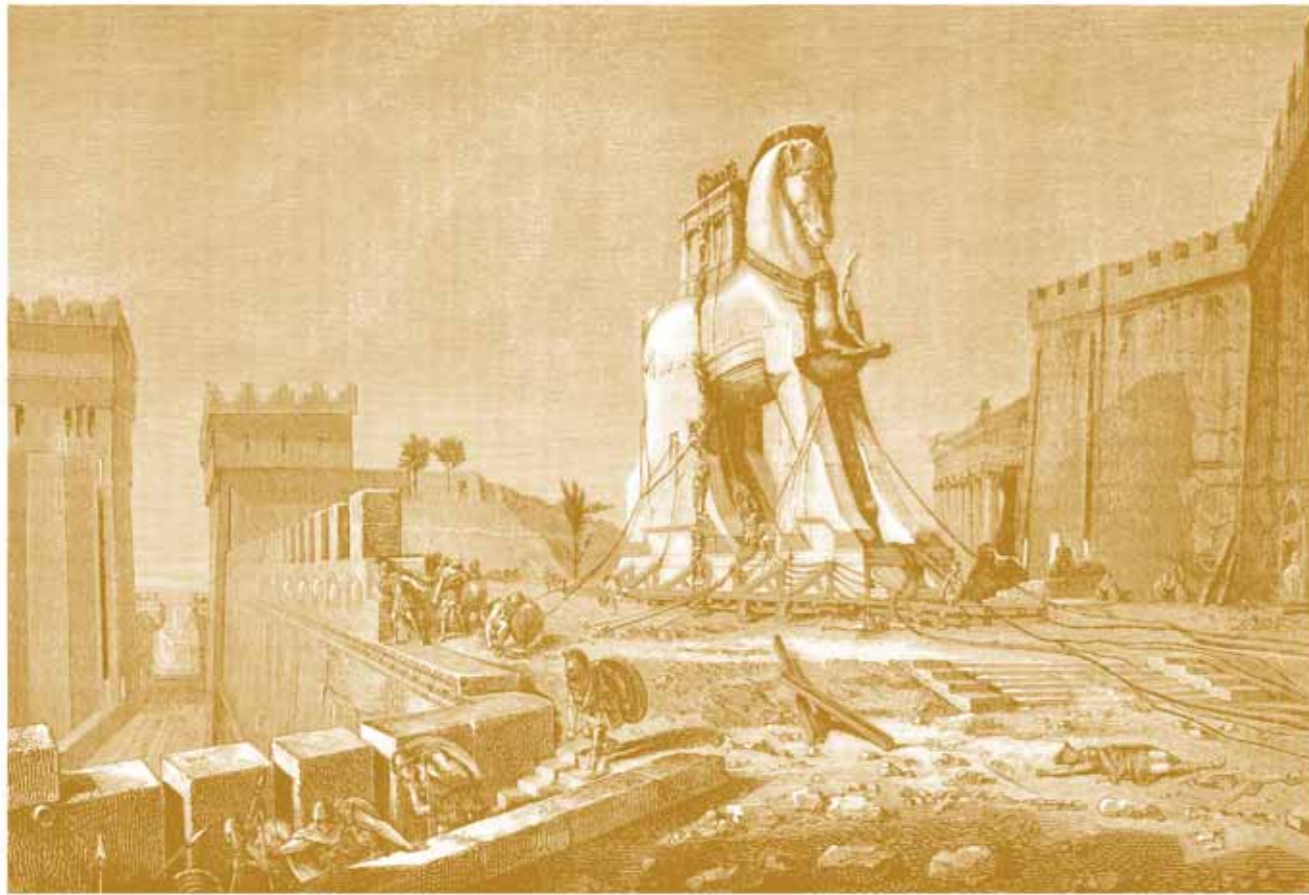
*Dr Eric GUILLEMOT, Radiologue à Fréjus
Coordinateur du collège 3 de l'URPS ML Paca*

nières années en raison de la hausse des autorisations d'équipements lourds pour rattraper le fort déficit de la France par rapport à la moyenne européenne. Cependant, les délais de rendez-vous pour un examen d'IRM, aujourd'hui de 30 jours, n'ont pas été réduits. L'objectif d'un délai de 20 jours maximum, fixé dans le plan cancer, reste hors d'atteinte.

- Celles de TEP (Tomodensitométrie par émission de positrons) augmen-

>>>>

COUP DE POIGNARD DANS LA CONVENTION ! (suite)



fine, se traduirait par une limitation de l'accès à ces techniques.

Une étude de la FNMR, en 2015, montre que 18% des scanners et 5% des IRM, gérés en libéral ou en GIE public-libéral, sont déjà en déficit.

En outre, l'article a été présenté comme un moyen de pression pour inciter un syndicat professionnel à signer un 3^{ème} plan d'économies drastiques pour la spécialité. Cette méthode ne peut pas être acceptée alors même que les radiologues font des propositions depuis plus d'un an pour une amélioration de la qualité et de la prise en charge des patients.

L'ensemble des structures représentatives de la radiologie française libérale et hospitalière est « vent debout » contre cette rupture du principe conventionnel, accompagné par les médecins nucléaires ! Une lettre ouverte au Président de la République a par ailleurs été co-signée par l'ensemble des organismes syndicaux (le BLOC, la CSMF, la FMF et le SML).

Le vote définitif de cet article 52 bis devenu article 99 dans la loi de financement de la sécurité sociale 2017 (LFSS 2017) a malgré tout été acté le 5/12/2016 à l'Assemblée Nationale malgré son rejet

par le Sénat le 1^{er} décembre. Vous l'aurez compris, il s'agit d'une mesure lourde de conséquence pour l'imagerie médicale mais surtout pour la préservation de la logique paritaire et du principe conventionnel de notre système de santé.

Nous comptons sur la saisine du conseil constitutionnel par les députés et sénateurs du groupe LR sur certains articles du PLFSS 2017 mais l'article 99 a été oublié ! La loi a été promulguée par le Président de la République avec entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

Dans son communiqué du 5 décembre, les radiologues

réaffirment leur opposition totale à cette gestion administrative et autoritaire de l'imagerie, à la mise en place d'une loi d'exception pour fixer les tarifs des équipements lourds, dérogeant à la convention médicale tout juste signée.

Il s'agit d'une attaque frontale contre la médecine libérale et le principe conventionnel, nous sommes tous concernés et la solidarité devra être de mise ! La santé prend place dans le débat présidentielles, il conviendra de se faire entendre.

LE MEDECIN LIBÉRAL ET LE PROGRES TECHNOLOGIQUE

Le Congrès CYBERMED (Forum des acteurs de la e-santé) a eu lieu en septembre 2016 dans notre région à Antibes. Les représentants de médecins libéraux que nous sommes étions là, dans le but d'observer et de vous tenir informés.

Diriger c'est anticiper. La première question à se poser pour diriger notre petite entreprise libérale est celle de savoir dans quel environnement nous allons évoluer.

Oui, dans quel environnement politique, sociétal, technologique et juridique serons nous amenés à travailler dans un futur relativement proche ? Quand on parle de médecins et de progrès, on pense automatiquement au progrès médical pur, mais il existe aussi un environnement de progrès et d'évolutions dans lequel baigne le professionnel.

“Les ordinateurs et internet sont entrés dans nos vies, dans celles de nos patients et donc finalement dans nos pratiques professionnelles”

Les évolutions technologiques influent généralement sur les évolutions sociétales. On ne communique pas aujourd'hui de la même manière qu'il y a 50 ans, on ne réalise pas non plus nos apprentissages de la même façon. Puis des adaptations politiques et juridiques les suivent, les encadrent ou les accompagnent mais impriment rarement le mouvement. Chaque individu est enfin impliqué, qu'il le veuille

ou non. Par exemple vous ne pouvez plus aujourd'hui échapper totalement à la dématérialisation de l'information, même si vous le souhaitez.

Le sociologue McLuhan (la Galaxie Gutenberg, 1967) a émis en son temps l'hypothèse selon laquelle l'apparition successive des médias, au sens général de technologies de diffusion et de transmission, engendre des modifications du dispositif sensoriel et intellectuel de l'Homme, elles mêmes à l'origine des changements complets que celui-ci opère dans son environnement.

Sans remonter jusqu'à l'invention de l'écriture, on peut constater que c'est ce qui s'est produit pour le téléphone et internet. Dans le courant du XX^{ème} siècle, tous les cabinets médicaux se sont équipés du téléphone, les domiciles des pa-

tients aussi. Puis les ordinateurs et internet sont entrés dans nos vies, dans celles de nos patients et donc finalement dans nos pratiques professionnelles. Il n'y a aucune raison pour que ce mouvement s'arrête.

Si nous voulons avoir une idée de ce que sera l'exercice de notre art dans 10, 20 ou 30 ans il nous faut absolument être “à l'écoute du monde” dans lequel nous vivons et guetter les innovations. Rien ne nous est imposé réellement par des “inventeurs fous”. Si une innovation connaît un succès, on peut penser qu'il existait un besoin, préalablement à cette réponse, que nous en ayons été conscients ou pas.

“Le patient s'est déjà emparé d'internet et de ces informations mises à la portée de tous”

Pour l'instant, les évolutions technologiques n'ont pas trop bouleversé les principes fondateurs de notre art : le colloque singulier, le secret, l'indépendance professionnelle. Les innovations jusque là, n'étaient que des outils, somme toute assez basiques. Mais à y regarder de plus près, le patient s'est déjà emparé d'internet et de ces informations mises à la

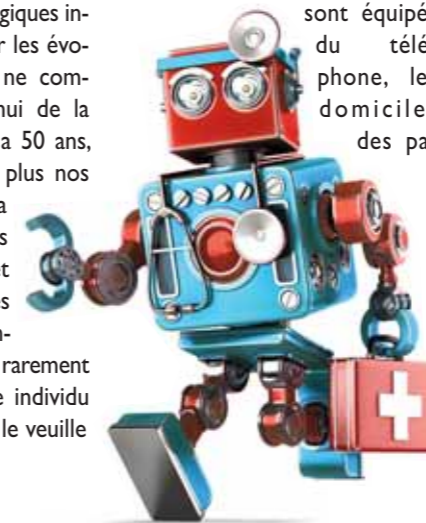
“Doit-on voir ces programmes comme des aides à la décision médicale ou bien comme un début de remplacement du médecin ?”

Dr Soraya TORTORELLI,
Généraliste à Marseille



portée de tous, nous obligeant parfois à rectifier, souvent à expliquer et presque toujours à rassurer.

L'information diffuse davantage mais sa qualité n'est pas garantie, la culture médicale nécessaire pour l'interpréter n'est pas à la portée de tous et les clés pour transformer cette information en soin reste réservée au médecin.



C'est pourquoi les patients viennent toujours nous voir, pour les raisons citées mais aussi pour rechercher ce lien qui est thérapeutique en lui seul.

“Doit-on voir ces programmes comme des aides à la décision médicale ou bien comme un début de remplacement du médecin ?”

Aujourd'hui et demain, c'est l'émergence de l'E-médecine. Derrière ce vocable, il existe des concepts très différents. Les congrès dédiés tel que CYBERMED, exposent des innovations qui ne se situent pas toutes au même niveau.

Certaines vont être une aide au praticien pour la gestion de tâches : prise de rendez-vous en ligne par exemple.

D'autres vont impacter la vie quotidienne de tous : avec l'ensemble des objets connectés, utiles pour la prévention (E-santé), la surveillance, l'adaptation thérapeutique (E-médecine).

D'autres enfin, vont complètement révolutionner la pratique médicale et l'enseignement. La télémédecine bouleverse le colloque singulier, les robots chirurgicaux annulent les distances, les caméras 3D sur le front du chirurgien permettent à des dizaines de milliers d'étudiants de suivre en direct l'intervention avec un simple Smartphone placé dans des lunettes-support ad hoc. Certains programmes puissants tels que Watson créent des algorithmes (grâce à des milliers de cas étudiés) pour “accoucher” de la meilleure chimiothérapie anti-

cancéreuse du cas précis qui lui est soumis.

Doit-on voir ces programmes comme des aides à la décision médicale ou bien comme un début de remplacement du médecin ? Une fois Watson mis en place et bien rodé, irons nous encore le contredire ? Nous défendons notre indépendance professionnelle contre les attaques des institutions publiques comme l'Assurance Maladie ou les gouvernements. Ne va-t-elle pas nous être volée d'un seul coup par des machines, et avec notre assentiment en plus ? Que penser enfin de ce qu'il est convenu d'appeler l'“ubérisation” de toutes les activités écono-



miques ? Pourquoi y échappions-nous ? Il existe déjà des applications permettant de connaître le cabinet le plus proche qui aurait une disponibilité horaire immédiate. De plus en plus de patients se moquent de ne pas consulter leur médecin traitant. Ce sont souvent les plus jeunes et les moins “chroniques”, mais pas uniquement.

Va-t-on pouvoir résister à cette tendance lourde de société ? Quel est le risque ? Une dérive encore davantage consumériste, un abaissement de l'image de l'acte médical ? Si c'est le cas, la seule attitude saine est de réfléchir à la transformation de cette menace en opportunité.

“Nous aurons bien assez de bon sens pour ne pas tout accepter béatement mais ne prendre que le meilleur et le réellement utile”

Concernant les innovations plus technologiques, le fait de ne pas désirer leur déploiement ne va pas les empêcher d'émerger. Il

béatement mais ne prendre que le meilleur et le réellement utile. Il se trouve que le monde libéral, par sa présence directe auprès de la population et par sa capacité d'adaptation rapide est en première ligne de l'intégration des innovations, du moins celles qui ne réclament pas d'investissement lourd.

Les développeurs se tournent également vers les pouvoirs publics afin de trouver des financements pour certains dispositifs utiles à la population ou en cours d'expérimentation : prenons comme exemple les cabines de téléconsultation.

Le médecin a toujours été le partenaire du progrès à travers l'histoire. Il a toujours su s'adapter à toutes les nouveautés en les mettant au service de son art sans se laisser submerger ni remplacer. Notre plus grande valeur ajoutée demeure la confiance qui existe entre nous et le patient. Ce dernier n'a pas confiance dans les pouvoirs publics, il ne voue pas non plus une confiance sans borne à la technologie et sa confiance dans les médias commence à se relativiser.

A nous de nous emparer de cet environnement nouveau pour en garder la maîtrise, et surtout rester dignes de la confiance de nos patients. Peut être le temps est-il venu où les médecins eux-mêmes devraient s'emparer de la création d'applications mobiles, selon leurs propres besoins et sans laisser à des tiers le soin d'organiser leur profession.



Echanger par mails non sécurisés nuit gravement à votre responsabilité

Les échanges entre professionnels font partie de l'exercice médical, optimisant la prise en charge des patients et facilitant le travail médical.

ECHANGE DE DONNÉES DE SANTÉ

LES MESSAGERIES SÉCURISÉES SONT MAINTENANT OBLIGATOIRES

La Messagerie sécurisée est un de ces outils de communication, intégré dans la convention au titre de la coordination (article 19 -1.2 Forfait structure, annexes de la nouvelle convention), tandis que la sécurisation est une obligation légale : délibération CNIL n° 2014-239) et déontologique (article 4).

La sécurisation et la confidentialité des échanges engage donc la responsabilité du praticien.



“Nous avons besoin de communiquer rapidement, d'être informés de la façon la plus complète possible, de gagner du temps-médecin au bénéfice de nos patients.”
Dr Dominique THIERS-BAUTRANT, Gynécologue à Aix-en-Pce

Ce qui intéresse le médecin libéral tient en quelques items :

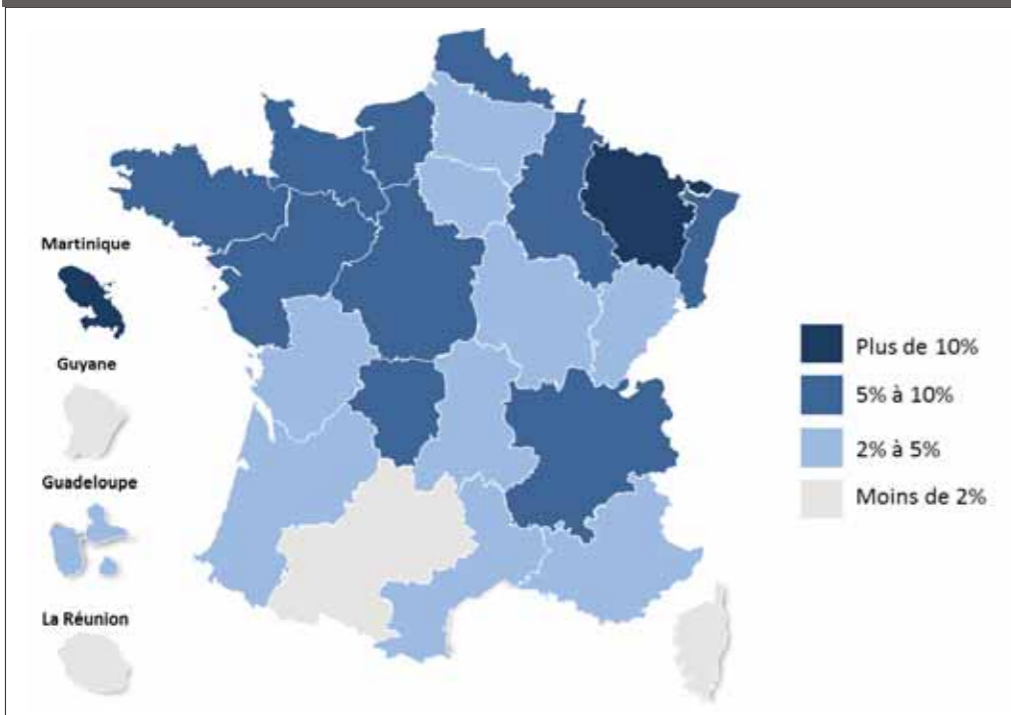
- Gain de temps : cet outil doit être simple et performant tant dans l'utilisation que dans l'archivage.
- Recueil simple du plus grand nombre d'informations concernant le patient : compte-rendus d'hospitalisation, courriers d'adressage et retours, résultats d'examen ...
- Accès immédiat à un annuaire professionnel, si besoin à une plateforme d'appui.

• Accessoirement, gain financier sur le courrier et le tri de documents.

Notre région PACA compte entre 3 et 5% d'utilisateurs de messageries sécurisées. Il est difficile de quantifier les messages non sécurisés, mais leur large utilisation privée laisse supposer que l'usage de messageries non sécurisées est très répandu, en tous cas est un mode courant de communication (fig. 1).

La mise en œuvre de la politique de santé au niveau des territoires amène les ARS à investir dans des Systèmes d'Information performants, avec un objectif annoncé de “décloisonnement” des informations. En pratique, pour les médecins libéraux, l'enjeu est de communiquer à l'intérieur des équipes soignantes, de recevoir dans

Fig. 1 : Professionnels de santé utilisateurs de messagerie sécurisée en 2013 (toutes solutions confondues)



Apicrypt compte déjà 62500 utilisateurs en France (pour 70000 adresses créées), principalement chez les libéraux (médecins, infirmières, kinés, laboratoires d'analyses médicales) mais aussi près de 200 EHPAD et une vingtaine d'établissements hospitaliers publics.

Les fonctionnalités sont plus nombreuses, plus riches (redirection automatique et paramétrable des documents reçus vers le logiciel métier qui sont pour la plupart compatibles, communication possible de toutes sortes de documents, mise à disposition de l'annuaire de tous les utilisateurs). Privé et indépendant il requiert un abonnement de 72 euros par an.

Les 2 systèmes, s'ils se mettent en place à partir d'un poste de travail, peuvent se décliner en application mobile et / ou

les meilleurs délais possibles les compte-rendus d'hospitalisation des patients afin de mettre en place la prise en charge à domicile.

Actuellement il existe 2 systèmes leaders en matière de messagerie sécurisée: MSSanté, et Apicrypt, tous deux d'envergure nationale. Les deux se livrent une guerre sans merci pour devenir le "standard" d'échange de données médicales sécurisée.

MSSanté est la messagerie de l'ASIP, outil enfin déployé après de nombreux et coûteux essais, poussée par le CNOM, la CNAMTS et l'ARS. Son accès est conditionné à la création d'un compte à partir de la carte CPS, requiert une identification RPPS, ne s'adres-

sant donc pour l'instant qu'aux médecins.

A ce jour on compte 25000 boîtes mail, soit 25000 adresses ou comptes pas tous actifs, qui équipent de façon privilégiée les établissements publics, en faisant l'outil de choix pour

la transmission des compte rendus d'hospitalisation. Elle n'est malheureusement pas interfaçable avec les logiciels métiers et nécessite une intégration manuelle des documents transmis vers le dossier du patient.

<p>Apicrypt</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Privé, Indépendant, 72 euros/an ▶ Couriers, CR, bio, imagerie ▶ Intégration logiciel métier ▶ 62000 utilisateurs (70000 boîtes sécurisées) 1,2 millions PS ▶ Fonctionne déjà ▶ Compatible avec le DMP ▶ PACA : 2500 utilisateurs ▶ Agrément hébergeur données en cours 	<p>MSSanté</p> <p>interopérabilité</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ ASIP ▶ Testé d'abord dans établissements: 27/32 CHU ▶ 25000 boîtes mail ▶ Pas d'intégration dossier patient ▶ Déploiement organisé par ASIP, Ordre, ARS, CNAMTS ▶ Puissant, sécurisé, ouvert au médico social ▶ Ouvre sur le DMP
--	---

La messagerie sécurisée est :

 Obligatoire <small>Art. 4 du code de déontologie médicale, CNIL : Délibération n°2014-239 du 12 juin 2014</small>	 Simple d'utilisation <small>Une fois installée, plus de codes et mot de passe pour ouvrir les messages</small>	 Efficace <small>Intégration directe des données paracliniques dans le dossier patient</small>	 Economique et écologique <small>Pas de frais d'envoi ni de stockage Dématérialisation</small>	 Professionnelle <small>Pas de spams, de messages commerciaux, de virus,...</small>
--	---	--	--	---

tablette, permettant d'accéder partout à la messagerie.

Apicrypt répond plus spécifiquement aux besoins des libéraux du fait même de son interfaçabilité avec les logiciels métiers, ainsi que le démontre le grand nombre d'utilisateurs. Une messagerie est un mode de transport d'une info depuis un émetteur vers un receveur. Techniquement, il est possible que ces 2 systèmes soient interopérables entre eux, c'est à dire qu'un utilisateur Apicrypt reçoive néanmoins des messages émis par MSSanté mais il faut à l'œuvre une volonté politique pour animer à la fois les éditeurs de logiciels et les informaticiens travaillant sur ces systèmes.

Nous avons besoin de communiquer rapidement, d'être informés de la façon la plus complète possible, de gagner du temps-médecin au bénéfice de nos patients.

Avoir les deux messageries est possible et

requiert, certes, d'avoir 2 adresses mails, mais les mails peuvent être redirigés sur une seule boîte (à notre adresse habituelle). De plus ces messageries sont protégées des "spams", ces messages publicitaires polluant nos boîtes mails et noyant les messages importants.

Nous proposons donc ici les liens vers les tutoriels d'installation pour Apicrypt et MSSanté et organiserons des journées de formation pour les confrères désireux de se familiariser avec ces logiciels si la demande en est faite.

<https://www.mssante.fr>

<https://www.apicrypt.org>

L'URPS Médecins Libéraux PACA, consciente des enjeux, a mené plusieurs actions visant à déployer ces messageries. Aujourd'hui, nous sommes rattrapés par la Loi et la réalité : le développement numérique est là.

L'URPS ML PACA est déterminée à promouvoir le déploiement de messa-

geries de santé sécurisées dans l'intérêt des praticiens et de leurs patients, et se propose d'informer et assister les confrères.

Elle attend aussi des tutelles la prise en compte de ses besoins spécifiques, répondant à une organisation optimisée pour remplir sa mission.

Les graphiques sont issus de l'étude : "Etat des lieux des messageries de santé sécurisées en région", menées par un cabinet d'audit, d'après un questionnaire.

https://www.esante-poitou-charentes.fr/portail/gallery_files/site/397/398/1172.pdf

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORF-TEXT000032922482&categorieLien=id>

MS Santé et Apicrypt en quelques mots...

Installation Apicrypt :

- Inscription en ligne sur <https://www.apicrypt.org/>
- Réception d'une clé USB + codes
- Attribution d'une adresse mail
- Intégration au logiciel métier (assistance éditeur de logiciel) OU installation facile et immédiate Apimail
- Chaque année, réabonnement et nouvelle clé mais pas de réinstallation nécessaire

Installation MSSanté :

- Inscription en ligne sur <https://www.mssante.fr>
- Par carte CPS insérée dans le lecteur SV
- Attribution d'une adresse mail
- Procédure de paramétrage de la messagerie

116 117 : UNE OCCASION MANQUÉE

De notoriété publique la réception et la gestion des appels d'urgence et de PDSA est un problème important qui ne fait que s'accroître.

La proportion d'appels concernant un motif d'AMU est extrêmement faible par rapport aux centaines de milliers d'appels liés à la PDSA ou motivés par des demandes administratives ou farfelues.

L'arrivée dans ce goulot d'étranglement de toutes les demandes sur le 15 posait un véritable problème de sécurité, car l'impossibilité pour un permanencier de caractériser le degré d'urgence d'un appel fait craindre des attentes insupportables pour les appels d'urgences absolues. Depuis longtemps une réflexion est menée sur la création d'un numéro simple dédié aux appels de PDSA, le 15 restant dédié uniquement aux appels d'urgence.

Après de nombreux atermoiements habituels, un numéro a été décidé, il s'agit du 116 117. Ce numéro facile à retenir et mis en place nationalement, sera le Numéro unique d'appel, et a pour vocation de remplacer tous les numéros locaux créés par les associations de PDSA (3639, numéros à 10 chiffres, ...). Mais surtout la vertu même de ce numéro dans sa définition

était de soulager complètement le 15, et de permettre pour un appel pour un arrêt cardiaque ou toute autre pathologie urgente un décroché immédiat.

Malheureusement il semble que cette volonté ne restera qu'un vœu pieu, et que la mise en place du 116 117 ne changera rien à la gestion des appels.

En effet pour que ce nouveau numéro soit utile encore faut-il que le permanencier puisse identifier immédiatement un appel entrant venant du 116 117 ou du 15. Le 116 117 doit donc être raccordé à ce qu'on appelle un numéro noir (un numéro à 10 chiffres qui permet de séparer et identifier les flux entrants) distinct de celui du 15.



“Malheureusement il semble que cette volonté ne restera qu'un vœu pieu, et que la mise en place du 116 117 ne changera rien à la gestion des appels.”

Dr Michel GARNIER, Généraliste à Ensues-la-Redonne



Or à notre immense surprise la DGOS lorsqu'elle nous l'a présenté a immédiatement affirmé que rien ne serait fait pour “perturber les SAMU”, et chaque ARS décidera localement ce qu'elle fera.

Ce sera aux libéraux selon la DGOS de négocier localement avec leur ARS pour la faire fléchir.

En conclusion les centres 15 qui disposent déjà d'une arrivée téléphonique dédiée pour la PDSA correspondant aux numéros existants cités précédemment pourront disposer d'une arrivée 116 117 séparée. Pour tous les autres il est fort probable que la situation restera inchangée, et le flot considérable des appels du 116 117 viendra noyer les appels d'AMU.

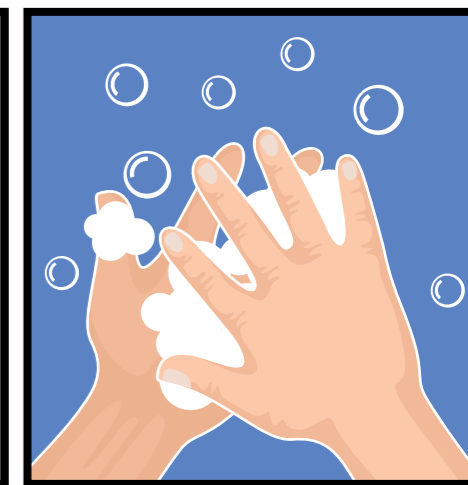
Sans évolution favorable, on peut d'ores et déjà affirmer qu'il n'y aura aucune égalité de chance de prise en charge rapide des urgences vitales selon les départements ou l'on se trouvera.

Mais l'obstination peut toujours payer, et à l'heure actuelle, la DGOS certainement sensible à la mobilisation et au bon sens des responsables médicaux libéraux, propose une décision après une réunion de concertation locale réunissant tous les acteurs concernés.

Mais malheureusement à ce jour nous n'avons aucune information sur la mise en place de telles réunions. Alors la mise en place du 116 117 ne sera peut être pas une belle occasion manquée, l'avenir nous le dira...



QUAND UTILISEZ-VOUS UNE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE ?



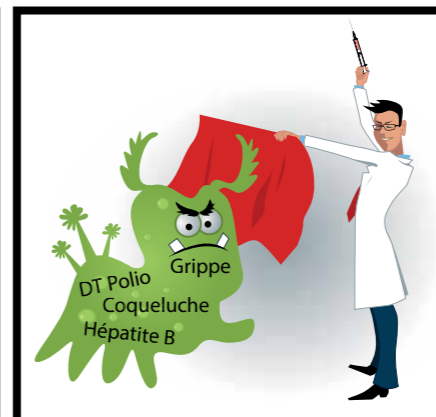
QUID DE LA DATE LIMITE DE PÉREMPTION ?



QUE FAIRE DES OBJETS PIQUANTS OU TRANCHANTS ?



QUELLE EST VOTRE PROPRE COUVERTURE VACCINALE ?



HYGIÈNE AU CABINET
Avez-vous les bons gestes ?
Vous trouverez au dos un petit test afin d'évaluer vos habitudes dans ce domaine



HYGIÈNE AU CABINET : AVEZ-VOUS LES BONS GESTES ?

Questionnaire réalisé par la commission "Santé publique dans l'exercice libéral" de l'URPS Médecins Libéraux PACA

	OUI	NON	NSP
1/ Lors de l'usage d'un antiseptique, Regardez-vous la date de péremption ?..... Inscrivez-vous la date d'ouverture ?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2/ A quel moment vous lavez-vous les mains au savon doux ? A l'arrivée et au départ du cabinet ?..... Après chaque patient ?..... Après un acte souillé ?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3/ A quel moment utilisez-vous une solution hydro alcoolique ? A l'arrivée et au départ du cabinet ?..... Après chaque patient ?..... Après un acte souillé ?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4/ Est-il obligatoire d'éliminer les objets piquants ou tranchants dans des collecteurs spécifiques définis par la norme AFNOR X 30-500 ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5/ Dans votre pratique, avez-vous pris l'habitude d'éviter de recapuchonner les aiguilles ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6/ Confiez-vous l'élimination de vos déchets de soins à un prestataire de service ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7/ Dans le cadre de la prévention de la transmission aérienne des infections, avez-vous l'habitude d'aérer vos locaux professionnels ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8/ En tant que professionnel de santé, êtes-vous à jour de vos vaccinations : Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite..... Hépatite B..... Coqueluche.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9/ En tant que professionnel de santé, vous vaccinez-vous annuellement contre la grippe ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10/ L'HAS recommande un point d'eau dans chaque salle de consultation et dans les zones sanitaires. Vos locaux professionnels sont-ils équipés dans ce sens ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11/ Faites-vous réaliser, dans vos locaux professionnels, un entretien des sols : Tous les jours ?..... Un jour sur deux ?..... Une fois par semaine ?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12/ Concernant les dispositifs médicaux réutilisables (spéculum gynécologiques, spéculum auriculaires, abaisse-langues, seringues,...), utilisez-vous exclusivement du matériel à usage unique ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vaccination

CONTRE LA COQUELUCHE, des arguments pour convaincre...

? POURQUOI VACCINER CONTRE LA COQUELUCHE

1. La coqueluche est **une maladie respiratoire très contagieuse** (surtout en début de maladie) transmise par les gouttelettes émises lors de la toux. Les syndromes coquelucheux sont dus aux bactéries *Bordetella pertussis* et *Bordetella parapertussis*.
2. Chez le **jeune nourrisson, la coqueluche est une pathologie potentiellement grave voire mortelle**. L'OMS a estimé que la coqueluche était responsable en 2013 dans le monde de 63.000 décès par an chez les moins de 5 ans. En France, la mortalité des moins de 3 mois, selon le réseau Renacoq, oscille entre 1,7% (période 1996-2012) et 3% (cas hospitalisés en 2013). Le principal objectif de la vaccination est de **réduire le risque de coqueluche grave chez les nourrissons et les jeunes enfants**.
3. Des **cycles épidémiques de coqueluche persistent** et sont enregistrés tous les 3 à 4 ans en raison d'une couverture vaccinale insuffisante chez les adolescents et adultes.
4. Les nourrissons sont le plus souvent contaminés par leur entourage, notamment parents ou fratrie. La **stratégie du cocooning** vise à protéger des coqueluches graves les moins de 6 mois dont la vaccination n'est pas complètement achevée. Elle comprend la vaccination des personnes qui vivront au contact étroit du nourrisson dans ses six premiers mois de vie.



Conduite à tenir devant des cas de coqueluche

Tout médecin face à des cas groupés de coqueluche (à partir de deux cas), doit alerter l'Agence régionale de santé. Les mesures préconisées sont la mise à jour des vaccinations de l'entourage et l'antibioprophylaxie des proches, selon des critères précis⁽²⁾.
Tél. 04 13 55 80 00, fax : 04 13 55 83 44
ars13-alerte@ars.sante.fr

? LE VACCIN CONTRE LA COQUELUCHE EST-IL SÛR ?

L'effet indésirable le plus fréquent est une réaction au point d'injection. D'autres effets indésirables survenus sont inscrits sur le site de l'ANSM : fièvre, maux de tête, douleurs abdominales ou musculaires, malaise, gonflements du visage...

? LA VACCINATION CONTRE LA COQUELUCHE EST-ELLE EFFICACE ?

La vaccination contre la coqueluche est efficace mais limitée dans le temps, d'où la nécessité de rappels et la mise en place de la stratégie du cocooning. L'immunité conférée par la coqueluche, qu'elle soit naturelle ou post-vaccinale, n'est pas définitive et disparaît au bout d'une dizaine d'années.

La couverture vaccinale anticoquelucheuse en France⁽¹⁾

- La couverture vaccinale à deux ans s'élevait à 90,3 % pour 3 doses en France (coqueluche 3 doses avec rappel) en 2014 selon Santé publique France. Mais à 15 ans elle était de 70 % pour 5 doses (en 2008-2009).
- Les estimations pour les adultes dans le cadre de la stratégie vaccinale du cocooning sont peu nombreuses et anciennes.
- La couverture vaccinale anticoquelucheuse parmi les professionnels de santé était de 11 % en 2009 : soit 25 % chez les médecins, 8 % chez les infirmiers, 44 % chez les sages-femmes, 12 % chez les aides-soignantes.

Trois types de recommandations⁽³⁾

1 - Recommandations générales

- Vaccination avec un vaccin combiné : une dose à M2, M4 et M11
- Rappels ultérieurs à l'âge de 6 ans avec une dose de vaccin DTcaPolio et entre 11 et 13 ans avec un vaccin dTcaPolio
- Rappel chez les adultes (une dose avec un vaccin dTcaPolio) à l'âge de 25 ans, en l'absence de vaccination coqueluche dans les 5 dernières années

2 - Recommandations particulières

Dans le cadre de la stratégie dite du cocooning, la vaccination contre la coqueluche est recommandée :

- chez les adultes ayant un projet parental
- au cours de la grossesse pour les enfants de la fratrie et le conjoint, mais aussi grands-parents, baby-sitters...
- en post-partum immédiat pour la mère et les personnes susceptibles d'être en contact étroit avec le futur nourrisson

Selon les modalités suivantes :

- personnes non antérieurement vaccinées : une dose de vaccin dTcaPolio
- personnes antérieurement vaccinées :
 - adolescents et jeunes adultes de moins de 25 ans : une dose de rappel dTcaP si leur dernière injection date de plus de 5 ans
 - adultes de plus de 25 ans et à nouveau en situation d'être en contact étroit et répété avec des nourrissons : une dose de rappel dTcaPolio si la vaccination coquelucheuse antérieure remonte à 10 ans ou plus
 - dans tous les cas un délai minimum de 1 mois devra être respecté par rapport au dernier vaccin dTPolio

La vaccination contre la coqueluche chez les femmes enceintes n'est actuellement pas recommandée en France mais se pratique dans d'autres pays.

3 - En milieu professionnel

La vaccination contre la coqueluche est recommandée pour : les professionnels soignants dans leur ensemble (en priorité maternités, services de néonatalogie et de pédiatrie, mais aussi en EHPAD), les étudiants des filières médicales et paramédicales, les professionnels chargés de la petite enfance, les assistants maternels, les personnes effectuant régulièrement du baby-sitting.

Les rappels administrés aux âges de 25, 45 et 65 ans comporteront systématiquement la valence coquelucheuse (dTcaPolio).

Références bibliographiques

- (1) Avis relatif à la stratégie vaccinale contre la coqueluche chez l'adulte dans le cadre du cocooning et dans le cadre professionnel - Paris : HCSP, 2014-02-20, 10 p. http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20140220_stratvaccocoquelucheadulte.pdf
- Guthmann JP, et al. Couverture vaccinale des soignants travaillant dans les établissements de soins de France. Résultats de l'enquête nationale Vaxisoin, 2009. Bull Epidemiol Hebd 2011; 25-26: 371-76
- (2) Conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de coqueluche - Paris : HCSP, 2014-07-10, 41 p. www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20140710_conduitenirscocoqueluche.pdf
- (3) Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2016, Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016-03, 51 p. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinal_2016.pdf
- (4) La vaccination contre la coqueluche - Saint-Denis : INPES, 2016-03, 4 p. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1715.pdf>
- (5) Avis relatif aux ruptures de stocks et aux tensions d'approvisionnement des vaccins combinés contenant la valence coqueluche - Paris : HCSP, 2015-02-25, 5 p. www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20150225_sotcklimitevaccocoqueluchereco.pdf
- SUCCO Tiphonie, BRAUNSTEIN David, DESMONS Sophie (et al.), Epidémie de coqueluche dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, Bouches-du-Rhône, août 2013, BEH, n° 5, 2015-02-03, pp. 83-88 www.invs.sante.fr/beh/2015/5/pdf/2015_5.pdf

COMMENT DIAGNOSTIQUER LA COQUELUCHE ?

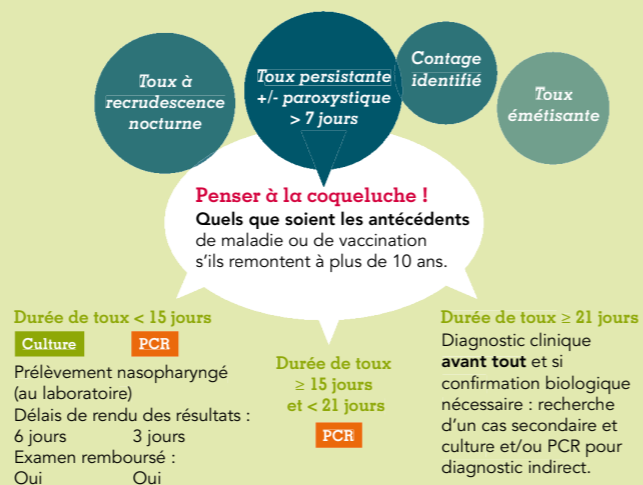
Stop à la sérologie* !

Qu'il soit clinique ou biologique, le diagnostic de la coqueluche est difficile et souvent tardif.

Devant une toux persistante et inexpliquée, l'essentiel est d'y penser (rechercher d'éventuels autres cas dans l'entourage du patient). Un antécédent de coqueluche n'empêche pas la récurrence car la maladie est peu immunisante.

* La sérologie ne permet pas de confirmer ou d'éliminer le diagnostic de coqueluche.

Diagnostic de la coqueluche chez l'adulte⁽²⁾ :



Les vaccins disponibles⁽⁴⁾

Le vaccin coquelucheux est disponible dans les combinaisons suivantes.

Valences vaccinales contenues dans le vaccin	Recommandations	Nom des vaccins
Diphtérie (D), tétanos, polio inactivé, Haemophilus influenzae de type b (Hib), hépatite B, coqueluche acellulaire (Ca)	2, 4 et 11 mois	Infanrix Hexa®
Diphtérie (D), tétanos, polio inactivé, Haemophilus influenzae de type b (Hib), coqueluche acellulaire (Ca)	2, 4 et 11 mois	Infanrix Quinta® Pentavac®
Diphtérie (D), tétanos, polio inactivé, coqueluche acellulaire (Ca)	6 ans 11-13 ans*	Infanrix Tetra® Tetravac acellulaire®
Diphtérie (d), tétanos, polio inactivé, coqueluche acellulaire (ca)	11-13 ans* 25 ans Adolescents et adultes	Repevax® Boostrix Tetra®

* Utiliser un vaccin avec une dose entière d'antigènes coquelucheux si l'enfant à l'âge de 6 ans n'a pas reçu de rappel de vaccin coquelucheux ou a reçu un vaccin avec une dose réduite d'antigènes coquelucheux.
D = diphtérie pleine dose ; d = diphtérie dose atténuée
Ca = coqueluche pleine dose ; ca = coqueluche dose atténuée

Les tensions d'approvisionnement

Des tensions dans l'approvisionnement des vaccins sont régulièrement constatées. Des alternatives sont alors données par le Haut Conseil de santé publique⁽⁵⁾.

LES MISSIONS DE VOTRE URPS MÉDECINS LIBÉRAUX PACA

La loi définit les missions des URPS Médecins Libéraux (Article R. 4031-2 du décret n° 2010-585 du 2 juin 2010) :

Les Unions Régionales contribuent à l'organisation de l'offre de santé régionale. Elles participent notamment :

- ▶ A la préparation et à la mise en œuvre du projet régional de santé;
- ▶ A l'analyse des besoins de santé et de l'offre de soins, en vue notamment de l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins;
- ▶ A l'organisation de l'exercice professionnel, notamment en ce qui concerne la permanence des soins, la continuité des soins et les nouveaux modes d'exercice;
- ▶ A des actions dans le domaine des soins, de la prévention, de la veille sanitaire, de la gestion des crises sanitaires, de la promotion de la santé et de l'éducation thérapeutique;
- ▶ A la mise en œuvre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les réseaux de santé, les centres de santé, les maisons de santé et les pôles de santé, ou des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins mentionnés à l'article L. 4135-4;
- ▶ Au déploiement et à l'utilisation des systèmes de communication et d'information partagés;
- ▶ A la mise en œuvre du développement professionnel continu.